

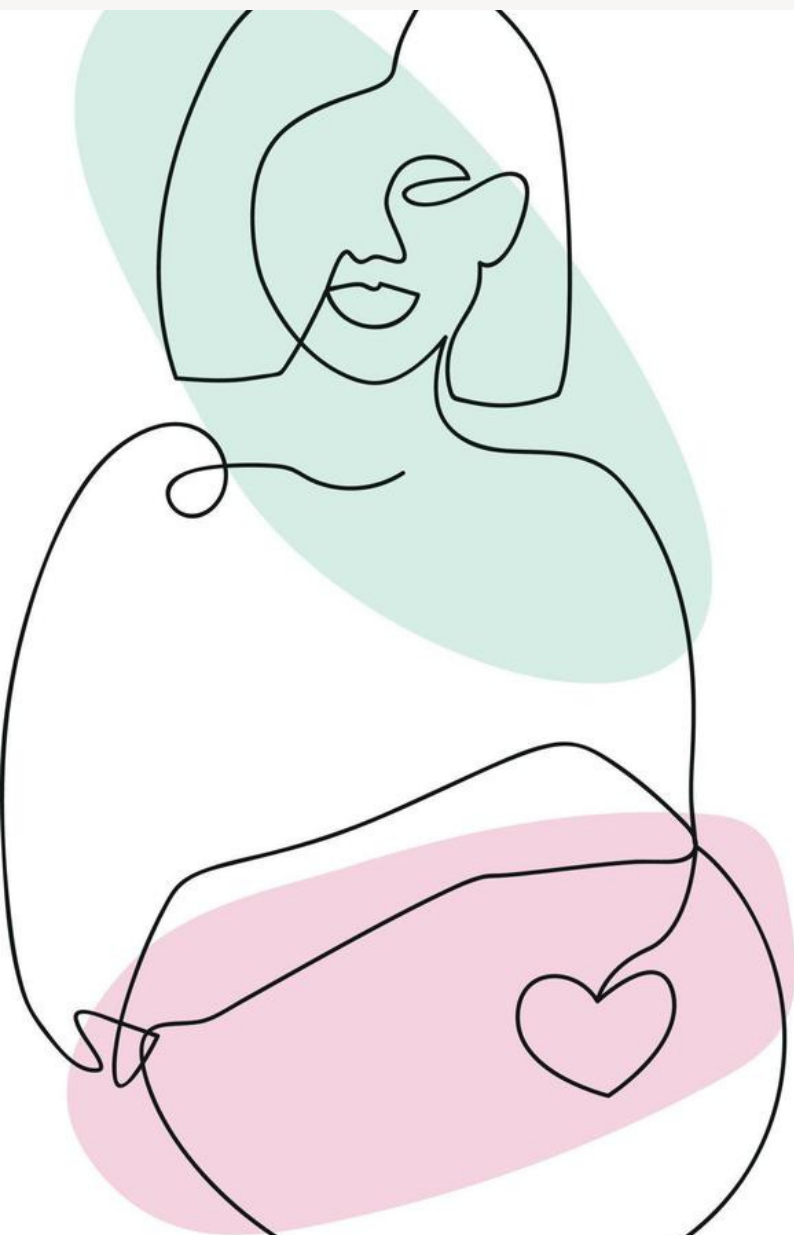


SERVIZO  
GALEGO  
DE SAÚDE

ÁREA SANITARIA FERROL

# PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Servicio de Ginecología y Obstetricia



# INTRODUCCIÓN

Este plan de parto y nacimiento es un documento que pretende optimizar los recursos disponibles en nuestra área sanitaria, intentado minimizar los impactos propios de un Hospital asistencial y con actividad docente, tratando de hacerla compatible con el tipo de parto y atención que la mujer desee, y de las necesidades, preferencias y expectativas que manifieste en la relación con los profesionales sanitarios.

En este documento se informa, de manera resumida, sobre las prácticas adecuadas para la asistencia al parto y nacimiento recogidos en las recomendaciones de la Estrategia de atención al parto normal, en la Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva y en la guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Aconsejamos también la lectura de la Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares también del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

La embarazada puede utilizar este documento para manifestar sus necesidades y expectativas en relación con su gestación y el nacimiento de su hijo, para que los profesionales las conozcan y así puedan satisfacerlas en la medida del posible.

Por tanto, facilita la relación de confianza y comunicación entre las mujeres y los profesionales sanitarios durante el embarazo y el parto, y a la vez promueve y facilita la toma de decisiones informadas por parte de la mujer embarazada.

Las mujeres contarán con toda la información y asesoramiento que precisen por parte de la matrona responsable del seguimiento del embarazo y del resto de profesionales del área sanitaria.

Entre las semanas 24 y 28, la matrona de su centro de salud presentará y entregará este documento a la gestante y le explicará su finalidad y contenido. Posteriormente, tendrá ocasión de asistir a unas reuniones mensuales, multidisciplinarias, con personal de enfermería, matronas, obstetras, neonatólogos, en el Complejo Hospitalario Universitario donde será informada del contenido del documento y se le presentarán las instalaciones y los recursos disponibles del centro.

# INTRODUCCIÓN

Es recomendable que acuda a una de estas reuniones antes de la consulta de plan de parto.

En la consulta de “Prenatal” de la semana 32-34, el ginecólogo le entregará el documento informativo sobre asistencia al parto, con valor de consentimiento informado, y una matrona de la planta de partos en la consulta de “Plan de Parto” le aclarará cualquier duda del plan de parto, atendiendo y tomando nota en la historia clínica hospitalaria de cualquier necesidad o consideración particular que tenga la mujer que se deba de tener en cuenta por los profesionales en el momento del parto, incluidas sus necesidades por diferencia de capacidad, por motivos culturales, de idioma u otros.

Igualmente, la mujer acudirá a la consulta de “preanestesia” para la valoración de la analgesia intraparto.

Durante toda la estancia de la mujer en el hospital, antes, durante y después del parto, el personal sanitario comprobará en la historia clínica las consideraciones particulares de su plan de parto y nacimiento, actualizando lo que sea necesario.

La gestante debe tener en cuenta que este plan se elabora para ser aplicado en el desarrollo de un parto normal y se mantendrá siempre y cuando no ocurran circunstancias que supongan un riesgo para el estado de salud de la madre o de su hijo. En estos casos, se realizarán las actuaciones indicadas y oportunas, en el contexto de máxima seguridad científica, informando adecuadamente a la mujer de los procedimientos más adecuados para salvaguardar la salud de la madre y la de su hijo.

Se considera parto normal al parto de una mujer sin factores de riesgo durante el embarazo y el parto, que se inicia espontáneamente entre la 37 y la 42 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. Después del parto tanto la madre como su bebé se encuentran en buenas condiciones.



## **LLEGADA AL HOSPITAL**

### **ACOMPANAMIENTO: PARTICIPACIÓN ACTIVA DE PAREJA/ACOMPANANTE**

En todo momento, desde la llegada al hospital, la gestante podrá estar acompañada por la persona de su elección, salvo cualquier circunstancia clínica justificada que lo impida. Como norma general, la pareja o persona acompañante podrá participar de forma activa en todo el proceso con la ayuda de la matrona que atiende a la mujer.

### **NECESIDADES ESPECIALES**

Se tendrá en cuenta en todo momento las necesidades especiales de cada mujer, bien por diferencia de capacidad, diferencias culturales, de idioma, etc.

### **REUNIONES MENSUALES MULTIDISCIPLINARES**

En la medida de lo posible, se fomentará internamente el desarrollo de reuniones informativas, que servirán para que las mujeres contacten con el personal sanitario, con el fin de presentar las instalaciones de la planta de partos, puerperio y pediatría, y aclarar cualquier duda sobre los protocolos asistenciales, y la mecánica de trabajo en nuestro centro. Dicha información se realizará con ayuda de métodos audiovisuales. Habitualmente son el último martes de cada mes a las 13:00 horas en el salón de actos del Hospital Arquitecto Marcide

### **INTIMIDAD**

En todo momento se intentará respetar la intimidad de la mujer, sus preferencias y necesidades, como puede ser el uso de su propia ropa si así lo desea. Los profesionales de nuestro centro se identificarán e intentarán acercar a la mujer toda la información que precise, procurando proporcionar el máximo grado de bienestar físico y emocional que las circunstancias permitan. Se promoverán las condiciones favorecedoras para la fisiología del parto (luminosidad, ambiente, temperatura, objetos personales...). El Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol está acreditado para la formación de diferentes profesionales sanitarios que siempre actuarán bajo la supervisión adecuada.

## **PERIODO DE DILATACIÓN: ASISTENCIA, CUIDADOS Y ALIMENTACIÓN**

### **PROFESIONAL ASISTENCIAL**

En la medida del posible la atención se llevará a cabo por parte del mismo profesional durante todo el proceso, salvo que la organización del trabajo lo impida, como es en el caso de los turnos de matronas o las guardias de los médicos.

### **ENEMA**

No se administran de manera rutinaria. Si hubiera alguna indicación clínica, antes de proceder a su administración, se informará del motivo a la mujer. La mujer que lo desee podrá solicitar su administración.

### **RASURADO**

No se realiza rasurado sistemático. Si hubiera que reparar un desgarró o una episiotomía, podría ser necesario rasurar o recortar una pequeña parte del vello.

### **LÍQUIDOS DURANTE LA DILATACIÓN**

Para minimizar riesgos, la embarazada, desde lo comienzo del parto y durante el mismo, no debe ingerir sólidos ni líquidos con pulpa. Conociendo los riesgos y bajo su responsabilidad podrá ingerir líquidos claros (agua, bebidas isotónicas o infusiones) en una cantidad máxima de 200 ml cada hora. Se suspenderá la ingesta si en algún momento la evolución no es favorable y se prevé la realización de intervenciones médicas.

En cualquier momento del parto puede requerirse la realización de una anestesia general. Durante la inducción anestésica se puede producir el paso del contenido gástrico al pulmón provocando una neumonía grave. La mejor forma de prevenir este incidente es garantizar el ayuno 6 horas antes de un acto anestésico.

### **MOBILIDAD Y CONFORT DURANTE EL PARTO**

La mujer podrá comunicar en todo momento la postura en la que desee permanecer y que le resulte más cómoda. En caso alguno, puede que el profesional sanitario recomiende una posición concreta que facilite el descenso del bebé por el canal del parto.

## PERIODO DE DILATACIÓN: ASISTENCIA, CUIDADOS Y ALIMENTACIÓN

La matrona y los médicos informarán a la mujer de las distintas opciones de las que se dispone, de sus ventajas e inconvenientes, para que pueda decidir que es lo que mejor le conviene en cada momento.

Se puede recurrir en un primero término, a métodos no farmacológicos de alivio del dolor, y más tarde, la medida que aumenta la intensidad del mismo se pueden utilizar métodos farmacológicos. La te gestan puede elegir uno o varios métodos segundo la evolución del parto, el alivio que desee y dentro de las opciones disponibles en nuestro centro en ese momento. Todo esto podrá comunicarlo previamente, en la consulta del “Plan de Parto” que se efectuará con la matrona de la planta de partos entre las semanas 32 y 34.

En nuestro centro se promoverán las condiciones favorecedoras para la fisiología del parto, como un ambiente confortable, acompañamiento por la persona que desee, libertad de movimientos... que ayudarán la que el organismo de la mujer secrete sus propias sustancias analgésicas (endorfinas), y así poder soportar mejor el dolor que puedan causar las contracciones en cualquier tipo de parto.

Si la mujer desea analgesia epidural deberá acudir a la consulta de preanestesia.

Se recomienda a las mujeres embarazadas consultar el documento elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, “Atención al parto normal. Guía dirigida la mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares”, disponible en:

<http://www.msps.es/organizacion/sns/plancalidadsns/pdf/equidad/guiapracparmujer.pdf>

### OTRO MATERIAL DE APOYO PARA EL PARTO

La mujer podrá usar los diferentes elementos de apoyo al parto disponibles en nuestro centro, como pelotas de Bobath , espejos, cadera de parto, alfombrillas..., así como cualquier otro material que la mujer traiga consigo y sea posible utilizar en el espacio del hospital.

# PERIODO DE DILATACIÓN: ASISTENCIA, CUIDADOS Y ALIMENTACIÓN

## OTROS CUIDADOS:

### MONITORIZACIÓN FETAL

Durante el período de dilatación y expulsivo, se realizará en todo momento control del bienestar fetal. Inicialmente con monitorización electrónica continua o intermitente (no con estetoscopio ni Sonicaid), y si es preciso con cualquier otro medio que se considere necesario, siguiendo las recomendaciones actuales de las guías de práctica clínica, y dependiendo del personal disponible.

### TACTOS VAGINALES

El profesional que atiende a la parturienta durante el parto realizará el menor número de tactos vaginales necesario para evaluar la evolución del parto, generalmente entre 2 - 4 horas, pero en determinadas circunstancias clínicas puede ser necesario realizarlos a intervalos más cortos. Se le informará a la mujer de los motivos y de los resultados de la exploración.

### ROTURA DE LA BOLSA

En general, la bolsa que envuelve y protege al bebé rompe espontáneamente en el transcurso del trabajo de parto. Existen situaciones clínicas en las que está indicada la rotura artificial de la bolsa. Cuando esto ocurra se informará a la gestante.

### CANALIZACIÓN DE VÍA ENDOVENOSA

La canalización de una vía endovenosa se realizará cuando se inicie el trabajo de parto, o cuando se precise la administración de fármacos intravenosos (antibióticos, oxitocina, analgésicos, etc) o cuando se precise la administración de sueros (como en el caso de analgesia epidural).

### ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ACELERAR EL PARTO

En nuestro centro, en los partos que progresan de forma normal, no se realiza la rotura artificial de la bolsa amniótica ni la perfusión de oxitocina de forma rutinaria. Sí se utilizarán cuando se produce un retardo en la progresión del parto, previa información del procedimiento a la mujer.

### SONDAJE VESICAL

Durante lo trabajo de parto se promoverá la micción espontánea. Si se produjera una retención urinaria, como ocurre por ejemplo en algunos casos con la analgesia epidural, puede ser necesario realizar un sondeo vesical para vaciar la vejiga urinaria.

## **PERIODO EXPULSIVO (nacimiento del bebé)**

En nuestro centro el parto/nacimiento discurrirá, habitualmente en el paritorio. En determinadas circunstancias favorables el personal sanitario puede considerar asistir al período expulsivo del parto en el mismo espacio donde se asistió a la dilatación, siempre que se disponga de todos los recursos necesarios para la asistencia al mismo y a la reanimación del recién nacido. Se le ofrecerán a la mujer las diferentes posiciones (acostada, de pie, en cuclillas...) y los distintos medios de apoyo para el nacimiento del bebé (en sillón de partos convencional echada o semisentada, en la cama, taburete...) de los que dispongamos en nuestro centro, siempre que las circunstancias clínicas no lo impidan. En determinados casos puede estar indicada una determinada posición para la correcta evolución y control del parto.

### **PUJOS**

En un parto normal se debe empujar cuando la dilatación es completa y la mujer siente la necesidad de hacerlo. En algunas situaciones, como bajo los efectos de la anestesia epidural, puede ser útil que los profesionales orienten a la mujer sobre el momento más adecuado para empujar.

### **EPISIOTOMÍA**

En nuestro centro no se realiza de forma rutinaria.

### **NACIMIENTO**

En la medida del posible se procurará un ambiente acogedor, atenuando luces y ruidos, y se favorecerá el contacto piel con piel madre-bebé. Si ambos lo desean, se ayudará al padre para participar y permanecer en ese espacio de intimidad compartida.

### **ATENCIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO**

Para permitir el contacto de la madre con su hijo en intimidad, en nuestro centro se posponen las actuaciones no urgentes en el recién nacido (peso, talla y otros cuidados o procedimientos). Se realizarán durante la estancia de la madre y el neonato en la planta de partos. Nada más nacer se coloca al bebé sobre el abdomen de la madre y se promoverá la primera toma espontánea de leche materna en el paritorio. Simultáneamente una valoración del test de Apgar. El profesional sanitario realizará los controles y vigilancia con el bebé sobre el pecho de su madre. Si precisara alguna ayuda neonatal el profesional lo trasladará a la cuna de reanimación informando a la madre.



## **PERIODO EXPULSIVO (nacimiento del bebé)**

### **CONTACTO INMEDIATO PIEL CON PIEL TRAS EL NACIMIENTO**

El contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras el parto es una práctica beneficiosa y recomendable tanto para el recién nacido como para la madre.

Se colocará al bebé en contacto continuo directo piel con piel con la madre por lo menos durante las dos primeras horas de vida, todo el tiempo que ella desee. En caso de no ser posible se explicará el motivo y se dará la opción de que otra persona de su confianza haga este primer contacto piel con piel, siempre que la situación del bebé lo permita.

La madre podrá manifestar sus deseos al respecto ante los profesionales sanitarios en todo momento.

### **CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL**

En nuestro centro el cordón umbilical se pinza, salvo que no sea posible, transcurridos por lo menos un minuto tras el nacimiento o cuando ya dejó de latir. De este modo, el oxígeno que le llega a través de la sangre del cordón, va a permitir una transición al medio extrauterino más paulatina y menos brusca; pero además mejoran los depósitos de hierro del bebé.

### **DONACIÓN DEL CORDÓN UMBILICAL**

La sangre del cordón umbilical contiene células madre sanguíneas que pueden ser usadas para el trasplante a personas con enfermedades de la médula ósea. En nuestro centro es posible realizar una donación altruista y pública de la sangre del cordón umbilical. Dicha sangre se almacena en el banco público del Centro de Transfusiones de Galicia para ser utilizada en el trasplante de cualquiera enfermo compatible que lo necesite. Se desea donar sangre lo haga saber a su ginecólogo o a su matrona durante lo embarazo para que le informen y expliquen adecuadamente el procedimiento.

La legislación actual no permite que se pueda recoger sangre de cordón y congelarla en un banco privado para uso particular.

Se practicará la lactancia natural exclusiva desde el nacimiento, colocando al bebé sobre el pecho desnudo de su madre, permitiéndole mamar espontáneamente.

## **PERIODO EXPULSIVO (nacimiento del bebé)**

El profesional asistencial supervisará y asesorará la instauración de la lactancia materna para que sea exitosa.

No se administrarán suplementos alimenticios a diario. La administración de sucedáneos de leche materno (líquidos, leches de fórmula) será indicada por el profesional sanitario en cada caso.

Si la decisión materna es la alimentación artificial, el profesional asistencial instruirá a los progenitores de como llevarla a cabo. Se mantendrán, igualmente, los estímulos de vínculo materno filial (contacto piel con piel y colecho).

### **ALUMBRAMIENTO DE LA PLACENTA**

En nuestro centro, siguiendo las recomendaciones actuales de las guías de práctica clínica, se realiza lo manejo activo de la tercera etapa del parto acortando su duración, lo que disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica.

Con todo, la mujer debe saber que el alumbramiento espontáneo o fisiológico es también una opción que no prevén de la hemorragia postparto.

## **PUERPERIO HOSPITALARIO**

### **CUIDADO Y ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PUERPERIO HOSPITALARIO**

De rutina, el bebé recién nacido normal permanecerá junto a su madre nada más nacer, realizando el traslado a la planta de maternidad en la cama materna, manteniendo el contacto piel-piel y acompañada de la persona elegida. El recientemente nacido/a y su madre compartirán habitación.

La duración de la estancia hospitalaria será la menor posible en función del estado de salud tanto de la madre como del recién nacido. Se promoverá el colecho.

Se promoverá contacto con grupos de apoyo a lactancia materna del área Sanitaria de Ferrol: • BBTTA – Narón - Tfno.: 680 113 845

En caso de ingreso del neonato, y siempre que las condiciones de salud neonatal lo permitan se promoverá el método canguro como procedimiento para facilitar la interacción progenitor/filial y las visitas breves de otros miembros de la familia, preferentemente hermanos y abuelos.

## PUERPERIO HOSPITALARIO

### CUIDADO E ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PUERPERIO HOSPITALARIO

La somatometría, la administración de la vitamina K, vacuna de la hepatitis y la profilaxis de infección oftálmica, preferiblemente después del período de contacto piel con piel durante la estancia de la madre y el neonato en la planta de partos, utilizando métodos de analgesia no farmacológica (bebé al pecho o solución de sacarosa).

Se administrará a todos los recién nacidos:

→ Una dosis en ambos ojos de pomada antibiótica oftálmica (eritromicina).

→ Administración de vitamina K:

- Método recomendado: una dosis única de 1 mg. por vía intramuscular.
- Alternativa: vitamina K oral, durante 12 semanas, según pauta escrita que se le entregará a los progenitores.

### HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO

De rutina se procederá al baño al día siguiente de su ingreso en la maternidad (entre las 8 y las 10 de la mañana). Se promoverá la participación en los cuidados higiénicos y durante la estancia en la maternidad los profesionales asistenciales les instruirán en los aspectos fundamentales de los cuidados del bebé.

## PARTO INSTRUMENTAL (FÓRCEPS, VENTOSA, ESPÁTULAS) O CESÁREA

Las intervenciones obstétricas (parto instrumental o cesárea), solo se practican con fines asistenciales para preservar el estado de salud de la madre y del niño, y se informará adecuadamente a la mujer y a sus familiares.

Si fuera necesario realizar un parto instrumental, el acompañante deberá esperar la que el médico encargado autorice su presencia en el paritorio. En el caso de cesárea, por problema de infraestructura, no se autoriza la presencia de familiares en el quirófano.

Se promoverá igualmente en este tipo de partos el contacto piel con piel con la madre y se esto no fuera posible, una vez demostrada la buena salud del recién nacido, el contacto piel con piel con el padre, o con la persona que la madre indique.

## OBSERVACIONES Y OTROS ASPECTOS NO CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO

Con este documento se intenta ofrecerle una información básica sobre los diferentes momentos, situaciones y procedimientos que suelen presentarse a lo largo del parto y nacimiento. Cuando existen diferentes opciones igualmente seguras y eficaces, se ofrece la posibilidad de elección, pero en caso de que una práctica esté desaconsejada no se ofrece esa opción.

En cuanto a la necesidad o no de consentimiento informado, está establecida en el art. 4.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre , básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en la Ley 3/2001, de 28 de mayo , reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes , en la Ley 3/2005, de 7 de marzo , de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo , reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes y en la Ley 8/2008, de 10 de julio , de salud de Galicia.

Cuando se le dé el alta hospitalaria tras el parto se le entregará una encuesta de satisfacción. Agradecemos su colaboración para poder mejorar.

Este documento fue elaborado por un grupo de profesionales del área Sanitaria de Ferrol. Para la dicha elaboración se tomó como modelo el documento Plan de Parto y Nacimiento del Servicio Gallego de Salud basado a su vez en el redactado por el grupo de trabajo creado en el seno de los Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.





## FOLLA RESUMO REXISTRO PLAN DE PARTO E NACEMENTO

### ATENCIÓN AO PARTO/NACEMENTO

Desexa usar a súa propia roupa <input type="checkbox"/>	Non desexa canalización IV rutineira <input type="checkbox"/>
Desexa usar a roupa do hospital <input type="checkbox"/>	
Preferencias do lugar e posición durante o parto:	Uso de material de apoio para o parto: Do centro <input type="checkbox"/> Propio (especificar) <input type="checkbox"/>
Participación do acompañante/parella: SI NON Desexa a súa participación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desexa que a súa parella corte o cordón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Necesidades específicas en caso de discapacidade:
Non desexa analxesia farmacolóxica <input type="checkbox"/>	
Desexa analxesia epidural <input type="checkbox"/>	
Desexa outros tipos de analxesia <input type="checkbox"/>	

### MULTICULTURALIDADE E INMIGRACIÓN

Idioma principal:	Requirimentos específicos:
Outros idiomas que domina:	
SI NON Necesita tradución? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Achega traductor/a? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

### ATENCIÓN AO BEBÉ

Profilaxe: SI NON Desexa vitamina K IM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desexa vitamina K oral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Observacións:	Preferencias sobre o contacto pel con pel e participación do acompañante:
Alimentación lactante: Desexa lactación natural <input type="checkbox"/> Desexa alimentación artificial <input type="checkbox"/> Desexa contacto con grupos de apoio LM <input type="checkbox"/>	SI NON Desexa realizar coidados e hixiene do bebé <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desexa a colaboración da súa parella <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Observacións



# PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Servicio de Ginecología y Obstetricia

ÁREA SANITARIA FERROL