

Departament Valencia- Hospital General

SERVICIOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, PEDIATRIA Y SARTD

D^a

DECLARA que el presente DOCUMENTO INFORMATIVO se le ha suministrado y leído con anterioridad al parto, que se le han aclarado sus dudas, y contestado a las cuestiones que ha deseado plantear.

Se le informa que:

Los profesionales, médicos y matronas, de este Hospital consideran, salvo en casos de problemas identificados, **a la mujer de parto como una persona sana, en el desarrollo de un proceso natural**, en el que además **están implicados factores psicológicos, afectivos y sociales**. Para conseguir su **mejor comprensión del parto**, y de las conductas de los profesionales que le atenderán, es muy **importante que asista a las clases de preparación prenatal**, que le ofertaran, con la persona que desee que le acompañe en el parto.

En la atención a la mujer en el parto:

Los profesionales tendrán en cuenta los factores citados en el apartado anterior, optimizando los recursos disponibles para conseguir minimizar las influencias de un Hospital con actividad docente.

Se respetaran los tiempos necesarios para el desarrollo del parto, **evitando acciones rutinarias dirigidas a acelerar o enlentecer**, siempre que el parto transcurra dentro de los límites de la normalidad.

Si el proceso se desvía, será informada de las intervenciones que se indiquen para corregir las alteraciones, que seguirán los criterios de la mejor practica clínica, con el único fin de preservar el estado de salud de la madre y el feto.

En la asistencia al parto natural:

Se propiciará un **ambiente adecuado**, el respeto y las mínimas actuaciones del personal sanitario.

Se evitarán prácticas rutinarias: Enema; Rotura de la bolsa de la aguas; Sondaje vesical; Rasurado perineal; Episiotomía, que solo se realizaran bajo indicación, previa información a la gestante.

Podrá adoptar **la posición que le resulte más cómoda**, pero debe de evitar el decúbito supino. Es posible la **administración** de algunos tipos **de analgesia**, si la demanda.

Si lo desea, podrá estar **acompañada de la persona de su elección**, durante todo el proceso del parto, aunque no podrá entrar en el quirófano en caso de cesárea.

Se canalizará una vena, por la posibilidad de alguna actuación urgente, en complicaciones maternas o fetales, para realizar una extracción dirigida de la placenta o para la administración de algunas medicaciones.

El **control del estado de la madre** será la determinación de la tensión arterial, frecuencia del pulso, temperatura corporal, volumen urinario y presencia de acetona en orina, cada 2 a 4 horas.

El **control del estado fetal** es con monitorización electrónica discontinua, en periodos de 15 a 30 minutos, cada 2 horas, y con auscultaciones clínicas cada 30 minutos. La frecuencia se duplica en el expulsivo.

El **control evolutivo del parto** se realizará mediante tactos vaginales, cada 2-4 horas en la fase de dilatación, y cada 15 a 30 minutos en la fase expulsiva activa.

Las **intervenciones obstétricas** (ventosa, fórceps, espátulas o cesárea), solo se practicarán para mejorar el periodo expulsivo y/o preservar el estado de salud de la madre y/o del feto, y se informará previamente de su indicación.

Departament Valencia- Hospital General

El parto dirigido o conducido:

La conducción natural del parto se mantendrá si su evolución y el estado de la madre y del feto son normales, **si la evolución no es correcta, o las condiciones lo requieren, se pasará al parto dirigido:**

- + La **evolución del parto natural** es **inadecuada** si a las 4 horas de admisión en el paritorio, la dilatación no ha avanzado al menos 1 cm, o la posterior evolución alcanza la línea de alerta del partograma.

- + Son **también indicación de parto dirigido** los partos inducidos (con protocolo específico), la posible alteración del estado fetal (líquido amniótico meconial, alteraciones de la FCF), problemas de salud de la madre (hipertensión, fiebre....) y la aplicación de algunos bloqueos neuroaxiales.

- + **El parto dirigido** pretende mantener una adecuada evolución del parto con **hidratación y/o rotura de la bolsa**, si estaba íntegra, **y/o mediante la perfusión de oxitocina**.

- + Si el **parto dirigido se inicia con menos de 5 cm.** de dilatación, se revaluara la progresión a las 4 horas, y en caso de no progresar se indicara una cesárea; si la conducción **se inicia con dilataciones superiores** a 4 cm, la reevaluación será a las 2 horas. Si ha habido evolución los controles posteriores se realizarán según el intervalo restante a la línea de acción del partograma, que ahora marca una progresión mínima de 1 cm. cada hora. Si se alcanza la línea de acción las acciones a realizar, cesárea, ventosa, espátulas, fórceps... dependerá de la situación obstétrica existente.

- + En el **parto dirigido** se realizará un **control continuo del estado fetal** con registro de la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) y, si existe indicación, la determinación del pH en sangre fetal

El periodo expulsivo:

Alcanzada la dilatación completa se esperarán **dos horas para el descenso espontáneo** del feto; en caso de no producirse, se buscará la **colaboración activa de la madre** para la expulsión, y si no se consigue en los siguientes **90 minutos**, se procederá a la cesárea por desproporción pelvifetal. Estos tiempos podrían limitarse en algunas situaciones obstétricas, así **en mujeres con cesárea previa se reducirán a la mitad**.

En caso de que el descenso del feto alcance un nivel entre las espaldas caderas y el exterior (casi el IV plano), se podrá ayudar a la finalización de forma instrumental: Ventosa, Espátulas o Fórceps.

Cesárea sin intento de parto vaginal

El momento y las indicaciones más frecuentes de cesárea, sin intento de parto vaginal, son:

- + **En la semana 39 (edad gestacional de 273 a 279 días):**

- Presentación anómala, la mayoría de nalgas
- Gestación múltiple con alguno de los fetos con presentación anómala.
- Peso fetal estimado superior a 4500 g en gestante diabética
- Peso fetal estimado superior a 5000 g en gestante no diabética
- Placenta previa oclusiva asintomática.
- Renuncia de intento de parto vaginal con cesárea previa

- + **En la semana 38 (edad gestacional de 266 a 272 días):**

- Infección materna de riesgo de transmisión vertical (HIV, Herpes...)

- + **A partir de la semana 25:** Pérdida de bienestar fetal, con peligro de muerte del feto.

Dado que **la cesárea no es una intervención inocua** ni para la madre ni para el feto; que entraña un riesgo de muerte materna, unas 3 veces superior a la del parto vaginal, **no es adecuado**, y supone una exigencia contraria a la ética de los obstetras, **solicitarla sin** la existencia de **una indicación clara**, o una elevada probabilidad de cesárea en el intento de parto vaginal.

Con el fin de disminuir las indicaciones de cesárea se ofrecerá la versión externa, en la semana 37, en las presentaciones de nalgas, también se implementará un protocolo de bajo riesgo, para intentar la inducción del parto en caso de cesárea previa.

Departament Valencia- Hospital General

Inducción del parto vaginal

En caso de **prolongación de la gestación** con normalidad materna y fetal, la **inducción del parto** se iniciara en la semana 41 (días 290 a 292). En caso de **rotura prematura de membranas** no complicada después de la semana 33, la inducción del parto se iniciara entre las 12 y 24 horas posteriores.

No se inducirá el parto en caso de contraindicación de la vía vaginal y en las indicaciones de cesárea sin intento de parto vaginal.

Complicaciones, riesgos y fracasos:

Las complicaciones, pueden ocurrir en cualquier parto, pero son más frecuentes en gestaciones con patologías (diabetes, placenta previa, polihidramnios...), roturas prematuras de membranas, partos prematuros, cesáreas anteriores, embarazos prolongados, gemelares, presentaciones fetales anormales....

Las **complicaciones más relevantes** son:

- a) Riesgo de pérdida del bienestar fetal (Sufrimiento fetal)
- b) Prolapso de cordón umbilical, embolismo amniótico.
- c) Infección materna o fetal.
- d) Trastornos hemorrágicos y/o de la coagulación.
- e) Lesiones, desgarros y hematomas del canal del parto, uretra, vejiga, ano y recto
- g) Alteraciones de las contracciones, anatómicas de la madre, de la posición y tamaño fetales
- h) Progresión anormal del parto o Dificultades en la extracción del feto.

El riesgo de muerte materna por complicaciones es bajo, en España alrededor de 3/100.000 partos.

Algunas complicaciones necesitan una intervención obstétrica (cesárea, ventosa, fórceps...), que conllevan algunos riesgos, efectos secundarios y complicaciones maternas y/o fetales, **también tratamientos complementarios**, los más frecuente **transfusión de sangre** y/o derivados, drenajes quirúrgicos y antibióticos.

La cesárea tiene los riesgos de cualquier laparotomía e histerotomía, y los debidos a dificultades en la extracción fetal, complicaciones postoperatorias y algunos riesgos en la posterior fertilidad.

Las **decisiones médicas**, respetando el marco de este consentimiento, quedan a **juicio del Obstetra**, tanto en su indicación, su momento y el tipo de procedimiento, si bien la paciente y sus familiares serán informados, si la urgencia y circunstancias lo permiten. **La atención al parto la realizará solo el equipo de profesionales del Hospital** (obstetras, anestesiólogos, neonatólogos, matronas, enfermeras).

En cualquier intervención se explicarán a la paciente, y/o a los familiares, las precauciones y tratamientos a seguir y que ella se compromete a observar.

Tratamiento del dolor en el parto

La necesidad de anestesia, tanto si es por indicación médica, solicitada por la gestante, o como medida puramente analgésica, será decidida por el anestesiólogo, en colaboración con la paciente, la matrona y el obstetra. El anestesiólogo le habrá informado previamente para su consentimiento, en caso de bloqueo epidural.

Atención al Recién Nacido

En los **partos sin factores de riesgo** perinatales ni complicaciones, si el estado de la madre y del recién nacido lo permite, se ofrecerá el **contacto piel con piel** con la madre durante un periodo ininterrumpido de 50-120 minutos bajo supervisión del personal encargado de la atención al recién nacido sano. Durante éste periodo, la matrona **registrará las constantes vitales del recién nacido**, interrumpiendo el contacto si existen alteraciones, y confirmará si se ha realizado una toma de lactancia materna adecuada.

Hasta en un 20% de nacimientos, aún en ausencia de factores de riesgo perinatales, puede ser necesaria la realización de **maniobras de reanimación**. Cada **paritorio dispone de un área de atención al recién nacido** con los recursos técnicos y el equipamiento adecuado para una reanimación neonatal. Está disponible, en caso de ser necesario, un pediatra experto en reanimación neonatal, durante 24 h al día y todos los días del año.

Tras el nacimiento y el contacto con sus padres, se realizará la **identificación del recién nacido** mediante la huella plantar y el sistema codificado de pulsera y cordón umbilical. Tras la identificación del recién nacido, se le asignará un número de historia clínica que garantice que todas las exploraciones, técnicas o procedimientos realizados queden debidamente registrados.

Departament Valencia- Hospital General

A todos los recién nacidos **se les realizará en paritorio:**

- Profilaxis de enfermedad hemorrágica con Vitamina K im. en dosis única.
- Profilaxis de oftalmía neonatal con pomada de eritromicina al 0.5% en dosis única.
- Limpieza aséptica del cordón umbilical con agua y jabón y secado posterior con gasa limpia. Sólo de forma excepcional y en situaciones no asépticas se empleará clorhexidina al 4% como solución antiséptica.
- Análisis de gases arteriales y determinación de grupo sanguíneo, Rh y prueba de Coombs en sangre de cordón umbilical.

No es recomendable y **no se realizará en paritorio**, de forma rutinaria, el **baño del recién nacido ni la aspiración de secreciones** naso-orofaríngeas.

El **recién nacido sano permanecerá con sus padres en Sala de Maternidad**, realizándose un **examen clínico dentro de las primeras 24 h** de vida. Los padres serán **informados por el pediatra** sobre el **estado de salud** del recién nacido y de **cualquier procedimiento diagnóstico-terapéutico que precise**. A criterio del pediatra puede ser necesaria la realización de analíticas u otras exploraciones y/o el ingreso del recién nacido en la Sala de Neonatología.

Antes del alta hospitalaria se realizarán:

- Los cribados neonatales que deben de incluir:
 - Detección precoz de hipoacusia mediante la realización de otoemisiones.
 - Detección precoz de errores innatos del metabolismo.
- Administración de la vacuna de la hepatitis B, según el calendario vacunal de la Asociación Española de Pediatría.

El **alta hospitalaria** del recién nacido se recomienda **transcurridas al menos 48 horas tras el parto vaginal o de al menos 72-96 horas** cuando el nacimiento ha sido por **cesárea**. De esta forma, se facilita la detección de signos clínicos que puedan indicar la presencia de enfermedad neonatal precoz. Se aprovechará la estancia hospitalaria para **promocionar y apoyar la lactancia materna**. **Se entregará la Cartilla de Salud Infantil y el Informe Hospitalario del RN** y se informará a los padres de la necesidad de un seguimiento en atención primaria y se darán los consejos básicos de vigilancia y cuidados en los primeros días de vida.

He leído lo anteriormente expuesto y he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, en un lenguaje claro y totalmente comprensible, por el facultativo / matrona:

.....
que me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Así pues, se me ha informado de la atención personalizada al parto en el Hospital General Universitario de Valencia, que comprendo el alcance y los riesgos del parto, de las intervenciones relacionadas y de sus posibles complicaciones. También entiendo que el equipo asistencial que atenderá mi parto lo hará con el criterio expresado en este documento.

Por ello manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y **SOLICITO** que se sigan estas condiciones en mi **ASISTENCIA AL PARTO** en el Hospital.

En Valencia a.....de.....de 201

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA MÉDICO/MATRONA