

Un Modelo coordinado de asistencia obstétrica

1.- Introducción general para los profesionales

La atención sanitaria durante el embarazo se mueve, en la actualidad, entre tres niveles asistenciales:

Las Matronas de los Centros de Asistencia Primaria,
Los Obstetras de los Centros de Especialidades y
Los Obstetras y Matronas en el Hospital.

Con frecuencia estos niveles están influidos por la asistencia privada.

La gestación y el parto son procesos fisiológicos, con una cronología definida por lo que no pueden estar sometidos a demoras, ya que de existir listas de espera podría ocurrir que el acto asistencial llegara ya tarde.

El carácter fisiológico, de normalidad de la gestación y del parto, da a la gestante y su entorno unas expectativas de resultados siempre favorables. Lamentablemente en ocasiones, la enorme sensibilidad a las pequeñas agresiones o defectos genéticos, hace que el resultado se enturbie y la cultura social actual lleva a buscar responsabilidades, debe de haber un culpable. La mejor practica profesional cosecha resultados no deseados, a pesar de ello estos profesionales quedan en situaciones incómodas, produciéndose veladas acusaciones o explícitas demandas de culpabilidad. En ocasiones la acusación solo se basa en una información considerada inadecuada.

Ante estas circunstancias, es posible que, si se integraran los tres niveles asistenciales, de forma que suministraran a las gestantes, desde el inicio, un marco informativo sobre las características de riesgos de su embarazo y de las acciones básicas que se realizarían en las situaciones más frecuentes, aplicándose razonadamente este protocolo, se salvaran parte de los problemas relacionados con los defectos de información, o que se produjeran informaciones diversas que la gestante interpretara como contradictorias. Además las solicitudes de algunas prestaciones requieren una información y un consentimiento meditado con suficiente antelación, nos referimos especialmente a la solicitud de una ligadura de trompas en una cesárea incluso el de la necesidad de practicar una cesárea.

Con el fin de aproximarse a un modelo integrado se propone para su discusión el siguiente Plan Asistencial Obstétrico, que contempla las informaciones generales y las acciones que se realizarían en todos los niveles asistenciales.

Dado que en Medicina se producen, en ocasiones, cambios rápidos, se va a necesitar ir incorporando aquellas prácticas que vayan demostrado ser de valor. También modificar otras ya establecidas para hacerlas más eficientes. Además se va a necesitar el que al menos una vez al año se contemplen los resultados del programa, se analicen los posibles cambios y los problemas que se presenten para su corrección.

No se puede realizar modificaciones unilaterales del programa por que suponen un desequilibrio en los recursos, tampoco proponer la introducción de una nueva práctica si su eficiencia no está adecuadamente establecida, en especial aquellas ideas que surgen a partir de informaciones optimistas que con frecuencia se vierten en reuniones y congresos, muchas veces realizados bajo el patrocinio de casas comerciales con intereses muy concretos.

2º.- La Información para la Gestante: Riesgos del embarazo

Los profesionales dedicados a su asistencia durante los próximos meses le damos la Enhorabuena por su embarazo, y también le transmitimos el agradecimiento por su aportación al rejuvenecimiento de nuestra Sociedad. Por nuestra parte vamos a tratar de que este acontecimiento obtenga los mejores resultados y que Vd. disfrute de su embarazo, parto y lactancia.

El embarazo no es una enfermedad, pero impone unos cambios tan importantes a su organismo y, al mismo tiempo, su futuro hijo se forma y desarrolla con tanta rapidez, que es un periodo muy sensible, en el que pequeñas alteraciones pueden tener importantes consecuencias.

Vd. ya habrá oído hablar de que los embarazos los suelen clasificar los profesionales de la salud, en dos grandes grupos, los de bajo riesgo y los de alto riesgo.

Un embarazo de bajo riesgo no significa una seguridad de un resultado favorable, pero las complicaciones son menos frecuentes. La mayoría de los embarazos son de bajo riesgo, pero como son muchísimos más, en el total de las complicaciones la mayoría ocurrieron en embarazos de bajo riesgo. Que no la asuste esto, pero que la convenza de la importancia de llevar una vida sana, con el fin de disminuir los problemas, y de acudir a los controles prenatales para, si es posible, detectarlos y corregirlos lo antes posible.

Un embarazo de alto riesgo es aquel en que convergen una serie de circunstancias o enfermedades que facilita el que puedan ocurrir alteraciones que afecten al feto o a la madre. Cuando oye que un embarazo es de alto riesgo quizá entienda que puede pasar todo tipo de calamidades, pero no es así, con frecuencia los riesgos son más para unos problemas y no para otros. Para que nos entienda, una mujer embarazada de 39 años, que ha tenido ya dos embarazos y parto normales, con recién nacidos normales, se catalogaría como una gestación de alto riesgo, pero solo por que por su edad tiene un riesgo de haber concebido un feto afectado por una cromosomopatía de 1 cada 150 (0,75 %), pero descartado este problema no tendría por que temer más por su embarazo que una mujer de 25 años con las mismas circunstancias de normalidad (por cierto que esta mujer de 25 años tiene también un riesgo de cromosomopatía, pero solo 1 por cada 1550 recién nacidos). Vemos pues que hay que matizar en que consiste el alto riesgo y, si es posible, se le debe de cuantificar.

Seguramente en este momento Vd. tiene curiosidad por saber como catalogaríamos de entrada su embarazo, pero lo mejor es que lo haga Vd. misma (no olvide que lo más importante es su participación). No tiene más que responder a las 20 preguntas del siguiente cuestionario. Si todas sus respuestas son “No” su embarazo es de bajo riesgo, y si alguna(s) de su respuesta(s) es “Sí”, siga leyendo para conocer primero que riesgo(s) entraña esta respuesta, pero también le explicaremos que vamos a hacer para detectar lo antes posible los problemas que se pueden derivar de sus riesgos.

Cuestionario de Autoevaluación del Riesgo Obstétrico

Apellidos.....Nombre.....DNI.....

Responde “Si” o “No” a las siguientes 20 preguntas y redondea el número de la pregunta en que respondes “Si”.

Cuando la pregunta se refiere a un familiar, solo incluye familiares de primer grado: Padres, hijos o hermanos.

1. ¿Desconoces la fecha de la última regla ?.....
2. ¿Es tu primer embarazo?.....
3. ¿Tienes menos de 18 años?.....
4. ¿Tienes más de 34 años?.....
5. ¿Pesas menos de 45 kg?.....
6. ¿Pesas más de 80 kg?.....
7. ¿Mides menos de 150 cm?.....
8. ¿Tu trabajo es muy fatigoso?.....
9. ¿Has tenido más de 2 abortos seguidos?.....
10. ¿Has perdido algún hijo antes de nacer o en los primeros días de vida?.....
11. ¿Algún hijo te pesó al nacer menos de 2500 gramos?.....
12. ¿Algún hijo te pesó al nacer más de 4000 gramos?.....
13. ¿Algún parto tuyo anterior ocurrió antes del 8º mes?.....
14. ¿Padeces alguna enfermedad por la que lleves dieta o tratamiento?.....
15. ¿Fumas más de 10 cigarrillos día, o consumes bebidas alcohólicas o drogas?.....
16. ¿Algún familiar tuyo padece una malformación o retraso psicomotor?.....
17. ¿Algún familiar tuyo es diabético?.....
18. ¿O es hipertenso?.....
19. ¿Algún familiar de tu marido padece alguna malformación o retraso psicomotor?.....
20. ¿Te ha rellenado alguien este cuestionario?.....

Si te preocupa alguna cosa que no te hayamos preguntado escríbela aquí.....
.....
.....

Valencia, a.....de.....de.....

Quizás haya contestado “sí” a alguna de las preguntas o no conozca bien la fecha de última regla, entonces su embarazo se catalogaría de alto riesgo, pero ahora debe de saber de que se trata su alto riesgo. Aunque antes queremos tranquilizarla ya que la mayoría de los embarazos de alto riesgo acaban bien. El que sea más frecuente que aparezcan problemas no quiere decir que vayan a ocurrir. La mayoría de las veces no ocurren. Tampoco antes, en la gestación de bajo riesgo, asegurábamos de que todo iba a ir bien, lo que ocurre es que la frecuencia de los problemas es mucho menor, pero puede ocurrir lo mismo en los embarazos de bajo y de alto riesgo.

Los riesgos fundamentales se pueden resumir en 4 grupos:

A) Riesgo de malformaciones y cromosomopatías (S. de Down), que sería más alto en las mujeres que tienen antecedentes de estos problemas, también si se han tomado o se toman algunas medicaciones, o si ha sido sometido a la acción de los Rayos X, también aumenta el riesgo de S. de Down con la edad (en el reverso del cuestionario que ha rellenado le resume el riesgo de S. de Down desde los 18 a los 45 años de edad en el momento del parto). También hay otras cromosomopatías que aumentan con la edad, pero son mucho menos frecuentes y, la mayoría, son incompatibles con la vida del niño más allá del primer año.

Respuesta “SI” a las preguntas 4, 9, 10, 14 y 16

B) Riesgo de parto prematuro, más elevado en aquellas mujeres que ya han tenido partos prematuros, o abortos tardíos (después del tercer mes) o que han sufrido varios legrados por abortos u otros problemas, o que tienen infecciones vaginales frecuentes, también si se trata de un embarazo gemelar o múltiple.

Respuesta “SI” a las preguntas 1, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 15 y 20.

C) Riesgo derivado de alteraciones nutritivas y enfermedades endocrinas, lo más frecuente en nuestro medio la obesidad y la diabetes mellitus. Adicionalmente se incluye la gestante con grandes ganancias de peso (más de 10 kg. al séptimo mes) o que ganan poco peso (menos de 5 kg al séptimo mes).

Respuesta “SI” a las preguntas 4, 5, 6, 12, 14, 15, y 17.

D) Riesgo de insuficiencia placentaria: En especial en. las mujeres con hipertensión, en las fumadoras, en las que consumen drogas, las que tienen un peso bajo, las que ganan poco peso, también en las gestaciones gemelares y múltiples....

Respuesta “SI” a las preguntas 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 18 y 20.

Lamentablemente los riesgos no acaban aquí y otros muchos riesgos específicos, muchas veces múltiples, en mujeres infectadas por los virus del SIDA, en caso de Aloinmunización Rh, o si padece alguna enfermedad, algunas poco frecuentes incluyendo algunas infecciones adquiridas en la gestación.

3º.-•La Información para la Gestante: Control prenatal

Le hemos ya resumido los riesgos más frecuentes de la gestación, ahora veamos que se va a hacer en la Consulta Prenatal para tratar de detectar si los riesgos se pueden concretar en problemas reales y si aparecen nuevos riesgos.

La consulta prenatal para ello se ordena sobre dos apartados:

1) Los controles básicos a realizar a todas las embarazadas.

2) Los controles específicos que se efectuaran unos sobre todas las gestantes, otros solo en las que existen riesgos concretos.

Evidentemente en situaciones particulares se realizan otros controles pero de forma muy específica y con menor frecuencia.

1) Controles básicos

Si su estado de salud es bueno, lo más probable es que con unos hábitos de vida saludables todo vaya bien, pero hay problemas que pueden aparecer durante el embarazo o riesgos que pueden definirse mejor con algunas exploraciones adicionales. El programa asistencial básico coincide con el contemplado en su cartilla de Embarazada que incluye:

- Elaboración del cuestionario de riesgos
- Complimentación de la Historia Clínica, con exploración general y ginecológica, incluyendo una citología vaginal
- Control mensual del aumento de peso, de la tensión arterial y de la presencia de proteínas, glucosa y acetona en orina.
- Control mensual desde el quinto mes del crecimiento del fondo uterino, de la presencia de edemas en los tobillos, de movimientos fetales, con auscultación clínica fetal.
- Determinación de Grupo sanguíneo y del Rh, de anticuerpos irregulares, la glucemia, creatinina, ácido úrico, y del Hemograma así como la situación de defensas o de afectación por algunas infecciones: Rubeola, Sífilis, Toxoplasma, Hepatitis B y SIDA al inicio del embarazo.
- Nueva determinación de la analítica sanguínea de anticuerpos irregulares, glucosa, creatinina, ácido úrico, y Hemograma en la semana 28.

El valor de todas estas pruebas esta generalmente aceptado. Si en su Historia Clínica no aparecen datos que sugieran algún riesgo en particular, ni en el control prenatal tiene desviaciones, no se necesitarían más pruebas Esta parte del programa se desarrolla de forma coordinada entre las matronas y los especialistas de los Centros de Especialidades.

2) Controles específicos

Va a tratar de definir mejor los riesgos, unas veces sobre todas las gestantes, otras solo en aquellas que por el cuestionario o hallazgos posteriores muestren aumentados riesgos concretos.

Estos controles se ordenan sobre los riesgos que le hemos resumido antes:

a) Despistaje de cromosomopatías y malformaciones

Este programa se propone a todas las embarazadas, pero se les dará una información adicional en la primera consulta prenatal, y se solicitará para estas exploraciones su consentimiento informado.

En este programa a todas las gestantes se les ofrece la practica de, al menos, dos ecografías, la primera en la semana 12 y la segunda en la 20, ambas se tratará de realizar en el Hospital General Universitario. Con estas ecografías se busca concretar mejor los riesgos de cromosomopatía así como el diagnóstico de muchas malformaciones. Tras la realización de las ecografías se le entregara el resultados de las mismas con las informaciones adicionales pertinentes. Los resultados de estas ecografías pueden suponer la realización de otros análisis de sangre en la semana 16 o de otras pruebas, como la amniocentesis o la biopsia corial. Los resultados finales, si son positivos puede, en ocasiones, suponer la posibilidad de que Vd. se acoja al tercer supuesto de la ley de interrupción de la gestación.

b) Riesgo de parto prematuro

Este programa se aplicara solo en las gestaciones de riesgo de parto prematuro definido por el cuestionario inicial o por el diagnóstico posterior de una gestación gemelar, una amenaza de parto prematuro o una infección vaginal.

Lo que se va a vigilar es la anatomía del cuello uterino mediante ecografia transabdominal y/o transvaginal en las semanas 12, 20, 24, 28 y 32 y en caso de infecciones también se incluirían cultivos bacteriológicos.

Los resultados ecográficos positivos (cérvix de menos de 1,5 cm de longitud) pueden suponer la práctica de un cerclaje cervical en la semana 14, la recomendación de unas medidas higiénico sanitarias adicionales de reposo, de alimentación y de hábitos de vida, en especial, la abstención de relaciones sexuales. En caso de infecciones también se le prescribiría el tratamiento oportuno.

c) Riesgo por alteraciones nutritivas o enfermedades endocrinas

El mayor número los forman gestantes con riesgo de diabetes (las de más de 30 años, las que tienen sobrepeso, antecedentes de diabetes en anteriores gestaciones o de fetos grandes anteriores, o que algún hermano o sus padres fueran diabéticos).

Con estas situaciones se les aconsejaría la practica de una prueba de Despistaje de diabetes en la semana 28 (que consiste en un análisis de sangre 1 hora después de tomar 50 g. de glucosa). En caso de resultado positivo (glucosa mayor de 140 mg/dl.) habría que efectuar una curva de glucemia completa. Hay quien cree que esta prueba debiera realizarse a todas las gestantes, pero esa actitud no esta claro que se traduzca en mejores resultados finales, mientras genera ansiedad y preocupación con gran frecuencia. Si Vd. desea que se le realice esta prueba fuera de protocolo solicítelo cuando acuda a la consulta al sexto mes.

Menos frecuentes son los casos de mujeres con grandes desviaciones en el peso, o con enfermedades endocrinas (después de la diabetes estarían las enfermedades del tiroides), en las que se darían las recomendaciones dietéticas y los tratamientos oportunos con el seguimiento específico correspondiente.

Dado que la repercusión sobre el feto, en la mayoría de los casos de este riesgo, es la desviación de su crecimiento, también se realizarían., en este grupo, ecografías para estimar el crecimiento fetal desde la semana 24, todos los meses, con estimación del peso y de su equivalencia en la semana 40, para que Vd. entienda mejor la situación.

En las gestantes sin este riesgo, y en las primerizas, también se realizaría una evaluación del crecimiento fetal en el Centro de Especialidades, mediante una ecografía en la semana 34.

d) Riesgo de Insuficiencia Placentaria

La insuficiencia placentaria es una situación en la que la placenta no suministra al feto todos los nutrientes que necesita, incluso en ocasiones todo el oxígeno necesario. Es un problema que puede estar presente desde el inicio de la gestación pero solo suele ser diagnosticable en momentos tardíos, alrededor de la semana 34

Raramente el problema se debe a un problema de la placenta (defecto de placentación o constitución anormal de la placenta) , sino que suele ser secundario a situaciones maternas (hipertensión, anemia, diabetes, trastorno nutritivo, consumo de drogas, consumo de tabaco....) o a problemas del propio feto (gestación múltiple, secundarios a infecciones, malformaciones, defectos en el cordón umbilical). Los casos de antecedentes de recién nacidos con peso insuficiente, incluso de parto prematuro, de desprendimiento prematuro de placenta o de muertes fetales inexplicadas, serian marcadores de este riesgo.

Este grupo de gestantes serian seguidas en el Hospital, incluyéndose en su control rutinario la evaluación del crecimiento fetal mediante ecografía desde la semana 24, con atención al estado fetal, incluyendo la velocimetría Doppler de las arterias uterinas y umbilicales, y de la arteria cerebral media en caso de valores elevados en estas últimas, del tono muscular del feto, de los movimientos fetales intrauterinos, del volumen de líquido amniótico. Se realizarían registros basales de frecuencia cardiaca fetal, con test de sobrecarga fetal si estuviera indicado, a partir de la viabilidad fetal en la semana 27.

4º.- La Información para la Gestante: Transferencia al Hospital

Si todas estas exploraciones son normales, el control prenatal se mantiene en el Centro de Salud y en el Centro de Especialidades hasta la semana 40 (la fecha probable del parto cuya fecha figura en el informe de la ecografía de la semana 12). En esa fecha acudiré, sobre las 9 de la mañana a la policlínica Obstétrica del Hospital, pero si es sábado, domingo o festivo a las Urgencias Obstétricas del Hospital General.

Cuando llegue al Hospital en la 40 semana se le realizará una revisión general sobre su estado, sobre la situación de la gestación, sobre las modificaciones que preceden al parto y sobre las características de la forma de presentación del feto, se realizará también una ecografía para valorar el crecimiento fetal y un Control cardiotocográfico para evaluar la reserva respiratoria fetal y las contracciones uterinas. Si todo es normal, y Vd. no se pone antes de parto, se la citará de 5 a 7 días después para una nueva revisión hospitalaria en la Policlínica, y si todo es normal y sigue sin ponerse de parto, de 3 a 5 días después, alrededor del día 292, se la ingresará en el Hospital con el fin de finalizar la gestación.

Una gestación de riesgo elevado no significa necesariamente que el parto sea también de riesgo. Hay situaciones que no entrañan riesgos importantes en la gestante y si acrean un riesgo para el parto, por ejemplo en casos de cesárea anterior, que el feto se coloque de nalgas, talla materna pequeña, etc....

Evite en lo posible acudir a Urgencias del Hospital de forma innecesaria, pues la anarquía produce una sobrecarga de trabajo que atenta al mantenimiento de una asistencia adecuada. Debe de acudir de forma inmediata a la matrona o al ginecólogo que le atiende, o en caso de imposibilidad, a Urgencias del Hospital si:

- + Tiene una hemorragia manifiesta
- + Tira líquido abundante, pudiendo ser una rotura de membranas.
- + Nota que el feto reduce mucho sus movimientos.
- + Tiene contracciones frecuentes (más de 2 en 10 minutos)
- + El útero se contrae de forma duradera, sin relajarse después.

5º.- La Información para la Gestante: Decisiones sobre el parto

El parto es un proceso fisiológico que normalmente tiene lugar alrededor del día 280 después de la fecha de la última regla (en mujeres con reglas puntuales con ciclos de 28 días). La variabilidad de la biología hace que en la práctica el parto ocurra entre 12 días antes y 12 días después del día 280. La medición más precisa del momento probable del parto (del día 280) es la fecha que se consigue con la medición de la longitud del embrión en la ecografía de la semana 12. En una gestación normal el riesgo para el feto permanece prácticamente invariable durante esos 24 días. La conducta si todo es normal es esperar a que se desencadene el parto en el plazo convenido.

Cuando existe una amenaza de parto prematuro o si se necesita finalizar la gestación antes de la 34 semana la tenemos que referir al Hospital La Fe ya que el Hospital General no dispone de Unidad de Cuidados Intensivos para los Recién Nacidos.

Además del inicio espontáneo del parto en el periodo indicado hay situaciones que pueden recomendar que la gestación se finalice antes:

- Cualquier gestación con un problema adicional (hipertensión, diabetes, gemelar, peso fetal estimado menor de 2500 g. . . etc..) no esperaremos al día 292, y la finalizaremos alrededor del día 280.
- Las gestaciones en las que la gestación se finalice mediante cesárea por dos cesáreas previas, la tercera cesárea se realizará en la semana 39.
- Los casos de antecedente de muerte fetal inexplicable en una gestación anterior finalizaremos la actual gestación una semana antes de cuando tuvo lugar la muerte del anterior feto, en tanto que estemos ya después de la semana 34.

6º.- La Información para la Gestante: Formas de finalizar la gestación

Si no se desencadena el parto espontáneamente, el finalizar la gestación supone una de estas dos acciones:

- a) Inducir el parto. (Provocar el parto)
- b) Realizar una cesárea electiva

a) Inducción del parto: Sólo se induce el. parto en los casos. en. que la evaluación. fetal previa muestra que el feto tiene suficiente reservas para afrontar el parto y no existe contraindicación de un parto vaginal (por ejemplo un herpes genital, un feto en presentación anómala o con un peso estimado superior a 4500 gramos, una cesárea anterior etc...). Las situaciones en las que con mayor frecuencia se plantea la inducción del parto son:

- En una gestación normal, en la que se conoce la edad gestacional a partir de la ecografía de la semana 12, antes de llegar a la semana 42.
- Cuando se ha producido la rotura prematura de membranas, y se ha alcanzado la semana 34, tras esperar de forma controlada unas 24 horas, si no se desencadena en este tiempo espontáneamente el parto.
- Cuando una gestación. de riesgo (diabetes, hipertensión,) bien controlada y sin problemas adicionales, alcanza la semana 40.
- Cuando el feto alcanza un peso estimado 4500 g. o menor de 2000 g. en un momento posterior al día 259.

b) Cesárea electiva: Las situaciones en las que no se intenta finalizar el parto por vía vaginal mediante la Inducción del parto y se decide la práctica de una cesárea electiva son:

- En aquellas gestantes con dos cesáreas anteriores, en la semana 39.
- En las que ya tienen una cesárea y se necesita acabar la gestación por / alguna razón antes del desencadenamiento espontáneo del parto.
- En las que la presentación del feto no es de cabeza y no han parido antes vía vaginal.

7º.-La Información para la Gestante: Formas de conducir el Parto

El parto se inicia cuando el cuello se ha borrado, la dilatación es mayor de 3 cm, y hay más de 2 contracciones uterinas en 10 minutos.

El parto puede evolucionar de dos formas:

a) Espontáneo

El parto de evolución espontánea lo hace sin ninguna intervención médica, solo bajo los controles generales de estado materno (Tensión arterial, Pulso, Temperatura, Hidratación, Diuresis), del estado fetal (monitorizaciones intermitentes de 20 minutos) y de su evolución (tacto vaginal). Estos controles se realizan cada dos horas.

b) Dirigido

Si tras cuatro horas la progresión es menor de 3 cm., se pasa al parto dirigido:

- La primera medida es proceder a la rotura de la bolsa, a colocar una vía endovenosa con suero y a realizar una monitorización continua del estado fetal.
- Si en las dos horas posteriores la dilatación progresa menos de 2 cm. y las contracciones no son buenas, se añadirá al suero endovenoso oxitocina, aumentando la dosis hasta conseguir contracciones buenas.
- Si tras conseguir buenas contracciones la evolución es menor de 2 cm. En las siguientes dos horas se indicará una Cesárea por fallo de progreso.

En el parto de evolución espontánea, los dolores son menos intensos, por lo que suele ser suficiente una analgesia intramuscular con Meperidina, la posibilidad de mantener la movilidad permite otras medidas más naturales para mitigar el dolor. Es importante que Vd. haya asistido a las clases de preparación al parto, pues el conocer el proceso y el desprenderse de miedos es la mejor ayuda para que este parto sea una vivencia de una dimensión personal incomparable, gratificante y emocionante.

En el parto dirigido, la mayor manipulación hace menos soportable el dolor, por lo que si Vd. desea se le puede aplicar un bloqueo epidural.

La Inducción del parto es una forma de parto dirigido desde el inicio, por lo que si lo desea se le puede aplicar un bloqueo epidural desde el inicio.

8º.-•La Información para la Gestante: Formas de finalizar el Parto

El parto puede finalizar:

- a) Vía vaginal:
 - + De forma espontánea
 - + De forma instrumental
- b) Vía abdominal:
 - + Cesárea electiva (ya vista en el apartado anterior)
 - + Cesárea no electiva

a) Vía vaginal: Parto Instrumental con Ventosa o fórceps:

La aplicación de la ventosa o fórceps son ayudas instrumentales adecuadas para finalizar el parto si la posición fetal es de occipucio, la dilatación se ha completado y la presentación ha descendido en la pelvis (por debajo del III plano de Hodge).

Una ventosa o un fórceps podría ser también la forma más rápida de extraer un feto en situación de compromiso si se dieran las condiciones de descenso de la presentación y dilatación referidas.

El parto instrumental se realiza cuando alcanzadas las condiciones de aplicación instrumental, la progresión del parto se detiene más de una hora.

b) Vía abdominal.

La Cesarea no electiva es la decisión de realizar la cesárea tras el intento de parto por vía vaginal. Las causas más frecuentes son:

- Fallo de maduración cervical si iniciada la inducción del parto, en 8 horas no se ha conseguido que el cuello se borre, alcanzado ya una dilatación de 3 cm.
- Fallo de progreso del parto la dilatación se detiene entre 3 y 8 cm durante al menos dos horas , tras haberse aplicado todas las medidas para corregir ese progreso deficiente: rotura de la bolsa de la aguas y perfusión de oxitocina, consiguiéndose buena dinámica uterina.
- Desproporción pelvi fetal cuando con una dilatación de al menos 8 cm, el feto no desciende en la pelvis a pesar de todas las medidas correctoras, que incluye también la colaboración materna, durante al menos 1 hora.
- Compromiso fetal cuando existen signos en la frecuencia cardiaca fetal de amenaza del bienestar fetal y se constata que el pH fetal es inferior a 7,20 en dos medidas consecutivas separadas 15 minutos, o inferior a 7,15 con repetición inmediata. En caso de no poder realizar un pH fetal cuando la frecuencia cardiaca fetal muestre variabilidad reducida (menos de 5 latidos de diferencia en un minuto), que no se explica por un efecto farmacológico o en una fase de sueño fetal, con presencia de de-

celeraciones tardías o deceleraciones variables en todas las contracciones y ausencia de aceleraciones, y no existe respuesta a medidas correctoras (decúbito lateral, mascarilla de O₂, disminución de las contracciones uterinas, si eran excesivas o amnioinfusión). Será criterio suficiente al presencia de una bradicardia fetal comprobada, menor de 100 lpm durante al menos 5 minutos con baja variabilidad, en especial en las situaciones clínicas de sospecha de desprendimiento prematuro de placenta o de prolapso de cordón.

La cesárea no es la forma de parto más segura, tiene también riesgos para la madre y riesgos para el feto. Los riesgos para la madre condiciona las conductas en la siguiente gestación y parto, así como aumenta el riesgo de varias complicaciones.

Durante la cesárea el realizar una esterilización mediante ligadura tubárica no aumenta los riesgos de la intervención, sin embargo para que se realice se necesita que Vd. lo haya expresado con mucha anterioridad y haya firmado las Hojas de Consentimiento Informado. Si Vd. planea esta posibilidad manifiéstelo a la matrona o ginecólogo para que le de las explicaciones y firme el Consentimiento Informado. No podemos realizar ligaduras tubáricas si este requisito no se cumple.

8º.- La Información para la Gestante: Después del Parto

Después del parto la recuperación suele ser en horas y, salvo situaciones especiales. conviene que tenga pronto movilidad en la cama, y que se levante con ayuda a orinar antes de las 4 horas, y, en caso de cesárea lo haga antes de las 24 horas.

Los problemas más frecuentes son las retenciones urinarias, por dificultad a la micción secundaria al traumatismo de la vejiga con el parto, o las molestias en las heridas, para los que se le pueden administrar analgésicos antiinflamatorios.

Lo mejor que ahora puede hacer por su hijo es darle de mamar, comience pronto, tan pronto la dejen en su habitación, y hágalo tantas veces como se lo demande su hijo. La lactancia natural tiene pocas contraindicaciones (el ser portadora del virus del SIDA o tomar algunas medicaciones) y es fuente de riqueza económica y de salud para la madre y para el recién nacido.

Existen muchos falsos mitos respecto a la repercusión de la lactancia para la salud de la madre. La lactancia no engorda, al contrario puede servir para ayudar a perder algunos kilos de más conseguidos durante la gestación.

La repercusiones a largo plazo de la lactancia artificial sobre la salud del individuo no se conocen adecuadamente, pero cada vez parece es más notorio que influye en el aumento, en la vida adulta, de problemas como la hipertensión, la obesidad, la hipercolesterolemia, la arteriosclerosis, etc

Tras un parto normal permanecerá hospitalizado durante, al menos, 24 horas. Cuando llegue a casa contacte con su matrona para que la ayude en sus dudas y problemas

Consentimiento Informado del

Control General de la Gestación y de Asistencia al parto

Dña.....
mayor de edad y con D.N.I. número.....

Ha cumplimentado el cuestionario inicial de riesgos dando una respuesta positiva a las preguntas números.....

Por ello se considera que debe de incluirse como una gestación de (redondee una o varias letras de la siguiente lista):

- A) Bajo riesgo
- B) Riesgo de cromosomopatía o malformación
- C) Riesgo de parto prematuro
- D) Riesgo de trastorno nutricional, diabetes u otras endocrinopatías
- E) Riesgo de Insuficiencia Placentaria

He sido informada por escrito (mediante la lectura del protocolo de seguimiento general y específico, que se me ha entregado, y con la conversación aclaratoria de todas mis dudas, mantenida con el personal encargado de mi asistencia prenatal) del seguimiento planeado para tratar de detectar lo antes posible si alguno de estos riesgos muestra signos mas evidentes de producirse.

Por ello firmo mi conformidad con la información recibida, aceptando cumplir con los procedimientos generales de este Control Prenatal, reservándome el derecho de negarme a ser sometida a aquellos procedimientos que pudieran atentar contra mis convicciones éticas o religiosas.

En....., a.....de.....de.....

Fdo.:.....

Tabla de riesgo de Síndrome de Down

según la edad materna en el momento del parto

Edad	Riesgo	Edad	Riesgo
Años	1/	Años	1/
18	1555	31	795
19	1545	32	685
20	1530	33	575
21	1510	34	475
22	1480	35	385
23	1445	36	305
24	1405	37	240
25	1350	38	190
26	1285	39	145
27	1210	40	110
28	1120	41	85
29	1020	42	65
30	910	43	50
		44	35
		45	25
		46	20
		47	15
		48	10