

XXXIV

**Reunión de la Sociedad de
Obstetricia y Ginecología
de Castilla y León**

Zamora



25 y 26 de octubre de 2019

www.reunionsogicyl.com

PARTO NO INTERVENIDO

*M^ª Antonia Ferragut Marqués
Hospital Santa Bárbara de Soria*



PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL Y EL PUERPERIO



Incorporación de rutinas en el paritorio de “NO HACER” que se recogen en dicho proceso asistencial



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

COMMITTEE OPINION

Number 687 • February 2017

Committee on Obstetric Practice

The American College of Nurse-Midwives and the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses endorse this document. This Committee Opinion was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice, in collaboration with American College of Nurse-Midwives' liaison member Tekoa L. King, CNM, MPH, and College committee members Kurt R. Wharton, MD, Jeffrey L. Ecker, MD, and Joseph R. Wax, MD.

This document reflects emerging clinical and scientific advances as of the date issued and is subject to change. The information should not be construed as dictating an exclusive course of treatment or procedure to be followed.

Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth



Organización
Mundial de la Salud

2018

Recomendaciones de la OMS
**Para los cuidados durante el parto,
para una experiencia de parto positiva**

Transformar la atención a mujeres y neonatos para
mejorar su salud y bienestar



The logo for the World Health Organization (OMS) is a dark teal circle with a white border, containing the letters 'OMS' in white, bold, sans-serif font.

OMS

La mayoría de los aproximadamente **140 millones de nacimientos** que ocurren a nivel mundial cada año se dan en **mujeres que no presentan factores de riesgo** de tener complicaciones para ellas ni para sus bebés, al comienzo y durante el trabajo de parto

El concepto de “**normalidad**” en el trabajo de parto y el parto no es universal ni está estandarizado.



OMS

En las últimas dos décadas, se ha producido **un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso** con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés.

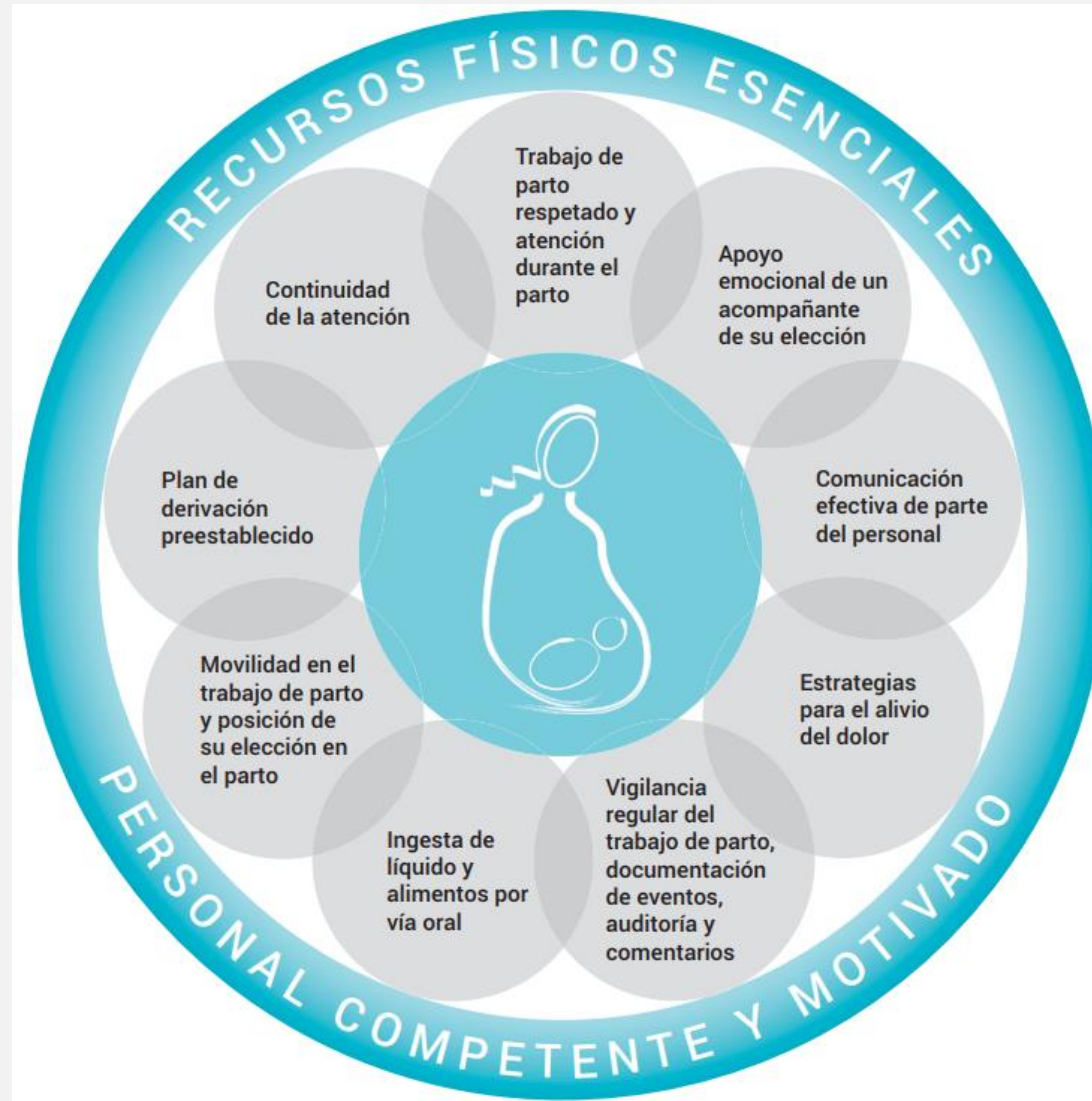


OMS

**Esta medicalización
creciente** de los procesos de
parto **tiende a debilitar la
capacidad de la mujer de
dar a luz y afecta de manera
negativa su experiencia de
parto**



Representación esquemática del modelo de cuidados durante el parto de la OMS



PROCESO
ASISTENCIAL
INTEGRADO
DE ATENCIÓN
AL PARTO
NORMAL Y EL
PUERPERIO
SACYL

- Pretende ofrecer a la mujer las **máximas condiciones de seguridad** así como el **derecho a parir con respeto a la intimidad, a participar en una adecuada toma de decisiones** y en las mejores condiciones tanto para la madre como para el RN.

PROCESO
ASISTENCIAL
INTEGRADO
DE ATENCIÓN
AL PARTO
NORMAL Y EL
PUERPERIO
SACYL

- Que la asistencia al parto se desarrolle **evitando intervenciones innecesarias**, molestas e incluso desaconsejadas, que además, restan intimidad y protagonismo a la mujer.

PROCESO ASISTENCIAL
INTEGRADO DE ATENCIÓN
AL PARTO NORMAL Y EL
PUERPERIO
SACYL

ALCANCE DEL
PROCESO

- **Gestante sin riesgo obstétrico en fase activa de parto** (tras inicio espontáneo o inducido)
- **SG 37 a 42**
- **Fase activa de parto:**
 - **dinámica uterina regular**
 - **borramiento cervical >50%**
 - **dilatación de 3-4cm.**

PROCESO ASISTENCIAL
INTEGRADO DE ATENCIÓN
AL PARTO NORMAL Y EL
PUERPERIO
SACYL

- **Plan de Parto y Nacimiento**
- **Valorar el riesgo obstétrico de la gestante para determinar si cumple criterios de atención al parto normal**



**¿SE ENTREGA
PLAN DE PARTO
A TODAS LAS
GESTANTES?**

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL

- Anomalía pélvica.
- Malformación uterina aunque si la presentación es cefálica en embarazo de bajo riesgo puede considerarse parto normal.
- Embarazo múltiple.
- Presentación del feto anormal: presentación no cefálica.
- Sospecha de macrosomía fetal: peso fetal estimado >4.5 kgr.
- Abuso de drogas: consumo habitual de drogas, fármacos...
- Alteraciones del líquido amniótico: hidramnios y oligoamnios.
- Anemia grave: (Hb <7,5)
- Cardiopatías grados III y IV.
- Diabetes pre-gestacional desconocida o con mal control metabólico.
Diabetes gestacional.
- Endocrinopatías con mal control.
- Obesidad mórbida (IMC >40)
- Hemorragias del segundo y tercer trimestre.
- Trastorno hipertensivo del embarazo: hipertensión gestacional, preeclampsia grave y preeclampsia sobreañadida a hipertensión crónica.
- Cualquier infección con repercusión materna, fetal o en el RN. Infección de transmisión sexual activa (lesiones genitales activas).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL

- Isoinmunización.
- Antecedentes obstétricos desfavorables: informar a la gestante y sus preferencias, puede ofrecérsele monitorización continua.
- Tumoración genital: uterina, anexial.
- Crecimiento intrauterino retardado confirmado.
- Malformaciones fetales mayores.
- Placenta previa.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Parto prematuro (por debajo de 37 semanas).
- Rotura prematura de membranas en gestación pretérmino (< 37 semanas).
- Embarazo prolongado (> 42 semanas).
- Patología materna asociada grave.
- Muerte fetal anteparto.
- Trombofilias.
- Otras (definidas por los profesionales).

MEDIDAS HIGIÉNICAS SELECTIVAS

Evitar el rasurado de
pubis y genitales
externos



MEDIDAS HIGIÉNICAS SELECTIVAS

Evitar la
administración
sistemática del
enema



ALIVIO DEL DOLOR

MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS

- **Acompañamiento**
- **Técnicas de relajación y respiración**
- **Masaje lumbar y aplicación de calor con una toalla**
- **Agua caliente**
- **Deambulación y cambios de posición. Pelotas de parto**
- **Inyección de agua estéril en el rombo de Michaelis**

ALIVIO DEL DOLOR

MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS

Se ofrecerá la **inmersión en agua caliente** durante la fase tardía de la primera etapa del parto (dilatación $>4-5$ cm), si el centro dispone de dicha opción y a una **temperatura que no exceda los $37,5^{\circ}\text{C}$** .



ALIVIO DEL DOLOR

**MÉTODOS NO
FARMACOLÓGICOS**

Pelotas de parto

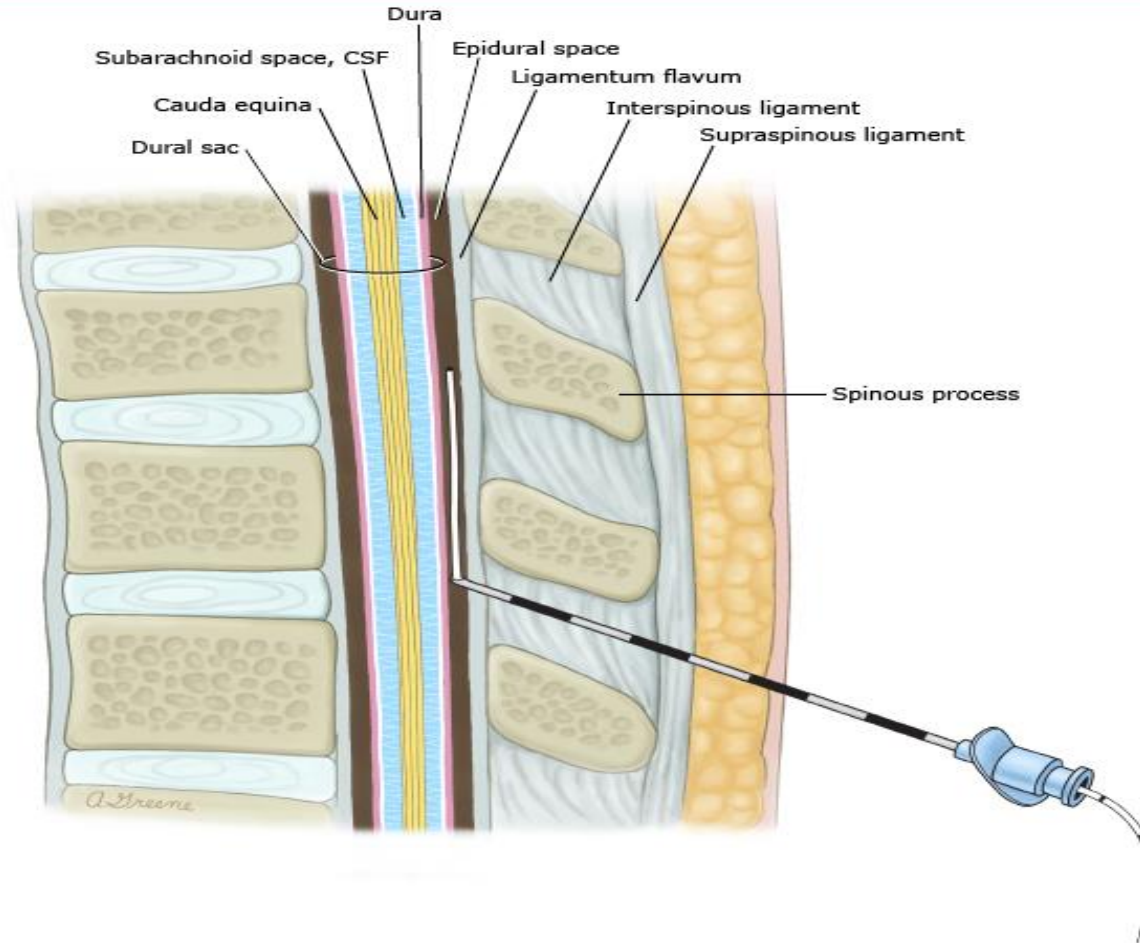


**ALIVIO DEL DOLOR
MÉTODOS
FARMACOLÓGICOS**

**Analgesia
neuroaxial**

- **Epidural**
 - Bloqueo epidural contínuo
 - Bloqueo epidural controlado por la paciente. PCEA(Patient control peridural anaesthesia)
- **Combinada** (epidural-intradural)

Layers through which epidural needle goes



Bupivacaína
Ropivacaína
Levobupivacaína
Fentanilo

For epidural anesthesia, the styletted epidural needle is inserted through the skin and subcutaneous tissue, the supraspinous and interspinous ligaments, and into the ligamentum flavum. The stylet is removed from the needle, and a loss of resistance syringe containing saline, air, or a combination of the two is firmly attached to the needle hub. As the needle is advanced, the epidural space is identified by loss of resistance to injection of air or saline. The syringe is then removed, and an epidural catheter is advanced through the needle and into the epidural space. The needle is removed over the catheter, leaving 4 to 6 cm of the catheter in the space. For further details refer to UpToDate content on epidural technique.

ALIVIO DEL DOLOR MÉTODOS FARMACOLÓGICOS

VÍA PARENTERAL

- **Opioides parenterales**
 - **Remifentanilo EV**
 - **Meperidina (Dolantina) IM**

Efecto analgésico limitado

Náuseas, vómitos



**ALIVIO DEL DOLOR
MÉTODOS
FARMACOLÓGICOS**

Óxido nitroso

- Administración **inhhalada** de una mezcla de gases (protóxido/oxígeno)
- Es un método **eficaz para controlar el dolor del parto** que la mujer puede manejar por sí misma
- Su **efecto aparece rápidamente** y es de **escasa duración** por lo que se debe utilizar en cada contracción
- **En ocasiones provoca vómitos, náuseas y mareos**
- **No afecta al bebé**

FASE DE DILATACIÓN

Micción

Ingesta de líquidos

- Comprobar la micción espontánea.
- **El sondaje vesical sólo se practicará si fuera necesario**
- **No restringir la ingesta de líquidos claros** (agua, zumo, te, bebidas isotónicas) durante el trabajo de parto.
- Evitar la ingesta de lácteos y alimentos sólidos.

FASE DE DILATACIÓN

Tactos vaginales

- **El número de tactos vaginales será el mínimo** que permita valorar con seguridad la evolución del parto, siendo suficiente **cada 4 h**
- Se deberán evitar tactos innecesarios, especialmente tras la rotura de la bolsa amniótica
- Para el **lavado perineal** previo al tacto vaginal **no se considera necesario el uso de antisépticos** ya que no han demostrado mayor eficacia que el uso de agua corriente

FASE DE DILATACIÓN

Amniotomía
Estimulación
oxitócica

- **Evitar la rotura de membranas o estimulación oxitócica** si el parto progresa adecuadamente



The image shows a standard 12-lead ECG tracing on a green grid. The top portion of the tracing shows a regular rhythm with a heart rate of approximately 100-110 bpm. A central white box with a black border contains the text 'FASE DE DILATACIÓN'. Below this box, the tracing continues with a similar rhythm. On the right side of the grid, there are four horizontal arrows labeled A, B, C, and D, pointing to specific points on the tracing. Arrow A points to a peak, B points to a trough, C points to a peak, and D points to a trough. The bottom of the grid shows lead markers for I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, and V6. The text 'FORM1011A' and 'LOT # 09 9016355' is visible at the bottom of the grid.

FASE DE DILATACIÓN

Monitorización de la FCF o
auscultación intermitente
(uno a uno)

PERIODO EXPULSIVO

No se realizará
masaje perineal



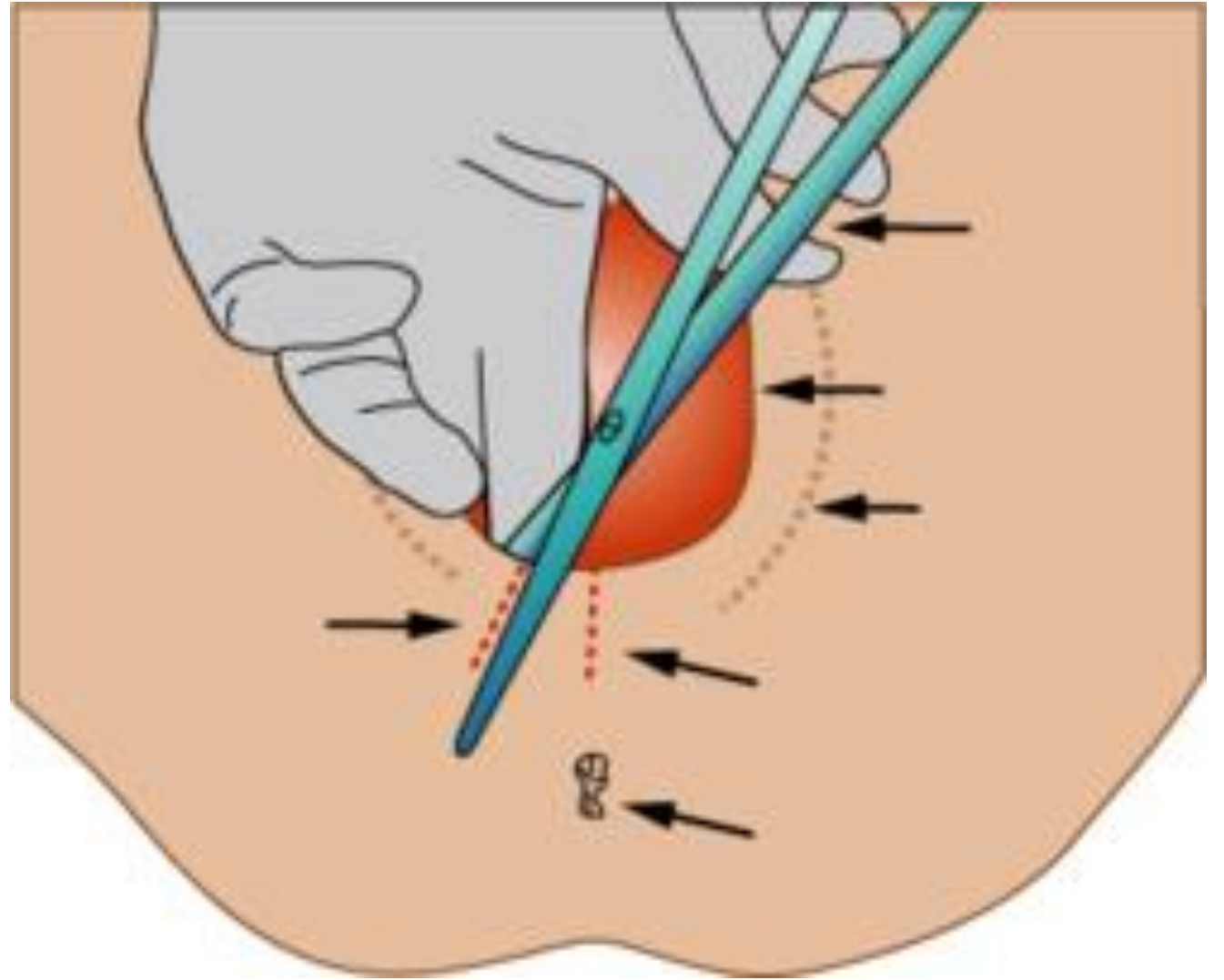


PERIODO EXPULSIVO

No maniobras de Kristeller

PERIODO EXPULSIVO

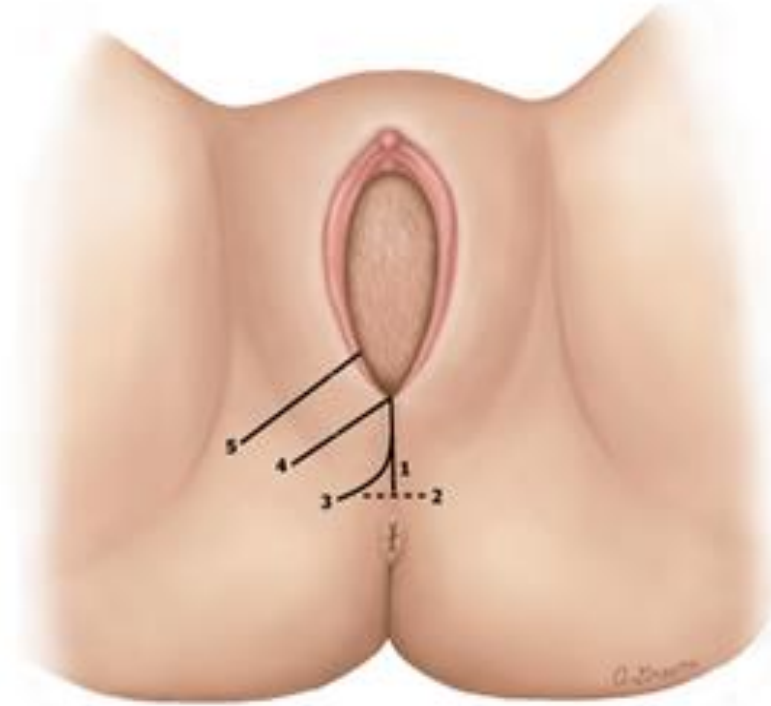
NO EPISIOTOMÍA
DE FORMA
RUTINARIA



PERIODO EXPULSIVO

Si es necesaria
episiotomía

Types of episiotomy incisions



1 = median incision, 1+2 = "T" incision, 3 = "J" incision, 4 = mediolateral incision, 5 = lateral incision.

UpToDate®

Copyrights apply

Medio-lateral con un ángulo respecto al eje vertical de entre 45 y 60 grados.

PINZAMIENTO CORDÓN

Realizar **pinzamiento tardío del cordón umbilical**, a partir del segundo minuto de vida, o tras el cese del latido del cordón umbilical

Fase de alumbramiento

Normal placenta



Placenta, umbilical cord, and some of the membranes.

Courtesy of Drucilla J Roberts, MD.

UpToDate®

FASE DE ALUMBRAMIENTO

Activo/dirigido

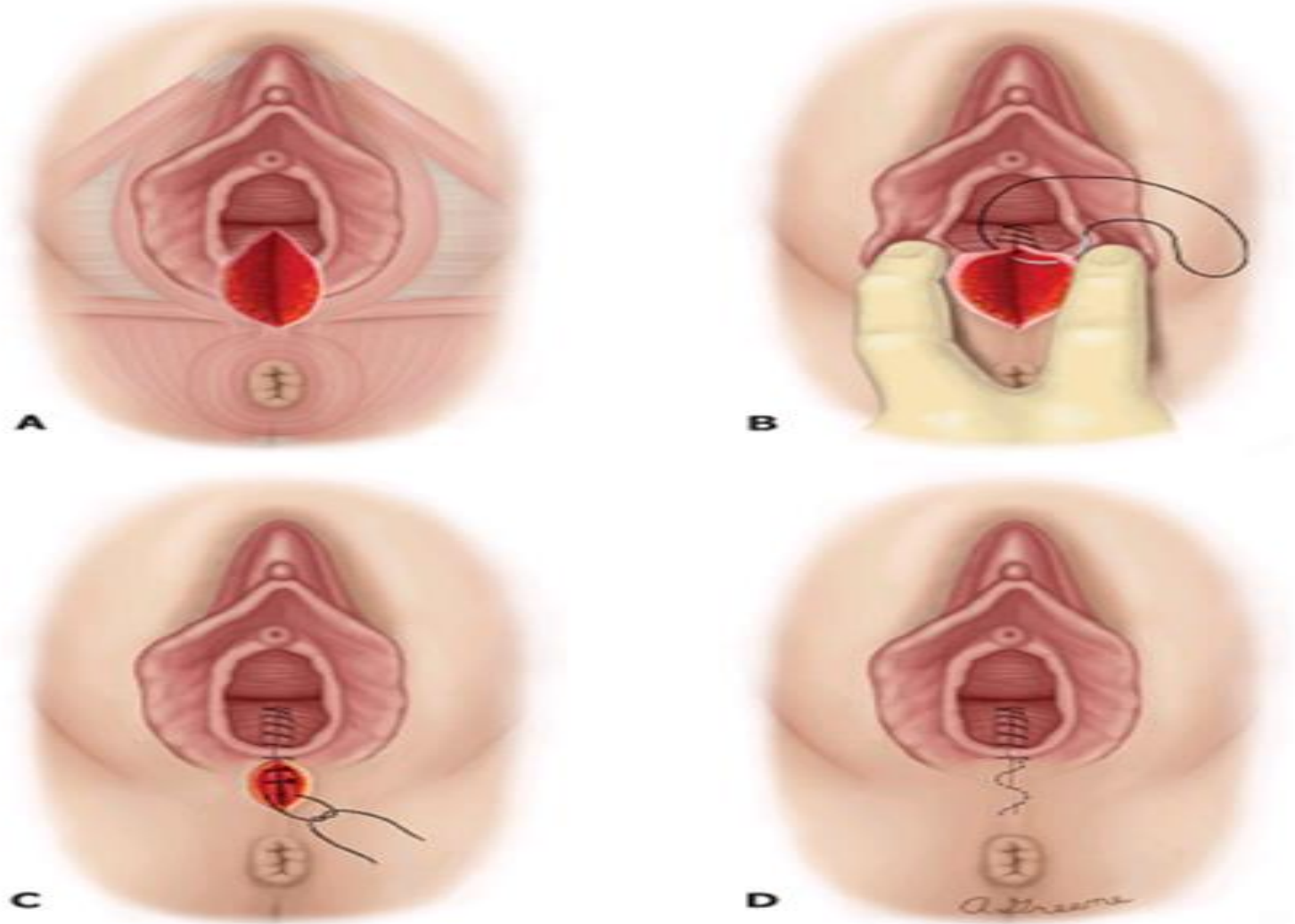
Espontáneo/fisiológico

- Se recomienda un **manejo activo del alumbramiento** ya que disminuye el riesgo de hemorragia postparto, reduce la necesidad de oxitócicos y acorta la tercera etapa del parto
- **Alumbramiento dirigido:**
10 UI IV de oxitocina lenta

REPARACIÓN PERINEAL

- Siempre que sea posible, realizar la **reparación perineal de los desgarros de segundo grado utilizando la técnica de sutura continua.**
- **Si** después de la sutura muscular de un desgarró de segundo grado **la piel está bien aproximada, no es necesario suturarla**
- Si la **piel** requiere aproximación se recomienda realizarla con una **sutura intradérmica continua**

Repair of a median episiotomy



REPARACIÓN PERINEAL

A. 2nd degree median episiotomy B. The vaginal epithelium to just outside the hymenal ring is reapproximated first. C. The perineal body and bulbocavernosus muscle are then reapproximated with intermittent or continuous sutures. The perineal skin can be reapproximated with a continuous running subcuticular suture D. Completed repair.

ATENCIÓN INMEDIATA AL NEONATO

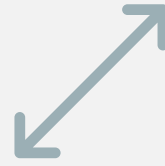
Actividades no
necesarias

- **Exploración física completa**
(realizar en la atención durante la hospitalización)
- **Comprobar la permeabilidad de coanas y aparato digestivo**
con el paso de sondas
- **Profilaxis ocular y antihemorrágica**

PREGUNTAS

- **Se entrega plan de parto a todas las gestantes**
- **Plan de parto del SACYL o se puede adaptar para cada hospital**
- **“Valorar la necesidad de asegurar el acceso a una vía venosa”/ Vía venosa siempre**
 - **Alumbramiento dirigido siempre**
 - **Monitorización fetal intermitente/continua**
 - **Deambulación y anestesia**

CONCLUSIONES



La incorporación de las rutinas de “ no hacer “ en el paritorio no han supuesto ningún cambio sustancial en la actividad diaria



Consideramos que son factibles con diversas consideraciones



OMS

EXPERIENCIA DE PARTO POSITIVA



Gracias