

PARTO PERSONALIZADO

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR

Información sobre la asistencia al parto de baja intervención
Formulario de preferencias



Hospital Universitario
Infanta Leonor

Hospital Virgen
de la Torre

Este documento va dirigido a las mujeres embarazadas que darán a luz en el Hospital Universitario Infanta Leonor. El objetivo es ofrecerles la posibilidad de decidir sobre distintos aspectos de su parto siempre que éste sea catalogado como de baja intervención, y facilitarles con suficiente antelación una información veraz y adecuada, que posibilite la toma de decisiones y la implicación de la propia mujer en este proceso.

En las siguientes páginas encontrará:

- Información sobre la asistencia al parto de baja intervención en el Hospital Universitario Infanta Leonor.
- Un formulario en el que podrá reflejar sus preferencias en los periodos de dilatación y expulsivo y asistencia al recién nacido, en base a la información recibida.
- Riesgos y complicaciones del parto.

La gestante deberá entregar este documento cumplimentado a su llegada al Paritorio el día del nacimiento de su bebé.

Servicio de Ginecología y Obstetricia
Hospital Universitario Infanta Leonor

Por favor, rellene los siguientes datos:

Nombre y apellidos

DNI

Edad

Nº de partos anteriores

Fecha probable de parto / /

El plan de nacimiento se basa en una información objetiva y veraz que la matrona y/o el obstetra ofrecen a la embarazada, por tanto se efectúa entre este personal y la gestante.

Una vez en su casa, la embarazada y su familia, pueden reflexionar sobre el plan y comentarlo posteriormente con los profesionales que las atienden en las sucesivas consultas.

Este documento tiene como objetivo informar sobre las distintas actuaciones que se realizan durante la asistencia al parto, y consensuar el procedimiento a seguir con las gestantes que acudirán a dar a luz al Hospital Universitario Infanta Leonor, teniendo en consideración las características estructurales y funcionales del mismo, y las circunstancias de cada parto.

El Hospital Universitario Infanta Leonor dispone de paritorios que son salas de dilatación, parto y puerperio inmediato, de tal forma que la mujer mantiene un clima de intimidad en todo momento y se evitan traslados innecesarios durante el proceso. Es también en el Paritorio donde se realiza la primera exploración básica al recién nacido, siempre en presencia de sus padres.

Debe saber que el Hospital procurará respetar su elección, en la medida de lo posible y que las preferencias que plasme en este documento serán de aplicación si su parto es catalogado al ingreso de baja intervención. Por el contrario, si el parto se realiza con anestesia epidural, si se trata de un parto inducido o deja de ser de baja intervención, se precisará otro tipo de control de lo que usted será debidamente informada.

Se considera Parto Normal aquel que reúne las siguientes condiciones:

- Comienza de forma espontánea, es catalogado de baja intervención al inicio del mismo y se mantiene como tal hasta el alumbramiento.
- El bebé nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 y 42 completas.
- Tras el parto, tanto la madre como el bebé se encuentran en buenas condiciones.

Los partos que al ingreso sean catalogados de baja intervención serán controlados y asistidos por una matrona, en el uso de sus competencias profesionales. Este profesional sanitario será el responsable de informar y/o requerir la presencia del obstetra cuando así lo considere o si se presentaran signos de alarma o alguna de las situaciones recogidas en el Protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) denominado "Guía práctica y signos de alarma en la asistencia al parto", de obligado cumplimiento en el Servicio de Obstetricia y en la "Vía Clínica de Asistencia al Parto Normal" del Hospital Universitario Infanta Leonor.

Este documento tiene como objetivo informar sobre las distintas actuaciones que se realizan durante la asistencia al parto, y consensuar el procedimiento a seguir con las gestantes



ASPECTOS GENERALES

Acompañamiento: la gestante podrá estar acompañada por una persona de su elección durante todo el proceso del parto, salvo causa suficientemente justificada. No está permitida la presencia de visitas ni el intercambio de familiares en el Paritorio, con el objetivo de preservar el carácter íntimo de este proceso. En el caso de que la mujer sea inmigrante, puede ser útil la presencia de una mediadora cultural.

Intimidad y confidencialidad: la parturienta será tratada con el máximo respeto, corrección

y comprensión. La asistencia se prestará de forma personalizada a cada mujer y cada situación. Se garantizará la intimidad y la confidencialidad de sus datos personales y sanitarios por parte de todo el personal del centro.

Información: la gestante y su acompañante, si ella lo desea, serán informados sobre la evolución de su parto, el estado de su bebé y en general, se le hará partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

de monitorización interna continua, y el uso de otras tecnologías como la medición del ph sanguíneo fetal.

Respecto a la **ingesta de líquidos y sólidos** durante el parto, en general los protocolos la desaconsejan como medida para impedir la aspiración del contenido gástrico (Síndrome de Mendelson) si la parturienta hubiera de ser sometida a anestesia general. La evidencia actual es insuficiente en relación con los tiempos de ingesta para líquidos y sólidos, y el riesgo de vómitos o aspiración pulmonar durante el parto. Se podrán ingerir líquidos claros (agua, bebidas isotónicas...) Se deberán evitar los lácteos y las comidas copiosas. En caso de riesgo de intervención quirúrgica, la pauta será dieta absoluta.

En cuanto a los **tactos vaginales**, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) recomienda que se realicen cada 2 - 4 horas. Además, debe conocer que es recomendable realizar un tacto tras la rotura de la bolsa (por si se sale el cordón umbilical), previamente a la aplicación de la anestesia epidural (por si aún es pronto o está ya a punto de parir) y si durante la monitorización fetal surgen alteraciones sin causa aparente.

No se efectuará estimulación del parto por rutina (rotura artificial de la bolsa o uso de oxitócicos) a menos que sea necesario, como por ejemplo un parto que no progresa adecuadamente o cuando por indicaciones fetales o maternas se aconseje acabar el parto lo antes posible. En cualquier caso, usted será informada de ello.

PERÍODO DE DILATACIÓN

La **libertad de movimientos** favorece la comodidad de la gestante y mejora el progreso del parto. A la hora de solicitar la analgesia epidural, la mujer deberá tener en cuenta que afectará a su capacidad de caminar y adoptar cualquier posición.

La **monitorización fetal** continua permite registrar en una gráfica los latidos del corazón del bebé y las contracciones uterinas. Si bien en partos de riesgo ha demostrado su eficacia, en los partos de baja intervención su uso está en discusión. Este tipo de monitorización limita la libertad de movimientos de la mujer. En caso de partos de riesgo o con analgesia, la monitorización fetal continua será la indicada. El Hospital dispone de monitorización inalámbrica que permite, en casos seleccionados, efectuar una monitorización continua sin limitar los movimientos de la madre. La monitorización fetal puede ser interna o externa.

La **monitorización externa** consiste en poner dos captores sobre el vientre de la madre, uno para escuchar el corazón fetal y otro para registrar las contracciones uterinas. En la monitorización interna, se introduce un cable en la vagina, que se sujeta al cuero cabelludo del bebé para escuchar su corazón. La señal que se registra con esta última es mejor y permite mayor movilidad en las posturas adoptadas por la parturienta.

La **auscultación intermitente** del corazón del feto mediante un aparato doppler (Sonicaid) ha demostrado buenos resultados en partos de baja intervención, pero su seguridad está condicionada a la posibilidad de disponer de una matrona por cada parturienta, cosa que el Servicio de Obstetricia no puede garantizar. Por ello, cuando no sea posible la dedicación exclusiva de una matrona para cada mujer, la auscultación intermitente no será posible.

La **monitorización fetal intermitente** consiste en registrar los latidos del corazón del bebé durante 20 ó 30 minutos seguidos y a continuación interrumpir el control por el mismo periodo de tiempo, y así sucesivamente. Los estudios han demostrado que no hay más incidencia de problemas para el bebé usando esta técnica. La ventaja es que permite a la parturienta más movilidad cuando no está monitorizada. Debe saber que en el transcurso del parto, por diversas circunstancias, puede ser necesario un control fetal estricto, lo que puede hacer necesario el uso

PETICIONES ADICIONALES

Vestimenta: usar la ropa que suministra el Hospital puede suponer una ventaja, pues es muy frecuente que acabe manchada y sea necesario cambiarla por otra limpia. Pero no hay objeción si usted prefiere usar su propia ropa. En este último caso, equípese con varios camisones por si se manchan durante el proceso.

Pelota tipo 'Birth Ball': se utiliza en la dilatación para realizar movimientos que ayuden a sobrellevar mejor el dolor. Ayuda igualmente a la rotación de la cabeza del bebé dentro de la pelvis materna.



INFORMACIÓN SOBRE

LA VÍA VENOSA



Clásicamente se ha puesto una vía venosa para mantener hidratada a la mujer (al tener limitada la ingesta de líquidos) y para actuar rápidamente en caso de necesidad. Actualmente, según la SEGO, **"no hay datos para poder evaluar la eficacia de tener canalizada una vía intravenosa durante el parto. La prudencia aconseja tener una vía canalizada por si más adelante fuera preciso el tratamiento intravenoso urgente"**.

La vía se puede dejar sin conectar a un sistema de suero, por lo que no limita el movimiento. En este Hospital, se canaliza una vía venosa periférica a toda mujer que ingresa de parto, como medida de precaución. Esto no invalida la posibilidad de ingerir líquidos ni la capacidad de moverse libremente.

INFORMACIÓN SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR



A todas las parturientas se les ofrece la posibilidad de analgesia epidural para el control del dolor durante el parto. Es una técnica eficaz que no está exenta de riesgos, de los cuales usted será informada por el anestesista y tendrá que firmar un documento de consentimiento informado si desea que se le aplique. En caso de optar por la analgesia epidural, estará indicado que la monitorización fetal sea continua y el manejo del parto será más medicalizado.

Existen otros métodos alternativos para el control del dolor en el parto. La evidencia científica señala como efectivo el **apoyo continuado y constante de una persona cercana.** También se recomienda el uso del agua, como por ejemplo la ducha de agua caliente (en el Hospital se dispone de una ducha fuera del paritorio) y la inyección de una pequeña cantidad de agua estéril cerca de la zona lumbar (útil para cuando el dolor de las contracciones se irradia a los riñones).

PERÍODO EXPULSIVO

Periodo expulsivo: comienza cuando se alcanzan los 10 cm. de dilatación (dilatación completa).

Pujos espontáneos: se la animará a hacer fuerza para expulsar al feto, cuando sienta la necesidad de hacerlo.

Libertad de postura: se dará opción a que la mujer adopte la posición que desee durante el expulsivo. Para ello, disponemos de camas de dilatación que se transforman en silla de parto y permiten adoptar posiciones más cómodas para la parturiente. También se dispone de sillas de parto propiamente dichas. No obstante, en determinadas situaciones, cuando se precise realizar un parto instrumental, será necesario adoptar la posición clásica llamada de "litotomía" que consiste en tener a la gestante tumbada y con las piernas apoyadas en las horquillas o perneras.

Episiotomía: no se realiza de rutina. Sólo cuando es necesaria.

Corte del cordón umbilical: tradicionalmente se ha venido realizando el pinzamiento precoz del cordón umbilical. La otra opción es efectuar el pinzamiento tardío (cuando el cordón deja de latir o a los 2 minutos de vida), que en los estudios actuales se ha demostrado que disminuye la anemia en el primer año de vida.

Determinadas circunstancias hacen que el cordón deba ser pinzado precozmente: mal estado general del bebé o la madre, isoimmunización Rh, infecciones o donación de sangre de cordón.

En el Hospital Universitario Infanta Leonor se realiza el pinzamiento tardío del cordón umbilical como medida rutinaria, salvo los casos especiales arriba mencionados.

Manejo del alumbramiento: los facultativos del Hospital Universitario Infanta Leonor recomiendan el denominado "manejo activo" que consiste en inyección de oxitocina, tracción del cordón umbilical y masaje uterino, debido a que reduce de forma considerable la hemorragia postparto en comparación con el llamado manejo expectante. No obstante, si así lo desea, puede optar por este último, que consiste en esperar a que la placenta se desprenda y expulse de forma espontánea.

Contacto piel con piel: Es recomendable que, inmediatamente tras el parto, el recién nacido sano, con aspecto vigoroso y sin ninguna complicación se coloque sobre el abdomen de la madre y se mantenga en contacto con ella sin interrupción durante las dos primeras horas de vida. El Hospital Universitario Infanta Leonor propicia el método piel con piel desde el nacimiento siempre que el estado de la madre y el bebé lo permitan, incluido el nacimiento mediante cesárea.

Donación pública de sangre de cordón: El Hospital Universitario Infanta Leonor está acreditado como centro extractor de sangre de cordón umbilical.

Es recomendable que, inmediatamente tras el parto, el recién nacido sano, con aspecto vigoroso y sin ninguna complicación se coloque sobre el abdomen de la madre y se mantenga en contacto con ella sin interrupción

INFORMACIÓN SOBRE LOS PRIMEROS CUIDADOS TRAS EL NACIMIENTO

Los padres tienen autonomía para decidir entre las distintas alternativas de manejo de su hijo, con conocimiento de causa y sin coacción externa. Por tanto, necesitan tener información sobre las pautas de asistencia habitual al recién nacido establecidas en este hospital.

Durante la estancia hospitalaria, se realizarán los controles clínicos habituales al recién nacido en presencia de los padres, ya que proporciona confianza y les da la posibilidad de hacer preguntas relativas a la salud de su hijo. En caso de que alguna situación grave justificara que se hicieran sin su presencia, se les informará de ello.

Es necesaria la administración de vitamina K para prevenir la Enfermedad Hemorrágica del Recién Nacido, que podría provocar hemorragias internas en las primeras semanas de vida con graves complicaciones. La administración se realiza por vía intramuscular porque es la medida más eficaz. La administración de vitamina K oral es menos efectiva y la absorción no siempre es completa. En el Hospital Universitario Infanta Leonor se administra la vitamina K por vía intramuscular. En caso de que los padres rechacen esta vía de administración, firmarán un documento donde se les recuerda la menor eficacia para prevenir la Enfermedad Hemorrágica del Recién Nacido, y en el que se hacen responsables del riesgo y de la administración de las siguientes dosis por vía oral.

Es necesaria la **administración de colirio o pomada oftálmica** (Aureomicina o Eritromicina) para prevenir la oftalmía neonatal y la colonización por Chlamydia, que puede conducir

al desarrollo de secuelas oculares graves e incluso ceguera en el recién nacido.

Si fuera preciso, se aplicará cualquier **otra medida** que el recién nacido necesite según la situación clínica, que se explicará a los padres adecuadamente en el momento oportuno.

A las 48 horas, se administrará la vacuna de la **Hepatitis B.** En caso de que los padres rechacen su aplicación, firmarán un documento en el que se hacen responsables de la posible aparición de dicha enfermedad en el futuro. En este caso, se aconsejaría la administración de esta vacuna por su pediatra de atención primaria y continuar según las recomendaciones.

Es necesaria la realización de las **pruebas metabólicas** a las 48h de vida para evitar el diagnóstico tardío de posibles enfermedades metabólicas que, si no son detectadas y tratadas precozmente, pueden producir secuelas graves. Esta prueba se realiza mediante la obtención de una muestra de sangre del bebé, obtenida por punción del talón.

Para valorar la **capacidad auditiva** del bebé, se realiza una prueba llamada Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral Automatizados (PEATC-a), especial para recién nacidos, que se practica cuando el bebé está tranquilo o incluso dormido. Se realiza mediante la colocación de un auricular en cada oído y unos parches (electrodos) en la piel. La prueba no causa ningún dolor, no tiene riesgos ni efectos secundarios y permite el tratamiento precoz de un posible problema auditivo, que es fundamental para mejorar el desarrollo del lenguaje oral y la comunicación futura, mejorando la calidad de vida del niño/a.



CUADRO RESUMEN
DEL PLAN DE PARTO

CUADRO RESUMEN
DEL PLAN DE PARTO

PREFERENCIAS EN EL PERIODO DE DILATACIÓN	SÍ	NO	INDIFERENTE
Ser informada sobre la evolución del parto			
Elegir la persona que me acompañará durante todo el proceso del parto			
Que mi parto se desarrolle en el ambiente más tranquilo posible			
Utilizar objetos personales (ropa, música, un libro, etc.)			
Administración de enema			
Acceso libre al cuarto de baño			
Rasurado del vello del pubis			
Libertad de movimientos			
Material de apoyo como pelotas, espejos, cuerdas, hamacas, cojines, etc			
Ingesta de líquidos en el proceso			
En caso de que sea necesario administrar un fármaco, quiero que se me informe y se me consulte			
Monitorización de mi bebé. Preferiría: <input type="checkbox"/> Monitorización continua <input type="checkbox"/> Monitorización periódica <input type="checkbox"/> Sólo auscultación			
Rotura artificial de la bolsa de las aguas			
Estimulación con oxitocina			
Métodos alternativos del alivio del dolor (apoyo emocional, movimiento, masajes, relajación, calor, agua, etc.)			
Anestesia (elegir uno): <input type="checkbox"/> Me gustaría probar el parto sin ningún tipo de anestesia <input type="checkbox"/> Me gustaría que me pusiesen la epidural <input type="checkbox"/> Me gustaría que me pusiesen anestesia local, solo en caso de sutura <input type="checkbox"/> Me gustaría decidir sobre el tipo de alivio del dolor en el momento del parto			
Que se me realicen los tactos vaginales estrictamente necesarios			
Otros (especificar):			

PREFERENCIAS EN EL PERIODO EXPULSIVO	SÍ	NO	INDIFERENTE
Adoptar la posición que me resulte más cómodas.			
Me gustaría empezar a empujar cuando tenga ganas.			
Me gustaría que me indicasen cuándo tengo que empezar a empujar.			
Me gustaría que mi pareja me pudiese ayudar durante todo el proceso.			
Me gustaría tener un espejo cuando salga el recién nacido.			
Me gustaría que no se me hiciese episiotomía, salvo que sea indispensable.			
Me gustaría que me pusieran al recién nacido sobre la piel inmediatamente.			
Me gustaría que el cordón umbilical fuese cortado una vez dejara de latir.			
Manejo activo del alumbramiento			
Cortar el cordón umbilical yo o mi acompañante.			
Me gustaría darle el pecho en la misma sala de partos			
Deseo donar sangre de cordón umbilical.			
Me gustaría que la estancia en el hospital fuese lo más breve posible.			
Otros (especificar)			

PREFERENCIAS EN EL PERIODO DE ASISTENCIA AL BEBÉ	SÍ	NO	INDIFERENTE
Contacto precoz piel con piel con mi bebé.			
Que los primeros cuidados se proporcionen sin separarlo de mí.			
Desearía amamantar a mi hijo.			
Que el inicio de la lactancia materna sea precoz.			
Que el bebé permanezca conmigo en todo momento.			
Otros (especificar)			

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL PARTO



RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL PARTO

Los profesionales, médicos y matronas, de este Hospital consideran a la mujer de parto una persona sana y como tal se le tratará. Además entienden el parto como un proceso natural en el que además de sus características fisiológicas entran en juego otros factores de no menos importancia, como son los psicológicos, afectivos y sociales.

Atención a la mujer en el parto

Se atenderá el proceso de parto teniendo en cuenta todos estos factores, optimizando los recursos disponibles e intentando minimizar los impactos propios de un Hospital asistencial y con actividad docente (universitaria pre y/o postgraduada), tratando de hacerla compatible con el tipo de parto que la mujer desearía.

Se respetará el tiempo necesario para el desarrollo del proceso del parto, evitando las acciones dirigidas a acelerar o retardar el mismo (oxitocina por vía intravenosa, rotura de membranas, etc...) siempre que las fases del parto transcurran dentro de los límites de la normalidad establecidos en los criterios actuales de la práctica obstétrica.

Cualquier intervención realizada para acelerar o demorar el desarrollo del parto, según criterio del profesional sanitario que le atienda, tendría como único fin preservar el estado de salud de la madre y el feto y se informará adecuadamente a la mujer y al familiar que ella desee.

Se evitará la práctica rutinaria (pero se harán éstas cuando estén indicadas, previa información a la mujer) de:

- Enema evacuador de limpieza.
- Rotura de membranas amnióticas (amniotomía).
- Sondaje vesical.
- Rasurado perineal.
- Analgesia-anestesia.
- Episiotomía.

También se realizará previa información:

- Canalización de vía venosa en el momento de su ingreso, por si fuera necesaria una actuación urgente ante cualquier complicación materno/fetal que pudiera surgir.
- Se obtendrán controles de monitorización de forma continua o discontinua, en función del estado del bienestar fetal. La monitorización con auscultación intermitente también podrá realizarse si se dispone de una matrona por gestante en proceso de parto.

Si lo desea, podrá estar **acompañada de una sola persona** de su elección durante todo el proceso del parto y periodo inmediatamente posterior al mismo, en todos los casos en que el parto se desarrolle con normalidad y las condiciones de trabajo lo permitan.

Las intervenciones obstétricas (parto instrumental y cesárea), **sólo se practicarán con fin asistencial,** para preservar el estado de salud de la madre o del feto y se informará adecuadamente a la mujer y a sus familiares.

Si fuera necesario realizar un parto instrumental o cesárea el acompañante deberá esperar a que el facultativo autorice su presencia en el paritorio o quirófano. En caso de cesárea realizada en área de quirófanos generales, en principio **no se autoriza la presencia de familiares.**

Se propiciará un ambiente adecuado durante el parto en lo referente al respeto que este momento necesita y con las mínimas actuaciones del personal sanitario.





Atención al recién nacido en el parto

El recién nacido (RN) se mantendrá en contacto piel con piel con la madre tras el nacimiento, si el estado clínico de ambos lo permite.

La ligadura de cordón umbilical se efectuará si fuera posible una vez haya dejado de latir.

Si se precisaran maniobras de reanimación básicas, se realizarán en el área de atención al recién nacido situado dentro del paritorio. Si se precisara de maniobras de reanimación más profundas, éstas se iniciarán en paritorio y si es preciso se continuarán en un área más adecuada para tal fin.

Tras la toma de contacto del recién nacido con sus padres se procederá a su identificación y valoración.

En todos los recién nacidos se efectuará:

- Profilaxis de la enfermedad hemorrágica con vitamina K intramuscular.
- Profilaxis de la oftalmia neonatal con pomada de eritromicina.
- Otras profilaxis antiinfecciosas pertinentes (hepatitis B), se realizará en la planta.

El recién nacido sano permanecerá con sus padres en la maternidad, salvo criterio facultativo.

El examen pediátrico rutinario se practicará a las 24 horas y previo al alta se informará a los padres y se les entregará la cartilla de salud infantil.

El cribado metabólico (y auditivo) se realiza antes de su alta o a las 48 horas de vida.

Los padres serán informados de cualquier procedimiento diagnóstico-terapéutico que precise el recién nacido.

Para los recién nacidos que precisen ingreso, las normas serán las de la Unidad Neonatal.

Observaciones

Las condiciones descritas se mantendrán siempre y cuando no concurren en el parto circunstancias patológicas que supongan un riesgo para el estado de salud de la madre o del feto.

El equipo de profesionales sanitarios que atienden a la mujer en el proceso de parto (matrona, anestesiólogo, obstetra y neonatólogo) serán los que confirmen o descarten estas circunstancias patológicas y ofrezcan así una atención de calidad, con un firme propósito de humanizar e individualizar la atención al parto en un contexto de máxima seguridad científica, con el máximo respeto hacia la mujer, actuando siempre con el objetivo de tener una madre y un recién nacido sanos.

Posibles procedimientos a emplear, así como riesgos y complicaciones del parto

Existen una serie de procedimientos dentro de la asistencia al parto, frecuentemente indicados por condicionantes maternos o fetales o de la evolución del parto, como la rotura de bolsa amniótica, administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, administración de analgésicos y espasmolíticos, así como la práctica de una incisión quirúrgica en el periné o episiotomía a fin de ampliar el canal del parto, que le serán explicados y que expresamente autoriza cuando están indicados, comprendiendo que aún siendo seguros y habituales, pueden tener sus efectos secundarios y complicaciones. Igualmente le será explicada la eventual necesidad de aplicar medios de extracción fetal y sus riesgos como después se expone. Por ello, durante el parto, el estado del feto y de las contracciones uterinas será vigilado de acuerdo al curso y situación del parto.

Complicaciones y/o riesgos y fracasos: Si bien el parto es un hecho biológico que puede transcurrir sin dificultades, a veces se presentan complicaciones tanto maternas como fetales, de forma inesperada y en ocasiones imprevisibles, que exigen puesta en marcha de tratamientos,

procedimientos o recursos adecuados a la anomalía detectada, transformándose el parto normal en un parto anormal o distócico.

Las complicaciones más importantes son:

- Riesgo de pérdida del bienestar fetal.
- Prolapso de cordón tras la rotura de la bolsa amniótica y que pone en grave peligro la vida fetal.
- Infección materna o fetal.
- Trastornos hemorrágicos y/o de coagulación que pueden llevar a hacer necesaria la transfusión, intraparto y posparto. Hematomas en el aparato genital.
- Lesiones y desgarros del canal del parto (cervicales, vaginales, vulgares, ocasionalmente la vejiga urinaria, lesión uretral y/o del esfínter anal y recto, incluso rotura uterina, complicación muy grave).
- Complicaciones debidas a la alteración en las contracciones uterinas, al tamaño del feto, a la mala posición de éste o a alteraciones anatómicas de la madre. Falta de progresión normal del parto. Dificultades en la extracción del feto.



Las condiciones descritas se mantendrán siempre y cuando no concurren en el parto circunstancias patológicas que supongan un riesgo para el estado de salud de la madre o del feto



- Riesgo mínimo de tener que realizar una histerectomía posparto.
- Shock obstétrico. Shock hipovolémico y/o embolia de líquido amniótico y/o coagulación intravascular diseminada.
- Existe un riesgo excepcional de mortalidad materna actualmente estimado en España en 5/100.000 nacidos vivos, una parte de ellas debida a patología previa de la madre.

La aparición de alguna de estas complicaciones obliga a finalizar o acortar el parto de inmediato, siendo necesaria la práctica de una Intervención Obstétrica (cesárea o extracción vaginal del feto, instrumentado con ventosa, espátulas o forceps), con el propósito de salvaguardar la vida y la salud de la madre y/o del feto. Estas intervenciones llevan implícitas, tanto por la propia técnica como por la propia situación vital materno-fetal, algunos riesgos, efectos secundarios y complicaciones que pueden requerir tratamientos complementarios.

Las decisiones médicas y/o quirúrgicas a tomar durante el transcurso del parto quedan a juicio del médico, tanto por lo que respecta a su indicación como al tipo de procedimiento utilizado, si bien la paciente y su pareja o familiares serán informados de los mismos siempre y cuando la urgencia o circunstancias lo permitan.

La atención médica del parto se llevará a cabo por el equipo de profesionales (obstetras, anestesiólogos, neonatólogos, matronas, enfermeras) del Hospital con funciones específicas.

Tras cualquier intervención se explicarán a la paciente las precauciones y tratamientos a seguir y que ella se compromete a observar.

Anestesia: la necesidad de anestesia, tanto si es por indicación médica, como si se trata de una medida puramente analgésica, será decidida por el Servicio de Anestesia y el anestesiólogo conjuntamente con la paciente, la matrona y el obstetra. Además el anestesiólogo le informará oportunamente para su consentimiento.

Transfusiones: No se puede descartar a priori que en el transcurso del parto o de la intervención que pudiera requerirse surja la necesidad urgente de una transfusión sanguínea, que en todo caso, se realizará con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

Este folleto informativo ha sido facilitado a la paciente por el profesional sanitario que le ha atendido, y ha tenido la oportunidad de realizar cuantas observaciones y aclaraciones de dudas han sido precisas.



TÍTULO ORIGINAL

Parto personalizado en el Hospital Universitario Infanta Leonor (2ª edición)

COORDINACIÓN

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Infanta Universitario Leonor

OTROS SERVICIOS PARTICIPANTES

Pediatría
Anestesiología y Reanimación
Paritorio

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Marna Studio
www.marnastudio.com

EDITA

Hospital Universitario Infanta Leonor
www.comunidad.madrid/hospital/infantaleonor

La primera edición de esta publicación fue financiada a cargo de los Fondos para la Cohesión Territorial 2009 del Ministerio de Sanidad y Política Social aprobados en el CISNS como apoyo a la implementación de la 'Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud'.



Hospital Universitario Infanta Leonor



**Comunidad
de Madrid**