

Data d'entrada del protocol al PQA: 21/12/2021

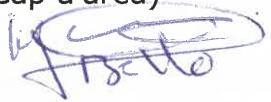



ID: GO43

Títol: PROTOCOLO DE ASISTENCIA Y ACOMPAÑAMIENTO EN EL PARTO NORMAL

Paraules clau: GESTACIÓ, PART NORMAL

Versió núm.: 1 Elaboració Adaptació Actualització **Data:** 05/12/2021

COMISSIÓ / COMITÈ / GRUP DE TREBALL (si s'escau):

Autors (marcar el coordinador)	Serveis / Àrea	Signatures del Director del Servei / Unitat
Raquel Pérez Maria Llaboré Júlia Plana Antonio Cavas	Llevadores	Carmen Bello (Cap d'àrea) 
Silvia Carricondo Rubio M Dolores Cabaña Sanchez Maidier Bilbao	Residentes de Llevadora	Anna Ramos (Supervisora) 
Dra. Carmen Garrido	Ginecologia i Obstètrica (Àrea Materno Infantil)	Dra. Elisa Llurba 
Dra. Astrid Batalla	Anestèsia i Reanimació	Dra M Angel Gil 

Àmbit d'aplicació del Protocol/GPC:

- Ambulatori Hospitalització Laboratori Rehabilitació
 Urgències Quirúrgic Diagnòstic per la Imatge

El protocol/guia conté fàrmacs que afecten a pacients ingressats o de dispensació ambulatoria hospitalària? Sí No


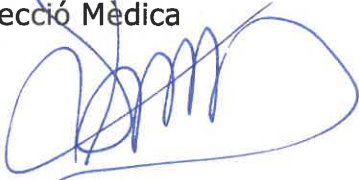
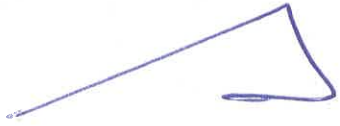
Si la resposta és afirmativa, data de revisió pel Servei de Farmàcia: 3/12/2021

Institucionalitzat amb data: 18/12/2021



HOSPITAL DE LA
SANTA CREU I
SANT PAU

FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA
UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

<p>Dra. Anna Feliu</p>	<p>Farmàcia</p>	<p>Dra. M. Antònia Mangués</p> 
<p>Dra. Xènia Acebes Direcció Assistencial</p> 	<p>Dr. F. Xavier Borrás Direcció Mèdica</p> 	<p>Sra. Eugènia Masip Direcció Infermera</p> 



PROTOCOL D'ASSISTÈNCIA I ACOMPANYAMENT EN EL PART NORMAL

**Servei de Ginecologia i Obstetrícia
Hospital de la Santa creu i Sant Pau**

Febrer 2022



ÍNDEX

1.	INTRODUCCIÓ	5
2.	OBJECTIUS	5
3.	DEFINICIÓ DE PART NORMAL.....	6
4.	ATENCIÓ DE LA DONA QUE ACUDEIX A L'HOSPITAL EN TREBALL DE PART	6
4.1.	Valoració inicial	6
4.2.	Destí de la dona	7
	• Alta	7
	• Ingrés	7
5.	ASSISTÈNCIA DURANT EL TREBALL DE PART NORMAL	8
5.1.	Documentació clínica	8
5.2.	Aspectes generals	8
	• Suport continu	9
	• Ambient	9
	• Ingesta de líquids i aliments.....	9
5.3.	Període de dilatació	9
	• Posicions durant la dilatació	9
	• Controls obstètrics	9
	• Avaluació del progrés del part	11
	• Maneig del dolor	12
5.4.	Període expulsiu.....	13
	• Aspectes generals	13
	• Avaluació del progrés expulsiu	13
5.5.	Retard del progrés del part	14
5.6.	Període de deslliurament.....	14
5.7.	Pinçament i secció del cordó umbilical	15
5.8.	Revisió perineal.....	16
6.	PUERPERI IMMEDIAT, ASSISTÈNCIA AL NOUNAT	16
7.	ENREGISTRAMENT I TRASLLAT DE LA DONA I EL NOUNAT A PLANTA DE MATERNITAT	16
8.	INDICADORS	16
9.	BIBLIOGRAFIA.....	18
	Annex 1: Classificació de l'atenció en el procés de part i puerperi.....	20
	Annex 2: Pla de naixement.....	22
	Annex 3: Retard del progrés del part (ACOG, 2019)	25
	Annex 4: Document de sol·licitud i lliurament de teixit placentari.....	26



1. INTRODUCCIÓ

L'actualització del Protocol d'Atenció al Part Normal pretén donar les eines necessàries i actuals als professionals per ajudar les dones i les famílies a viure el naixement dels seus fills/es d'una forma feliç, plaent i sana.

Els avenços de la medicina van provocar un excés de medicalització d'alguns processos fisiològics com va ser en el cas de l'obstetrícia; consegüentment, les dones van perdre el control i la confiança en els seus cossos per donar a llum, fet que van delegar als professionals mèdics i va provocar una alta comorbiditat materna.

Des de fa anys, s'està treballant a escala mundial per recuperar l'atenció al part fisiològic. A Espanya, l'any 2007, el Ministeri de Sanitat va publicar l'Estratègia d'Atenció al Part Normal, document que té per finalitat oferir eines per millorar l'assistència a les dones i les criatures; a Catalunya el 2013 es va publicar la Guia de Pràctica Clínica en Atenció al Part Normal amb el mateix objectiu. El 2019, l'OMS va publicar les darreres recomanacions en cures durant el part per a una experiència positiva. La Generalitat de Catalunya el 2020 va publicar la darrera revisió del Protocol d'Atenció al Part Normal, on s'incideix en la importància de l'acompanyament per part de la llevadora per recuperar la fisiologia i el control del part per part de la dona i els acompanyants.

Ens hem basat en aquests documents i la més recent evidència científica per actualitzar el protocol del nostre servei. Volem donar valor al treball de la llevadora com la professional competent per atendre els naixements de dones de baix risc, perquè en té els coneixements i les competències. A més, sap acompanyar, empoderar i transmetre la confiança necessària a les dones per poder parir amb els mitjans i la seguretat que proporciona el sistema sanitari obtenint millors resultats materns i neonatals.

Esperem, amb això, millorar l'atenció, la seguretat, la salut i la vivència del part per part de les dones i els seus acompanyants o família, i cohesionar l'equip professional de sala de parts (ginecòlogues, llevadores i auxiliars) per poder exercir les seves competències de manera segura, respectuosa, col·laborativa i actualitzada.

2. OBJECTIUS

Objectiu general

Protocol·litzar les cures de tots els professionals que reben les gestants que acudeixen al nostre centre durant el treball de part normal, basats en l'evidència científica més actualitzada i disponible.

Objectius específics

1. Afavorir el procés del part normal tenint cura de la seguretat de la mare i la criatura.
2. Oferir cures individualitzades basades en les necessitats i preferències de la dona.
3. Acompanyar i informar la dona respectant-ne l'espai, fomentant la coresponsabilitat en la presa de decisions durant tot el procés de part i postpart.
4. Afavorir un clima de confiança respectant la privadesa, dignitat i confidencialitat de la dona.
5. Prevenir, diagnosticar precoçment i tractar les possibles complicacions del procés del part.
6. Implicar en el procés del part l'acompanyant que la dona hagi triat.
7. Donar suport i proporcionar a la dona recursos que l'ajudin en el maneig del dolor i que afavoreixin una bona experiència segons les expectatives del part.
8. Afavorir el contacte pell amb pell continu mare-nadó des del moment del naixement.
9. Promoure la lactància materna i proporcionar ajuda per iniciar-la.



3. DEFINICIÓ DE PART NORMAL

És el procés fisiològic únic amb què la dona finalitza la seva gestació a terme (> 37 setmanes), en què estan implicats factors psicològics i socioculturals. El seu inici és espontani, es desenvolupa i acaba sense complicacions, culmina amb el naixement i no implica més intervenció que el suport integral i respectuós (FAME, 2011).

L'OMS promou el concepte d'“**experiència de part positiva**” i el defineix com aquella que compleix o supera les creences i expectatives personals i socioculturals prèvies de la dona, i ho considera un aspecte fonamental per assegurar una atenció d'alta qualitat i obtenir millors resultats, centrats en la dona. Per això, la dona ha de tenir la possibilitat de participar de manera activa i degudament informada en el procés de presa de decisions, i cal procurar que es respectin tant com sigui possible els seus desitjos i la seva intimitat (OMS, 2018).

Així mateix, inclou donar a llum una criatura sana en un ambient segur des del punt de vista clínic i psicològic, i comptar amb suport pràctic i emocional continu; és a dir, estar acompanyada al moment del naixement i ser assistida per personal amable i amb competències tècniques adequades (OMS, 2018).

4. ATENCIÓ DE LA DONA QUE ACUDEIX A L'HOSPITAL EN TREBALL DE PART

La dona que acudeix a l'Hospital amb símptomes de part entrarà pel Servei d'Urgències de Ginecologia i Obstetrícia, i serà rebuda per la llevadora (Bloc A, Planta -1).

Durant tot el procés d'instauració i de treball de part, la dona podrà estar acompanyada per una persona de la seva elecció.

4.1. Valoració inicial

La llevadora crearà un ambient de confiança i tranquil·litat, presentant-se la dona i el seu acompanyant.

Es procedirà a identificar correctament la dona amb la polsera identificativa i es realitzarà una anamnesi, recollint la informació següent:

- Motiu de la consulta
- Revisió de la història clínica: antecedents personals, paritat, data de l'última regla, data probable de part, edat gestacional, factors de risc prepart (**Annex 1: Classificació de l'Atenció en el procés de part i puerperi, HSP 2021**), analítiques, ecografies, cultiu vagino-rectal, etc.
- Exploració física, previ consentiment verbal de la gestant:
 - Presa de constants vitals (TA, FC, i temperatura).
 - Exploració abdominal (Maniobres de Leopold i altura uterina).
 - Valoració de la percepció de moviments fetals per part de la dona.
 - Monitorització cardiotocogràfica (20 minuts)
 - Exploració vaginal si procedeix (característiques cervicals, pla de la presentació fetal, integritat de la bossa amniòtica).
- Durant la valoració inicial s'informarà la dona i el seu acompanyant dels resultats obtinguts d'una manera comprensible, completa, i concisa, respectant l'espai per a preguntes i resolució de dubtes.
- S'enregistraran els resultats dels exàmens a la Historia Clínica.



- Es valorarà el dolor percebut, s'oferiran mesures de confort i s'informarà dels recursos de què disposa per al seu maneig.

4.2. Destí de la dona

Després d'aquesta primera valoració i consensuant amb la dona, es decidirà si ingressa a la sala de parts o es procedeix a l'alta a domicili.

- **Alta**

La llevadora recomanarà l'alta de la gestant si es troba en fase latent del part.

Es defineix fase latent de la dilatació al període caracteritzat per contraccions uterines doloroses i canvis variables del coll uterí, amb una progressió lenta a l'esborrament i la dilatació fins als 5 cm. Cal informar les dones que no hi ha una durada estàndard d'aquesta fase i que pot variar àmpliament d'una dona a una altra (OMS, 2018).

Amb l'alta es proporcionarà a la gestant informació i assessorament sobre l'evolució de la fase latent i sobre els signes i símptomes pels quals caldria acudir a urgències, mantenint les visites corresponents de seguiment de l'embaràs.

Si es diagnostica un trencament prematur de membranes a terme de menys de 12 hores, la dona podrà anar al seu domicili a fer una conducta expectant (12-18 hores) sempre que es tracti d'una gestació de baix risc, el color de les aigües sigui clar, el monitoratge maternofetal indiqui benestar fetal, els moviments fetals percebuts per la dona siguin normals, i no hi hagi signes indirectes d'infecció. També és imprescindible que el resultat del cultiu vaginorectal per a SGB sigui negatiu per poder marxar al domicili. (Protocol específic de RPM).

Això no obstant, serà imprescindible una valoració individualitzada per a cada dona, atenent la seva situació i les seves condicions.

- **Ingrés**

L'ingrés es realitzarà quan la gestant es trobi a la fase activa de part, caracteritzada per contraccions uterines regulars i intenses, amb un grau important d'esborrament i dilatació (> 50%), i presentant una dilatació del coll uterí a partir dels 5 cm fins a la dilatació completa (OMS, 2018).

Després del diagnòstic de la fase activa del treball de part, la llevadora referent i TCAI es presentaran a la dona i a l'acompanyant i procediran a:

- Acolliment/acomodació de la gestant a la ubicació de la sala de parts que es determini. S'oferirà prou informació perquè la gestant i el seu acompanyant es familiaritzin amb l'entorn on es desenvoluparà el procés del part.
- Es preguntarà sobre el "Pla de Naixement" per revisar-lo i comentar-lo de manera conjunta (**Annex 2: Pla de Naixement de l'HSP**).
- Si la gestant es vol acollir al Programa de Donació de Sang de Cordó Umbilical (Programa Concòrdia) es recollirà el consentiment informat signat.
- A causa de la situació actual de pandèmia per Covid-19, es realitzarà una PCR a la gestant i test d'antigen a l'acompanyant. Tant la dona com l'acompanyant hauran de portar mascareta quirúrgica, i en cas de no portar-la l'hospital en facilitarà una de nova.
- No cal col·locar l'accés venós perifèric. Se'n valorarà la necessitat individualment, en funció de l'evolució del part i de les necessitats de la dona.

Quant al registre informàtic, es realitzaran les tasques següents:

- Preparació de la nota d'ingrés després de la revisió de la història clínica i l'establiment del nivell de risc.
- Inici del Procés Obstètric al SAP.
- Preparació de les polseres identificatives de mare-nadó per al moment del naixement.



- Es procedirà a la formalització de l'ingrés i el registre del nom del nou-nat, contactant amb l'administrativa de Sala de Parts (ext. 7172), o Urgències Generals (torn nit; ext. 7600).
- L'acompanyant procedirà a donar les seves dades a l'administrativa per poder obrir història clínica, i així poder sol·licitar la petició per a la realització del test d'antígens.

La informació obstètrica a recollir a la HC serà la següent (Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya, 2020):

- Motiu de l'ingrés
- Data i hora de l'ingrés
- Antecedents personals i obstètrics
- Enregistrar l'inici espontani del Treball de part
- Constants vitals de la gestant
- Guany de pes durant l'embaràs
- Presència o no d'edemes
- Freqüència cardíaca fetal en batecs per minut (bpm)
- Situació, presentació, posició del fetus i grau d'encaixament
- Característiques cervicals
- Control de la dinàmica uterina: freqüència i intensitat en 10 minuts
- Data i hora del trencament de la bossa amniòtica, si s'ha produït.

5. ASSISTÈNCIA DURANT EL TREBALL DE PART NORMAL

5.1. Documentació clínica

Tota l'assistència durant el procés de part serà recollida a nivell informàtic a la història clínica de la gestant, dins del Procés Obstètric (**Guia per a professionals sobre el Procés Obstètric**).

5.2. Aspectes generals

La dona en procés de part necessita unes condicions òptimes per afavorir la secreció hormonal que l'ajudaran a mantenir una progressió correcta del part. La llevadora referent serà la responsable d'afavorir aquestes condicions ideals tant físiques com psicològiques.

Les condicions físiques es relacionen amb els 5 sentits: baixa intensitat de llum, silenci i to de veu baix amb massatges positius per part dels acompanyants; les olors agradables, el contacte, massatges o la manera com sent protegida la seva intimitat, afavorir la llibertat de moviments, petites aportacions de líquids o aliments, etc. Tot això, afavoreix la progressió normal del part.

Quant a les condicions psicològiques, la llevadora ha de fomentar un entorn de seguretat, ha d'evitar que estigui atemorida o estressada, també ha d'evitar el patiment emocional que li pugui causar dolor. És la part més difícil, per això es diu que l'Obstetrícia és un art.

Hem d'ajudar que la dona cregui i confii és el seu cos, que se senti lliure i estigui ben acompanyada i que visqui de manera positiva la gestió de les contraccions per segregar oxitocina i endorfines.

En aquestes condicions s'activaran les funcions més primitives i el neocòrtex quedarà en repòs per ajudar que la dona adopti postures i actituds, com gestos i sons guturals, que l'ajudaran a parir; l'obertura de la glotis l'ajudarà a relaxar el sòl pèlvic. Per tant, una dona que crida, no se l'ha d'animar a callar.



Hi ha moments especialment difícils per a la dona en treball de part: als 4 cm, als 8 cm i a l'expulsiu quan sent "el cercol de foc"; són moments de vulnerabilitat especial i hem d'empoderar-la per superar-los, i generi el pic d'endorfines necessari per continuar progressant en el transcurs del part.

Si deixem llibertat i flueix la capacitat de desinhibició, la dona adoptarà posicions en què se senti còmoda, com en quadrupèdia, que l'ajudarà a disminuir el dolor i afavorirà una monitorització fetal més satisfactòria i amb menys risc d'esquinços perineals d'alt grau.

Seguidament, comentarem els diferents punts de manera més exhaustiva amb referències bibliogràfiques actuals.

- **Suport continu**

- Acompanyant:

La dona podrà estar acompanyada d'una persona de la seva elecció durant el treball de part i en el seu ingrés posterior a la sala de maternitat. Si bé, no es permeten intercanvis entre diferents persones per a aquest acompanyament.

- Professionals:

Sempre que el procés es mantingui dins de la normalitat, aquest serà atès per la llevadora. Com que és un hospital universitari, hi ha la figura de la resident de llevadora i la resident de ginecologia i obstetrícia, que també poden participar en la cura de la dona. Es tracta de professionals que treballen al servei sota la supervisió dels titulars.

En cas de detectar-se alguna desviació de la normalitat, després d'informar la gestant i el seu acompanyant, la llevadora avisarà la ginecòloga per a la seva valoració.

- **Ambient**

S'afavorirà un espai segur, tranquil i càlid, eliminant sorolls innecessaris, parlant en veu baixa i minimitzant la intensitat lluminosa.

- **Ingesta de líquids i aliments**

Es recomana assegurar una aportació hídrica i calòrica adequada durant el treball de part. Si no es presenten contraindicacions, es pot mantenir la hidratació oral i la ingesta d'aliments (OMS, 2018. SEDAR 2021). Preferiblement, les begudes seran isotòniques per combatre la cetosi i la dieta lleugera (torrades, infusions, fruits secs, fruites, etc.) llevat que hagi rebut opioïdes o apareguin factors de risc que augmenten la possibilitat de fer una anestèsia general (AQUAS, 2013 ; NICE,2016; Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya, 2020).

L'administració d'antiàcids, antiH2 i/o metoclopramida només seria recomanable en el moment de la indicació d'una cesària. Per tant, en gestants amb una evolució normal del procés del part no estaria justificada la seva administració (SEDAR, 2021).

5.3. Període de dilatació

- **Posicions durant la dilatació**

Es recomana encoratjar les dones, fins i tot les que sol·licitin analgèsia epidural, a adoptar qualsevol posició que trobin còmoda al llarg del període de dilatació i a mobilitzar-se, incloent-hi posicions verticals o laterals (AQUAS, 2013; OMS, 2018; Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya, 2020). Comptem a la sala de parts amb diferents elements i mides que podran ser d'ajuda per a l'adopció de la posició triada que anomenarem dins les mesures de confort i control del dolor.

- **Controls obstètrics**

Monitorització materna:

- Valoració cada 4 hores de la temperatura i tensió arterial. La freqüència cardíaca materna cada hora o davant de qualsevol imprevist en relació amb la freqüència cardíaca fetal (NICE, 2014; Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya, 2020).



- Control de la freqüència de les miccions.
- Valoració de l'estat psicoemocional.

Monitorització de l'estat fetal:

La valoració de l'estat de benestar fetal podrà realitzar-se mitjançant:

- Auscultació Intermitent (AI):

En dones sanes, en el Treball de part espontani el mètode d'elecció per comprovar el benestar fetal és la realització d'auscultació intermitent, sempre que la llevadora tingui cura de la gestant de manera individualitzada.

El GDG (Grup d'Elaboració de Directrius) va ressaltar que l'AI de la FCF durant el treball de part és essencial per a l'atenció durant el part, independentment de quin sigui el dispositiu utilitzat i sempre respectant els protocols clínics. També va reconèixer la manca d'evidència respecte als beneficis comparatius de diferents protocols d'AI (Physiological CTG Interpretation, 2018). Tot i això, el grup es va mostrar d'acord que la normalització del protocol és important per a la planificació de l'atenció de salut.

El següent protocol està basat en les directrius OMS i la Guia de Monitorització fetal intrapart basada en fisiopatologia (OMS, 2018; Physiological CTG Interpretation, 2018).

1r Valorar si la gestant és candidata a AI:

- Preguntar sobre la presència de moviments fetals a les darreres 24 hores.
- Realitzar una palpació abdominal per determinar la presentació i la posició fetal.
- En l'assessorament inicial, cal fer servir l'estetoscopi de Pinard a l'abdomen matern en línia amb l'escàpula per establir el so real de la FCF.
- A la valoració inicial cal auscultar durant almenys un minut entre contraccions quan el nadó està en repòs per establir la FCFb.

2º AI en Treball de part:

- A l'inici del treball de part, cal auscultar durant els moviments fetals o després de l'estimulació del nadó i objectivar una acceleració i, així, podem excloure l'existència d'hipòxia crònica. Això serà més difícil de demostrar en fases més tardanes del part.
- De la mateixa manera, s'hauria de palpar el pols matern simultàniament a l'auscultació de la FCF per diferenciar entre tots dos i així descartar el monitoratge de la FC materna. Aquesta diferenciació s'hauria de dur a terme a l'inici de cada monitorització, així com en qualsevol moment que la FCF sigui anormal (Physiological CTG Interpretation, 2018).
- A la primera fase i a la part passiva de la segona fase del treball de part la FCF hauria d'auscultar-se immediatament després de cada contracció durant almenys 1 min i cada 15 minuts.
- Durant la part activa de la 2a fase de part, la FCF hauria de ser auscultada cada 5 min (Physiological CTG Interpretation, 2018).
- Cal calcular la FCF i documentar-la amb un número, no amb una mitjana (Physiological CTG Interpretation, 2018; NICE, 2014).
- Cal enregistrar a la història clínica si s'ausculten acceleracions i/o desacceleracions (NICE 2014).
- La literatura no recolza que es pugui determinar la variabilitat amb l'AI. (Munro and Jokinen 2012).
- Si s'objectivés un augment a la FCF, desacceleracions que es recuperen lentament o acceleracions persistents després de la contracció (overshoot) s'hauria de confirmar a les 3 contraccions següents. Si és així, està indicat iniciar MEFC (Physiological CTG Interpretation, 2018). Segons el GDG, en aquest cas la cronologia seria: auscultar durant una contracció uterina i continuar durant almenys 30 segons després de la contracció.



No s'ha trobat cap assaig clínic ni revisió sistemàtica que doni suport a la monitorització cardiotocogràfica en gestants sanes. Tot i això, el fet d'efectuar una monitorització contínua durant el part s'associa a un augment d'intervencionisme mèdic innecessari (OMS, 2018). Per tant, en gestants de baix risc on no se sospita una pèrdua de benestar fetal, sense estimulació oxiàtica ni analgèsia epidural (part natural), es podran fer períodes finestra de monitorització durant 20 minuts cada hora en el període de dilatació.

- Monitorització Electrònica Fetal Contínua (MEFC):

El canvi d'AI a MEFC en dones de baix risc es farà quan es detecti l'aparició de risc intrapart, s'administri oxiàtica, o s'instauri l'analgèsia epidural. En cas que calgui monitorització contínua, aquesta es podrà realitzar amb un monitor sense fil per afavorir la mobilització de la gestant. (Physiological CTG Interpretation, 2018).

Factors de risc que indiquen necessitat de convertir Auscultació Intermitent (AI) a Monitorització Electrònica Fetal Contínua (MEFC)

Factors maternals	Factors fetals
FC > 120 bpm en 2 ocasions separades durant 30 minuts	Presentació de natges no diagnosticada; situació transversa o obliqua (revisar la via del part)
Tensió arterial sistòlica \geq 160 mmHg o diastòlica \geq 110 mmHg, en una sola presa	Cap fetal lliure en una primigesta
Tensió arterial sistòlica entre 140-159 mmHg o diastòlica entre 90-109 mmHg en 2 lectures consecutives separades durant 30 minuts	Acceleracions recurrents (immediatament després d'una contracció p.e. <i>overshoot</i>)
Temperatura materna (definida per 38,0°C una vegada o 37,5°C en 2 ocasions, separades per 1 hora)	FCfb < 110 o >160 bpm, o inapropiat per a l'edat gestacional.
Qualsevol sagnat vaginal superior a l'esperat	Evidència d'augment de la FCFb en el partograma
Presència de meconi si el part no es imminent NICE 2014	2 desacceleracions de la FCFb detectades després de 2 contraccions successives en la AI
Dolor persistent entre contraccions	
Analgèsia epidural	

• **Avaluació del progrés del part**

La durada de la fase activa de part generalment no excedeix de les 12 h en els primers parts, i normalment no excedeix de les 10 h en els parts successius. El paràmetre del progrés de dilatació en fase activa d'1 cm/h no és recomanat per l'OMS ja que pot ser variable en cada dona. Per tant, una progressió més lenta no és indicació d'intervenció obstètrica (OMS, 2018).

- Dinàmica uterina: control de l'activitat uterina, freqüència, intensitat i durada.
- Tacte vaginal: En general, les exploracions vaginals es faran cada 4 hores sota mesures d'asèpsia, preferiblement pel mateix professional. Les exploracions vaginals abans de 4 hores es realitzaran a les dones amb un progrés lent del part, davant la presència de complicacions, o si la gestant percepés sensació de pressió vaginal. Totes les exploracions seran realitzades amb el consentiment verbal de la gestant i enregistrades a la HC cada vegada que se li proposa (Llei 41/2002). Si hi ha sospita de trencament de la bossa, es recomana utilitzar espècul i és desaconsella el tacte vaginal en absència de contraccions (OMS, 2018).

Hi ha tècniques menys invasives per valorar l'evolució del part que servirà de suport per limitar els tacles vaginals: Palpació abdominal de la dinàmica uterina.

- Valoració del flux i les secrecions vaginals.
- Interpretació de l'actitud materna.
- Observació de la línia púrpura per predir la dilatació cervical i el descens del vèrtex.



• Maneig del dolor

El maneig del dolor durant el part comença amb l'educació prenatal i, posteriorment, amb la gestió sobre el confort i l'ansietat, fet que suposa molt més que la simple administració d'analgèsia epidural o altres agents anestèsics. Es valorarà com percep la dona les contraccions, els recursos adaptats a cada gestant per alleugerir la intensitat del procés de part i les seves expectatives, donant suport a les seves decisions.

Hi ha diferents mètodes d'alleugeriment del dolor que es poden agrupar en dos blocs:

Mètodes no farmacològics

Els mètodes no farmacològics s'oferiran com a primera opció per al maneig de la intensitat de la dinàmica uterina, sempre que la dona ho desitgi.

- Massatge i contacte físic. El suport continu per part de l'acompanyant escollit per la dona disminueix la necessitat d'analgèsia epidural i millora l'experiència del part (AQUAS, 2013; OMS, 2018).
- Tècniques de respiració (OMS, 2018).
- Afavorir moviment lliure i harmònic, postures.
- Pilota de part: Afavorir la seva utilització a aquelles dones que ho desitgin, perquè puguin optar per posicions més confortables i per ajudar a la progressió del part amb el moviment (Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya, 2020).
- Tècniques de relaxació (OMS, 2018).
- Injecció d'aigua estèril: es pot utilitzar per alleujar el dolor lumbar després d'informar que poden provocar dolor intens de manera momentània (AQUAS, 2013). Consisteix en la injecció de 0,5 cc d'aigua estèril a punts dolorosos localitzats per la gestant a nivell pèlvic, habitualment a zona lumbar. La via subcutània és menys dolorosa i igual de efectiva que la via intradèrmica. L'acció pot durar al voltant de 2 hores i es pot repetir durant el part per no presentar contraindicacions. Les indicacions són: dolor lumbar, dolor en símfisi pùblica, dolor inguinal o dolor a altres punts localitzats.
- Música.
- Calor local: a través de bosses de gel disponibles a sala de part i es posaran a escalfar cada vegada que calgui. A més, la gestant pot optar a fer servir el seu propi sac de llavors o estoreta calenta (Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya, 2020).
- Utilització d'hidroteràpia: es podrà aplicar a zona lumbar i suprapùblica (Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya, 2020).
- Aromateràpia: se n'oferirà la utilització (Protocol d'Aromateràpia).

La dona, si ho desitja, pot utilitzar altres teràpies que li puguin proporcionar confort durant el treball de part, aplicades per ella mateixa o pel seu acompanyant.

Mètodes farmacològics

- Òxid Nitrós (Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya, 2020): S'oferirà utilitzar inhalació d'òxid nitrós a la dona que ho desitgi (després de la valoració prèvia dels riscos de manera individualitzada) o quan estigui contraindicada l'analgèsia epidural i com a suport als mètodes no farmacològics. Es recomana la inhalació d'òxid nitrós durant el part com a mètode d'alleujament del dolor, informant que el seu efecte analgèsic és moderat i que pot provocar sequedat de la mucosa bucal, nàusees, vòmits, somnolència i alteració del record, de manera excepcional, mal d'orella (Protocol específic de l'òxid nitrós de l'HSP). Per utilitzar-lo, la dona signarà el consentiment informat prèviament.
- Analgèsia epidural: la tècnica epidural, és la forma més efectiva de tractament del dolor del part i la més utilitzada. Actualment, a HSP tenim un protocol d'analgèsia obstètrica a baixa dosi que busca aconseguir analgèsia juntament amb la mobilitat durant el part i permetrà moure's i



adoptar diferents posicions per afavorir l'evolució tant de la dilatació com del naixement. (Vegeu protocol específic d'analgèsia obstètrica). El moment més adequat per utilitzar l'analgèsia epidural és quan la dona percep un dolor que no és capaç de tolerar, independentment del grau de dilatació que presenti en aquell moment. Es permetrà la presència de l'acompanyant durant la tècnica anestèsica sempre que no hi hagi contraindicació/interferència per fer-ho segons el criteri de l'anestesiòleg.

5.4. Període expulsiu

Es defineix com a període expulsiu a la segona etapa del part que va des de la dilatació completa fins al naixement del nadó (OMS, 2018).

Aquesta etapa del part es pot dividir en dos períodes:

- Període expulsiu passiu: dilatació completa del coll uterí amb o sense contraccions, sense sensació d'espoderaments (*pujo*).
- Període expulsiu actiu: El cap fetal és visible, hi ha contraccions en presència de dilatació completa acompanyat amb espoderaments materns.

• Aspectes generals

- Professionals: les professionals presents en el moment del naixement seran les mínimes necessàries per a l'atenció d'aquest període: llevadora i resident per a l'atenció a la dona, llevadora per a l'atenció al nou-nat i TCAI.
- Ambient: se seguirà mantenint un entorn segur, tranquil i càlid, eliminant sorolls innecessaris i minimitzant la intensitat lluminosa. Després del naixement, evitar les interferències entre els progenitors i la seva criatura.
- Lloc de naixement: es procurarà que sigui el mateix lloc on s'ha dut a terme el període de dilatació, llevat dels casos en què es produeixi una desviació de la normalitat. En aquests casos, s'informarà la gestant i l'acompanyant i es passarà a una sala de parts més àmplia i que consta amb l'equipament necessari per a aquests casos. En aquesta situació, es valorarà també si cal l'assistència de l'equip de ginecologia, anestesiologia i pediatria.
- Mesures d'asèpsia.
- Rentat de mans previ a l'atenció al període expulsiu.
- Ús de guants quirúrgics estèrils.
- Neteja de la zona vulvoperineal amb esponja sabonosa i esbandir amb aigua tèbia.
- Monitorització de l'estat fetal. Durant el període expulsiu es podrà controlar el benestar fetal mitjançant AFI cada 5 minuts, si la llevadora referent només està cuidant una gestant de baix risc en treball de part. Quan aquesta situació no és possible, la llevadora haurà de fer MEFC.

• Avaluació del progrés expulsiu

	Fase passiva	Fase activa	Total temps expulsiu
Primípara			
- Amb epidural	2 h	2 h	4 h
- Sense epidural	2 h	1 h	3 h
Múltipara			
- Amb epidural	2 h	1 h	3 h
- Sense epidural	1 h	1 h	2 h

(Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal”, del Ministeri de Sanitat, 2014)

Cal informar les dones que la durada del període de l'expulsiu varia d'una dona a una altra i que aquests temps es poden veure modificats per l'anestèsia epidural o altres factors (OMS, 2018).



Més enllà d'aquests límits s'ha de valorar amb cura i es pot considerar la necessitat de fer un part instrumental. Si el descens del cap és progressiu, l'estat del benestar fetal satisfactori i el part espontani és imminent, es poden sobrepassar aquests límits.

- Posicions durant l'expulsiu: Es recomana que durant el part la dona adopti la posició que sigui més còmoda, animant-la a triar.
- Espoderaments: s'encoratjarà la dona perquè segueixi la seva pròpia necessitat d'empènyer espontàniament. En el cas de dones amb anestèsia epidural, es recomana endarrerir l'acció d'empènyer durant una a dues hores després de la dilatació total o fins que la dona recuperi la necessitat sensorial d'empènyer amb un control adequat del benestar fetal.
- Tècniques de suport durant l'expulsiu:
 - Massatge perineal (OMS, 2018).
 - Aplicació de compreses tèbies (OMS, 2018).
 - L'ús del mirall per part de la dona per a la visualització de la zona perineal, pot ser una mesura efectiva com a suport en la direcció dels espoderaments, per la qual cosa se li facilitarà a la dona si ho desitja.
 - S'aconsella la protecció activa del perineu i el control de la deflexió lenta i progressiva del cap (OMS, 2018), ja que disminueix el nombre d'esquinços perineals d'alt grau.
 - No es practicarà l'episiotomia de rutina al part espontani (OMS, 2018). Només serà realitzada si hi ha necessitat clínica o sospita de compromís fetal (AQUAS, 2013). S'informarà i obtindrà el consentiment verbal de la dona, prèvia a la realització. Abans de dur a terme una episiotomia, administrarem una analgèsia eficaç i, si no s'aconsegueix, cal infiltrar amb anestèsia local la zona amb lidocaïna 2% 10 ml. Ha de ser restrictiva, no precoç i la tècnica recomanada és la d'episiotomia medilateral.
 - Està totalment contraindicada la maniobra de Kristeller (AQUAS, 2013; OMS, 2018).

5.5. Retard del progrés del part

Si es detecta un retard del progrés del part, s'aplicarà el protocol específic (**Annex 3: Retard en el progrés del part; ACOG, 2019**), consensuat prèviament amb la gestant i l'equip mèdic. No es recomana utilitzar intervencions mèdiques per accelerar el treball de part abans de l'inici de la fase activa, sempre que s'assegurin unes bones condicions de la criatura i de la mare.

5.6. Període de deslliurament

Consisteix en el període que transcorre entre el naixement i l'expulsió de la placenta (Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya, 2020). Es considera normal una pèrdua hemàtica < 500 ml i una durada dins de:

- Els 30 minuts posteriors al naixement del nounat en cas de maneig actiu (deslliurament dirigit).
- Els 60 minuts posteriors al naixement del nounat en cas de deslliurament espontani (AQUAS, 2013).

Les guies de pràctica clínica recomanen fer un maneig actiu del deslliurament, i només optar pel deslliurament espontani o fisiològic si la dona ho sol·licita (OMS, 2018; Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya, 2020). Les dones han de ser informades (preferiblement durant la gestació) que el maneig actiu de la tercera etapa del part escurça la seva durada, disminueix el risc d'hemorràgia postpart i la necessitat d'oxitocina terapèutica, i que per això mateix l'evidència actual recomana l'ús d'uterotònics profilàctics amb l'administració de 5 UI d'oxitocina via intravenosa o 10 UI intramuscular (en el cas que no tingui col·locat un catèter endovenós) durant aquest període (AQUAS, 2013; OMS, 2018). En aquests casos, no caldria el massatge uterí rutinari per prevenir l'hemorràgia postpart (OMS, 2018). Igualment, les dones han de conèixer que és possible fer un deslliurament dirigit i un clapatge tardà de cordó.



La tracció controlada del cordó umbilical està recomanada als parts vaginals si l'equip de professionals que atenen el part determinen que és important reduir el sagnat així com reduir el temps del període de deslliurament (OMS, 2018).

Un cop s'hagi produït el deslliurament, el professional sempre realitzarà una revisió completa de la placenta i les membranes, comprovant així la seva integritat. En alguns casos caldrà prendre cultius de la placenta i enviar per a estudi anatomopatològic.

Es pot lliurar la placenta a la dona que ho sol·liciti, sempre que no hi hagi contraindicacions a nivell mèdic resultants de l'estudi analític de la gestant en el moment de la gestació o part (estaria contraindicat el lliurament de la placenta en cas de malalties infeccioses cribrades o diagnosticades durant la gestació o el part). La dona signarà el consentiment informat, i se li lliurarà en un recipient. Se l'informarà que actualment no es coneixen efectes terapèutics de la placenta, i que es recomana mantenir-la al frigorífic o congelador (Annex 4: **Document de sol·licitud i lliurament del teixit placentari**). Tot això es deixarà correctament documentat a la història clínica de la dona.

Com que les primeres 2 h postpart és el període de major risc d'hemorràgia postpart, es recomana mantenir la perfusió d'oxitocina al puerperi immediat amb 20 UI en 500 ml de sèrum fisiològic a 125 ml/h per 4-6 hores (**Veure protocol d'HPP**).

5.7. Pinçament i secció del cordó umbilical

El clapatge precoç del cordó umbilical (pinçar i tallar el cordó just després del naixement) és una pràctica que es va fer extensiva a principis del segle XX de manera rutinària sense cap base científica. La recomanació actual és retardar el moment del pinçament del cordó, amb l'objectiu de permetre la transfusió placentària al nounat. Els estudis mostren que el pinçament tardà redueix el volum de sang residual a la placenta del 30 al 20% a partir del minut de vida i al 13% als 3-5 minuts, de manera que es transfon més sang al nounat millorant el nivell d'hemoglobina i els dipòsits de ferro (Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya, 2020).

Es recomana fer un pinçament tardà del cordó umbilical (1-3 minuts) sempre que l'estat de la dona i el nadó ho permeti, independentment del tipus de deslliurament escollit per la dona (Guies RCEP neonatal, 2010; AQUAS, 2013; OMS, 2018).

Si la dona ho desitja i l'estat matern i del nadó ho permeten, es pot valorar fer un clapatge òptim de cordó (consisteix a esperar que el cordó estigui blanc, flàccid i sense pols abans de clampar-lo).

En el cas de nadons prematurs, retardar el pinçament de cordó umbilical almenys 30 segons millora el pronòstic, amb menys necessitat de transfusió, menor taxa d'hemorràgia interventricular, major estabilitat circulatòria i menor risc d'enterocolitis necrotitzant (Cochrane 2019). Per tant, es recomana el pinçament tardà en prematurs entre 30 segons i 1 minut si no requereixen reanimació.

Posteriorment al pinçament, s'obindrà una mostra de sang de cordó per obtenir el grup i Rh del nounat i s'enviarà la mostra al laboratori.

Es recomana fer un estudi de l'equilibri àcid-base del cordó en casos de risc de pèrdua de benestar fetal, ja que representa una mesura objectiva de la condició basal en el moment del naixement.

- Donació de Sang de Cordó Umbilical (DSCU)

L'Hospital de Sant Pau està adscrit al Programa Públic de Donació de Sang de Cordó Umbilical del Banc de Sang i Teixits del Departament de Salut (Programa Concòrdia); tant a l'embaràs, com en fases inicials del treball de part, s'ofereix la informació necessària perquè la gestant que així ho desitgi pugui ser donant. Si la dona desitja DSCU es farà igualment un pinçament tardà de cordó esperant 1 minut des del naixement. D'aquesta manera es garanteix el benestar del nadó i es pot recollir un volum de sang adequat per a la donació (Protocol específic de DSCU).



5.8. Revisió perineal

Es realitzarà una revisió de l'introït i el perineu, amb reparació dels teixits danyats:

- Assegurar una analgèsia adequada prèvia a la sutura.
- Fer servir sutures sintètiques d'absorció ràpida (AQUAS, 2013).
- Les sutures contínues del pla muscular produeixen menys dolor als 10 dies, requereixen menys analgèsia i menys necessitat de retirar sutures (AQUAS, 2013).
- No cal suturar la pell si hi ha una aproximació adequada de les vores (AQUAS, 2013).
- S'assegurarà no deixar tapament vaginal, i si s'escau s'enregistrerà específicament a la història clínica. En cas de deixar taponament, valorar sondatge vesical per evitar retencions agudes d'orina.
- Si el perineu està edematós es pot administrar crioteràpia durant 20 minuts.

6. PUERPERI IMMEDIAT, ASSISTÈNCIA AL NOUNAT

(veure Protocol d'Assistència i seguiment del puerperi en sala de parts i planta d'hospitalització)

7. ENREGISTRAMENT I TRASLLAT DE LA DONA I EL NOUNAT A PLANTA DE MATERNITAT

Després d'aquest període de dues hores a la sala de parts, juntament amb una bona evolució de l'estat de la mare i el nadó, seran traslladats pell amb pell a la planta d'hospitalització.

S'enregistraran les dades i totes les activitats a la història clínica de la mare i del nounat.

Les cures postpart a la sala es troben al protocol específic de postpart.

8. INDICADORS

- Nombre total parts eutòcics/Nombre parts totals
- Nombre total parts naturals/Nombre total parts eutòcics
- Nombre total parts en posicions verticals/Nombre total parts eutòcics
- Nombre total parts en posicions laterals/Nombre total parts eutòcics
- Nombre total parts en quadrupèdia/Nombre total parts eutòcics
- Nombre total gestants amb analgèsia epidural/Nombre total parts eutòcics
- Satisfacció de la gestant amb la utilització de l'analgèsia epidural
- Nombre total gestants que utilitzen ON/ Nombre total parts eutòcics
- Satisfacció de la gestant amb la utilització de l'Òxid Nitrós
- Nombre total parts eutòcics amb perineu íntegre/Nombre total parts eutòcics
- Nombre total parts eutòcics amb perineu íntegre/Nombre total parts eutòcics verticals
- Nombre total parts eutòcics amb perineu íntegre/Nombre total parts eutòcics posició lateral
- Nombre total parts eutòcics amb perineu íntegre/Nombre total parts eutòcics posició quadrupèdia
- Nombre total parts eutòcics amb perineu íntegre/Nombre total parts eutòcics posició litotomia



- Nombre total parts eutòcics amb esquinç I/Nombre total parts eutòcics
- Nombre total parts eutòcics amb esquinç I/Nombre total parts eutòcics verticals
- Nombre total parts eutòcics amb esquinç I/Nombre total parts eutòcics posició lateral
- Nombre total parts eutòcics amb esquinç I/Nombre total parts eutòcics posició quadrupèdia
- Nombre total parts eutòcics amb esquinç I/Nombre total parts eutòcics posició litotomia
- Nombre total parts eutòcics amb esquinç II/Nombre total parts eutòcics
- Nombre total parts eutòcics amb esquinç II/Nombre total parts eutòcics verticals
- Nombre total parts eutòcics amb esquinç II/Nombre total parts eutòcics p lateral
- Nombre total parts eutòcics amb esquinç II/Nombre total parts eutòcics p quadrupèdia
- Nombre total parts eutòcics amb esquinç II/Nombre total parts eutòcics p litotomia
- Nombre total parts eutòcics amb esquinç d'alt grau/Nombre total de parts eutòcics
- Nombre total parts eutòcics amb esquinç d'alt grau/Nombre total de parts eutòcics verticals
- Nombre total parts eutòcics amb esquinç d'alt grau/Nombre total de parts eutòcics p lateral
- Nombre total parts eutòcics amb esquinç d'alt grau/Nombre total de parts eutòcics p quadrupèdia
- Nombre total parts eutòcics amb esquinç d'alt grau/Nombre total de parts eutòcics p litotomia
- Nombre total episiotomies/Nombre total de parts eutòcics
- Nombre total de parts eutòcics amb instauració pell amb pell immediat/Nombre total parts eutòcics
- Nombre total de parts eutòcics que requereix reanimació neonatal/Nombre total parts eutòcics
- Nombre total parts eutòcics amb inici de lactància materna < 1 h/Nombre total parts eutòcics
- Disminució del nombre d'incidències registrades en relació amb la seguretat de les gestants
- Registre d'hemorràgia postpart
- Registre de necessitat de ferro intravenós
- Registre de necessitat de transfusió sanguínia
- Satisfacció general de les usuàries
- Taxa de lactància materna a l'alta



9. BIBLIOGRAFIA

- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol per a l'assistència natural al part normal. 2007.
- Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
- FAME. Iniciativa del Parto Normal. Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2011.
- Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries. Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal. 2013.
- NICE. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth [Internet]. 2014. Updated february 2017. Available from: www.nice.org.uk/accreditation
- National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care: care of healthy women and babies [Internet]. NICE clinical guideline 190. 2014. 805 p. Updated february 2017. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=folder&o=67642>
- WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Induction of labor. ACOG Practice Bulletin nº 107. Obstet Gynecol 2009; 114(2 Pt1): 386 https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjd1pC2y8_iAhW1A2MBHaYmDWQQFjAAegQIBhAC&url=https://www.mnhospitals.org/Portals/2/FDocuments/2Fpatientsafety/2FPerinatal/2F acog--practice_bulletin_107_2009.pdf&usq=AOvVaw0aeLHxlytECscw9E0UW2OT
- Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza. Coordinación de Programas de Salud Pública y de Seguridad del Paciente. Atención al parto de bajo riesgo en el medio hospitalario. www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_embarazo_parto_posparto/es_def/adjuntos/protocolos/Atencion-parto-bajo-riesgo-medio-hospitalario.pdf
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya. 2020.
- SEDAR. Protocolos asistenciales de la sección de anestesia obstétrica de la SEDAR. 3ª edición, 2021.
- AC Katheria, S Lakshminrusimha, H Rabe, R McAdams and JS Mercer. STATE-OF-THE-ART Placental transfusion: a review. Journal of Perinatology (2017) 37, 105–11.
- Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates. Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials. JAMA 2007; Vol 297(11):1241-52.
- Katheria A1, Hosono S2, El-Naggar W. A new wrinkle: Umbilical cord management (how, when, who). Semin Fetal Neonatal Med. 2018 Oct;23(5):321-326.
- Mercer JS, Erickson-Owens DA, Deoni SCL, Dean DC 3rd, Collins J, Parker AB, Wang M, Joelson S, Mercer EN, Padbury JF. Effects of Delayed Cord Clamping on 4-Month Ferritin Levels, Brain Myelin Content, and Neurodevelopment: A Randomized Controlled Trial. J Pediatr. 2018 Dec;203:266-272.e2. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.06.006. Epub 2018 Jul 6.
- Decret 27/1999, de 9 de febrer, de la gestió dels residus sanitaris.
- Decret 104/2002, de 26 de juliol, d'Ordenació de la gestió de residus sanitaris.
- Llei 41/2002 de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.
- Banc de sang i teixits. www.bancsang.net



- Rosen M A. Nitrous oxide for relief of labor pain: a systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002; 186(5 Part 2): S110-S126
- Chandraharan E. Should national guidelines continue to recommend fetal scalp blood sampling during labor? Vol. 29, Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. Taylor and Francis Ltd; 2016. p. 3682-5.
- Chandraharan E et al. Intrapartum Fetal Monitoring Guideline [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 7]. [https://physiological-ctg.com/guideline/Intrapartum Fetal Monitoring Guideline.pdf](https://physiological-ctg.com/guideline/Intrapartum%20Fetal%20Monitoring%20Guideline.pdf) NICE. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. 2019.
- Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2010 Jan 20 [cited 2019 Dec 2];(1):CD003930. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091553>.
- The Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 3 [base de datos en Internet]. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Styles C. Posición de la madre durante el período dilatante. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD003934/PREG_posicion-de-la-madre-durante-el-periodo-dilatante
- The Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3 [base de datos en Internet]. Aasheim V, Nilsen A, Reinart L, Lukasse M. Técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD006672/PREG_tecnicas-perineales-durante-el-periodo-expulsivo-del-trabajo-de-parto-para-reducir-el-traumatismo.
- Munro J, Jokinen M: Evidence based guidelines for Midwifery-led Care in labour. Intermittent Auscultation (IA). The Royal College of Midwives Trust 2012.
- Rabe H, Gyte GM, Díaz-Rossello JL, Duley L. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. The Cochrane Library, 2019 Sep 17;9:CD003248.



ANNEXOS

Annex 1: Classificació de l'atenció en el procés de part i puerperi

Tots els parts són d'entrada liderats per les llevadores, excepte aquells del punt 2 (Part d'alt risc) que seran liderats per obstetres, sempre tenint en compte que es treballarà en equip.

1. Situacions de baix risc en el moment del part tot i haver-se identificat complexitat associada

- Alçada baixa (<1,45 m)
- Índex de massa corporal inadequat (IMC < 40)
- Embaràs no desitjat
- Risc cardiovascular OMS I *
- Edat molt precoç (< 15 anys)
- Edat molt avançada (> 40 anys)
- Multiparitat (≥ 4 parts)
- Antecedents de CIR o baix pes del nadó en un embaràs anterior
- Prematuritat > 35 SG
- Parts distòcics anteriors
- Cirurgia uterina prèvia (cesària anterior o miomectomies sense entrada a cavitat)
- Esterilitat prèvia
- Infecció de la dona per sífilis, gonorrea, clamídia i Chagas tractada
- Període intergenèsic curt (gestació < 12 m de l'últim part vaginal)
- Control insuficient durant la gestació
- Risc social: condicions socioeconòmiques desfavorables o víctima de violència de gènere
- Antecedents personals de patologia mental
- Patologia mental actual controlada i estable
- Metrorràgies del primer trimestre
- Risc d'infecció (conductes sexuals de risc durant la gestació però serologies negatives).
- Bacteriúria asimptomàtica o infecció urinària tractada durant la gestació
- Portadora de SGB
- Antecedent de sèpsia neonatal per SGB
- Zika sense afectació fetal per diagnòstic prenatal
- Hàbit tabàquic
- Gestant RH negativa
- Antecedents familiars de malalties hereditàries
- Antecedents d'avortaments
- Antecedents d'incompetència cervical o APP a gestacions prèvies
- Antecedent d'anomalia cromosòmica hereditària
- Embaràs ectòpic previ
- Malaltia trofoblàstica gestacional prèvia
- Endocrinopaties estables i ben controlades durant la gestació
- Diabetis gestacional (insulinitzada i no insulinitzada).
- Part prematur previ
- APP durant la gestació (i actualment part > 35 setmanes)
- Antecedent de part precipitat
- RPM sense signes de triple I
- Sospita ecogràfica de macrosomia fetal (> p90)



2. Part d'alt risc / liderat per obstetres

- Risc cardiovascular OMS II-IV*
- IMC extrems (IMC ≥ 40 o $< 18,5$)
- Embaràs gemel·lar bicorial biamniòtic
- Embaràs gemel·lar monocorial biamniòtic
- Diabetis pregestacional
- Preeclàmpsia
- Colèstasi gravídica
- Infecció materna : VHB, HIV, VHC, corioamnionitis, pielonefritis
- Infecció per covid activa
- Patologia mental actual greu
- Patologia materna associada greu
- Trombofília materna
- Antecedent de trauma obstètric
- Anèmia greu (Hb < 9 g/dl $< 25\%$ Hematòcrit)
- Antecedent d'hemorràgia postpart greu
- Antecedent de distòcia d'espatlles
- Gestació post-terme (> 42 setmanes)
- Part prematur < 35 setmanes
- RPM preterme < 35 setmanes
- Mort perinatal prèvia
- Síndrome de dependència de l'alcohol i/o d'altres drogues
- Malformacions uterines diagnosticades
- Situació anòmala placenta
- Part de natges
- Retard de creixement intrauterí
- Fetus petit per edat gestacional
- Infecció fetal (CMV, toxoplasma, listèria, pels virus del Zika, HIV, parvovirus)
- Sospita de malformació fetal, que requereixi monitorització i assistència neonatal immediata
- Malformació fetal major confirmada
- Isoimmunització Rh (D) i altres
- Cardiopatia fetal



Annex 2: Pla de naixement

Pla de naixement

Preferències per a l'atenció
al part i al postpart

Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva
Servei de Ginecologia i Obstetrícia de l'Hospital
de la Santa Creu i Sant Pau - ASSIR Guinardó

US ESPEREM!
Servei de Ginecologia
i Obstetrícia de
l'Hospital de la Santa
Creu i Sant Pau

DONA
Sant Pau

**HOSPITAL DE LA
SANTA CREU I
SANT PAU**
FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA
UNIVERSITAT DE BÀRCELONA DE BARCELONA

Salut Institut Català de la Salut
Atenció Primària Barcelona Ciutat
Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva Directa



EL MEU PLA DE NAIXEMENT

Les meves preferències

En aquest "Pla de Naixement" es recullen les teves preferències i opcions. En servirà de guia, com a professionals de la salut, per conèixer com vols que sigui el teu part, la rebuda de la teva criatura i el que esperes de nosaltres. Saber-ho ens ajudarà a oferir-te una atenció integral i personalitzada. L'elaboració d'aquest document és un procés dinàmic. Tant les professionals de l'ASSIR com les de l'Hospital estem a la teva disposició per a informar-te sobretot el que et calgui i assessorar-te sobre les diferents opcions, per tal que puguis prendre decisions informades.

A continuació trobaràs diferents apartats per a fer constar les teves preferències. No cal que omplis tots els apartats si desitges prendre algunes decisions el mateix dia del part. Tampoc has de limitar-te a les opcions que trobaràs en el document, utilitza l'espai "Altres necessitats" per fer-nos arribar les teves preferències o propostes.

Tens dret a canviar d'opinió sobre el que decideixis en aquest document, tant abans com el mateix dia del part. Si canvien les circumstàncies en qualsevol moment, les professionals t'oferirem informació i suport en la presa de decisions compartides.

Relacionats amb l'acompanyament

M'agradaria que m'acompanyés _____ i que pogués estar amb mi durant tot el procés del part i naixement de la meva criatura.

No tindrè/no desitjo acompanyant.

Vull que l'acompanyant estigui sempre amb mi excepte en cas de _____

Encara no he decidit si tindrè acompanyant, ho decidiré el dia del part.

Professionals

No tinc preferències al respecte.

No desitjo rebre atenció per part de professionals en formació.

Relacionats amb l'espai físic i mesures de confort

M'agradaria disposar d'il·luminació de baixa intensitat durant la dilatació i el part.

M'agradaria poder disposar de pilotes de part, màrfeques, escalfor local.

M'agradaria fer servir material de confort propi _____

M'agradaria poder escoltar música (raportaré jo).

Preferiria fer servir la bata de l'Hospital.

Preferiria fer servir la meva roba.

Relacionats amb els procediments

Control del benestar de la meva criatura

M'agradaria que el control sigui intermitent, però entenc que si és necessari, passarem a un control continu.

M'agradaria que el control sigui continu.

M'agradaria monitoratge amb l'aparell sense fils.

No tinc preferències.

L'alleujament del dolor

M'agradaria un part natural (sense intervenció).

M'agradaria fer ús de mesures d'analgèsia no farmacològica, amb les recomanacions de la llevadora que atengui el meu part:

Aplicació d'escalfor local.

Dutxa amb aigua calenta.

Massatges a nivell de lumbosacre.

M'agradaria poder portar material propi per alleujar el dolor com _____

M'agradaria que el meu acompanyant participés activament en les tècniques no farmacològiques d'alleugeriment del dolor.

M'agradaria fer ús de l'òxid nítrics.

M'agradaria que se m'administrés analgèsia epidural de baixa dosi durant el treball de part.

Relacionats amb el moment del naixement i deslliurament

M'agradaria, si les condicions del part ho permeten, adoptar una posició concreta durant el període expulsiu _____

Vull parir en la posició que sigui més còmoda per a mi. La posició en què en principi vull parir és _____

Decidiré la posició en el moment del part, d'acord amb el meu confort.

Vull fer servir el mirall per veure néixer el meu fill/a.

M'agradaria un pinçament tardà del cordó umbilical.

M'agradaria fer donació de sang de cordó umbilical al banc de sang públic.

M'agradaria, si és possible, que el meu acompanyant o jo tallem el cordó umbilical.

Prefereixo un deslliurament dirigit amb l'administració d'oxitocina.

Prefereixo un deslliurament espontani, sense fàrmacs.

Després de la sortida de la placenta, desitjo poder dur-me-la al meu domicili.

En cas de cesària: cesària Profamília

Pel que fa a empènyer:

Vull escollir com i quan empènyer segons el que sigui més còmode per a mi el dia del part.

En cas que sigui necessari, vull que la llevadora m'ajudi a conèixer com i quan he d'empènyer.

Preferències per a després del part i cures de la meva criatura

M'agradaria establir el contacte pell amb pell immediatament, o tan aviat com sigui possible.

M'agradaria que en cas de no poder realitzar jo el contacte pell amb pell, se li ofereixi a: _____

Estic d'acord que se li administri la pomada oftàlmica a la meva criatura.

No desitjo que s'administri la pomada oftàlmica.



Estic d'acord que se li administri la vitamina K:

- Via intramuscular
- Via oral

No desitjo que se li administri la vitamina K.

Relacionats amb l'alletament

M'agradaria donar el pit.

En el cas que sigui necessari un suplement de llet de fórmula, m'agradaria utilitzar:

- Tècnica dit-xeringa.
- Biberó.

M'agradaria realitzar lactància de fórmula.

M'agradaria tenir informació de la donació de llet.

No vull que se li ofereixi cap mena d'aliment a la criatura sense consultar-me abans.

Altres necessitats

Les expectatives i les necessitats al voltant de l'atenció a rebre durant el part i el naixement depenen també de les característiques individuals de cada persona i de la seva cultura d'origen. Si teniu una necessitat o requeriment específic ho podeu comentar als professionals de l'equip obstètric.

Hi ha alguna necessitat que no quedí coberta en aquest pla de naixement i que voldríeu comentar amb l'equip?

Jo, _____ amb DNI _____ i la persona que m'acompanyarà _____ coneixem el contingut d'aquest document i he escollit les meves preferències perquè es puguin complir en la mesura del possible.

En tot cas, em reservo el dret a canviar totalment o parcialment les nostres decisions en qualsevol moment del procés. En cas que es produeixi una desviació de la normalitat, les professionals ens informaran de la situació per afavorir la presa de decisions conjunta per tal de poder aplicar les mesures necessàries.

Barcelona, ___ de _____ de 20__

Signatura del professional que entrega el Pla de Naixement:

Data:

Signatura del professional que recull el Pla de Naixement:

Data:



Annex 3: Retard del progrés del part (ACOG, 2019)

DISTÒCIA EN LA PRIMERA ETAPA DEL PART

Es considera quan no hi ha canvis en les condicions obstètriques una vegada s'ha iniciat la fase activa del treball de part (≥ 5 cm), en una dona amb bossa trencada i dinàmica uterina adequada (3 contraccions/10 minuts o 200-225 UM en 10 minuts) en ≥ 4 hores. Si no s'aconsegueix dinàmica uterina adequada, el diagnòstic es farà quan no hi hagi modificacions cervicals en ≥ 6 h.

Maneig quan se sospita una distòcia a la primera fase del part:

- Oferir suport, hidratació i un mètode eficaç d'alleujament del dolor.
- Si les membranes estan intactes, es procedirà a fer amniorrèxi.
- Tacte vaginal a les 2 hores posteriors; si la dilatació progressa 2 cm, es tornaran a fer exploracions cada 4 hores. Cal un mínim de 4-6 hores d'activitat uterina adequada per obtenir la resposta desitjada.

Es recomana la dosi mínima eficaç d'oxitocina per produir progressió del part sense causar taquisistòlia; un patró de 3-5 contraccions cada 10 minuts.

DISTÒCIA DE LA SEGONA ETAPA DEL PART / PERÍODE EXPULSIU

Se sospita una distòcia en el període expulsiu si:

- En nul·líparas no hi ha progressió (en termes de rotació i/o descens) després de 4 hores de dilatació completa, de les quals 2 hores són d'espoderaments actius.
- En múltiples no hi ha progressió després de 3 hores de dilatació completa, de les quals 1 hora és d'espoderaments actius.

*En dones sense analgèsia epidural els temps es redueixen 1 h.

Una durada llarga del treball de part/període d'expulsiu és un factor de risc conegut d'hemorràgia postpart, per la qual cosa en aquestes situacions s'hauria de recomanar un deslliurament dirigit.

Maneig quan se sospita una distòcia del període expulsiu:

- Aconseguir una dinàmica uterina adequada (3-5 contraccions/10 minuts); valorar administrar oxitocina a dosi mínima eficaç.
- Valorar confort matern.
- Afavorir altres postures diferents del decúbit supí o semisupí.
- Practicar tacte vaginal cada 1-2 hores per valorar adequadament el progrés en el descens i la rotació del cap fetal (valorar varietat fetal).



Annex 4: Document de sol·licitud i lliurament de teixit placentari

DOCUMENT INFORMATIU DE SOL·LICITUD I LLIURAMENT DE TEIXIT PLACENTARI

Els sotasignats volen disposar, després del moment del part, del teixit placentari derivat del propi deslliurament.

Que coneixen, han estat informats, i accepten:

- Que es farà un estudi analític a la gestant per descartar l'existència d'infeccions que poguessin contraindicar la cessió del teixit.
- Que els sol·licitants assumeixen la responsabilitat de la custòdia i maneig de la mostra biològica.
- Que el Servei d'Obstetrícia i la Direcció de l'Hospital de Sant Pau no es responsabilitza de l'ús posterior del teixit.
- De la necessitat ocasional, segons indicació mèdica, de fer estudis en placenta que impliquen la no possible cessió del teixit.

Se realitza l'entrega de la mostra de teixit placentari el dia:

Barcelona, a de del 20.....

Firma mare

Firma pare