

Data d'entrada del protocol al PQA: 09/06/2021

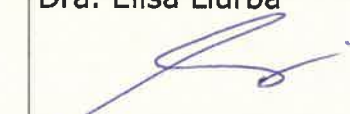

ID: GO39

Títol: CLASSIFICACIÓ DE L'ATENCIÓ EN EL PROCÉS DE PART I PUERPERI

Paraules clau: PART, PUERPERI

Versió núm.: 1 Elaboració Adaptació Actualització **Data:** 28/05/2021

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

Autors (marcar el coordinador)	Serveis / Àrea	Signatures del Director del Servei / Unitat
Dra. Elisa Llurba Dra. Carmen Garrido	Ginecologia i Obstetrícia	Dra. Elisa Llurba 
Anna Ramos	Llevadores	Sra. Laura López 

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

Institucionalitzat amb data: 01/07/2021



HOSPITAL DE LA
SANTA CREU I
SANT PAU

FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA
UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

CLASSIFICACIÓ DE L'ATENCIÓ EN EL PROCÉS DE PART I PUERPERI

Autors: Carmen Garrido, Anna Ramos, Elisa Llurba.

Data del protocol: Juliol 2021

Dr. Josep Ris
Direcció Assistencial

Dr. F. Xavier Borrás
Direcció Mèdica

Sra. Margarita Esteve
Direcció Infermera

CLASSIFICACIÓ DE L'ATENCIÓ EN EL PROCÉS DE PART I PUERPERI

Servei de Ginecologia i Obstetrícia
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Juliol 2021

Autores:

Carmen Garrido
Anna Ramos
Elisa Llurba



CLASSIFICACIÓ DE L'ATENCIÓ EN EL PROCÉS DE PART I PUERPERI

Autors: Carmen Garrido, Anna Ramos, Elisa Llurba.

Data del protocol: Maig 2021

L'OMS defineix el part normal com el procés fisiològic amb el qual la dona finalitza la seva gestació a termini (entre les 37 i les 42 setmanes complertes). El seu inici és espontani, es desenvolupa i finalitza sense complicacions, culmina amb el naixement d'un nadó sa, i no necessita més que l'atenció integral i respectuosa de la llevadora. Després de donar a llum, tant la mare com el seu nadó es troben en bones condicions.

L'evolució del part està influïda per factors biològics, psicològics, culturals i ambientals propis de cada dona, nadó i família. La majoria de les dones sanes, amb l'atenció i el suport adequats i amb un mínim d'intervencions poden donar a llum amb la seguretat necessària per elles i els seus nadons. Tots els hospitals que ofereixen atenció al part, han de disposar d'un equip multidisciplinari de professionals que treballin de manera coordinada.

Els hospitals es classifiquen segons els serveis dels que disposen en nivell I, II A, II B, III A i III B (Pla estratègic 2008). L'objectiu d'aquesta nova classificació dels nivells d'atenció en el moment del part és la d'establir criteris que son vàlids en el moment de l'atenció al part, que permet una atenció multiprofessional, per tal de poder oferir una atenció personalitzada i ajustada a la situació del moment. Els factors que determinen l'atenció sanitària en un hospital de nivell I i alguns factors que s'atenen en un hospital de nivell II, poden ser atesos per la llevadora de manera autònoma, dins del treball en equip. Els factors o situacions que determinen l'atenció en un hospital de nivell III requereixen de l'atenció mèdica especialitzada en obstetrícia i ginecologia, sempre dins del treball en equip.

S'ha de tenir en compte que aquesta classificació no coincideix exactament amb la classificació dels nivells de risc de la gestació per el control gestacional, i son específics pel moment del part. Ex: una dona amb un antecedent de fetus petit per edat gestacional o CIR es un nivell de risc mitjà durant la gestació, però si no ha desenvolupat en la actual gestació aquesta complicació, en el moment del part, es re-classifica com a pacient que pot ser atesa en un hospital nivell I.

En l'actual classificació del tipus d'atenció al part, s'ha volgut explícitament evitar la nomenclatura de risc, per tal de fer us d'un llenguatge més entenedor per la usuària i menys alarmista, i creiem que aquesta recomanació és important per evitar l'angoixa materna.

Seguint aquesta classificació, organitzativament a la sala de parts i planta d'hospitalització de l'Hospital de Sant Pau es divideixen les dones de part en dos grups, per tal d'establir el professional que atindrà i liderarà les cures del procés de part-puerperi, tot i que sempre es treballarà en equip.



1. Atenció liderada per llevadores

- Alçada baixa (<1.45m)
- 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 < 12m 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. Atenció liderada per obstetres

- Risc cardiovascular OMS II-IV*
- IMC extrems ($IMC \geq 40$ o $< 18,5$)
- Embaràs gemel·lar
- Diabetis pregestacional
- Preeclàmpsia
- Infecció materna: VHB, HIV, VHC, pielonefritis, triple I
- Infecció per Covid activa
- Patologia mental actual greu/descompensada
- Colèstasi gravídica
- Patologia materna associada greu
- Trombofília materna
- Antecedent de trauma obstètric
- Anèmia greu ($Hb < 9$ g/dl $< 25\%$ Hto)
- Antecedent 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
- Part després de dos cesàries anteriors
- Insuficiència placentària: Retard de creixement intrauterí / fetus petit per edat gestacional
- Infecció fetal (CMV, toxoplasma, listèria, Zika, parvovirus, etc.)
- Sospita de malformació fetal, que requereixi monitorització i assistència neonatal immediata.
- Malformació fetal major confirmada
- Isoimmunització Rh (D) i altres
- Cardiopatia fetal



3. Indicadors d'avaluació

- Disminució del nombre de complicacions puerperals a sala de parts en el puerperi immediat (atonía uterina, hemorràgia postpart).
- Nombre de parts atesos per llevadores i/o llevadores en formació / Nombre de parts.
- Nombre de parts atesos per obstetres i/o obstetres en formació / Nombre de parts.
- Nombre de parts naturals atesos / Nombre de parts.
- Nombre de naixements per cesària / Nombre de parts.
- Nombre d'estrips perineals de baix grau en parts de risc baix i mitjà / Nombre de parts de risc baix i mitjà.
- Nombre d'estrips perineals de baix grau parts de risc alt i molt alt / Nombre de parts de risc alt i molt alt.
- Nombre d'estrips perineals d'alt grau en parts de risc baix i mitjà / Nombre de parts de risc baix i mitjà.
- Nombre d'estrips perineals d'alt grau en parts de risc alt i molt alt / Nombre de parts de risc alt i molt alt.
- Nombre d'usuàries i nadons que romanen junts pell amb pell durant mínim les sis primeres hores de vida; afavorint així el vincle i l'establiment de les constants vitals neonatals / Total de naixements.
- Taxa de lactància materna iniciada en les dues primeres hores de vida.
- Taxa d'ingressos a la unitat neonatal en parts de risc baix i mitjà.
- Taxa d'ingressos a la unitat neonatal en parts de risc alt i molt alt.
- Valoració de la satisfacció de la usuària mitjançant qüestionaris.



4. Annex 1. Classificació del risc cardiovascular matern segons la classificació de la OMS

Classificació del risc cardiovascular	
Classe de risc	Risc de l'embaràs segons malaltia present
OMS I	Sense augment detectable del risc de mortalitat materna i sense augment o augment lleuger de la mortalitat
OMS II	Risc lleugerament augmentat de mortalitat materna o augment moderat de la morbiditat
OMS III	Risc considerablement augmentat de mortalitat materna o morbiditat greu. Es requereix orientació d'un especialista si es decideix continuar l'embaràs i cal monitoratge cardíac i obstètric intensiu per especialistes durant tot l'embaràs, part i puerperi.
OMS IV	Risc extremadament alt de mortalitat materna o morbiditat greu; embaràs contraindicat. Si té lloc l'embaràs, se n'ha de valorar la interrupció. Si es decideix continuar l'embaràs, l'atenció es farà segons classe de risc OMS III.

Font: Modificat de Thorne et al. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(2): 171.e1-e44. Guía de práctica clínica de la ESC para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares durante el embarazo.

Malalties en què el risc d'embaràs és OMS I

- No complicada, petita o lleu:
 - Estenosi pulmonar
 - Conducte arteriós permeable
 - Prolapse de la vàlvula mitral
- Lesions simples reparades amb èxit (defecte septal o ventricular, conducte arteriós permeable, drenatge venós pulmonar anòmal)
- Batec auricular o ventricular ectòpic, aïllats

Malalties en què el risc d'embaràs és OMS II o III

OMS II (si no hi ha complicacions)

- Defecte septal auricular o ventricular no operat
- Tetralogia de Fallot reparada
- La majoria d'aritmies

OMS II-III (depenent de la persona)

- Disfunció ventricular esquerra lleugera
- Miocardiopatia hipertròfica
- Cardiopatia valvular nativa o del teixit que no es consideri OMS I o IV
- Síndrome de Marfan sense dilatació aòrtica
- Aorta < 45 mm en la malaltia aòrtica associada a vàlvula aòrtica bicúspide
- Síndrome de Marfan sense dilatació aòrtica

OMS III

- Vàlvula mecànica
- Ventricle dret sistèmic
- Circulació de Fontan
- Cardiopatia cianòtica (no reparada)
- Altra cardiopatia congènita complexa
- Dilatació aòrtica 40-45 mm en la síndrome de Marfan
- Dilatació aòrtica 45-50 mm en la malaltia aòrtica associada a vàlvula aòrtica bicúspide

Malalties en què el risc d'embaràs és OMS IV (embaràs contraindicat)

- Hipertensió arterial pulmonar per qualsevol causa
- Disfunció ventricular sistèmica greu (FEVI < 30%, NYHA III-IV)
- Miocardiopatia peripart prèvia amb qualsevol deteriorament residual de la funció del ventricle esquerre
- Estenosi mitral greu, estenosi aòrtica simptomàtica greu
- Síndrome de Marfan amb aorta dilatada > 45 mm
- Dilatació aòrtica >50 mm en la malaltia aòrtica associada a vàlvula aòrtica bicúspide
- Coartació nativa greu

FEVI: fracció d'ejecció ventricular esquerra; NYHA: New York Heart Association

Font: Modificat de Thorne et al. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(2): 171.e1-e44. Guía de práctica clínica de la ESC para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares durante el embarazo.



5. Bibliografia

1. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancyexperience/en/, accessed 10 October 2017).
2. Classificació segons Protocol del Seguiment de l'embaràs a Catalunya 3^a edició; Departament de Salut, Generalitat de Catalunya ; 2018.
3. Grup elaborador de la Guia. Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013.