GUÍA USUARIAS

SERVICIO DE URGENCIAS OBSTÈTRICO-GINECOLÒGICAS (PARITORIO). HOSPITAL LA FE.

En el Hospital La Fe queremos que la madre y el padre se sientan protagonistas y responsables del parto y de la toma de decisiones, en la medida de lo posible. Para eso, nuestros profesionales del área de maternidad favorecerán el proceso del parto con el mínimo intervencionismo, salvo cuando sea necesario para garantizar la seguridad de la madre y del bebé, desarrollándose bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico, en el que solo debemos intervenir para corregir desviaciones de la normalidad. Al igual que el seguimiento del embarazo, la asistencia del parto es personalizada, en el sentido de que, siempre que sea posible, le atenderá la misma matrona y ginecóloga. A partir de su ingreso en nuestro hospital será informado de todo por el personal que le atienda.

Ver vídeo: ¿VAS A DAR A LUZ EN EL HOSPITAL LA FE? CONÓCENOS - YouTube

¿Qué debo llevar al hospital?

Al ingresar para dar a luz, se requiere la documentación que se detalla a continuación y que conviene que lleve consigo desde el momento en que le hagan el estudio preoperatorio:

- DNI de la madre
- El estudio preoperatorio y consentimientos informados firmados sólo si no lo ha entregado previamente
- Informe de alergias
- Cartilla maternal

Generalmente es recomendable que prepare todas las cosas que necesitará durante el ingreso **a partir de la semana 35.**

Para el niño.

Para su hijo/hija sólo necesitará la ropa que desee ponerle para salir del hospital, ya que en el mismo y mientras dure el ingreso le proporcionaremos la ropa y pañales que necesite para su bebé.

Para la madre.

Necesitará los enseres de aseo, alguna bata y zapatillas de estar por casa, así como la ropa que desee llevar al alta. El pijama y las compresas postparto que necesite se las

Ingreso.

Si su ingreso es por urgencias.

Deberá acudir a urgencias generales donde, tras tomarle los datos, un celador/a le acompañará a las urgencias obstétrico-ginecológicas (torre F planta 1).
Al llegar a urgencias obstétrico-ginecológicas una matrona la recibirá en triaje y la valorará para confirmar su situación de parto o preparto y, en coordinación con el ginecólogo de guardia, decidir su ingreso o bien dará las indicaciones necesarias y le pedirá que regrese pasadas unas horas. La matrona le informará de las actividades que realice y dejará registro, fomentando un entorno seguro y tranquilo para usted y su bebé.

Si su ingreso es programado.

- Si se trata de una **cesárea programada** el ingreso se efectúa en Admisión, zona sur. Desde allí un/a celador/a te llevará a la unidad de hospitalización F30 (torre F planta 3). Una vez en el control de la sala F30, entregarás la cartilla maternal a la matrona y/o TCAE y el celador/a te acompañará a la habitación donde, más tarde, pasarán la matrona y TCAE para hacerte la acogida.
- Si se trata de una **maduración**, el ingreso es por Urgencias.

Antes del parto

Cuándo acudir al hospital.

El trabajo verdadero y productivo –el acto de dar a luz- es una interacción entre hormonas, el útero y el cérvix (cuello del útero) y el feto.

El trabajo de parto es diferente para cada mujer. Hay una serie de señales que indican que el trabajo de parto se ha iniciado pero que no son motivo de trasladarse al hospital ya que el momento del parto puede demorarse. No obstante, ante la duda acude al hospital y te valoraremos.

POSIBLES SÍNTOMAS: síntomas que deben hacer que se observe pero no que vaya al hospital.

- Dolores de espalda no definidos y persistentes que le causan cambiarse de posición con frecuencia.
- Defecaciones frecuentes y blandas.
- Dolores parecidos a los de la menstruación.
- Un brote de energía que le hacer querer “prepararse” para el bebé (preparación del nido).

SÍNTOMAS PRELIMINARES: señales que indican que el trabajo de parto puede comenzar en una hora o puede tardar varios días pero que deben mantenerla un poco en alerta y en observación de sí misma aunque no son motivo de ir al hospital.

- Expulsión de una secreción mucosa color rosado o rojo ("tapón mucoso"), que es diferente a la secreción color café qu4e le puede haber salido después del examen pélvico.
- Contracciones que NO son más largas, más fuertes o más frecuentes (contracciones de Braxton-Hicks o "trabajo falso de parto"). Y que con frecuencia ceden con reposo.

SÍNTOMAS POSITIVOS: inicios claros de que ha comenzado el trabajo de parto, aunque el progreso aún puede ser lento.

- Contracción más largas, más fuertes y más frecuentes (contracciones de 1 minuto de duración y cada 5 minutos o menos).

MOTIVOS PARA IR AL HOSPITAL.

1. Rotura de la bolsa. Normalmente el líquido es claro y sin olor.
2. Contracciones (1 contracción/5 minutos durante al menos 2 horas).
3. Sangrado (NO manchado).
4. Ausencia de movimientos fetales (si no notara ningún tipo de movimiento fetal durante 24 horas debe trasladarse al hospital).

PERIODOS DEL TRABAJO DE PARTO.

Las etapas o periodos del trabajo de parto son los siguientes:

1. ETAPA DE DILATACIÓN. Primer periodo del parto, en el que se produce la dilatación completa del cuello uterino (10 cm). Tiene varias fases.
   - *Fase de latencia del parto*: va desde que la mujer comienza con las contracciones verdaderas del parto hasta los 2-3 cm de dilatación. Etapa difícil pues los progresos son lentos.
   - *Fase activa de la dilatación*: abarca desde los 3-4 cm de dilatación

hasta los 10 cm. En esta fase se pone analgesia epidural si se precisa y desea.

2. PERIODO DEL EXPULSIVO. Etapa más espectacular del parto. Comienza cuando se alcanza la dilatación del cuello uterino (10 cm) y termina cuando se expulsa el feto (el bebé). Puede durar hasta 3-4 horas. En ocasiones se puede precisar ayuda de Fórceps, Ventosa…
3. PERIODO DE ALUMBRAMIENTO. Se inicia la finalizar el periodo expulsivo, cuando el feto sale al exterior, y termina cuando se expulsa la placenta y las membranas ovulares. Puede durar hasta 30-60 minutos.

En el parto

Pinzamiento del cordón umbilical.

El pinzamiento precoz del cordón umbilical puede reducir el riesgo de Hemorragia postparto y de ictericia neonatal. Por otro lado, hay datos que sugieren que puede haber beneficios si el pinzamiento se realiza tardíamente. Entre los beneficios se ha descrito una reducción de la probabilidad de transfusión feto-materna, incremento de los niveles de hemoglobina y depósitos de hierro en el neonato con una reducción de la anemia durante la infancia, mejor adaptación cardiopulmonar e incremento de la duración de la lactancia.

Según la evidencia científica, se recomienda el pinzamiento tardío de cordón umbilical y en nuestro hospital contamos con un protocolo que lo garantiza siempre que sea posible.

Contacto piel con piel.

En muchas culturas los bebés son colocados directamente sobre el pecho desnudo de la madre inmediatamente después del nacimiento. Históricamente este comportamiento era necesario para la supervivencia del recién nacido.

Según la evidencia científica el contacto piel con piel es beneficioso a corto plazo para mantener la temperatura y disminuir el llanto del niño, y a largo plazo para aumentar el tiempo de lactancia materna.

En nuestro hospital contamos con protocolos que aseguran el contacto precoz piel con piel tras el parto ya sea vaginal o por cesárea evitando así la separación de la madre y el bebé dentro de la primera hora de vida.

Ver vídeo contacto piel con piel- Hospital La Fe

Primeras pruebas y procedimientos que le harán a tu bebé en la sala de dilatación-paritorio.

Nada más nacer pondrán a tu bebé sobre ti, piel con piel, para evitar que pierda calor y le cubrirán la espalda con una toalla o manta previamente calentada. Además, le pondrán un gorrito de algodón.

Si el bebé se ha adaptado bien a la vida extrauterina se quedará encima de la madre y allí se le realizarán los primeros cuidados.

Tras cortar el cordón umbilical, se recogerán varias muestras de sangre para realizar varias pruebas importantes:

- Según el grupo y Rh de la madre se obtendrá sangre del cordón umbilical para determinar el grupo sanguíneo y el Rh del recién nacido.
- Ph de sangre venosa y arterial del cordón umbilical: para conocer el nivel de oxigenación que tiene el bebé al nacer.

Además, se le realizarán otros procedimientos:

- Test de APGAR: examen rápido del color de la piel, frecuencia cardiaca, reflejos, tono muscular y respiración del recién nacido, que se hace sin separar al recién nacido de su madre.
- Identificación del recién nacido. La identificación del recién nacido también se hace manteniendo el contacto piel con piel entre la madre y su hijo tras el parto. Se le colocará al recién nacido una pulsera en el tobillo y la pinza de cordón, con el mismo código de identificación que la pulsera que lleva la madre (que se le ha puesto antes del parto). Además, se imprimirán las huellas de ambos pies del bebé en el documento de Declaración de Nacimiento del Registro Civil, donde previamente también se han impreso las huellas dactilares de la madre. La madre y el bebé salen de la dilatación-paritorio perfectamente identificados y sin ser separados.
- Profilaxis de la oftalmía neonatal con la administración de pomada ocular antibiótica.
- Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido con la administración de vitamina K intramuscular.
- Peso del recién nacido. El peso del recién nacido se realizará justo antes de ser trasladados a la sala de puerperio (G30), para mantener el mayor tiempo posible el contacto piel con piel (normalmente, una hora tras el nacimiento). Puede aprovecharse ese momento para realizarse la administración de las profilaxis (oftálmica y vitamina K), aunque lo habitual es que ambos procedimientos se realicen con el bebé en contacto piel con piel con su madre. Además, se aprovechará ese momento para vestir (poner pañal y camiseta de algodón) al bebé.

Analgesia.

El dolor del trabajo de parto se asocia a una serie de peculiaridades que deben ser tenidas en cuenta para poder desarrollar un plan analgésico de forma individualizada (la intensidad de las contracciones uterinas, los cambios en las estructuras del canal del parto y las características personales de cada embarazada).

Los métodos no farmacológicos han demostrados ser de gran ayuda en las fases iniciales del parto, dentro de ellos encontramos:

- Psicoprofilaxis.
- Apoyo durante el parto
- Inyección dérmica de suero estéril
- Hipnosis
- Acupuntura.

Los métodos farmacológicos se clasifican en:

- Analgesia neuroaxial: es la técnica más segura y con mayor tasa de satisfacción para control del dolor del parto. Permite la participación de la madre durante el trabajo de parto mejorando la relación con el recién nacido. Su inicio precoz no aumenta el riesgo de cesárea ni ocasiona riesgos adicionales. Esta técnica se realiza en la zona lumbar baja donde ya no se encuentra la médula espinal. Tras infiltrar la zona con anestésico local, se localiza el espacio epidural y se deja un catéter que permitirá la administración de anestésicos que bloquean las raíces nerviosas encargadas de transmitir el dolor durante los diferentes estadios del periodo del parto. Para la realización de este procedimiento la mujer deberá firmar el consentimiento informado y aclarar sus dudas con el anestesiólogo responsable (existen algunas contraindicaciones para su realización).
- Analgesia parenteral: es el tratamiento de elección cuando la analgesia neuroaxial está contraindicada o existen dificultades

técnicas para su realización.

- Analgesia inhalatoria. El óxido nitroso consigue alivio del dolor leve-moderado. Es una alternativa cuando la analgesia neuroaxial no puede ser administrada.

Ver vídeo Proceso de analgesia para trabajo de parto realizado por anestesiólogos/as en Hospital La Fe