

GUÍA DE ASISTENCIA AL PARTO EN CASA

ALPA C
ASSOCIACIÓ DE LLEVADORS DE PART A CASA DEL CATALUNYA

 **Associació
Catalana
de Llevadors**

 **F A M E**
FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES
DE MATRONAS DE ESPAÑA

 **CONSELL DE COL·LEGIS D'INFERMERES I INFERMERS DE CATALUNYA**



Autoras

Esta guía es una revisión y actualización de la *Guía de Parto en Casa* publicada en el año 2010 por el COIB. Las autoras de esta revisión son:

Alcaraz Vidal, Lucía	Matrona en Néixer a Casa
Casadevall Castañé, Laia	Matrona en Néixer a Casa
Díaz-Maroto, Sílvia	Matrona en Mudra y Hospital Comarcal Sant Jaume d'Olot
Domínguez Cano, Pepi	Matrona en Cooperativa Titània-Tascó y ASSIR Esquerra, ICS
Franch Ferrer, Marga	Matrona en Equip Mudra
García Morales, Roser	Matrona en Néixer a Casa
Huerta Díaz, María	Matrona, Atención Primaria en el Centro de Salud Carinyena (Villareal, Castellón)
Laínez Villabona, Blanca	Matrona en Cooperativa Cos
Marcos Marcos, Inma	Matrona en Néixer a Casa
Marcos Marcos, Mireia	Matrona independiente
Monllau Ros, Mireia	Matrona en Cooperativa Titània-Tascó y ASSIR Mataró
Sàrries Zgonc, Imma	Matrona autónoma

Presentación

La Associació de Llevadores de Part a Casa de Catalunya (ALPACC) ha detectado la necesidad de actualizar la Guía de Asistencia para el Parto en Casa, realizada por el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (COIB) en el año 2010 y que es el único documento referente en España. Debido a la aparición de nuevas recomendaciones, se planteó la necesidad de una revisión actualizada para disponer de un documento válido basado en la evidencia científica más actual.

En el año 2015 se consolidó la primera Asociación de Matronas del Parto en Casa en Cataluña, ALPACC (Associació de Llevadores de Part a Casa de Catalunya). Esta asociación está formada por 60 matronas dedicadas a la atención domiciliaria, trece de las cuales han participado en la revisión de esta guía. Otro de los objetivos prioritarios de ALPACC es la recogida de datos estadísticos de los partos en casa asistidos por sus asociadas. En el 2016 se inició el uso de una base de datos común para todas las matronas de la asociación. Los datos recogidos permiten conocer de manera más cercana la realidad del parto en casa en Cataluña. A partir del análisis de esta base conoceremos: cuántos partos se planifican en casa en esta comunidad, las características sociodemográficas de las mujeres que escogen un parto domiciliario, los aspectos relacionados con el parto y el índice de transferencia a un hospital, entre otros.

En el año 2016 unas 373 mujeres en Cataluña optaron por dar a luz en casa, según datos del Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). Una demanda social que ha ido creciendo en los últimos cinco años, como también ha aumentado el número de profesionales que se dedican exclusivamente a la atención del parto en casa. Cataluña es la comunidad autónoma con el número más alto de partos planificados en casa y dónde los profesionales se dedican a esta atención, convirtiéndose así en un referente a nivel nacional de la atención en el parto en casa.

El parto en casa en mujeres de bajo riesgo y atendido por matronas profesionales ha mostrado ser una opción igual de segura que el parto hospitalario además de ser más satisfactoria para las mujeres. Según el Tribunal Supremo Europeo de los Derechos Humanos toda mujer tiene el derecho de elegir las circunstancias en las que quiere dar a luz, y esto incluye el ámbito dónde hacerlo. Por consiguiente, todo estado europeo debe asegurar a las mujeres el acceso al parto en casa y garantizar su seguridad.

Esta guía es una revisión actualizada en base a los criterios de evidencia científica más recientes y nace con el objetivo de unificar la práctica asistencial en base a unos parámetros de excelencia clínica consensuados. Va dirigida a las matronas que asisten el parto en casa, para que puedan proporcionar la asistencia adecuada.

Esperamos que esta guía sea de utilidad para todas las matronas dedicadas al parto domiciliario y sirva como herramienta para facilitar a los profesionales que trabajan en las instituciones el conocimiento y las bases con las que trabajamos las matronas de atención domiciliaria. Para finalizar, esperamos que esta guía favorezca el trabajo multidisciplinar integrado y coordinado de todos aquellos involucrados en la asistencia a la salud reproductiva, todo con el fin de mejorar la calidad de la atención y la satisfacción de las mujeres, criaturas y familias y, también, los resultados perinatales en Cataluña.

Esta guía cuenta con el apoyo de la Associació Catalana de Llevadores (ACL), la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y el Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya (CCIC).

Contenido

1. Introducción	15	Fase de transición	33
Respecto al proceso natural del embarazo y el parto	15	Fase de pujos y nacimiento	34
Autonomía de la mujer	15	Fase de alumbramiento	35
Importancia del lugar	15	Medidas para aliviar el dolor en el parto en casa	36
Seguridad del parto en casa	15	Valoración, cuidados y sutura perineal	37
Relación con la matrona	16	6. Posparto inmediato	39
Proceso de decisión informada	16	Asistencia y acogida de la criatura	39
Conocimientos de la matrona. Prácticas basadas en la evidencia	16	Objetivo	39
Consulta y colaboración con otros profesionales	16	Recomendaciones	39
Objetivos y propósitos de la guía	17	Actuación y cuidados de la criatura	40
Metodología	17	Atención a la madre	40
Justificación	17	Objetivo	40
2. Modelo de matrona autónoma	19	Recomendaciones	40
Modelo de atención asistencial de matrona	19	7. Puerperio	43
La matrona que asiste al parto domiciliario	20	Objetivo	43
Excelencia profesional	21	Recomendaciones	43
Competencias y formación continuada	21	Actuaciones y cuidados	43
Registros de matronas y auditorías	22	8. Parto en el agua	45
3. Criterios de inclusión	23	Objetivos	45
Criterios clínicos básicos a partir de los cuales se puede recomendar un parto en casa	23	Evidencia	45
Situaciones en las que no se aconseja un parto domiciliario	23	Efectos beneficiosos del parto en el agua	45
Casos que se podría considerar atender de forma individualizada	24	Recomendaciones	45
El parto en casa en embarazos que presentan algún factor de riesgo	25	Material para el parto en el agua	46
4. Seguimiento de la gestación	27	9. Material de uso profesional	47
Objetivos	27	Objetivo	47
Recomendaciones	27	Listado de material	47
Atención y cuidados	27	10. Traslados y coordinación con los centros sanitarios	49
5. Asistencia al parto	29	Objetivo	49
Objetivo	29	Recomendaciones	49
Recomendaciones	29	11. Glosario	53
Actuaciones y cuidados	29	12. Bibliografía	55
Preparto o fase latente	29	Anexo 1 Atención a la hemorragia posparto (HPP) en casa	67
Recomendaciones para la fase latente	30	Anexo 2 Distocia de hombros, actuación y resolución en el parto en casa	73
Fase de dilatación o fase activa de trabajo de parto	31	Anexo 3 Reanimación neonatal	79
		Anexo 4 Documentos de traslado	83

Prólogos

Associació Catalana de Llevadores

La Junta de la Associació Catalana de Llevadores, en el transcurso del 2017, ha tenido como objetivo impulsar la actualización de la Guía de Parto en Casa, así como la coordinación con los dispositivos asistenciales de la red pública y la formación continuada de las matronas mediante el "Curso del parto en casa" del cual se ha realizado ya su séptima edición.

Por este motivo, estamos muy satisfechas de coordinar la edición de la actualización de la *Segunda Guía de Asistencia al Parto en Casa* en catalán y castellano.

La Guía cuenta con el apoyo de la Federación de las Asociaciones de Matronas de España (FAME) y de la Vocalía de Matronas del Consejo de Colegios de Enfermería de Cataluña.

En esta nueva edición, las autoras han realizado una extensa revisión sobre los diferentes factores que mejoran la atención en la asistencia al parto en el domicilio, elemento indispensable para una buena praxis de la partería.

También es muy importante poder informar y animar a las mujeres a que tomen decisiones informadas sobre las diferentes opciones dónde tener un hijo y que conozcan los criterios de estado de salud y del entorno para tener los hijos en casa. Las gestantes sin riesgo que decidan tener un hijo en casa tendrán el apoyo de una matrona durante toda la gestación, además de estar en el domicilio de la embarazada en el trabajo de parto, parto y posparto velando por todo el proceso en un entorno familiar y relajado.

Las revisiones realizadas por las autoras garantizan el alto nivel científico y metodológico utilizado para la realización de estos capítulos y, seguro, serán de gran ayuda para facilitar el aprendizaje en los aspectos relacionados con la asistencia al parto en domicilio por las matronas. Sin duda, esta publicación formará parte de la bibliografía de un gran número de trabajos científicos por su actualidad científica.

Desde la Junta de la ACL queremos expresar nuestro sincero reconocimiento por la dedicación constante para que las matronas que realizan el parto a domicilio tengan un nivel elevado de formación profesional y que los servicios de salud dedicados a las mujeres sean de una gran calidad. También queremos alentar a las autoras a impulsar futuras ediciones según los distintos avances científicos y sociales que, sin duda, aparecerán en un entorno cada vez más cambiante.

Gemma Falguera Puig
Presidenta de la ACL

Federación de Asociaciones de Matronas de España

La Organización Mundial de la Salud reconoce la importancia de que las mujeres y las familias participen activamente en la toma de decisiones con respecto a los cuidados que reciben en el parto, y reconoce su derecho a decidir el lugar en el que desean dar a luz.

La atención exclusiva por matronas en el parto normal presenta múltiples beneficios, manteniendo la seguridad y aumentando la satisfacción de las mujeres en la experiencia del nacimiento. La Segunda Guía de Asistencia al Parto en Casa va a dotar a las matronas que atienden este tipo de partos, de las herramientas precisas para ello, basada en la última evidencia científica para que puedan ofrecer unos cuidados de calidad.

Desde la FAME, no podemos más que felicitar el gran trabajo desarrollado por las autoras y a la Asociación Catalana de Llevadoras por la coordinación de esta nueva publicación que va, en definitiva, a revertir en las mujeres, sus parejas y familias.

Maria Jesús Domínguez
Presidenta de la FAME

Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya

En los últimos años se han desarrollado numerosos estudios que han contribuido a la generación de nuevo conocimiento y adaptación de conceptos relativos a la maternidad. Así, la atención que proporcionan las matronas ha evolucionado acorde a la nueva evidencia y se ha adaptado a las demandas sociales emergentes.

El documento que se presenta supone una actualización necesaria para la práctica de las matronas en general, y en especial para aquellas que dedican su actividad a la atención a las mujeres que deciden tener a sus criaturas en su propio domicilio.

La *Guía de asistencia al parto en casa*, supone la revisión y adaptación de la primera guía editada por el *Col·legi d'Infermeres* de Barcelona en el año 2009, y que se convirtió en un documento de referencia sobre el tema en toda España.

La actual guía revisada propone un cambio en la forma de atención, en la que las mujeres también tienen un papel decisorio en la atención que quieren recibir.

Sin duda, este documento se convertirá en una herramienta útil y de referencia para muchas y muchos profesionales de la salud, pero también representa un elemento importante de información, basada en la evidencia actual, para las mujeres que toman decisiones informadas.

Desde la comisión de matronas del *Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya*, queremos felicitar el trabajo que han realizado las autoras para elaborar esta guía de atención al parto en casa, y contribuir a la difusión del documento entre todas las matronas.

Isabel Salgado Poveda
Coordinadora Comisión de Matronas del CCIC

1. Introducción

Esta guía no anula y/o sustituye la responsabilidad individual de los profesionales de la salud en el momento de tomar la decisión más adecuada en función de las circunstancias individuales de cada mujer junto con su opinión y la de otros profesionales implicados en su atención. Los profesionales de la salud deben estar preparados para justificar cualquier desviación de esta guía.

Respecto al proceso natural del embarazo y el parto

El embarazo y el parto son estados de salud en una mujer sana. Los procesos fisiológicos normales guían de forma segura a la madre y la criatura durante el trabajo de parto, el parto y la formación del vínculo madre-criatura (Goeres *et al*, 2012; Romano *et al*, 2008).

El trabajo de parto se desarrolla mejor cuando se ayuda a una mujer a confiar en sus habilidades, cuando la mujer está bien informada sobre sus opciones, y cuando recibe apoyo durante el proceso. Esta experiencia transformadora para las mujeres, criaturas y familias es mejor cuando se da en un ambiente tranquilo y no perturbado (Lothian 2004; Odent, 2001).

Las matronas tenemos que ser respetuosas con la individualidad de cada mujer, sensibles a los factores que afectan el embarazo y el desarrollo único de cada parte, y pacientes y atentas con cada mujer durante el parto. Somos expertas en apoyar el bienestar de la madre y fomentar el parto normal. También proporcionamos atención personalizada durante todo el ciclo fértil y protegemos el apego, que es vital para la madre, la criatura y la familia (MANA, 2012).

Autonomía de la mujer

El paciente o usuario, en este caso la mujer, tiene derecho a decidir libremente después de recibir la información adecuada entre las opciones clínicas disponibles y, los profesionales que intervienen en la actividad asistencial están obligados no sólo a la

correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente (Ley 41/2002).

Las matronas sabemos que las mujeres son capaces de cuidar de sí mismas y reconocemos que las madres son las principales cuidadoras de su embarazo y sus criaturas (MANA, 2012).

Importancia del lugar

Las matronas de parto en casa somos conscientes de que el entorno donde tiene lugar el parto tiene efectos sobre su desarrollo, sobre cómo las mujeres experimentan y hacen frente al parto y sobre la relación que se establece entre ellas y los profesionales que la atienden.

El parto en casa facilita el respeto a los ritmos individuales de cada mujer / familia y la continuidad de cuidados. También facilita la mínima interferencia en el proceso y la utilización de procedimientos estrictamente necesarios, siempre con el consentimiento de la mujer (MANA, 2012).

El parto en casa favorece la comodidad, la libertad de movimiento, la capacidad de la mujer para hacer frente al dolor y su sentimiento de confianza (Jounki, 2011; Lindgren, 2010; Jansen *et al*, 2009).

Hay estudios que demuestran que el parto en casa está asociado con mayores tasas de lactancia materna debido a la poca interferencia entre madre y criatura en las primeras horas (h) de vida (Hutton *et al*, 2009; van Rossem *et al*, 2009).

Seguridad del parto en casa

El parto tiene riesgos inherentes, (Smith *et al*, 2012; Bryers *et al*, 2010; Lysterly *et al*, 2007; Weir, 2006) al igual que todo en la vida. Cada lugar de nacimiento conlleva un conjunto particular de riesgos y beneficios. Cada mujer debe evaluar qué conjunto de riesgos y beneficios

son más aceptables para ella y concuerdan más con su sistema de creencias, valores e intereses propios, como también los de su familia (Lindgren *et al*, 2010).

No hay diferencia estadística significativa en el resultado en términos de mortalidad materna o perinatal entre el parto hospitalario y el parto en casa; sin embargo, se observa una mayor morbilidad en los partos atendidos en el hospital (Birthplace in England Collaborative Group, 2011; Hutton *et al*, 2009; Lindgren *et al*, 2008; Johnson *et al*, 2005).

Relación con la matrona

Las matronas establecen una relación asistencial de igualdad con las mujeres, que constituye el fundamento de su atención y contribuye significativamente a la seguridad del parto en casa, (Birthplace in England Collaborative Group, 2011; Johnson *et al*, 2005), a bajas tasas de intervención, (Hutton *et al*, 2009; Janssen *et al*, 2009; Lindgren *et al*, 2008; Leslie *et al*, 2007; Durand, 1992) y en la satisfacción con la experiencia (Janssen, 2009; Hatem *et al*, 2008).

Mediante la comunicación abierta, la escucha activa, el respeto por la cultura y los valores de la mujer, la promoción del autoconocimiento y la intuición, la matrona facilita el proceso de parto de cada mujer. La atención individualizada ayuda al abordaje de problemas de forma precoz y permite sugerir los cambios pertinentes para mejorar la salud de la mujer (Beldon *et al*, 2005).

Proceso de decisión informada

Las mujeres y sus familias tienen derecho a tomar decisiones informadas con respecto a la maternidad y a la atención de la criatura y tienen el deber de aceptar la responsabilidad personal de estas decisiones (Ley 41/2002).

La verdadera toma de decisiones informadas se basa en el acceso de las mujeres a información veraz, actualizada y contrastada sobre los riesgos, beneficios y alternativas de todos los procedimientos que se les ofrecen (Simpson 2011; Dancy *et al*, 1995; Spindeler *et al*, 1995).

Conocimientos de la matrona. Prácticas basadas en la evidencia

La práctica de la obstetricia tiene sus raíces en un extenso conjunto de conocimientos y sabiduría colectiva sobre el embarazo y el parto que se han desarrollado a través de generaciones y en todas las culturas (Davis-Floyd *et al*, 1997).

La investigación científica, cada vez más realizada por matronas, aumenta el cuerpo de conocimientos sobre el proceso del parto, ayuda a la comprensión de la fisiología del mismo y sobre los factores que contribuyen a la salud de las mujeres y a la promoción del parto natural.

La excelencia de los cuidados de la matrona se nutre y justifica con evidencia científica de buena calidad, así como la evaluación crítica de la misma, teniendo en cuenta las limitaciones de otros métodos de investigación y de la aplicación apropiada de los resultados que se derivan (Wright *et al*, 2011; Vedam, 2003).

La práctica asistencial basada en la evidencia científica consiste en informar a las mujeres sobre los resultados de las investigaciones para que cada mujer pueda utilizar esta información en la toma de decisiones sobre su embarazo y parto (Spiby *et al*, 2010; Sakala *et al*, 2008).

El parto en casa contribuye a preservar las habilidades, conocimientos y fuentes de conocimiento en relación con la práctica de la obstetricia, que son únicamente posibles en el entorno del hogar (Cheyney, 2011).

Consulta y colaboración con otros profesionales

Lo ideal es que, en un sistema de atención a la maternidad, las mujeres que eligen el parto en casa y las matronas que las atienden consulten y colaboren con otros profesionales desde una perspectiva de respeto a la autonomía de la mujer, en cuanto a la toma de decisiones informadas y una relación asistencial de igualdad entre mujeres y matronas (Home Birth Consensus Summit, 2011; Transforming Maternity Care Symposium Steering Committee, 2010).

A veces, es necesaria la transferencia de la atención a un hospital. En estos casos, la colaboración con el personal de obstetricia y neonatología es parte integral de la prestación de una atención sin fisuras que preserve los intereses de todas las madres y criaturas (De Jonge *et al*, 2009; Hutton *et al*, 2009; Davis-Floyd, 2004).

La atención médica y el apoyo tecnológico deben ser de fácil acceso y siempre de una manera respetuosa. Para asegurar una atención segura y eficiente, las matronas de parto en casa deberían poder continuar con las mujeres durante todo el proceso de transferencia y nacimiento para proporcionar información valiosa al personal del hospital y mantener la continuidad de la atención a la madre, la criatura y la familia (MANA, 2011).

Objetivos y propósitos de la guía

Objetivos principales

- Establecer prácticas asistenciales en base a la evidencia científica y la excelencia clínica de las matronas.
- Promover la comunicación entre las mujeres, familias y matronas.
- Asumir el rol autónomo de la matrona, de acuerdo con sus competencias.
- Asumir el rol colaborativo dentro del equipo multidisciplinar cuando hay desviaciones de la normalidad.
- Reconocer socialmente el papel de la matrona como la profesional referente y más adecuada en todos los ámbitos de la vida reproductiva de la mujer sana.
- Establecer las bases para la implementación de protocolos de traslado y acogida entre los profesionales que atienden partos en casa, los servicios de emergencias y los centros hospitalarios.

Propósitos

- Informar y dar a conocer el parto en casa.
- Respetar el deseo de cada mujer y pareja en la elección del lugar, compañía y forma de parir de acuerdo con el derecho de autonomía.
- Fomentar que la mujer y su pareja tomen las decisiones sobre su salud y la de sus criaturas de

forma activa, después de haber recibido información objetiva, veraz y contrastada en base a la evidencia científica más actual.

- Consensuar criterios de actuación de las matronas que asisten partos en casa de acuerdo con la evidencia científica más reciente.
- Reestablecer la asistencia pública domiciliaria.

Metodología

Para la realización de esta guía se ha hecho una amplia búsqueda de la literatura científica y otros artículos de interés relacionados con la asistencia al parto domiciliario. También se han consultado las bases de datos *Cochrane*, Organización Mundial de la Salud (OMS), Medline, CUIDEN y las guías de obstetricia de países de tradición de parto en casa como Inglaterra y Holanda. La bibliografía seleccionada comprende textos de amplia divulgación científica y está validada por organismos internacionales. También se han consultado páginas web de la OMS y de The Royal College of Midwives (RCM).

El periodo de revisión ha sido del año 2015 al 2016. La revisión ha sido realizada por un equipo de matronas independientes implicadas en la atención y promoción del parto en casa que se han reunido periódicamente para poner en común su experiencia y las últimas revisiones bibliográficas.

Justificación

La elaboración y realización de esta guía nace de una demanda social de participación de la mujer y su pareja en la elección del lugar del parto, así como del acceso a la información para la toma de decisiones en todo lo relacionado con el proceso de embarazo, parto, y de la maternidad y la paternidad, para que la elección sea la más adecuada.

Para las profesionales autoras de esta guía es prioritario lograr un cuidado perinatal efectivo, sensible psicológicamente y apropiado culturalmente. Se busca, ante todo, asegurar una buena calidad de atención para la mujer embarazada y su criatura. Una atención digna y atenta que reconoce la diferencia intrínseca de cada mujer, su libertad para decidir, su autonomía, unicidad y globalidad como ser biológico, psicológico, social y humano. Y el fundamento previo

para iniciar una atención de estas características es reconocer el deseo y el derecho de elección de la mujer en lo que respecta a su maternidad en todas sus fases, que comprenden la concepción, el embarazo, el parto y la crianza. La OMS ha jugado un papel fundamental en la crítica del excesivo intervencionismo a lo largo del proceso del embarazo, parto y posparto.

En el año 1985 tuvo lugar la declaración de Fortaleza en la que se consensuaron las recomendaciones para el apropiado uso de la tecnología en el nacimiento (OMS, 1985). En la guía práctica de la OMS “Cuidados en el parto normal” (WHO, 1996), se afirma que las mujeres con gestaciones de bajo riesgo deberían poder dar a luz donde se sintieran más seguras, incluyendo la opción del parto en casa, maternidades pequeñas o grandes hospitales. Más tarde, en el año 2000, tuvo lugar en Brasil la conferencia internacional sobre la Humanización en el Parto.

Las autoridades y los organismos implicados en la atención a la salud reproductiva deberían ser consecuentes con la evidencia científica más actual, las recomendaciones de la OMS y la toma de conciencia de la importancia de dar respuesta a las mujeres y familias que desean un parto extrahospitalario planificado. Las instituciones deberían sensibilizarse en cuanto a la seguridad del parto en casa que está directamente relacionado con el apoyo del sistema hospitalario, del establecimiento de protocolos, circuitos de derivación y traslado consensuados.

A todas las mujeres de bajo riesgo se les debería ofrecer la posibilidad de considerar la opción del parto domiciliario, así como también informarlas de la calidad de las pruebas disponibles para guiar su elección (NICE, 2014).

2. Modelo de matrona autónoma

Basado en la definición de matrona (ICM, 2011a) Essential competencies for basic midwifery practice (ICM, 2013) y Midwifery led care, the first choice for all women (ICM, 2011c) de la International Confederation of Midwives.

Una matrona es una persona que ha completado con éxito un programa de formación en obstetricia reconocido por el Ministerio de Sanidad. Está colegiada y autorizada para ejercer como matrona en Cataluña y en el resto del territorio español y demuestra su competencia en la práctica de la obstetricia (ICM, 2011a).

El artículo 21 de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre sobre la ordenación de las profesiones sanitarias y el artículo 7 del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, define a la matrona como “El profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en su facetas preventivas, de promoción, de atención y recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal. También la atención a la criatura recién nacida sana, hasta el 28 día de vida. El ámbito de actuación de las matronas abarca tanto la Atención Primaria (que incluye centros de salud, comunidad, familia y domicilio) como la Atención Especializada, (que incluye el hospital u otros dispositivos dependientes del mismo). Así mismo, las matronas pueden ejercer su profesión en el sector público, en el privado, por cuenta ajena y por cuenta propia” (BOE, 2009).

Modelo de atención asistencial de matrona

A nivel mundial, existe una amenaza palpable hacia la libertad de las matronas en proporcionar modelos de atención profesionales, a pesar del reconocimiento de que su labor mejora los resultados de salud materna y

neonatal (Homer *et al*, 2017; Sandall *et al*, 2016; Hatem *et al*, 2008); y la satisfacción de las usuarias (Foster *et al*, 2016).

Un modelo de atención asistencial de matrona parte de la base de que el embarazo, el parto y el posparto son acontecimientos normales de la vida para una madre y su criatura. Se centra en la mujer y en la creencia de que es muy importante la continuidad de la atención en cuanto al bienestar físico, psicológico, espiritual y social de la mujer y la familia durante todo el ciclo fértil.

Un modelo de atención asistencial liderado por la matrona proporciona a la mujer educación individualizada, asesoramiento y atención prenatal; asistencia continuada durante el parto, el nacimiento, el puerperio y apoyo continuo durante el proceso posnatal.

Las intervenciones tecnológicas se reducen al mínimo y las mujeres que requieren otras atenciones son derivadas apropiadamente al nivel asistencial requerido. La matrona tiene un papel central en la coordinación y vinculación con otros profesionales de la salud.

Hay cada vez una mayor evidencia que demuestra los beneficios de la atención durante el parto ofrecida por matronas: mayor satisfacción por parte de las mujeres, una mayor percepción de control, menor probabilidad de recibir analgesia regional, menor probabilidad de tener parto instrumental, menor probabilidad de tener una episiotomía, mayor probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo, y de iniciar la lactancia materna exitosamente (Forster *et al*, 2016; Sandall *et al*, 2016; Lida *et al*, 2014; Hodnett *et al*, 2013; Birthplace in England Collaborative Group, 2011; Hollowell, *et al*, 2011; Edwards, 2009; Janssen *et al*, 2009; Healthcare Commission, 2008; Maassen, 2008; RCM, 2007).

La matrona es la profesional más adecuada para cuidar tanto de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto como de las criaturas antes, durante y tras el nacimiento. Es por eso por lo que la matrona debería ser su primer contacto y su referente.

Los modelos de atención dirigidos y liderados por matronas proporcionan atención segura y de alta calidad, con lo que se consideran los más adecuados para las mujeres en edad fértil. Por otro lado, es el modelo más rentable y sostenible (Janssen *et al*, 2015; Schroeder *et al*, 2011) en todas las sociedades (ICM, 2011c).

La matrona que asiste al parto domiciliario

El parto es un acontecimiento social, emocional y una parte esencial de la vida familiar.

El parto normal es aquel en el que la mujer inicia, continúa y completa el parto de forma fisiológica en un embarazo a término. El parto fisiológico es una opción segura para las madres, que ofrece beneficios de salud y sociales tanto a corto como a largo plazo para las madres, sus hijos, las familias y la sociedad en general (RCM, 2007).

La mayoría de las mujeres tienen embarazos sin complicaciones, están sanas y tienen el potencial de tener un parto normal con criaturas sanas. Es más probable que se obtengan buenos resultados en este sentido cuando los paradigmas de los modelos de cuidado se basan en modelos sociales (RCM, 2007).

Las matronas son profesionales preparadas y expertas en apoyar el parto normal, de ahí la importancia de que sus conocimientos sean fomentados, protegidos y valorados como un bien de la sociedad para promover normalidad. Por todo ello, es importante que el sistema de salud pueda ofrecer guías de actuación, protocolos y modelos de cuidados que aseguren que hay un compromiso para maximizar la normalidad del nacimiento y el parto. Es así como se asegura que la mujer pueda tener diferentes opciones a la hora de elegir dónde quiere dar a luz (RCM, 2007).

Las matronas autónomas de ALPACC valoramos, mantenemos y desarrollamos nuestros conocimientos y habilidades en este modelo de normalidad del nacimiento y el parto.

Hay una creciente necesidad y demanda de atención más cercana a la forma y el lugar donde vive

Las mujeres tienen derecho a tomar una decisión informada para dar a luz en casa con el apoyo de una

la familia. Las mujeres dan mejor a luz allí donde se sienten más seguras (Down, 2007).

Los cuidados ofrecidos a las mujeres y sus familias deben tener en cuenta la individualidad cultural y social de cada mujer y sus necesidades específicas.

El Informe Mundial de Salud (OMS, 2005) establece que "Hay un valor en los rituales que rodean el nacimiento, y hay que mantener esto como una característica central de la vida familiar". Por lo tanto, el lugar más adecuado para el nacimiento puede muy bien ser el domicilio de la mujer, una casa de nacimientos, o si hay intervención médica o quirúrgica, un hospital.

El Tribunal Europeo sentenció en 2010 que la atención al parto en casa es un derecho humano y europeo de la mujer. El parto en casa en mujeres de bajo riesgo es una opción válida y segura. Es igual de seguro que el parto hospitalario tanto en lo relacionado a resultados maternos como perinatales (Hutton *et al*, 2016; de Jonge *et al*, 2013; Olsen and Clausen, 2012; de Jonge *et al*, 2009; Janssen *et al*, 2009; Hutton *et al*, 2009; RCOG and RCM, 2007). Sin embargo, el estudio de *Birthplace in England Collaborative Group* (2011), concluye que el riesgo de resultados perinatales adversos en nulíparas sanas es más elevado en los partos domiciliarios (9,3:1000 nacimientos) comparado con los resultados hospitalarios (5,3:1000 nacimientos) (Hollowell *et al*, 2011).

Es importante enfatizar que en partos domiciliarios las mujeres tienen más probabilidades de tener partos fisiológicos y menos de sufrir hemorragias posparto (Nove *et al*, 2012), desgarros de tercer y cuarto grado y admisiones en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (Hollowell *et al*, 2011). También tienen menos probabilidades de recibir intervenciones médicas (estimulación con oxitocina sintética, epidural o analgesia raquídea, anestesia general, episiotomía) que las mujeres que planifican un parto hospitalario (Hollowell *et al*, 2011), además de representar un coste económico mucho menos elevado que el parto hospitalario (Janssen *et al*, 2015; Schroeder *et al*, 2011).

Las mujeres tienen derecho a tomar una decisión informada para dar a luz en casa con el apoyo de una

matrona o equipo de matronas (NICE, 2014). La matrona que ofrece servicios profesionales para las mujeres que desean tener un parto en casa debería poder hacerlo dentro del sistema de salud público con acceso a seguros y una compensación adecuada.

La Confederación Internacional de Matronas (ICM) lamenta que no todos los países tengan los sistemas de legislación o de salud que soporte el parto en casa planificado, e insta a los gobiernos nacionales a revisar la literatura científica y a iniciar el proceso hacia un sistema de atención a la maternidad que incluya esta opción (ICM, 2011b).

Excelencia profesional

Para lograr la excelencia ofreciendo el servicio de parto en casa, es imprescindible que haya sistemas y estructuras construidas y organizadas para dar completo apoyo a este servicio. Para ello es imprescindible que haya una filosofía compartida en la que se dé un valor a los diferentes entornos donde puede tener lugar el parto.

Sería deseable la existencia de equipos multidisciplinares con protocolos consensuados que refuercen el compromiso con las elecciones informadas de las mujeres y, por ende, el compromiso con el apoyo al parto domiciliario. Estos equipos deberían desarrollar prácticas responsables mantenidas por decisiones clínicas efectivas.

Es esencial que la información que reciben las mujeres sobre los diferentes lugares donde parir no sea sesgada, de manera que haya transparencia sobre las ventajas y desventajas del parto en casa. Las mujeres deberían poder participar de forma activa en las diferentes opciones de atención recibida durante el embarazo, por lo que deberían poder elegir o cambiar el lugar donde quieren parir en cualquier momento de su embarazo.

La planificación de un parto en casa debería tener en cuenta las necesidades individuales de cada mujer y familia (RCOG and RCM, 2007). La comunicación fluida y continua entre los profesionales de la salud, las mujeres y sus familias es esencial en el modelo de matrona autónoma que ofrece una atención continuada, independientemente del entorno.

Es necesario que la matrona sepa identificar los riesgos, conozca y controle las acciones que deben llevarse a término ante estos y que cuente con sistemas y criterios adecuados para la derivación de la atención a un centro hospitalario, así como un sistema adecuado de traslado.

Para la mayoría de las mujeres, el embarazo y el parto son acontecimientos normales de la vida. Por esta razón, promocionar opciones de atención a la mujer, dónde esta tenga control sobre el entorno y las decisiones tomadas, puede tener un efecto importante en la satisfacción de la vivencia de la maternidad tanto por parte de la mujer como por parte de la familia.

Una atención por parte de una matrona o equipo de matronas que ofrece cuidados continuados durante el embarazo y el parto conlleva ventajas en la promoción de la lactancia materna, la reducción en el consumo de sustancias tóxicas y en la mejora de la nutrición de la mujer (RCOG and RCM, 2007), además de incrementar la satisfacción de las mujeres (Forster *et al*, 2016; Lida, *et al*, 2014).

Competencias y formación continuada

Las matronas autónomas que atienden partos en casa deben ser competentes en este entorno y por lo tanto es imprescindible que mantengan, mejoren y actualicen sus conocimientos en obstetricia.

Las autoridades deberían responsabilizarse en proporcionar recursos para la adquisición de nuevas habilidades y conocimientos y para mantener las ya existentes. Todo esto con el objetivo de una mayor y mejor facilitación y observación fisiológica del parto, y detección y actuación ante emergencias.

La formación continuada debería ser obligatoria, incluyendo teoría y manejo práctico de habilidades ante emergencias obstétricas y reanimación neonatal. Por lo tanto, se debería llevar un registro de los profesionales que participan en las jornadas del programa de formación continuada (RCOG and RCM, 2007).

Registros de matronas y auditorías

Para mantener unos estándares de excelencia en la atención a la mujer y su familia es imprescindible mantener registros actualizados de toda la atención y cuidados ofrecidos y llevados a cabo. Esto ayudará a mantener una objetividad a la hora de ofrecer la atención a la mujer, poder transferir la atención a otros profesionales de la salud de forma más fluida, completa y clara, y será de vital importancia para llevar a cabo auditorías.

Las auditorías deberían incluir datos tanto cuantitativos como cualitativos. Como mínimo habría que tener en cuenta los resultados obstétricos y perinatales del parto en casa, las derivaciones y/o transferencias y las intervenciones que se han llevado a cabo. También es recomendable añadir encuestas de satisfacción de los usuarios (RCOG and RCM, 2007).

3. Criterios de inclusión

Entre el 70% y 80% del total de las mujeres embarazadas deberían ser consideradas de bajo riesgo al inicio del trabajo del parto (WHO, 1996).

Las matronas deben sentirse cómodas con la incertidumbre inherente al parto (Winter and Cameron, 2006).

Cada mujer entiende el concepto de riesgo de formas distintas (Plested, 2014; Rothman, 2014; Kennedy *et al*, 2010).

Criterios clínicos básicos a partir de los cuales se puede recomendar un parto en casa

- Inicio de parto espontáneo entre 37-42 semanas de gestación.
- Presentación cefálica.
- Hemoglobina (Hb) ≥ 10 g/dl
- Índice de masa corporal (IMC) ≤ 30 Kg/m² al quedarse embarazada.
- Embarazo no múltiple.
- Historia clínica sin complicaciones relevantes.
- Historia obstétrica sin complicaciones.
- Sin signos ni síntomas relevantes relacionados con complicaciones del embarazo, como por ejemplo preeclampsia, crecimiento intrauterino retardado (CIR) confirmado, colestasis... (Weavers, 2016; NICE, 2014; Birthplace, 2011).

Situaciones en las que no se aconseja un parto domiciliario

Problemas de salud o enfermedades de base

Cardiovasculares

- Enfermedad coronaria.
- Hipertensión arterial (HTA) de base.

Respiratorios

- Asma que requiere tratamiento hospitalario.
- Fibrosis quística.

Hematológicos

- Hemoglobinopatías: betatalasemia mayor, anemia falciforme.
- Historia con problemas vasculares o enfermedades tromboembólicas.
- Púrpura o plaquetopenia $\leq 100 \times 10^9/l$
- Síndrome de Von Willebrand.
- Problemas de coagulación en la madre o la criatura.
- Anticuerpos atípicos con riesgo de enfermedad hemolítica para la criatura.

Riesgo de infección

- Factores de riesgo asociados a *Streptococo agalactiae grupo B* (EGB) en que se recomienda tratamiento antibiótico endovenoso.
- Hepatitis B/C con función hepática alteradas.
- Portadora o infección por el *Virus de la Inmunodeficiencia Humana* (VIH).
- Toxoplasmosis en tratamiento.
- Infección activa en el parto por varicela /rubeola/herpes genital.
- Tuberculosis en tratamiento.

Inmunológicos

- Lupus Eritematoso Sistemático.
- Esclerodermia.

Endocrinos

- Hipertiroidismo.
- Diabetes.

Renales

- Función renal anormal.
- Enfermedad renal que requiere controles regulares de un especialista.

Neurológicos

- Epilepsia.
- Miastenia grave.
- Accidente cerebrovascular previo.
- Esclerosis múltiple.

Gastrointestinales o hepáticos

- Enfermedades hepáticas asociadas con un funcionamiento hepático anormal.

Psiquiátricos

- Cualquier enfermedad mental que requiera tratamiento con ingreso en centro hospitalario. (Weavers, 2016; NICE, 2014).

Historia obstétrica con factores que sugieren un riesgo incrementado

Complicaciones previas

- Inexplicable pérdida gestacional/neonatal
- Muerte perinatal relacionada con dificultades en el parto.
- Hijo previo con encefalopatía neonatal.
- Preeclampsia previa en la que se requirió finalizar el parto pretérmino.
- Eclampsia.
- Desprendimiento de placenta con resultados adversos.
- Ruptura uterina.
- Hemorragia posparto (HPP) primaria que precisó tratamiento y/o transfusión sanguínea.
- Extracción manual de placenta por placenta accreta, asociada con una HPP mayor.
- Cesárea.
- Cirugía uterina previa.
- Distocia de hombros.

Embarazo actual

- Embarazo múltiple.
- Placenta previa.
- Preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo.
- Parto prematuro o Ruptura Espontánea de Membranas (REM) pretérmino.
- Desprendimiento de placenta.
- Anemia: Hb < 8,5 g/l al inicio del parto.
- Muerte uterina confirmada.
- Inducción, ya sea por necesidad o por petición materna.
- Abuso de sustancias.
- Alcoholismo.
- Inicio de diabetes gestacional.
- Presentación anómala, como puede ser de nalgas o transversa.
- IMC > 35 kg/m² al inicio del embarazo.
- Hemorragia preparto recurrente.

Indicaciones fetales

- Feto pequeño por edad gestacional (PEG) < percentil 5 o crecimiento retardado diagnosticado por ecografía en embarazo actual.
- Anomalías en frecuencia cardíaca fetal (FCF) y/o doppler alterados.
- Diagnóstico de oligo/polihidramnios.
- Feto grande por edad gestacional (GEG) > percentil 97.
- Anomalías: malformaciones, enfermedades congénitas...

Historia ginecológica previa

- Miomectomía.
- Histerotomía.

(Weavers, 2016; NICE, 2014).

Casos que se podría considerar atender de forma individualizada

Situaciones médicas de base que se podrían considerar de forma personalizada

Cardiovasculares

- Enfermedades cardíacas sin complicaciones intraparto.

Hematológicas

- Anticuerpos atípicos que no pongan a la criatura en riesgo de enfermedad hemolítica.
- Rasgo falciforme.
- Rasgo de Talasemia.
- Anemia: Hb entre 8,5-10,5 g/l al inicio del parto, excepto si sintomatología.

Endocrinas

- Hipotiroidismo no controlado que requiere constante ajuste de medicación.

Esquelético/neuronales

- Anomalías del tubo neural (según valoración del anestesista).
- Fracturas de pelvis (según valoración ginecológica).
- Deficiencias neurológicas.

Gastrointestinales o hepáticas

- Enfermedad hepática sin función hepática alterada en la actualidad.
 - Enfermedad de Crohn.
 - Colitis ulcerosa.
- (Weavers, 2016; NICE, 2014).

Historia obstétrica con factores que sugieren un riesgo incrementado, pero se podrían considerar de forma personalizada

Complicaciones en gestaciones anteriores

- Muerte fetal o neonatal con una causa conocida no recurrente.
- Preeclampsia a término.
- Desprendimiento de placenta con buenos resultados.
- Hijos previos con peso > 4500 g.
- Desgarro extenso vaginal, cervical o perineal de tercer o cuarto grado si no requirió corrección quirúrgica.
- Hijo previo a término con ictericia que requirió exanguinotransfusión.

Embarazo actual

- Un solo episodio de sangrado después de las 24ª semana de gestación, de origen desconocido.
- Si se excluye placenta previa y desprendimiento de placenta.
- IMC al inicio del embarazo de 30-35 kg/m².
- Tensión arterial (TA) 140 (milímetros de mercurio) mmHg/ 90 mmHg en dos ocasiones.
- Sospecha de macrosomía >4500g por clínica o ecografía.
- Paridad 4 o más (6 en Weavers and Randall, 2015).
- Consumo de drogas recreativas.
- Enfermedad mental controlada en Atención Primaria.
- Edad > 35 años en el inicio del embarazo (> 40 en Weavers, 2016).

Indicaciones fetales

- Anomalías fetales.

Historia ginecológica previa

- Cirugía mayor uterina.
 - Conización.
 - Miomas.
- (Weavers, 2016; NICE 2014).

El parto en casa en embarazos que presentan algún factor de riesgo

Según todas las guías internacionales y la evidencia científica más actual, el parto en casa en mujeres de bajo riesgo es una opción muy segura. Ocasionalmente encontramos alguna mujer con algún factor de riesgo en su embarazo que quiere optar al parto domiciliario como primera opción. Un estudio realizado en Australia indagó en los posibles motivos del por qué algunas mujeres con factores de riesgo buscan un parto en casa. Los resultados mostraron que estas mujeres creen que dar a luz es un acontecimiento de la vida que en sí puede conllevar riesgos, que el hospital no es el lugar más seguro para dar a luz y que las intervenciones e interrupciones del proceso del parto que se dan en los hospitales conllevan un incremento del riesgo (Jackson *et al*, 2011).

Con posterioridad se han publicado otros estudios que avalan estos resultados (Keedle *et al*, 2016; Black *et al*, 2015; Maznin and Creedy, 2012). En la experiencia y práctica clínica de las matronas dedicadas al parto en casa observamos que hay un número significativo de mujeres que deciden parir en su domicilio tras haber sufrido anteriores experiencias traumáticas relacionadas con el proceso de maternidad en centros hospitalarios.

El concepto de riesgo es muy subjetivo. Este puede variar y tener diferentes dimensiones. A menudo muchos de los factores catalogados de riesgo están basados en un consenso de expertos, no en evidencia científica (RCOG, 2007).

Existe poca evidencia científica referente al parto en casa en embarazos de alto riesgo. Recientemente se ha publicado un estudio en Inglaterra donde se analizaron los resultados de partos en casa versus partos

hospitalarios en mujeres de alto riesgo (Li *et al*, 2015). Las conclusiones fueron que, en partos planificados en casa, las criaturas cuyas madres eran catalogadas de alto riesgo tenían más riesgo de padecer resultados neonatales desfavorables o de ingresar en UCI neonatal si se comparaba con las criaturas de madres catalogadas de bajo riesgo que daban a luz en casa. Las guías aconsejan que estas mujeres den a luz en unidades obstétricas, pero el riesgo de un resultado desfavorable neonatal asociado con el parto en casa comparado con el parto hospitalario depende de con qué y cómo se midan diversos factores. Las criaturas nacidas en hospitales cuyas madres tenían un embarazo de alto riesgo tienen más posibilidades de ser ingresadas en UCI neonatal si se compara con las criaturas nacidas en casa cuyas madres también eran catalogadas de alto riesgo. Las intervenciones obstétricas también demostraron ser menores en los partos en casa en comparación con los partos hospitalarios. A pesar de estos resultados, no se pueden hacer cambios en las guías nacionales aún, pero sí que se requiere más investigación sobre el tema. Por lo tanto, sabemos que el parto en casa en mujeres de alto riesgo no es la opción ideal pero sí que puede ser una opción a considerar. Es importante, pues, considerar dos aspectos fundamentales: el deseo de la madre y su elección versus el dilema profesional y ético de la matrona.

En países donde el parto en casa está institucionalizado, existe la figura de la matrona supervisora, la cual ofrece mecanismos de soporte y guía para el resto de las matronas con el objetivo de proteger a las mujeres y sus criaturas. La matrona supervisora además ejerce de mediadora entre la mujer y las matronas en aquellos casos donde existen dilemas éticos, defendiendo tanto los derechos de la mujer como los de las matronas (Parliamentary and Health Service Ombudsman, 2013).

La mujer está amparada por la ley de autonomía del paciente (Ley 41/2002, Ministerio de la Presidencia, 2002). El Tribunal Superior de los Derechos Humanos de Europa reconoce, en el caso Ternovszky contra Hungría, que “el derecho al respeto por la vida privada incluye el derecho a elegir las circunstancias del parto” (European Court of Human Rights, 2010).

La matrona, por otro lado, puede negarse a la atención del parto, en caso de no sentirse segura, de acuerdo con el Código Deontológico de Enfermería (CCIC, 2013). En el caso de que la matrona presente competencias y experiencia, puede atender a la mujer con la previa información sobre los riesgos y beneficios que puede comportar la decisión del parto en casa. La información proporcionada debe ser basada en evidencia científica actual, objetiva y explicada de forma comprensible para poder capacitar a la mujer en una toma de decisión informada y responsable de acuerdo con sus necesidades y velando por el bienestar de su salud y la de su criatura. Finalmente, se debe firmar por las dos partes (profesional y mujer/pareja) un consentimiento informado con todos los riesgos. Se necesitarán dos copias, una para la madre y otra para la matrona.

Para finalizar, el hecho de que estas mujeres puedan ser atendidas en casa por profesionales cualificados es de vital importancia ya que si la mujer desea firmemente dar a luz en su hogar, independientemente de sus circunstancias de riesgo, y se le niega la atención profesional, podemos estar fomentando los partos no asistidos o partos asistidos por personas no cualificadas, y por lo tanto, poniendo en mayor riesgo a estas mujeres y criaturas, además de fomentar el intrusismo en nuestra profesión.

4. Seguimiento de la gestación

El punto de partida de esta guía es que el embarazo es un proceso fisiológico normal y que, como tal, cualquier intervención que se ofrece debe tener beneficios conocidos y ser aceptada para las mujeres embarazadas (NICE, 2008).

Objetivos

- Ofrecer a las mujeres sanas con embarazo de fetos únicos y sin complicaciones información completa sobre las mejores prácticas en la atención clínica prenatal de rutina (básica). La buena comunicación entre los profesionales sanitarios y las mujeres es esencial. A ser posible, debería ser apoyada por información escrita culturalmente apropiada.
- Permitir a las mujeres tomar decisiones informadas, basadas en sus necesidades, habiendo tenido la oportunidad de discutir ampliamente cualquier asunto sobre su cuidado con los profesionales de salud involucrados.
- Tratar siempre a las mujeres, sus parejas y familias con amabilidad, respeto y dignidad. Las opiniones, creencias y valores de la mujer, su pareja y familia en relación a su cuidado y la de su criatura se deben tener en cuenta y ser respetados en todo momento (Ley 41/2002).
- Fomentar en las mujeres la toma de decisiones informadas sobre su cuidado y tratamiento, en colaboración con los profesionales de salud.
- Aprovechar todas las oportunidades para proporcionar a las mujeres y su pareja u otros miembros de la familia el apoyo que necesiten.
- Promover un buen estado de salud de la mujer y su criatura durante todo el embarazo para favorecer un parto seguro y saludable.

Recomendaciones

- Conocer las condiciones físicas de las mujeres y ayudar a que se mantengan dentro de la normalidad en todo el proceso. Esto se realiza mediante la detección de cualquier desviación y la derivación del cuidado, si es necesario, al nivel asistencial que corresponda.

- Atender y acoger las expectativas de la mujer y su pareja.
- Reconocer los aspectos psicológicos y sociales como parte integral de la mujer, de la criatura y de la pareja.
- La atención hacia la mujer, por parte de la matrona/s, se basará siempre en un enfoque holístico, considerando a la mujer como un ser único e individual pero integrada dentro de un sistema/entorno con el que se relaciona y del que se va a ver influenciada.
- Favorecer el espacio y entorno adecuado para que la mujer y su pareja puedan expresar sus emociones, temores y deseos.
- Propiciar un ambiente de confianza e intimidad para la mujer, así como también para la pareja, los acompañantes y las matronas.

Atención y cuidados

La evidencia científica recomienda realizar un seguimiento mediante visitas periódicas durante todo el embarazo (Dowswell *et al*, 2015).

Es aconsejable realizar las visitas necesarias para construir un vínculo entre la matrona y la mujer / familia y así establecer una relación de confianza mutua, que nos permita evaluar aspectos físicos, psicológicos y sus necesidades, deseos, miedos y expectativas en todo el proceso.

La evaluación de los criterios de normalidad será continua en todas las visitas (NICE, 2014).

Primera visita

- Planificar el número de visitas que se realizarán durante el seguimiento de la gestación, respetando y promoviendo en cualquier caso la asistencia individualizada a cada gestante y pareja.
- Iniciar historia clínica y anamnesis.
- Facilitar la documentación necesaria para iniciar la asistencia (listado de material, consentimiento informado, contrato...).
- Valoración de los parámetros físicos de salud materno-fetal:

- Medidas antropométricas: talla y peso, IMC (NICE, 2014).
- TA.
- Determinación de proteínas y glucosa en orina.
- Exploración de extremidades inferiores varices, edemas...
- Estática fetal, frecuencia cardíaca fetal (FCF), movimientos fetales (MF) y crecimiento uterino.
- Informar y debatir sobre las pruebas diagnósticas habituales del control de la gestación.
- Realizar un seguimiento y control de las analíticas y ecografías realizadas hasta el momento.
- Educación sanitaria sobre consejos de estilos de vida saludables: nutrición y dieta, ejercicio físico, suplementación.
- Fomentar la participación en las sesiones de preparación al parto y grupos de apoyo a la lactancia materna.
- Fomentar la confianza y la convicción en el propio potencial de la mujer, y promover los propios recursos de forma real sin crear falsas expectativas.
- Mantener el centro de atención y el protagonismo en la mujer y la criatura en todo momento.
- Promover la decisión informada, ofreciendo información basada en evidencia objetiva, veraz y contrastada.

Visita de seguimiento

- Actualización de la historia clínica.
- Valoración de los parámetros físicos de salud materno-fetal:
 - TA.
 - Determinación de proteínas y glucosa en orina.
 - Exploración de extremidades inferiores edemas, varices...
 - Estática fetal, FCF, MF y crecimiento uterino.
- Seguimiento y control analítico y ecográfico.
- Elaborar y consensuar el plan de parto.
- Mantener el centro de atención y el protagonismo en la mujer y la criatura en todo momento.
- Promover la decisión informada, ofreciendo información basada en evidencia objetiva, veraz y contrastada.

Visita al domicilio

La visita al domicilio se realiza antes de la 37ª semana de gestación para facilitar la ubicación del domicilio. Se aconseja que en esta visita estén presentes todos los acompañantes que hayan elegido la mujer–pareja.

- Valoración del domicilio (condiciones de higiene, temperatura, acceso ...).
- Comprobación del material necesario para el parto, que la gestante y la pareja deben disponer.
- Revisión del plan de parto.
- Conocer a los acompañantes que la gestante y su pareja han elegido y conocer cómo se sienten para darles apoyo.
- Dar a conocer las expectativas, las tareas, la ayuda y el apoyo que la gestante y su pareja esperan de cada uno de los acompañantes.
- Obtener la firma del consentimiento informado para la atención al parto en casa.
- Explicar cuándo y cómo contactar con la matrona.
- Establecer el tiempo de llegada de la matrona, el lugar donde dejará su automóvil y donde dejará el material. Es responsabilidad de la matrona familiarizarse con la zona donde vive la mujer para asegurar que la localizará el día del parto.
- Informar sobre los cuidados y atención a en el nacimiento (vitamina K, piel con piel ...).
- Informar a la mujer y a su pareja sobre los signos y síntomas que indican el inicio del trabajo de parto y signos de alarma.
- Definir un plan de traslado.
- Comprobar que los informes clínicos de la evolución del embarazo, así como la documentación y útiles personales de la criatura estén preparados en caso de que fuera necesario un traslado al hospital.
- Actualización de la historia clínica.
- Valoración de los parámetros físicos de salud materno-fetal:
 - TA.
 - Determinación de proteínas y glucosa en orina.
 - Exploración de extremidades inferiores: varices, edemas...
 - Estática fetal, FCF, MF y crecimiento uterino.
- Valoración del seguimiento y control analítico y ecográfico.

5. Asistencia al parto

Objetivo

Fomentar que el parto y nacimiento sean una experiencia saludable, segura y satisfactoria para madre, criatura y familia.

Recomendaciones

- Tratar a las mujeres con absoluto respeto, asegurando que tomen sus propias decisiones y estén involucradas en lo que está sucediendo. La forma en la que se cuida de la mujer es clave para que esto sea posible.
- Construir una relación de confianza mutua con la mujer: conocer sus deseos y expectativas para el parto, ser capaces de adaptarnos a necesidades cambiantes y haber explicado con claridad y detalle el papel de la matrona durante las distintas fases del parto y también en caso de intervenciones y/o emergencias.
- Cuidar el lenguaje corporal y las palabras utilizadas, por la influencia que puedan ejercer sobre su percepción de normalidad y seguridad del proceso.
- Recordar que las matronas somos invitadas en la casa de la mujer y por ello debemos mantener siempre un papel secundario, de gran discreción, para promover y preservar la intimidad de la mujer y su familia, y el buen desarrollo fisiológico basado en un equilibrio óptimo hormonal que reconocemos vulnerable y fácilmente alterable.
- Pedir siempre permiso y consentimiento de la mujer antes de llevar a cabo cualquier procedimiento, exploración u observación. Idealmente se debería haber explicado antes del parto, para que ese día el uso del lenguaje se limite a lo mínimo y la mujer no deba estar alerta ni se sorprenda por ninguna actividad de la matrona. Respetar y animar a que la mujer reciba el soporte físico, emocional y logístico que necesite del acompañante de su elección (pareja, familiar, amiga, terapeuta).

Actuaciones y cuidados

Preparto o fase latente

La forma en la que la mujer vive esta fase puede tener un gran impacto en la duración del parto (Baxter, 2007). A menudo las parejas no han sido bien informadas para hacer frente al preparto (Cheyne, 2007) es por eso que es nuestra responsabilidad haberles preparado adecuadamente. Sus vivencias pueden diferir de lo leído y escuchado de familiares y amigas, y en clases de preparación al parto (Hundley *et al*, 2004).

Estas mujeres necesitan recibir el soporte adecuado ya que un diagnóstico precoz del trabajo de parto puede derivar en un agotamiento tanto materno como de las profesionales, elevando estados de inquietud y ansiedad que a su vez incrementen la percepción del dolor (Cheyne, 2007) y ello a su vez puede dejar a las mujeres desmoralizadas y exhaustas (Carlsson *et al* 2007). Esto puede fácilmente concluir con un traslado hospitalario incrementando así las posibilidades de intervenciones médicas innecesarias (NICE, 2014; Balit, 2005; Klein, 2003).

Las mujeres durante la fase latente necesitan, si cabe, más apoyo psicológico y físico (Simkin and Ancheta, 2000).

Según las NICE guidelines 2014 la fase latente es un periodo que puede ser no continuado en el cual:

- Hay contracciones dolorosas
- Hay algún cambio cervical, incluido el borrado y la dilatación hasta los 4 centímetros (cm)

Ante la aparición de cualquier signo o sintomatología de inicio de parto, la mujer o quien la acompañe se pondrá en contacto con la matrona por vía telefónica como previamente se habrá acordado.

Tras el asesoramiento y acogida telefónica inicial, y de acuerdo con la información recibida, la matrona propone el momento adecuado de desplazamiento al domicilio, a menos que la mujer exprese deseo explícito de la presencia de la matrona, a pesar de que la matrona no lo crea necesario. Una vez allí, la matrona, realizará la valoración inicial.

Valoración inicial

- Revisión de datos clínicos.
- Comprobación del material de parto y de traslado.
- Descripción de las circunstancias del inicio del parto: inicio de las contracciones, duración e intensidad, si hay ruptura de bolsa o no, etc.
- Valoración del estado integral de la mujer.
- Valoración del entorno de la mujer, si este coincide con sus deseos y sus necesidades individuales tanto fisiológicas como emocionales.
- Si es necesario revisaremos el plan de parto -que se debería haber discutido durante el embarazo- y también si hay factores específicos y/o inesperados que puedan preocupar a la mujer.
- Exploración física:
 - Toma sistemática de las constantes vitales: TA, pulso y temperatura (T°).
 - Palpación abdominal, maniobras de Leopold, con el objetivo de determinar la siguiente información: altura uterina, estática fetal, situación, posición, presentación y grado de encajamiento.
 - Auscultación de la FCF y del pulso materno, para diferenciarlos en cada visita a la mujer.
 - Auscultación durante 1 minuto después de una contracción, anotando una sola cifra media. Registrar la presencia de aceleraciones y desaceleraciones (NICE, 2014).
 - Tacto vaginal (solamente si la matrona lo considera necesario/imprescindible o ante la petición materna). Si se realiza es importante cuidar al máximo las medidas de higiene y se debe realizar de la manera más suave, afable y menos perturbadora posible y siempre tras el consentimiento informado de la mujer.
 - Utilizar guantes estériles en caso de ruptura de membranas (REM). Es importante que la mujer conozca que el riesgo de infección se intensifica altamente a las 24h de realizar el primer tacto vaginal en el caso de que haya ruptura de membranas.

Recomendaciones para la fase latente

- Aconsejar a la madre que continúe su vida normal, que se nutra, hidrate y que descanse, especialmente de noche. Informarla de que el parto se produce espontáneamente y que es importante conseguir el mejor cuidado de sí misma (descanso, nutrición, hidratación) y así tener los niveles energéticos necesarios para que este se desencadene. Así como informar el beneficio de dejar fluir sus sentimientos y su cuerpo.
- Informar que es una fase preparatoria, por lo que es mejor no agotar la energía física y emocional que va a ser necesaria para el trabajo de parto.
- Participar y compartir su gozo y alegría por el inicio del proceso, puede ayudarla a liberar la tensión nerviosa e introducirla en el mismo, pero a veces será más efectivo no pensar que el parto será inminente, porque tal vez no lo sea.
- Sugerir medidas para aliviar molestias: deambulación, balanceo de la pelvis, baño caliente o ducha que la ayude a acomodarse a sus sensaciones y animar a su pareja a que le dé masajes con aceites.
- Recordar la importancia de la relajación y de utilizar técnicas de respiración.
- Procurar un entorno y ambiente tranquilo que permita a la madre relajarse y concentrarse en su proceso, sin exceso de personas o estímulos a su alrededor.

En caso de ruptura espontánea de membranas durante el parto informar a la mujer que:

- El 60% de las mujeres con REM empiezan el trabajo de parto de forma espontánea dentro de las primeras 24h después de REM (NICE, 2014). Aunque otros estudios sugieren que un 79% inician el trabajo de parto de forma espontánea en las primeras 12h y que el 95% lo hacen dentro de las primeras 24h (Middleton *et al*, 2017).
- El riesgo de infección neonatal es de 1% en lugar de 0,5% como lo es en mujeres con membranas intactas (NICE, 2014).
- Sobre la posibilidad de inducción o de manejo expectante, explicar en qué consisten ambas opciones y qué riesgos pueden conllevar (NICE, 2014).

- Se valorará MF y FCF en un primer contacto y cada 24h después de REM, si la mujer desea tener una actitud expectante o mientras no esté de parto (NICE, 2014).
- Ante una actitud expectante, más allá de las primeras 24h, recomendar la toma de la Tª materna cada 4h mientras esté despierta y comunicar cualquier cambio en el olor, color y/o textura del líquido amniótico (LA), (NICE, 2014). También recomendar que nos contacte ante cualquier descenso o ausencia de MF y síntomas de malestar general maternos (Jones, 2015; NICE, 2014).
- Tener relaciones sexuales con penetración está relacionado con un incremento de la posibilidad de infección (NICE, 2014), así como los tactos vaginales que incrementan el riesgo de corioamnionitis. Se incrementa en un 2% si se hacen menos de 3 tactos vaginales; se incrementa el riesgo al 13% si se efectúan 7-8 tactos vaginales (NICE, 2014; Ezra *et al*, 2004; Seaward *et al*, 1997).
- Ni los baños ni las duchas incrementan el riesgo de infección (NICE, 2014).
- No se recomienda ofrecer exudado vaginal ni medir la proteína C- reactiva (PCR) materna ya se opte por la inducción o por la actitud expectante más allá de las 24h (NICE, 2014).
- La inducción médica del parto a partir de las 24h de ruptura de la bolsa, en un parto a término, aumenta el riesgo de cesáreas en comparación con las mujeres que iniciaron el trabajo de parto de forma espontánea. Los resultados neonatales fueron similares en ambos grupos (Ashwal *et al*, 2016).
- Explicar que si el parto no se inicia de forma espontánea después de 72h de REM se incrementa el riesgo de infección y se recomienda inducción en un centro hospitalario (Pintucci *et al*, 2014; Hannah *et al*, 1996; Shalev *et al*, 1995) y que este manejo conservador no debería exceder las 96h (Jones, 2015; Howard, 2015; NICE, 2014).
- Si a las 96h la mujer declina la inducción se debería aconsejar monitorización fetal diaria y ecografía doppler para evaluar el bienestar fetal (Jones, 2015).
- No hay evidencia conclusiva sobre los beneficios para madre y el neonato del uso rutinario de antibióticos por REM a término. Puesto que no

se han medido los efectos adversos potenciales del uso de antibiótico y el desarrollo potencial de organismos resistentes, se debería evitar el uso rutinario de antibióticos por REM a término o cerca de la fecha probable de parto (FPP), en la ausencia de infección materna confirmada (Wojcieszek *et al*, 2014).

Con la valoración inicial la matrona realiza el diagnóstico de parto. Si se confirma que el parto ha comenzado, la matrona permanecerá en el domicilio para el control, la asistencia y el acompañamiento del parto en casa. En caso de que no se confirme, si la gestante se encuentra en fase latente, se le darán las recomendaciones necesarias y se mantendrá el contacto telefónico hasta realizar una nueva valoración.

Es importante tener en cuenta que el trabajo de parto en realidad avanza más lento de lo pensado clásicamente, por lo que muchas mujeres simplemente pueden necesitar un poco más de tiempo para parir y lograr un parto vaginal en lugar de una cesárea (ACOG, 2014).

Fase de dilatación o fase activa de trabajo de parto

Durante esta fase se produce la completa abertura del cuello uterino hasta su máxima dilatación. Se considera el inicio del parto a partir de los 4 cm de abertura, que es cuando el proceso adquiere mayor intensidad y regularidad, y finaliza con la dilatación completa (a los 10 cm) y el inicio de los pujos espontáneos. Al mismo tiempo, se produce el descenso, la rotación y el encajamiento de la presentación fetal. Nuestro objetivo del cuidado en esta fase es mantener el bienestar materno-fetal, proporcionándoles los cuidados de salud adecuados, el apoyo emocional y la información necesarios.

Valoración inicial

Se considera que se ha iniciado el parto cuando se cumplen estas condiciones (NICE, 2014):

1. Hay actividad uterina regular con dos o más contracciones en 10 minutos.
2. Desde que hay dilatación cervical progresiva a partir de los 4cm.

Si tras la valoración inicial se confirma el diagnóstico de parto activo, la matrona permanecerá en el domicilio e iniciará los cuidados y la asistencia al proceso.

- Valoración materna:
 - Duración, frecuencia e intensidad de las contracciones.
 - Observar cómo la mujer maneja las contracciones y qué estrategias de confort está usando.
 - Anotar su pulso, TA, Tª y hacer uroanálisis cuando sea posible.
 - Anotar si ha habido o hay presencia de sangre, tapón mucoso o LA: cantidad y color.
- Valoración de la criatura intrauterina:
 - Preguntar sobre MF en las últimas 24h.
 - Exploración abdominal: altura uterina, estática fetal, situación, posición, presentación y grado de encajamiento.
 - Registrar la duración, frecuencia e intensidad de las contracciones.
 - Auscultar FCF después de una contracción durante 1 minuto, y palpar pulso materno para establecer las diferencias. Anotarlo con una sola cifra.
 - Observar y anotar si hay o no buena variabilidad de la FCF.
 - Observar y anotar aceleraciones y desaceleraciones si son percibidas.

Recomendaciones en la fase activa de trabajo de parto

- Mantener un entorno adecuado para la parturienta y preservar las medidas de higiene y asepsia:
 - La habitación ha de estar limpia, bien ventilada, con temperatura adecuada. El material debe estar accesible. Es necesario tener preparados suficientes alimentos y zumos para satisfacer las necesidades de la madre.
 - Evitar distracciones y estímulos externos excesivos. Explicar a los acompañantes la importancia de mantener un ambiente agradable, tranquilo y respetar la intimidad de la mujer y/o de la pareja.
- Controlar el bienestar fetal mediante auscultación intermitente, estetoscopia de Pinard o con un Doppler manual:
 - La auscultación intermitente se realiza cada 30 minutos si la dinámica uterina (DU) es de 2 contracciones en 10 minutos, o cada 15 minutos si la DU es igual o superior a 3 contracciones en 10 minutos. Se debe auscultar siempre después de una contracción durante 1 minuto, y anotarlo como una sola cifra.
 - Observar y anotar como es la DU y si hay o no buena variabilidad de la FCF cada 30 minutos.
 - Observar y anotar la presencia de aceleraciones y desaceleraciones si se aprecian.
 - Tomar el pulso materno siempre si sospechamos de anomalías en la FCF para diferenciarlas, o cada hora (NICE, 2014).
 - La matrona aumentará la frecuencia de auscultación cuando lo considere adecuado (NICE, 2014).
- En caso de que la mujer presente cultivos para el *Streptococo agalactiae* grupo B positivo (EGB), informaremos a la madre de que, según la última revisión Cochrane, la profilaxis antibiótica durante el trabajo de parto pareció reducir la enfermedad de aparición temprana por *Streptococo del grupo B*, pero es posible que este hallazgo fuera resultado de sesgo. No se encontraron diferencias en las muertes neonatales, por tanto, no hay pruebas suficientes, a partir de ensayos bien diseñados y realizados, para recomendar la profilaxis con antibióticos durante el trabajo de parto con el objetivo de reducir la enfermedad de aparición temprana por *Streptococo del grupo B* (Ohlsson et al, 2014).
- En todo momento la matrona mantendrá una actitud expectante y de respeto al proceso fisiológico, sin realizar ningún tipo de intervención innecesaria como: rasurado, enemas, amniorraxis artificial, estimulación oxitócica, ni prostaglandinas. Si alguno de estos procedimientos fuera necesario, por falta de evolución del parto, se procederá al traslado de la mujer al centro hospitalario.

- Durante todo el proceso la matrona debe mantener registros detallados, objetivos y actualizados de todo lo que suceda. Recomendamos como mínimo registrar:
 - Línea base de FCF: cada 15 minutos.
 - Presencia/ausencia de aceleraciones, variabilidad, desaceleraciones.
 - Naturaleza de los cambios: graduales, abruptos...
 - Actividad uterina: dinámica, intensidad y duración (cada 30 minutos).
 - Reconocimiento de presencia de nuevos factores de riesgo.
 - Pulso materno tomado ante alguna anomalía en la FCF o cada hora.
 - Acciones/intervenciones ante anomalías.
 - Respuestas fetales/maternas a acciones /intervenciones.
 - Otras observaciones maternas: TA y Tª cada 4h, estado físico, emocional, necesidades...
 - Necesidad de registro cardiotocográfico (CTG) por anomalías de FCF u otros factores de riesgo (NICE, 2014; Harding, 2012).
- No hay suficiente evidencia para recomendar de forma rutinaria el uso del partograma (Lavender *et al*, 2013), aunque puede ser de gran utilidad para tener una idea clara, visual y rápida del estado de la madre y la criatura durante el trabajo de parto.

Fase de transición

Clásicamente el parto se ha dividido en 3 etapas cuyas características y duración aparecen en numerosos libros de fisiología. Las fases de dilatación (primera etapa), de expulsivo (segunda etapa) y de alumbramiento (tercera etapa) están definidas y documentadas en guías como la “Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto” del Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) 2010b. La división matemática de cada etapa del trabajo de parto nació de estudios realizados bajo una perspectiva médica y experimental en la que los nacimientos se daban en entornos hospitalarios, medicalizados y controlados mediante exploraciones invasivas, como la inmovilización de la mujer o el tacto vaginal rutinario (Friedman, 1955), cuya ética hoy en día sería más que cuestionable.

Al observar a las mujeres en partos no medicalizados, vemos que la realidad es que el parto es un proceso continuo en el que la mujer transita por las distintas etapas que van solapándose: fase latente, dilatación, transición y nacimiento.

Dónde se sitúa

La fase de transición no se reconoce como tal en las guías de práctica clínica.

Algunos autores como Michel Odent identifican esta fase como la que precede a la fase de expulsivo, a partir de los 7-8 cm y hasta los 10cm (Odent n.d). En esa dilatación, el cérvix disminuye su resistencia, las contracciones se hacen más intensas, frecuentes y duraderas y aumenta la sensación de dolor. También en esta fase suele producirse la ruptura de la bolsa amniótica (si no se ha roto anteriormente) que intensifica aún más las contracciones y las sensaciones percibidas por la mujer. En estos momentos la mujer suele manifestar sentimientos de incertidumbre, temor, desesperación o miedo que conllevan un aumento de la adrenalina y la noradrenalina. Ambos neurotransmisores estimulan los músculos para el esfuerzo final que supone el expulsivo.

Cuál es el objetivo

El objetivo de esta fase es pasar de un cierto estado de pasividad muscular provocado por las endorfinas, en el que puede haber pocas o ninguna contracción, a la fase de expulsivo en la que necesitará la activación del cuerpo y mucha energía muscular.

El periodo de transición requerirá de una cierta pérdida de control por parte de la mujer, de abandono y de aceptación de las sensaciones y emociones que va percibiendo. En esta fase, la cabecita de la criatura suele ejercer presión sobre la parte superior del recto, el sacro y la pared vaginal. Esta presión puede provocar el reflejo de pujo antes de llegar a la dilatación completa. (Reed, 2015b). El pujo espontáneo en esta fase facilita la rotación de la criatura y aumenta la presión de la cabeza sobre el cérvix. La duración de esta fase es muy variable de una mujer a otra. Generalmente es más larga en mujeres primíparas y en partos en los que la criatura está en posiciones occipito-posteriores (Reed, 2015b).

Cómo se reconoce

La fase de transición se caracteriza por una serie de manifestaciones físicas y emocionales que se pueden identificar en la mayoría de las mujeres.

Físicas

- Alternancia de calor-frío, sudor. Provocado por el aumento de la adrenalina.
- Náusea, vómitos, eructos. Por estimulación indirecta del peritoneo.
- Cambio en el patrón respiratorio. Respiración más acelerada, puede haber hiperventilación. La respiración espontánea obedece siempre al estado emocional de la persona.
- Salida involuntaria de orina o heces, por la presión que ejerce la cabeza. Temblor involuntario, por esfuerzo y/o tensión muscular y falta de oxigenación de los músculos.
- Agotamiento real o subjetivo, sensación de no tener fuerza suficiente.

Emocionales

- Inquietud, confusión, provocadas por el cambio en los síntomas y sensaciones que requieren una nueva adaptación.
- Irritabilidad, provocada por la sensación de cansancio y de sentirse al límite.
- Desánimo. La mujer pregunta cuándo se acabará, puede verbalizar que no siente que avance.
- Dudas, temores. Preguntas como: ¿podrá pasar la criatura? ¿estará bien? no sé si tendré fuerzas...
- Desesperación. Expresiones verbales limitadoras: no puedo más, no quiero seguir, no seré capaz de aguantar, me moriré.
- Pánico.
- Pensamientos de incapacidad no expresados.

Sinestesia

La fase de transición es uno de los momentos en la vida de una mujer en que esta puede experimentar sinestesia. La sinestesia es un fenómeno neurofisiológico durante el cual un sentido puede ser interpretado por el cerebro como otro sentido. Una caricia puede vivirse como si fuera una música bonita o una visión de colores. Se puede acentuar la percepción de los sonidos, de los colores y los sabores. Esto es el

resultado del alto nivel de endorfinas y es similar a la sinestesia que se experimenta al consumir opiáceos (Simkin and Ancheta, 2011).

Consideraciones finales

La fase de transición debe tenerse en cuenta por parte de todos los que acompañan a una mujer de parto. No existe una manera ideal de acompañar a todas las mujeres, cada mujer es única y sus necesidades deben ser consideradas individualmente. La experiencia del dolor durante el parto, junto a la experiencia de la fortaleza física que el parto implica, da significado a la transición hacia la maternidad (Van der Gucht & Lewis, 2015).

El parto puede considerarse como un rito de paso y la matrona como la profesional más adecuada para acompañar en ese trance (Reed, 2013).

Fase de pujos y nacimiento

Es la fase que se establece con la dilatación completa del cuello uterino y sensación de pujo hasta el nacimiento de la criatura. Generalmente en esta fase las contracciones disminuyen en frecuencia y varían en intensidad.

La fase de pujos y descenso se caracteriza por la aparición de una sensación urgente e inevitable de empujar.

Pese a la dilatación completa y ante la ausencia de la necesidad imperiosa de empujar, el profesional deberá esperar a que la mujer sienta la necesidad de empuje y no dirigir los pujos.

Recomendaciones

- Evitar los pujos dirigidos y en apnea porque aumentan el daño de los músculos de vagina y los ligamentos que hacen de soporte del útero. Esto está causado por una presión temprana hacia abajo antes del pico de la contracción, creando una mayor fricción entre la cabeza de la criatura y el cérvix o la pared posterior vaginal, lo que puede resultar en futuras disfunciones del suelo pélvico. Además, incrementa las anomalías en la frecuencia cardíaca fetal (RCM, 2008).

- Fomentar que la gestante adopte la posición en la que más cómoda se encuentre.
- Observar y registrar cada media hora la frecuencia de las contracciones, Tª cada 4h y anotar la frecuencia de micciones.
- Realizar auscultación intermitente de la FCF inmediatamente después de una contracción durante al menos 1 minuto, en intervalos de al menos cada 5 minutos. Palpar el pulso de la mujer cada 15 minutos para diferenciar entre las dos frecuencias cardíacas.
- Animar a la mujer, si así lo desea, a la producción de sonidos tras la descarga de adrenalina característica de esta fase, puesto que la ayudarán a mantener su garganta abierta y la mandíbula y los hombros relajados.
- Cuidar en todo momento el ambiente y entorno de la mujer, atendiendo sus necesidades físicas, psicológicas y emocionales. Mantener la habitación ventilada, sin fuertes estímulos externos de luces y ruidos. Favorecer su relajación y concentración en el proceso, así como preservar su intimidad. Además, la mujer será informada en todo momento de lo que está pasando.
- Acompañar la salida de la criatura con suavidad, pactar con la madre previamente quién lo recogerá, dándole la opción que sea ella misma quien lo reciba, el padre o la matrona. No se debe tirar de la criatura una vez la cabeza haya nacido, la fuerza de la siguiente contracción empujará el cuerpo de la criatura y sólo habrá que recogerlo acompañando su salida con suavidad. Tirar de la criatura puede producirle lesiones del plexo braquial y/o subluxaciones o fracturas de la clavícula, y aumenta el riesgo de desgarro perineal de la madre.

La evidencia científica aún no ha identificado una longitud máxima absoluta específica de tiempo de fase de pujos (ACOG, 2014). Hay factores que han demostrado afectar la duración de la fase de pujos, pero mientras el progreso continúe, la duración de esta fase puede ser más larga y es apropiado tratarla de forma individualizada.

Fase de alumbramiento

La fase de alumbramiento es la etapa del parto que transcurre entre el nacimiento de la criatura y la expulsión de la placenta.

Sabemos que la placenta se ha desprendido cuando aparecen signos como:

- La madre experimenta nuevas contracciones.
- Aparece sangre oscura.
- El cordón umbilical se alarga.

Recomendaciones

- La preferencia será por el alumbramiento fisiológico que consta en:
 - No utilizar uterotónicos de forma rutinaria.
 - No clampar el cordón umbilical hasta que este deje de latir o hasta la salida de la placenta, o nunca si los padres desean un nacimiento loto.
 - La madre sentirá de nuevo sensación de ocupación en la vagina y bien ella misma o la matrona traccionarán suavemente del cordón para acabar de liberarla.
 - Para realizar una tracción controlada del cordón estaremos previamente muy seguras de que la placenta se ha desprendido totalmente. Para ello, realizaremos compresión suprapúbica y haremos una suave tracción y comprobaremos que si el útero desciende es que no está desprendida del todo aún, y si el fundus uterino no se ha movido es que está desprendida.
- Esta fase suele durar entre 30 y 60 minutos tras el nacimiento. Si no hay signos de sangrado y el útero permanece bien contraído, nuestra actitud será expectante, sin intervenir ni acelerar el proceso mientras las constantes vitales se mantengan (NICE, 2014).
- La evidencia científica actual recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical, puesto que ha demostrado mejorar las reservas de hierro y niveles de hemoglobina en las criaturas, como también un mayor peso de nacimiento sin aumentar el riesgo de hemorragia posparto (McDonald *et al*, 2013).
- Para ayudar a que la placenta se desprenda, la madre puede miccionar además de adoptar posturas verticales. Si no lo consigue se puede considerar el sondaje vesical.

- Animar a la madre a amamantar a su criatura. Esto liberará oxitocina endógena.
- Si pasada una hora del nacimiento de la criatura la placenta no se ha desprendido, se debe considerar la administración de medicación uterotónica, y por lo tanto iniciar un manejo activo del alumbramiento.
- Si a pesar de haber iniciado el manejo activo la placenta no se ha alumbrado, se asegurará un acceso venoso de forma profiláctica, y se iniciará el traslado al centro hospitalario.
- En el caso de que no se desprenda la placenta a pesar de las actuaciones: si ha pasado más de una hora y media del nacimiento, se procederá al traslado hospitalario por retención de placenta. Sin embargo, si la madre expresa su deseo de esperar, si no hay ningún sangrado y los signos vitales de la madre son correctos, se puede esperar, estableciendo un límite de tiempo razonable.
- Tras el desprendimiento placentario debe revisarse minuciosamente la integridad de la placenta y las membranas, y se deben registrar las características macroscópicas de esta, al igual que las del cordón umbilical, su inserción y la pérdida hemática.
- La pérdida sanguínea se considera normal hasta 500 mililitros (ml).
- Si durante el proceso de alumbramiento hay signos de hemorragia posparto o retención placentaria se deberá proceder al manejo activo del alumbramiento (NICE 2014).

Medidas para aliviar el dolor en el parto en casa

El dolor que las mujeres experimentan durante el parto no solo tiene un origen físico sino también psicológico y emocional que puede estar influenciado por aspectos varios como la educación, la cultura y nuestra sociedad.

Las matronas de parto en casa tienen un vínculo estrecho con las mujeres que acompañan durante el embarazo, parto y posparto. A menudo, durante la gestación, la matrona y la gestante han estado trabajando de forma conjunta las preocupaciones, miedos o factores que podrían influenciar negativamente en la gestación o el dolor de parto.

El apoyo y acompañamiento continuado por una misma matrona durante el embarazo y el parto (one to one care) es uno de los factores claves que han demostrado reducir la necesidad de analgesia epidural y el número de intervenciones médicas durante el nacimiento, además de aumentar significativamente la satisfacción materna (Sandall *et al*, 2015).

Además, las clases de preparación a la maternidad, el control del entorno, la escucha activa, la empatía profesional y la difusión de información sobre el proceso o procedimientos a realizar, así como el sentirse en control de la situación, son componentes que también han evidenciado reducir la necesidad de analgesia farmacológica (RCM, 2012).

Sumado a todo lo anterior, las matronas de parto en casa disponen de diferentes métodos para ayudar a las mujeres con la gestión del dolor. Estos métodos considerados no farmacológicos se dividen en los siguientes grupos:

- Técnicas de respiración y relajación. Hay estudios que sugieren que las técnicas de respiración y relajación pueden ayudar a la reducción del dolor durante el parto además de aumentar la satisfacción materna y reducir los partos instrumentados (Smith *et al*, 2011).
- Libertad de movimientos: la libertad de movimientos durante el parto es esencial. Y así lo demuestra la evidencia científica actual que concluye que caminar o adoptar posiciones verticales reduce la duración del parto, la necesidad de analgesia epidural, el número de cesáreas, partos instrumentados y criaturas ingresadas en la UCI neonatales (Lawrence *et al*, 2013, Grupta *et al*, 2012).
- Masaje: los estudios actuales sugieren que el masaje puede tener un rol importante en el manejo del dolor durante el parto además de aumentar la satisfacción materna (Smith *et al*, 2012).
- Hidroterapia: la evidencia científica actual señala que la inmersión en agua caliente durante el parto reduce la necesidad de analgesia epidural y acorta la fase de dilatación sin aumentar los efectos adversos para la madre o la criatura (Cluett *et al*, 2009).
- Aromaterapia*: algunos aceites esenciales aplicados durante el parto han sugerido reducir

la ansiedad, el miedo y el dolor. Además, la aromaterapia combinada con masaje puede reducir la necesidad de analgesia/anestesia farmacológica durante el parto (Dhany *et al*, 2012, Burns *et al*, 2000).

- Hipnosis*: algunos estudios sugieren que la hipnosis durante el parto reduce la intensidad del dolor, la duración del parto y el ingreso hospitalario (Madden *et al*, 2012).
- Acupuntura o acupresión*: se dispone de estudios que han demostrado que la acupuntura o acupresión durante el parto reducen la necesidad de analgesia farmacológica y aumentan la satisfacción materna (Smith *et al*, 2011, Borup *et al*, 2009).

Si la mujer, a pesar de haber recibido la combinación de varios de los métodos anteriores para gestionar el dolor de parto, solicita analgesia/anestesia farmacológica, se valorará el traslado hospitalario.

Nota: *Métodos que pueden ser aplicados solamente por profesionales que puedan certificar y acreditar su conocimiento y formación en este ámbito específico.

Valoración, cuidados y sutura perineal

Las probabilidades de sufrir algún trauma perineal son menores en el parto en casa en comparación con el parto hospitalario (Edqvist M, 2016).

Objetivo

Restablecer la integridad del periné y tejidos adyacentes, prevenir hemorragia y reducir el riesgo de infección.

Recomendaciones

- Asegurarse de que la revisión del canal del parto no interfiera con el vínculo madre-criatura, a menos que la mujer necesite una atención urgente.
- Ante el hallazgo de daño perineal y tras informar a la madre, se valorará la necesidad de sutura acordando con la madre el riesgo/beneficio de realizar sutura o tener una conducta conservadora.
- En una reciente revisión, Cochrane concluye que "hasta que no se disponga de más evidencia, las decisiones de los profesionales ante la posibilidad de suturar o no, pueden basarse en

el juicio clínico y la preferencia de la mujer después de informarle acerca de la falta de resultados a largo plazo y el posible riesgo de un proceso lento de cicatrización de la herida, pero posiblemente con una mejoría total del bienestar materno si se deja sin suturar" (Elharmeel *et al*, 2011).

- Si no hay sangrado abundante no se precisa realizar la sutura de forma inmediata.
- Asegurarse de que la anestesia local sea efectiva
- Desgarro de primer grado: se recomienda suturar, a no ser que los bordes de la piel se encuentren bien aproximados.
- Desgarro de segundo grado: se recomienda sutura de forma continua. Una vez suturado el músculo, si los bordes de la piel están bien aproximados, no es necesaria su sutura. En caso de que la piel necesite sutura, seguir con la técnica de puntos subcutáneos (subcuticular).
- Desgarro de tercer y cuarto grado: derivar al hospital.
- Tacto rectal para comprobar la integridad de las mucosas si el desgarro es de segundo grado profundo o se sospecha de un tercer o cuarto grado.

Los factores controlables que pueden influir en el trauma perineal son:

- Preparación: para las madres primerizas el masaje perineal durante el embarazo puede reducir el riesgo de desgarro (Beckmann y Stock, 2013; Albers *et al*, 2005), además puede aumentar la confianza de la mujer en la capacidad que tiene su cuerpo para estirarse y abrirse para su criatura.
- Posiciones: (Hastings-Tolsma *et al*, 2007; Mayerhofer *et al*. 2002; Shorten, Donsante & Shorten 2002; Murphy & Feinland 1998; Albers *et al*, 1996;):
 - La posición lateral con una pierna elevada reduce la presión y tensión en el periné, por lo que se aconseja en partos precipitados y para disminuir el riesgo de desgarros.
 - La posición cuadrúpeda es aconsejable para madres con criaturas de gran tamaño, y está indicada en distocia de hombros.
 - La posición en cuclillas también es aconsejable para madres con criaturas de gran tamaño y si la mujer ha estado durante un largo período de tiempo empujando.

- En cuclillas o sentada permite a la mujer observar que está ocurriendo, tocar e incluso ver cómo nace su criatura.
- Pujos dirigidos: varios estudios han demostrado un incremento de desgarros, especialmente de tercer grado, en las mujeres que hicieron pujos dirigidos (RCM, 2008).
- Agua caliente: para la prevención de desgarros y trauma perineal se le puede ofrecer a la madre el uso de gasas calientes en el periné (Aasheim *et al*, 2011), que estimulan la circulación sanguínea en la zona y por tanto su oxigenación, lo cual favorece la relajación y ofrece confort y alivio, ante la sensación de máxima distensión del periné. Se aconsejará a la madre que relaje toda la zona perineal y se le ofrecerá apoyo para que la salida de la cabeza de la criatura no se realice bruscamente. El parto en el agua es beneficioso para evitar los desgarros, además hace que sea difícil para cualquier persona, aparte de la parturienta, tocar el periné o la criatura durante el parto (Reed, 2015a).
- Masaje perineal durante el parto: el masaje perineal, mientras la cabeza está coronando, ejercido por los profesionales puede ser muy molesto para la mujer y no hay evidencia científica que respalde la disminución del trauma perineal aplicando esta técnica, sino que puede aumentarlo.
- Nacimiento lento de la cabeza de la criatura: un nacimiento lento de la cabeza de la criatura reduce la posibilidad de desgarro. Esto permite que los tejidos puedan estirarse suavemente al mismo tiempo que la cabeza de la criatura se mueve hacia delante con cada contracción y se retrae después. Las sensaciones intensas experimentadas cuando la cabeza de la criatura está coronando darán lugar generalmente a que la mujer intente 'retener', cerrando incluso las piernas o llevándose las manos a la vulva para frenar la cabeza, pero el útero continuará empujando a la criatura lenta y suavemente (Reed, 2015a). Algunos profesionales pondrán sus manos en el periné para intentar evitar desgarros, sin embargo, una reciente revisión sistemática (Petrocnik & Marshall, 2015) llegó a la conclusión de que: "la técnica "hands off" o no proteger el periné, parecía causar un trauma menor perineal y reducir el uso de la episiotomía. Y la técnica "hands on" o protección del periné con las manos, resultó en un aumento del dolor perineal después del parto y con tasas más altas de hemorragia".
- Episiotomía: evitar el uso de episiotomía rutinaria para favorecer el nacimiento. La episiotomía se asocia con desgarros perineales severos de tercer y cuarto grado y no tiene beneficio demostrable para el parto vaginal (ACOG, 2015). Su uso debería restringirse exclusivamente cuando existe sufrimiento fetal. No se ha evidenciado que la episiotomía rutinaria reduzca significativamente los desgarros severos, el prolapso uterino ni la morbilidad perinatal, sino que está asociada a un mayor trauma perineal posterior, a incontinencia y al aumento del dolor (FIGO, 2012). La mayoría de las matronas y equipos de atención al parto en casa tienen una tasa de episiotomías del 0 % (COIB, 2010) sin tener por ello tasas más elevadas de desgarros de tercer y cuarto grado.

6. Posparto inmediato

Asistencia y acogida de la criatura

El contacto estrecho entre la madre y su criatura recién nacida (RN) es la norma biológica de la especie humana. Durante la mayor parte de la historia de la humanidad, la relación madre-lactante ha aportado protección, calor, estimulación social y nutrición al lactante.

Se debe promocionar sistemáticamente el contacto precoz madre-criatura en el posparto inmediato ya que las primeras horas tras el parto son cruciales para la instauración de su vínculo, como también lo es la instauración de la lactancia materna. Ambos hechos, el proceso de vinculación y la lactancia materna, influyen de forma determinante en el estado de salud de la criatura y en su desarrollo emocional (Bergman, 2005) además de reducir el riesgo de depresión posparto.

Las guías actuales de cuidados neonatales recomiendan que el contacto precoz piel con piel ininterrumpido se prolongue mínimo hasta los 120 minutos de vida o hasta que finalice la primera toma espontánea de lactancia materna y por supuesto hasta que la madre lo desee (MSPS, 2010).

Objetivo

Conseguir una adaptación de la criatura a la vida extrauterina física, social y emocionalmente satisfactoria.

Recomendaciones

- Secar a la criatura y darle calor, ayudándonos de una toalla precalentada.
- Mantener la temperatura corporal de la criatura, cuidando que la temperatura de la habitación sea adecuada 23-24 grados centígrados (°C) y favoreciendo el contacto piel con piel con la madre. Si fuese necesario, se le acercará una fuente de calor suave (saquitos de semillas, bolsa de agua caliente o toallas calientes), nunca directamente en la piel de la criatura, hasta comprobar que su temperatura se haya normalizado.
- Mantener el contacto inmediato colocando a la criatura piel con piel con su madre tras el nacimiento, sin interrupción, puesto que disminuye el llanto de la criatura, regula la temperatura, el ritmo respiratorio y los niveles de glucosa además de aumentar el éxito de lactancia materna (Moore *et al*, 2012).
- Favorecer el contacto piel con piel de manera precoz y la posición de nutrición biológica para que la criatura desarrolle los reflejos neonatales primitivos y pueda alcanzar el pecho de manera espontánea.
- Valorar el estado general de la criatura mediante el test de Apgar que se realizará al minuto, a los 5 y a los 10 minutos.
- Pinzar el cordón umbilical tras el cierre fisiológico del mismo o tras el alumbramiento de la placenta. Antes de este pinzamiento se debe asegurar que el cierre fisiológico se ha producido mediante la comprobación del cese de las pulsaciones en el cordón umbilical. Se puede ofrecer tanto a la madre como a su pareja la posibilidad de cortar el cordón umbilical tras su pinzamiento, si así lo desean.
- Colocar un cordonete, pinza o goma para asegurar el cierre del cordón.
- En caso de madre con factor Rhesus (Rh) negativo, recoger una muestra de sangre del cordón umbilical para determinar el grupo sanguíneo y el Rh de la criatura, así como la prueba de coombs directa. Se enviará al laboratorio como se ha acordado previamente.
- Afianzamiento espontáneo: se deja a la criatura en decúbito prono en contacto piel con piel entre los pechos desnudos de su madre. Este permanece un rato inmóvil y, poco a poco, va reptando hacia los pechos (mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores). Al tocar el pezón pone en marcha los reflejos de búsqueda (masticación, succión de su puño, lengüetada), se dirige hacia la areola, que reconoce por su color oscuro y por su olor, y comienza a succionarla (Porter, 2004; Righard *et al*, 1990).

- Evitar forzar la primera toma, puesto que ello puede abolir los reflejos de arraigo y favorecer una mala colocación de la lengua y, consecuentemente, a una técnica de succión incorrecta.
- Intentar no demorar el inicio del contacto piel con piel para asegurar el éxito de la lactancia materna.
- Evitar las interrupciones puesto que estas pueden causar una disminución del inicio espontáneo de la lactancia materna.
- Realizar cualquier exploración necesaria con la madre y la criatura juntas, sin separarlas.
- Recomendar a la familia que un pediatra vea a la criatura antes de que esta cumpla el mes de vida, puesto que las matronas tienen competencias para valorar y realizar el seguimiento de la salud de la criatura durante este primer mes.
- Complimentar: el Carnet de Salud de la criatura y el cuestionario para la declaración de nacimiento en el Registro Civil.

Actuación y cuidados de la criatura

- Cualquier procedimiento y exploración que realizamos a la criatura se hará con la máxima suavidad y cuidado posible, evitando la separación de su madre.
- Se realizará una primera exploración física y se procederá a comprobar las medidas antropométricas de peso. La talla y perímetro craneal se pueden realizar en la visita de las 24 horas, datos que quedarán anotados tanto en el informe del parto como en el Carnet de Salud de la criatura.
- En esta primera exploración se valorarán los siguientes parámetros:
 - Meconio (hora).
 - Micción (hora).
 - Apariencia general (actividad, tono, llanto).
 - Piel (policitemia, ictericia, lanugo, marcas de nacimiento).
 - Cabeza, cuello (caput, cefalohematoma, fontanelas).
 - Ojos (derrames vasculares, ictericia, pupilas).
 - Boca, nariz (labios, paladar, aleteo nasal), posición de los pabellones auriculares y reacción a los sonidos.

- Reflejos (de succión, de Moro, de Babinski, de prensión).
- Presencia de retracciones en el tórax.
- Pulmones (frecuencia respiratoria (FR), estertores, sibilancias).
- Corazón (pulsaciones del corazón, pulsaciones femorales).
- Abdomen (cordón umbilical, masas).
- Columna vertebral y ano
- Genitales (edema, descenso testicular, clítoris, sinequias).
- Extremidades (cadera, clavícula, dedos).

Atención a la madre

Objetivo

Mantener el bienestar físico, emocional y social de la madre.

Recomendaciones

- La madre ha de ser observada meticulosamente durante las primeras dos horas y las observaciones más importantes incluyen:
 - Las constantes vitales.
 - La cantidad de pérdida sanguínea.
 - La altura y el tono uterino.
- Comprobar periódicamente el tono del útero, el sangrado y las constantes vitales.
- Favorecer la primera micción espontánea para asegurar una correcta contractilidad uterina.
- Evitar que tanto la mujer como la criatura queden sin acompañantes en ningún momento. Si la mujer desea levantarse o ir al baño, será siempre acompañada.
- Procurar una estancia mínima de dos horas de las matronas en el domicilio, aunque se valorarán de forma individual las necesidades de cada mujer y su estado.
- Recomendar a los acompañantes que cuiden el bienestar materno y de la criatura con el cuidado de la habitación, la ropa, la cama, su higiene, y también cubriendo su necesidad de ingesta de líquidos y alimentos adecuados que faciliten su recuperación.
- Acordar con la madre y pareja las siguientes visitas de control mínimas para poder atender el posparto inmediato y tardío.

- Informar sobre los signos de alarma y cómo contactar con la matrona en caso de necesidad.
- Realizar los informes pertinentes sobre el parto, documentando todo el proceso.
- Si nuestra valoración es satisfactoria, nos despediremos, les ofreceremos nuestro asesoramiento en lo que precisen y les recordaremos que pueden contactar con la matrona telefónicamente ante cualquier duda y eventualidad.

7. Puerperio

Objetivo

Mantener el bienestar físico, emocional y social de la madre, de la criatura y de la pareja durante el periodo de crianza.

Recomendaciones

- El posparto requiere un tiempo de quietud y tranquilidad para favorecer la fisiología del mismo. Existen cambios circulatorios y hormonales importantes en la madre y de adaptación al nuevo medio para la criatura, que necesitan un ambiente que propicie su desarrollo. Por esto se aconseja realizar las visitas del posparto precoz (entre las 24h y el 7º/10º día) en el domicilio. El espacio del domicilio favorece la valoración de dinámicas rutinarias de la madre, valoración del sistema que la rodea y de si hay un buen sostén y cuidado hacia la madre durante este periodo de gran fragilidad física y emocional.
- Tras un parto en casa, las visitas se irán espaciando conforme la mujer va adquiriendo autonomía y en función de que los cambios se sucedan con normalidad. Sería recomendable:
 - Primera visita dentro de las primeras 24h en domicilio.
 - Se recomienda un mínimo de 3 visitas en domicilio durante la primera semana de vida.
- Las visitas sucesivas se realizarán según necesidad de la madre-criatura durante el primer mes de vida (WHO, 2013).
- Se debe ofrecer a las mujeres información relevante y oportuna para que puedan promover su propia salud y el bienestar de sus criaturas y para reconocer y responder a los problemas que puedan surgir. El objetivo es empoderarlas y hacerlas autónomas en su cuidado y en el de sus criaturas.
- Un modelo de atención en el que la matrona coordina y presta los cuidados a las mujeres, estableciendo un contacto con profesionales médicos cuando se requiere, ha mostrado mayores beneficios para las madres y sus criaturas sin mayores eventos adversos. (Homer *et al*, 2017; Sandall *et al*, 2016; Hatem *et al*, 2008).

Actuaciones y cuidados

En cada visita puerperal la matrona debe:

- Preguntar a la mujer sobre su salud y bienestar y el de la criatura.
- Registrar adecuadamente la información.
- Valorar la salud física materna: preguntar sobre la normalidad de las pérdidas, descartar signos de infección de los loquios, controlar las constantes vitales las primeras 48h de posparto, vigilar la ausencia de signos de tromboembolismo, dar respuesta a situaciones de fatiga, estreñimiento, hemorroides, incontinencia fecal o urinaria, evaluar el periné, picazón, olor desagradable o dolor, así como también hablar de la reanudación de las relaciones sexuales, la posible ansiedad o dispareunia 2-6 semanas después del nacimiento e informar sobre métodos anticonceptivos disponibles (NICE, 2015).
- Administrar la inmunoglobulina anti-D a todas las mujeres Rh-D negativo cuya criatura sea Rh-D positivo, dentro de las 72h siguientes al parto.
- Valorar la salud mental materna: Reconocer aquellos patrones normales de cambios emocionales en el período posnatal (y que, generalmente, se resuelven dentro de 10-14 días de dar a luz), conocer el apoyo familiar y social del que disponen. Preguntar en cada visita sobre su estado emocional, si hay apoyo familiar y social, y como se organizan en el día a día. Se debe animar a las mujeres y a sus familias a transmitir información a la matrona sobre cambios inusuales de humor, emociones o comportamiento. Si después de los primeros 14 días tras el parto, persiste sintomatología como llanto recurrente, sentimientos ambiguos, ansiedad o estado de ánimo bajo, la mujer debería ser valorada por depresión posnatal.
- Animar a la mujer a cuidar de su estado de ánimo con ejercicio suave, tiempo de descanso, ayuda doméstica, apoyo para poder expresar sus emociones y sentirse escuchada y comprendida (asistiendo a grupos de apoyo a la lactancia o a la crianza...) (NICE, 2015).

- Valoración de la lactancia materna:
 - Apoyar a la mujer para generar autoconfianza en su propia capacidad y señalar indicadores de buen agarre (Moore *et al*, 2012; MSPS, 2010).
 - Dar soporte ante la aparición de problemas: dolor / grietas en pezones, ingurgitación mamaria, mastitis aguda o subclínica, detectar anquiloglosia ante lactancia dificultosa, nivel de alerta de la criatura: frecuencia y duración de las tomas.
 - En caso de precisar suplementación, priorizar que se haga con leche de la propia madre y facilitar toda la información al respecto.
 - Promover el colecho seguro ya que aumenta el número de veces que la criatura intenta agarrarse al pecho y la satisfacción materna (MSSI 2017).
- Valorar la salud de la criatura sana:
 - Se recomienda la exploración física de la criatura por una matrona entrenada en las primeras 24h de vida (Townsend *et al*, 2004), tal y como se define dentro de las competencias de la matrona (Orden SAS/1349/2009. Programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Ministerio de la Presidencia, 2009).
 - La exploración completa consiste en observar: coloración, control de temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria las primeras 48h, observación y vigilancia de la posible ictericia, cantidad de micciones, deposiciones, grado de alerta, irritabilidad o somnolencia, y valoración de regurgitaciones y/o vómitos.
 - Propiciar el vínculo entre la madre y la criatura.
 - Informar respecto al llanto de la criatura.
 - Recomendaciones en cuanto a higiene de la criatura y cuidado del cordón umbilical, manteniéndolo seco y limpio y evitando el uso de alcohol u otros antisépticos (Sánchez Luna *et al*, 2009; Demott *et al*, 2006; Zupan *et al*, 2004).
 - Realizar test de diagnóstico precoz de metabolopatías, si los padres así lo desean a partir de las 48h de vida de la criatura.
- Ofrecer profilaxis de la enfermedad hemorrágica en la criatura, mediante la administración de vitamina K intramuscular (IM) u oral según Protocolo de la Asistencia natural al parto normal del 2007.
- Recomendar la visita a un pediatra antes del primer mes de vida.
- Alertar sobre medidas de seguridad en cuanto a caídas, colecho, hermanos...

Nacimiento en casa y microbiota

La criatura llega a un mundo lleno de bacterias. Mientras madura su propio sistema inmunitario, este es apoyado por la madre a través de su sangre mediante los anticuerpos que le llegan de la placenta y mediante las múltiples inmunoglobulinas presentes en la leche (calostro).

El hecho de que las criaturas nazcan con la nariz próxima al ano de la madre proporciona la mejor oportunidad para colonizarse con las bacterias maternas beneficiosas que se expandirán rápidamente por la criatura durante su primer año de vida, y competirán en espacio y nutrientes con aquellas bacterias peligrosas presentes en el entorno (Hanson, 2007).

Se sabe, por lo tanto, que la primera exposición de una criatura a las bacterias varía según sea su modo de nacimiento. Estas diferencias podrían tener implicaciones en la salud más adelante, de acuerdo con un cuerpo emergente de evidencia que sugiere que las bacterias intestinales pueden ser importantes para el desarrollo de un sistema inmunológico saludable (Arrieta *et al*, 2014). Por ejemplo, la evidencia muestra que las alteraciones en la flora intestinal temprana pueden aumentar la incidencia de las alergias más adelante (Bendiks *et al*, 2013).

Algunos estudios han sugerido que las criaturas que nacen por cesárea pueden tener un mayor riesgo de desarrollar condiciones como el asma, la diabetes tipo 1 y la enfermedad celíaca (Cho *et al*, 2013).

8. Parto en el agua

Objetivos

- Promover la utilización de la hidroterapia en el proceso de dilatación.
- Ofrecer la opción de parto y nacimiento en el agua con garantías de seguridad.

Evidencia

La más reciente Revisión Cochrane (Cluett *et al*, 2009) sobre parto en el agua que incluye 12 estudios concluye que:

- La inmersión durante la primera fase del parto reduce significativamente la necesidad de analgesia epidural.
- No afecta la duración del parto.
- No afecta la necesidad de parto instrumentado.
- No afecta el bienestar neonatal.
- Un estudio habla de aumento de la satisfacción materna con inmersión en la fase de expulsivo.
- Se requieren más estudios para valorar el efecto de la inmersión respecto a la morbilidad materna y neonatal.
- No existen estudios para valorar la inmersión durante la tercera fase del parto ni para evaluar distintos modelos, de piscina o de bañera.

Otros estudios relacionados con la duración del parto, necesidad de analgesia, lesiones perineales, tasa de HPP y Apgar concluyen que los resultados son mejores que en nacimientos fuera del agua y que las complicaciones directamente relacionadas con el uso del agua en los partos son muy raras (Lukasse *et al*, 2014; Dahlen *et al*, 2013; Menakaya *et al*, 2013; Torkamani *et al*, 2010; Thoeni *et al*, 2005; Otigbah *et al*, 2000).

Efectos beneficiosos del parto en el agua

El agua ha sido utilizada en los partos a lo largo de la historia. Se constata su utilización en el antiguo Egipto y la antigua Grecia. Su uso disminuye drásticamente durante la década de los 40 para

resurgir tímidamente a mediados de los años 70 de la mano de Leboyer (Garland, 2011).

Se le atribuyen beneficios para la madre y para la criatura. Los beneficios maternos se observan a nivel físico, psicológico y obstétrico.

A nivel físico produce un efecto analgésico por el mecanismo de contraestimulación, reduce la tensión muscular y de ligamentos y permite a la mujer adoptar una posición confortable, lo que reduce los traumatismos perineales (Burns *et al*, 2012; Torkamani *et al*, 2010; Otigbah *et al*, 2000).

A nivel psicológico, la mujer se siente más relajada por el efecto de aislamiento del entorno y aumento del confort. La mujer se siente “en control”, empoderada (Richmond, 2003).

A nivel obstétrico puede acelerar o ralentizar el trabajo de parto. El uso del agua disminuye las intervenciones obstétricas, lo que puede ser beneficioso para aquellas mujeres que padecen tocofobia (Lukasse *et al*, 2014).

La criatura se beneficia de una transición más suave, contacto inmediato piel con piel con su madre y pinzamiento tardío del cordón (Garland, 2011).

Recomendaciones

Fase de dilatación

- La mujer puede entrar en la bañera en el momento que le apetezca. Una hora después valoraremos el efecto producido por el agua y decidiremos la conveniencia de quedarse en ella o salir.
- Durante todo el proceso debe tenerse muy en cuenta la temperatura del agua. Esta debe ser agradable para la mujer y no debe sobrepasar los 38,3°C. El cuerpo de la mujer debe quedar sumergido por debajo de los pechos para favorecer la eliminación de calor corporal. La temperatura ambiente debe mantenerse por encima de los 20°C.

- Debe tomarse la TA de la madre antes de entrar en el agua y periódicamente durante la primera hora.
- Se realizará auscultación intermitente de la FCF cada 15 min. durante la primera hora y periódicamente durante todo el proceso de dilatación.
- Observar y registrar los efectos en la madre durante la primera hora de inmersión al igual que el entorno (ambiente, acompañantes...).
- Tener en cuenta la correcta hidratación de la madre y la frecuencia de la micción (puede realizarse, si así lo desea la madre, dentro del agua) (Garland, 2011).

Nacimiento en el agua

- A menudo es difícil identificar el inicio de la fase de pujo cuando la madre se encuentra sumergida en el agua. Esta fase puede acortarse considerablemente en el agua.
- Auscultar frecuentemente la FCF para identificar una FCF patológica que puede resultar en hipoxia fetal grave. En este caso pedir a la madre que abandone la piscina o bañera.
- Evaluar continuamente el progreso del parto y ante la sospecha de dificultad pedir a la madre que abandone la piscina o bañera.
- Sacar a la madre del agua si aparece LA meconial, distocia de hombros, vuelta de cordón que no permite la salida del tronco o rotura de cordón, HPP o colapso materno.
- No es recomendable realizar ningún tipo de maniobras de extracción fetal. Se utilizará una técnica "hands off" (Nutter *et al*, 2014).
- La criatura debe nacer completamente sumergida. Seguidamente, sacar la cabeza de la criatura del agua suavemente y sin prisas y colocarla sobre el pecho de su madre (Henderson *et al*, 2014; Burns *et al*, 2012). Normalmente no es necesario hacer nada ante una vuelta de cordón (Reed *et al*, 2009). En un parto normal, la fisiología fetal impide a la criatura respirar bajo el agua. Diversos factores influyen en este hecho: la presencia de Prostaglandina E2 que ralentiza o para los movimientos respiratorios fetales, la hipoxia fisiológica fetal que causa apnea o movimientos de deglución, la naturaleza hipotónica del agua que previene su entrada a los pulmones ya que

el fluido pulmonar es hipertónico, el reflejo de inmersión de la criatura y otras características de la fisiología neonatal como la gravedad, los sensores de presión y el tacto entre otros (Johnson, 1996).

- Realizar el test de Apgar al minuto. La persistencia de circulación fetal si la criatura nace en el agua puede disminuir su puntuación si se realiza inmediatamente después del nacimiento (Menkaya *et al*, 2013).
- Observar y valorar la cantidad de cualquier sangrado antenatal y actuar consecuentemente
- Mantener el agua limpia. Sacar las heces o cambiar el agua si es necesario (Thoeni *et al*, 2005).
- Observar la temperatura de la criatura.
- Esperar 1h aproximadamente antes de suturar cualquier desgarro (Garland, 2011).

Material para el parto en el agua

Para el parto en el agua en casa deberá tenerse en cuenta el material extra que será necesario:

- Piscina inflable o bañera.
- Sonicaid acuático.
- Adaptador de grifo.
- Bomba para el inflado de la piscina inflable.
- Termómetro acuático.
- Mangueras (una limpia para llenado y otra para vaciado).
- Colador o salabre.
- Bomba para sacar el agua de la piscina.
- Espejo.
- Cobertura de piscina de un solo uso.
- Linterna acuática.
- Jarra u otro recipiente.
- Toallas.

Se acordará con la madre/pareja qué tipo de bañera se utilizará, de dónde se obtendrá (compra, alquiler...), quién será el responsable de montarla y desmontarla y quién se hace cargo de su limpieza y cómo.

9. Material de uso profesional

Objetivo

Asegurar que los profesionales dedicados al parto domiciliario dispongan del material adecuado.

Listado de material

El material utilizado es desechable a excepción del material quirúrgico que será esterilizado por métodos homologados:

- Gasas estériles.
- Guantes estériles y no estériles.
- Material de sutura estéril.
- Tallas estériles.
- Cordonete umbilical estéril o pinza o goma.
- Jeringas y agujas estériles desechables.
- Material para la venoclisis.
- Equipos de suero.
- Suero: glucosado fisiológico, suero expansor de plasma y Ringer lactato.
- Esparadrapo de tela y de papel. Apósitos para fijar vía venosa. Ligadura de goma. Alcohol 70%.
- Material quirúrgico estéril: tijeras, pinzas de disección, pinzas hemostáticas tipo Kelly y porta agujas.
- Medicación de urgencia:
 - Oxitocina.
 - Methergin.
 - Misoprostol.
 - Anestésicos locales.
- Sondas con depósito para aspiración de mucosidades.
- Resucitador neonatal y mascarilla neonatal.
- Estetoscopio de Pinard y Doppler portátil de auscultación fetal.
- Tensiómetro y fonendoscopio.
- Cinta métrica y pesabebés.
- Tubos para recoger muestras sanguíneas.
- Sondas vesicales y lubricante urológico.
- Tira reactiva para pH y orina.

- Informes de registro.

- Carnet de Salud de la criatura.
- Cuestionario para la declaración de nacimiento en el Registro Civil.
- Partograma.
- Hoja de curso clínico.
- Hoja de la criatura.
- Tarjeta de cribado de metabolopatías de la criatura.

10. Traslados y coordinación con los centros sanitarios

La colaboración de todos los profesionales involucrados en un sistema de atención a la maternidad es esencial para obtener resultados óptimos tanto en la madre como en la criatura. El parto en casa, a pesar de no ser una opción mayoritaria, ha demostrado buenos resultados en términos de morbilidad materna y neonatal, satisfacción y relación coste-beneficio en países donde se ofrece dentro del sistema público de salud (Schroeder *et al*, 2014; Tracy *et al*, 2014). Estos buenos resultados están directamente relacionados con la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales que permiten un traslado de la mujer y la criatura al hospital siguiendo el continuum asistencial (Hutton *et al*, 2014).

Todas las mujeres y las familias que planean un nacimiento en casa o en una casa de partos tienen derecho a recibir una atención continuada respetuosa, segura y sin fisuras tanto durante el traslado (si se hace con ambulancia) como en el hospital de referencia. El diálogo entre profesionales y la cooperación son fundamentales para la atención integral y una mejor vivencia del parto y el nacimiento (Dadiz & Guillet 2011).

Objetivo

Este apartado de la guía pretende:

- Definir los elementos básicos que se deben incluir en el desarrollo de documentos y políticas relacionadas con el traslado de casa al hospital.
- Promover la más alta calidad asistencial de la atención para las mujeres y sus familias mediante la colaboración respetuosa entre los profesionales, la comunicación permanente y la prestación de la atención centrada en el binomio madre/criatura y la familia.
- Impulsar una coordinación óptima entre los diferentes agentes de salud involucrados para que las mujeres tengan una experiencia positiva del proceso a pesar del traslado.

Recomendaciones

Elaborar un plan de traslado

La planificación de un nacimiento en casa o en una casa de partos, incluye, invariablemente, lo que llamamos un plan de traslado. En nuestro país no existe ningún circuito consensuado con los diferentes niveles asistenciales que facilite el traslado de casa al hospital.

Por lo tanto, cada equipo o profesional se organiza según las preferencias de la mujer/pareja en cuanto a la planificación del sistema de transporte y el centro hospitalario o clínica donde se hará el traslado en caso de necesidad.

En cualquier caso, es recomendable que la mujer tenga la oportunidad de visitar, antes del parto, el centro de referencia escogido para el traslado. Esta visita tiene como objetivo tener un primer contacto con el entorno hospitalario, abrir la historia clínica si no se ha hecho anteriormente y comentar el plan de parto.

El plan de traslado se elabora durante el embarazo. Siempre se recomienda que haya un coche disponible y un acompañante familiarizado con el recorrido hasta la entrada de urgencias del hospital de referencia.

Las matronas informan de los posibles motivos de traslado y los procedimientos en la atención hospitalaria.

El plan se hace por escrito, junto a la historia clínica, y debe especificar:

- El medio de transporte y quién conducirá.
- El hospital planificado para el traslado.
- El teléfono directo a la sala de partos del hospital escogido.
- La ruta para llegar al hospital.
- Quién se quedará a cargo de los otros hijos.

Atención durante el traslado y acogida en el hospital

En caso de traslado, la matrona o quien esté disponible, llamará al hospital para explicar el motivo del traslado, el sistema de transporte y la hora aproximada de llegada (anexo 4). En caso de que la matrona no pueda comunicarse personalmente con el hospital, es importante que la persona que lo haga tenga en cuenta las recomendaciones expuestas en el anexo 4.

Durante el transporte la matrona continuará proporcionando atención de rutina o urgente hasta llegar al hospital.

En caso de traslado por una emergencia neonatal, los padres acompañarán a la criatura, ya sea en el coche particular o en la ambulancia.

A la llegada al hospital, la matrona ofrecerá un informe verbal y escrito (anexo 4) que incluirá detalles sobre el motivo del traslado, el estado de salud de la mujer o la criatura y la necesidad de atención hospitalaria.

La matrona promoverá la comunicación entre la mujer y los profesionales del hospital asegurándose de que la mujer/pareja entienden el plan de atención del hospital y que los profesionales del hospital entienden la necesidad de la mujer/pareja de obtener información sobre las diferentes opciones terapéuticas. Una vez hecho el traspaso, la matrona transferirá la responsabilidad clínica a los profesionales del hospital y continuará el acompañamiento según lo haya planificado con la mujer/pareja.

En un sistema de salud donde la atención domiciliaria al parto está integrada como una opción más, la matrona puede continuar acompañando a la mujer en el hospital (Hutton *et al*, 2009).

Es importante estar atentos a las necesidades psicosociales de la mujer que se derivan del cambio en sus expectativas. Sería deseable que en la atención en el hospital se tuviera en cuenta la participación de la mujer/pareja en la toma de decisiones y la creación de un plan continuo de atención que incorporase los valores, creencias y preferencias de la mujer.

Siempre que sea posible la mujer y la criatura deben de estar juntos durante el traslado y durante el ingreso hospitalario (NICE, 2014).

Si el estado de la madre y la criatura lo permiten, se facilitará el alta precoz ya que madre y criatura contarán con la asistencia domiciliaria de su matrona durante el puerperio.

Mejora de la calidad asistencial

Todas las mujeres tienen derecho a tomar sus propias decisiones sobre cómo y dónde dar a luz con la información necesaria y el apoyo de los profesionales de la salud y de las instituciones (de Jonge *et al*, 2009). Los servicios de maternidad deberían de amparar estas decisiones en la medida de lo posible. El papel de la matrona, independientemente del lugar donde ejerce profesionalmente, es respaldar, dar información y acompañar en la toma de decisiones a las mujeres y proporcionar la mejor atención posible adecuada a esta elección (Sjöblom *et al*, 2014).

Todos los profesionales involucrados en el proceso de traslado: matronas domiciliarias, matronas del hospital, obstetras, pediatras, servicios de emergencias y agentes sociales involucrados en la atención al parto, tienen que participar en el desarrollo de políticas y procesos que mejoren la calidad en la asistencia a las mujeres/parejas que deciden parir en un entorno no hospitalario (Vedam *et al*, 2014).

Estas políticas deberían tener en cuenta:

- Un sistema de comunicación entre las matronas del parto en casa y los centros hospitalarios.
- Un circuito específico que incluirá los servicios de emergencias en caso de traslado urgente.
- La posibilidad de comentar el caso entre la matrona domiciliaria, el personal del hospital y la mujer/pareja antes del alta.
- Documentar la vivencia y satisfacción de las mujeres y las familias respecto al traslado.
- La posibilidad de revisar de forma regular todos los casos de traslado por parte de todos los profesionales involucrados con el objetivo de mejorar la seguridad y la calidad de la atención.
- La inclusión del parto domiciliario en el programa formativo de las matronas y los obstetras.

- La posibilidad de realizar sesiones multidisciplinarias que permitan la mejora de las relaciones entre los diferentes agentes de salud y el modo de abordar los problemas que puedan surgir.

Situaciones clínicas más frecuentes que requieren un traslado

Existen diferentes situaciones que pueden requerir un traslado del domicilio al hospital, la más frecuente es la necesidad de analgesia epidural (Blix *et al*, 2014).

Otras situaciones son (NICE 2014):

- Presentación anómala.
- Reducción de movimientos en las últimas 24h.
- La incertidumbre sobre la presencia o no de latido fetal.
- Cabeza alta o libre en primípara, cabeza libre o flotante en múltiparas.
- Presencia significativa de meconio Tipo II-III: negro/verde oscuro, pasta, persistente o con grumos.
- Sospecha de PEG o GEG, oligohidramnios o polihidramnios.
- Necesidad de monitorización continua por anomalías de FCF en la auscultación intermitente: FCF <110 latidos por minuto (lpm) o > de 160 lpm, poca variabilidad y/o ausencia de aceleraciones o presencia de desaceleraciones.
- Presencia de dolor anormal distinto del asociado normalmente con las contracciones. Sospecha de ruptura uterina.
- Taquicardia materna >120lpm entre contracciones, en dos ocasiones con 30 minutos de diferencia y habiendo hidratado bien a la mujer.
- Ruptura de membranas más de 24h antes del inicio del trabajo de parto. No se realizará el traslado si la mujer desea mantener una actitud expectante.
- Partos estacionados en cualquier fase.
- Fiebre materna (38,0°C en una toma o 37,5°C en dos ocasiones con 30 minutos de diferencia). Hay que buscar el origen de la fiebre: verificar la temperatura del agua si la mujer está en la bañera o piscina de partos y procurar que la mujer esté hidratada.
- Alteraciones de la presión arterial:
 - TA sistólica de ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 110 mmHg entre contracciones en una sola medición.
 - TA sistólica de ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg entre contracciones, en dos ocasiones, con 30 minutos de diferencia.
 - 2+ de proteínas en el uroanálisis y una sola medida de TA sistólica de ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg entre contracciones.
- Desgarro de tercer y cuarto grado o cualquier trauma perineal complicado que no pueda ser reparado en el domicilio.
- APGAR <7 a los 5', o reanimación prolongada.
- Retención urinaria.
- Petición materna.

Nota: Si observamos cualquiera de los factores mencionados pero el nacimiento de la criatura es inminente, debemos valorar si es preferible parir en casa o trasladar a un centro hospitalario (NICE, 2014).

11. Glosario

ACL	Associació Catalana de Llevadores	Idescat	Institut d'Estadística de Catalunya
ACOG	American College of Obstetricians & Gynecologists	IM	Intramuscular
ALPACC	Associació de Llevadores de Part a Casa de Catalunya	IMC	Índice de masa corporal
CAP	Centro de atención primaria	IV	Intravenosa
CCIC	Consell de Col·legis d'Infermeres i infermers de Catalunya	LA	Líquido amniótico
°C	Grados centígrados	lpm	Latidos por minuto
CIR	Crecimiento intrauterino retardado	MF	Movimientos fetales
cm	Centímetros	mcg	Microgramo
COIB	Col·legi Oficial Infermeres i infermers de Barcelona	mmHG	Milímetros de mercurio
CTG	Cardiotocograma	ml	Mililitro
DU	Dinámica uterina	MSPS	Ministerio de Sanidad y Política Social
EGB	<i>Streptococo agalactiae grupo B</i>	MSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
FAME	Federación de Asociaciones de Matronas de España	ng	Nanogramo
FC	Frecuencia cardíaca	NICE	National Institute for Clinical Excellence
FCF	Frecuencia cardíaca fetal	OMS	Organización Mundial de la Salud
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics	PCR	Proteína C-reactiva
FPP	Fecha probable de parto	PEG	Pequeño por edad gestacional
FR	Frecuencia respiratoria	RCM	Royal College of Midwives
GEG	Grande por edad gestacional	RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
g	Gramo	REM	Ruptura espontanea de membranas
h	Hora	Rh	Factor Rh (Rhesus) de la sangre
Hb	Hemoglobina	RN	Recién nacido
HELLP	Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Lowered Platelets	Tª	Temperatura
HPP	Hemorragia posparto	TA	Tensión arterial
HTA	Hipertensión arterial	UCI	Unidad de cuidados intensivos
ICM	International Confederation of Midwives	UI	Unidad Internacional
		VIH	<i>Virus de la Inmunodeficiencia Humana</i>
		Vs	Versus/comparado con/contra
		WHO	World Health Organization (OMS)

12. Bibliografía

- Aasheim, V., Nilsen, ABVika., Lukasse, M. and Reinar, LM. (2011) *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.
- Albers, L., Anderson, D., Cragin, L., and Lee, L. (1996) Factors related to perineal trauma in childbirth. *Journal of Nurse Midwifery*, 41, p. 269-76.
- Albers, LL., Sedler, KD., Bedrick, EJ., Teaf, D. and Peralta, P (2005) Midwifery measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50, p. 365-72.
- American College of Obstetricians & Gynecologists (2015) *Limitations of Perineal Lacerations as an Obstetric Quality Measure*. Committee Opinion No. 647. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.
- American College of Obstetricians & Gynecologists (2014) *Nation's Ob-Gyns Take Aim at Preventing Cesareans: New Guideline Recommends Allowing Women to Labor Longer to Help Avoid Cesarean*. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.
- American College of Obstetricians & Gynecologists (2014) *Safe prevention of the primary cesarean delivery*. Obstetric Care Consensus No. 1. American College of Obstetricians and Gynecologists; 123:693–711.
- Arrieta, M-C., Stiemsma, LT., Amenyogbe, N., Brown, EM. and Finlay, B. (2014) The Intestinal Microbiome in Early Life: Health and Disease. *Frontiers in Immunology*, 5, p.427.
- Balit, JL., Dierker, L., Blachard, MH. (2005) Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labour. *Obstetrics and Gynaecology*, 105 (1), p.77-79.
- Ball, H. L., Ward-Platt, M. P., Heslop, E., Leech, S. J., and Brown, K. A. (2006) Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Archives of Disease in Childhood*, 91(12), p.1005–1010.
- Barclay, MD. (2014) *New Guidelines Advise Longer Labor Time to Avoid Cesareans*. [on line]. Medscape Education. Consultado en: <http://www.medscape.org/viewarticle/821419> [Consultado 5 de septiembre de 2015].
- Baxter, J (2007) Care during the latent phase of labour: supporting normal birth. *British Journal of Midwifery*, 15 (12), p.765-767.
- Beckmann, MM. and Stock, OM. (2013) *Antenatal perineal massage for reduced perineal trauma*. Cochrane Database Systematic Reviews;4:CD005123. doi: 10.1002/14651858.CD005123.pub3.
- Beldon, A. and Crozier, S. (2005) Health promotion in pregnancy: the role of the Midwife. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* no. 125 (5), p. 216-220.
- Bendiks, M. and Kopp, MV. (2013) The Relationship Between Advances in Understanding the Microbiome and the Maturing Hygiene Hypothesis. *Current Allergy and Asthma Reports*, 13(5), p. 487-49.
- Bergh, AM., Arsalo, I., Malan, AF., Patrick, M., Pattinson, RC. and Phillips, N. (2005). Measuring implementation progress in kangaroo mother care. *Acta Paediatrica*, 94(8), p.1102-8.

- Bergman, N. (2005) *El modo canguro de tener al bebé*. [online]. Sextas Jornadas Internacionales sobre Lactancia. París. Marzo 2005. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/El_modos_canguro_de_tener_el_bebé.pdf.
- Birthplace in England Collaborative Group (2011) Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *British Medical Journal*, 343: d7400 doi: 10.1136/bmj. d7400.
- Black, M., Entwistle, VA., Bhattacharya, S. and Gillies, K. (2016) Vaginal birth after caesarean section: why is uptake so low? Insights from a meta-ethnographic synthesis of women's accounts of their birth choices. *BMJ Open* 2016;6: e008881. doi:10.1136/ bmjopen-2015-008881.
- Blix, E., Kumle, M., Kjærgaard, H., Øian, P. and Lindgren, HE. (2014) Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, p.179.
- BOE (2009) Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, Matrona. BOE núm.129. Jueves 28 de mayo de 2009. Sección III. Página 44697.
- Borup, L., Wurlitzer, W., Hedegaard, M., Kesmodel, U.S, Hvidman, L. (2009) *Acupuncture as pain relief during delivery: a randomized controlled trial*. Birth 2009 Mar;36(1):5-12. doi: 10.1111/j.1523-536X.2008.00290. x.
- Bryers, H. and Van Teijlingen, E. (2010) Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26 (5), p. 488-496.
- Burns, E.E., Blamey, C., Ersser, S.J., Barneston, L., Lloyd, A.J. (2000) *An investigation into the use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice*. J Altern Complement Med. 2000 Apr;6(2):141-7.
- Carlsson, IM., Hallberg, IRM. and Odberg Peterson, K. (2007) Swedish women's experiences of seeking care and being admitted during the latent phase of labour: a grounded theory study. *Midwifery*. 25 (2), p.172-180.
- Cheyney, M (2011) Reinscribing the Birthing Body: Homebirth as Ritual Performance. *Medical Anthropology Quarterly*, 25 (4), p.519-542.
- Cheyne, H., Terry, R., Miven, C., Dowding, D., Hundley, V. and McNamee, P. (2007) Should I come in now? A Study of women's early labour experiences. *British Journal of Midwifery*, 15 (10), p.604-609.
- Cho, CE. and Norman, M. (2013) Cesarean section and development of the immune system in the offspring. *American journal of obstetrics and gynecology* 208(4), p. 249-254.
- Cluett, ER and Burns, E. (2009) *Immersion in water in labour and birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub3.
- Col·legi Oficial Infermeria de Barcelona (2010). *Guia d'assistència del part a casa*. Barcelona.
- Colson, S D., Meek, J. and Hawdon, JM. (2008) Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Human Development*, 84(7), p.441-449.
- Consell de Col·legi d'infermeres i infermers de Catalunya (2013) *Codi d'ètica*. Barcelona.
- Dadiz, R. and Guillet, R. (2011) Educational Perspectives: Interdisciplinary Education: Improving Communication and Teamwork for Pediatric and Obstetric Practitioners. *NeoReviews*, 12(2), p. e63–e68. Available at: <http://neoreviews.aappublications.org/content/12/2/e63.abstract> [Accessed December 11, 2015].

Dahlen, H., Ryan, M., Homer, CSE. and Cooke, M. (2007). An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth. *Midwifery*, 23, p. 196-203.

Dancy, R. and Fullerton, J. (1995) Preparing Couples for Home Birth. *Journal of Nurse-Midwifery*, 40 (6), p.522-528.

Dare MR, Middleton P, Crowther CA, Flenaday V, Varatharaju B. (2006). *Planned birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 or more weeks)*. Cochrane Database of systematic Reviews. Issue 1.

Davis-Floyd, R. and Sargent, C. (1997) *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press.

Davis-Floyd, R. (2004) Home Birth Emergencies in the United States: The Trouble with Transport in *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*. Eds A Castro & M Singer, Lanham, MD: AltaMira Press. p. 329-350.

De Jonge, A., Mesman, J., Manniën, J., Zwart, JJ., Van Dillen, J. and Van Roosmalen, J. (2013) Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. *British Medical Journal*, 346: f3263.

De Jonge, A., van der Goes, BY., Ravelli, ACJ., Amelink-Verburg, MP., Mol, BW., Nijhuis, JG., Bennebroek, J. and Buitendijk, SE. (2009) Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529.688 low-risk planned home and hospital births. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116 (9), p.1177-1184.

Dhany, AL., Mitchell, T. and Foy, C. (2012) *Aromatherapy and massage intrapartum service impact on use of analgesia and anesthesia in women in labor: a retrospective case note analysis*. J Altern Complement Med. 2012 Oct;18(10):932-8. doi: 10.1089/acm.2011.0254. Epub 2012 Aug 16.

Downe, S. (2007) Hospital is the best place for all women to give birth. *British Journal of Midwifery*, 15 (3), p.156.

Dowswell, T., Carroli, G., Duley, L., Gates, S., Gülmezoglu, A. M., Khan-Neelofur, D., & Piaggio, G. G. (2010). Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), CD000934. Advance online publication. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD000934.pub2>

Durand, AM. (1992) The safety of home birth: the farm study. *Am J Public Health*, 82 (3), p.450-453.

Edwards, NP. (2009) Women's emotion work in the context of current maternity services. In: Hunter, B. and Deery, R. (eds) *Emotions in Midwifery and Reproduction*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Edqvist, M., Blix, E., Hegaard, H. K., Ólafsdóttir, O. Á., Hildingsson, I., Ingversen, K., ... Lindgren, H. (2016). Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 196. <http://doi.org/10.1186/s12884-016-0990-0>.

Elharmeel, SMA., Chaudhary, Y., Tan, S., Scheermeyer, E., Hanafy, A. and van Driel, ML. (2011) *Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8. Art. Nocris.: CD008534. DOI: 10.1002/14651858.CD008534.pub2.

European Court of Human Rights (2010) Case of Ternovszky v. Hungary. Second Section. (Application no. 67545/09) Judgment. Strasbourg.

Ezra, Y., Michaelson-Cohen, R., Abramov, Y. and Rojansky, N. (2004). Prelabor rupture of the membranes at term: when to induce labor? *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 115 (1), p.23-27.

FIGO (2012) Management of the second stage of labour. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 119, p.111-11.

Forster, DA., McLachlan, HL., Davey, MA., Biro, MA., Farrell, T., Gold, L. Flood, M., Shafiei, T. and Waldenström, U. (2016) Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16 (28), DOI 10.1186/s12884-016-0798-y.

Foster, DA., McLachlan, HL., Davey, MA., Biro, MA., Farrell, T., Gold, L., Floord, M., Shafiei, T. and Waldenström, U. (2016) Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BioMedCentral Pregnancy and Childbirth*, 16 (28), p. 1-13. DOI: 10.1186/s12884-016-0798-y.

Friedman, E.A. (1955) Primigravid Labor: A graphicostatistical analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 6(6), p.567-589.

Goer, H., and Romano, AM. (2012) *Optimal Care in Childbirth: The Case for a Physiologic Approach*. Seattle: Classic Day Publishing.

Gómez Papí, A., Baiges Nogués, M.^a T. Batiste Fernández, M.^a T., Marca Gutiérrez, M.^a del M., Nieto Jurado, A. and Closa Monasterolo, R. (1998) Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término. *Medicina fetal y perinatología*, 48(6), p. 631-633.

Gómez Papí, A., Pallás Alonso, CR. and Aguayo Maldonado, J. (2007) El método de la madre canguro. *Acta Pediatr Esp*, 65(6), p.286-291.

Gupta JK, Hofmeyr GJ, and Shehmar M. (2012) Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub3.

Hannah, M. E., Ohlsson, A., Farine, D., Hewson, SA., Hodnett, ED., Myhr, TL., Wang, EE., Weston, JA. and Willian, AR. (1996). Induction of labour compared with expectant management for prelabour rupture of the membranes at term. TERMPROM Study Group. *New England Journal of Medicine*, 334(16), p.1005-1010.

Hanson, LA. (2007) Session 1: Feeding and infant development breast-feeding and immune function. *Proceedings of the Nutrition Society*, 66(3):384-96.

Harding, C. (2012) How to 'listen' for fetal wellbeing. *The Royal College of Midwives*. Online. <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/analysis/how-to-%E2%80%98listen%E2%80%99-for-fetal-wellbeing> [Accessed 12 December 2015].

Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. and Gates, S. (2008) *Midwife-led versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. nº: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.

Hastings-Tolsma, M., Vincent, D., Emeis, C. and Francisco, T. (2007) Getting through birth in one piece: protecting the perineum. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 32 (3), p. 158-64.

Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. (2008) Midwife-led versus other models of care for childbearing women. [Systematic Review] Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4. No.: CD004667.

Healthcare Commission (2008) *Towards better births: a review of maternity services in England*. [online]. London: Commission for Health Audit and Inspection. Available from: http://www.healthcarecommission.org.uk/_db/_documents/Towards_better_births.pdf [Accessed 12 September 2015].

Hodnett, ED., Gates, S., Hofmeyr, GJ. and Sakala, C. (2013) Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.

Hollowell, J., Puddicombe, D., Rowe, R., Linsell, L., Hardy, P., Stewart, M. (2011) *The Birthplace national prospective cohort study: perinatal and maternal outcomes by planned place of birth*. Birthplace in England research programme. Final report part 4. NIHR Service Delivery and Organisation programme; 2011.

Home Birth Consensus Summit. (2011) *The Future of Home Birth in the United States: Addressing Shared Responsibility*. [online]. Disponible en: <http://www.homebirthsummit.org/> [accedido 8 enero 2016].

Homer, C., Leap, N., Edwards, N. and Sandall, J. (2017). Midwifery continuity of carer in an area of high socio-economic disadvantage in London: A retrospective analysis of Albany Midwifery Practice outcomes using routine data (1997–2009). *Midwifery*, 48, p.1-10.

Howard, S. (2015) Prelabour Ruptured Membranes in Low Risk Pregnancy at Term (PROM). Salisbury NHS Foundation Trust. [online]. Disponible en: [http://www.icid.salisbury.nhs.uk/ClinicalManagement/MaternityNeonatal/Pages/PrelabourRupturedMembranesinLowRisk\(PROM\).aspx#11](http://www.icid.salisbury.nhs.uk/ClinicalManagement/MaternityNeonatal/Pages/PrelabourRupturedMembranesinLowRisk(PROM).aspx#11) [accedido 16 Julio 2017]

Hundley, V. and Ryan, M. (2004) Are women's expectations and preferences for intrapartum care affected by the model of care on offer? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 11 (6), p.550-560.

Hutton, E. K., Reitsma, A. H. and Kaufman, K. (2009), Outcomes Associated with Planned Home and Planned Hospital Births in Low-Risk Women Attended by Midwives in Ontario, Canada, 2003–2006: A Retrospective Cohort Study. *Birth*, 36(3), p.180–189. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00322. x.

Hutton, E. K., Reitsma, A., Thorpe, J., Brunton, G., and Kaufman, K. (2014). Protocol: systematic review and meta-analyses of birth outcomes for women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital. *Systematic Reviews*, 3, 55. <http://doi.org/10.1186/2046-4053-3-55>.

Hutton, EK., Cappelletti, A., Reitsma, AH., Simioni, J., Horne, J., McGregor, C. and Ahmed, R. (2016) Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *Canadian Medical Association Journal*, 188(5), p. E80-E90.

International Confederation of Midwives (2013). *ICM Essential competencies for basic midwifery practice* [on line]. The Hague. Available from: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf> [Accessed 18 October 2015].

International Confederation of Midwives (2011a). *ICM International Definition of the Midwife* [on line]. The Hague. Available from: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition%20of%20the%20Midwife%20-%202011.pdf> [Accessed 18 October 2015].

International Confederation of Midwives (2011b). *Home birth* [on line]. Brisbane/Durban. Available from: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20English/PS2011_010%20ENG%20Home%20Birth.pdf [Accessed 18 October 2015].

International Confederation of Midwives (2011c). *Midwifery led care, the first choice for all women* [on line]. Durban. Available from: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20English/PS2011_012%20ENG%20Midwifery%20led%20Care%20the%20first%20choice%20for%20all%20women.pdf [Accessed 18 Octubre 2015].

Jackson, M., Dahlen, H. and Schmied, V. (2012) *Birthing outside the system: perceptions of risk amongst Australian women who have free births and high-risk home births*. *Midwifery* 2012; 28:561-7.

- Janssen, PA., Henderson, AD. and Vedam, S. (2009) The Experience of Planned Home Birth: Views of the First 500 Women. *Birth*, 36 (4), p.297-304.
- Janssen, PA., Mitton, C. and Aghajanian, J. (2015). Costs of Planned Home vs. Hospital Birth in British Columbia Attended by Registered Midwives and Physicians. *PLoS ONE* 10(7): e0133524. doi: 10.1371/journal.pone.013352.
- Janssen, PA., Saxell, L., Page, LA., Klein, MC., Liston, RM. and Lee, SK. (2009) Outcomes of planned home Birth with registered Midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Canadian Medical Association Journal*, 181(6-7), p. 6-7.
- Jones, J. (2015) Pre-labour rupture of membranes. *One to One North West*.
- Jouhki, MR. (2012) Choosing homebirth - The women's perspective. *Women and Birth*, 25 (4), p.56-61.
- Keedle, H., Schmied, V., Burns, E. and Dahlen, HG. (2015) Women's reasons for, and experiences of, choosing a homebirth following a caesarean section. *Bio Med Central Pregnancy and Childbirth* 15 (206). DOI 10.1186/s12884-015-0639-4.
- Kennedy, HP., Anderson, T. and Leap, N. (2010) Midwifery Presence: philosophy, Science and Art. In: Walsh, D. And Downe, S. (eds) *Essential Midwifery Practice: Intrapartum Care*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Klein, MC., Kelly, A., Kaczorowski, J. and Grzyboski, S (2003) The effect of family physician timing of maternal admission on procedures in labour and maternal and infant morbidity. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada*, 26 (7), p.641-645.
- Lavender T, Hart A, Smyth RMD (2013). Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD005461. DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub4.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, and Styles C. (2013) *Maternal positions and mobility during first stage labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
- Leslie, MS. and Romano, AM. (2007) Appendix: Birth Can Safely Take Place at Home and in Birthing Centers. *The Journal of Perinatal Education* 16 (1, Supplement), p.81S-88S.
- Li, Y., Townend, J., Rowe, R., Blocklehurst, P., Knight, M., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Newburn, M., Marlow, N., Pasupathy, D., Redshaw, M., Sandall, J., Silvertown, L., Hollowell, J. (2015) *Perinatal and maternal outcomes in planned home and obstetric unit birth in at "higher risk" of complications: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study*. Published BJOG; DOI: 10. 1111/1471-0528.13283.
- Lida, M., Horiuchi, S. and Nagamori, K. (2014) A comparison of midwife-led care versus obstetrician-led care for low-risk women in Japan. *Women and Birth, journal of the Australian College of Midwives*, 27(3), p. 202-207.
- Lindgren, H., and Erlandsson, K. (2010) Women's Experiences of Empowerment in a Planned Home Birth: A Swedish Population-based Study. *Birth*, 37 (4), p.309-317.
- Lindgren, H., Radestad, JJ., Christensson, K., Wally-Bystrom, K. and Hildingsson, IM. (2010) Perceptions of risk and risk management among 735 women who opted for a home birth. *Midwifery*, 26 (2), p.163-172.
- Lindgren, H., Raestad, JJ., Christensson, K. and Hildingsson, IM. (2008) Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register Study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 87 (7), p.751-759.
- Lothian, JA. (2004) Do not disturb: the importance of privacy in labor. *The Journal of Perinatal Education*, 13 (3), p.4.

Lyerly, A., Mitchell, LM., Armstrong, EM., Harris, LH., Kukla, R., Kuppermann, M. and Little, MO. (2007) Risks, Values, and Decision Making Surrounding Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 109 (4), p. 979-984.

Maassen MS, Hendrix MJC, Van Vugt HC, Veersema S, Smits F, Nijhuis JG. Operative deliveries in low-risk pregnancies in The Netherlands: primary versus secondary care. *Birth*, 35:4 december 2008, p. 277-82.

Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. (2012) *Hypnosis for pain management during labour and childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD009356. DOI: 10.1002/14651858.CD009356.pub2.

Mayerhofer, K., Bodner-Adler, B., Bodner, K., Rabl, M., Kaider, A., Wagenbichler, P., Journa, EA. and Husslein, P. (2002) Traditional care of the perineum during birth: A prospective, randomized, multicenter study of 1076 women. *Journal of Reproductive Medicine*, 47 (6), p. 477-82.

Maznin, NL. And Creedy, DK (2012) A comprehensive systematic review of factors influencing women's birthing preferences. *Joanna Briggs Institute Data Base of Systematic Reviews* 10(4), p.232-306.

McDonald, SJ., Middleton, P., Dowswell, T. and Morris PS (2013) *Efecto del momento del pinzamiento del cordón umbilical de los recién nacidos a término sobre los resultados maternos y neonatales*. Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.

Middleton, P., Shepherd, E., Flenady, V., McBain, RD. and Crowther, CA. (2017) *Is it better for a baby to be born immediately or to wait for labour to start spontaneously when waters break at or after 37 weeks?* Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD005302. DOI: 10.1002/14651858.CD005302.pub3.

Midwives Alliance North America (2012) *Homebirth Position Paper* [en línea]. Nord Amèrica. Disponible en: <http://mana.org/sites/default/files/MANAHomebirthPositionPaper.pdf> [accedido el 8 enero 2016].

Midwives Alliance of North America (2011) MANA Core 50. *Competencies for Basic Midwifery Practice*. Disponible en: <http://mana.org/about-us/core-competencies> [accedido el 8 enero 2016].

Ministerio de la presidencia, Gobierno de España (2002). *Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica*. Boletín Oficial del Estado nº 247 de 15-11-2002, p. 40126.

Ministerio de la presidencia, Gobierno de España (2009). *Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)*. Boletín Oficial del Estado nº129, 28-05.2009, p. 44697-44729.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017) *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2014) Duración del periodo de alumbramiento. *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*, p. 147-156.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal*. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Partto_Normal_Osteba_compl.pdf.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) *Cuidados desde el nacimiento*. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas [on line]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosdesdeNacimiento.pdf>.

Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N. and Dowswell, T. (2012) Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD003519. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3>.

Murphy, PA. and Feinland, JB. (1998) Perineal outcomes in a home birth setting. *Birth*, 25 (4), p. 226-34.

National Institute of Health and Clinical Excellence (2014) *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. NICE Clinical Guideline 55. London: NICE.

National Institute of Health and Clinical Excellence (2015) Postnatal care up to 8 weeks after birth. NICE Clinical Guideline QS37. London: NICE.

National Institute of Health and Clinical Excellence (2008) *Antenatal care for uncomplicated pregnancies*. NICE Clinical Guideline 62. London: NICE.

Nove, A; Berrington, A; Matthews, Z (2012) Comparing the odds of postpartum haemorrhage in planned home birth against planned hospital birth: results of an observational study of over 500,000 maternities in the UK. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12: 130.

Odent, M. (2001) New reasons and new ways to study birth physiology. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75 (Supp 1), p. S39-S45.

Odent, M. Fetus ejection reflex and the art of midwifery. [on line]. Wombecology. Disponible en: <http://www.wombecology.com> [Acceso 19 Septiembre, 2015].

Ohlsson A, and Shah VS. (2014) *Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD007467. DOI: 10.1002/14651858.CD007467.pub4.

Olsen, O. and Clausen, JA. (2012) Planned hospital birth versus planned home birth. [Systematic Review] Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9.

OMS (1985) Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. *Lancet*, 2, p. 436-437.

OMS (2005) Informe sobre la salud en el mundo 2005 ¡Cada madre y cada niño contarán! Consultado en: http://www.who.int/whr/2005/overview_es.pdf?ua=1 [Consultado 5 de junio de 2017].

Parlament de Catalunya (2011) *Llei sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica*. Barcelona, segona edició.

Parliamentary and Health Service Ombudsman (2013). *Midwifery supervision and regulation: recommendations for change*. HC 865 London: The Stationery Office. ISBN: 9780102987324.

Petrocnik, P. and Marshall, JE. (2015) Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Midwifery*, 31 (2), p. 274-279.

Pintucci, A., Meregalli, V., Colombo, P., Fiorilli, A. (2014). Premature rupture of membranes at term in low risk women: how long should we wait in the "latent phase"? *Journal of Perinatal Medicine*, 42(2), p. 189-196.

Plested, M. (2014) Freebirth in pursuit of normal Birth-a quest for a salutogenic framework. *Essentially Midwifery*, 5 (10), p. 16-19.

Porter, L. (2007). *All night long: understanding the world of infant sleep* [online]. Breastfeeding Review, 15 (3) Availability: <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=439856587325224;res=IELAPA> ISSN:0729-2759.

Porter RH. (2004) The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours. *Acta Paediatrica*, 93(12), p.1560-2.

Rabe, H., Díaz-Rosselló, J.L., Duley, L. and Dowswell, T. (2012) *Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD003248. DOI: 10.1002/14651858.CD003248.pub3.

Reed, R. (2013) *Midwifery practice during birth: rites of passage and rites of protection* [on line]. Available at: <http://research.usc.edu.au/vital/access/manager/Repository/usc:10789> [Accessed November 12, 2015].

Reed, R. (2015a) *Perineal Protectors?* [online]. Midwife Thinking, Australia. Consultado en: <http://midwifethinking.com/2010/08/07/perineal-protectors/> [Consultado 10 de septiembre de 2015].

Reed, R. (2015b) Supporting women's instinctive pushing behaviour during birth. [on line]. Available at: <http://www.ingentaconnect.com/content/mesl/tpm/2015/00000018/00000006/art00005> [Accessed November 13, 2015].

Righard, L. and Alade, M.O. (1990) Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*, 336(8723), p.1105-7.

Romano, A.M. and Lothian, J.A. (2008) Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37 (1), p. 94-105.

Rothman, M. (2014). Pregnancy, Birth and risk: an introduction. *Health, Risk & Society*, 16 (1), p. 1-6.

Royal College of Midwives (2007) Normal Childbirth. *Position Statement N°4*.

Royal College of Midwives (2008) *Second stage of labour: challenging the use of directed pushing* [on line]. Midwives magazine, London. Consultado en: <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/analysis/second-stage-of-labour-challenging-the-use-of-directed-pushing> [Consultado 5 de septiembre de 2015].

Royal College of Midwives (2012) Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour 2012.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Royal College of Midwives (2007) Home birth. *Join Statement N°2*.

Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (2014) Perineal tearing is a national issue we must address [online]. Consultado en: <https://www.rcog.org.uk/en/blog/perineal-tearing-is-a-national-issue-we-must-address> [Consultado 6 de Septiembre de 2015].

Sakala, C. and Corry, M. (2008) *Evidence-Based Maternity Care: What It Is and What It Can Achieve*. [on line]. Disponible en: <http://www.milbank.org/uploads/documents/0809MaternityCare/0809MaternityCare.html> [accedido 8 enero 2016].

Sanchez Luna, M., Pallás Alonso, C.R., Mussons F.B., Echániz Urcelay, I., Castro Conde, J.R. and Narbona, E. Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. (2009) Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*, 71 (4), p.349-361.

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. and Devane, D. (2016) *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub4.

Saraswathi, V. (2003) Home Birth versus Hospital Birth: Questioning the Quality of the Evidence on Safety. *Birth*, 30 (1), p.57-63.

Schroeder, L., Petrou, S., Patel, N., Hollowell, J., Puddicombe, D., Redshaw, M., et al. (2011). *Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis*.

- Schroeder, E., Petrou, S. and Hollowell, J. (2014) *Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: decision analytic model*. Birthplace in England research programme. Final report part 7. Available at: http://nets.nihr.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0016/116026/FR7-08-1604-140.pdf [Accessed November 26, 2015].
- Seaward, P. G., Hannah, M. E., Myhr, T. L., Farine, D., Ohlsson, A., Wang, EE., Hague, K., Weston, JA., Hewson, SA., Ohel, G. and Hodnett, ED. (1997). International Multicentre Term Prelabor Rupture of Membranes Study: evaluation of predictors of clinical chorioamnionitis and postpartum fever in patients with prelabor rupture of membranes at term. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 177(5), p. 1024-1029.
- Shalev, E., Peleg, D., Eliyahu, S., Nahum, Z. (1995). Comparison of 12- and 72-hour expectant management of premature rupture of membranes in term pregnancies. *Obstet Gynecol*, 85 (5), p.766-768.
- Shorten, A., Donsante, J. and Shorten, B. (2002) Birth position, accoucheur, and perineal outcome: informing women about choices for vaginal birth. *Birth*, 29 (1), p. 18-27.
- Simkin, P. and Ancheta, R. (2000) *The Labour Progress Handbook*. Blackwell Science: Oxford.
- Simkin, P. and Ancheta, R. (2011) *The labour progress handbook: early interventions to prevent and treat dystocia* 3rd ed. Wiley-Blackwell, ed., Chichester UK.
- Simpson, KR. (2011) Informed Consent in the Perinatal Setting. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 36 (3), p.208.
- Sjöblom, I., Idvall, E. and Lindgren, H. (2014) Creating a safe haven-women's experiences of the midwife's professional skills during planned home birth in four Nordic countries. *Birth*, 41(1), p.100-7.
- Smith, V., Devane, D. and Murphy-Lawless, J. (2012) Risk in Maternity Care: A Concept Analysis. *International Journal of Childbirth*, 2 (2), p.126-135.
- Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. (2012) *Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2. Art. No.: CD009290. DOI: 10.1002/14651858.CD009290.pub2.
- Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. (2011) *Acupuncture or acupressure for pain management in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD009232. DOI: 10.1002/14651858.CD009232.
- Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. (2011) *Relaxation techniques for pain management in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD009514. DOI: 10.1002/14651858.CD009514.
- Spiby, H. and Munro, J. (2010) *Evidence Based Midwifery: Applications in Context*. West Sussex, U.K.: Wiley-Blackwell.
- Spindel, PG. and Suarez, SH. (1995) Informed Consent and Home Birth. *Journal of Nurse-Midwifery*, 40 (6), p.541-554.
- Towsend, J., Wolke, D., Hayes, J., Davé, S., Rogers, C., L. Bloomfield, L., Quistterson, E., Tomlin, M. and D. Messer, D. (2004) Routine examination of de newborn: the EMREN study. Evaluation of an extensión of the midwife role including a randomised controlled trial of appropriately trained midwives and paediatric senior house officers. *Health Tecnology Assessment* 8 (14), p. iii-iv, ix.
- Tracy, S. K., Welsh, A., Hall, B., Hartz, D., Lainchbury, A., Bisits, A., White, J. and Tracy, M. B. (2014). Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), p. 46.
- Transforming Maternity Care Symposium Steering Committee (2010) Blueprint for Action: Steps Toward a High-Quality, High-Value Maternity Care System. *Women's Health Issues*, 20 (Supplement), p. S18-S49.

- Van der Gucht, N. and Lewis, K. (2015) Women's experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research. *Midwifery*, 31(3), p.349–58.
- Van Rossem, L., Oenema, A., Steegers, EA., Moll, HA., Jaddoe, VW., Hofman, A., Mackenbach, JP. and Raat, H. (2009) Are Starting and Continuing Breastfeeding Related to Educational Background? The Generation R Study. *Pediatrics*, 123 (6), p. e1017-e1027.
- Vedam, S., Leeman, L., Cheyney, M., Fisher, T. J., Myers, S., Low, L. K. and Ruhl, C. (2014), Transfer from Planned Home Birth to Hospital: Improving Interprofessional Collaboration. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59, p. 624–634. doi: 10.1111/jmwh.12251.
- Weavers, A. (2016) *Planning place of Birth guideline*. Royal Berkshire NHS foundation Trust.
- Weir, L. (2006) *Pregnancy, Risk and Biopolitics*. New York: Routledge.
- Winter, C. and Cameron, J. (2006) The 'stages' model of labour: Deconstructing the myth. *British Journal of Midwifery*, 14 (8), p.454-456.
- Wise, J. (2015) Delaying cord clamping is linked to improvements in fine motor skills. *British Medical Journal*, 350:h2828.
- Wojcieszek AM, Stock OM, Flenady V. (2014) Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 10. Art. No.: CD001807. DOI: 10.1002/14651858.CD001807.pub2
- World Health Organization (1996), Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. *Care in Normal Birth: a Practical Guide (WHO/FRH/MSM/96.24)*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2013) Evidence and Recommendations. *WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn*. Geneva WHO, p. 13.
- Wright, JD., Pawar, N., Gonzalez, JSR., Lewin, SN., Burke, WM., Simpson, LL, Charles, AS., D'Alton, ME. and Herzog, TJ. (2011) Scientific Evidence Underlying the American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletins. *Obstetrics & Gynecology*, 118 (3), p.505.
- Zupan, J., Garner, P. and Omari, AAA. (2004) *Topical umbilical cord care at birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3.

Anexo 1

Atención a la hemorragia posparto (HPP) en casa

Protocolo de manejo de la HPP en casa, ALPACC

Se define como hemorragia posparto leve la pérdida hemática entre 500 ml y 1000 ml.

Se define como hemorragia posparto grave la pérdida hemática superior a 1000ml, o cualquier cantidad que comprometa el bienestar materno con signos y síntomas de hipovolemia.

Causas

Mnemotecnia: Tono, Tejido, Trauma, Trombina (CID)

- Útero atónico: 70% de las HPP (Tono).
- Desprendimiento parcial de placenta con retención de tejido placentario o placenta accreta (Tejido).
- Desgarros vaginales/episiotomía (Trauma).
- Laceraciones cervicales (Trauma).
- Inversión uterina.
- Coagulación Intravascular Diseminada (Trombina CID).

Factores predisponentes

- Hipertensión arterial.
- Obesidad IMC >35 Kg/m² al inicio del embarazo.
- Anemia (Hb <9 g/dl).
- Hiperdistensión uterina: polihidramnios, embarazo múltiple o macrosomía.
- Placenta previa.
- Historia previa de HPP.
- Multiparidad ≥6.
- Cesárea anterior.
- Dilatación prolongada (>12h), y expulsivo prolongado.
- Parto precipitado.
- Miomas.
- Retención de placenta o productos placentarios.
- Corioamnionitis.

- Edad (nulíparas >40 años).
- Fiebre durante el parto (habrá sido trasladada).
- Iatrogenia.
- Retención urinaria, presencia de globo vesical.
- Coagulopatías e historial con síndrome de HELLP o desprendimiento prematuro de placenta.

Recomendaciones para reducir riesgos

- Detectar anemia al final del embarazo. Es recomendable que el valor de la hemoglobina esté por encima de 9,5 g/dl y el de ferritina por encima de 60 ng/ml.
- Conocer el historial previo de la mujer y en caso de hemorragia posparto en partos anteriores pactar actuaciones preventivas como el alumbramiento dirigido.
- Realizar alumbramiento dirigido en partos muy largos, sobre todo con fase de expulsivo muy larga y con hipodinamia antes de la salida de la criatura.
- Respetar al máximo el proceso del parto minimizando las intervenciones en todo momento.
- Primera hora de vida de la criatura: promover la liberación de oxitocina facilitando el vínculo madre-hijo a través del contacto piel con piel, el inicio de la lactancia materna, mantener la temperatura ambiental sobre unos 23-24°C, y respetar el silencio y la intimidad. Evitar distracciones y manipulaciones. La mayoría de las exploraciones en la madre y la criatura pueden esperar.

Signos clínicos según pérdida sanguínea estimada

La clínica de la HPP está relacionada con el volumen sanguíneo del embarazo:

- <400 ml: normal.
- De 500 ml a 750 ml: patológico no grave, muchas veces sin signos ni síntomas.

- 800 ml a 1000 ml: grave. Inicio de mecanismos compensatorios maternos como taquicardia, palidez y sudor frío.
- >1000 ml. La presión arterial puede no sufrir modificaciones hasta la pérdida de 1500 ml. La sensación de falta de aire y un estado alterado de consciencia son manifestaciones tardías de HPP.

Hemorragia posparto antes de la salida de la placenta

Desgarro perineal importante: sangre roja brillante y fluida (*Trauma*).

Actuación: compresión con compresa semi-helada en introito vaginal durante dos o tres minutos. Suturar tan pronto como sea posible.

Registrar en la historia clínica de forma detallada y objetiva el tipo de desgarro y toda la atención y cuidados ofrecidos (forma de sutura, material utilizado, recuento de material post-sutura) así como control horario del sangrado.

Desprendimiento parcial de la placenta por mecanismo de Duncan: sangre oscura y más espesa no en gran cantidad (*Tejido*).

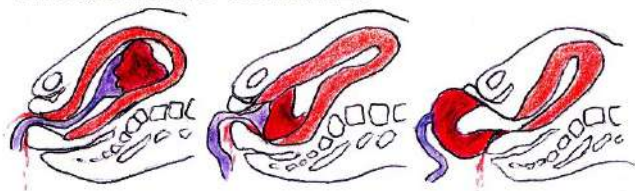
Actuación en ambos casos

- Administración de 10UI de Oxitocina, (vía IM inicia su efecto a los 2-4 minutos, vía intravenosa (IV) inicia efecto de inmediato) momento en que se debe favorecer la salida de la placenta con esfuerzos maternos o con la maniobra de alumbramiento activo.

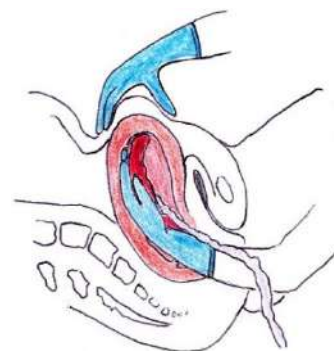
mecanismo Duncan



mecanismo Schultze



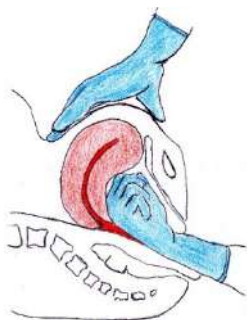
- Administración de 250mcg de Ergometrina (vía IM inicia su efecto a los 5-8 minutos, vía IV inicia efecto 45 segundos, pero tiene un efecto prolongado de 60-90 minutos).
- Sondaje vesical con sonda female o foley siguiendo medidas asépticas, si se siente resistencia en el intento de alumbramiento activo.
- NUNCA realizar maniobras de alumbramiento activo si no se ha administrado medicación uterotónica para evitar el riesgo de ruptura de cordón, retención de productos placentarios o inversión uterina.
- Si la placenta no se desprende y el sangrado continúa, hay que sospechar de retención de placenta o accretismo placentario y organizar el traslado inmediato.
- Colocación de vía endovenosa de calibre 14-16G y administración 1000-2000 ml de Ringer Lactato seguidos de 500 -1000 ml de suero expansor de plasma.
- Si la madre está en piscina de parto o bañera y el agua empieza a teñirse es deseable un alumbramiento inmediato. Si éste no sucede, es aconsejable salir del agua para poder cuantificar la pérdida sanguínea.
- Si ante todas estas actuaciones la placenta no ha sido alumbrada, el sangrado prosigue y hay síntomas de shock hipovolémico, la matrona debería hacer extracción manual de la placenta bajo técnica estrictamente aséptica, y seguida de administración de medicación uterotónica.



- Valoración de constantes vitales: TA, FC, FR cada 15' y Tª cada hora.
- Valoración continuada de tono y altura uterina, y después cada 15'.
- Valoración de la coloración cutánea y nivel de consciencia cada 15'.
- Valoración de frecuencia y cantidad de micción cada hora.
- Registrar en la historia clínica de forma detallada y objetiva los hechos y toda la atención y cuidados ofrecidos, así como la hora en la que se controla el sangrado, la primera micción, etc.

Hemorragia posparto tras la salida de la placenta

- Masaje uterino.
- Administración de 10UI de Oxitocina, (vía IM inicia su efecto a los 2-4 minutos, vía IV inicia efecto de inmediato).
- Administración de 250mcg de Ergometrina (IM inicia su efecto a los 5-8 minutos, IV inicia efecto 45 segundos).
- Sondaje vesical con sonda foley siguiendo medidas asépticas.
- Administración de Misoprostol 1mg (5x200mcg) por vía rectal.
- Colocación vía endovenosa de calibre 14-16G con llave de tres pasos.
- Administración IV de 1000-2000ml Ringer Lactato (al que se puede añadir 30UI oxitocina)
- Administra
- ción IV de 500-1000ml expansor de plasma.
- Masaje uterino bimanual y traslado hospitalario.
- Examinar la placenta y las membranas en cuanto sea posible para evaluar si hay productos retenidos.
- Valoración constante de pérdidas hemáticas (observar cantidad y si coagulan para descartar CID).
- Valoración de constantes vitales TA, FC, FR, cada 15' y T° cada hora.
- Valoración continuada de tono y altura uterina, y después cada 15'.
- Valoración de coloración cutánea y nivel de conciencia cada 15'.
- Valoración de frecuencia y cantidad de micción cada hora.
- Registrar en la historia clínica de forma detallada y objetiva los hechos, y toda la atención y cuidados ofrecidos, así como la hora en que se controla el sangrado, la primera micción etc.



Consideraciones

Una HPP requiere comunicación fluida entre compañeras, por ejemplo, con los cambios de empapadores. Se recomienda pesar los empapadores a posteriori restando el peso de los mismos, limpios, para tener el total del volumen de sangre perdida.

Si se ha controlado el sangrado y no ha sido preciso traslado, debemos ofrecer cuidados posparto especiales y más intensos los primeros días:

- Visita antes de las 24h después de asegurar estabilidad materna.
- Primeras 24h: no levantarse, miccionar en empapador.
- Pasadas, máximo, 24h del parto: tomar TA, FC y FR en reposo y tras sentarse. Si hay taquicardia o mareo debe volver a tumbarse. Si no hay alteraciones importantes ayudamos a levantarse al lado de la cama. Si sigue estable será acompañada al baño. Se recomienda aumentar la movilidad según el estado materno.
- Recomendar mucho reposo y cuidados. Dieta rica en hierro y ácido fólico además de suplementos orales.
- Se recomienda la realización de hemograma en 2-3 semanas para valorar recuperación.

Inversión uterina

La inversión uterina es una grave complicación en el posparto inmediato. El útero se invagina sobre sí mismo, y aparece en vagina. La incidencia señalada en la literatura científica es muy variada, oscilando entre 1:1584 y 1:57393 con una incidencia media estimada de 1:2000.

La gravedad de la inversión uterina radica en que desencadena inmediatamente una hemorragia masiva, acompañada de un fuerte dolor que lleva con frecuencia al shock hipovolémico y neurogénico y, en ocasiones, a la parada cardiorespiratoria. Se palpa una masa en vagina y no se palpa el fundus uterino en abdomen.

Etiología

Puede ser iatrogénica causada por un mal manejo del alumbramiento de la placenta:

- Tracción controlada del cordón umbilical iniciada demasiado temprano o con excesiva fuerza antes de observar signos de separación placentaria.
- Tracción controlada del cordón umbilical cuando el útero está relajado.
- Presión fúndica con o sin tracción del cordón umbilical.

Puede ocurrir espontáneamente después de descompresión rápida del útero:

- Criatura macrosómica.
- Parto precipitado.
- Después de aumentar la presión intraabdominal causada por tos o vómito materno.

Otros factores de riesgo:

- Placenta fúndica.
- Cordón umbilical corto.
- Primípara.
- Anormalidades de la placenta: p.ej. accretismo.
- Anormalidades congénitas del útero: p.ej. útero bicorne.
- Uso de relajantes uterinos durante el parto: p. ej. ritodrina, salbutamol.

Actuación

Debe diferenciarse el diagnóstico, ante shock materno, de embolismo pulmonar, infarto de miocardio o ruptura uterina mediante un tacto vaginal.

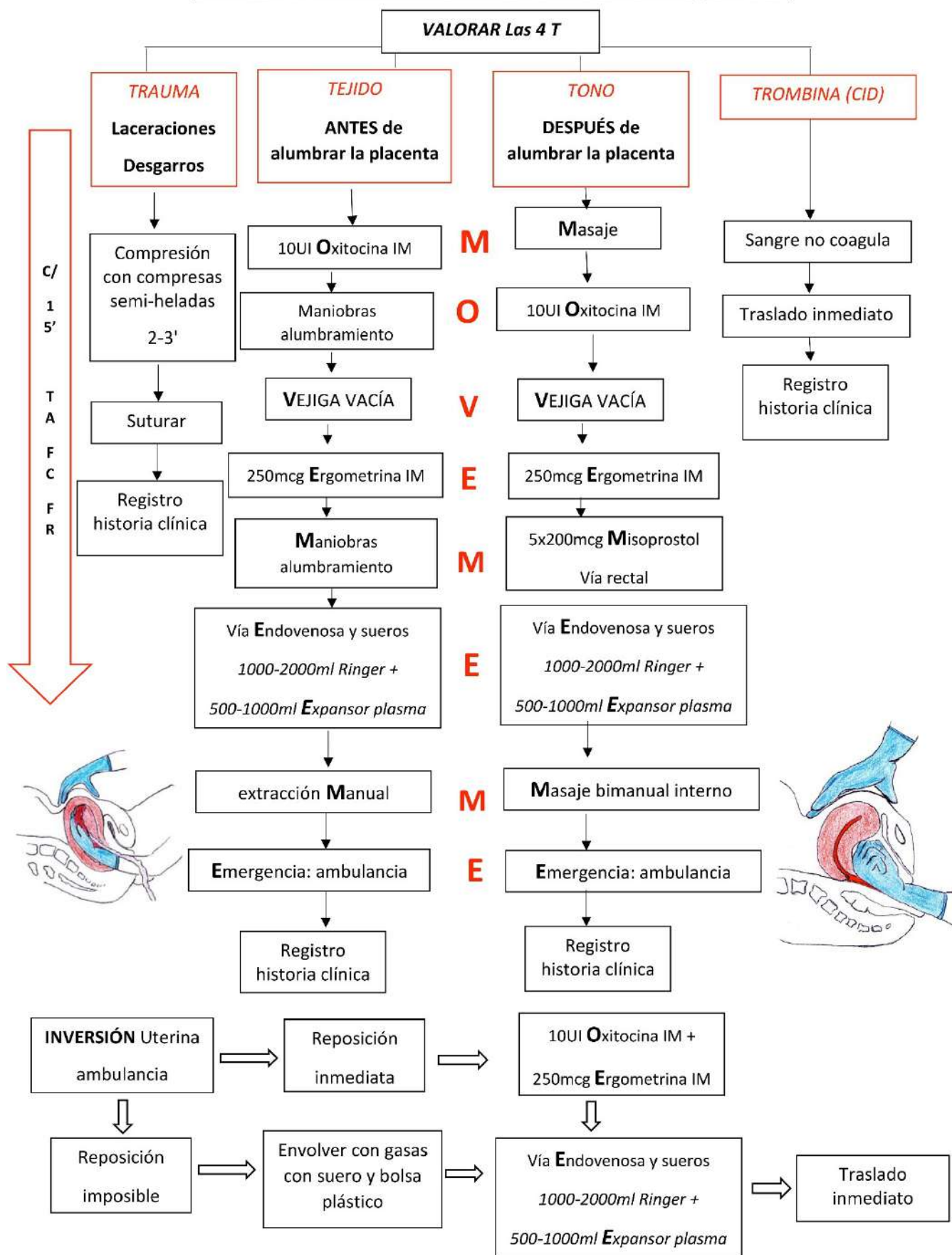
El tratamiento debe ser la reposición inmediata para evitar edema y congestión uterina o contracción del anillo cervical lo cual dificultará su reposición. La reposición se debe hacer independientemente si la placenta se ha desprendido o no. NUNCA intentar desprender la placenta mientras el útero está invertido.

Con asepsia total se va impulsando suavemente el fondo hacia arriba y se termina de acomodar con los dedos. Mantener el fondo durante mínimo 5 minutos o hasta que ocurra una fuerte contracción. Seguidamente administrar medicación uterotónica

rápidamente IM o IV preferiblemente para asegurar y mantener la contractilidad uterina.

Sin embargo, hay veces que no es posible reponer el útero invertido porque el cuello se ha contraído y lo impide. En ese caso envolver la parte prolapsada con gasas mojadas en suero o en agua caliente y trasladar inmediatamente, envuelto todo en una bolsa de plástico para mantener la humedad y el calor. Será necesario una anestesia general para conseguirlo y antibioticoterapia posterior.

Registrar en la historia de forma objetiva y detallada los hechos, y toda la atención y cuidados ofrecidos.

ATENCIÓN A LA HEMORRAGIA POSPARTO EN CASA, ALPACC

Referencias bibliográficas de atención a la hemorragia posparto en casa

Begley, CM., Devane, D., Murphy, DJ., Gyte, GML., McDonald, SJ. and McGuire, W. (2008) *Active versus expectant management for women in the third stage of labour (Protocol)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD007412. DOI: 10.1002/14651858.CD007412.

Botella Llusíá, J. (1970) *Patología obstétrica*. Tomo II. Barcelona: Editorial Científico Médica.

Bunting, M. (2005) Antepartum and Postpartum Haemorrhage in the Community. In: Woodward, V., Bates, K. and Young, N. (ed) *Managing Childbirth Emergencies*. Palgrave Mcmillian, New York.

Crafter, H. (2002) Intrapartum and primary postpartum hameorrhage In: Boyle, M. (ed) *Emergencies around Childbirth*. Radcliffe Medical Press. Ltd., Abingdon.

Hofmeyr, GJ., Gülmezoglu, AM., Novikova, N., Linder, V., Ferreira, S. and Piaggio, G. (2009) Misoprostol to prevent and treat postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis of maternal deaths and dose-related effects. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, p.666-677.

International Confederation of Midwives and Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (2014) *Misoprostol para el tratamiento de la hemorragia posparto en contextos de bajos recursos*.

International federation of Gynecology and Obstetrics (2012) Treatment of postpartum hemorrhage with misoprostol. FIGO Guidelines. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*; 119(3),p.215-216.

Klein, S., Miller, S. and Thomson, F. (2004) *A Book for Midwives: Care for Pregnancy, Birth, and Women's Health*. Hesperian Foundation.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal*. [online].Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf.

National Institute of Health and Clinical Excellence (2014) *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. NICE Clinical Guideline 55. London: NICE.

Organización Mundial de la Salud (2011) *Aclaración sobre la postura de la OMS respecto del uso del misoprostol en la comunidad para reducir la mortalidad materna*. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (2009) *Prevention and mnaangement of postpartum haemorrhage* [on line] Green-Top Guideline nº52. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gt52postpartumhaemorrhage0411.pdf> [Consultado 10 de Abril de 2016].

Wax, JR., Lucas, FL., Lamont, M., Pinette, MC., CArtin, A. and Blackstone, J. (2010) Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203 (3) p. 243.e1-8.

World Health Organization (2009) *Statement regarding the use of misoprostol for postpartum haemorrhage prevention and treatment*. Department of Reproductive Health and Research Geneva: World Health Organisation.

Walsh, D. (2007) *Rythms in the third stage of labour*. Evidence-based Care for Normal Labour and Birth. Routledge, Oxon.

World Health Organization (2013) *WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta*. Geneva: World Health Organisation.

Anexo 2

Distocia de hombros, actuación y resolución en el parto en casa

Protocolo del manejo de la distocia de hombros en casa, ALPACC

Definición

La distocia de hombros es una situación de emergencia que hay que solucionar en el mínimo de tiempo posible (menos de 5 minutos). La criatura saca la cabeza y se queda bloqueada por los hombros, normalmente el hombro anterior se queda por encima del pubis y por eso no avanza a pesar de la fuerza que hace la madre. Suele quedarse parada por la barbilla y parece que quiera volver hacia dentro (tortugueo). A veces también está bloqueado el hombro posterior en el sacro.

Riesgos asociados

Si la criatura permanece en esta posición sin salir hasta 9 minutos no sobrevive.

Según la actuación de los profesionales puede tener lesión cervical, fractura de clavícula, lesión en plexo braquial, parálisis de Erb Duchenne, tetraplejia.

La manera de resolver la distocia de hombros depende más de la experiencia del profesional que de los conocimientos teóricos, lo que hace que sea una situación de peligro para la salud y la vida de la criatura y de la madre.

Incidencia

Su incidencia puede variar entre uno de cada 500 a uno de cada 3000 nacimientos. Puede suceder tanto en criaturas de tamaño estándar como en criaturas grandes.

Descripción previa a la actuación

¿Cuándo vemos que hay distocia?

Después de salir la cabeza viene una contracción y no se mueve nada, queda la barbilla dentro o tortuguea. El hombro anterior (pubis) está atascado, y quizás también el posterior (sacro).

Si la madre ya está de rodillas podemos aprovechar para maniobrar rápidamente, y si está en cuclillas o en la silla de partos pasar a estar de rodillas es más fácil que estirarse.

Si la mujer está pariendo en la piscina de partos o en la bañera puede salir perfectamente y colocarse de rodillas en el suelo. En todos los casos conocidos se ha podido realizar.

Las madres siempre colaboran mucho ya que son las más interesadas en que todo salga bien. Dar instrucciones breves es más efectivo y no hace falta dar explicaciones hasta que haya finalizado la situación.

En la parte posterior hay mucho espacio para maniobrar, caben las manos perfectamente. Si movemos el hombro posterior es más fácil que el anterior deje de estar atascado en el pubis y ya nazca la criatura.

La verdadera solución de la distocia de hombros es hacer rotar los hombros de la criatura y, con la presión que hace la madre empujando, ya lo hace salir.

Qué NO hay que hacer:

- NO estirar de la cabeza de la criatura. Estirar de la cabeza tan sólo provoca problemas graves, como más impactación y lesiones del plexo braquial, y en cambio no ayuda a que salga.
- NO hay que empujar la cabeza hacia dentro.
- NO hay que rotar la cabeza, ya que no sólo no influye en los hombros, sino que no sabemos hacia dónde debería rotar.

- NO se debe hacer episiotomía bajo ningún concepto (para no perder el tiempo y porque el periné no tiene nada que ver con la distocia, que está en el pubis. Las manos caben perfectamente para maniobrar y no se suelen producir desgarros perineales por las maniobras).
- NO dirigir pujos si no se está maniobrando.
- NO se debe perder el tiempo auscultando ni buscando material.
- NO se debe esperar sin hacer nada, una vez está claro que hay distocia.

Manejo tradicional

Existe una regla mnemotécnica en inglés para resolver la distocia de hombros en ambiente hospitalario, el HELPER, que tiene cierta antigüedad y ninguna validez científica; no se ha contrastado su efectividad.

En el parto en casa, seguir esta regla pone la vida de la criatura en peligro y hace perder mucho tiempo. Se descarta su uso en el parto en casa y se recomienda otro proceder.

Recomendaciones actualizadas

Justificación

La recomendación basada en la experiencia de muchas matronas de todo el mundo y comprobada empíricamente por muchas matronas expertas en los partos en casa, es que comencemos por facilitar a la mujer la posición de rodillas, la conocida maniobra de Gaskin (en referencia a Ina May Gaskin, matrona americana muy experimentada autora de numerosos libros) (Gaskin, 2003).

Otros profesionales, matronas y obstetras, han descubierto un manejo alternativo y efectivo para manejar la distocia de hombros de forma actualizada, obteniendo buenos resultados hasta ahora.

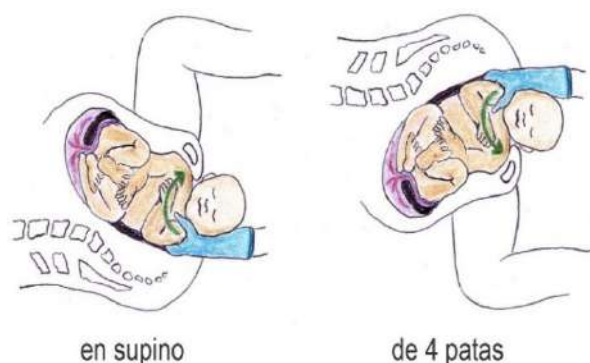
Actuación recomendada

1. Maniobras de rotación (Wood Screw) “tornillo”: se deben introducir ambas manos desde la parte más posterior deslizándolas por el cuello de la criatura; una la pondremos en el pecho y la otra

en el hombro desde la espalda (a un lado y al otro del hombro posterior). No se puede llegar con las manos a la parte anterior ya que está obstruida. Hay que girar con fuerza hacia el lado más natural, en aducción. Normalmente se prueba hacia un lado, y si no sale, se puede hacer hacia el otro, aunque lo hagamos girar hacia atrás en abducción.

2. Sacar el brazo posterior: hay que encontrar la mano o antebrazo y estirar. Si se localiza bien el pecho, se desliza la mano tan adentro como se pueda hasta encontrar la manita o el codo de la criatura, entonces estiramos y una vez fuera el brazo ya sale la criatura. Al salir el brazo disminuye el diámetro y el hombro posterior ya no puede seguir encajado, con lo cual hay un movimiento que facilita la rotación y desencaja el hombro anterior. A veces no se puede o es muy difícil si tiene los brazos estirados.

3. Maniobra Axilar: introducimos las manos igual que para hacer el “Wood Screw”. Hay que poner dos dedos como un gancho en la axila posterior y girar con fuerza hacia el lado más natural empujando si hace falta con la otra mano en la espalda o el pecho para darle más fuerza a la rotación. Se puede resolver en abducción y también en aducción. Nunca estiramos hacia fuera, la clave es rotar, y la fuerza hacia fuera la hace la madre empujando.



Conclusiones

La maniobra 1 puede fallar, la 2 puede ser que no se encuentre la mano o que cueste coger el brazo. La maniobra 3, axilar, **siempre funciona**. Se puede iniciar el manejo de cualquier situación de distocia de hombros con la maniobra axilar como primera opción para ganar tiempo (Namak *et al*, 2016).

Por lo tanto, las matronas que asistimos partos en casa disponemos de un método seguro y eficaz para garantizar que la criatura salga lo antes posible y en las mejores condiciones posibles: la **maniobra axilar**. Funciona tan rápido que a veces parece que no haya pasado nada (Ansell, 2012).

A continuación del nacimiento con distocia de hombros es más posible que sea necesaria una reanimación neonatal y que la madre tenga una hemorragia posparto.

Registrar en la historia clínica de forma detallada y objetiva los hechos, y toda la atención y cuidados ofrecidos.

Es recomendable que las matronas asistían periódicamente a talleres de formación continuada para practicar estas maniobras y conocerlas bien.

McRoberts y la presión suprapúbica

Se puede hacer McRoberts para probar si va bien en aquel momento, si estaba pariendo de lado, por ejemplo, en los partos en casa, las distocias suelen ser verdaderas (impactación del hombro anterior o de ambos hombros), no se da la distocia iatrogénica ya que las mujeres no se estiran sobre su espalda ni llevan anestesia, y no se estira de la cabeza de la criatura. El McRoberts con presión suprapúbica acostumbra a resolver las iatrogénicas bastante bien, pero no tan bien cuando son distocias verdaderas.

Cómo se hace McRoberts: la mujer debe estar estirada sobre su espalda, postura que no encontramos de forma natural en el parto en casa, dobla las dos piernas hasta que las rodillas le tocan los hombros. Se suele acompañar de presión suprapúbica, que consiste en presionar ligeramente sobre el pubis en la dirección que debe rotar el hombro.

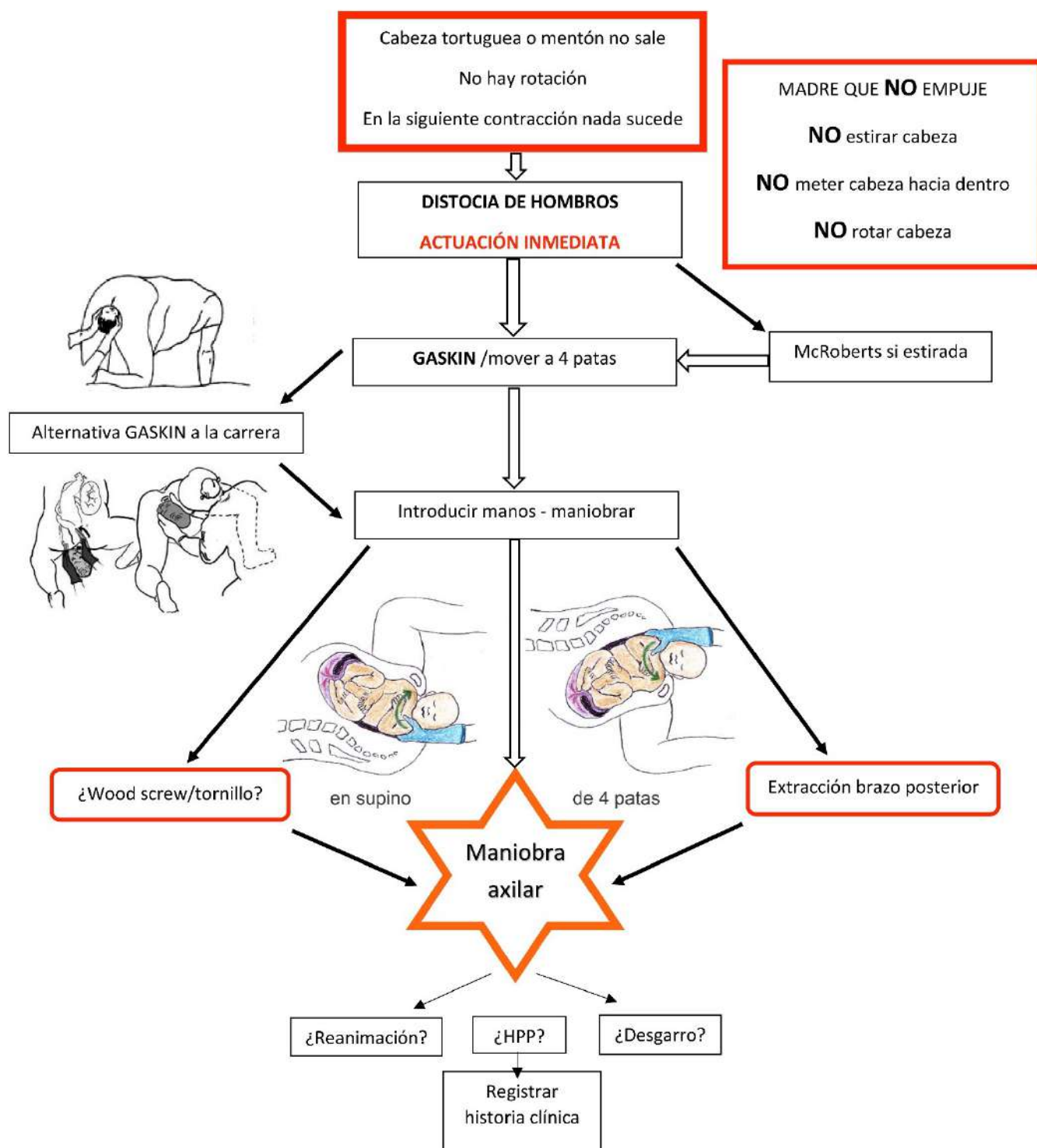
Breve explicación de por qué no se recomienda usar el HELPERR, método tradicional obsoleto

La parte final que propone el HELPERR es la que en las recomendaciones actualizadas utilizamos como primer recurso, es decir Gaskin y maniobras de rotación. La maniobra de Rubins no forma parte de las recomendaciones actualizadas, ya que no interesa perder el tiempo intentando manipular el hombro anterior, cuando desde la parte posterior tenemos todo el espacio y todas las ventajas para maniobrar.

HELPERR Mnemotécnica:

- H call for Help /Pedir ayuda.
- E Evaluate for episiotomy /Evaluar episiotomía.
- L Legs (the McRoberts manoeuvre)/Piernas (maniobra McRoberts).
- P Suprapubic pressure/ Presión suprapúbica.
- E Enter manoeuvres (internal rotation)/Iniciar maniobras (rotación interna).
- R Remove posterior arm/Sacar brazo posterior.
- R Roll the patient/Girar a la paciente.

ATENCIÓN A LA DISTOCIA DE HOMBROS DURANTE EL PARTO EN CASA, ALPACC



Referencias bibliográficas de distocia de hombros, actuación y resolución en el parto en casa

Ansell, L., McAra-Couper, J., Smythe, E. (2012) Shoulder distocia: A qualitative exploration of what Works. *Midwifery*, 28(4). p e521-e528.

Bates, K. (2005). The Midwife's Management of Shoulder Dystocia. In: Woodward, V., Bates, K. and Young, N. *Managing Childbirth Emergencies*. Palgrave Mcmillian, New York.

Gaskin, IM (2003) Birth Stories. *Ina May's Guide to Natural Childbirth*. Vermilion, London.

Namak, S., Beck, K., Mertz, H. and Lord, R. (2016). Axilar Digital Traction Maneuver: Shoulder Dystocia Management. *Journal of Family Medicine & Community Health*, 3(4), p. 1086.

Squire, C. (2002) Shoulder distocia and umbilical cord prolapse. In: Boyle, M. (ed) *Emergencies around Childbirth*. Radcliffe Medical Press. Ltd., Abingdon.

Anexo 3

Reanimación neonatal

Protocolo de Reanimación Neonatal y soporte a la transición de recién nacido al nacer, ALPACC

A partir de Normas AHA, 2015 y Resuscitation Council UK guidelines, 2015

- Secar y tapar al recién nacido para conservar el calor
- Valorar la necesidad de intervención
- Abrir vías respiratorias
- 5 insuflaciones de 2-3"
- Compresiones torácicas
- Necesidad de soporte avanzado

1. Reconocer la emergencia

- Secar al recién nacido, observando APGAR sobre su madre, cambiar toalla cuando esté demasiado húmeda por toalla previamente calentada con calentador/radiador o botella de agua caliente.
- No pinzar NUNCA el cordón umbilical ya que es una forma de oxigenación directa de los tejidos del recién nacido.
- Estimular si es necesario.
- Si reacciona en el primer minuto y empieza a respirar por él mismo solamente es preciso asegurar que no pierda calor (piel con piel + calor directo con calefactor de aire caliente y asegurando una correcta colocación de la cabeza, dando instrucción a los padres de estar alerta y observar color y actividad del recién nacido).
 - Es preciso recordar (temperatura adecuada entre 36,5°C y 37,5°C). El frío está asociado a hipoxia y acidosis (lo cual

inhibe la producción de surfactante) y puede derivar en distrés respiratorio.

- El uso de glucosa de reserva para aumentar la temperatura corporal significa menos glucosa para el corazón y para las funciones metabólicas celulares.

2. Si no ha iniciado la respiración espontánea

- Posición neutral de la cabeza: si es preciso, poner una toalla enrollada debajo de los hombros. Se puede mantener al recién nacido sobre el cuerpo de la madre para mantener calor y contar con la madre para “animarlo” a respirar, pero ante todo debemos asegurar una buena abertura de la vía aérea, lo cual es difícil en un recién nacido atónico.



posición correcta para insuflar

- Recordar que la vía aérea del recién nacido es de aproximadamente 3-4mm de diámetro.
- Evitar hiperextensión: la espalda puede presionar la cricoides.
- Evitar hiperflexión: debida a un occipital prominente y a falta de tono muscular.
- Considerar la tracción mandibular ya que puede ayudar a abrir la vía respiratoria evitando obstrucción estructural y apartando la lengua, y si preciso sujetar la cabeza o mandíbula del recién nacido con una mano.



correcto: ligera extensión



incorrecto: hiperextensión

incorrecto: flexión

- Descartar que no hay otras obstrucciones: meconio, sangre materna, mocos densos. En estos casos, se recomienda visualización directa (con el uso de laringoscopio) y succión orofaríngea con sonda, sin llegar nunca a tráquea.
- Si no respira: iniciar 5 insuflaciones 2-3" con ambú.



visualización directa del pecho

3. Observar si hay respuesta

- Movimiento del pecho.
- Incremento de la FC >100 lpm.
- En ambos casos querrá decir que estamos insuflando con éxito.

Recordar que durante las 2-3 primeras insuflaciones puede no haber movimiento del pecho porque se está remplazando el fluido en los alvéolos por aire. El volumen del pecho empezará a ser visible en la 4ª y 5ª insuflaciones eficaces.

4. Si no hay respuesta

- Es preciso reposicionar la cabeza y hacer tracción mandibular.
- Repetir 5 insuflaciones de 2-3" con ambú.

5. Si hay respuesta: movimiento del pecho y la FC <100 lpm

- Hacer ventilaciones a 30-40 respiraciones/min.
- Re-evaluar cada 30 segundos.

6. Si FC <60 lpm o no se detecta

- Ventilaciones durante 30 segundos.

7. Si FC todavía <60 lpm

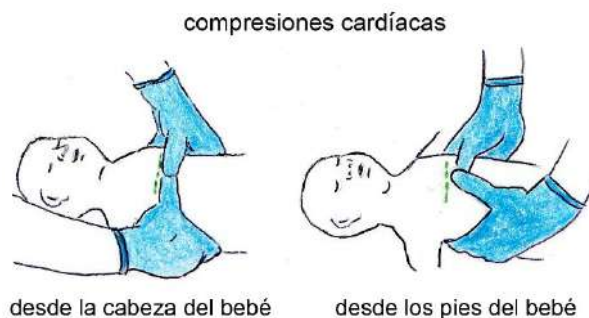
- Compresiones cardíacas 3:1 a 120 lpm.
- Coordinado con buena insuflación.
- Re-evaluar cada 30 segundos.

8. Si FC incrementa

- Parar compresiones cardíacas.
- Hacer ventilaciones a 30-40 respiraciones/min.

9. Si FC NO incrementa

- Traslado hospitalario inmediato por necesidad de soporte avanzado.



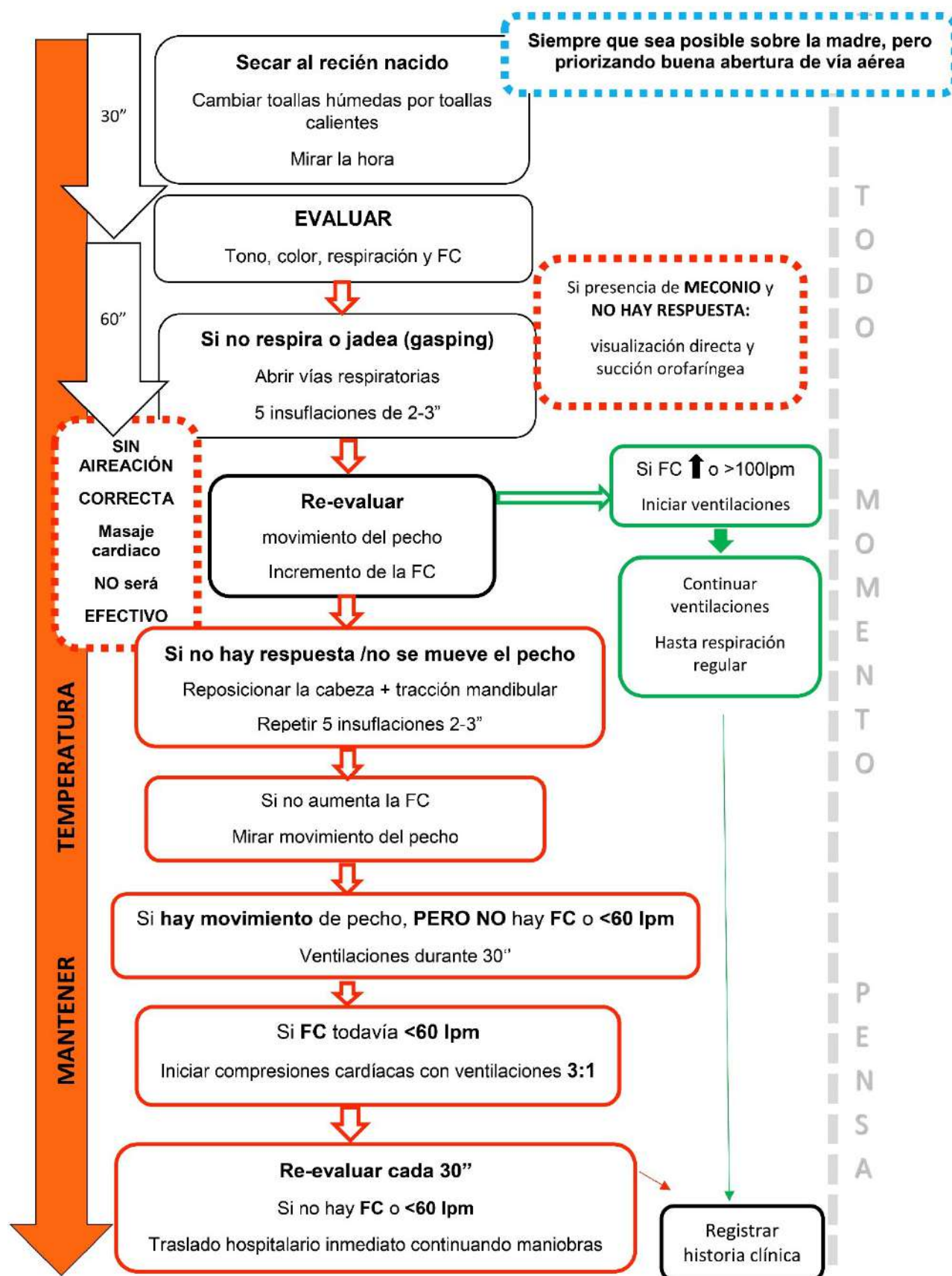
desde la cabeza del bebé

desde los pies del bebé

10. Continuidad de cuidados

- Evaluación constante: enseñar a los padres correcta colocación de la cabeza, estar alerta y observar color y actividad del recién nacido.
- Asegurar buena temperatura: muy bien tapado con ropa seca, calefactor...
- Inicio lactancia.
- Informar muy bien a los padres de lo sucedido.
- Recomendar que hagan turnos para dormir en las primeras 24-48h.
- No abandonar el domicilio (la matrona) en las siguientes 4h como mínimo.
- Ofrecer visita rutinaria en las siguientes 12h.
- Registrar en la historia clínica todo lo sucedido de forma detallada y objetiva y toda la atención y cuidados ofrecidos.

Reanimación Neonatal y soporte a la transición del recién nacido, ALPACC



Referencias bibliográficas de reanimación neonatal y soporte a la transición del recién nacido al nacer

Bhatt, S., Polglase, GR., Wallace, EM., te Pas, AB. and Hooper, SB. (2014) Ventilation before umbilical cord clamping improves the physiological transition at birth. *Frontiers in Pediatrics*. 2(113), p.1-8. doi: 10.3389/fped.2014.00113.

Boden, G. (2015) *Guideline for Neonatal Resuscitation* GL443, Royal Berkshire NHS Foundation Trust.

Boxwell, G. (2005) Neonatal Resuscitation in Community Settings. In: Woodward, V., Bates, K. and Young, N. (ed) *Managing Childbirth Emergencies*. Palgrave Mcmillian, New York.

Mercer, J. and Erikson-Owens, D. (2010) Evidence for Neonatal Transition and the first hour of life. In: Walsh, D. and Downe. S. (ed) *Essential Midwifery Practice*. Intrapartum Care. Blackwell Publishing Ltd, Chichester.

Richmond, S. and Wyllie. J (2010) *Resuscitation of babies at Birth. Section 7* [on line]. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Consultado en:

<http://genoplivning.dk/wp-content/uploads/2015/10/Resuscitation-and-support-of-transition-of-babies-at-birth.pdf> [Consultado 10 de Enero de 2016].

Vali, P., Mathew, B. and Lakashminrusimha, S. (2015) Neonatal resuscitation: evolving strategies. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*. 1(4), p. 1-14. DOI 10.1186/s40748-014-0003-0.

Wyllie, J., Ainsworth, S. and Tinnion, R. (2015) *Resuscitation and support of transition of babies at birth* [on line]. Resuscitation Council UK. Consultado en: <https://myfrcemrevision.files.wordpress.com/2016/03/guidelines-2015-nls.pdf> [Consultado 10 de Enero de 2016].

Wyllie, J., BruinEnberg, J., Roeher, CC., Rüdiger, M., Trevisanuto, D. and Urlesberger, B. (2015) European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. SEction 7. Resuscitation and support of transition of babies at birth. *Resuscitation* 95, p.249-263

Wyckoff, MH., Aziz, K., Escobedo, MB., Kapadia, VS., Kattwinkel, J., Perlman, JM., Simon, WM., Weiner, GM. And Zaichkin, JG. (2015) *Neonatal Resuscitation. Guidelines Update for CPR and ECC*. [on line]. American Heart Association Consultado en: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/themes/eccstaging/dompdf-master/pdffiles/part-13-neonatal-resuscitation.pdf> [Consultado 28 de febrero de 2016].

Yerby, M. (2002) Maternal and neonatal reuscitation. In: Boyle, M. (ed) *Emergencies around Childbirth*. Radcliffe Medical Press. Ltd., Abingdon.

Anexo 4

Documentos de traslado



DOCUMENTO DE TRASLADO DE PARTO DOMICILIARIO

Matrona que ha atendido el parto en casa:	
Nº de colegiada:	
teléfono:	e-mail:
Hora contacto con el centro hospitalario	Hora contacto ambulancia

Nombre y apellidos de la usuaria		
Fecha de nacimiento:	Edad:	
Grupo sanguíneo y RH	Alergias	
TPAL		
Semana Gestacional	FUR	FPP
Streptococo		

Evolución del trabajo de parto			
Inicio espontáneo: fecha y hora			
Hora REM	LA		
Últimas constantes vitales	a las	h.	
Tª	TA	Pulso	Respiración

Hora	FCF	DU	Dilatación Cx	Posición y plano de la criatura

Fecha y hora de nacimiento				
Vueltas del cordón:	si	no	Hombros nacidos con dificultad:	si no
Presentación:	OA	OP	OT	otro:
APGAR	1':	5':	10':	Hora inicio lactancia materna:
Presencia de meconio en el parto:	si		no	
Respiración espontánea al minuto:	si		no	
Reanimación requerida:	si		no	
Esfuerzos respiratorios nulos: 5 insuflaciones 2-3seg			Aspiración: meconio mucosidades	
<60 lpm: masaje cardíaco 3:1 ventilación			Cianosis: ventilaciones 40 rpm	

Hora desprendimiento placenta:	Fisiológico	Activo
Placenta: completa incompleta	Membranas: completa	incompletas
Sonda Vesical: si no	Pérdida estimada de sangre: ml	
Medicación administrada:	☐ Syntocinon 10UI	IM IV
	☐ Ergometrina 200mcg	IM IV
	☐ Misoprostol 1000mcg	Vía rectal
Sueros IV administrados:	☐ Suero Fisiológico 1000ml	
	☐ Ringer Lactato 1000ml	
	☐ Gelafundina 500ml	



MOTIVOS DEL TRASLADO HOSPITALARIO	Fecha	Hora
MATERNAS		
Taquicardia >120lpm entre contracciones, en dos ocasiones y con 30 minutos de diferencia y habiendo hidratado bien a la mujer		
HTA -TA sistólica de ≥ 160 mmHg i/o diastólica ≥ 110 mmHg entre contracciones en una sola medición -TA sistólica de ≥ 140 mmHg i/o diastólica ≥ 90 mmHg entre contracciones en dos ocasiones en 30 min de diferencia		
HTA y 2+ de proteinuria -2+ de proteínas en urinoanálisis y una sola medida de TA sistólica de ≥ 140 mmHg i/o diastólica ≥ 90 mmHg entre contracciones		
Fiebre materna - T ^a $\geq 38^{\circ}\text{C}$ una sola vez, o $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ dos veces consecutivas con 1h de diferencia, habiendo hidratado bien a la mujer		
Hemorragia intraparto		
Hemorragia posparto		
Meconio: presencia de meconio significativo en pasta o no disuelto, en parto no inminente, y LA que no se regenera con el paso del tiempo Tipos I: LA claro y diluido Tipos II: LA verde con trozos Tipos III: LA espeso		
Sospecha de ruptura uterina		
Sospecha de desprendimiento de placenta: sangrado abundante dolor		
Prolapso de cordón		
Colapso materno		
Convulsiones maternas		
Desgarro: 3º grado 4º grado		
Retención de placenta		
Otros:		
FETALES		
Presentación anómala del feto:		
Sospecha de: oligohidramnios anhidramnios polihidramnios		
FCF base por debajo de 110lpm o por encima de 160 lpm sostenida		
FCF con desaceleraciones		
FCF con poca variabilidad		
MF reducidos		
Otros:		
NEONATALES: APGAR 1', 5', 10' Hora Nacimiento		
Distrés respiratorio		
Convulsiones neonatales		
Sospecha sepsis neonatal		
Muerte neonatal		
Otros:		

Fecha y hora llegada

Centro Sanitario.....

Nombre de la matrona:.....

Fecha y hora recepción.....

Nombre del profesional que recibe la información:.....

Nº de colegiado:

Firma

Nº de colegiado:

Firma

