

# PLAN DE PARTO E NACEMENTO

## PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

(Edición 2017)



XUNTA DE GALICIA

**Edita:**

Xunta de Galicia  
Consellería de Sanidade  
Servizo Galego de Saúde  
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

**Lugar:** Santiago de Compostela

1º Edición ano 2013  
2º Edición ano 2016  
3º Edición ano 2017

# PLAN DE PARTO E NACEMENTO

## PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Este documento foi elaborado por un grupo de profesionais do Servizo Galego de Saúde tomando como modelo o documento redactado polo grupo de traballo creado no seo dos Comités Institucional e Técnico da Estratexia de atención ao parto normal e de saúde reprodutiva. Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade.

Este documento ha sido elaborado por un grupo de profesionales del Servicio Gallego de Salud tomando como modelo el documento redactado por el grupo de trabajo creado en el seno de los Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de atención al parto normal y de salud reproductiva. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

### Grupo de traballo:

- M<sup>a</sup> Mercedes Lanza Gándara. Subdirectora Xeral de Planificación e Ordenación Asistencial.
- Javier José Ventosa Rial. Xefe de Servizo de Procesos e Programas Asistenciais.
- M<sup>a</sup> Dolores Martínez Romero. Técnica. Servizo de Procesos e Programas Asistenciais.
- Ruth Aguiar Couto. Obstetra. Complexo Hospitalario de Pontevedra.
- Leticia Álvarez Menéndez. Obstetra. Hospital Universitario *Lucus Augusti*.
- M<sup>a</sup> Isabel Blanco Domínguez. Obstetra. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo.
- Susana Blanco Pérez. Obstetra. Complexo Hospitalario de Ourense.
- Carla Cid González. Matrona. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo.
- Marta Conde García. Matrona. Centro de Saúde de Melide (Santiago).
- Alfonso Diz Villar. Xefe de Servizo de Anestesia e Reanimación. Hospital do Salnés (Pontevedra).
- M<sup>a</sup> Dolores Estévez Rodal. Matrona. Centro de Saúde da Guarda (Vigo).
- Isaura González Martínez. Matrona. Centro de Saúde de Narón (Ferrol).
- Marta Lojo Rodríguez. Pediatra. Hospital. de Monforte (Lugo).
- Olga López Racamonde. Matrona. Centro de Saúde de San Roque (Lugo).
- Javier Martínez Pérez-Mendaña. Xefe de Servizo de Xinecoloxía e Obstetricia ata agosto do 2012 do Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol.
- Iñigo M<sup>a</sup> Montesino Semper. Xefe de Servizo de Xinecoloxía e Obstetricia. Hospital Virxe la Xunqueira Cee (A Coruña).
- Inés Vieites Otero. Matrona. Centro de Saúde de Abegondo (A Coruña).
- María Vilariño Insua. Matrona. Hospital do Salnés (Pontevedra).

### Ilustración:

- Carmen Cunqueiro Suárez.



---

# PLAN DE PARTO E NACEMENTO

Galego

Este plan de parto e nacemento é un documento a través do cal a muller embarazada pode *manifestar por escrito os seus desexos, necesidades, preferencias e expectativas* en relación co seu traballo de parto e nacemento do seu bebé.

Neste documento non se considera a posibilidade de elección de prácticas non aconselladas actualmente pola evidencia científica por ser innecesarias ou prexudiciais no curso dun parto normal.

Por este motivo, infórmase, de forma resumida, sobre as *prácticas axeitadas* para a asistencia ao parto e nacemento recollidas nas recomendacións da *Estratexia de atención ao parto normal, na Estratexia nacional de saúde sexual e reprodutiva e na Guía de práctica clínica sobre a atención ao parto normal do Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade*. Aconsellamos tamén a lectura da *Guía dirixida a mulleres embarazadas, a futuros pais, así como aos seus acompañantes e familiares* tamén do Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02\\_t04.htm](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm)

A muller embarazada pode utilizar este documento coa intención de poñer de manifesto o que considera importante na vivencia do nacemento do seu fillo ou filla, comunicando os seus desexos e expectativas en relación co desenvolvemento destes acontecementos vitais.

O cumprimento das expectativas de cada muller, sentirse implicada, poder decidir e manter o control sobre o proceso do parto son factores que se relacionan coa satisfacción.

É importante que os profesionais coñezan esas expectativas, expresadas verbalmente ou nun plan de parto, para satisfacelas na medida do posible e para, mediante un proceso de comunicación e de soporte emocional contribuír, cando sexa necesario, a limitar o desaxuste que pode producirse entre as expectativas e o desenvolvemento concreto de cada parto.

Polo tanto, facilita a relación de confianza e comunicación entre as usuarias e os provedores de coidados durante o embarazo e o parto, e á vez promove e facilita a toma de decisións informadas por parte da muller embarazada.

É importante que a muller asista igualmente ás sesións de educación maternal prenatais, porque este documento non substitúe a información proporcionada polo equipo profesional que a atende durante o embarazo.

O Servizo Galego de Saúde ofrece a todas as mulleres embarazadas este modelo para que o poidan usar todas as mulleres que así o desexen e para que as persoas que traballan dentro do Servizo Galego de Saúde teñan un documento que poidan ofertar ás xestantes. Para iso, as mulleres contarán con toda a información e asesoramento que precisen por parte da matrona responsable do seguimento do embarazo e resto de profesionais do seu centro de saúde.

Se unha muller embarazada non desexa utilizar este documento que lle oferta a Administración sanitaria e prefire redactar e presentar outro modelo, este será tido en conta sempre e cando cumpra como mínimo as seguintes condicións:

- Que sexa compatible coa actual oferta de prestacións do Servizo Galego de Saúde.
- Que os aspectos recollidos neste non contradigan a evidencia científica dispoñible.
- Que non supoña un risco para a saúde da nai ou do bebé.
- Que non exista vulneración dos dereitos individuais ou colectivos de acordo coa lexislación vixente.

Considérase que o momento ideal para a súa elaboración é entre as **28 e 32 semanas de xestación**. Na visita das 28 semanas, a matrona preguntará á xestante sobre a súa intención de cumprir ou presentar un plan de parto e nacemento. En caso afirmativo, se a muller non coñece este documento, presentaráselle e explicaráselle a súa finalidade e contido. Unha vez que o leu con tranquilidade, pode ir marcando as opcións que considere oportunas e na seguinte visita prenatal, ás 32 semanas de xestación, a matrona resolverá as dúbidas que presente a xestante e asesorará acerca do plan de parto que desexa que se teña en conta para o momento do parto/nacemento.

Na seguinte visita, ás **36-38 semanas** de xestación a matrona revisará o plan de parto e nacemento conxuntamente coa xestante por se hai algún cambio ou dúbida e anotará, no libro de saúde da embarazada e na historia clínica, que a muller cubriu este documento para que sexa tido en conta polo resto de profesionais.

No momento no que a muller ingresa no hospital por traballo activo de parto, a matrona comprobará a existencia do plan de parto/nacemento e revisaráo conxuntamente coa xestante e a súa parella ou acompañante, por se necesitan aclarar algunha dúbida, modificando e actualizando o que sexa necesario, facéndoo constar neste documento e rexistrándoo na historia clínica.

Para facilitar a visión dos principais aspectos que recolle o plan de parto e nacemento, suxírese que estes se trasladen a unha "folla de rexistro do plan de parto e nacemento" que se xuntará á historia clínica da muller, xa sexa en formato electrónico ou en papel, para que estea accesible aos/ás profesionais que atendan a muller e o bebé durante o parto e nacemento.

Unha vez que a muller e o seu bebé están na planta de hospitalización, o profesional de enfermaría responsable do seu coidado tamén debe revisar este documento e comentar coa nai e a súa parella ou acompañante aqueles aspectos que considere relevantes ou calquera dúbida formulada respecto ao seu coidado ou do bebé.

A xestante debe ter en conta que este plan se elabora para ser aplicado no desenvolvemento dun parto normal e está dirixido a todas e cada unha das mulleres así como á súas diferentes situacións. Non ten como obxectivo planificar o desenvolvemento do parto e nacemento. Ao longo de todo o período de hospitalización da muller, en caso de que se produza unha situación clínica que precise dunha actuación diferente á expresada pola muller neste documento, informaráselle das circunstancias que a motiven e tras o seu consentimento, realizarase a actuación indicada e oportuna para resolver esa situación clínica e así garantir a súa saúde e a do seu bebé.

Á alta hospitalaria, o documento orixinal de plan de parto e nacemento deberá ser entregado á usuaria, permanecendo na historia clínica só a folla de rexistro no caso de non dispoñer de rexistro electrónico.

Todas as persoas que dunha forma ou outra acompañan a muller embarazada e a súa parella ou acompañante neste proceso, esperan e desexan que este se desenvolva de acordo coas súas expectativas e teña unha vivencia positiva e satisfactoria.

# 1 CHEGADA AO HOSPITAL

No momento da admisión no hospital é importante recordar que a xestante non é unha paciente, non está enferma e se encontra nun momento de especial vulnerabilidade emocional. Por iso, procurarase manter a intimidade e favorecerase que permaneza acompañada de forma ininterrompida pola persoa da súa elección, salvo circunstancia clínica xustificada que o impida.

## ACOMPANÑAMENTO: PARTICIPACIÓN ACTIVA DA PARELLA/ACOMPANÑANTE

É recomendable facilitar o acompañamento da muller durante o parto, parto e posparto, por unha persoa da súa confianza, se ese é o seu desexo. Se a evolución do parto o permite, a parella ou acompañante poderá participar de forma activa en todo o proceso, coa axuda da matrona que atende a muller.

*Durante o meu parto, desexo estar acompañada por:* .....

.....

*Durante o meu parto, desexo estar acompañada só polo equipo asistencial*

*Desexo decidilo no momento en que ingrese de traballo de parto*

*Outras opcións:* .....

.....

## NECESIDADES ESPECIAIS POR DIFERENZA DE CAPACIDADE

*Teño as seguintes necesidades ou circunstancias que desexaría que se tivesen en conta no momento do meu parto:* .....

.....

## NECESIDADES ESPECIAIS POR MOTIVOS DE CULTURA OU IDIOMA

*Teño as seguintes necesidades ou circunstancias que desexaría que se tivesen en conta no momento do meu parto:* .....

.....



## ESPAAZO FÍSICO

A oferta en canto a tipos de salas de parto, equipamento, comodidades, etc., non é igual en todos os hospitais. É bo visitar durante a xestación o centro ao que se ten previsto asistir para o parto, coñecer os profesionais, as instalacións, informarse sobre os seus protocolos e valorar se se ten algunha preferencia ou se quere facer algunha petición especial.

*Outras opcións (marcar x segundo preferencia):*

*Desexaría usar a miña propia roupa*

*Desexaría usar roupa facilitada polo hospital*

## INTIMIDADE

Os profesionais irán identificados e presentaranse á muller no momento de acollida procurando en todo momento intimidade e permanecer nun segundo plano, disipar medos e dúbidas, infundir seguridade, proporcionar unha información ampla e detallada, atender o benestar físico e emocional, mostrar comprensión, apoio e respecto, todo iso contribúe de xeito decisivo a mellorar a satisfacción da muller coa experiencia do parto.

Para favorecer a intimidade evitárase en todo momento a presenza de persoal innecesario e adaptárase o ambiente do cuarto ás necesidades individuais, regulando a luz, favorecendo un ambiente de penumbra, temperatura agradable, música, obxectos persoais, etc.

No caso de hospitais que teñen profesionais en formación con capacidade asistencial actuarán sempre baixo a supervisión necesaria, e solicitarán permiso para permanecer no cuarto.

*Información de interese:*

*Este centro está acreditado para formación: Si/Non*

---

## 2 PERÍODO DE DILATACIÓN: ASISTENCIA, COIDADOS E ALIMENTACION

### PROFESIONAL ASISTENCIAL

Na medida do posible a atención levarase a cabo por parte do mesmo profesional durante todo o proceso, salvo que a organización do traballo o impida.

### LAVATIVA

A administración sistemática de lavativas antes ou durante o parto non está aconsellada. Se houberse algunha indicación clínica, antes de proceder á súa administración, informarase do motivo a muller e solicitarase o seu consentimento.

### RASURADO

O rasurado da lanuxe pubiana e perineal antes do parto está desaconsellado. Se houberse que reparar unha esgadura ou unha episiotomía, se se considerase necesario para facilitar a súa sutura, poderíase rasurar ou recortar unha pequena parte da lanuxe.

### LÍQUIDOS DURANTE A DILATACIÓN

Aconséllase beber líquidos claros (*auga, zume sen polpa, té ou café ou bebidas isotónicas*). As bebidas isotónicas son as máis recomendables porque ademais de hidratar proporcionan pequenas cantidades de glicosa e preveñen a cetose. Antes de inxerir ningún líquido ou alimento, débese consultar co profesional sanitario, por se existise algunha contraindicación.

### MOBILIDADE E CONFORT DURANTE O PARTO

É aconsellable non permanecer deitada todo o tempo, moverse, cambiar de posición buscando aquela que resulte máis cómoda. Nalgún caso, pode que o profesional sanitario recomende unha posición concreta que facilite o descenso do bebé pola canle do parto.

## TRATAMENTO E MANEXO DA DOR

A muller debe coñecer que existen diferentes opcións para o manexo e tratamento da dor durante o parto. Pódese recorrer nun primeiro termo, a métodos non farmacolóxicos de alivio da dor (técnicas de relaxación e respiración, inmersión en auga quente, masaxes, contacto físico tranquilizador, pelotas de bobath, inxeccións de auga estéril en rombo de Michaelis...) e máis tarde, a medida que aumenta a intensidade da dor pódese recorrer a métodos farmacolóxicos. A xestante pode elixir un ou varios métodos segundo a evolución do parto, o alivio que desexe e dentro das opcións dispoñibles nese momento. A matrona e o profesional facultativo informarán a muller das distintas opcións das que se dispón no hospital de referencia, das súas vantaxes e inconvenientes, para que poida decidir que é o que mellor lle convén en cada momento.

Nun parto normal, non inducido mediante substancias como a oxitocina, con liberdade para moverse, cun ambiente tranquilo e íntimo, e acompañada pola persoa que desexe a muller, esta sentirase máis cómoda e segura. Isto axudará a que se soporten mellor as contraccións e así aproveitar os intervalos entre contracción e contracción para descansar. Deste modo, a medida que avanza o parto, favorécese que o organismo segregue as súas propias substancias analxésicas (endorfinas) que axudarán a soportar mellor a dor que poidan causar as contraccións.

É por iso que é importante procurar intimidade á muller, favorecer un ambiente tranquilo, sen frío nin luces intensas, facilitar a mobilidade, aplicar masaxes, utilizar técnicas de respiración e de relaxación, evitar sentimentos de medo e tensión. Todas estas medidas axudan a minimizar a sensación de dor e polo tanto diminúe a demanda de analxesia farmacolóxica e aumenta a sensación de control da muller.

***Aquí, pode expresar os seus desexos, aínda que no momento do parto pode cambiar de idea e elixir entre todas as opcións dispoñibles no centro ao que vostede acode:***

- ***Prefiro outros tipos de analxesia (inmersión en auga quente, oxido nitroso, inxeccións de auga estéril en rombo de Michaelis, uso de materiais de apoio, etc.)***
- ***Non desexo (en principio) ningún tipo de analxesia farmacolóxica***
- ***En principio desexo analxesia epidural. (Precísase cubrir o do documento de consentimento informado)***

***Desexaría:*** .....

.....

Recoméndase ás mulleres embarazadas consultar o documento elaborado polo Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade, "Atención ao parto normal. Guía dirixida a mulleres embarazadas, a futuros pais, así como aos seus acompañantes e familiares," dispoñible en:

<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracParMujer.pdf>  
[http://www.sergas.es/gal/muller/docs/guia\\_atencion\\_parto\\_mujeres.pdf](http://www.sergas.es/gal/muller/docs/guia_atencion_parto_mujeres.pdf)

## OUTRO MATERIAL DE APOIO PARA O PARTO

Dependendo da dispoñibilidade de cada centro, poderanse usar elementos de apoio como pelotas, espellos, cordas, coxíns, etc., ou outro material que a muller traia consigo e sexa posible utilizar no espazo do hospital.

## OUTROS CUIDADOS:

### INTERVENCIONS

Neste plan de parto ofrécese unha información resumida sobre algunhas das intervencións, controis ou administración de medicamentos que **só se utilizarán en caso de que exista unha indicación clínica que o xustifique.**

### MONITORIZACIÓN FETAL

Durante o parto débese controlar o latexo do bebé. Isto pódese facer de forma **intermitente**, escoitando o latexo cardíaco fetal, cunha trompetiña (estetoscopio de Pinard) ou con aparatos electrónicos (doppler); pero ás veces será necesario realizar unha **monitorización electrónica continua** do latexo cardíaco fetal, como é no caso de que se administre epidural ou medicamentos como a oxitocina.

### TACTOS VAXINAIS

O profesional que atende a parturiente durante o parto realizará o menor número de tactos vexinais necesario para avaliar a evolución do parto. Adoitan realizarse cada 4 h, se fose necesario realizar esta exploración a intervalos máis curtos informarase das circunstancias que o motivan así como dos resultados da exploración.

### ROTURA DA BOLSA

En xeral, a bolsa que envolve e protexe o bebé rompe espontaneamente no transcurso do traballo de parto. Existen situacións clínicas nas que está indicada a rotura artificial da bolsa, cando isto aconteza informarase a xestante.

### CANALIZACIÓN DE VÍA ENDOVENOSA

A canalización dunha vía endovenosa non adoita ser necesaria salvo que se precise a administración de fármacos (oxitocina, analxésicos, etc) ou soros como no caso de administración analxesia epidural.

## **ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ACELERAR O PARTO**

En partos vaxinais que progresan de forma normal recoméndase non realizar amniorrexis artificial nin perfusión de oxitocina de forma rutineira.

Se se produce un retardo na dilatación porque as contraccións uterinas diminúen ou cesan, pódese enlentececer ou estacionar o parto. Neste caso informarase a muller das opcións encamiñadas a estimular as contraccións e estimular o traballo de parto (rotura de membranas e administración de oxitocina), explicaráselle o procedemento e procederase á súa realización, logo do consentimento. En caso de ter que administrar oxitocina farase unha monitorización electrónica continua da frecuencia cardíaca fetal e das contraccións.

## **SONDAXE VESICAL**

Durante o traballo de parto pode producirse unha retención urinaria, neste caso, pode que sexa necesario realizar unha sondaxe vesical para baleirar a vexiga urinaria.

**COMENTARIOS OU SUXESTIÓNS SOBRE AS INTERVENCÍONS:** .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

## 3 PERÍODO EXPULSIVO (NACEMENTO DO BEBE)

O profesional sanitario que atende a muller, intentará, na medida do posible, que a dilatación e o parto/nacemento discorran no mesmo espazo físico (sala de dilatación). Non obstante, poden xurdir circunstancias que requiran o seu traslado a outro cuarto ou sala de partos convencional. Se isto acontece, informaráselle das intervencións que se van realizar en cada momento.

Durante o expulsivo pódense adoptar *diversas posturas* (deitada, de pé, anicada, etc.) e tamén hai *varios posibles lugares* onde dar a luz (na cama, tallo, en cadeira de parto vertical, etc.), informarase a muller das posibilidades en cada momento.

Na actualidade, non está demostrado cal é a postura máis axeitada para facilitar o nacemento. *A elección depende de cada muller* e das súas necesidades ou desexos en cada fase do parto. Se hai algún motivo clínico para aconsellar unha postura concreta, o profesional sanitario que a atende, informaraa de todo o que necesite saber.

### PUXOS

Os puxos son contraccións involuntarias uterinas e contraccións abdominais poderosas que producen a sensación de empurrar. Nun parto normal débese empurrar cando a dilatación é completa e a muller sente a necesidade de facelo. Empurrar sen sentir a necesidade de facelo e/ou de forma continuada non é aconsellable nin beneficioso. Nalgunhas situacións, como baixo os efectos da anestesia epidural, prodúcese unha diminución da sensibilidade e do desexo de empurrar, pode ser útil que os profesionais orienten a muller sobre o momento máis adecuado para empurrar.

### EPISIOTOMÍA

A episiotomía é un corte que se practica no perineo que unicamente se realiza nalgunhas situacións nas que se precisa facilitar a saída do bebé.

### NACEMENTO

É un momento único, íntimo e especial, no que se debe procurar que o primeiro contacto do bebé sexa coa nai.

Débense atenuar as luces e ruídos porque molestan o bebé, o ambiente debe ser cálido e evitar interferencias nese primeiro contacto nai-bebé no que os sentidos do olfacto, o tacto e o oído son moi importantes facilitando a creación do vínculo afectivo e biolóxico.

Se ambos os dous o desexan, axudarase o pai a participar e permanecer nese espazo de intimidade compartida.

### ATENCIÓN INICIAL DO NEONATO

Para permitir o contacto continuo e ininterrompido da nai co seu fillo/a en intimidade, débense pospoñer as actuacións non urxentes (peso, talle e outros coidados ou procedementos) ao neonato nas dúas primeiras horas de vida tras o nacemento.

Nada máis nacer colócase o bebé sobre o abdome da nai, sécase, deixando as mans húmidas para, que guiado polo olor do líquido amniótico, repte cara ao peito. O profesional sanitario realizará os controis e vixilancia co bebé sobre o peito da súa nai.

No caso de que a situación clínica do neonato requira realizar unha aspiración de secrecións ou sondaxe (introdución de sonda ao estómago ou polo ano) tras o nacemento, informarase a nai e logo procederase á súa realización.

### CONTACTO INMEDIATO PEL CON PEL TRAS O NACEMENTO

O contacto pel con pel inmediato e ininterrompido tras o parto é unha práctica beneficiosa e recomendable tanto para o neonato coma para a nai. Débese colocar o bebé en contacto continuo directo pel con pel coa nai polo menos durante as dúas primeiras horas de vida, todo o tempo que ela desexe. No caso de non ser posible, explicarase o motivo e darase a opción de que outra persoa da súa confianza faga este primeiro contacto pel con pel, sempre que a situación do bebé así o permita.

**Preferencias para este momento:** .....

.....

### CORTE DO CORDÓN UMBILICAL

O cordón umbilical pínzase transcorridos polo menos dous minutos tras o nacemento ou cando xa deixou de latexar. Deste modo, o osíxeno que lle chega a través do sangue do cordón, vaille permitir unha transición ao medio extrauterino máis paulatina e menos brusca e tamén axuda a aumentar os depósitos de ferro do bebé.

Se as circunstancias o permiten e a nai o desexa, pode cortar o cordón umbilical ela mesma, a súa parella ou o acompañante, sempre baixo a supervisión do profesional sanitario que a atende.

**Opcións sobre corte do cordón umbilical por:** .....

.....

- *a propia nai*
- *a parella/ acompañante*
- *profesional sanitario*

## LACTACIÓN MATERNA

A lactación natural proporciona un alimento ideal para o crecemento e o desenvolvemento sans dos lactantes; tamén é parte integrante do proceso reprodutivo, con repercusións importantes na saúde das nais.

Como recomendación de saúde pública mundial, durante os seis primeiros meses de vida os lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leite materno para lograr un crecemento, un desenvolvemento e unha saúde óptimos. A partir dese momento, co fin de satisfacer os seus requisitos nutricionais en evolución, os lactantes deberían recibir alimentos complementarios axeitados e inocuos dende o punto de vista nutricional, sen abandonar a lactación natural ata os dous anos de idade, ou máis tarde.

A lactación natural exclusiva pode practicarse dende o nacemento. Se o estado de saúde da nai e a do bebé o permiten, colócase o bebé sobre o peito nu da nai nada máis nacer, en contacto pel con pel, deixando que comece a mamar de forma espontánea e sen interferencias innecesarias, durante o tempo que precise para iso. O profesional sanitario supervisará o estado do bebé e da nai durante o puerperio inmediato e axudará a establecer a lactación materna.

Mentres a lactación materna non estea ben establecida; e para evitar confusión da mamila coa mamadeira, desaconséllase ofrecer chupete e mamadeiras aos neonatos, xa que poden dificultar ou impedir unha lactación materna exitosa.

Os bebés alimentados a peito non precisan tomar soros, infusións, nin biberóns de leite de fórmula, se se aleita sen restricións a produción de leite adoita ser a axeitada ás necesidades do bebé. En caso de ser necesario administrar algún outro líquido ou alimento ao bebé, o profesional sanitario ao seu cargo, informará os pais dos motivos clínicos da súa indicación e solicitaralles o seu consentimento.

Recoméndase que as nais lactantes estean en contacto con outras nais lactantes, os profesionais sanitarios deben proporcionar información sobre os grupos de axuda á lactación materna da súa comunidade.

En caso de que a muller decida alimentación artificial, o profesional sanitario debe instruír os pais para que saiban preparar e administrar leite de fórmula e asegurar unha preparación axeitada do biberón. Convén que alterne a dar o biberón ao bebé ofrecendo el biberón dende a esquerda e dereita alternativamente para estimular por igual a súa lateralidade e procure facer contacto pel con pel, xa que as necesidades de contacto e calor materna son as mesmas para todos os bebés independentemente do tipo de alimentación polo que optase.

### **Opcións:**

- **Desexo dar o peito**
- **Decidín dar ao meu bebé leite de fórmula**
- **Tomarei a decisión máis adiante**
- **Desexo recibir información acerca de asociacións e grupos de nais de axuda á lactación materna da miña comunidade**



---

## 4 EXPULSION DA PLACENTA

As recomendacións actuais das guías de práctica clínica aconsellan informar, preferiblemente durante a xestación, de que o manexo activo da terceira etapa do parto acurta a súa duración, diminúe o risco de hemorraxia posparto e a necesidade de oxitocina terapéutica.

Non obstante, a muller debe saber que a expulsión da placenta espontánea ou fisiolóxica é unha opción que non prevén da hemorraxia posparto.

**Expresa aquí as túas preferencias, se o desexas:** .....

.....

---

## 5 PUERPERIO HOSPITALARIO

### COIDADO E ATENCION DO NEONATO DURANTE O PUERPERIO HOSPITALARIO

O bebé acabado de nacer permanecerá *xunto á súa nai nada máis nacer*, non está xustificado separar o neonato da súa nai de forma rutineira, só se realizará por **motivos clínicos xustificados** que deberán constar na historia clínica.

O traslado do bebé á planta de hospitalización de maternidade realizarase na mesma cama da nai en contacto pel con pel, coa cabeceira incorporada, cubertos por unha saba ou manta e acompañados da persoa elixida. Procurarase o maior grao de intimidade dentro das posibilidades de cada centro.

A duración da estadía axustarase á situación de saúde tanto da nai coma do neonato. En calquera caso, esta será a mínima posible. Nos partos sen complicacións, nai e bebé compartirán sempre o mesmo cuarto.

**Compartir o leito** na maternidade implica que o neonato e a súa nai compartan unha superficie continua, sen barreiras entre eles, durante as 24 horas, ao longo da súa estadía no hospital, esta práctica facilita a instauración da lactación materna.

No domicilio, compartir o leito, facilita a lactación materna á demanda, ao permitir á nai percibir os primeiros signos de fame do seu fillo con mais antelación que se durmira nun berce separado.

Os berces tipo sidecar ofrecen ás nais unha oportunidade segura para compartir o leito co seu fillo/a, o que vai facilitar a instauración da lactación materna.

**Preferencias persoais:** .....

.....

En caso de ingreso do neonato, informarase os pais de que o contacto físico e a interacción do acabado de nacer/a co seu pai e a súa nai en contacto pel con pel o máximo tempo posible demostraron beneficios tanto para os bebés coma para os seus proxenitores.

Para visitas doutros membros da familia como irmáns e avós, débese preguntar ao profesional sanitario da unidade na que está ingresado o neonato e descubrir se os protocolos do centro o permiten.

**A administración da vitamina K, colirio, pesalo ou tallalo**, faranse pasadas as dúas primeiras horas de contacto pel con pel continuo e ininterrompido, utilizando un método de analxesia non farmacolóxica para diminuír a sensación dolorosa que lle poidan producir estes procedementos (bebé ao peito, administración de leite de fórmula ou solución de sacarosa).

Procederáse á administración a todos os neonatos de:

- Colirio ou pomada antibiótica oftálmica, nunha soa dose, xa que prevén infeccións oculares severas.
- A vitamina K para a prevención de hemorragias. O método de administración máis recomendado é a vía intramuscular. Existe a alternativa da administración vía oral da vitamina K, neste caso é moi importante o cumprimento estrito da pauta de administración por parte dos proxenitores, sobre todo se ten ademais algún factor de risco, como prematuridade, trauma de parto, nai que tomase antiepilépticos, patoloxía hepática, etc. Aínda que o bebé tome algo de fórmula, antes das 12 semanas, mentres se estea aleitando, manteráselle a profilaxe oral.

**Opcións:**

- *Desexo que se administre vitamina K oral ao meu bebé tras o nacemento e comprométome á continuidade da súa administración en domicilio de acordo coa pauta que se prescriba*
- *Se desexa expoñer algún comentario suxestión ou indicación ao respecto, fágao a continuación:* .....

## HIXIENE DO NEONATO

Non se aconsella bañar o neonato nas primeiras horas de vida, podendo atrasarse ata o segundo día ou máis se as condicións así o permiten. O momento de facelo por primeira vez é unha decisión persoal.

O profesional da planta de maternidade axudaralle a adquirir as habilidades necesarias e a resolver dúbidas respecto ao coidado do bebé.

### *Opcións na planta de maternidade:*

- *Desexo realizar eu mesma os coidados e hixiene do meu bebé*
- *Outras opcións:* .....
- .....

---

## 6 PARTO INSTRUMENTAL (FORCEPS, VENTOSA, ESPÁTULA) OU CESÁREA

En caso de que fose necesaria algunha destas intervencións promoverase, ao igual que no parto eutócico, o acompañamento continuado, a intimidade, e o contacto inmediato pel con pel tras o nacemento.

---

## 7 OBSERVACIÓNS E OUTROS ASPECTOS NON CONSIDERADOS NO PRESENTE DOCUMENTO

Con este documento inténtase ofrecerlle unha información básica sobre os diferentes momentos, situacións e procedementos que adoitan presentarse ao longo do parto e nacemento. Cando existen diferentes opcións igualmente seguras e eficaces, ofrécese a posibilidade de elección, pero no caso de que unha práctica estea desaconsellada non se ofrece esa opción.

En canto á necesidade ou non de *consentimento informado*, está establecida no art.º 4.1 da *Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica*, na *Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes*, na *Lei 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes*, e na *Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia*.

## "FOLLA RESUMO DE REXISTRO HOSPITALARIA SOBRE PLAN DE PARTO E NACEMENTO"

(Informatizada como modelo en IANUS. En Atención Primaria o informe crearase asociado a un episodio de Embarazo (código W78 do CIAP2). Publicarase tanto no ámbito de Atención Primaria como Atención Hospitalaria)

**NOME DO HOSPITAL:**

**NOME E APELIDOS DA XESTANTE:**

**N.º historia clínica/n.º Seguridade Social:**

|  |   |
|--|---|
| Desexa estar acompañado por:   |   |
| <b>ATENCIÓN AO PARTO/NACEMENTO</b>   |   |
| Desexa usar a súa propia roupa <input type="checkbox"/><br>Desexa usar roupa do hospital <input type="checkbox"/>  | Non desexa canalización IV rutineira <input type="checkbox"/>   |
| Preferencias do lugar e posición durante o parto:  | <b>Uso de material de apoio durante o parto:</b><br><input type="checkbox"/> Do centro<br><input type="checkbox"/> Propio (especificar) |
| <b>Participación do acompañante/parella:</b><br>Desexa a súa participación <input type="checkbox"/><br>Non desexa participación <input type="checkbox"/>   | Necesidades específicas en caso de minusvalidez:  |
| Non desexa analxesia farmacolóxica <input type="checkbox"/><br>Desexa analxesia epidural <input type="checkbox"/><br>Desexa outros tipos de analxesia <input type="checkbox"/><br>Especificar:                   | Desexa que a súa parella corte o cordón <input type="checkbox"/>  |
| <b>MULTICULTURALIDADE E INMIGRACIÓN</b>  |   |
| Idioma principal:<br>Outros idiomas que domina:<br>Necesita tradución? <input type="checkbox"/><br>Achega tradutor/a? <input type="checkbox"/>   | Requirimentos específicos:  |
| <b>ATENCION AO NEONATO</b>   |   |
| <b>Profilaxe:</b><br>Vitamina K IM <input type="checkbox"/><br>Vitamina K oral <input type="checkbox"/>  | Preferencias sobre o contacto pel con pel e participación do acompañante:   |
| <b>Alimentación lactante:</b><br>Desexa lactación natural <input type="checkbox"/><br>Desexa alimentación artificial <input type="checkbox"/><br>Desexa contacto con grupos de apoio LM <input type="checkbox"/> | Desexa realizar coidados e hixiene <input type="checkbox"/><br>Desexa a colaboración da súa parella <input type="checkbox"/>            |
| <b>OBSERVACIÓNS:</b>   |   |

---

## PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Castellano

Este plan de parto y nacimiento es un documento a través del cual la mujer embarazada puede *manifestar por escrito sus deseos, necesidades, preferencias y expectativas* en relación a su trabajo de parto y al nacimiento de su bebé.

En este documento no se contempla la posibilidad de elección de prácticas no aconsejadas actualmente por la evidencia científica por ser innecesarias o perjudiciales en el curso de un parto normal.

Por este motivo, se informa, de forma resumida, sobre las *prácticas adecuadas* para la asistencia al parto y nacimiento recogidas en las recomendaciones de la *Estrategia de atención al parto normal, en la Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva y en la guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. Aconsejamos también la lectura de la *Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares* también del *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02\\_t04.htm](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm).

La mujer embarazada puede utilizar este documento con la intención de poner de manifiesto lo que considera importante en la vivencia del nacimiento de su hijo o hija, comunicando sus deseos y expectativas en relación con el desarrollo de estos acontecimientos vitales.

El cumplimiento de las expectativas de cada mujer, el sentirse implicada, poder decidir y mantener el control sobre el proceso del parto son factores que se relacionan con la satisfacción.

Es importante que los profesionales conozcan esas expectativas, expresadas verbalmente o en un plan de parto, para satisfacerlas en la medida de lo posible y para, mediante un proceso de comunicación y de soporte emocional contribuir, cuando sea necesario, a limitar el desajuste que puede producirse entre las expectativas y el desarrollo concreto de cada parto.

Por lo tanto, facilita la relación de confianza y comunicación entre las usuarias y los proveedores de cuidados durante el embarazo y el parto, y a la vez promueve y facilita la toma de decisiones informadas por parte de la mujer embarazada.

Es importante que la mujer asista igualmente a las sesiones de educación maternal prenatales, porque este documento no sustituye la información proporcionada por el equipo profesional que la atiende durante el embarazo.

El Servicio Galego de Saúde ofrece a todas las mujeres embarazadas este modelo para que lo puedan usar todas las mujeres que así lo deseen y para que las personas que trabajan dentro del Servicio Galego de Saúde tengan un documento que puedan ofertar a las gestantes. Para ello, las mujeres contarán con toda la información y asesoramiento que precisen por parte de

la matrona responsable del seguimiento del embarazo y resto de profesionales de su centro de salud.

Si una mujer embarazada no desea utilizar este documento que le oferta la Administración sanitaria y prefiere redactar y presentar otro modelo, éste será tenido en cuenta siempre y cuando cumpla como mínimo las siguientes condiciones:

- Que sea compatible con la actual oferta de prestaciones del Servizo Galego de Saúde.
- Que los aspectos recogidos en el mismo no contradigan la evidencia científica disponible.
- Que no suponga un riesgo para la salud de la madre o del bebé.
- Que no exista vulneración de los derechos individuales o colectivos de acuerdo a la legislación vigente.

Se considera que el momento ideal para su elaboración es entre las **28 e 32 semanas** de gestación. En la visita de las 28 semanas, la matrona preguntará a la gestante sobre su intención de cumplimentar o presentar un plan de parto y nacimiento. En caso afirmativo, si la mujer no conoce este documento, se le presentará y se le explicará su finalidad y contenido. Una vez lo ha leído con tranquilidad, puede ir cumplimentando las opciones que considere oportunas y en la siguiente visita prenatal, a las 32 semanas de gestación, la matrona resolverá las dudas que presente la gestante y le asesorará acerca del plan de parto que desea que se tenga en cuenta para el momento del parto/nacimiento.

En la siguiente visita, a las **36-38 semanas** de gestación la matrona revisará el plan de parto y nacimiento conjuntamente con la gestante por si hay algún cambio o duda y anotará, en el libro de salud de la embarazada y en la historia clínica, que la mujer ha cumplimentado este documento para que sea tenido en cuenta por el resto de profesionales.

En el momento en el que la mujer ingresa en el hospital por trabajo activo de parto, la matrona comprobará la existencia del plan de parto/nacimiento y lo revisará conjuntamente con la gestante y su pareja o acompañante, por si necesitan aclarar alguna duda, modificando y actualizando lo que sea necesario, haciéndolo constar en este documento y registrándolo en la historia clínica.

Para facilitar la visión de los principales aspectos que recoge el plan de parto y nacimiento, se sugiere que estos se trasladen a una “hoja de registro del plan de parto y nacimiento” que se adjuntará a la historia clínica de la mujer, ya sea en formato electrónico o en papel, para que esté accesible a lo/as profesionales que atiendan a la mujer y al bebé durante el parto y nacimiento.

Una vez que la mujer y su bebé están en la planta de hospitalización, el profesional de enfermería responsable de su cuidado también debe revisar este documento y comentar con la madre y su pareja o acompañante aquellos aspectos que considere relevantes o cualquier duda planteada respecto a su cuidado o al del bebé.

La gestante debe tener en cuenta que este plan se elabora para ser aplicado en el desarrollo de un parto normal y está dirigido a todas y cada una de las mujeres así como sus diferentes situaciones. No tiene como objetivo planificar el desarrollo del parto y nacimiento. A lo largo de todo el periodo de hospitalización de la mujer, en caso de que se produzca una situación clínica que precise de una actuación diferente a la expresada por la mujer en este documento, se le informará de las circunstancias que la motiven y tras su consentimiento, se realizará la actuación indicada y oportuna para resolver esa situación clínica y así garantizar su salud y la de su bebé.

Al alta hospitalaria, el documento original de plan de parto y nacimiento deberá ser entregado a la usuaria, permaneciendo en la historia clínica solo la hoja de registro en el caso de no disponer de registro electrónico.

Todas las personas que de una forma u otra acompañan a la mujer embarazada y a su pareja o acompañante en este proceso, esperan y desean que éste se desarrolle de acuerdo con sus expectativas y tenga una vivencia positiva y satisfactoria.



# 1 LLEGADA AL HOSPITAL

En el momento de la admisión en el hospital es importante recordar que la gestante no es una paciente, no está enferma y se encuentra en un momento de especial vulnerabilidad emocional. Por ello, se procurará mantener la intimidad y se favorecerá que permanezca acompañada de forma ininterrumpida por la persona de su elección, salvo circunstancia clínica justificada que lo impida.

## ACOMPAÑAMIENTO: PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA PAREJA/ACOMPAÑANTE

Es recomendable facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto, parto y posparto, por una persona de su confianza, si ese es su deseo. Si la evolución del parto lo permite, la pareja o acompañante podrá participar de forma activa en todo el proceso, con la ayuda de la matrona que la atiende a la mujer.

*Durante mi parto, deseo estar acompañada por:* .....

.....

*Durante mi parto, deseo estar acompañada sólo por el equipo asistencial*

*Deseo decidirlo en el momento en que ingrese de trabajo de parto*

*Otras opciones:* .....

.....

## NECESIDADES ESPECIALES POR DIFERENCIA DE CAPACIDAD:

*Tengo las siguientes necesidades o circunstancias que desearía que se tuvieran en cuenta en el momento de mi parto:* .....

.....

## NECESIDADES ESPECIALES POR MOTIVOS DE CULTURA O IDIOMA:

*Tengo las siguientes necesidades o circunstancias que desearía que se tuvieran en cuenta en el momento de mi parto:* .....

.....

## ESPACIO FÍSICO

La oferta en cuanto a tipos de salas de parto, equipamiento, comodidades, etc., no es igual en todos los hospitales. Es bueno visitar durante la gestación el centro al que se tiene previsto asistir para el parto, conocer a los profesionales, las instalaciones, informarse sobre sus protocolos y valorar si se tiene alguna preferencia o se quiere hacer alguna petición especial.

**Otras opciones (marcar x según preferencia):**

**Desearía usar mi propia ropa**

**Desearía usar ropa facilitada por el hospital**

## INTIMIDAD

Los profesionales irán identificados y se presentarán a la mujer en el momento de acogida procurando en todo momento intimidad y permanecer en un segundo plano, disipar miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender al bienestar físico y emocional, mostrar comprensión, apoyo y respeto, todo ello contribuye de manera decisiva a mejorar la satisfacción de la mujer con la experiencia del parto.

Para favorecer la intimidad se evitará en todo momento la presencia de personal innecesario y se adaptará el ambiente de la habitación a las necesidades individuales, regulando la luz, favoreciendo un ambiente de penumbra, temperatura agradable, música, objetos personales, etc.

En el caso de hospitales que tienen profesionales en formación con capacidad asistencial actuarán siempre bajo la supervisión necesaria, y solicitarán permiso para permanecer en la habitación.

**Información de interés:**

**Este centro está acreditado para formación: Si/Non**

---

## 2 PERIODO DE DILATACIÓN: ASISTENCIA, CUIDADOS Y ALIMENTACION:

### PROFESIONAL ASISTENCIAL

En la medida de lo posible la atención se llevará a cabo por parte del mismo profesional durante todo el proceso, salvo que la organización del trabajo lo impida.

### ENEMA

La administración sistemática de enemas antes o durante el parto no está aconsejada. Si hubiera alguna indicación clínica, antes de proceder a su administración, se informará del motivo a la mujer y se solicitará su consentimiento.

### RASURADO

El rasurado del vello púbico y perineal antes del parto está desaconsejado. Si hubiera que reparar un desgarro o una episiotomía, si se considerase necesario para facilitar su sutura se podría rasurar o recortar una pequeña parte del vello.

### LÍQUIDOS DURANTE LA DILATACIÓN

Se aconseja beber líquidos claros (*agua, zumo sin pulpa, té o café o bebidas isotónicas*). Las bebidas isotónicas son las más recomendables porque además de hidratar proporcionan pequeñas cantidades de glucosa y previenen la cetosis. Antes de ingerir ningún líquido o alimento, se debe consultar con el profesional sanitario, por si existiese alguna contraindicación.

### MOVILIDAD Y CONFORT DURANTE EL PARTO

Es aconsejable no permanecer acostada todo el tiempo, es recomendable moverse, cambiar de posición buscando aquella que resulte más cómoda. En algún caso, puede que el profesional sanitario recomiende una posición concreta que facilite el descenso del bebé por el canal del parto.

### TRATAMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR

La mujer debe conocer que existen diferentes opciones para el manejo y tratamiento del dolor durante el parto. Se puede recurrir en un primer término, a métodos no farmacológicos de alivio del dolor (técnicas de relajación y respiración, inmersión en agua caliente, masajes, contacto físico tranquilizador, pelotas de bobath, inyecciones de agua estéril en rombo de

Michaelis...) y más tarde, a medida que aumenta la intensidad del dolor se puede recurrir a métodos farmacológicos. La gestante puede elegir uno o varios métodos según la evolución del parto, el alivio que desee y dentro de las opciones disponibles en el hospital de referencia en ese momento. La matrona y el profesional facultativo informarán a la mujer de las distintas opciones de las que se dispone, de sus ventajas e inconvenientes, para que pueda decidir qué es lo que mejor le conviene en cada momento.

En un parto normal, no inducido mediante sustancias como la oxitocina, con libertad para moverse, con un ambiente tranquilo e íntimo, y acompañada por la persona que desee la mujer, ésta se sentirá más cómoda y segura. Esto ayudará a que se soporten mejor las contracciones y así aprovechar los intervalos entre contracción y contracción para descansar. De este modo a medida que avanza el parto se favorece que el organismo segregue sus propias sustancias analgésicas (endorfinas) que ayudarán a sobrellevar mejor el dolor que puedan causar las contracciones.

Es por ello que es importante proporcionar intimidad a la mujer, favorecer un ambiente tranquilo, sin frío ni luces intensas, facilitar la movilidad, aplicar masajes, utilizar técnicas de respiración y de relajación, evitar sentimientos de miedo y tensión. Todas estas medidas ayudan a minimizar la sensación de dolor y por lo tanto disminuye la demanda de analgesia farmacológica y aumentar la sensación de control de la mujer.

***Aquí, puede expresar sus deseos, aunque en el momento del parto puede cambiar de idea y elegir entre todas las opciones disponibles en el centro al que usted acude:***

- ***Prefiero otros tipos de analgesia (inmersión en agua caliente, óxido nitroso, inyecciones de agua estéril en rombo de Michaelis, uso de materiales de apoyo, etc.)***
- ***No deseo (en principio) ningún tipo de analgesia farmacológica***
- ***En principio deseo analgesia epidural. (Se precisa la cumplimentación del documento de consentimiento informado antes de su utilización).***

***Desearía:*** .....  
.....

Se recomienda a las mujeres embarazadas consultar el documento elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, “*Atención al parto normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares*”, disponible en:

<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracParMujer.pdf>

[http://www.sergas.es/gal/muller/docs/guia\\_atencion\\_parto\\_mujeres.pdf](http://www.sergas.es/gal/muller/docs/guia_atencion_parto_mujeres.pdf)

## OTRO MATERIAL DE APOYO PARA EL PARTO

Dependiendo de la disponibilidad de cada centro, se podrán usar elementos de apoyo como pelotas, espejos, cuerdas, cojines, etc., u otro material que la mujer traiga consigo y sea posible utilizar en el espacio del hospital.

## OTROS CUIDADOS:

En este plan de parto se ofrece una información resumida sobre algunas de las intervenciones, controles o administración de medicamentos que **sólo se utilizarán en caso de que exista una indicación clínica que lo justifique.**

## MONITORIZACIÓN FETAL

Durante el parto se debe controlar el latido del bebé. Esto se puede hacer de forma **intermitente**, escuchando el latido cardíaco fetal, con una trompetilla (estetoscopio de Pinard) o con aparatos electrónicos (doppler); pero a veces será necesario realizar una **monitorización electrónica continua** del latido cardíaco fetal, como es en el caso de que se administre epidural o medicamentos como la oxitocina.

## TACTOS VAGINALES

El profesional que atiende a la parturienta durante el parto realizará el menor número de tactos vaginales necesario para evaluar la evolución del parto. Suelen realizarse cada 4 h, si fuera necesario realizar esta exploración a intervalos más cortos se informarán de las circunstancias que lo motivan así como de los resultados de la exploración.

## ROTURA DE LA BOLSA

En general, la bolsa que envuelve y protege al bebé se rompe espontáneamente en el transcurso del trabajo de parto. Existen situaciones clínicas en las que está indicada la rotura artificial de la bolsa, cuando esto ocurra se informará a la gestante.

## **CANALIZACIÓN DE VÍA ENDOVENOSA**

La canalización de una vía endovenosa no suele ser necesaria salvo que se precise la administración de fármacos (oxitocina, analgésicos) o sueros como en el caso de administración de analgesia epidural.

## **ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ACELERAR EL PARTO**

En partos vaginales que progresan de forma normal se recomienda no realizar amniorrexis artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria.

Si se produce un retardo en la dilatación porque las contracciones uterinas disminuyen o cesan, se puede enlentecer o estacionar el parto. En este caso se informará a la mujer de las opciones encaminadas a estimular las contracciones y estimular el trabajo de parto (rotura de membranas y administración de oxitocina), se le explicará el procedimiento y se procederá a su realización, luego del consentimiento. En caso de tener que administrar oxitocina, se hará una monitorización electrónica continua de la frecuencia cardíaca fetal y de las contracciones.

## **SONDAJE VESICAL**

Durante el trabajo de parto puede producirse una retención urinaria, en este caso, puede que sea necesario realizar un sondaje vesical para vaciar la vejiga urinaria.

**COMENTARIOS O SUGERENCIAS SOBRE LAS INTERVENCIONES: .....**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

## 3 PERIODO EXPULSIVO (NACIMIENTO DEL BEBE)

El profesional sanitario que atiende a la mujer intentará, en la medida de lo posible, que la dilatación y el parto/nacimiento discurran en el mismo espacio físico (sala de dilatación). Sin embargo, pueden surgir circunstancias que requieran su traslado a otra habitación o sala de partos convencional. Si esto ocurre, se le informará de las intervenciones que se van a realizar en cada momento.

Durante el expulsivo se pueden adoptar *diversas posturas* (acostada, de pie, en cuclillas, etc.) y también hay *varios posibles lugares* donde dar a luz (en la cama, taburete, en silla de parto vertical, etc.), se informará a la mujer de las posibilidades en cada momento.

En la actualidad, no está demostrado cuál es la postura más adecuada para facilitar el nacimiento. *La elección depende de cada mujer* y de sus necesidades o deseos en cada fase del parto. Si hay algún motivo clínico para aconsejar una postura concreta, el profesional sanitario que la atiende, le informará de todo lo que necesite saber.

### PUJOS

Los pujos son contracciones involuntarias uterinas y contracciones abdominales poderosas que producen la sensación de empujar. En un parto normal se debe empujar cuando la dilatación es completa y la mujer siente la necesidad de hacerlo. Empujar sin sentir la necesidad de hacerlo y/o de forma continuada no es aconsejable ni beneficioso. En algunas situaciones, como bajo los efectos de la anestesia epidural, se produce una disminución de la sensibilidad y del deseo de empujar, puede ser útil que los profesionales orienten a la mujer sobre el momento más adecuado para empujar.

### EPISIOTOMÍA

La episiotomía es un corte que se practica en el periné que únicamente se realiza en algunas situaciones en las que se precisa facilitar la salida del bebé.

### NACIMIENTO

Es un momento único, íntimo y especial, en el que se debe procurar que el primer contacto del bebé sea con la madre.

Se deben atenuar las luces y ruidos porque molestan al bebé, el ambiente debe ser cálido y evitar interferencias en ese primer contacto madre-bebe en el que los sentidos del olfato, el tacto y el oído son muy importantes facilitando la creación del vínculo afectivo y biológico.

Si ambos lo desean, se ayudará al padre a participar y permanecer en ese espacio de intimidad compartida.

### ATENCIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO

Para permitir el contacto continuo e ininterrumpido de la madre con su hijo/a en intimidad, se deben posponer las actuaciones no urgentes (peso, talla y otros cuidados o procedimientos) del recién nacido en las dos primeras horas de vida tras el nacimiento.

Nada más nacer se coloca al bebé sobre el abdomen de la madre, se seca, dejando las manos húmedas para que guiado por el olor del líquido amniótico, repte hacia el pecho. El profesional sanitario realizará los controles y vigilancia con el bebé sobre el pecho de su madre.

En caso de que la situación clínica del recién nacido requiera realizar una aspiración de secreciones o sondaje (introducción de sonda al estómago o por el ano) tras el nacimiento, se informará a la madre y luego se procederá a su realización.

### CONTACTO INMEDIATO PIEL CON PIEL TRAS EL NACIMIENTO

El contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras el parto es una práctica beneficiosa e recomendable tanto para el recién nacido como para la madre. Se debe colocar al bebé en contacto continuo directo piel con piel con la madre al menos durante las dos primeras horas de vida, todo el tiempo que ella desee. En caso de no ser posible, se explicará el motivo y se dará la opción de que otra persona de su confianza haga este primer contacto piel con piel, siempre que la situación del bebé así lo permita.

**Preferencias para este momento:** .....

.....

### CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL

El cordón umbilical se pinza transcurridos al menos dos minutos tras el nacimiento o cuando ya ha dejado de latir. De este modo, el oxígeno que le llega a través de la sangre del cordón, le va a permitir una transición al medio extrauterino más paulatina y menos brusca; pero además mejoran los depósitos de hierro del bebé.

Si las circunstancias lo permiten y la madre lo desea, puede cortar el cordón umbilical ella misma, su pareja o acompañante, siempre bajo la supervisión del profesional sanitario que la atiende.



*Opciones sobre corte del cordón umbilical por:* .....  
.....

- *la propia madre*

- *la pareja/ acompañante*

- *profesional sanitario*

## LACTANCIA MATERNA

La lactancia natural proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres.

Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde.

La lactancia natural exclusiva puede practicarse desde el nacimiento. Si el estado de salud de la madre y la del bebé lo permiten, se colocará el bebé sobre el pecho desnudo de la madre nada más nacer, en contacto piel con piel, dejando que comience a mamar de forma espontánea y sin interferencias innecesarias, durante el tiempo que precise para ello. El profesional sanitario supervisará el estado del bebé y de la madre durante el puerperio inmediato y le ayudará a establecer la lactancia materna.

Mientras la lactancia materna no esté bien establecida; y para evitar confusión del pezón con la tetina, se desaconseja ofrecer chupete y tetinas a los recién nacidos/as, ya que pueden dificultar o impedir una lactancia materna exitosa.

Los bebés alimentados a pecho no precisan tomar sueros, infusiones, ni biberones de leche de fórmula, si se amamanta sin restricciones la producción de leche suele ser la adecuada a las necesidades del bebé. En caso de ser necesario administrar algún otro líquido o alimento al bebé, el profesional sanitario a su cargo, informará a los padres de los motivos clínicos de su indicación y les solicitará su consentimiento.

Se recomienda que las madres lactantes estén en contacto con otras madres lactantes, los profesionales sanitarios deben proporcionar información sobre los grupos de apoyo a la lactancia materna de su comunidad.

En caso de que la mujer decida alimentación artificial, el profesional sanitario debe instruir a los padres para que sepan preparar y administrar leche de fórmula y asegurar una preparación adecuada del biberón. Conviene que alterne a dar la toma al bebé ofreciendo el biberón desde la izquierda y derecha alternativamente para estimular por igual su lateralidad y procure hacer contacto piel con piel, ya que las necesidades de contacto y calor materno son las mismas para todos los bebés independientemente del tipo de alimentación por el que haya optado.

**Opciones:**

- ***Deseo dar el pecho***
- ***He decidido dar a mi bebé leche de fórmula***
- ***Tomaré la decisión más adelante***
- ***Deseo recibir información acerca de asociaciones y grupos de madres de apoyo a la lactancia materna de mi comunidad***

---

## 4 ALUMBRAMIENTO DE LA PLACENTA

Las recomendaciones actuales de las guías de práctica clínica aconsejan informar, preferiblemente durante la gestación, de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica.

No obstante, la mujer debe saber que el alumbramiento espontáneo o fisiológico es también una opción que no previene de la hemorragia postparto.

***Expresa aquí tus preferencias, si lo deseas:*** .....

.....

---

## 5 PUERPERIO HOSPITALARIO

### CUIDADO Y ATENCION AL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PUERPERIO HOSPITALARIO

El bebé recién nacido/a permanecerá *junto a su madre nada más nacer*, no está justificado separar al recién nacido de su madre de forma rutinaria, sólo se realizará por **motivos clínicos justificados** que deberán constar en la historia clínica.

El **traslado del bebé** a la planta de hospitalización de maternidad se realizará en la misma cama de la madre en contacto piel con piel, con la cabecera incorporada, cubiertos por una sábana o manta y acompañados de la persona elegida. Se procurará el mayor grado de intimidad dentro de las posibilidades de cada centro.

La duración de la estancia se ajustará a la situación de salud tanto de la madre como del recién nacido. En cualquier caso, ésta será la mínima posible. En los partos sin complicaciones, madre y bebé compartirán siempre la misma habitación.

El **colecho** en la maternidad implica que el recién nacido y su madre compartan una superficie continua, sin barreras entre ellos, durante las 24 horas, a lo largo de su estancia en el hospital, esta práctica facilita la instauración de la lactación materna.

Las cunas tipo sidecar de algunas maternidades ofrecen a las madres una posibilidad segura para practicar el colecho con su hijo/a, lo que va a facilitar la instauración de la lactancia materna.

**Preferencias personales:** .....

En caso de ingreso del neonato, se informará a los padres de que el contacto físico y la interacción del recién nacido/a con su padre y su madre en contacto piel con piel el máximo tiempo posible han demostrado beneficios tanto para los bebés como para sus progenitores.

Para visitas de otros miembros de la familia como hermanos y abuelos, se debe preguntar al profesional sanitario de la unidad en la que está ingresado el neonato y averiguar si los protocolos del centro lo permiten.

La **administración de la vitamina K, colirio, pesarle o tallarle**, se harán pasadas las dos primeras horas de contacto piel con piel continuo e ininterrumpido, utilizando un método de analgesia no farmacológica para disminuir la sensación dolorosa que le puedan producir estos procedimientos (bebé al pecho, administración de leche de fórmula o solución de sacarosa).

Se procederá a la administración a todos los/as recién nacidos/as de:

- El Colirio o pomada antibiótica oftálmica, en una sola dosis, ya que previene infecciones oculares severas.
- La vitamina K para la prevención de hemorragias. El método de administración más recomendado es la vía intramuscular. Existe la alternativa de la administración vía oral de la vitamina K, en este caso es muy importante el cumplimiento estricto de la pauta de administración por parte de los progenitores, sobre todo si tiene además algún factor de riesgo, como prematuridad, trauma de parto, madre que haya tomado antiepilépticos, patología hepática, etc. Aunque el bebé tome algo de fórmula, antes de las 12 semanas, mientras se esté lactando, se le mantendrá la profilaxis oral.

**Opciones:**

- *Deseo que se administre vitamina K oral a mi bebé tras el nacimiento y me comprometo a la continuidad de su administración en domicilio de acuerdo a la pauta que se prescriba* .

*Si desea exponer algún comentario sugerencia o indicación al respecto, hágalo a continuación:* .....

## HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO

No se aconseja bañar al recién nacido en las primeras horas de vida, pudiendo retrasarse hasta el segundo día o más si las condiciones así lo permiten. El momento de hacerlo por primera vez es una decisión personal.

El profesional de la planta de maternidad le ayudará a adquirir las habilidades necesarias y a resolver dudas respecto al cuidado del bebé.

**Opciones en la planta de maternidad:**

*Deseo realizar yo misma los cuidados e higiene de mi bebé*

- *Otras opciones:* .....

---

## 6 PARTO INSTRUMENTAL (FORCEPS, VENTOSA, ESPÁTULA) O CESÁREA

En caso de que fuese necesaria alguna de estas intervenciones se promoverá, al igual que en el parto eutócico, el acompañamiento continuado, la intimidad, y el contacto inmediato piel con piel tras el nacimiento.

---

## 7 OBSERVACIONES Y OTROS ASPECTOS NO CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO

Con este documento se intenta ofrecerle una información básica sobre los diferentes momentos, situaciones y procedimientos que suelen presentarse a lo largo del parto y nacimiento. Cuando existen diferentes opciones igualmente seguras y eficaces, se ofrece la posibilidad de elección, pero en el caso de que una práctica esté desaconsejada no se ofrece esa opción.

En cuanto a la necesidad o no de *consentimiento informado*, está establecida en el art. 4.1 de la *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*, en la *Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes*, en la *Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes* y en la *Ley 8/2008, del 10 de julio, de salud de Galicia*.

## “HOJA RESUMEN DE REGISTRO HOSPITALARIA SOBRE PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO”

(Informatizada como plantilla en IANUS. En Atención Primaria el informe se creará asociado a un episodio de Embarazo (código W78 do CIAP2). Se publicará tanto en el ámbito de Atención Primaria como Atención Hospitalaria)

**NOMBRE DEL HOSPITAL:**

**NOMBRE Y APELLIDOS DE LA GESTANTE:**

**Nº historia clínica/Nº Seguridad Social:**

|   |  |
|---|--|
| Desea estar acompañada por:   |  |
| <b>ATENCIÓN AL PARTO/NACIMIENTO</b>   |  |
| Desea usar su propia ropa <input type="checkbox"/><br>Desea usar ropa del hospital <input type="checkbox"/>   | No desea canalización IV rutinaria <input type="checkbox"/>  |
| Preferencias del lugar y posición durante el parto:   | <b>Uso de material de apoyo para el parto:</b><br><input type="checkbox"/> Del centro<br><input type="checkbox"/> Propio (especificar) |
| <b>Participación del acompañante/pareja:</b><br>Desea su participación <input type="checkbox"/><br>No desea participación <input type="checkbox"/>  | Necesidades específicas en caso de discapacidad:   |
| No desea analgesia farmacológica <input type="checkbox"/><br>Desea analgesia epidural <input type="checkbox"/><br>Desea otros tipos de analgesia <input type="checkbox"/><br>Especificar:                     | Desea que su pareja corte el cordón <input type="checkbox"/>   |
| <b>MULTICULTURALIDAD E INMIGRACIÓN</b>  |  |
| Idioma principal:<br>Otros idiomas que domina:<br>¿Necesita traducción? <input type="checkbox"/><br>¿Aporta traductor/a? <input type="checkbox"/>   | Requerimientos específicos:  |
| <b>ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO</b>  |  |
| <b>Profilaxis:</b><br>Vitamina K IM <input type="checkbox"/><br>Vitamina K oral <input type="checkbox"/>  | Preferencias sobre el contacto piel con piel y participación del acompañante:  |
| <b>Alimentación lactante:</b><br>Desea lactancia natural <input type="checkbox"/><br>Desea alimentación artificial <input type="checkbox"/><br>Desea contacto con grupos de apoyo LM <input type="checkbox"/> | Desea realizar cuidados e higiene <input type="checkbox"/><br>Desea la colaboración de su pareja <input type="checkbox"/>              |
| <b>OBSERVACIONES:</b>   |  |



galicia

|                                    |         |
|------------------------------------|---------|
|                                    |         |
| Servizo Galego de Saúde            |         |
| Asistencia Sanitaria<br>Protocolos | 15<br>D |



XUNTA  
DE GALICIA