

PROTOCOL D'ASSISTÈNCIA AL PART I AL PUERPERI I D'ATENCIÓ AL NADÓ



**PROTOCOL D'ASSISTÈNCIA
AL PART I AL PUERPERI I D'ATENCIÓ AL NADÓ**

PROTOCOL D'ASSISTÈNCIA AL PART I AL PUERPERI I D'ATENCIÓ AL NADÓ



Generalitat de Catalunya
**Departament de Sanitat
i Seguretat Social**

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP:

Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó

I. Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social

1. Medicina prenatal - Manuals, guies, etc. 2.

Perinatologia - Manuals, guies, etc. 3. Protocols clínics - Manuals, guies, etc.

618

© Generalitat de Catalunya

Departament de Sanitat i Seguretat Social

Edita: Direcció General de Salut Pública

Primera edició: Barcelona, agost de 2003

Tiratge: 5.000 exemplars

Dipòsit legal: B-37.652-2003

Coordinació editorial: Secció de Publicacions

Revisió lingüística: Secció de Normalització Lingüística

Disseny Gràfic: Treballs Gràfics, SA

Impressió: Treballs Gràfics, SA

Índex

Autors _____	13	2.3.1. Tactes vaginals _____	41
Presentació _____	19	2.3.2. Dinàmica uterina _____	41
Introducció _____	27	2.3.3. Constants de la dona _____	41
Capítol I. Atenció en el prepart _____	31	2.3.4. Trencament de la bossa amniòtica _____	41
1. <i>Primera visita a l'hospital en el període de prepart</i> _____	33	2.4. Estimulació del part _____	41
1.1. La història clínica en el prepart _____	33	2.5. Analgoanestèsia _____	42
1.2. Exploració sistemàtica de la dona en el període de prepart _____	33	2.5.1. Indicacions de l'analgèsia _____	42
1.3. Exploració sistemàtica del fetus en el període de prepart _____	33	2.5.2. Mètodes analgèsics farmacològics _____	42
1.4. Proves complementàries d'urgència en el període de prepart _____	34	2.5.3. Moment de realització de l'analgoanestèsia _____	42
2. <i>Revaluació del risc i pronòstic en el prepart</i> _____	34	2.5.4. Complicacions de l'analgoanestèsia _____	42
3. <i>Altres aspectes a tenir en compte en l'atenció en el prepart</i> _____	35	2.6. Complicacions durant el període de dilatació _____	43
Capítol II. Atenció en el part _____	37	2.6.1. Fase de latència prolongada _____	43
1. <i>Exploració sistemàtica de la dona i del fetus en l'ingrés de part</i> _____	39	2.6.2. Fase de dilatació activa prolongada _____	43
2. <i>Atenció en el període de dilatació</i> _____	39	2.6.3. Detenció secundària de la fase de dilatació activa _____	43
2.1. Exploració sistemàtica del fetus durant la dilatació _____	40	2.6.4. Part precipitat _____	43
2.2. Preparatius per al part durant el període de dilatació _____	40	3. Atenció en el període expulsiu _____	44
2.2.1. Asèpsia _____	40	3.1. Exploració sistemàtica del fetus en el període expulsiu _____	44
2.2.2. Rasurat _____	40	3.2. Exploració sistemàtica de la dona durant el període expulsiu _____	44
2.2.3. Ènema _____	40	3.2.1. Exploracions generals _____	44
2.2.4. Col·locació d'una via de perfusió intravenosa _____	40	3.2.2. Control de la dinàmica uterina _____	44
2.2.5. Alimentació durant la dilatació _____	40	3.2.3. Control de la progressió del període expulsiu _____	44
2.2.6. Benestar de la dona durant la dilatació _____	40	3.3. Assistència al part espontani _____	44
2.3. Seguiment de la progressió de la dilatació _____	41	3.3.1. Equipament necessari _____	44
		3.3.2. La preparació _____	45
		3.3.3. La posició _____	45
		3.3.4. Espoderaments (pujos) _____	45
		3.3.5. L'episiotomia _____	46

3.3.6. Extracció del cap _____	46	5.4. Exploració sistemàtica del nadó a la sala de parts _____	51
3.3.7. Sortida de les espatlles _____	46	5.5. Procediments preventius en l'atenció del nadó a la sala de parts _____	51
3.4. Complicacions durant el període expulsiu _____	46	5.5.1. Profilaxi de l'oftàlmia neonatal _____	51
3.4.1. Anomalies de les forces d'expulsió _____	46	5.5.2. Profilaxi de la malaltia hemorràgica del nadó _____	51
3.4.2. Anomalies secundàries a la presentació, posició o desenvolupament fetal _____	46	5.5.3. Profilaxi de la infecció per <i>Streptococcus agalactiae</i> _____	51
3.4.3. Anomalies del canal ossi del part _____	47	5.5.4. Profilaxi de l'hepatitis B _____	51
3.4.4. Anomalies del canal tou del part _____	47	5.5.5. Profilaxi de la transmissió vertical de l'HIV _____	52
3.5. Assistència al part distòcic _____	47	6. Altres aspectes a tenir en compte en l'atenció al part _____	52
3.5.1. Part vaginal instrumentat _____	47	Capítol III. Atenció en el puerperi _____	53
3.5.1.1. Indicacions _____	47	1. Cura de la mare durant l'estada hospitalària _____	55
3.5.1.2. Condicions per a l'ús d'instrumental en el període expulsiu _____	47	1.1. Valoració immediata de l'estat general _____	56
3.5.2. Part per cesària _____	47	1.2. Control de les constants vitals _____	56
3.5.2.1. Indicacions de la cesària _____	48	1.3. Control de la pèrdua hemàtica _____	56
4. Atenció en el període de deslliurament _____	48	1.4. Control de la involució uterina _____	56
4.1. Pinçament i secció del cordó umbilical _____	49	1.5. Característiques dels loquis _____	56
4.2. Signes de despreniment de la placenta _____	49	1.6. Control de la micció i de l'evacuació _____	56
4.3. Assistència en el deslliurament _____	49	1.7. Control del perineu i de l'episiotomia _____	56
4.3.1. Deslliurament espontani o fisiològic _____	49	1.8. Control de les mames i suport a la lactància materna _____	57
4.3.2. Deslliurament dirigit _____	49	1.9. Avaluació del dolor: anàlgesia _____	57
4.3.3. Deslliurament manual _____	49	1.10. Control de les extremitats inferiors, mobilització i higiene _____	57
4.4. Revisió de la placenta i de les membranes _____	50	1.11. Valoració de la dieta i suplementació _____	57
4.5. Revisió del canal del part i cirurgia reparadora _____	50	1.12. Incompatibilitat de grup sanguini mare-nadó _____	57
4.6. Complicacions hemorràgiques durant el deslliurament _____	50	1.13. Valoració de l'estat emocional _____	57
5. Atenció al nadó a la sala de parts _____	50	2. Cura del nadó durant l'estada hospitalària _____	58
5.1. Pinçament del cordó umbilical _____	50	2.1. Comprovació dels controls fets a la sala de parts _____	58
5.2. Identificació del nadó a la sala de parts _____	50		
5.3. Primer contacte mare-fill _____	50		

2.2. Exploració del nadó a la planta d'hospitalització _____	58	Capítol IV. Reavaluació del risc del part.	
2.3. Custòdia del nadó durant l'estada hospitalària _____	58	Trasllat perinatal _____	65
2.4. Higiene de la pell, vestit i posició al bressol _____	58	1. Reavaluació del risc en el moment del part _____	67
2.5. Seguiment i controls sistemàtics del nadó durant l'estada a l'hospital _____	59	1.1. Identificació del part de risc baix _	67
2.5.1. La cura del cordó umbilical _____	59	1.2. Identificació del part de risc mitjà	67
2.5.2. Cribratges sistemàtics durant l'estada hospitalària _____	59	1.3. Identificació del part de risc alt _	67
2.5.2.1. Pla de detecció precoç de metabolopaties congènites (PDP) _____	59	1.4. Identificació del part de risc molt alt _____	67
2.5.2.2. Detecció precoç de la hipoacúsia _____	60	2. El trasllat perinatal _____	71
2.5.3. L'alletament durant l'estada hospitalària _____	60	2.1. Dinàmica de la decisió del trasllat perinatal _____	71
3. Alta hospitalària de la mare i del nadó _	60	2.2. El trasllat de la mare _____	71
3.1. Exploració de la mare prèvia a l'alta hospitalària _____	60	2.2.1. Trasllat intraúter _____	71
3.2. Atenció al nadó en el moment de l'alta hospitalària _____	61	2.2.1.1. Avantatges del trasllat intraúter _____	71
3.2.1. Alta precoç (entre les 24 i les 48 hores després del part) _	61	2.2.1.2. Limitacions i possibles complicacions del trasllat intraúter _____	71
3.2.2. Alta hiperprecoç (menys de 24 hores després del part) _	61	2.2.2. Indicacions del trasllat intraúter _____	72
3.3. Informació a la dona en el moment de l'alta puerperal _____	61	2.2.3. Contraindicacions del trasllat intraúter _____	72
3.4. Informe d'alta _____	62	2.3. El trasllat del nadó _____	72
3.4.1. De la mare _____	62	2.3.1. El trasllat del nadó no crític _	72
3.4.2. Del nadó _____	62	2.3.2. El trasllat del nadó crític _____	72
4. L'atenció durant el període de puerperi domiciliari _____	62	2.3.3. Indicacions del trasllat postnatal del nadó _____	72
4.1. Criteris de prioritització de visites durant el puerperi domiciliari _____	62	2.3.4. Condicions del transport postnatal del nadó _____	73
4.2. Nombre de visites recomanades durant el puerperi domiciliari _____	64	2.3.5. Aspectes a tenir en compte a l'hospital emissor abans del trasllat _____	73
5. Visita de control postpart _____	64	2.3.6. Normes de l'equip assistencial del transport del nadó crític _____	74
6. Altres aspectes a tenir en compte en el puerperi _____	64	2.3.7. Normes de l'hospital receptor del nadó crític _____	74
		2.3.8. Consideracions mèdiques i legals respecte al trasllat de nadons _____	74
		2.3.9. Aspectes ètics del trasllat del nadó _____	74
		2.4. El transport de retorn _____	75

Capítol V. Annexos _____	79		
Annex 1. Informació a la dona i a la família.			
El consentiment informat _____	81	3.1. Afavorir els primers contactes mare-fill _____	94
1. El pla de naixement _____	83	3.2. Afavorir la creació de vincles afectius pares-nadó _____	94
2. Com s'ha de donar la informació _____	84	3.3. Afavorir l'alletament matern _____	95
3. A qui s'ha de donar la informació _____	84	Annex 3. Atenció a la diversitat _____	97
4. Quan s'ha d'informar _____	84	<i>1. Atenció a la diversitat en el prepart, part i puerperi</i> _____	99
5. Qui ha d'informar _____	84	1.1. Com viu la dona immigrada l'embaràs i el part en el nostre medi _____	99
6. Quina informació s'ha de donar _____	84	1.2. Aspectes especials a tenir en compte en la fase de prepart _____	99
6.1. Informació a la dona en el prepart _____	85	1.3. Aspectes especials a tenir en compte en la fase de part _____	100
6.2. Informació a la dona durant el període de part _____	85	1.4. Aspectes especials a tenir en compte en la fase de postpart i puerperi _____	100
6.3. Informació durant el postpart i el puerperi _____	86	Annex 4. Atenció en el part natural no medicalitzat _____	101
7. El consentiment informat _____	87	1. <i>Introducció</i> _____	103
Annex 2. Ambient psicoafectiu en el prepart, el part i el puerperi _____	89	2. <i>Recomanacions per a l'actuació en el part natural no medicalitzat</i> _____	103
1. <i>Ambient psicoafectiu durant el prepart</i> _____	91	2.1. Informació bàsica a la dona sobre les normes generals durant l'ingrés hospitalari _____	103
1.1. Ambient psicoafectiu en la primera exploració a l'hospital _____	91	2.2. Atenció en el moment de l'ingrés _____	104
1.2. Consells a la dona en fase de prepart _____	92	2.3. Atenció durant el període de dilatació _____	104
2. <i>Ambient psicoafectiu durant el part</i> _____	92	2.4. Atenció durant el període d'expulsió _____	105
2.1. Durant els preparatius per al part _____	92	2.5. Atenció durant el període de deslliurament _____	105
2.2. La posició de la dona i del professional sanitari durant el període expulsiu _____	92	2.6. Atenció en el moment d'abandonar la sala de parts _____	105
2.3. Ambient a la sala de parts _____	92	2.7. Consentiment informat _____	105
2.4. El paper del pare durant el treball del part _____	92	Annex 5. Mesures per racionalitzar la taxa de cesàries _____	107
2.5. Paper de l'equip obstètric en l'ambient psicoafectiu durant el part _____	93	1. <i>Criteris clínics generals</i> _____	109
2.5.1. Promoure la participació responsable de la parella _____	93	2. <i>Criteris clínics específics</i> _____	109
2.5.2. Evitar la medicalització excessiva durant el part _____	93	2.1. Distòcia _____	109
2.5.3. Proporcionar mesures de confort _____	93	2.2. Cesària anterior _____	110
3. <i>Ambient psicoafectiu durant el puerperi</i> _____	94		

2.3. Risc de pèrdua del benestar fetal	111	2.2. Aprofitar les primeres preses de calostre	129
2.4. Presentació de natges	111	2.3. Evitar l'administració de suplementes de sèrum glucosat	129
3. Resum de les mesures per disminuir les cesàries	112	2.4. Evitar la utilització del xumet	130
Annex 6. Reanimació del nadó	113	2.5. Vigilar la posició correcta	130
1. Algoritme de reanimació del nadó	115	2.5.1. Posició de la mare	130
2. Observacions a tenir en compte en la reanimació del nadó	116	2.5.2. Posició del nadó	131
Annex 7. Identificació i custòdia del nadó	117	2.6. Flexibilitzar la freqüència i durada de les preses	131
1. Sistemes per a la identificació dels nadons	119	2.7. Donar suport professional	131
2. Identificació del nadó mitjançant braçalets i pinça de cordó	119	3. Recomanacions per afavorir l'alletament matern en el moment de l'alta hospitalària	132
2.1. Material necessari	120	3.1. Valorar l'estat nutricional del nadó	132
2.2. Procediment a la sala de parts	120	3.2. Donar pautes i continuïtat assistencial	132
2.3. Procediment durant l'estada hospitalària	120	3.3. Donar informació sobre l'alletament	132
2.4. Precaucions a observar	120	4. Manteniment de l'alletament matern	133
2.5. Resum de les recomanacions més importants	121	4.1. Suport a l'alletament per part del servei de pediatria d'atenció primària	133
Annex 8. Mètode per a la recollida de mostres de sang del cribratge de metabolopaties congènites	123	4.2. Edat fins la qual es recomana la lactància materna	133
1. Obtenció de la mostra de sang del taló	125	4.3. Alimentació de la mare	133
1.1. Mètode	125	4.4. Repòs de la mare	133
1.2. Impregnació del paper cromatogràfic	125	4.5. Prevenció de complicacions	133
1.3. Emplenament de la fitxa d'identificació	125	5. Contraindicacions de l'alletament matern	134
1.4. Tramesa del sobre amb la mostra de sang	126	5.1. Situacions més habituals	134
Annex 9. Promoció de la lactància materna	127	5.2. Inhibició de la lactància materna	134
1. Recomanacions per afavorir l'alletament matern a la sala de part	129	6. Extracció amb tirallet i conservació de la llet materna	134
1.1. Facilitar el contacte mare-nadó	129	6.1. Situacions més habituals en què està indicada	134
1.2. Donar consell i suport en la primera presa	129	6.2. Mètodes d'extracció amb tirallet	135
2. Recomanacions per afavorir l'inici de l'alletament matern durant l'estada hospitalària	129	6.3. Mètode per a la conservació de la llet materna	135
2.1. Mantenir junts la mare i el nadó	129	Annex 10. Antisèptics iodats en perinatologia. Document de consens 1998)	137
		1. Antisèptics per al nadó	139
		2. Antisèptics per a la mare	140

Annex 11. Terminologia sobre transport perinatal. Equipament per al transport del nadó crític _____	143	1.3. Classificació del risc: reavaluació actualitzada del risc _____	158
1. Terminologia sobre transport perinatal _	145	1.4. Pla de naixement _____	158
1.1. Segons la procedència del malalt _	145	1.5. Dades de l'ingrés en curs de part _	158
1.2. Segons la participació dels hospitals en el transport _____	145	1.6. Dades de l'evolució del part ____	159
1.3. Segons el moment del transport _	145	1.7. Dades del nadó _____	159
1.4. Segons la urgència del transport _	145	1.8. Dades del puerperi hospitalari __	160
1.5. Segons la finalitat del transport __	145	2. El partograma _____	161
1.6. Segons la patologia que presenti el nadó _____	146	3. El llibre de parts _____	161
2. Mitjans de transport _____	146	4. L'informe d'alta hospitalària _____	161
2.1. Ambulància terrestre _____	146	5. El carnet de l'embarassada _____	162
2.2. Helicòpter _____	146	6. El carnet de salut infantil _____	162
2.3. Avió _____	147	Annex 14. Nivells hospitalaris: serveis d'obstetrícia i neonatologia ____	163
3. Material recomanat per al transport del nadó crític _____	147	1. Classificació per nivells dels serveis hospitalaris d'atenció obstètrica i neonatal _____	165
Annex 12. Activitats assistencials i educatives durant el puerperi domiciliari. Activitats grupals postpart ____	149	1.1. Hospital maternal de nivell 0 ____	165
1. Activitats assistencials i educatives durant el puerperi domiciliari _____	151	1.2. Hospital maternal de nivell I ____	165
1.1. Activitats en la primera visita ____	151	1.2.1. Serveis que pot prestar l'hospital maternal de nivell I _____	165
1.2. Activitats en la segona visita ____	151	1.2.2. Estructura física que ha de tenir l'hospital maternal de nivell I _____	165
1.3. Activitats en la tercera visita ____	151	1.2.2.1. Àrea de dilatació _____	165
1.4. Activitats en el puerperi domiciliari enfocades a la mare __	152	1.2.2.2. Àrea de parts _____	166
1.5. Activitats en el puerperi domiciliari enfocades al nadó ____	153	1.2.2.3. Àrea d'hospitalització obstètrica (prepart i postpart) _____	166
2. Activitats grupals postpart _____	154	1.2.3. Equipament que ha de tenir l'hospital maternal de nivell I _____	166
2.1. Assessorament en aspectes relacionats amb la mare _____	154	1.2.3.1. Equipament de l'àrea de parts de nivell I _____	166
2.2. Assessorament en aspectes relacionats amb el nadó _____	154	1.2.3.2. Equipament de la sala quirúrgica per a cesàries de nivell I _____	166
2.3. Treball corporal postpart _____	154	1.2.3.3. Equipament de serveis complementaris de nivell I _	166
Annex 13. La història clínica hospitalària perinatal _____	155	1.2.4. Personal que ha de tenir l'hospital maternal de nivell I	167
1. Apartats de la història clínica hospitalària perinatal _____	157	1.2.5. Horaris i coordinació de l'hospital maternal de nivell I	167
1.1. Dades generals i antecedents ____	157		
1.2. Dades bàsiques del seguiment de l'embaràs actual _____	157		

1.3. Hospital maternal de nivell IIA	167		
1.3.1. Serveis que pot prestar l'hospital maternal de nivell IIA	167		
1.3.2. Estructura física que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIA	167		
1.3.2.1. Unitat de reanimació i cures intermèdies neonatals	167		
1.3.2.2. Serveis complementaris	167		
1.3.3. Equipament que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIA	168		
1.3.4. Personal que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIA	168		
1.3.5. Horaris i coordinació de l'hospital maternal de nivell IIA	168		
1.4. Hospital maternal de nivell IIB	168		
1.4.1. Serveis que pot prestar l'hospital maternal de nivell IIB	168		
1.4.2. Estructura física que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIB	169		
1.4.3. Equipament que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIB	169		
1.4.4. Personal que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIB	169		
1.4.5. Horaris i coordinació de l'hospital maternal de nivell IIB	169		
1.5. Hospital maternal de nivell IIIA	169		
1.5.1. Serveis que pot prestar l'hospital maternal de nivell IIIA	169		
1.5.2. Estructura física que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIIA	170		
1.5.3. Equipament que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIIA	170		
1.5.4. Personal que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIIA	170		
1.5.5. Horaris i coordinació de l'hospital maternal de nivell IIIA	170		
1.6. Hospital maternal de nivell IIIB	170		
1.6.1. Serveis que pot prestar l'hospital maternal de nivell IIIB	171		
1.6.2. Estructura física que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIIB	171		
1.6.3. Equipament que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIIB	171		
1.6.4. Personal que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIIB	171		
1.6.5. Horaris i coordinació de l'hospital maternal de nivell IIIB	171		
1.7. Quadres resum dels nivells hospitalaris	172		
Bibliografia	177		

Autors

L'elaboració d'aquest protocol ha estat coordinada per:

Departament de Sanitat i Seguretat Social:

Rosa Fernández Bardón
Direcció General de Salut Pública

Ramon Prats Coll
Direcció General de Salut Pública

Societats científiques:

Lluís Cabero Roura
Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia

**Josep M. Carrera Macià i Joan Antoni Vanrell
Díaz**
Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia

**Dolors Costa Sampere i Cristina Martínez
Bueno**
Associació Catalana de Llevadores

Josep M. Mauri Puig
Societat Catalana de Pediatria

El grup d'experts que ha assessorat l'elaboració d'aquest protocol ha estat format per:

Coordinadors dels subgrups de treball

Rosa Almirall Oliver
PSAD-ASSIR Baix Llobregat Centre. ICS

Romà Baràibar Castelló
Institut Universitari Dexeus. Barcelona

Vicenç Cararach Ramoneda
Hospital Clínic. Barcelona

Ramon Carreras Collado
Hospital del Mar. Barcelona

M. José Cerqueira Dapena
Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron. Barcelona

M. Dolores Chacón Sánchez
Col·legi de Diplomats d'Infermeria. Barcelona

Carme Coll Capdevila
Directora del PSAD-ASSIR Maresme. ICS. Mataró

M. Teresa Esqué Ruiz
Hospital Clínic. Barcelona

Xavier Krauel Vidal
Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat

Carme Ollé Rodríguez
PSAD-ASSIR Ciutat Vella. IMAS. Barcelona

Emilio Pérez-Picañol
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.
Badalona

Neus Prat Puigpelat
Hospital General. Manresa

Frederic Raspall Torrent
Hospital de Barcelona

Josep Sabrià Rius
Hospital Universitari de Girona Doctor Josep
Trueta

Jordi Sáez Ferrer
Hospital de Terrassa

Participants en els subgrups de treball

J. C. Alonso Duat
Clínica del Pilar. Barcelona

Carles Amselem Amselem
Hospital de Barcelona

Joan Badia Barnusell
C Consorci Sanitari Parc Taulí. Sabadell

Albert Balaguer Santamaria
Hospital Sant Joan. Reus

Jordi Bellart Alfonso
Hospital Clínic. Barcelona

Josep Bras Marquilla
CAP Poblenou. Barcelona

Daniel Brull López
Hospital Sant Jaume de Calella

Esther Busquets Bou
Subdirecció General de Recursos Sanitaris

Francisco Javier Carballal Hernández
Hospital General de Granollers

Eduard Carreras González
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Fermina Casas Navarro
Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron. Barcelona

Cristina Castellón Mezquita
Hospital de Barcelona

Pere Cavallé Vallverdú
Hospital Sant Joan. Reus

Rosa Clavera Fernández
PSAD-ASSIR Granollers. ICS

Ramón Ciurana Roca
Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM)

Engracia Coll Navarro
PSAD-ASSIR Mútua de Terrassa

Josep M. Cuyás Batista
Fundació Privada Hospital de Mollet

Xavier Demestre Guasch
Hospital de Barcelona

Rosa Díaz Gallardo
PSAD-ASSIR Maresme. ICS. Mataró

Nuria Domínguez
PSAD-ASSIR Gironès. Pla de l'Estany. ICS

Pere Duran Sánchez
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Paquita Duran Suárez
Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

Francesc Fargas Moreno
PSAD-ASSIR Reus. Altebrat. ICS

Carles Foradada Morillo
Consorti Hospitalari Parc Taulí. Sabadell

Josep Flores Casas
PSAD-ASSIR Nou Barris. ICS

Enric Genové Llimona
Consorti Sanitari de Mataró

Lluïsa Giraldo Lozano
Hospital Clínic. Barcelona

Xavier Gonzalez Tallada
Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Josep M. Laïlla Vicens
Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat

Josep Mallafré Dols
Institut Universitari Dexeus. Barcelona

Josefa Martínez Juan
PSAD-ASSIR Sabadell. ICS

Isabel Mas Massagué
Clínica Teknon. Barcelona

Carmen Mateo Corbalán
Hospital Verge de la Cinta. Tortosa

Jordi Mateu Pomar
Hospital General d'Igualada

Alejandro Miranda Pitchot

Institut Universitari Dexeus. Barcelona

Manel Muñoz Puigdemasa

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Antoni Natal Pujol

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.
Badalona

Araceli Noval Llorach

Hospital General de Granollers

Josep Oller Macià

Clínica del Pilar. Barcelona

Lidia Padró Pitarch

Divisió d'Atenció Hospitalària. Àrea Sanitària. SCS

Marta Palau Gené

Hospital Sant Llorenç. Viladecans

Antoni Payà Panandes

Hospital del Mar. Barcelona

Antoni Pesarodona Isern

Hospital Mútua de Terrassa

Albert Puig Menen

Hospital de la Creu Roja. L'Hospitalet de Llobregat

José Manuel Rodríguez Miguelez

Hospital Clínic. Barcelona

José Manuel Rodríguez Pazos

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Ramón Riera Rovira

Hospital Sant Joan de Déu. Martorell

Palmira Rius

Departament d'Infermeria. Universitat de Lleida

Marisa Ros

CAP Drassanes. Barcelona

Jaume Rosal Roig

Hospital Verge de la Cinta. Tortosa

Raimon Rovira Saperas

Hospital General de Vic

Lluís Ruiz Guzmán

Iniciativa Hospital Amic dels Nens. UNICEF

Joan Sala Sanjaume

Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM)

Salvador Salcedo Abizanda

Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron. Barcelona

Isabel Salgado Poveda

Hospital Clínic. Barcelona

Lourdes Salgueda Serrat

Hospital de Campdevàno

Anna Soligó Illamola

Hospital de Terrassa

Antoni Tarrats Oliva

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.
Badalona

Carme Terré Rull

Unitat Docent de Llevadores. Universitat de
Barcelona

Nuria Torras Arqué

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Elisenda Trias Folch

CAP Sant Andreu. Barcelona

Josep Viñolas Alberch

Quinta de Salut l'Aliança. Vic

Amalia Zuasnabar Cotro

Hospital de Granollers

Presentació

Presentació

Néixer amb bona salut és el primer pas per gaudir d'una vida saludable. Les condicions socioculturals de la família i la qualitat de l'atenció prenatal i perinatal contribueixen en gran mesura al desenvolupament futur de l'infant.

Els indicadors de salut dels nadons i de les mares són considerats exponents rellevants de l'estat de salut i la qualitat de vida d'una població i del nivell dels serveis sanitaris, alhora que són predictors de la salut i el benestar de les pròximes generacions.

Els objectius de salut i de disminució del risc en matèria de salut maternoinfantil, inclosos en el Pla de salut de Catalunya, són de gran importància per al manteniment i la millora de la salut de la mare i de l'infant, i en aquest sentit es proposen intervencions relacionades amb l'atenció sanitària de l'embaràs, el part i el puerperi.

El Pla de salut per al trienni 1999-2001 en els seus objectius operacionals es proposava l'aplicació generalitzada, per part dels centres i els professionals, del protocol de seguiment de l'embaràs, i en conseqüència la tipificació dels embarassos segons el seu risc, amb la recomanació de ser atesos als centres de nivell adequat. Així mateix, es proposava l'elaboració consensuada del protocol d'atenció al part i al puerperi.

Per tal de donar compliment a aquesta recomanació, i seguint la filosofia de treball desplegada pel Departament de Sanitat i Seguretat Social en el sentit de recollir les evidències científiques, les experiències professionals acumulades i l'opinió col·legiada de les institucions professionals implicades, l'any 1998 es va editar el *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. Aquest Protocol s'està aplicant actualment per part dels obstetres i llevadores i creiem que ha servit per homogeneïtzar i millorar el seguiment de l'embaràs normal i fer-ne l'avaluació del risc.

L'any 1999 es van constituir els grups de treball per a l'elaboració del protocol d'atenció al part i al puerperi, i el resultat d'aquest treball es el llibre que avui us presentem. El *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó* es la continuació natural del procés iniciat amb l'elaboració del protocol de l'embaràs i tanca el cercle de l'atenció al conjunt del procés reproductiu: fecundació, embaràs, part, puerperi, així com l'atenció neonatal.

Aquest document contribuirà a la millora de la salut maternoinfantil al nostre país, establint els estàndards de qualitat assistencial pel que fa als diferents procediments d'atenció al part i al puerperi, tant de la dona com del nounat.

Al mateix temps, contribuirà a l'anàlisi de l'atenció obstètrica i neonatal i a la planificació de l'atenció al part i al nadó, establint els nivells d'atenció d'acord amb la capacitat tècnica dels diferents centres hospitalaris.

Vull agrair la inestimable col·laboració que hem tingut per part de les societats científiques, la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia, la Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia, la Societat Catalana de Pediatria i l'Associació de Llevadores de Catalunya, i agrair especialment a tots els professionals que hi han participat el seu treball entusiasta i desinteressat, que ha permès la culminació d'aquest Protocol.

Xavier Pomés i Abella

Conseller de Sanitat i Seguretat Social

El *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*, que ara es presenta, és la continuació del *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. Amb l'impuls i la coordinació de la Direcció General de Salut Pública i amb el suport de la SEGO, de les societats catalanes de Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia, i de l'Associació Catalana de Llevadores, els 72 professionals que l'han elaborat han aconseguit la meritòria tasca d'arribar a un consens de mínims assistencials.

El Protocol està perfectament actualitzat. És important esmentar la definició dels nivells hospitalaris, la reavaluació del risc del part i el transport neonatal, ja que marca les pautes per a la classificació dels diferents hospitals de Catalunya i els nivells de risc. No menys important és saber quan i com s'ha de traslladar el nou-nat i/o la seva mare.

Aquest Protocol és pioner a establir unes normes psicològiques i sociològiques, tan sovint oblidades en altres protocols, i també a tractar el part natural no medicalitzat, la promoció de la lactància materna i l'atenció al puerperi domiciliari.

Ens hem de felicitar tots per l'excel·lent tasca realitzada i per l'oportunitat de la seva publicació.

J. A. Vanrell Díaz

President de la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia

La Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia té la satisfacció de presentar aquesta obra, fruit de l'esforç de col·laboració entre les institucions que hi han participat. Des de fa anys, la nostra Societat col·labora amb el Departament de Sanitat i Seguretat Social de forma molt eficient, i en múltiples projectes dins l'àmbit de la salut maternoinfantil. No hi ha dubte que aquesta és una de les funcions de la nostra entitat i dels seus professionals.

Quan un projecte arriba a bon port, significa que els mecanismes d'enllaç i col·laboració han funcionat de manera adequada i adient, i en aquesta ocasió així ha estat. Per això, vull expressar l'agraïment a tots els professionals que hi han participat de manera il·lusionada i entusiasta, i gràcies als quals disposarem d'una eina de gran valor, tant assistencial com planificadora, per millorar l'atenció a les embarassades.

Així mateix, vull agrair al Departament de Sanitat l'esforç que ha fet per liderar aquest projecte, sense el qual no s'hauria pogut aconseguir una obra que considerem fonamental per a la millora de la salut maternoinfantil a Catalunya, i que, juntament amb el Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya, constitueixen els pilars conceptuals per aconseguir que el binomi mare-nen arribi al nivell més alt d'assistència i de salut.

Lluís Cabero i Roura

President de la Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia

La publicació d'aquest protocol ha permès a l'Associació Catalana de Llevadores (ACL) participar en la seva elaboració, fruit del consens entre les diferents societats científiques i molts professionals implicats en la salut maternoinfantil.

La unificació de criteris d'actuació durant el part i puerperi millorarà, sense cap dubte, la pràctica assistencial de les llevadores en salut maternoinfantil.

Les llevadores implicades en l'assistència del part normal hem de saber guardar l'equilibri entre la tecnologia al nostre abast i la humanització d'un procés fisiològic. En aquest sentit, el Protocol contempla, a més a més del control clínic, aspectes relacionats amb l'ambient psicoafectiu.

D'altra banda, aquest Protocol respon a una demanda social de participació de la dona i la parella en tot el procés del part i de la maternitat-paternitat. Demanda a la qual el col·lectiu de llevadores ha estat molt sensible entenent el dret, de la dona i la parella, a gaudir d'aquesta etapa.

Les llevadores, conjuntament amb tots els professionals implicats, han d'assumir el compromís d'impulsar la implementació i seguiment d'aquest Protocol i assegurar una atenció de qualitat, de consens i de millora per a la salut de la mare i del nadó.

Cristina Martínez Bueno

Presidenta de l'Associació Catalana de Llevadores

La Societat Catalana de Pediatria, i en especial el seu Grup d'Estudis Neonatals, ha estat capdavantera en la millora de l'atenció neonatal en el nostre país. Des del vessant de la formació, recerca i defensa de l'especialitat, ha afavorit la gran qualitat de la neonatologia de Catalunya. La col·laboració amb les institucions públiques i altres societats científiques ha estat la norma en la realització de moltes actuacions. Aquest Protocol n'és un exemple i representa una fita molt important en l'assistència al part i al puerperi i l'atenció al nou-nat.

La neonatologia és un dels àmbits de l'atenció pediàtrica que en els darrers anys s'han dotat d'un pes específic molt important. No solament ha incorporat millores científiques i tècniques, sinó que en el vessant més humana i ètic ha realitzat plantejaments globals de l'atenció envers els nadons i les seves famílies.

La millora de l'atenció neonatal passa per la imprescindible coordinació amb l'obstetrícia i les altres especialitats que intervenen en l'atenció del part. La disminució de la variabilitat mèdica i la medicina basada en l'evidència són trets imprescindibles en l'atenció eficient i de qualitat. Aquest fet queden reflectits en el volum que teniu entre mans i que esperem que sigui d'utilitat per a tots els professionals implicats.

Dr. Josep M. Mauri i Puig

President de la Societat Catalana de Pediatria

Introducció

El Pla de salut de Catalunya 1999-2001, en l'apartat de maternitat i infància, es proposava com a objectiu operatiu d'aquest període "l'elaboració d'unes recomanacions per a l'atenció del part i el puerperi". Aquest objectiu estava basat en l'anàlisi de la situació de la salut reproductiva a Catalunya.

Si analitzem les dades dels principals indicadors de mortalitat, veiem com la mortalitat perinatal, que és l'indicador que millor tradueix els riscos pre-natals, perinatals i postnatsals immediats, ha experimentat una forta davallada en els darrers vint anys: ha passat d'una taxa de 21 per mil nascuts l'any 1975 a una taxa de 4,6 l'any 2000.

Aquesta davallada s'ha produït, en gran part, a costa de les causes perinatals (hipòxia, anòxia, trauma obstètric, etc.), i és deguda sobretot a la millora de l'atenció a l'embaràs i el part.

Així mateix, la mortalitat materna en els darrers anys es manté per sota de l'objectiu de salut proposat en l'esmentat Pla de salut.

Si bé aquesta situació que ens presenta els indicadors de mortalitat ens orienta sobre una situació força bona de salut reproductiva, no hem d'oblidar que la contrapartida d'aquest baix nivell de mortalitat perinatal és l'augment de supervivència de nadons de risc.

D'altra banda, constatem un increment persistent en els últims anys del baix pes i la prematuritat, que fa que els nounats amb un pes inferior a 1.500 g hagin passat del 0,40% (202 casos) l'any 1993 a un 0,75% (481 casos) el 2001.

En l'etiologia de la prematuritat i el baix pes en néixer, entre d'altres, es troben les malalties maternes, els embarassos múltiples deguts en gran mesura a les tècniques de reproducció humana assistida, juntament amb els estils de vida (consum de tabac i drogues), així com les desigualtats socials, que sovint comporten un entorn i una atenció prenatal inadequats.

També cal considerar que estem dins un nou context demogràfic amb un repunt de la natalitat, un augment de la població immigrada en edat de tenir fills, una tendència a l'augment de l'edat en què la dona té el primer fill, etc.

Caldrà donar resposta als nous reptes que se'ns presenten, encara que quan una comunitat arriba a xifres tan baixes en els seus principals indicadors significa que gaudeix d'uns nivells de desenvolupament i salut força acceptables, encara que susceptibles de millorar. Per aconseguir millores en els nivells de morbimortalitat perinatal, neonatal i materna cal afinar molt l'anàlisi dels problemes i articular propostes de millora que hagin acreditat la seva capacitat d'influència sobre la salut maternoinfantil.

Una d'aquestes mesures de gran influència en la qualitat assistencial són els consensos professionals sobre un conjunt de procediments, com ara el protocol d'atenció al part que tenim a les mans.

Per aquest motiu, l'any 1998 es va editar el *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*, i es va establir el compromís de seguir consensuant els procediments referents al part i al puerperi.

Avui podem presentar el resultat final d'aquest procés i tancar el cercle del procés reproductiu amb el *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*.

El consens i la filosofia dels acords es mou en la visió del part normal com un procés fisiològic humà que té un fort component emocional per a la dona, la seva parella i la família. Aquests dos components han d'orientar qualsevol actuació sanitària, en el sentit que l'atenció que donen estigui envoltada de tot l'ambient favorable possible per aconseguir que la dona, la seva parella i els seus familiars se sentin acompanyats, respectats i protegits durant tot el procés.

La influència de l'assistència obstètrica institucionalitzada amb un alt nivell tecnològic ha aconseguit millorar els resultats obstètrics i neonatals. Malgrat tot, en el Protocol s'insisteix en el caràcter de normalitat que ha de tenir el part per a la dona, i l'atenció sanitària ha d'actuar amb l'equilibri necessari entre la medicalització i l'atenció humanitzada.

En aquest sentit, els criteris comuns que s'estableixen en aquest *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*, que ara teniu a les mans, han estat el fruit del treball i el consens d'un nombrós grup d'experts representatius de la realitat de la nostra xarxa sanitària. A més d'establir les pau-

tes clíniques més actualitzades, el Protocol també estableix una forma de fer més humanitzada al voltant del naixement d'un fill. En aquest sentit es fa especial èmfasi en l'atenció al part normal com a vivència, traient-li la càrrega de situació patològica, sense oblidar la necessària vigilància mèdica, però en tot cas reservant la medicació i l'aplicació de la tecnologia medicoquirúrgica als casos en què es presenten complicacions.

Per això, es proposen les pautes a seguir sistemàticament a tots els centres maternals de Catalunya amb l'objectiu d'homogeneïtzar i promoure una atenció sanitària equitativa i d'alta qualitat en tots els parts que es produeixin a Catalunya, sense oblidar l'ambient psicoafectiu que ha d'envoltar l'atenció al part. També es pretén que s'estengui a tots els centres maternals la pràctica d'afavorir la creació d'hàbits de salut positiva en la família a partir del consell de salut i la promoció de pràctiques estimuladores d'aquests hàbits, així com afavorir que la mateixa dona assumeixi un paper actiu en l'autocura i la participació en les decisions que l'afecten.

Per tal de concretar aquestes pautes i propostes, el Protocol s'ha dividit en 5 capítols. En els tres primers capítols es desenvolupen els aspectes relatius al maneig clínic de tot el procés: el prepart, el part i el puerperi. En el quart capítol es recomanen les actuacions bàsiques per aconseguir que el part sigui atès en el nivell hospitalari adient d'acord amb el risc que presenti al final de l'embaràs o en qualsevol de les seves etapes, així com les actuacions recomanades quan sigui necessari el trasllat de la mare o del nadó, potenciant el trasllat intraúter com a primera elecció. I, finalment, el cinquè capítol conté 14 annexos que desenvolupen tot un seguit d'aspectes, els quals complementen els quatre primers capítols d'una manera transversal, i que és imprescindible tenir en compte per realitzar una correcta atenció durant tot el procés. Entre d'altres, en aquest apartat d'annexos es desenvolupen els aspectes referits a l'ambient psicoafectiu i d'informació que han d'acompanyar la progressió del part, els aspectes socioculturals que s'han de tenir en compte per a una bona atenció a la diversitat, l'atenció adequada a opcions o peticions de la gestant com el part no medicalitzat, el suport a la dona durant la lactància, la correcta identificació i custòdia del nadó en el postpart immediat, les mesures per afavorir la creació de vincles afectius pares-nadó, així com altres annexos que contenen reco-

manacions de tipus clínic com les mesures per racionalitzar la taxa de cesàries, la utilització d'antisèptics, la recollida de mostres de sang, els criteris tècnics per a la reanimació de nadons, etc. Finalment, s'inclouen també els annexos on es desenvolupen aspectes que, tot i ser d'organització sanitària, tenen cabdal importància, com la identificació dels diferents nivells d'hospital maternal a Catalunya, o el que es refereix a l'homogeneïtzació del registre de dades relatives al procés de part, puerperi i l'atenció al nadó, perquè ajuden a assolir els objectius de millora de l'atenció que pretenem amb la implementació d'aquest Protocol, amb l'objectiu final d'eleva el nivell de salut de les mares i dels nadons de Catalunya.

Lluís Salleras i Sanmartí

Director general de Salut Pública

Capítol I

Atenció en el prepart

Parlem de fase de prepart o fase de latència del part quan la dona gestant presenta dinàmica uterina, sense complir les condicions necessàries de part (vegeu pàg. 39).

Aquesta fase de prepart se sol produir entre la setmana de gestació 37 complerta i 42 complerta, i per tant quan l'embaràs és a terme.

1. Primera visita a l'hospital en el període de prepart

Quan la gestant arriba al servei d'urgències d'obstetrícia o la consulta de la llevadora amb possibles símptomes de part, s'ha de comprovar si ja es va obrir història clínica quan va tenir lloc el primer contacte amb l'hospital durant la gestació, entre les setmanes 34-36 (vegeu *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*, pàg. 34). En el cas que no hagi tingut lloc l'esmentat primer contacte amb l'hospital, s'haurà de posar al dia els aspectes relacionats amb la història clínica, el pla de naixement, la reavaluació del risc i les actuacions adients destinades a l'avaluació de la gestant i del fetus per valorar la necessitat o no d'ingrés immediat.

1.1. La història clínica en el prepart

En el cas que la dona que ingressa tingui història clínica oberta, es revisarà i es completarà amb les actualitzacions necessàries. Si no és així, s'obrirà la història en el mateix moment que es realitzen les exploracions necessàries per actualitzar el nivell de risc i es revisarà també el "pla de naixement" (vegeu annex 1, pàg. 81), preparant així l'assistència idònia a les etapes posteriors del part.

Moltes de les dades d'interès per iniciar i/o completar la història clínica hospitalària provenen de la informació aportada per l'atenció primària (PSAD-ASSIR o consulta privada) on s'ha controlat la gestació. Es poden obtenir també a partir del carnet de l'embarassada, que és el document particular que porta la gestant com a resum de les dades importants del seguiment de l'embaràs.

Seria desitjable, però, que les noves tecnologies afavorissin la comunicació entre l'atenció primària i l'hospital.

1.2. Exploració sistemàtica de la dona en el període de prepart

Després d'obrir la història clínica de la dona, i d'informar la gestant sobre tots aquells aspectes que li puguin interessar (vegeu annex 1, pàg. 81), s'ha de realitzar l'exploració física. Aquesta exploració ha de ser tan acurada com sigui possible, per evitar caure en la rutina del simple tacte vaginal per comprovar les condicions obstètriques.

Procediment d'exploració en el prepart:

- **Determinació** de les constants vitals i l'estat general de la mare.
- **Exploració de pell i mucoses** (detecció d'edemes, etc.)
- **Exploració abdominal:**
 - Inspecció de cicatrius prèvies.
 - Es precisarà la situació, el tipus de presentació i la posició fetals.
 - Mesura de l'alçada uterina (ens pot fer sospitar alteracions en el creixement fetal, el nombre de fetus, l'edat de gestació o en el volum del líquid amniòtic).
 - Valoració de la dinàmica uterina.
- **Exploració genital:**
 - Inspecció dels genitals externs (perineu i vagina).
 - Tacte vaginal: abans de realitzar el tacte vaginal haurem de conèixer la localització de la placenta, ja que la presència de placenta prèvia condiona la realització d'aquesta exploració. El tacte vaginal és útil per conèixer les característiques de la cèrvix i de la pelvis.

1.3. Exploració sistemàtica del fetus en el període de prepart

- A través del **tacte vaginal** es comprova una sèrie de paràmetres del fetus i dels annexos, com:
 - El tipus de presentació.
 - La varietat i l'alçada de la presentació (plans de Hodge).
 - Estat de la bossa amniòtica.

- Mitjançant l'**amnioscòpia**, si no existeixen contraindicacions com el sagnat vaginal o la placenta prèvia i les condicions cervicals ho permeten, es pot valorar l'estat fetal, d'una manera senzilla, dins de les seves limitacions (informació indirecta sobre l'estat fetal en les últimes 48 hores).
- **Freqüència cardíaca fetal (FCF) basal i/o registre cardiotocogràfic**: a través de la interpretació del registre extern de l'FCF i de la dinàmica uterina, podem fer una valoració de l'estat fetal en el prepart.

En conclusió, i pel que fa a l'exploració del fetus en aquest període de prepart, és important tenir en compte que, si es valora que la situació encara no fa recomanable l'ingrés, no s'hauria d'enviar la dona a casa seva sense haver deixat constància per escrit (en la història clínica, en el carnet de l'embarassada i/o l'informe de visita) d'haver valorat la situació mitjançant amnioscòpia o registre cardiotocogràfic.

1.4. Proves complementàries d'urgència en el període de prepart

Mitjançant la revisió a fons de les dades disponibles sobre el seguiment de l'embaràs s'hauran de valorar les proves complementàries a què ha estat sotmesa la gestant i es faran les determinacions que es considerin necessàries per completar i/o actualitzar les realitzades anteriorment.

Es recomanen les proves següents:

- **Actualització analítica** de l'hemograma i proves d'hemostàsia (temps de protrombina), si fa més de 2 mesos que no s'ha fet.
- **Grup sanguini i factor Rh** (si no consta a la història clínica).
- **Proteinúria i cetonúria**.
- **pH vaginal** en els casos de sospita d'amniorrèxi espontània no evident en la inspecció vaginal; i, si cal, **arborització del moc endocervical** o un test equivalent.

- **Ecografia**, que serà d'utilitat en els casos següents:

- Sempre que hi hagi dubtes sobre la vitalitat fetal o l'estàtica fetal.
- Sospita de macrosomia o retard del creixement fetal intrauterí.
- Sospita d'alteracions en la quantitat de líquid amniòtic.
- Incertesa sobre la localització de la placenta.
- Per valorar el grau de flexió-extensió cervical fetal en les presentacions pelvianes o de natges, si es decideix intentar el part vaginal.

- **Serologia del virus de la immunodeficiència humana (HIV)**: és convenient determinar-lo amb caràcter urgent en aquells casos en què no es disposi de la seva determinació amb anterioritat (durant la gestació), ja que la positivitat implica la possibilitat de tractament intrapart i la inhibició de la lactància materna, amb el benefici que aquestes mesures comporten per a la salut del nadó nascut de mare infectada per l'HIV (vegeu pàg. 52).

- **Serologia de l'HBsAg**, en el cas que no es disposi del resultat durant la gestació, per tal de poder realitzar adequadament la profilaxi en el nadó en el cas de mare seropositiva (vegeu pàg. 51).

- Comprovació de la realització del **cultiu vaginal i rectal** en medi selectiu per a la identificació de *Streptococcus agalactiae*, en les setmanes de gestació 35 a 37 (vegeu el *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*, pàg. 67). La positivitat o l'absència del cultiu implicaran el tractament intrapart adequat (vegeu pàg. 51).

2. Reavaluació del risc i pronòstic en el prepart

En aquesta fase de prepart, després d'haver realitzat les exploracions necessàries a la gestant i al fetus, i tenint en compte el resultat de les proves complementàries realitzades, caldrà reavaluar aquest risc per tal de confirmar si el risc previsible està d'acord amb el nivell hospitalari on es troba la gestant o bé derivar-la a un nivell hospitalari adequat (vegeu cap. IV, pàg. 65).

Amb tota la informació esmentada s'ha d'especificar un pronòstic, establint un diagnòstic de començament de part o no, i fent una estimació sobre la duració i la via de part, així com una estimació de les situacions de risc previsible i les alternatives possibles.

Aquest diagnòstic *a priori* s'ha d'enregistrar convenientment en la història clínica hospitalària i s'ha de tenir en compte que és de cabdal importància informar convenientment la gestant i el seu acompanyant sobre aquest pronòstic, intentant no crear angoixes innecessàries (vegeu annexos 1, 2 i 13).

En el cas que la gestant no compleixi els criteris d'ingrés se li recomanarà que torni al seu domicili. Prèviament, se li donarà informació sobre tot allò que pugui ser previsible que s'esdevingui durant les properes hores, per exemple orientació sobre alguns signes d'alarma.

Si la dona compleix els criteris d'ingrés es posaran en marxa els mecanismes necessaris per atendre el procés de part (vegeu cap. II, pàg. 37).

3. Altres aspectes a tenir en compte en l'atenció en el prepart

- **Informació a la dona i a la família en el prepart** (vegeu annex 1, pàg. 81)
- **Ambient psicoafectiu en el prepart** (vegeu annex 2, pàg. 89)
- **Atenció a la diversitat** (vegeu annex 3, pàg. 97)
- **Atenció al part natural no medicalitzat** (vegeu annex 4, pàg. 101)
- **Registre de dades en el prepart** (vegeu annex 13, pàg. 155)

Capítol II

Atenció en el part

El part normal és el conjunt de fenòmens fisiològics que es presenten en una dona embarassada i que tenen per objecte l'expulsió, per via vaginal, d'un fetus viable a terme, i dels seus annexos.

Però, al mateix temps, el part és una vivència única en la vida de la dona/parella, per això es recomana que en els hospitals maternals estigui prevista l'atenció en el part en condicions assistencials, posturals o ambientals que siguin respectuoses amb el procés fisiològic del part i els desitjos de la dona (vegeu annex 1,2 i 4).

El part és un fenomen dinàmic en el temps, que per motius estrictament descriptius es considera subdividit en tres períodes:

- **Període de dilatació**
- **Període expulsiu**
- **Període de deslliurament**

Considerem que una dona està de part quan presenta contraccions uterines intermitents involuntàries i regulars, que poden ser doloroses. Al mateix temps s'ha de constatar l'escurçament del coll uterí, seguit de la dilatació del seu orifici.

A la pràctica en primíparas el part comença quan comença la dilatació, després que el coll uterí ja ha desaparegut, i en múltiples ambdues coses acostumen a ser simultànies. El diagnòstic de part es basa en la presència de contraccions uterines regulars que provoquen la dilatació progressiva del coll uterí.

Es considera que s'ha iniciat el part quan es compleixen aquestes tres condicions:

- **Hi ha activitat uterina regular amb 2 o més contraccions en 10 minuts.**
- **S'ha iniciat la dilatació cervical.**
- **El coll uterí fa canvis cap a la "maduració".**

1. Exploració sistemàtica de la dona i del fetus en l'ingrés de part

S'ha de disposar de la història clínica de la dona (annex 13) i completar-la en aquest moment amb la informació proporcionada per les exploracions que es recomanen a continuació:

- Exploració general
 - Freqüència cardíaca materna
 - Temperatura
 - Tensió arterial
 - Pes (si no es coneix)
- Exploració abdominal
 - Alçada uterina
 - Maniobres de Leopold
 - Auscultació de la freqüència cardíaca fetal
- Exploració genital
 - Inspecció de la vulva, vagina i perineu
 - Tacte vaginal per valorar:
 - Situació, longitud, consistència i dilatació del coll uterí
 - Presentació i, si és possible, varietat fetal
 - Pla de la presentació
 - Integritat o no de la bossa de les aigües
 - Característiques de la pelvis materna

2. Atenció en el període de dilatació

El període de dilatació comprèn des del començament de les contraccions uterines fins a la dilatació completa. S'hi diferencien dues fases:

- Fase latent de la dilatació
- Fase activa de la dilatació

La fase latent de la dilatació o prepart finalitza quan comença el part, és a dir, en arribar als 2 cm de dilatació.

La fase activa de la dilatació comprèn dels 2 cm fins a la dilatació completa, i es pot dividir en 3 períodes:

- Període d'acceleració (dels 2 al 4 cm)
- Període de velocitat màxima (dels 4 als 9 cm)
- Període de desceleració (dels 9 cm fins a la dilatació completa)

2.1. Exploració sistemàtica del fetus durant la dilatació

- Comprovació del benestar fetal

El control biofísic del fetus és necessari en el curs del part normal, ja que durant els períodes de dilatació i expulsu es poden produir trastorns de l'oxigenació fetal més sovint que quan no hi ha contraccions.

La freqüència cardíaca fetal (FCF) s'ha de valorar durant la contracció i en períodes intercontràctils.

L'auscultació de l'FCF es pot fer de manera intermitent o contínua i realitzar-la mitjançant estetoscopi o bé mitjançant registre gràfic.

Si el control és intermitent, com a mínim és necessari:

- Amb estetoscopi, control cada 15-30 minuts en fase activa.
- Amb registre intermitent, finestres de 20-30 minuts cada hora.

El control amb estetoscopi pot ser un mètode de control suficient si es practica correctament.

Quan es detecten alteracions de l'FCF, el control ha de ser continu, i si es pot s'han de practicar micropreses de sang fetal o d'altres proves complementàries quan sigui necessari, per tal de confirmar el benestar fetal.

2.2. Preparatius per al part durant el període de dilatació

2.2.1. Asèpsia

Respectar les normes bàsiques d'asèpsia és un principi fonamental en l'assistència al part en tots els seus períodes, per evitar contaminacions en les maniobres que es realitzin durant la dilatació i/o durant l'expulsiu (vegeu annex 10, pàg. 137).

2.2.2. Rasurat

No és necessari el rasurat sistemàtic de la zona genital, ja que no s'ha pogut demostrar que aquesta pràctica disminueixi la incidència d'infeccions.

En el cas que estigui indicat realitzar una episiotomia (vegeu pàg. 46), es pot rasurar la zona afectada. Quan s'hagi de realitzar una cesària (vegeu pàg. 48) només caldrà rasurar la zona suprapúbica.

2.2.3. Ènema

No són necessaris els ènemes sistemàtics. Poden ser útils si quan es realitza el primer tacte a la dona es comprova que el recte està ocupat.

2.2.4. Col·locació d'una via de perfusió intravenosa

Cal tenir una via canalitzada per administrar fàrmacs, si fossin necessaris en una potencial situació d'urgència.

2.2.5. Alimentació durant la dilatació

És recomanable assegurar una aportació hídrica i calòrica adequada durant el part. Si no es presenten contraindicacions es pot mantenir la hidratació oral.

2.2.6. Benestar de la dona durant la dilatació

És necessari comprovar l'estat animicoemocional i la comoditat de la dona (vegeu annex 2, pàg. 89).

2.3. Seguiment de la progressió de la dilatació

2.3.1. Tactes vaginals

El nombre de tactes ha de ser el mínim que permeti valorar amb seguretat la progressió del part. En general, són necessàries almenys una exploració a l'ingrés, una després que s'hagi trencat la bossa de les aigües, i després amb la freqüència suficient per poder valorar la progressió del part.

En cada tacte vaginal cal valorar:

- La cèrvix (consistència, posició, longitud i dilatació)
- La presentació (actitud, posició, varietat i alçada)

El resultat d'aquesta exploració ha de ser anotat al partograma. Això permet detectar anomalies en la progressió clínica normal del part.

2.3.2. Dinàmica uterina

Considerem una dinàmica uterina adequada quan permet la progressió del part sense efectes adversos en la mare o en el fill. El control de la dinàmica es pot fer manualment o amb un registre tocogràfic extern o intern, intermitent o continu.

Si es fa control manual o registre cardiotocogràfic extern, com que no es podrà avaluar la intensitat de les contraccions s'haurà de valorar la seva durada (inferior a 60 segons) i la relaxació clínica entre contraccions.

2.3.3. Constants de la dona

Control regular de temperatura, pols i tensió arterial (TA). El pols i la TA s'han de mesurar en períodes intercontràctils.

2.3.4. Trencament de la bossa amniòtica

• Amniorrexi espontània

Després d'una amniorrexi espontània és convenient fer un tacte vaginal per valorar la dilatació cervical i la alçada de la presentació i per

comprovar que no s'hagi produït un prolapse de cordó umbilical.

Cal també auscultar l'FCF i valorar el color del líquid amniòtic. La presència de meconi obliga a reavaluar el benestar fetal. En presentacions podàliques no té el mateix significat, ja que la compressió de l'abdomen fetal durant l'encaixament produeix meconi de manera gairebé constant, però cal estar atent a l'FCF.

• Amniotomia electiva

L'amniotomia electiva es pot considerar com una mesura per accelerar el part (estimula la freqüència i la coordinació de les contraccions uterines i facilita el descens de la presentació).

És necessària quan es vol fer un registre cardiotocogràfic intern. El moment ideal per practicar-la és en fase activa de dilatació i amb la presentació encaixada a la pelvis, per tal d'evitar un prolapse del cordó.

Fora d'aquestes indicacions, es recomana respectar la integritat de les membranes fins a la seva ruptura espontània o fins arribar al període expulsiu.

2.4. Estimulació del part

Quan el part evoluciona amb normalitat no s'ha d'administrar oxitocina ja que, com tota medicació, té els seus riscos.

L'estimulació del part mitjançant l'administració d'oxitocina està indicada només quan la dinàmica uterina és insuficient per assegurar el progrés de la dilatació i el descens de la presentació.

Si es decideix l'administració d'oxitocina, es farà sempre per via endovenosa i en perfusió contínua, de manera que pugui ser suspesa de forma immediata en qualsevol moment. Les dosis han de ser les mínimes suficients per aconseguir l'efecte desitjat sense provocar hiperdinàmia. Es recomana utilitzar la bomba de perfusió; en cas contrari, cal un control continuat del ritme de perfusió, per evitar que els canvis de posició produeixin canvis en el ritme d'administració.

2.5. Analgoanestèsia

2.5.1. Indicacions de l'analgèsia

La utilització de l'analgèsia durant el part és molt més que una indicació de tipus mèdic, ja que representa un índex de qualitat molt important en la prestació assistencial a la dona embarassada. Actualment, l'obligació d'oferir el tractament adequat per al dolor, si es produeix, per si mateixa està fora de qualsevol dubte, sempre que la dona no hagi expressat la seva voluntat de no utilitzar-lo. Abans, però, es poden utilitzar mètodes no farmacològics per tal de reduir-ne la sensació.

2.5.2. Mètodes analgèsics farmacològics

De totes les opcions analgèsiques existents, les més adients són les tècniques espinals, i més concretament la peridural i la tècnica combinada intra/peridural. No tan sols són les més efectives, sinó també les més segures, tant per a la dona com per al fetus. Això no descarta la utilització d'altres mètodes farmacològics o no farmacològics que es considerin idonis en certes circumstàncies.

S'ha d'entendre que les tècniques espinals les indica l'equip d'obstetrícia conjuntament amb el d'anestèsia, que és el que les aplica i controla.

2.5.3. Moment de realització de l'analgoanestèsia

Sempre que la dona estigui en fase activa del part, el factor que determina l'aplicació de les tècniques espinals és l'aparició d'un dolor important. Aquesta percepció de la intensitat del dolor depèn de la capacitat de la dona per tolerar el nivell de disconfort que suposa, independentment del grau de dilatació present en aquells moments.

En general, resulta recomanable iniciar l'analgèsia quan la dona ho demana, entre els 2 i els 5 cm de dilatació.

Mètodes no farmacològics per reduir el dolor

La gestant en procés de part, i sobretot al principi, pot requerir mesures no farmacològiques per tal d'alleugerir el dolor produït per les contraccions del part. És important utilitzar diferents tècniques en funció de les seves característiques individuals, intentant no iniciar-les quan el dolor ja és excessivament intens. En tots els casos la col·laboració activa de la dona i de la parella i/o altres persones que participen en el part, és fonamental per poder trobar la manera de contribuir a la reducció de la sensació dolorosa.

L'alleugeriment del dolor té efectes beneficiosos a nivell fisiològic i a nivell emocional, que contribueixen a fer que la dona pugui tenir menys complicacions durant el part, a més d'ajudar perquè l'experiència del part sigui viscuda d'una manera més participativa i positiva.

Existeixen diferents tècniques que es poden aplicar durant el part per tal de disminuir la percepció dolorosa:

- **Estimulació cutània**
Sol disminuir la intensitat del dolor durant i/o després de l'estimulació, i per tant fa més acceptable la sensació dolorosa.
Formen part de l'estimulació cutània: *el massatge superficial, la pressió/massatge i l'aplicació superficial de calor o fred.*
- **Distracció**
Es tracta d'una protecció sensorial que permet a la gestant augmentar altres estímuls sensorials, especialment auditius, visuals i tàctils-cinestèsics (escoltar, mirar, tocar, moure's).
- **Relaxació**
Permet una disminució de la tensió muscular i mental.
- **Tècniques de respiració**
Ben utilitzades permeten, a part d'una millor oxigenació de la mare i del fetus, modificar la concentració sobre les contraccions, i per tant sobre el dolor.
- **Visualització d'imatges mentals**
Permet controlar el dolor a través de la seva utilització.
- **Altres mesures**
Comoditat, creació d'un entorn agradable, informació, suport psicoemocional.

2.5.4. Complicacions de l'analgoanestèsia

La més freqüent és la cefalea postpunció dural (CPPD), que resulta de perforar la duramàter.

Les dues complicacions més greus, l'hematoma i l'abscess peridural, són de molt rara aparició, sempre que es respectin les contraindicacions de la tècnica, com els trastorns de la coagulació i sèpsia, entre d'altres, i l'aplicació tingui lloc en condicions de màxima esterilitat.

Cal controlar l'estat maternofetal per tal de detectar i prevenir la hipotensió materna, així com els efectes secundaris per al fetus, mitjançant la perfusió adequada de líquids.

2.6. Complicacions durant el període de dilatació

2.6.1. Fase de latència prolongada

- **Concepte:**
Duració superior a 20 hores en les primíparas i 14 hores en les múltiples.
- **Etiologia:**
Fals treball de part. Sedació o analgèsia excessiva o precoç. Coll uterí immadur. Inèrcia uterina primària. Desconeguda.
- **Pronòstic:**
Per si sola no incrementa la mortalitat perinatal o la incidència de cesàries.
- **Conducta:**
Segons la valoració clínica, repòs i sedació o estimulació amb oxitocina.

2.6.2. Fase de dilatació activa prolongada

- **Concepte:**
Progrés mitjà de la dilatació inferior a 1,2 cm/hora en primíparas i 1,5 cm/hora en múltiples.
- **Etiologia:**
Hipodinàmia. Desproporció pelvifetal.

- **Pronòstic:**
Increment moderat de la morbiditat perinatal i del nombre de cesàries.
- **Conducta:**
Segons la valoració clínica: expectant, estimulació amb oxitocina o cesària si hi ha una desproporció.

2.6.3. Detenció secundària de la fase de dilatació activa

- **Concepte:**
> = 4 cm de dilatació cervical invariable durant un període superior a 2 hores amb dinàmica uterina suficientment comprovada, si és possible, amb registre intern.
- **Etiologia:**
Hipodinàmia. Desproporció pelvifetal. Anomalies de l'estàtica fetal.
- **Pronòstic:**
Incrementa la morbiditat perinatal o la incidència de cesàries.
- **Conducta:**
Segons la valoració clínica: expectant, estimulació amb oxitocina o cesària si hi ha una desproporció.

2.6.4. Part precipitat

- **Concepte:**
Duració total inferior a 3 hores. Progressió de la dilatació cervical superior a 3 cm/hora en primíparas i 10 cm/hora en múltiples.
- **Etiologia:**
Hiperactivitat uterina amb disminució de la resistència del canal tou del part.
- **Pronòstic:**
Hipòxia i traumatisme fetal, lesions del canal del part, atonia uterina secundària, i excepcionalment ruptura uterina i embòlia de líquid amniòtic.

- Conducta:
Supressió d'oxitocina si en porta, inhibició de la dinàmica si cal, decúbit lateral i protecció del perineu.

3. Atenció en el període expulsiu

El període expulsiu s'inicia quan el coll uterí arriba a la dilatació completa i acaba amb la sortida del fetus.

La duració d'aquest període clàssicament s'ha considerat que havia de ser inferior als 60 minuts en les primíparas i als 30 en les múltiples. Actualment es considera normal fins a 2 hores en primíparas i fins a 1 hora en múltiples. A partir d'aquest temps es considerarà període expulsiu prolongat, tenint en compte, però, que no cal tenir una actitud intervencionista quan la dinàmica uterina és correcta i la tolerància fetal és bona, sobretot amb anestèsia peridural.

3.1. Exploració sistemàtica del fetus en el període expulsiu

Malgrat que el control electrònic de l'FCF és la pràctica habitual a la majoria de maternitats, no s'ha de descartar la utilització dels mètodes clínics, sobretot en gestacions de baix risc amb control antenatal adequat i evolució normal fins al període expulsiu.

En aquests casos l'auscultació fetal intermitent durant i després de la contracció pot ser més acceptable per a algunes gestants, i igualment segura per al fetus.

3.2. Exploració sistemàtica de la dona durant el període expulsiu

3.2.1. Exploracions generals

Durant aquest període se seguiran les mateixes pautes que durant el període de dilatació, a més a més dels signes vitals habituals (pressió sanguínia, pols i temperatura). Si la bufeta sembla distesa, i la dona no pot orinar espontàniament, s'ha de realitzar un sondatge vesical.

També és necessari valorar en aquest període especialment l'estat animicoemocional i la comoditat de la mare (vegeu annex 2, pàg. 89).

3.2.2. Control de la dinàmica uterina

Es pot realitzar mitjançant mètodes clínics i per tocografia electrònica.

- Mitjançant mètodes clínics:
Es basen en la palpació abdominal. Es considera normal quan s'observa una progressió adequada del període expulsiu.
- Mitjançant tocografia electrònica:
La tocografia és un mètode més objectiu de valoració de la dinàmica uterina. En els casos de progressió adequada del part, és suficient la utilització de tocografia externa, amb la qual és possible valorar la freqüència de les contraccions. Quan la progressió no és adequada és preferible el registre intern que, a més a més d'informar de la freqüència de les contraccions, informa de la intensitat, de la duració i del to de base.

3.2.3. Control de la progressió del període expulsiu

Es realitzarà mitjançant l'exploració vaginal. Aquesta es portarà a terme mitjançant una tècnica asèptica. En la primera exploració es confirmarà que la dilatació cervical és completa i que la capacitat i configuració pèlvica són suficients. Així mateix, es determinarà la posició fetal i el pla de la presentació. En els casos que la bossa amniòtica sigui íntegra, i no progressi el període expulsiu, es realitzarà una amniotomia, valorant la quantitat i el color del líquid amniòtic.

3.3. Assistència al part espontani

3.3.1. Equipament necessari

- Llit o cadira de parts
- Taula lateral auxiliar amb instrumental disponible:

- Talles
- Valves
- Pinça de cordó, braçalets i etiquetes d'identificació
- Tisores
- 4 pinces de Kocher
- Pinces de dissecció
- 2 pinces de Förster
- Portaagulles, material de sutura (agulles, fils)
- Gases i compreses
- Xeringa i agulla per a infiltració amb anestèsic local, si és necessari

- Equip mínim preparat per a la reanimació de la dona i del nadó, per al cas que sorgeixi aquesta necessitat. Material necessari per a la revisió del canal del part, la qual s'aconsella fer després de qualsevol intervenció vaginal.
- Taula de reanimació per al nadó, amb el material necessari per a reanimació neonatal avançada, a la sala de parts.
- Presa d'oxigen.
- Sistema d'aspiració i aire comprimit.
- Equipament d'anestèsia adient i disponibilitat d'anestèsista.

3.3.2. La preparació

La sala de parts en el moment del període expulsiu hauria de tenir una temperatura adequada, al voltant de 24 °C, així com un ambient adequat (vegeu annex 2, pàg. 89).

Les persones que atenen el part és recomanable que segueixin normes correctes d'higiene i asèpsia; en aquest sentit, encara que en un part normal no és necessària l'asèpsia quirúrgica estricta, s'actuarà en congruència amb les normes de cada centre pel que fa a esterilitat i asèpsia (vegeu annex 10, pàg. 137).

3.3.3. La posició

La dona adoptarà la posició més còmoda per a ella i que al mateix temps s'adapti a les possibilitats del centre.

En un part normal, la dona hauria de poder triar la posició que li resulti més còmoda durant el període expulsiu i el deslliurament, facilitant la visualització del perineu per protegir-lo en el moment del part i revisar-lo després del deslliurament. Per la qual cosa se li haurà de donar informació sobre les diferents possibilitats, avantatges, inconvenients, etc., i consensuar en la primera visita a l'hospital el tipus de part que desitja (vegeu annex 1, pàg. 81).

En qualsevol posició que adopti la dona durant el part es tindrà cura de preservar la seva intimitat i s'evitarà que tingui disconfort o fred (vegeu annex 2, pàg. 89).

• La posició de litotomia

Actualment, la posició utilitzada més freqüentment durant el part és la de litotomia dorsal o variants, en una taula de parts amb suport per a les cames.

• La posició de semilitotomia

És una posició de litotomia modificada. En aquesta posició la dona està incorporada i descansa l'esquena en uns coixins especials.

Les esmentades posicions dorsals permeten a l'equip obstètric un bon accés i visualització del perineu. Però també es pot assistir el part en altres posicions (erecta, a la gatzoneta, asseguda...).

• La posició dreta i asseguda en cadira obstètrica

Ofereix un cert grau de satisfacció a les dones que la utilitzen. Té com a principal inconvenient el difícil accés i visualització del perineu per part del sanitari que atén el part.

3.3.4. Espoderaments (pujos)

L'origen és un reflex, el qual es desencadena per la compressió que exerceix el cap fetal sobre el sòl de la pelvis. No s'ha d'intervenir per dirigir-los, a no ser que hi hagi anestèsia peridural, la qual pot anul·lar aquest reflex.

Els espoderaments s'han d'evitar en els casos següents:

- Quan la dilatació no és completa.
- Fora de les contraccions.

- Quan se sospiti una situació de risc de pèrdua de benestar fetal.
- Quan aquests esforços suposin algun risc afegit per la mare (cardiopatia, miopatia severa, etc.).

3.3.5. L'episiotomia

L'episiotomia és una ampliació quirúrgica de l'orifici vaginal mitjançant una incisió al perineu, que es realitza quan la presentació fetal abomba el perineu.

Com en tota intervenció, la seva utilització s'ha de valorar acuradament abans de realitzar-la i, en el cas d'estar indicada, la incisió s'ha de fer en el moment adequat, tan petita i poc lesiva com sigui possible.

• Indicacions de l'episiotomia

- En els casos de risc d'esquinç (estrip) de 2n o 3r grau.
- Risc de pèrdua del benestar fetal.

• Ús restrictiu de l'episiotomia

L'ús selectiu d'aquesta intervenció ha demostrat un risc més baix de morbiditat materna en eliminar la necessitat de sutura sistemàtica i, per altra banda, no sembla que hi hagi diferències en la incidència d'esquinços vaginals o perineals de 3r grau ni en el dolor posterior. Tampoc no s'han trobat diferències pel que fa a l'aparició posterior de trastorns del sòl pèlvic ni incontinència urinària.

L'únic desavantatge demostrat en l'ús restrictiu de l'episiotomia és l'augment de laceracions a la zona vulvar anterior, que acostumen a tenir menys seqüeles.

L'episiotomia s'ha de realitzar amb anestèsia local o locoregional i asèpsia quirúrgica, amb un antisèptic no iodat (vegeu annex 10, pàg. 137).

3.3.6. Extracció del cap

Quan el vèrtex flexionat ha arribat a coronar, la sortida del cap té lloc per deflexió. Aquest procés s'ha d'intentar que sigui lent per evitar els esquinços perineals.

Un cop ha sortit el cap, s'ha de comprovar que no hi hagi alguna volta de cordó al coll. En el cas que n'hi hagi, s'intentarà afluixar fent lliscar el cordó per sobre del cap o sobre les espatlles. En el cas que aquesta maniobra no tingui èxit, serà necessari el pinçament i secció del cordó abans de la sortida de les espatlles.

3.3.7. Sortida de les espatlles

Un cop ha sortit el cap en posició occipitopúbica, la rotació externa es deixarà que tingui lloc de forma espontània o bé es facilitarà. L'extracció de l'espatlla anterior s'efectua amb una tracció suau i contínua del cap fetal en direcció al terra. Una vegada ha sortit l'espatlla anterior, la posterior es treu fent una tracció vertical cap a dalt. Aquesta maniobra s'ha de fer sense presses, evitant espoderaments excessius i s'ha d'associar amb una protecció del perineu per evitar esquinçaments. Una vegada han sortit les espatlles, la resta del cos fetal surt sense dificultat.

3.4. Complicacions durant el període expulsiu

Les complicacions o anomalies del període expulsiu són difícils de separar de les anomalies del període de dilatació, ja que comparteixen en una gran part de casos la mateixa etiologia.

Les anomalies d'aquest període, que poden presentar-se soles o en combinació, es poden agrupar en quatre grans grups:

3.4.1. Anomalies de les forces d'expulsió

- Disfunció uterina: distòcia de descens
- Espoderaments inadequats
- Part precipitat

3.4.2. Anomalies secundàries a la situació, presentació, posició o desenvolupament fetal

- Situació transversal del fetus

- Presentació de natges
- Presentació de front
- Presentació de cara
- Posicions occipitotransverses i posteriors persistents
- Distòcia d'espatlles
- Anomalies fetals: hidrocefàlia, anomalies abdominals fetals, siamesos, macrosomia, etc.

3.4.3. Anomalies del canal ossi del part

- Desproporció pelvifetal

3.4.4. Anomalies del canal tou del part

- Anomalies vulvars i vaginals (condilomes gegants, atrèsies congènites o adquirides, septes vaginals, neoplàsies, etc.)
- Miomes uterins previs
- Tumoracions ovàriques
- Masses pèlviques d'altres orígens

3.5. Assistència al part distòcic

3.5.1. Part vaginal instrumentat

És l'extracció del fetus mitjançant la utilització de fórceps, vacuum o espàtules, escollint el que sigui més segur en cada cas.

Encara que el risc en les indicacions actuals de la instrumentació és baix, no es pot parlar de risc nul, per la qual cosa s'ha de valorar acuradament abans de la utilització de qualsevol dels instruments esmentats, i utilitzar-los quan estiguin indicats o es compleixin les indicacions d'instrumentació electiva.

3.5.1.1. Indicacions

- Sospita de pèrdua del benestar fetal.

- **Període expulsiu prolongat amb dinàmica uterina correcta.** Aquest període és diferent en primíparas que en múltipares:

En primíparas:

Alta de progressió del part durant 2 hores amb anestèsia regional, i 1 hora sense anestèsia.

En múltipares:

Falta de progressió del part durant 1 hora amb anestèsia regional, i 30 minuts sense anestèsia.

- **Distòcia de rotació**

Període expulsiu prolongat per dificultats en la rotació de la presentació fetal.

- **Necessitat de disminuir els esforços** del període expulsiu en certs problemes mèdics materns (cardiopaties, algunes patologies oftàlmiques o cerebrovasculars, malalties neuromusculars, esgotament, falta de cooperació o sedació excessiva).

- **Instrumentació electiva**

Es pot considerar solament en els casos en els quals el risc sigui mínim: presentació cefàlica flexionada amb posició occipitoanterior i per sota del IV pla de Hodge.

Excepte en el primer cas, les altres indicacions poden permetre una certa flexibilitat en decidir la instrumentació.

3.5.1.2. Condicions per a l'ús d'instrumental en el període expulsiu

- Coll de l'úter en dilatació completa.
- Conèixer amb precisió la varietat de la posició del cap fetal.
- Bossa amniòtica trencada.
- La presentació ha d'estar completament encaixada (III pla, és a dir, el punt guia a l'alçada de les espines ciàtiques o més baix).
- Analgèsia adequada.
- Bufeta buida.

3.5.2. Part per cesària

S'ha d'avaluar molt acuradament la seva indicació, ja que es tracta d'una intervenció quirúrgica major que té més risc per a la salut de la mare que el part vaginal (Taula 3) (vegeu també annex 5, *Mesures per racionalitzar la taxa de cesàries*, pàg. 107).

3.5.2.1. Indicacions de la cesària

Les indicacions de la cesària es poden agrupar de diferents maneres, segons a qui beneficia la seva pràctica (maternal, fetal, mixta), segons el moment de la indicació (electiva o intrapart), etc.

Amb finalitat purament didàctica podem també considerar les indicacions de les cesàries com:

- Indicacions absolutes:
Quan la pràctica d'aquesta intervenció està justificada per l'evidència científica (Taula 1).
- Indicacions relatives:
Quan no són per si mateixes indicacions automàtiques de cesària, sinó que la seva pràctica depèn de la conjunció de diversos factors (Taula 2).

TAULA 1 Indicacions absolutes de cesària
<ul style="list-style-type: none"> • La desproporció pelvifetal evident i constatable, fins i tot abans del treball de part. • Les situacions transverses i obliqües, i les presentacions anòmales (presentació de front o de cara mentoposterior). • Els tumors previs que dificultin la progressió de la presentació. • La placenta prèvia central i la marginal o parcial en funció de l'hemorràgia. • La pèrdua del benestar fetal. • Una malaltia materna que contraindiqui el part vaginal.

TAULA 2 Indicacions relatives de cesària
<ul style="list-style-type: none"> • Distòcia dinàmica. • Presentació podàlica. • Cesària anterior. • Risc fetal augmentat (prematuritat de menys de 34 setmanes, creixement intrauterí restringit, pèrdua de benestar fetal basat només en el monitoratge electrònic que pot donar molts falsos positius, risc de transmissió vertical). • Algunes malalties fetals.

TAULA 3 Morbiditat materna del part per cesària
<ul style="list-style-type: none"> • Complicacions inherents a la intervenció quirúrgica: <ul style="list-style-type: none"> - Complicacions generals específiques com infeccions urinàries, pneumònies, flebitis, anèmia, tromboembolisme pulmonar. - Complicacions locals com hematomes, evisceració, hèrnia incisional. • Incrementa el risc de presentar patologia infecciosa respecte al part per via vaginal. • Incrementa el risc de presentar inserció anòmala de la placenta en una gestació posterior. • Pot condicionar l'elecció de la via de part en un proper embaràs.

4. Atenció en el període de deslliurament

El període de deslliurament, o tercer període del part, correspon al despreniment i a la sortida posterior de la placenta i de les membranes ovulars.

Aquest és un moment molt especial per als pares, ja que és quan estan iniciant el contacte pares-fill (vegeu annex 2, pàg. 89), però també és el període que pot tenir més complicacions per a la

mare. És per això que és molt important la correcta assistència i vigilància per tal de prevenir l'hemorràgia, la infecció i la retenció placentària, i en casos greus, el xoc hipovolèmic.

4.1. Pinçament i secció del cordó umbilical

Després del naixement del nadó, es pinça i es talla el cordó umbilical. El moment en què es fa pot variar en funció del que s'hagi previst en el pla de naixement. Si no es presenten problemes mèdics imprevistos, es pot seguir qualsevol de les opcions següents, ja que no hi ha evidència científica que cap d'ells sigui millor si no hi han signes de pèrdua del benestar fetal:

- **Pinçament i secció precoç del cordó umbilical:** de manera immediata al naixement.
- **Pinçament i secció intermedi:** entre 35 i 40 segons després del naixement, invertint aquest temps en netejar les vies aèries i assecar el nadó, mantenint-lo amb el cap en posició en declivi a nivell del perineu de la mare).
- **Pinçament i secció tardà:** quan el cordó deixa de bategar.

4.2. Signes de despreniment de la placenta

- Modificacions del fons uterí: el fons uterí es fa globulós i generalment més dur, es troba situat a nivell del melic.
- Pèrdua de sang fosca per la vulva procedent de l'hematoma placentari: aquesta sang pot estar barrejada amb líquid amniòtic i amb sang vermella procedent d'esquinços i/o de l'episiotomia.
- Visualització de la placenta a la vagina o comprovació mitjançant tacte vaginal.

4.3. Assistència en el deslliurament

El deslliurament pot ser:

- Deslliurament espontani o fisiològic
- Deslliurament manual
- Deslliurament dirigit

4.3.1. Deslliurament espontani o fisiològic

L'expulsió de la placenta s'ha de produir de forma espontània abans dels 30 minuts del naixement del nadó i amb una pèrdua hemàtica inferior als 500 ml.

En els parts assistits en posició de litotomia, encara que la placenta i les membranes poden sortir espontàniament a l'exterior, es pot ajudar el procés demanant a la dona que empenyi (havent comprovat que la placenta està despresa). Amb aquesta pressió intraabdominal moltes vegades és suficient per a l'expulsió de la placenta; durant aquest procés farem tracció suau del cordó umbilical vigilant que no es trenquin les membranes.

Immediatament després, comprovarem que l'úter estigui contret i es formi el globus de seguretat, si no és així farem un massatge uterí a través de l'abdomen fins que es contregui. S'ha comprovat que la profilaxi amb oxitòcics redueix la pèrdua hemàtica postpart.

4.3.2. Deslliurament dirigit

El deslliurament dirigit es realitza administrant bols (*bolus*) d'oxitocina en el moment que es despren l'espatlla anterior, o accelerant el goteig d'oxitocina si en porta.

No s'ha de fer amb ergòtics per via intravenosa, ja que podrien provocar crisis hipertensives, fins i tot en els casos sense hipertensió prèvia.

4.3.3. Deslliurament manual

Si trenta minuts després del naixement del nadó no hi ha signes de despreniment placentari, es considera que la placenta està retinguda, i el tractament és l'extracció manual de la placenta.

El deslliurament manual es realitzarà amb la partera degudament sedada o/i anestesiada i en condicions d'asèpsia quirúrgica.

En el deslliurament manual augmenta el risc d'infecció i es recomana l'ús profilàctic d'antibiòtics. També administrarem oxitòcics o ergòtics immediatament després del deslliurament.

4.4. Revisió de la placenta i de les membranes

Quan ja ha sortit la placenta, i després de comprovar que l'úter està contret (s'ha format el globus de seguretat), revisarem la placenta i les membranes, així com el cordó umbilical, per tal de comprovar que son íntegres i no presenten cap anomalia.

Si després de la revisió tenim dubtes sobre la integritat de la placenta, es practicarà una revisió de la cavitat uterina.

Totes aquestes dades, juntament amb el pes de la placenta, les anotarem a la història clínica.

4.5. Revisió del canal del part i cirurgia reparadora

S'ha de fer revisió del canal del part quan s'hagi fet una intervenció instrumental i sempre que hi hagin dubtes de la seva integritat.

4.6. Complicacions hemorràgiques durant el deslliurament

Aquestes complicacions hemorràgiques, que poden ser molt greus i per tant cal prevenir-les, poden ser causades per:

- Retenció de placenta o de restes placentaris.
- Traumatismes del canal del part.
- Atonia uterina.
- Problemes causats per certs anestèsics (halogenats) i altres medicaments úterorelaxants.
- Hemorràgia per problemes de coagulació.

- Ruptura uterina.
- Inversió uterina.

5. Atenció al nadó a la sala de parts

S'ha de realitzar una valoració immediata de la respiració, el batec cardíac i el color. També s'ha de fer maniobres de reanimació segons l'estat del nadó (vegeu annex 6, pàg. 113), i facilitar el vincle afectiu amb la mare/el pare (vegeu annex 2, pàg. 89).

5.1. Pinçament del cordó umbilical

S'ha d'utilitzar una pinça estèril d'un sol ús (vegeu annex 7, pàg. 117), la qual es col·locarà a 1-2 cm de la implantació del cordó umbilical, tallant després per sobre de la pinça i deixant aproximadament 1 cm distalment.

La sang de la resta del cordó s'aprofitarà per obtenir sang per a l'estudi de l'equilibri acidobàsic, grup sanguini, Rh, test de Coombs (mares Rh negatives).

5.2. Identificació del nadó a la sala de parts

S'ha de tenir cura extrema per a la identificació del nadó, s'ha de realitzar tan precoçment com sigui possible amb el sistema proposat (vegeu annex 7, pàg. 117), en presència de la mare i abans de sortir de la sala de parts.

5.3. Primer contacte mare-fill

- Durant el període d'expulsió de la placenta, si el nadó és vigorós i aparentment sa, serà lliurat a la mare embolicat en una talla seca i tèbia, i s'animarà el contacte pell amb pell amb la mare, per tal d'afavorir la creació de vincles afectius a través del contacte i el reconeixement mutu (vegeu annex 2, pàg. 89), així com per evitar la pèrdua de calor.

- En els parts per cesària amb anestèsia epidural i bon estat clínic de la mare i del nadó es pot facilitar la interacció mare-fill de forma similar a l'esmentada per als parts vaginals, amb alguna modificació en les posicions.

A la sala de parts, o al més aviat possible, s'ha d'afavorir la lactància materna, tenint en compte que la informació i l'actitud positiva del personal sanitari influeixen molt en l'èxit de l'alletament natural (vegeu annex 9, pàg. 127).

Segons les indicacions de la història clínica (vegeu "Pla de naixement" annex 1, pàg. 81) tindrem la informació sobre la voluntat de la mare d'alletar el seu nadó o no, així com els antecedents i factors de risc per a la lactància materna. Aquesta informació permetrà detectar aquelles dones que requereixin suport especial durant l'inici de la lactància.

5.4. Exploració sistemàtica del nadó a la sala de parts

- S'ha de realitzar l'avaluació d'Apgar al minut i als 5 i 10 minuts del naixement, per tal d'avaluar el grau de risc del nadó i l'adaptació a la vida extrauterina i descartar malformacions.
- La revisió sistemàtica del nadó normal, asimptomàtic i sense factors de risc, no cal realitzar-la a la sala de parts, es pot posposar unes hores i realitzar-la a la sala de puèrperes, per tal de no manipular en excés el nounat, donant prioritat en aquests primers moments a procedir a la correcta identificació (vegeu annex 7, pàg. 117) i facilitar la creació dels vincles afectius amb la mare/el pare (vegeu annex 2, pàg. 89).

5.5. Procediments preventius en l'atenció del nadó a la sala de parts

5.5.1. Profilaxi de l'oftàlmia neonatal

Per a la profilaxi ocular es recomana la utilització de pomada oftàlmica d'eritromicina al 0,5% o de tetraciclina a l'1%.

5.5.2. Profilaxi de la malaltia hemorràgica del nadó

Per evitar la malaltia hemorràgica neonatal es recomana l'administració de vitamina K en les primeres dues-quatre hores de vida. No és recomanable el retard de l'esmentada administració més enllà de les sis a dotze hores de vida. La dosi recomanada és 1 mg, una sola vegada, per via intramuscular a la cara anterolateral de la cuixa.

5.5.3. Profilaxi de la infecció per *Streptococcus agalactiae*

Tal com es reflecteix en el *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*, es recomana la pràctica d'un cultiu vaginal i rectal a l'embarassada durant el tercer trimestre, i si és possible entre les 35 i 37 setmanes de gestació, per tal de detectar la població de risc.

Si el cultiu resulta positiu, o bé si hi ha l'antecedent de bacteriúria per *Streptococcus agalactiae* (SA) durant l'actual gestació o d'un fill previ afectat d'asèpsia per SA, o el resultat del cultiu és desconegut, es recomana l'administració de profilaxi materna durant el part (penicil·lina G sòdica 5 milions UI EV + 2,5 milions EV/4 hores, o bé ampicil·lina 2 g EV més 1 g EV/4 hores fins al període expulsiu. Si hi ha al·lèrgia s'administrarà eritromicina o clindamicina o cefazolina).

Si la profilaxi materna no s'ha pogut realitzar i el nadó és asimptomàtic, s'aconsella l'administració de penicil·lina G IM al nadó durant la primera hora de vida (50.000 UI en el nadó de terme o 20.000 UI en el nadó de preterme), sempre acompanyat d'una correcta vigilància clínica i analítica, si escau.

5.5.4. Profilaxi de l'hepatitis B

En la història clínica de la mare ha de constar el resultat del cribratge realitzat durant el seguiment de l'embaràs per tal d'identificar les mares positives a l'antigen de superfície del virus de l'hepatitis B (HbsAg).

- Si es desconeix la serologia materna per a l'HbsAg, es determinarà durant el seu ingrés amb la major rapidesa possible.

- Els nadons fills de mare amb resultat positiu per a l'HbsAg conegut abans del part han de rebre immunoglobulina específica antihepatitis B i començar la vacunació en les primeres 12 hores de vida.
- Els nadons fills de mare de la qual es desconeix el resultat de la serologia (HbsAg) han de rebre la primera dosi de vacuna dins de les primeres 12 hores de vida, i s'ha de determinar l'estatus serològic de la mare. Si la mare dóna resultat positiu per a l'HbsAg, el seu nadó ha de rebre la gammaglobulina específica al més aviat possible, preferentment dins de les primeres 72 hores de vida.
- Els nounats de mares seropositives per a l'HbsAg que hagin rebut la profilaxi podran seguir lactància materna.

5.5.5. Profilaxi de la transmissió vertical de l'HIV

En la història clínica de la mare ha de constar el resultat del cribratge realitzat durant el seguiment de l'embaràs per tal d'identificar les mares HIV-1 seropositives (vegeu *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*, cap. I, pàg. 69).

Si es desconeix la serologia materna per a l'HIV-1, es determinarà al nadó durant l'estada hospitalària per tal de fer la profilaxi en els casos que ho requereixin (antiretrovirals per reduir el risc d'infecció del nounat exposat a l'HIV, i en aquest cas desaconsellar la lactància materna).

6. Altres aspectes a tenir en compte en l'atenció al part

- **Informació a la dona i a la família en el part** (vegeu annex 1, pàg. 81)
- **Ambient psicoafectiu en el part** (vegeu annex 2, pàg. 89)
- **Atenció a la diversitat** (vegeu annex 3, pàg. 97)
- **Atenció en el part natural no medicalitzat** (vegeu annex 4, pàg. 101)
- **Registre de dades en el part** (vegeu annex 13, pàg. 155)

Capítol III

Atenció en el puerperi

El puerperi és el període que va des del final del part fins que l'organisme matern retorna a l'estat anterior a la gestació, i té una durada de 40 dies. En aquest període s'estableix la lactància.

Des d'un punt de vista clínic podem distingir entre:

- **Puerperi immediat:** comprèn les dues hores immediatament posteriors al part.
- **Puerperi precoç:** comprèn els primers 7-10 dies des del part.
- **Puerperi tardà:** correspon al període de temps restant fins als 40 dies després del part.

No comentarem aquí, en aquest capítol, els controls que s'han d'efectuar en el puerperi immediat, ja que normalment s'efectuen a la mateixa sala de parts o unitat que atén el part i formen part de la seva mateixa assistència (vegeu cap. II, pàgs. 50 a 52).

Des d'un punt de vista funcional podem distingir entre:

- **Puerperi hospitalari:** comprèn el període de temps durant el qual la puèrpera és atesa a l'hospital; habitualment és de dos a tres dies en els parts normals. Per tant, el puerperi hospitalari inclou el puerperi immediat i habitualment una part del precoç.
- **Puerperi domiciliari:** és el període de temps que la puèrpera passa al seu domicili, després de l'alta hospitalària. Tanmateix, ambdós períodes constitueixen un únic procés fisiològic que transcorre en dos llocs diferents.

1. Cura de la mare durant l'estada hospitalària

Aquest apartat recull les pautes i els controls més importants que s'han de tenir en compte en l'atenció al puerperi hospitalari, que comprèn des de l'ingrés de la puèrpera a la unitat d'hospitalització postpart fins a l'alta hospitalària.

Si bé el puerperi és un procés fisiològic de la dona en el postpart, s'han d'extremar les cures per prevenir l'aparició de complicacions:

Complicacions puerperals de la dona més freqüents

- Processos hemorràgics
- Infeccions puerperals
- Processos tromboembòlics
- Processos hipertensius
- Síndromes depressives

En aquest apartat es detallaran els controls recomanats en l'assistència al puerperi normal durant l'estada hospitalària de la puèrpera, sense comentar la conducta a seguir davant de patologia puerperal.

Hi ha una sèrie de punts que s'hauran de valorar després de l'ingrés a la unitat d'hospitalització i durant l'estada de la dona en aquesta:

Controls clínics a efectuar a la dona en el puerperi hospitalari

- Valoració immediata de l'estat general
- Control constants vitals: tensió arterial, pols, temperatura
- Control de la pèrdua hemàtica
- Control de la involució uterina
- Característiques dels loquis
- Control de la micció i de l'evacuació
- Control del perineu i de l'episiotomia
- Control de les mames i suport de la lactància materna
- Avaluació del dolor: analgèsia
- Control de les extremitats inferiors. Mobilització i higiene
- Valoració de la dieta i suplementació
- Incompatibilitat de grup sanguini mare-nadó
- Valoració de l'estat emocional

1.1. Valoració immediata de l'estat general

Després de l'ingrés de la puèrpera a la unitat d'hospitalització s'haurà de realitzar una primera avaluació de l'estat general de la dona, començant per una adequada valoració de la història clínica, control de les constants vitals, pèrdua hemàtica, contracció uterina, bufeta urinària (globus vesical), estat del perineu, i presència de dolor, així com de l'estat emocional. A partir de la informació obtinguda després d'aquesta primera avaluació de la puèrpera, es procedirà a sistematitzar els controls posteriors.

1.2. Control de les constants vitals

Es recomana controlar la tensió arterial, el pols i la temperatura axil·lar dues vegades al dia en condicions de normalitat. La presència de febre, és a dir, temperatura axil·lar igual o superior a 38 °C, a partir de les 24 hores del part, obligarà a investigar la possible etiologia infecciosa i el seu tractament.

1.3. Control de la pèrdua hemàtica

Durant les 2 primeres hores després del part és quan es produeixen més freqüentment les hemorràgies greus, per la qual cosa, cal vigilar que no es produeixin i utilitzar substàncies uterotòniques (goteix d'oxitocina o ergòtics intramusculars), però s'ha de mantenir el control durant les primeres 24 hores.

1.4. Control de la involució uterina

Es valorarà l'alçada uterina i la seva consistència en cada torn del personal d'infermeria el primer dia i posteriorment una vegada al dia. La situació uterina anormalment alta i desplaçada lateralment en les primeres hores del postpart ha de fer-nos pensar en una possible retenció urinària, i s'ha de procurar que es buidi la bufeta urinària espontàniament o mitjançant una sonda vesical. La subinvolució uterina s'haurà de vigilar adequadament per tal de descartar l'endometritis o la retenció de restes placentàries.

1.5. Característiques dels loquis

Es valoraran l'aspecte dels loquis, el seu color, quantitat i olor en cada torn d'infermeria les primeres 24 hores i posteriorment una vegada el dia. En condicions normals, en principi seran d'aspecte hemàtic i progressivament s'aniran aclarint i adquirint un aspecte serohemàtic, com també disminuint en quantitat. La presència de loquis purulents o pudents obligarà a descartar processos infecciosos del tracte genital. La pèrdua hemàtica superior al normal, d'altra banda, obligarà a descartar la presència d'un globus vesical, la retenció de restes placentàries o esquinços del tracte genital deficientment suturats.

1.6. Control de la micció i de l'evacuació

La utilització de l'anestèsia peridural, amb la pèrdua del reflex miccional i la sobrehidratació que comporta, són factors que incideixen en el risc que la puèrpera tingui dificultats en la micció i que presenti un globus vesical. Per tant, es vigilarà l'evacuació vesical en les primeres hores del postpart de forma que, si la dona no pot miccionar espontàniament, es procedirà al sondatge vesical si s'ha apreciat l'existència d'un globus vesical. Quan hi ha una retenció urinària superior als 500 ml s'ha de valorar si es convenient deixar una sonda vesical permanent.

Respecte a l'evacuació intestinal, es tindrà en compte si es va administrar un ènema de neteja previ al part, i en cas afirmatiu no és d'esperar l'evacuació espontània abans del segon dia del postpart. A partir d'aquell moment, en el cas que sigui necessari, es pot afavorir l'evacuació mitjançant l'ús de laxants locals (microènemes o supositoris de glicerina) preferentment a laxants orals. Es recomanarà la ingesta d'una dieta rica en fibra i es procurarà una bona hidratació i mobilització precoç.

1.7. Control del perineu i de l'episiotomia

És molt important aconsellar la dona en la cura i higiene del perineu durant els primers dies, que s'haurà de rentar amb aigua i un sabó neutre com a mínim un cop al dia. Diàriament es controlarà la cicatrització del perineu i la presència d'hematomes o d'hemorroides, que es tractaran adequadament, i

els casos de trombosi hemorroidal, que requeriran el seu drenatge quirúrgic.

1.8. Control de les mames i suport a la lactància materna

Es vigilarà l'estat de turgència de les mames, la secreció de calostre i de llet, l'absència de signes inflamatoris i presència de clivelles al mugró. La dutxa diària és suficient per a la higiene de les mames. No es recomana netejar les restes de llet perquè hidraten l'arèola i prevenen la formació de clivelles. Es recomanarà l'ús d'uns sostenidors de lactància. S'instruirà la puèrpera sobre les recomanacions més apropiades per a la lactància materna (vegeu annex 9, pàg. 127).

1.9. Avaluació del dolor: analgèsia

El dolor en el puerperi hospitalari després d'un part normal pot ser a causa de l'episiotomia i el derivat dels torçons, en pacients múltípares. El tractament del dolor es realitzarà mitjançant l'administració d'antiinflamatoris no esteroïdes (AINE) per via parenteral o oral segons la intensitat del quadre. Alternativament, podrà utilitzar-se el paracetamol només o associat a codeïna, encara que aquesta última pot afavorir el restrenyiment, ja de per si freqüent en el puerperi.

S'ha de tenir en compte que no s'ha d'administrar de forma rutinària cap medicació la indicació de la qual no hagi estat acuradament valorada, ja que pot passar al nadó a través de la llet de la mare.

1.10. Control de les extremitats inferiors, mobilització i higiene

Es valoraran diàriament les cames per vigilar l'aparició d'edemes i/o signes d'infecció. En dones amb risc elevat de malaltia tromboembòlica, hauran d'adoptar-se mesures profilàctiques com l'embenat de les extremitats inferiors, la seva elevació mentre la dona estigui ajaguda i la utilització d'heparina profilàctica per via subcutània.

La mobilització precoç disminueix el risc de malaltia tromboembòlica. Després d'un part assistit amb anestèsia peridural s'haurà d'esperar un mínim de 6 hores abans d'aixecar la dona. En el cas d'a-

nestèsia peridural en dosis baixes i d'administració continua, la mobilització pot ser precoç. Si el part va ser assistit amb anestèsia local o sense anestèsia, podrà aixecar-se immediatament.

Pel que fa a la higiene, es recomanarà la dutxa diària.

1.11. Valoració de la dieta i suplementació

Després d'un part sense anestèsia o amb anestèsia local, la ingesta de líquids i la dieta normal s'iniciaran a demanda de la puèrpera. Després d'un part vaginal amb anestèsia peridural s'iniciarà la ingesta hídrica de forma immediata, i si la tolerància és adequada es continuarà amb una dieta normal.

Després d'un part vaginal assistit amb anestèsia general, s'iniciarà la ingesta hídrica a les 4 hores i seguirà una ingesta progressiva segons la tolerància, mantenint la seroteràpia intravenosa fins a la seva comprovació. La puèrpera haurà de seguir una dieta equilibrada i rica en fibra.

Es recomana fer un hemograma de control a les 24 hores del part, i es decidirà tractament profilàctic o terapèutic amb ferro segons el resultat. La suplementació vitamínica dependrà del grau de nutrició de la puèrpera, tenint especial cura que l'aportació de iode assoleixi els mínims que recomana l'OMS (200 µg/dia).

1.12. Incompatibilitat de grup sanguini mare-nadó

S'administrarà una dosi estàndard (300 µg) de gammaglobulina anti-D a totes les puèrperes Rh negatives que tinguin un nadó Rh positiu, i test de Coombs directe negatiu per al factor D, dins de les primeres 72 hores del postpart.

1.13. Valoració de l'estat emocional

La dona després del part passa normalment per una sèrie de canvis psicològics i emocionals relacionats amb el cansament físic, el nou rol de mare,

molèsties puerperals, etc. Cal identificar l'estat emocional i donar suport professional quan es requereixi. En alguns casos en què s'observa una adaptació difícil, cal identificar el problema.

2. Cura del nadó durant l'estada hospitalària

En arribar de la sala de parts, la mare i el nadó han de ser ingressats junts a la mateixa habitació, i continuar estant junts durant tota l'estada a l'hospital les 24 hores del dia.

Sempre que sigui possible, els diferents professionals (pediatre/a, llevador/a o infermer/a) faran els controls i exploracions de seguiment del nadó en presència de la mare, per facilitar-li la possibilitat d'expressar els dubtes i potenciar l'aprenentatge de les cures del seu fill.

Se seguiran els procediments següents:

2.1. Comprovació dels controls fets a la sala de parts

- Comprovar que s'hagi fet la identificació de manera adequada (vegeu annex 7, pàg. 117), i que s'hagi facilitat la creació de vincles afectius (vegeu annex 2, pàg. 89) i l'inici de l'al·letament matern a la sala de parts de manera adequada (vegeu annex 9, pàg. 127).
- Comprovar si s'han realitzat les mesures preventives sistemàtiques a la sala de parts. En cas negatiu s'han d'administrar després de l'ingrés a la sala de puèrperes (vegeu cap. II, pàg. 51).

2.2. Exploració del nadó a la planta d'hospitalització

Avaluació de l'aspecte i les característiques somatomètriques del nadó: pes, llargada, perímetre cranial, temperatura axil·lar. Exploració anatòmica i funcional del nadó tan exhaustiva com sigui possible. S'ha d'enregistrar el resultat d'aquesta exploració, fent constar també la valoració de la maduresa i el creixement intrauterí.

2.3. Custòdia del nadó durant l'estada hospitalària

És responsabilitat de l'hospital maternal la salvaguarda de la identitat del nadó i el manteniment del binomi mare-fill des del moment del naixement fins al moment de l'alta hospitalària (vegeu annex 7, pàg. 117).

2.4. Higiene de la pell, vestit i posició al bressol

Una vegada pesat i explorat el nadó, s'han de netejar les zones de la pell brutes de sang amb aigua i eixugar-les amb una gasa no abrasiva; finalment, es vestirà el nadó amb la seva roba personal, respectant les diferents cultures, se'l col·locarà al bressol en la posició adequada (decúbit supí o lateral), i se'l deixarà amb els pares a l'habitació.

2.5. Seguiment i controls sistemàtics del nadó durant l'estada a l'hospital

Durant l'estada a la maternitat, s'ha de fer un seguiment acurat per tal de preservar la bona salut del nadó, per això és necessari realitzar de forma sistemàtica les actuacions següents:

- Control del pes diari
- Control de l'aspecte
- Control de les constants vitals: freqüència cardíaca, freqüència respiratòria, temperatura
- Control de la primera micció
- Control de la primera emissió de meconi
- Realització de les cures diàries del cordó umbilical
- Suport a la col·locació al pit i a la bona marxa de la lactància materna
- Ensinstrament en la preparació i l'administració de biberons, en el cas que fos necessari
- Compliment acurat de les normes per a l'adequada custòdia del nadó fins al moment de l'alta

- Recollida de sang del taló i emplenament de la fitxa del diagnòstic precoç de metabolopaties congènites
- Altres cribratges sistemàtics que sigui convenient fer abans de l'alta hospitalària.
- Registre adequat de tota la informació:
 - Emplenar la història clínica
 - Emplenar el carnet de salut infantil
- Informació i educació sanitària adequada als pares del nadó

2.5.1. La cura del cordó umbilical

El cordó umbilical s'ha de mantenir net i sec, fet que en facilita la necrosi.

Procediment per a la cura del cordó umbilical:

- Efectuar el rentat higiènic de mans.
- Impregnar una gasa amb antisèptics no iodats (vegeu annex 10, pàg. 137) i netejar la base del cordó eliminant-ne les restes de sang, aplicar-ho 2-3 vegades al dia fins a la caiguda del cordó.
- No és necessari embolicar permanentment el cordó.

Control i cura del cordó umbilical:

- Valorar la presència de signes inflamatoris, secreció i olor, i registrar la informació d'aquesta exploració a la història clínica.
- Tenir present que la infecció de les restes de cordó umbilical (funicitis) i dels teixits adjacents de la paret abdominal (omfalitis) poden ser l'inici d'una infecció neonatal greu.

2.5.2. Cribratges sistemàtics durant l'estada hospitalària

2.5.2.1. Pla de detecció precoç de metabolopaties congènites (PDP)

El programa de cribratge precoç neonatal (fenilcetonúria, hipotiroïdisme congènit i fibrosi quística) s'ha de realitzar:

- **A tots els nadons.** Independentment de l'edat de gestació i del pes. I independentment del seu tipus d'alimentació, o existència de patologia o tractaments (encara que tot això es farà constar específicament a l'apartat d'observacions). Aquest cribratge ha de ser prioritari en totes les unitats neonatals, i en especial les de patologia neonatal, per tal d'evitar que l'assistència al nadó malalt faci prolongar o oblidar la seva realització.
- **Des de les 48 hores** (òptimament des de les 72 h), fins al 5è dia de vida. Si es dona l'alta abans de les 48 hores, s'informarà convenientment els pares del nadó i se'ls recomanarà que el portin per obtenir-ne la mostra de sang de taló quan tingui entre 4 i 8 dies de vida, ja sigui en la visita de puerperi domiciliari, al CAP o a la consulta pediàtrica. Si per qualsevol motiu o oblit no s'ha realitzat l'extracció en els períodes esmentats, es farà posteriorment, independentment de l'edat de l'infant.
- **Abans d'una transfusió de sang, de plasma o de la realització de diàlisi.** En els nadons als quals s'ha realitzat una transfusió de sang total, plasma o diàlisi, és convenient esperar de 7 dies (període mínim) a 14 dies (període idoni), per obtenir-ne la mostra de sang, és a dir, el temps necessari perquè el seu plasma reflecteixi els processos metabòlics i el fenotip del nadó.
- **S'ha d'informar els pares** de forma adequada sobre els objectius i la importància del Programa de detecció precoç.
- **Cal seguir el mètode correcte** per assegurar l'adequada recollida de sang, així com la correcta impregnació del paper cromatogràfic que s'inclou en el sobre del programa oficial de cribratge precoç neonatal (vegeu annex 8, pàg. 123).

2.5.2.2. Detecció precoç de la hipoacúsia

Convindria efectuar la detecció precoç d'hipoacúsia a tots els nadons abans de l'alta hospitalària, ja que l'estratègia d'iniciar el programa només en els grups de risc deixaria sense diagnosticar el 40-50% de les hipoacúsies.

L'objectiu del programa seria explorar el 100% dels nadons, acceptant com a mínim una cobertura del 95%.

S'utilitzaran tècniques d'OEA (otoemissions acústiques). Les OEA poden donar falsos positius en presència de detritus o líquid a l'orella externa i mitjana, i falsos negatius en les lesions retrococlears.

En cas de sospita de lesió retrococlear, o quan les OEA siguin repetidament anòmales, s'hauran de practicar PEATC (potencials evocats auditius de tronc cerebral).

Grups de risc d'hipoacúsia

- Història familiar d'hipoacúsia neurosensorial congènita o instaurada en la primera infància.
- Infeccions intrauterines.
- Malformacions craniofacials.
- Pes en el naixement inferior a 1.500 g.
- Hiperbilirubinèmia greu.
- Ús de fàrmacs ototòxics.
- Meningitis bacteriana.
- Hipòxia-isquèmia perinatal.
- Ventilació mecànica durant més de 5 dies.
- Estigmes associats a síndromes que cursen amb hipoacúsia.

2.5.3. L'alletament durant l'estada hospitalària

Els nadons han de ser alimentats tan aviat com sigui possible. I s'ha d'afavorir la lactància materna (vegeu annex 9, pàg. 127), sempre respectant la voluntat de la mare i/o altres circumstàncies clíniques que puguin interferir-hi.

S'ha de tenir en compte que la informació i l'actitud unànimes del personal sanitari influeixen en la decisió de l'alletament matern, però s'ha de respectar la decisió que pren la dona sobre el tipus d'alletament, i en aquests casos el professional ha de tenir una actitud d'ajuda, i ha de donar suport i informació també a les mares que per raons diverses puguin optar per la lactància artificial.

3. Alta hospitalària de la mare i del nadó

3.1. Exploració de la mare prèvia a l'alta hospitalària

Abans que la puèrpera abandoni l'hospital s'ha de realitzar una exploració en la qual es comprovarà la correcta involució uterina, la correcta cicatrització del perineu i de la vagina, la normalitat dels loquis i el correcte estat de les mames i de l'estat general de la puèrpera.

El resultat de l'exploració s'enregistrarà convenientment a la història clínica, i s'emplenarà també el carnet de l'embarassada i el carnet de salut infantil.

3.2. Atenció al nadó en el moment de l'alta hospitalària

Protocol d'atenció al nadó en l'alta hospitalària

- Comprovar la identificació del nadó (vegeu annex 7, pàg. 117).
- Assegurar el cribratge de metabolopaties congènites (vegeu annex 8, pàg. 123).
- Emplenar la història clínica (vegeu annex 12, pàg. 149).
- Comprovar que s'hagi emplenat correctament el carnet de l'embarassada.
- Emplenar el carnet de salut infantil i recomanar-ne l'ús.
- Entregar la informació perinatal als pares en l'alta hospitalària:
 - Informe sobre l'assistència que ha rebut el nadó.
 - Altres informacions o documentació propis de cada centre.
 - Recomanacions sobre properes visites al nadó.

És desitjable que l'alta del nadó i la seva mare tingui lloc després de les 72 hores de vida del nadó, una vegada efectuada l'extracció de sang per al cribratge precoç neonatal. Sempre que no s'aculli als criteris d'alta precoç.

3.2.1. Alta precoç (entre les 24 i les 48 hores després del part)

En els casos en què l'embaràs i el part no han tingut cap complicació, es pot donar l'alta precoç, sempre fent una acurada valoració de l'estat físic i emocional de la mare, així com de factors psicosocials que requereixen un control més gran: mares drogodependents, antecedents de maltractament infantil o negligència, història de violència familiar, particularment durant l'embaràs actual, malaltia mental d'un dels pares, mares adolescents, no existència de domicili, etc.

Respecte als nadons, és possible l'alta si no existeixen els factors psicosocials esmentats anteriorment i es compleixen tots els criteris següents:

Criteris clínics

- Nadons a terme de pes apropiat per l'edat de gestació.
- Normalitat en l'examen clínic abans de l'alta. L'examen ha d'estar enregistrat en la història clínica.
- Capacitat de mantenir la temperatura corporal normal.
- Capacitat d'alimentar-se per via oral i coordinar adequadament la succió i la deglució.
- Que hagi fet almenys una emissió d'orina i meconi.
- Absència de factors de risc d'hiperbilirubi-nèmia, o signes clínics patològics.
- Facilitat d'accés del pares al pediatre/a per resoldre qualsevol dubte respecte a les cures del nadó.
- Avaluació del nadó entre el 3r i 5è dia de vida per a control clínic, i cribratge precoç neonatal, tot assegurant la continuïtat de l'assistència.

3.2.2. Alta hiperprecoç (menys de 24 hores després del part)

Sempre de tipus voluntari. S'ha de seguir els mateixos criteris que en el grup anterior. Però és necessari en aquest cas un examen pediàtric del nadó dins de les primeres 48 hores després de l'alta.

3.3. Informació a la dona en el moment de l'alta puerperal

Abans de l'alta es donaran les recomanacions pertinents per a les cures domiciliàries maternes i del nadó. En aquelles zones en què estiguin funcionant els programes d'atenció puerperal domiciliària, es posarà en contacte la puèrpera amb el seu centre d'assistència primària perquè la llevadora dugui a terme la supervisió al domicili de la puèrpera (vegeu annex 12, pàg. 149).

3.4. Informe d'alta

3.4.1. De la mare

Tota puèrpera ha de disposar d'un informe d'alta en què constin les seves dades administratives, data d'ingrés, part i alta, i les dades bàsiques de les característiques del seu embaràs, part, nadó, alletament i puerperi hospitalari. Hauran de constar-hi els diagnòstics i procediments utilitzats, així com les recomanacions i els tractaments prescrits. Es farà constar la data en què ha d'acudir a la seva revisió puerperal i el lloc on es durà a terme.

Cal anotar les dades en el carnet de l'embarasada.

3.4.2. Del nadó

Hi han de constar totes les dades rellevants per a una correcta valoració del nadó per part del pediatre que farà el seguiment posterior: el pes en l'alta, l'exploració física en l'alta, i si s'ha realitzat o no el cribratge neonatal de fenilcetonúria, hipotiroïdisme congènit, fibrosi quística i hipoacúsia.

Cal anotar les dades en el carnet de salut del nen/a.

El seguiment del puerperi normal ha de ser una continuació de l'atenció a la dona després de l'alta de l'hospital o clínica. La visita o visites domiciliàries posteriors donaran la possibilitat d'oferir les activitats d'assessorament i assistencials necessàries durant el puerperi domiciliari, tant per a la dona com per al nadó.

De la possibilitat d'aquesta visita s'hauria d'informar en els últims controls de l'embaràs i en el moment de l'alta de l'hospital maternal.

Les visites domiciliàries en el postpart requereixen una bona coordinació entre els nivells assistencials d'atenció primària i l'hospital per tal d'establir uns circuits àgils amb traspàs d'informació útil i en el moment adequat.

En la darrera visita de puerperi domiciliari s'ha de citar la dona a la consulta d'atenció primària per realitzar la visita de control postpart, aproximadament 40 dies després del part.

En el cas de les dones que no reben la visita de puerperi domiciliari, és important establir un pla de visites a la consulta per tal de fer una valoració global del seu estat de salut i de recuperació, així com donar assessorament en aquells temes que es creuin necessaris en funció de la situació de cada puèrpera (alletament, anticoncepció, sexualitat, etc.).

4. L'atenció durant el període de puerperi domiciliari

L'atenció al puerperi domiciliari forma part de la cartera de serveis del PSAD-ASSIR del Departament de Sanitat i Seguretat Social. La implantació d'aquest servei s'està realitzant de forma progressiva a tot Catalunya, i actualment les cobertures poblacionals sobre els naixements varien en funció de l'àmbit geogràfic, dels recursos humans i de l'organització assistencial, per això en determinats llocs és difícil la seva implantació. No obstant això, cal assegurar una correcta assistència durant el puerperi i planificar de forma progressiva la implantació d'aquest servei.

Per aquest motiu, dintre d'aquest apartat hi ha una prioritització dels casos en què seria necessària una correcta valoració del puerperi al domicili.

4.1. Criteris de prioritització de visites durant el puerperi domiciliari

Cal fer una valoració i prioritització dels casos que requereixen una visita de puerperi al domicili, ja que solen presentar unes necessitats i situacions específiques que determinen un seguiment més acurat.

Els criteris de prioritització del puerperi domiciliari seran els que marcaran el temps i la necessitat de programar la visita amb més o menys urgència. Han de ser valorats en primer lloc per l'equip de la unitat de puèrperes de l'hospital, que a través de la coordinació amb l'atenció primària han d'establir els circuits per a la comunicació dels casos a prioritzar en funció de la detecció de necessitats:

A) Criteris biològics

- **Primípara:** solen presentar parts més llargs i dificultosos, inexperiència i inseguretats en la cura del nadó, dificultats en la tècnica de lactància, cansament, problemes per falta o "excés" de suport familiar.
- **Multipares:** cal prioritzar per: control de la involució uterina, càrrega familiar, cansament, patologies associades, edat.
- **Cesàries:** requereixen control de la ferida, retirada de punts si cal, ensinistrament de la cura de la ferida.
- **Prematuritat:** requereixen una atenció individualitzada per a la valoració de necessitats i problemes específics que es presenten en aquests casos.
- **Bessons:** requereix una adaptació de la mare en el seu entorn més complexa i, per tant, una valoració de l'estat físic i de l'entorn.

B) Criteris psicossocials

- **Mares adolescents:** requereixen un major suport, ja que han de fer front a una situació per a la qual normalment no estan preparades: la seva recuperació física, la relació amb el nadó, la responsabilitat de la criança, els canvis socials que suposa.
- **Mares que han patit una mort fetal:** implica una valoració i suport emocional de la mare, a més del control d'estat físic.
- **Mares drogodependents:** cal valorar la capacitat per a la pròpia autocura i la del nadó, valorar l'ajut de què disposa, assabentar-se de si està seguint un programa de desintoxicació o bé és consumidora, contactar amb serveis socials i amb el CAS de referència.
- **Factors socioeconòmics desfavorables:** s'ha de valorar al domicili les condicions mínimes d'higiene, tant per a la mare com per al nadó, la necessitat de suplementos vitamínics per a la mare, el descans, els ajuts socials de què disposa.
- **Control insuficient de la gestació:** normalment està associat al factor anterior, i requereix una valoració de necessitats específiques.

Alta precoç: la puèrpera surt de l'hospital després de les 24-48 hores del part i requereix un control més acurat al domicili, és necessari el control de l'evolució del puerperi, la valoració de l'aparició de complicacions, l'alleujament del dolor i l'ajut per a la instauració de la lactància.

C) Altres situacions

- Mares sense suport del progenitor o la família.
- Mort o malaltia greu del pare o familiar immediat.
- Mares amb trastorns psiquiàtrics.
- Mares amb fills nascuts amb malformacions o discapacitats.
- Mares amb nadons malalts.

4.2. Nombre de visites recomanades durant el puerperi domiciliari

Visites de puerperi domiciliari	
Primera visita (*)	A les 24-48 hores després de l'arribada a casa
Segona visita (*)	A les 24-48 hores després de la primera visita
Tercera visita (**)	A les 24-48 hores després de la segona visita

(*) Prioritària, però sempre segons les necessitats detectades i criteris de prioritització.

(**) Opcionals i dependent de les necessitats de la dona.

Visites de puerperi domiciliari en l'alta precoç	
Primera visita	A les 24 hores després de l'arribada a casa
Segona visita	A les 24 hores després de la primera visita i segons valoració
Tercera visita	A les 24 hores després de la segona visita i segons valoració

Les pautes d'actuació a seguir en les visites del puerperi domiciliari, així com l'activitat grupal durant el postpart, estan desenvolupades en l'anex 11.

5. Visita de control postpart

La visita de control postpart es realitza aproximadament als 40 dies després del part i es porta a terme en l'àmbit de l'atenció primària (PSAD-ASSIR), o consultori.

En els casos que requereixen un control més exhaustiu o un seguiment després de l'alta, atesa l'existència d'una patologia, aquesta visita es podrà realitzar en l'àmbit hospitalari.

Aquesta visita consistirà en:

- Valoració de l'estat actual de la dona i del nadó.

- Valoració de l'alletament.
- Valoració del sòl pèlvic.
- Informació i educació sobre mètodes contraceptius.
- Valoració de l'entorn social i familiar.

6. Altres aspectes a tenir en compte en el puerperi

- Informació a la dona i la família en el puerperi (vegeu annex 1, pàg. 81)
- Ambient psicoafectiu en el puerperi (vegeu annex 2, pàg. 89)
- Atenció a la diversitat (vegeu annex 3, pàg. 97)
- Atenció en el part natural no medicalitzat (vegeu annex 4, pàg. 101)
- Registre de dades en el puerperi (vegeu annex 13, pàg. 155)

Capítol IV
Reavaluació del risc del part
Trasllat perinatal

1. Revaluació del risc en el moment del part

És de gran importància que en el moment de l'ingrés per al part es faci una exhaustiva revisió de l'embarassada, per tal de tenir el més clarament definit possible el nivell de risc amb què entrarà en la fase de part, de cara a prevenir i planificar el transport matern i/o transport neonatal.

Les derivacions al nivell hospitalari adequat s'han de fer d'acord amb aquest nivell de risc del part, tenint en compte els problemes existents:

- Dispersió hospitalària.
- Diferents estructures i organització (pública-privada).
- Diferents mecanismes de coordinació-conexió entre els diferents nivells hospitalaris, etc.

I no s'ha d'oblidar que, sempre que sigui possible, la millor forma de transport perinatal és intraúter.

1.1. Identificació del part de risc baix

L'absència total de risc no existeix, ja que sempre hi ha la possibilitat que algun factor imprevisible pugui complicar el curs d'un part inicialment catalogat com de risc baix.

S'ha de considerar part de risc baix aquell en el qual no s'ha pogut demostrar, al llarg de tot el procés de l'embaràs, factors de risc que puguin afectar el part.

1.2. Identificació del part de risc mitjà

Pertanyen a aquest grup les gestants que presenten alguna característica física, antecedent patològic o complicació a l'inici o en el transcurs del part, que sense ocasionar de forma segura un part distòcic o necessitat d'un control específic del nadó, sí que el fan més probable que en la població sense cap d'aquests factors de risc i, per tant,

obliga a algun tipus específic de control o procediment afegit (veure quadre 1).

Aquest grup de risc, normalment no requerirà recursos altament especialitzats; en general són suficients els recursos sanitaris a l'abast d'un equip obstètric i neonatal d'un hospital de nivell I (vegeu annex 14, apt. 1.2, pàg. 167).

1.3. Identificació del part de risc alt

Es classificaran en aquest grup de risc les gestants que presentin durant l'embaràs o en algun moment de tot el procés del part algun dels factors que configuren la llista d'indicadors de risc alt, ja que poden fer augmentar la probabilitat que apareguin complicacions, incrementant així la morbiditat i la mortalitat perinatal i materna (veure quadre 2).

Aquestes complicacions, de vegades, necessiten recursos sanitaris que no estan normalment disponibles en els hospitals de nivell I i, per tant, s'hauran de derivar a un nivell assistencial superior (nivell II) (vegeu annex 14, pàgs. 169-171).

1.4. Identificació del part de risc molt alt

Es classificaran en aquest grup de risc les gestants que presentin durant l'embaràs o en algun moment de tot el procés del part algun dels factors que configuren la llista d'indicadors de risc molt alt, ja que poden fer augmentar la probabilitat que apareguin complicacions, incrementant així la morbiditat i la mortalitat perinatal i materna (veure quadre 3). Requereixen recursos sanitaris habitualment d'alta tecnologia, que es troben en un nombre limitat d'hospitals (nivell III) (vegeu annex 14, pàgs. 171-173).

Quadre 1. Part de risc mitjà: indicadors

Reavaluació del risc per al part	Possibles complicacions (*)		Hospital d'atenció al part	
	Durant el part i puerperi	En el nadó		
Portadora HBsAg	(1) Part distòcic (Augment cesària) (Per desproporció pelvifetal, Preterme, RCIU, RPBF, etc.)	Transmissió vertical	Nivell I (**)	
Obesitat no mòrbida (1)		Macrosomia		
Alçada baixa (1)		Baix pes		
Diabetis gestacional no insulíndependent (ID) (1)		Macrosomia, hipoglucèmia		
Dona adolescent		Baix pes Prematuritat		
Anomalies pelvianes (1)		(1) Patiment fetal: (alteració neurològica)		
Control insuficient gestació				
Primípara > 40 anys				
Macrosomia 4.000-4.500 g (1)				
Bessons a terme i sense retard del creixement intrauterí (RCIU) (1)				
Gestació de 36-37 setmanes				
Líquid meconial (1)				
RCIU lleu >2.500 g (2)				
Risc pèrdua benestar fetal (RPBF) (1)				
Fase de latència prolongada				
Fase activa prolongada (1)				
Fase activa detinguda (1)				
Període expulsiu prolongat (1)				
Cesària anterior (1)				
Patologia mental lleu		Descompensació		
Cardiopatia I	Descompensació			
Anèmia lleu o moderada	Anèmia greu/severa			
Portadora estreptococ betahemolític	Corioamnionitis Infecció puerperal	Infecció neonatal		
Gran multiparitat	Hemorràgia	Macrosomia Baix pes		

(*) Les possibles complicacions que s'inclouen, s'han d'entendre com a no exhaustives, sinó com a orientatives.

(**) Segons circumstàncies particulars, pot variar I,II,III.

(1) Aquesta complicació (Part distòcic) també pot donar-se en els factors de risc que tenen una complicació especificada, no s'ha inclòs en els requadres individualitzats per tal que no resulti tan repetitiu.

(2) Pes estimat. Entre els percentils 5-10 (estàndards SEGO).

Quadre 2. Part de risc alt: indicadors

Reavaluació del risc per al part	Possibles complicacions (*)		Hospital d'atenció al part
	Durant el part i puerperi	En el nadó	
Anèmia greu Hb<9 g/dl (1)	Transfusió, patologia fetal	Anèmia, hipòxia-isquèmia	Nivell II (**)
Cardiopatia 2	Insuficiència cardíaca	Hipòxia	
Cirurgia uterina prèvia	Ruptura uterina Anèmia aguda	Hipòxia-isquèmia	
Diabetis gestacional ID	Descompensació Risc de pèrdua del BF Distòcia	Hipoglucèmia, hipocalcèmia, hiperbilirubinèmia distress, malformacions	
Placenta prèvia	Hemorràgia	Hipòxia-isquèmia, anèmia	
Preeclàmpsia lleu	DPPNI-CID Preeclàmpsia greu	Hipòxia-isquèmia, CIR	
Patologia associada lleu o moderada	Depèn de la patologia	Depèn de la patologia	
Malformació fetal lleu (2)	Segons tipus d'anomalia	Segons tipus d'anomalia	
DPPNI	Risc de pèrdua del BF, transfusió, histerectomia	Hipòxia-isquèmia, anèmia	
Risc moderat de pèrdua del benestar fetal	Pèrdua del benestar fetal Mort fetal	Hipòxia-isquèmia	
Antecedent d'hemorràgia greu postpart	Hemorràgia Transfusió		
Anomalies volum líquid amniòtic (3)	Malposició Prolapse de cordó	Malformació, Baix pes Macrosomia	
Preterme (> = 32 setmanes de gestació)	Malposicions fetals	Distress, hipoglucèmia, infecció, problemes d'alimentació	
Trencament prematur de membranes > 12 h. (4)	Preterme Corioamnionitis infecció puerperal	Infecció neonatal	
RCIU moderat (percentil 3-5) (5)		Hipoglucèmia	

(*) Les possibles complicacions que s'inclouen, s'han d'entendre com a no exhaustives, sinó com a orientatives.

(**) Segons circumstàncies particulars, pot variar a altres nivells (II, III).

(1) Exclosa la que correspongui a malalties sistemàtiques greus.

(2) Malformació anatòmica que no requereix tractament obstètric especial i/o neonatal.

(3) Polihidramni o oligohidramni, no secundaris a altres patologies greus.

(4) Més de 12 hores d'evolució sense inici del treball de part.

(5) Pes estimat (estàndards SEGO).

Quadre 3. Part de risc molt alt: indicadors

Reavaluació del risc per al part	Possibles complicacions (*)		Hospital d'atenció al part
	Durant el part i puerperi	En el nadó	
Patologia mental greu	Descompensació	Depenent de la patologia	Nivell III
Risc de tromboembolisme	Tromboembolisme		
Risc greu de pèrdua del BF	Mort fetal	Hipòxia-isquèmia, Sínd. postasfíctica	
Isoimmunització	Hidrops. Mort fetal	Hiperbilirubinèmia, anèmia, destret	
Bessons de preterme		Baix pes, prematuritat	
Part de preterme < 32 setmanes de gestació	Risc augmentat de malposicions	Destret respiratori, infecció, hemorràgia intracranial, <i>ductus persistent</i>	
Cardiopatia 3 i 4	Descompensació (EAP)	Prematur, baix pes, hipòxia	
Diabetis pregestacional i gestacional de difícil control	Descompensació (ceto-acidosis, coma diabètic)	Hipoglucèmia, hiperbilirubinèmia, hipocalcèmia/MMH, macrosomia	
Drogoaddicció	Síndrome d'abstinència, infeccions, HIV, disminució d'efectes analgèsics	Síndrome d'abstinència, infecció, preterme, CIR	
Alcoholisme	CIR	Síndrome alcohòlica, fetal	
Gestació múltiple. Bessons monoamniòtics	Preterme extrem, edema agut de pulmó, CIR, transfusió fetofetal	Preterme extrem, anèmia, policitemia, Hipòxia	
MTS amb possibilitat d'afectació del nadó	Depenent de l'MTS	Depenent de l'MTS	
Fill anterior amb afectació neurològica o retard psicomotor	Angoixa materna	Risc de recurrència	
Mal. hereditàries, possibilitat d'afectació del nadó	Depenent de la malaltia	Depenent de la malaltia	
Defecte congènit fetal confirmat greu (2)	Depenent de l'alteració	Depenent de l'alteració	
Mort perinatal prèvia (2)	Segons etiologia	Risc de recurrència	
Patologia associada greu	Augment del risc matern	Augment del risc de mort o seqüeles	
Preeclàmpsia greu. Síndrome HELLP	HELLP-CID, insuficiència renal. Prematuritat	Gran prematur, baix pes, hipòxia	
RCIU sever (< percentil 3) (1)	Risc de pèrdua del BF	Baix pes, hipòxia-isquèmia, hipoglucèmia	
Trencament de membranes en el preterme (< 33 S.G.)	Part preterme Corioamnionitis, EAP	Prematuritat infecció neonatal vertical	
Isoimmunització	Pèrdua del benestar fetal	Anèmia greu, hiperbilirubinèmia, hidrops fetal	

(*) Les possibles complicacions que s'inclouen, s'han d'entendre com a no exhaustives, sinó com a orientatives.

(1) Pes estimat (estàndards SEGO).

(2) Defecte congènit que requerirà tractament obstètric específic i/o neonatal.

(3) D'origen desconegut o de risc de recurrència.

2. El trasllat perinatal

Des del punt de vista sanitari és necessari diferenciar dos termes: el trasllat i el transport. El trasllat té un sentit molt més ampli que un transport: comprèn des del moment que es pren la decisió del transport, la seva valoració, la recerca de l'hospital adequat, un període més o menys llarg d'estabilització, el transport pròpiament dit, i per últim l'admissió en el centre receptor.

Per a la comprensió de la terminologia que s'utilitza en aquest tema, vegeu l'annex 11. En aquest annex també s'inclou la relació del material mínim que es recomana per al trasllat del nadó crític.

2.1. Dinàmica de la decisió del trasllat perinatal

Quan durant la gestació es presenta la necessitat d'una atenció especialitzada per a la mare o per al nadó, cal tenir-ho molt en compte i reavaluar el risc de cara a la previsió de l'ingrés per al part en el nivell d'hospital maternal que li correspongui (vegeu annex 14, pàg. 156).

Si aquesta necessitat sorgeix mentre la dona ja està ingressada per al procés del part, s'ha de valorar acuradament la possibilitat, o no, de realitzar l'assistència de la mare i/o del nadó a l'hospital on s'està controlant el part o bé si s'ha d'organitzar el trasllat al nivell hospitalari adient.

Si no és possible realitzar aquesta assistència amb les garanties suficients:

Cal valorar la possibilitat de transportar la mare a un centre de nivell superior (vegeu apartat sobre el trasllat intraúter).

Si no és possible el trasllat intraúter:

Cal realitzar el part a la maternitat d'origen i transportar la mare i/o el nadó després del naixement.

Si es preveu que el nen naixerà en estat crític o que pot necessitar cures immediates que no poden realitzar-se al centre emissor, s'haurà de

fer la previsió del transport urgent via Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) ja en el moment en què es constata la impossibilitat del transport intraúter i la necessitat del transport neonatal urgent (vegeu apartat sobre el transport del nadó crític).

2.2. El trasllat de la mare

2.2.1. Trasllat intraúter

És el transport urgent de la mare per a l'assistència al part, des d'una maternitat que no disposa dels medis adients per a l'atenció del nadó (o de la mare), a un altre de nivell superior, amb la finalitat d'apropar el nadó i la mare amb alta probabilitat de patir patologia greu a un centre que pugui assumir la seva atenció mèdica.

Sempre que sigui possible, el trasllat intraúter és el millor sistema de transport per al nadó.

2.2.1.1. Avantatges del trasllat intraúter

- El nadó pot ser assistit correctament, immediatament després del naixement.
- La mare en el postpart pot visitar-lo sovint, establint una bona relació mare-fill.
- Disminueixen els costos.

2.2.1.2. Limitacions i possibles complicacions del trasllat intraúter

- Segons la patologia materna pot haver-hi un agreujament, sobretot si es tracta de patologia hemorràgica o hipertensiva (cal l'estabilització de la mare assegurant el tractament farmacològic indicat *in itinere*).
- El monitoratge fetal és difícil d'assegurar, per tant cal valorar el risc de pèrdua del benestar fetal i/o la mort fetal durant el transport.
- És difícil de predir el moment del part en el nadó de preterme, i al mateix temps cal evitar el part durant el transport, ja que les condicions per a la reanimació del nadó a l'ambulància no són les millors.

- Cal considerar la distància al centre receptor, les condicions del trànsit i el risc d'accidents.
- Pot allunyar la mare del seu entorn, si la distància geogràfica és important, i provocar-li ansietat.
- Cal advertir la mare que un petit percentatge de nens fills de gestacions d'alt risc (10%) no necessitaran cures intensives en néixer.

2.2.2. Indicacions del trasllat intraúter

El trasllat intraúter té unes indicacions molt clares, com la patologia fetal diagnosticada amb anterioritat. No cal esperar enfrontar-nos a un nadó crític en un centre de nivell no adequat i sotmetre després el pacient a un transport.

En els casos de risc de prematuritat o patologia aguda no esperada, cal una bona coordinació interhospitalària, així com l'elecció de l'equip idoni amb els components necessaris per a un transport al més segur possible.

Indicacions més freqüents del trasllat intraúter

- Amenaça de part prematur < 32 setmanes de gestació amb o sense trencament prematur de membranes.
- Part múltiple < 34 setmanes.
- Retard de creixement intrauterí greu < 34 setmanes.
- Malformacions congènites que obliguen a un tractament immediat.
- Incompatibilitat sanguínia greu.
- Hidrops fetal.
- Polihidramni o oligoamni greu.
- Preeclàmpsia greu o síndrome de HELLP.
- Sospita de malaltia metabòlica que necessita un control immediat.
- Malaltia materna greu/complicacions de l'embaràs (per exemple: descompensacions de diabetis insulíndependent i patologia cardíaca).

2.2.3. Contraindicacions del trasllat intraúter

- Risc greu de pèrdua del benestar fetal.
- *Abruptio placentae*.
- Sagnat important.
- Si la mare necessita cures immediates.
- Part imminent. (vegeu puntuació de Malinas). En tot cas, independentment del resultat de la puntuació de Malinas, el transport pot ser medicalitzat. El resultat de la puntuació ens pot orientar sobre el personal que ha de realitzar-lo (equip d'adults, equip pediàtric, o ambdós).

2.3. El trasllat del nadó

2.3.1. El trasllat del nadó no crític

Si el nadó no necessita cures intensives immediates, el transport a realitzar es considerarà *no crític*, i es valorarà si serà unidireccional o bidireccional, és a dir, si serà el centre emissor o el centre receptor el que realitzarà el transport. El podrà realitzar un/a diplomada/ada d'infermeria.

2.3.2. El trasllat del nadó crític

Si es preveu que el nadó necessitarà cures intensives, el transport es realitzarà, sempre que sigui possible, a través del SEM. Un cop resolta la patologia aguda que va motivar el transport, es valorarà la possibilitat de retorn al centre sanitari d'origen.

2.3.3. Indicacions del trasllat postnatal del nadó

La decisió del trasllat depèn d'una sèrie de factors, que inclouen: la possibilitat de teràpies respiratòries, el material, el suport de radiologia i del laboratori, el personal mèdic i d'infermeria. Pot estar subjecte a variacions individuals de cada centre i de les seves disponibilitats, i poden haver-hi diferències, depenent de l'època de l'any i del moment (per exemple, vacances del personal mèdic, d'infermeria i tècnics).

Les indicacions més freqüents són:

- Distress respiratori greu (hipertensió pulmonar persistent, etc.).
- Apnea persistent i/o bradicàrdies.
- Malformacions congènites greus.
- Asfíxia perinatal greu.
- Edat gestacional < 34 setmanes o pes de naixement < 2.000 g.
- Trastorns hematològics greus (trombocitopènia, malaltia hemolítica greu), incloent-hi els que necessiten tècniques com l'exsanguinotransfusió.
- Aquella patologia que necessita cures intensives o tractaments complexos (infeccions greus, trastorns metabòlics, hemorràgia intracranial, etc.).

És desitjable que, en el cas de transport postnatal del nadó, la mare també sigui transportada tan aviat com possible en condicions d'estabilitat, per tal de mantenir la proximitat mare-fill.

2.3.4. Condicions del transport postnatal del nadó

Sempre ha de realitzar-se després de l'estabilització del nadó.

Caldrà, per tant:

- Assegurar les vies aèries lliures amb una ventilació correcta.
- Assegurar un correcte control hemodinàmic, amb l'administració de líquids, drogues inotrópiques o expandors plasmàtics, si està indicat.
- Evitar pèrdua de calor i mantenir la temperatura axil·lar al voltant de 36,5-37 °C.
- Corregir els problemes metabòlics.

- Tractar els problemes especials, per exemple:
 - Administrar surfactant, si hi ha destret (*distress*) respiratori greu en el nadó preterme.
 - Efectuar drenatge pleural, si hi ha pneumotòrax a tensió.
 - Iniciar tractament antibiòtic, quan està indicat o si hi ha infecció greu, sempre amb cultius previs.
 - Administrar prostaglandines, si hi ha sospita de cardiopatia congènita ductusdependent.

2.3.5. Aspectes a tenir en compte a l'hospital emissor abans del transport

- És necessari un responsable per a l'assistència del nadó a la sala de parts, des del naixement fins al transport.
- El metge responsable tindrà cura de l'assistència del nadó durant el període d'estabilització (temps que transcorre des del naixement o des que es planteja la situació de trasllat i l'inici del transport). A més a més:
 - Establirà comunicació amb el centre coordinador del transport i/o amb el centre receptor del nadó i l'informarà de la patologia que presenta el nen, el tractament en curs, etc.
 - Emplenarà les dades de la història clínica (antecedents personals, familiars, característiques de la gestació, part i període intermedi fins al transport) i prepararà el full de trasllat del nadó.
 - Prepararà una mostra de sang de la mare (5 cc), sense anticoagulant, i si és possible la placenta en bossa estèril, per remetre-la a l'hospital receptor.
 - Informarà els pares sobre la patologia del nadó i sobre el centre receptor, sense oblidar l'adreça i el telèfon, i sol·licitarà el consentiment escrit del transport.
- El nadó sortirà convenientment identificat de l'hospital emissor (vegeu annex 7, pàg. 117).

2.3.6. Normes de l'equip assistencial del transport del nadó crític

- El transport del nadó crític el durà a terme un pediatre i un diplomad d'infermeria, amb coneixements i ensinistrament específic en reanimació neonatal, i un tècnic en transport sanitari.
- Abans d'iniciar el transport, el pediatre comprovarà si es reuneixen les condicions requerides durant el període d'estabilització i juntament amb el diplomad d'infermeria recolliran tota la informació del nadó per transmetre-la al centre receptor.
- El pediatre informará la família sobre les característiques del trasllat, i facilitarà la identificació dels diferents components de l'equip.
- Durant el transport resoldran els problemes aguts que es puguin plantejar i ho anotaran en el full de transport amb precisió.
- Una vegada a l'hospital receptor, lliuraran el pacient al metge i diplomad d'infermeria receptors responsables i els informaran de les incidències.
- Mantindran sempre a punt el vehicle i el material necessari per al transport.

2.3.7. Normes de l'hospital receptor del nadó crític

- Els hospitals receptors col·laboraran amb el centre coordinador del trasllat, per mantenir-los informats de la disponibilitat de llits (incubadores) i mitjans.
- El centre receptor informará posteriorment el centre emissor sobre el transport i l'evolució del nadó.
- El centre receptor col·laborará també amb el centre coordinador en el control de qualitat dels transports.

2.3.8. Consideracions mèdiques i legals respecte al trasllat de nadons

- Els nadons seran traslladats sempre que no es disposi dels recursos necessaris o que l'equip sanitari no tingui prou experiència per a una atenció òptima.
- El nadó ha d'estar identificat convenientment.
- Si és difícil conèixer per telèfon l'estat del malalt o els recursos disponibles al centre emissor, els trasllats es basaran en el criteri del metge remitent.
- És prioritari per al trasllat la valoració de l'estat clínic abans que qualsevol altra raó, ja sigui econòmica o administrativa.
- En el cas del transport unidireccional (quan el centre emissor realitza el transport), el centre emissor i el seu metge són responsables del malalt fins a l'arribada a l'hospital receptor.
- En el cas de transport bidireccional (quan el transport el realitza el centre receptor), la responsabilitat del centre emissor no acaba quan el nadó és acceptat, sinó que segueix sent responsable de la seva estabilització fins que l'equip assistencial que ha de fer el transport abandona l'hospital.

2.3.9. Aspectes ètics del trasllat del nadó

Es poden plantejar problemes ètics en l'actitud terapèutica respecte a un nadó amb:

- Malformacions congènites greus
- Hemorràgies intracranials o asfíxia greu
- Prematur molt extrem

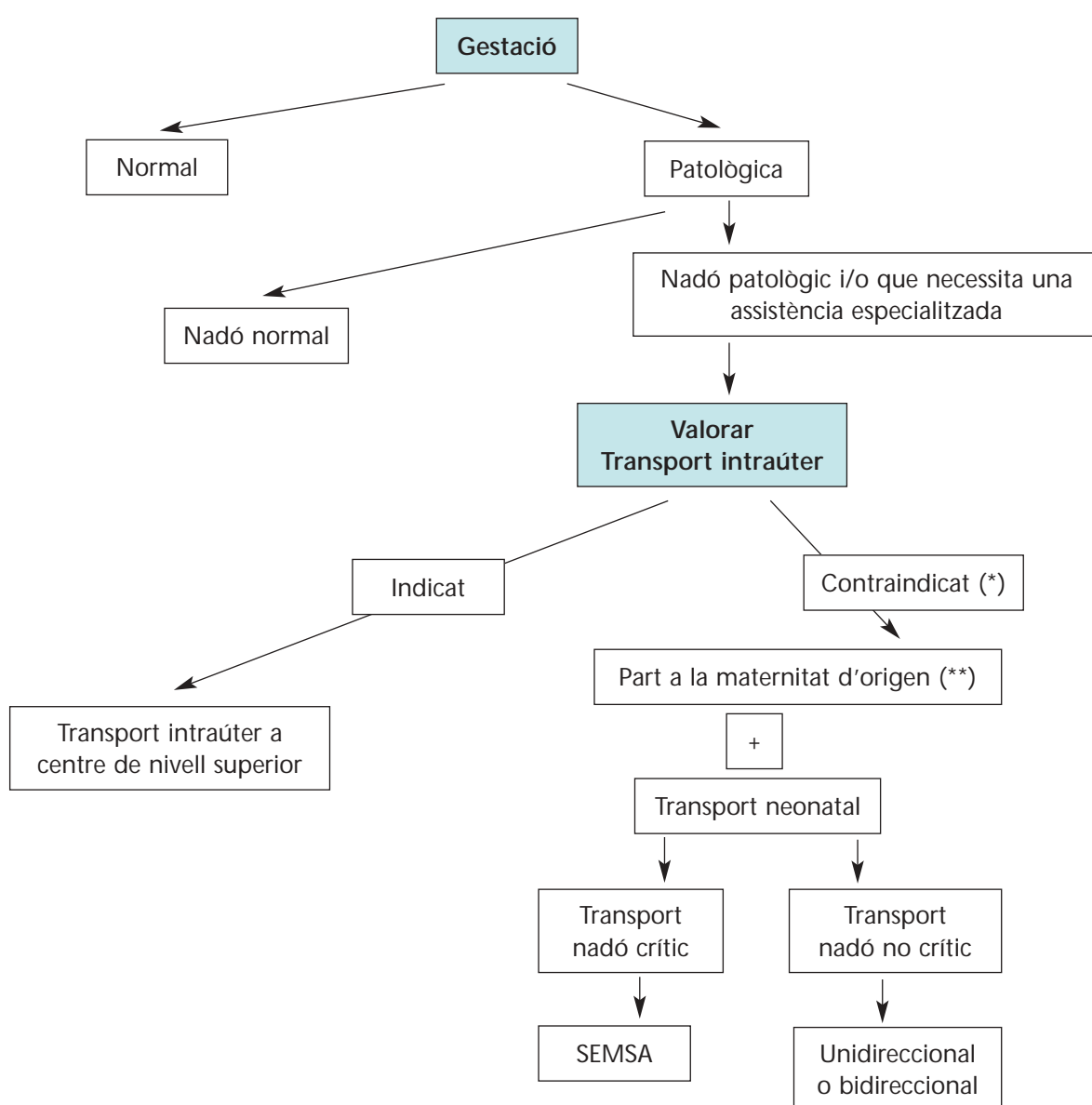
Si hi ha dubtes sobre la viabilitat o la qualitat de vida del nadó a transportar, és millor continuar la reanimació i realitzar el transport, i que sigui a l'hospital receptor, amb els mitjans diagnòstics adients, on es prengui la decisió.

2.4. El transport de retorn

Consisteix en el retorn d'un nadó convalescent, des del centre on va necessitar cures intensives, al CE, un cop resolta la malaltia aguda que va motivar el trasllat i abans de l'alta a casa seva.

- Avantatges
 - Millora la utilització de llits en un sistema regionalitzat.
 - Els pares poden visitar el seu fill més sovint ja que, en general, l'hospital està més a prop de casa seva.
 - Afavoreix la relació interpersonal amb els professionals d'ambdós hospitals.
 - Disminueix el cost.

Quadre 4. Dinàmica del trasllat perinatal



(*) Risc greu de pèrdua del benestar fetal, despreniment de placenta, sagnat important, la mare necessita cures immediates o part imminent.

(**) Activar el transport en el moment que es coneix la impossibilitat del transport intraúter i la necessitat del transport neonatal.

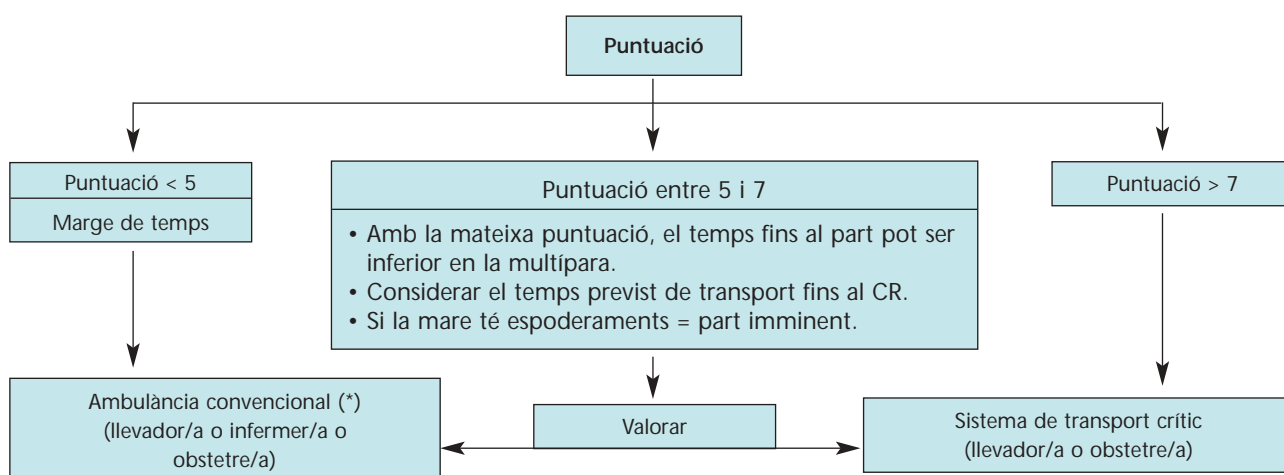
Quadre 5. Valoració del trasllat de la mare (Trasllat "Intraúter")

PUNTUACIÓ DE MALINAS
(modificació de l'*score* de Malinas)

Nom de la mare: _____

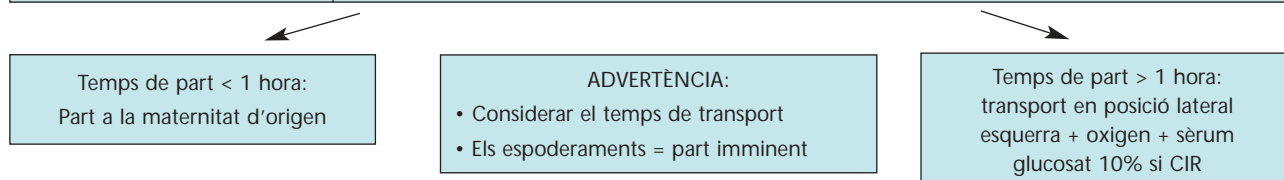
Centre maternal de referència: _____

PUNTUACIÓ	0	1	2	Total
Paritat	1	2	≥ 3	
Duració del part	< 3 hores	3-5 hores	> 6 hores	
Durada de les contraccions	< 1 minut	1 minut	> 1 minut	
Interval entre contraccions	> 5 minuts	3-5 minuts	< 3 minuts	
Trencament de bossa	No	recentment	> 1 hora	



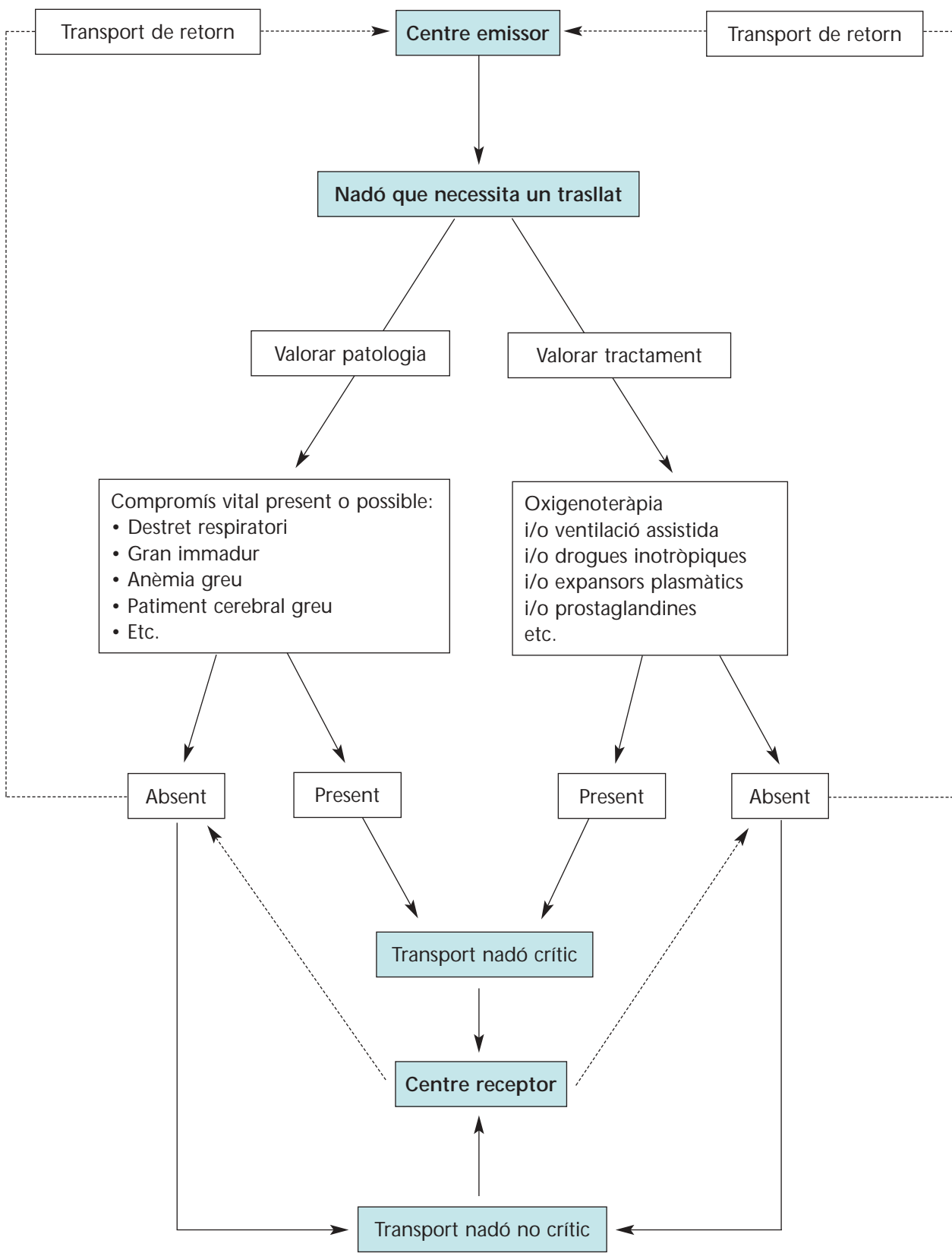
Si es realitza una exploració cervical en el centre emissor (CE), el temps per al part ha de ser estimat amb una precisió més gran

Dilatació cervical	Primípara	Secundípara	Múltipara
5 cm	4 hores	3 hores	1 h 30 min
7 cm	2 hores	1 hora	30 min
9 cm	1 hora	30 min	Alguns minuts
Dilatació completa	Part		



(*) El transport d'una embarassada hauria d'incloure la presència d'un/a llevador/a o infermer/a amb coneixements obstètrics.

Quadre 6. Valoració del trasllat del nadó



Capítol V Annexos

Annex 1
Informació a la dona i a la família
El consentiment informat

Un dels factors fonamentals per ajudar la parella a viure d'una manera plena aquest esdeveniment únic en la seva vida és la informació que l'equip de professionals ha de proporcionar durant les diferents etapes del part. Aquesta informació formarà part, i en cap moment es pot desvincular, de l'ambient psicoafectiu que proporcionarem a la dona i la parella en el procés del prepart, part i puerperi. Per aquest motiu, aquests dos importantíssims aspectes es treballaran conjuntament.

És molt important d'informar la dona, de manera entenedora i completa, sobre la situació en què es troba i sobre les diferents etapes que s'aniran succeint des que entra per primera vegada a l'hospital maternal fins que surt ja amb el seu fill.

- Les necessitats d'informació que tenen les usuàries són habitualment superiors al que pensa el personal sanitari, començant per la mateixa identificació d'aquest personal.

S'ha d'informar la dona i la parella, de la manera més convenient, sobre les diferents opcions que es poden seguir, explicant d'una manera veraç els avantatges i els inconvenients. D'aquesta manera, podran participar en la presa de decisions sobre el seu part i l'atenció que s'oferirà al seu fill. Per donar una bona informació, cal primer escoltar la percepció que té la dona i la seva parella sobre aquest esdeveniment en la seva vida, les seves expectatives, idees, preferències i la seva visió cultural (sobretot en els col·lectius ètnics o culturals minoritaris). Al mateix temps, és fonamental conèixer la informació que li han donat prèviament sobre el tema durant el seguiment de l'embaràs, per això és molt convenient elaborar el pla de naixement abans que s'iniciï el part.

1. El pla de naixement

Cada vegada més sovint ens podem trobar parelles que volen comunicar les seves expectatives i mostren un gran interès a participar activament en un "pla de naixement" amb l'equip de sanitaris que els atenen. Aquest interès, però, pot també reflectir el temor que l'assistència sigui inflexible, i també el temor que es menyspreï el seu desig i les seves necessitats individuals.

Per aquest fet, és convenient que durant l'embaràs s'elabori un pla de naixement, i que en el primer contacte amb l'hospital entre la setmana 34 i 36 de gestació (vegeu *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*, pàg. 34) es revisi aquest pla de naixement. En el cas que aquest primer contacte no s'hagi realitzat, cal revisar i comentar el pla de naixement amb la dona/parella en la primera visita a l'hospital per al part:

Pla de naixement
<ul style="list-style-type: none"> • Explicació de manera fàcilment comprensible del desenvolupament del procés natural del part i les alternatives en el cas que es presentin complicacions o imprevistos que requereixin atenció sanitària d'urgència. • Diàleg amb la parella sobre les seves expectatives i desitjos i sobre les possibilitats i opcions en l'atenció al part i puerperi en el centre hospitalari concret on s'hagi previst que tindrà lloc el part. • Enregistrament a la història clínica de les pautes per a l'atenció al prepart, part i puerperi: acords que s'han adoptat amb la dona/parella respecte a acompanyant, tipus de part, posició, tocúrgia, analgèsia, primers contactes amb el nadó, alletament, etc.).

A les parelles que no expressin els seus desitjos i/o expectatives, se'ls informará sobre la progressió previsible del treball de part i del naixement del seu fill/a, se'ls explicarà els beneficis que aportarà al procés del part la seva actitud positiva i la participació activa, també se'ls orientará respecte a les conductes a seguir, etc.

Mitjançant el diàleg amb la dona i la parella sobre aquest pla de naixement, el professional pot conèixer el nivell de suport que pot necessitar cada dona i/o parella en particular. Algunes dones desitgen controlar el seu procés i, en aquest cas, si no es presenta cap risc, és millor limitar la presència del personal sanitari a una vigilància prudencial, tenir previst de no fer massa intromissions en el treball de part, mentre que altres dones tenen més necessitat de l'acompanyament, del suport i de la intervenció dels professionals que les atenen.

En el Pla de naixement és aconsellable involucrar el pare en la presa de decisions respecte a les diferents formes de conduir el part. Cal identificar, però, el paper de l'acompanyant i observar la seva interacció amb la gestant. La dona té el dret a tenir amb ella, durant el procés de part, la persona que hagi elegit.

2. Com s'ha de donar la informació

La informació que s'ofereix haurà de ser sempre adaptada al nivell sociocultural i intel·lectual de la dona i la seva parella, ja que és molt important d'establir una relació d'empatia que faciliti l'assimilació de la informació per part de la dona, així com la comprensió per part de l'equip sanitari de les expectatives de la dona.

Aquesta informació es donarà amb un llenguatge entenedor: clara, concreta i ordenada en el temps, tenint cura de la forma, el to de veu i el clima creat. En tot moment hem de transmetre missatges positius, de seguretat, tranquil·litat i confiança a la dona i la seva parella, els quals estan en una situació molt receptiva, i sovint amb cert grau d'angoixa.

S'ha d'informar abans d'aplicar les tècniques, de realitzar les exploracions o que succeeixin els esdeveniments sobre els quals informem, sempre comprovant que el nostre missatge ha estat entès i que la dona ens dóna autorització per realitzar les intervencions que li proposem.

3. A qui s'ha de donar la informació

La informació s'ha de donar sempre a la dona, però en presència de la persona o persones que ella desitgi.

No s'ha d'oblidar la figura del pare, ja que sovint les seves angoixes són diferents de les de la dona, sobretot respecte a la seguretat d'ella i del risc que comporta cada pas en la progressió del part.

4. Quan s'ha d'informar

El procés d'informar és un procés obert i s'ha de fer de forma progressiva per a cada nou procediment. No és bo informar de tot en el moment de l'ingrés, ja que la dona probablement no podria assumir tots els missatges d'una sola vegada.

Cal destacar que, durant tot el control de la gestació, s'ha d'anar informant sobre tot el procés d'embaràs, part i puerperi, i que la dona, en general, ha de tenir coneixement de les normes que segueix el centre de referència on anirà per al part.

5. Qui ha d'informar

L'encarregat de proporcionar la primera informació ha de ser el professional de l'equip obstètric que rebí la dona en el moment de la primera visita a l'hospital maternal, sigui l'obstetre/a o la llevadora.

Després serà el professional que realitzi cada procediment el que informarà dels procediments i tècniques que utilitzarà. Durant el procés de dilatació la llevadora que en té cura anirà informant de tots els aspectes esmentats anteriorment. L'anestèsista informarà dels procediments d'analgèsia o anestèsia que s'utilitzaran durant el període de dilatació i del part, així com del postpart.

6. Quina informació s'ha de donar

En general, s'ha de facilitar el diàleg amb la dona, ajudar-la perquè s'expressi, escoltar-la, i aclarir els punts que més li preocupin. En cada cas poden ser diferents, però a la pràctica hi ha una sèrie d'aspectes que a totes les dones que comencen el procés del part els interessa saber i que de vegades no pregunten obertament; és per això que s'han d'abordar sempre, per tal de desangoixar-la el màxim possible.

És bo tenir sistematitzada la informació adient per a cada etapa del part, per tal d'informar adequadament sobre els serveis que ofereix el centre i sobre els procediments que se seguiran en l'acompanyament de les successives etapes del part.

6.1. Informació a la dona en el prepart

- **Sobre l'equip obstètric.** En primer lloc, cal que la dona conegui les qüestions bàsiques sobre els professionals sanitaris que atendran el part: qui són, quants són i la relació entre els professionals que la valoraran en l'ingrés i els que l'atendran en el moment del part, si són diferents.
- **Sobre l'espai físic.** Cal que conegui l'espai físic que utilitzarà: sala d'exploració o de dilatació, detallant on estarà ubicada durant el procés de dilatació, així com l'equipament sanitari que es pugui trobar a la sala.
- **Sobre qui podrà acompanyar-la.** Cal parlar-li sobre les condicions de la presència de la parella i/o familiars durant la progressió del part. Habitualment el company està present durant el part, però hi ha dones que prefereixen tenir un altre familiar en lloc del seu company. En aquest cas, si és possible, respectarem les preferències de la dona.
- **Sobre el respecte a la seva intimitat.** Es donarà informació selectiva sobre els aspectes que per a la dona poden suposar una agressió o vulneració de la seva intimitat, com per exemple els ènemes de neteja. Hi ha cultures que no accepten l'ènema com una cosa normal i, en el cas que sigui necessari, cal informar-ne prèviament. Recordem aquí que en aquest protocol no se'n recomana la realització sistemàtica (vegeu pàgs. 40 i 92).
- **Sobre procediments i intervencions sanitàries.** S'explicarà a la dona de manera senzilla i comprensible els procediments previsibles que se seguiran durant el seu procés de part.
- **Sobre les exploracions i proves complementàries.** Descripció senzilla i entenedora de la valoració inicial, tant materna com fetal. S'explicarà a la dona que els tactes vaginals es faran tan sols quan estan indicats (vegeu ap. 1.4. pàg.), se l'informarà abans de cada exploració, i mentre es van realitzant se l'informarà dels aspectes bàsics de la situació (dilatació, presentació fetal, bossa amniòtica, etc.).
- **Sobre el pronòstic.** S'ha d'explicar a la dona de manera senzilla l'evolució més probable

que seguirà el part a la vista de l'exploració realitzada inicialment, la qualificació del risc que li pertoca (vegeu cap. 1, apt. 2, pàg. 34) i els condicionaments que això comporta per a una seguretat més gran d'ella mateixa i del seu fill.

6.2. Informació a la dona durant el període de part

- **Informació sobre la conducta a seguir durant la dilatació.** Ens adaptarem a la capacitat de comprensió de la dona:
 - Recordatori de la preparació psicofísica que segurament ja haurà rebut durant el transcurs de l'embaràs (tècniques de respiració, mobilització).
 - Recordatori del pla de naixement, que segurament ja haurà estat planificat durant la fase final de l'embaràs (tipus de part que desitja, analgèsia i anestèsia, si està indicada una anestèsia peridural, moment d'administració).
 - Informació prèvia de les exploracions que se li faran.
 - Informació sobre l'evolució de la dilatació i pronòstic.
 - Informació sobre el benestar fetal (freqüència cardíaca, valors dintre de la normalitat).
 - Informació abans de fer amniotomia, en el cas que estigui indicada: utilitat i descripció de la tècnica.
- **Sobre les normes d'accés a l'àrea obstètrica.** S'informarà la dona que, a més de l'equip obstètric, no està permesa l'entrada d'altres persones que alteren la intimitat (excepte la parella o la persona que ella esculli), llevat que sigui necessari; i en tot cas això s'explicarà de forma convenient a la dona.
- **Informació sobre la conducta a seguir durant el període expulsiu.** També, segurament, la dona haurà rebut informació durant el seguiment de l'embaràs i tindrà un pla de naixement d'acord amb l'equip obstètric

sobre el tipus de part que prefereix i sobre l'avaluació del risc. Si no fos així, se l'informarà de manera senzilla i comprensible sobre les opcions disponibles, per tal que pugui fer l'opció més convenient. Per això se li explicaran els avantatges i inconvenients de cada opció en relació amb les circumstàncies específiques del seu embaràs:

(Tipus de part. Exploracions obstètriques: presentació fetal, evolució del període expulsiu. Tècnica d'espoderaments. Procediments obstètrics. Indicació de tocúrgia -fórceps, espàtules, *vacuum*- i indicacions d'intervenció quirúrgica -cesària-. Presència de la parella. Suport i informació a la parella. Estat del nadó i contacte inicial).

- **Sobre la posició durant el part.** S'ha d'intentar adoptar la posició més fisiològica possible, que sigui còmoda per a la dona i que al mateix temps s'adapti a les condicions dels centres (vegeu pàg. 45). S'explicaran a la dona els avantatges i desavantatges de les diferents posicions per a les quals està preparat el centre, ja que les instal·lacions i el personal han d'estar perfectament coordinats per poder atendre-la de manera convenient i integral.

En qualsevol posició que adopti la dona durant el part, es tindrà cura de preservar la seva intimitat i s'evitarà que tingui disconfort o fred (vegeu annex 2, pàg. 89).

- **Quina analgèsia o anestèsia utilitzarem?** En aquest punt també cal informar del que farem, respectant sempre que sigui possible les preferències de la dona (vegeu cap. II, pàg. 42).
- **Informació sobre la cesària, en el cas que estigui indicada.** S'informarà la dona, de forma que sigui comprensible per a ella, les raons per les quals està indicada aquesta intervenció quirúrgica (vegeu pàg. 48), se li presentarà l'equip que hi intervindrà (instrumentista, anestesista, etc.). També se li explicaran de manera senzilla els procediments que se seguiran (sondatge vesical, col·locació de placa de bisturí, subjecció. Tècnica anestèsica. Control del benestar fetal).

6.3. Informació durant el postpart i el puerperi

- **Sobre els primers moments del nadó** S'informarà la dona i la seva parella sobre els pro-

cediments rutinaris que se li faran al nadó, si és possible en presència dels pares. Si per circumstàncies especials del nadó no és possible, el neonatòleg informarà del seu estat i del procés d'ingrés a la unitat de neonatologia, si fos necessari.

S'ha de explicar a la mare el procés de reanimació del nadó i si se li posarà sobre el pit immediatament després de néixer.

S'informarà la dona sobre les normes del centre pel que fa a l'estada del seu fill sempre amb ella a l'habitació sempre que sigui possible, també se l'ha de mantenir informada de les cures, horaris, etc., que es van fent al nadó.

- **Sobre l'inici de l'alletament.** Informació sobre l'inici de l'alletament (vegeu annex 9, pàg. 127). Si no es disposa del pla de naixement o no ha quedat prou clar abans, no hem d'oblidar d'ajudar la dona a expressar-se i decidir respecte a si vol iniciar l'alletament just després del part, i si és així cal que es tingui en compte en el moment de néixer l'infant. Se l'ha d'informar del suport que pot esperar del personal del centre pel que fa als dubtes que se li puguin presentar sobre l'alletament natural.
- **Sobre la cura del melic.** Informació sobre la cura del melic del nadó mentre sigui a l'hospital i després a casa seva (vegeu annex 10, pàg. 137).
- **Sobre cures i controls puerperals necessaris.** S'ha de mantenir informada la dona sobre les cures que se li aniran fent durant l'estada hospitalària, i, després de l'alta, els controls que se li aniran realitzant. També se l'informarà sobre la recuperació del seu cos, sobre l'anticoncepció, sobre l'autocura, i també sobre els canvis emocionals en el postpart.
- **Sobre els controls posteriors a l'alta hospitalària.** S'ha d'informar la dona sobre les visites que rebrà durant el puerperi domiciliari, així com d'aquells aspectes importants que també es donaran per escrit en l'informe de l'alta hospitalària (vegeu cap. III, pàg. 53).

7. El consentiment informat

Tenint en compte que una sala de parts és considerada com una àrea d'urgències, exceptuant les induccions programades i les cesàries electives, no s'ha de considerar necessari, en general, un document de consentiment informat signat, però és aconsellable que quedi constància clara que la gestant ha rebut la informació que desitja, i que autoritza a ser atesa segons les normes establertes a l'hospital.

Segons l'article 10.6 de la Llei general de sanitat, tot pacient té el dret de triar lliurement entre les opcions terapèutiques presentades pel responsable mèdic del seu cas, i és necessari el consentiment escrit de l'usuari per a qualsevol intervenció. Seran excepcions a aquest article:

- Quan la no intervenció suposi un risc per a la salut pública.
- Quan el pacient no estigui capacitat per a la presa de decisions.
- Quan la situació d'urgència no permeti demora.

Segons el Conveni de bioètica del Consell d'Europa, signat a Oviedo el 4 d'abril de 1997 i en vigor des de principis de gener de l'any 2000, abans de qualsevol intervenció d'àmbit sanitari, el pacient té dret a una informació comprensible i adequada, incloent-hi diagnòstic, pronòstic i alternatives de tractament, a més dels seus riscos i conseqüències.

D'això es desprèn que aquesta informació és un dret exigible per als pacients, i el seu incompliment pot arribar a tenir conseqüències legals.

Sempre ha de quedar constància escrita a la història clínica sobre la informació que s'ha donat a la dona i sobre si ha donat o no el seu consentiment.

S'ha de tenir en consideració la dificultat afegida, pel que fa al consentiment, de la barrera idiomàtica en el cas de dones immigrades.

Annex 2
Ambient psicoafectiu
en el prepart, el part i el puerperi

El part és un procés individual i una vivència molt important a la vida de cada dona i cada parella. Cada dona i cada parella tenen uns costums, una informació, unes preocupacions i unes preferències diferents, de vegades en funció de l'edat, cultura, raça, professió, etc. Per tant, cada part és un esdeveniment diferent, irrepetible i únic, amb un significat de gran importància per als pares i per al nadó. Davant del naixement d'un fill, tots els professionals que desenvolupen les seves activitats entorn d'aquest esdeveniment hauran de tenir especial atenció en les accions encaminades a cuidar aquesta nova família.

Els professionals han de tenir la voluntat de voler atendre la dona i la seva parella respectant al màxim, dins de les limitacions de cada centre, les seves característiques i preferències. Hem de tenir present que el part, en principi, és un procés fisiològic, caracteritzat per un gran impacte emocional en la parella. Quan el part es presenta sense complicacions, l'important és que la dona i la parella visquin aquest esdeveniment com quelcom positiu i natural.

Els professionals sanitaris, obstetres i llevadores, han de poder readequar les rutines hospitalàries a les necessitats individuals de cada dona i cada parella. En aquest sentit, a les sales de part s'han de tenir en compte altres característiques, a més de les asèptiques o funcionals. L'entorn hospitalari ha de permetre la manifestació de sentiments, emocions, inquietuds i experiències que fan que el part es pugui viure d'una manera menys agressiva.

Per crear un bon ambient psicoafectiu cal tenir present que un part normal pot ser controlat interferint el mínim possible en tot el procés, i que s'han de respectar les expectatives de la dona, d'acord amb les normes del centre assistencial. En tot cas, és molt important tenir en compte els aspectes següents:

- Màxima llibertat de moviment possible: no lligar la dona innecessàriament a sèrums o registres cardiotocogràfics llargs.
- El respecte a la llibertat no vol dir abandó: la dona s'ha de sentir atesa, no abandonada.
- Màxim respecte a l'analgèsia que la dona manifesti que vol i/o necessiti.

Un bon ambient psicoafectiu es crea quan es respecta la intimitat de la dona i ella se sent protagonista del part. De vegades es té molta cura de la llum, dels colors, etc., i s'obliden altres aspectes també molt importants, com els següents:

- No mantenir converses en què la dona i el seu acompanyant queden al marge.
- No permetre l'entrada d'altres persones que alterin la intimitat, llevat que sigui necessari, i en tot cas s'explicarà de forma convenient a la dona.
- Si és possible, la dilatació es farà en un espai íntim, no compartit amb altres dones.

1. Ambient psicoafectiu durant el prepart

Aconseguirem un ambient psicoemocional favorable si el professional coneix les expectatives de la dona i la seva parella, i hi dona una resposta adient i responsable.

1.1. Ambient psicoafectiu en la primera exploració a l'hospital

Durant les exploracions és bàsic mantenir informada la dona del que se li està fent, així com tenir molta cura de respectar la seva intimitat i sensibilitat.

Si després d'una valoració global de la gestant es creu que no està en fase de part actiu, la millor opció és que la parella torni a casa, sempre que no hi hagi factors de risc. En aquest cas, per crear un bon ambient psicoafectiu, s'ha de tenir cura de no utilitzar frases brusques, ja que en aquesta situació la parella necessita informació sobre el procés del treball de part i orientacions detallades sobre la conducta a seguir en les hores següents i sobre com identificar les diferents etapes de progressió del treball de part, perquè tingui una idea clara sobre quan ha de tornar al centre hospitalari (en el moment oportú i amb el mínim d'angoixa possible). En aquesta situació és molt important la manera com es diu, tant o més que la informació que es dona a la parella.

1.2. Consells a la dona en fase de preparat

En la fase precoç del part, pot ser beneficiós aconsellar la gestant que faci activitats de distracció alternant-les amb períodes de repòs, però posant atenció que aquestes distraccions no interfereixin en la capacitat de concentració sobre el seu propi cos i sobre el curs del part. Per aquest motiu, cal que s'avalui acuradament la utilització d'aquestes distraccions.

Normalment, en aquesta fase precoç del part la dona pot controlar satisfactòriament les contraccions, és per això un bon moment per dialogar amb ella sobre les seves expectatives de part, primers moments de la vida del nadó i tipus de lactància per al seu fill. Aquest també és un bon moment per explicar-li quines són les intervencions sanitàries que s'aniran fent en situació de normalitat i també en situació d'urgència a mesura que vagi progressant el part.

S'haurà de valorar la possibilitat que la dona pugui ingerir petites quantitats de begudes ensucrades (per prevenir la reducció de carbohidrats disponibles, al mateix temps que s'evita la deshidratació i la consegüent fatiga, la qual cosa podria reduir la capacitat de cooperar en el part).

S'ha de reforçar la seguretat i l'autoestima de la dona donant-li missatges positius.

2. Ambient psicoafectiu durant el part

2.1. Durant els preparatius per al part

No s'han d'aplicar ènemes de neteja sistemàticament, tampoc s'ha de rasurar el pubis sistemàticament (vegeu cap. II, apt. 2.2, pàg. 40). A més que no hi ha evidències científiques dels beneficis d'aquesta pràctica, hi ha dones que les consideren agressives i que vulneren la seva intimitat, per la qual cosa només es realitzaran en els casos que estigui justificada la seva necessitat; si és així, se n'explicaran els motius de la manera més adient per tal que la dona

entengui les raons que justifiquen la seva aplicació, i que col·labori en un ambient de comprensió mútua.

2.2. La posició de la dona i del professional sanitari durant el període expulsiu

La posició del professional sanitari s'ha d'adaptar, en la mesura que sigui possible, als desitjos de la dona, d'acord amb el que s'hagi acordat en el pla de naixement (vegeu annex 1, pàg. 83).

2.3. Ambient a la sala de parts

La bona marxa d'un part depèn, en gran mesura, dels detalls que l'envolten, ja siguin persones o objectes. Cal limitar al màxim l'intervencionisme exagerat per part dels professionals en el seu afany de controlar tots els possibles factors agressors que poden actuar sobre la mare i el fetus sense que això signifiqui que es redueix la vigilància i seguretat en l'evolució del part.

La dona que està relaxada i se sent optimista en el treball de part és més capaç de tolerar el possible disconfort. La seva col·laboració és bàsica per afavorir la progressió del part.

L'equip sanitari que atén la dona durant el part li ha de donar suport durant tot el procés, tant a nivell fisiològic com psicològic, permetent que prengui decisions sobre el seu procés, sempre que no existeixi cap problema que impliqui decisions mèdiques concretes.

2.4 El paper del pare durant el treball del part

Reivindicar la funció del pare implica un nou concepte de paternitat-maternitat. En la vivència compartida del moment del part s'inicia una coresponsabilització i una implicació més gran del pare, i per tant una major comprensió d'aquest moment vital.

És important la presència del pare al costat de la dona, fent-li companyia. El suport que aquest pot proporcionar dependrà en gran part de les relacions interpersonals de la parella.

El pare, al costat de la dona, pot participar en el treball del part controlant el tipus de contraccions, la seva durada i freqüència, el ritme respiratori més adequat, fent-li massatges, eixugant-li la suor, o ajudant-la a empènyer quan sigui el cas.

El pare també necessita informació precisa i que pugui comprendre, aclariments i orientació. Per part del personal sanitari cal tenir en compte de donar suport a la parella (als dos) durant la progressió del part, tenint en consideració la persona, la protecció de la seva intimitat i dignitat, així com les orientacions pràctiques necessàries perquè la seva col·laboració sigui afavoridora i satisfactòria: S'han de sentir protagonistes del naixement juntament amb el seu fill.

2.5. Paper de l'equip obstètric en l'ambient psicoafectiu durant el part

2.5.1. Promoure la participació responsable de la parella

Quan l'equip sanitari planifica i proporciona la assistència al procés del part, ha de mesurar l'eficàcia del pla de naixement (vegeu cap. I i annex 1) segons el grau en què s'aconsegueix la participació per part de la dona i la família; les accions dels professionals contribueixen a promoure en la dona i l'acompanyant una actitud responsable, i d'aquesta manera s'aconsegueix que la família es torni cada vegada més segura d'ella mateixa i més autosuficient durant la progressió del part normal.

2.5.2. Evitar la medicalització excessiva durant el part

Una bona assistència al part és aquella que incorpora de manera equilibrada la tecnologia moderna i l'educació de la família. Durant el procés del part, les accions s'orientaran al suport i estímul dels esforços de la dona que facilitin i preservin la seva integritat física, mental i emocional, al mateix temps que li permetin rebre el seu fill d'una manera joiosa.

S'ha d'estimular la capacitat de la dona per tenir cura d'ella mateixa, promoure la seva autonomia

facilitant-li la participació en la presa de decisions, sense menysprear les terapèutiques mèdiques o la tecnologia quan estiguin indicades, però sense disminuir la seva sensació de control i protagonisme envers el naixement del fill.

2.5.3. Proporcionar mesures de confort

A la dona en procés de part se li ha de proporcionar intimitat i un ambient que propiciï la relaxació:

- Les portes han d'estar tancades, només s'ha de permetre entrar a la sala on hi ha la parella als professionals que n'estiguin al càrrec, s'ha de tenir molta cura de no provocar estrès a la dona amb sorolls o llums innecessaris, punxions repetides, etc.
- S'ha d'evitar l'exposició innecessària del cos de la dona cobrint-la adequadament perquè se senti còmoda, i també per tal que mantingui una temperatura acollidora.
- La dona ha de ser el centre de la nostra atenció i no solament les "màquines", com també s'ha de posar especial cura en l'atenció a la dona i no solament als seus genitals.
- S'ha de valorar el nivell d'ansietat de la dona a través de l'observació del seu aspecte general, expressió facial i llenguatge corporal. En el cas que es consideri necessari, les mesures de relaxació poden incloure tant compreses fredes al front, dutxa o bany calents, com recordar o ensenyar els ritmes respiratoris amb espiracions lentes (aquestes faciliten la relaxació muscular) o guiar-la en exercicis de relaxació.
- Per facilitar el confort de la dona i el descens del fetus pel canal del part és aconsellable la mobilitat i la deambulació, facilitant l'adopció de posicions verticals (animar-la a caminar sempre que no hi hagi contraindicacions) utilitzant el monitoratge intermitent, sempre que no hi hagi signes de patologia, o bé el monitoratge a distància.
- Donar-li suport verbal mitjançant informació veraç, realista i positiva sobre la seva situació i sobre el benestar fetal, així com sobre l'evolució.

ció del part. És convenient donar instruccions curtes, amb seguretat i clares, amb un to de veu adient (no cridar, etc.), quan la dona està angoixada. Els comentaris negatius són perjudicials i solen persistir després entre els records del part en la memòria de la dona. El suport no verbal inclou el contacte físic (carícies, massatges, pressions a l'espatlla, etc.).

- S'ha d'anar avaluant la resposta de la dona en el treball del part, així com la seva habilitat per utilitzar les tècniques de relaxació i de respiració.
- També és important avaluar la seva capacitat de resposta a les mesures de benestar que li ofereixen els professionals o l'acompanyant amb un control apropiat dels signes específics, valorant el nivell d'energia de la dona, d'ansietat i temor, i de resposta al dolor, i estar preparats per oferir suport i analgèsia quan sigui necessari.

3. Ambient psicoafectiu durant el puerperi

Durant els dies d'estada hospitalària és important dialogar (annex 1) amb la dona sobre els aspectes que li puguin preocupar relacionats amb la nova situació de mare:

- El procés que seguirà el seu cos per recuperar-se.
- Cures que se li faran a l'hospital.
- Pautes per a la seva pròpia autocura.
- Visites de control, etc.
- Alletament del seu fill/a (clivelles, dolor, com continuar l'alletament després quan comenci de nou a treballar...)
- La tristesa postpart (com es pot ajudar...)
- Mètodes anticonceptius per evitar un nou embaràs.

3.1. Afavorir els primers contactes mare-fill

Finalitzat el segon període del part, quan el nadó surt a l'exterior, perd el contacte íntim que havia mantingut amb la mare al llarg de tota la gestació. A partir d'aquest moment, deixa de sentir els batecs del cor matern i ja no l'envolta l'ambient càlid i aïllat on havia viscut fins aleshores.

Per tal d'evitar que aquest pas sigui massa brusc, s'ha de col·locar el nadó sobre el ventre de la mare, amb el cap a prop del cor de la mare, en acabar de néixer, fins i tot abans de tallar-li el cordó umbilical, si convé, i sempre que no necessiti reanimació. En el cas que sigui necessària la reanimació, un cop finalitzada, i si el pediatre no indica el contrari, cal reprendre aquest primer contacte, tan gratificant per a ambdós, mare i fill/a. D'aquesta manera el nadó pot continuar sentint el calor del cos de la seva mare i els batecs del seu cor. La mare pot percebre el seu fill amb tots els sentits.

Cal, però, tenir en compte d'eixugar acuradament el nadó per tal que no perdi temperatura i col·locar-lo sobre el pit de la mare pell a pell, tapat amb una tovallola per mantenir la temperatura. És del tot encertat deixar-lo així si la mare ho desitja i les condicions ho permeten i posposar les cures del nadó per als moments abans que la mare abandoni la sala de parts.

Durant els dies que la mare estigui ingressada, cal insistir en la importància que té per a tots dos estar junts en la mateixa habitació totes les hores del dia i de la nit. En els centres que estaven acostumats a funcionar amb el sistema de *nursery*, tot i reconeixent que no és gens fàcil el fet de canviar les rutines, els professionals sanitaris han de fer un esforç per adaptar-se a aquest canvi.

3.2. Afavorir la creació de vincles afectius pares-nadó

El vincle afectiu dels pares vers el nadó es va desenvolupant de forma lenta i progressiva.

El vincle afectiu, entès també com a unió emocional entre pares i fills, és un sentiment d'estima que es va formant de manera lenta i progressiva,

que s'inicia en l'etapa de la gestació, segueix posteriorment des del part i els primers mesos de vida i es consolida posteriorment, generalment en la infància.

Els canvis fisiològics experimentats per la dona durant el part i el postpart immediat, sobretot a causa dels canvis hormonals, els quals fan que la sensibilitat de la mare sigui més gran i més receptiva a les necessitats del seu fill.

S'ha comprovat també que la presència de personal expert en el procés d'adaptació, sobretot les primeres hores de vida del nadó, que prestin suport a la mare i al pare, accelera i ajuda a enfortir tot el procés d'unió entre la mare i el nadó. Així mateix, el fet de compartir l'experiència del part, i col·laborar en el canvi dels bolquers, cures del melic, ajudar a la col·locació del nadó al pit, etc., per part del pare, afavoreix el vincle afectiu vers el nadó.

3.3. Afavorir l'alletament matern

El càlid contacte que sent el nadó en xuclar el pit de la seva mare, i les emocions que sent la dona en aquest moment, fan que la lactància materna sigui un reforç de la creació del vincles afectius mare-fill. Cal, però, ser respectuosos amb la decisió de la dona de donar un tipus d'alimentació o un altre, fonamentada sempre en el coneixement dels avantatges i inconvenients de cadascuna de les opcions.

“El dret de la dona és el de decidir, el deure nostre és el d'informar”.

És molt important que tots els professionals que tenen cura de les mares i els seus fills tinguin una formació actualitzada sobre l'alletament matern, necessària per tal de poder donar una assistència de qualitat, que compleixi les expectatives de la dona i de la seva família i que faciliti la continuïtat d'aquesta lactància (vegeu annex 9, pàg. 127).

Annex 3
Atenció a la diversitat

1. Atenció a la diversitat en el prepart, part i puerperi

En general, existeixen una sèrie de factors específics que caldrà tenir en compte a l'hora de plantejar estratègies d'intervenció per reduir diferències en l'atenció sanitària pel que fa a l'atenció al procés d'embaràs, part i puerperi, en els col·lectius de dones immigrades, cada vegada més nombrosos en la nostra societat.

És necessari que els professionals sanitaris del camp de l'obstetrícia que atenen les dones immigrades embarassades augmentin els seus coneixements respecte als fets diferencials de les seves cultures d'origen i, més important encara, que augmentin la sensibilitat vers les diferències culturals que poden tenir influència sobre aquest procés, per tal que puguin plantejar estratègies per minimitzar els factors estressants i millorar la comunicació davant l'embaràs, el part i el puerperi.

Encara que s'han de respectar les diferències culturals, és molt important d'insistir i ajudar la persona immigrada a adaptar-se a l'organització sanitària del nostre país.

Caldrà en cada situació optimitzar els recursos disponibles per poder establir una comunicació transcultural eficaç. La mediació cultural, a càrrec de familiars, compatriotes, agents de salut, etc., es basa, d'una banda, en la traducció de la llengua, però, d'altra banda, i això és molt important, en la transmissió del sentit de les paraules dins d'un context cultural diferent, afavorint així l'establiment del diàleg entre la dona i el sanitari que l'atén durant el procés del prepart, el part i el puerperi.

1.1. Com viu la dona immigrada l'embaràs i el part en el nostre medi

Dependrà molt de la cultura de procedència, però es poden fer algunes consideracions de caire general:

- Moltes dones immigrades valoren els aspectes positius de l'assistència al part dins la nostra xarxa hospitalària, per la seguretat del medi, sobretot en ser comparada amb els països d'origen.

- En general, es prefereix entrar a la xarxa sanitària, tot i que manifesten que el sistema exerceix molta pressió, i alguns elements com els controls prenatals són viscuts com una càrrega o un deure que han de complir davant dels professionals sanitaris.

Per això s'hauria d'intentar comprendre aquesta visió. S'ha de donar la informació adient sobre els controls i s'ha de dedicar el temps necessari per tal de poder fer una atenció específica d'aquest col·lectiu.

- La fase de control i seguiment de l'embaràs és la que comporta, per a la majoria de dones procedents d'altres cultures, una reticència més gran. S'ha de tenir en compte que normalment, en el context de la seva cultura i costums, es percep tot el procés d'embaràs i part com un procés natural i freqüentment es posa en dubte la necessitat de les tècniques de seguiment de la gestació i la preparació per al part.

Moltes dones immigrades remarquen els aspectes següents:

- Els controls durant l'embaràs els consideren excessius i massa freqüents.
- La preparació psicofísica (curs de preparació per al part) és viscuda com una pèrdua de temps i com quelcom per a classes altes. És per això que cal explicar a la gestant de manera entenedora per a què serveix aquesta preparació i quins beneficis li aportarà.
- Aquests aspectes els viuen com un deure vers els professionals i no diran mai que no a una proposta dels professionals, encara que no n'estiguin convençudes.

1.2. Aspectes especials a tenir en compte en la fase de prepart

Caldrà destacar els punts següents del prepart:

- Els ènemes són un tabú molt fort i són molt mal rebuts per les dones d'algunes cultures. Dones a les quals se'ls ha administrat han con-

siderat que podia afectar el fill. S'ha d'explicar molt bé per a què serveix i en quins casos està indicat, ja que no se'n recomana la realització sistemàtica.

- El rasurat del pubis prefereixen fer-se'ls elles mateixes a casa. També s'ha d'explicar en quins casos està indicat, ja que tampoc es considera una pràctica necessària en tots els casos.
- En general, no comprenen que se les citi a una hora i un dia concrets per ingressar a l'hospital. Normalment no es presenten, sinó que s'esperen per anar d'urgències quan ja es presenten els símptomes de part. Caldria fer-los entendre el funcionament del nostre sistema sanitari.

- En relació amb el nadó, cal dir que es viu com una fatalitat el fet que el col·loquin a la incubadora (encara que sigui durant unes hores), ja que s'interpreta com que es morirà, o tindrà una discapacitat. Cal explicar-los molt bé el que significa, tenint sempre present les seves idees i creences.

- També en relació amb el nen, sobretot amb dones de l'Àfrica subsahariana, no se'ls ha de preguntar pel nom del nadó o comentar que és molt maco, ja que tenen la superstició que si se'l valora massa el perdran.

- S'ha de procurar adaptar els consells relatius a la higiene i la cura personal, tant com sigui possible, als costums de cada cultura.

1.3. Aspectes especials a tenir en compte en la fase de part

De la fase del part caldria destacar els punts següents:

- En general, poden no demandar l'anestèsia, ja que consideren que el dolor forma part del procés que han de passar. Ara bé, això depèn en gran mesura de diverses circumstàncies, a més a més de la cultura, com pot ser la primiparitat.
- Pel que fa a la postura en litotomia dorsal per al part, és una posició que resulta coneguda per a la gran majoria de les diverses procedències, ja que s'utilitza en el seu medi hospitalari d'origen.
- En general, per a un gran nombre de cultures no és ben vist que el marit estigui present durant el part.

1.4. Aspectes especials a tenir en compte en la fase de postpart i puerperi

De la fase de postpart i puerperi, caldria destacar els punts següents:

Annex 4
Atenció en el part natural
no medicalitzat

1. Introducció

El “part natural no medicalitzat” és aquell que, sense deixar de controlar-lo, és assistit amb la mínima intervenció obstètrica, només quan sigui estrictament necessària per resoldre algun problema.

Hi ha un grup de població que demana ser assistit d'aquesta forma amb insistència, ja que considera que l'assistència al part a la majoria d'hospitals i clíniques està massa “medicalitzada”. Les dones que ho demanen solen haver-se preparat per tolerar les contraccions del part amb mitjans d'entrenament, relaxació i coneixement del que és un part i del que hi pot passar, i també per evitar la por que és lògica davant del que no es coneix. A més a més, la parella sol haver participat en la preparació i vol tenir un paper actiu de suport en el cas que tot sigui normal.

En els hospitals i clíniques s'havien aplicat algunes mesures, que no han resistit les anàlisis científiques, com són l'aïllament de la parella, l'episiotomia sistemàtica, el rasurat vulvar, l'ènema de rutina, entre d'altres. També s'han aplicat de forma sistemàtica altres mitjans útils per dirigir el part i per corregir disfuncions, com és l'oxitocina, amb l'únic objectiu d'escurçar la durada del part.

Hi ha persones que formulen aquesta crítica i volen un part amb més participació per part de la dona i/o parella en la presa de decisions, i sobretot volen poder viure i gaudir amb plenitud d'aquests moments sense ser importunats més del que cal, per preservar la seguretat de la mare i del nadó.

De fet, durant tot aquest *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*, ja s'ha tingut en tot moment present de respectar la progressió natural del part quan aquest es presenta de forma espontània i sense factors de risc recomanant aquesta pràctica sempre que sigui possible, però també és cert que hi ha moltes dones/parelles que desitgen que se'ls estalvi el dolor, i per tant que es “dirigeixi mèdicament” el part, així com hi ha molts casos en què hi ha riscos que exigeixen un control més continuat.

Cal que els centres assistencials siguin capaços de modificar la seva actuació per tal que la dona i la seva parella no se sentin “agredits” per l'organitza-

ció sanitària i puguin sentir l'hospital o clínica com un lloc amic, on se'ls deixa participar en les decisions, però també en un lloc segur on saben que qualsevol situació de risc tindrà la solució més adient.

Per aquest motiu, es recomana als hospitals i clíniques que siguin sensibles a aquest tema i que tinguin establert un protocol per assistir “parts naturals no medicalitzats” al qual es puguin acollir les dones/parelles que ho desitgin, sempre que no hi hagi factors que ho contraindiquin.

Les dones i parelles han de conèixer aquest protocol abans d'ingressar a l'hospital o clínica, sempre que sigui possible, i com a exemple i pauta es pot utilitzar les *Recomanacions per a l'actuació en el part natural no medicalitzat*, que a continuació es descriuen.

2. Recomanacions per a l'actuació en el part natural no medicalitzat

En general, i en tots els aspectes que no es contraposen amb aquest tipus de part, són d'aplicació les normes que s'especifiquen a l'apartat corresponent a l'atenció en el part espontani (vegeu cap. II, apt. 3.3, pàg. 44).

2.1. Informació bàsica a la dona sobre les normes generals durant l'ingrés hospitalari

- La dona podrà ser acompanyada per la seva parella i/o una altra persona de confiança en tot el procés de part (vegeu annex 1, pàg. 81 i annex 2, pàg. 89). La gestant que rebi visites d'altres professionals (obstetres i llevadores), aliens al servei, podrà ser acompanyada lliurement per ells, encara que la responsabilitat, i per tant l'activitat assistencial, són exclusivament del personal sanitari de l'hospital a partir del seu ingrés i fins al moment de l'alta. La gestant acceptarà que l'equip obstètric (obstetres i llevadores) realitzin les exploracions necessàries per controlar l'evolució i seguretat durant tot el procés.

- L'equip sanitari que l'atengui donarà suport a la gestant en tot el procés, tant a nivell psicològic com fent-la participar en la presa de decisions, i en l'oferiment d'altres mesures per aconseguir un confort més gran (dutxes, pautes analgèsiques si fos necessari, etc.) (vegeu annex 1, pàg. 81 i annex 2, pàg. 89).
- En tot moment es respectaran les actituds posturals que la dona hagi triat i s'ajudarà la gestant perquè aconseguixi el màxim grau de confort, seguretat i tranquil·litat (vegeu cap. II, apt. 3.3, pàg. 44).
- S'ha d'informar adequadament la gestant que, en cas de necessitat i segons el protocol clínic, en qualsevol moment, si es presenta alguna desviació de la normalitat, l'obstetre/a podrà, després d'informar la dona, aplicar el tractament que consideri necessari per a la mare i/o nadó (ajut medicamentari (oxitòcics, ergòtics), profilaxi antibiòtica (RPM, *Streptococcus agalactiae*, etc.), tractament quirúrgic, transfusió, etc.) (vegeu annex 1, pàg. 87).

2.2. Atenció en el moment de l'ingrés

(Vegeu cap. II, apt. 1, pàg. 39)

- Si no s'ha fet abans, s'ensenyarà a la gestant la ubicació física on viurà el seu procés de part (sala de dilatació i de part).
- Es practicarà una exploració completa, tacte vaginal, presa de constants, valoració acurada de la dinàmica uterina i de l'estat fetal.
- Es canalitzarà una via amb cànula endovenosa, sense perfusió, com a mesura preventiva.
- No es procedirà al rasurat perineal si no és necessari practicar sutura, i en aquest cas el rasurat es limitarà al perineu, amb una adequada informació prèvia.
- No s'administraran ènemes de neteja si no estan indicats, i prèviament s'informarà a la dona convenientment.

2.3. Atenció durant el període de dilatació

(Vegeu cap. II, apt. 2, pàg. 39)

- Auscultació fetal cada 15 min aprox. a i/o monitoratges en finestres periòdiques de 20-30 min cada hora, segons l'estat fetal i la progressió del part, o abans si hi ha qualsevol incidència.
- Ja que el procés fisiològic pot durar diverses hores, la gestant que no està hidratada parentalment ha d'ingerir líquids (no lactis), com a mesura d'hidratació i alimentació (vegeu pàg. 40).
- Es donaran les explicacions adequades per ajudar la dona a trobar el millor confort possible (vegeu annex 1, pàg. 81 i annex 2, pàg. 89).

2.4. Atenció durant el període d'expulsió

(Vegeu cap. II, apt. 3, pàg. 44)

- L'obstetre/a i/o llevador/a mantindran al màxim possible una conducta expectant, respectant les tendències posturals de la gestant, i només s'administrarà oxitocina en cas d'hipodinàmia i després d'explicar-ho a la gestant.
- Durant el període expulsiu es permetrà que la dona faci els espoderaments en les condicions que ella hagi triat (vegeu annex 1, pàg. 81), facilitant la visualització del perineu per protegir-lo en el moment del part, i revisar-lo després del deslliurament.
- Es protegirà el perineu evitant la pràctica de l'episiotomia sistemàtica, i restringint aquesta pràctica només a aquells casos en què està indicada (vegeu cap. II, pàg. 46).
- Es col·locarà el nadó als braços de la seva mare en contacte pell amb pell, i no es tallarà el cordó fins que deixi de bategar, si així ho ha demanat la mare.
- S'animarà la mare a posar-se el nadó al pit per aconseguir un efecte oxitòcic, i afavorir la creació de vincles afectius immediats (vegeu annex 2, pàg. 89).

2.5. Atenció durant el període de deslliurament

(Vegeu cap. II, apt. 4, pàg. 48)

- Si no sagna, s'esperarà al deslliurament fins 30 minuts abans d'intervenir activament. En el cas que no es produeixi el deslliurament, s'indicarà perfusió endovenosa d'oxitocina o maniobra de Credé abans de procedir a l'extracció manual que requereixi algun tipus d'anestèsia.
- En tots els casos es revisarà el perineu (i el canal de part si hi ha sagnat) per procedir a sutura reparadora en el cas que sigui necessari, utilitzant anestèsia local.

2.6. Atenció en el moment d'abandonar la sala de parts

- La puèrpera deixarà la sala de parts en cadira de rodes o llitera, segons desitgi, sense ser separada del seu fill en cap moment.
- Es prendran les constants i es valoraran les pèrdues abans de passar a la sala d'obstetrícia.

2.7. Consentiment informat

Es procedirà d'igual manera que es fa per a l'atenció en qualsevol altre tipus de part (vegeu annex 1, pàg. 87).

Amb la finalitat d'evitar discussions en cada decisió durant el part, es convenient que la dona que desitja ser assistida a l'hospital en la forma descrita com a part natural no medicalitzat, signi que coneix i accepta les normes, controls i procediments mínims establerts per l'hospital en el maneig d'aquests tipus de part tan pel que fa a ella com al seu fill.

Annex 5
Mesures per racionalitzar
la taxa de cesàries

En l'intent de reduir la taxa de cesàries no sembla necessari, ni prudent, qüestionar les indicacions absolutes ni restringir-ne la pràctica, però sí que és recomanable reavaluar les indicacions relatives (vegeu pàg. 48), ja que són aquestes indicacions les que han contribuït quantitativament més a l'increment de la taxa observada en els països desenvolupats.

A continuació s'especifiquen una sèrie de criteris clínics i no clínics per intentar assolir l'objectiu del Pla de salut de Catalunya pel que fa a la taxa de cesàries als nostres hospitals maternals. Aquestes recomanacions estan basades en les propostes que ha elaborat la Comissió d'experts de la SEGO en el *Protocolo para la racionalización de la tasa de cesáreas*, l'any 2002.

Amb la implementació d'aquestes pautes es pretén facilitar la metodologia de treball que, aplicada a les característiques dels centres hospitalaris maternals de Catalunya, permeti racionalitzar la taxa de cesàries actual.

1. Criteris clínics generals

- Restringir al màxim les indicacions combinades de cesària (p. ex., primípara, diabètica gestacional i RPM).
- Limitar les induccions obstètriques innecessàries per raons clíniques.
- Avaluat i discutir els casos (en sessió clínica, si és factible) de les indicacions del dia anterior (o període determinat) entre els facultatius del servei d'obstetrícia, segons les possibilitats organitzatives del centre hospitalari.

2. Criteris clínics específics

Atès que les indicacions clíniques més freqüents de cesària a casa nostra són distòcia, cesària anterior, risc de pèrdua del benestar fetal i presentació podàlica, seguidament es fan una sèrie de consideracions sobre aquestes indicacions.

2.1. Distòcia

Dins el concepte de distòcia, literalment treball de part difícil, s'inclouen totes les indicacions per desproporció pelvifetal, distòcia de dilatació o descens, part estacionat i inducció fallida.

La distòcia constitueix la indicació més freqüent de cesària primària; una tercera part de les cesàries la presenten com a motiu.

Per tal de disminuir el nombre de cesàries per aquesta causa, tot seguit es proposen diverses actuacions clíniques:

- Evitar els ingressos hospitalaris en la fase latent del part, si no hi ha una altra indicació.
- Per diagnosticar "durada excessiva del part", en cadascuna de les seves fases, recomanem l'aplicació estricta dels conceptes de part lent especificats a la Taula 4.

TAULA 4	
Definició de part lent	
• Fase de latència prolongada	>20 h en primíparaes >14 h en multipares
• Fase activa prolongada	<1,2 cm/h de progrés de la dilatació en nul·líparaes <1,5 cm/h de progrés de la dilatació en multipares
• Fase activa detinguda	> = 4 cm de dilatació invariable almenys durant 2 hores amb dinàmica uterina suficient comprovada (*)
• Període expulsiu prolongat	>2 hores en primíparaes i >1 hora en multipares

(*) Si és possible, amb registre intern.

- Conduir activament el part en els casos de distòcia de dilatació o descens, amb monitoratge intern de la dinàmica uterina per confirmar l'adequació d'aquesta dinàmica en tots aquells casos de distòcia de dilatació o descens.
- Ser prudent en diagnosticar desproporció pelvifàlica abans de la dilatació completa.
- Limitar la inducció del part als casos estrictament indicats, evitant al màxim les induccions poc justificades. I, en el cas que estigui indica-

da, utilitzar la maduració cervical amb prostaglandines abans d'iniciar la inducció en pacients amb un índex de Bishop inferior a 6. Quan a les 12 hores d'iniciada la inducció no s'ha aconseguit una dilatació de 2-3 cm, estàrà indicada la realització de cesària.

2.2. Cesària anterior

Es recomana l'intent de part vaginal després d'una cesària anterior segmentària transversa, ja que es considera que és una conducta obstètrica correcta si es compleixen les condicions que s'exposen en la Taula 5.

TAULA 5 Criteris de selecció per a intent de part vaginal en gestants amb cesària prèvia
<ul style="list-style-type: none"> • Gestació única en presentació cefàlica. • Pes fetal estimat inferior a 4.000 g. • Cicatriu uterina prèvia segmentària transversa. • Pelvis capaç. • Absència d'altres cicatrius uterines o d'antecedents de ruptura uterina. • Consentiment de la gestant. • Disponibilitat d'assistència obstètrica contínua. • Possibilitat de realitzar anestèsia i cesària urgent.

L'intent de part vaginal presenta una elevada taxa d'èxit, sempre que s'hagi realitzat una selecció clínica rigorosa. En tots els casos, la valoració ha de ser individual i hi ha d'haver un consentiment informat de la dona. La decisió final ha de ser presa conjuntament per la gestant i el metge, després d'analitzar els beneficis i riscos de la via vaginal i de la cesària. I s'ha de tenir sempre en compte que l'assessorament, el consentiment i la decisió adoptada han de figurar en la història clínica de la dona.

En l'actualitat es considera que el 60-80% de tots els intents de part després d'una cesària ante-

rior (IPCA) culminen en un part vaginal amb èxit. Però no és menys cert que en alguns d'aquests intents es produeixen complicacions maternofetals. Per això, per intentar el part vaginal amb cesària prèvia és imprescindible una selecció clínica rigorosa, tot considerant:

- Els criteris obstètrics de selecció per a intent de part vaginal (Taula 5).
- Els criteris d'indicació de cesària, és a dir d'exclusió d'intent de part vaginal (Taula 6).

TAULA 6 Criteris d'exclusió d'IPCA: indicacions de cesària
<ul style="list-style-type: none"> • Cicatriu anterior prèvia diferent a la segmentària transversa. • Dues o més cesàries anteriors segmentàries (*). • Pelvis estenòtica. Fetus macrosòmic. • Patologia medicoobstètrica que contraindiqui el part vaginal. • Rebuig de la gestant. • Impossibilitat de vigilància obstètrica contínua intrapart. • Impossibilitat de realitzar anestèsia o cesària urgent.

(*) Amb el consentiment exprés de la dona informada es pot intentar el part vaginal si no hi ha una altra indicació.

S'ha de tenir molt en compte que el sentit comú i el bon judici clínic han de ser els factors bàsics a l'hora de prendre la decisió del cas concret que s'atenta, ja que sobre alguns d'aquests criteris no existeix en l'actualitat un consens total.

Per a l'atenció d'un part vaginal, quan hi ha antecedents d'un altre part per cesària, s'ha de tenir en compte que és un part de risc, que s'ha de tenir molta prudència davant la decisió d'una possible estimulació i, en el cas que es faci, s'ha d'efectuar un control adient tant de la dona com del fetus i s'ha de vigilar que el període expulsiu no sigui prolongat, ja que el risc de dehiscència és petit però possible i obliga a una intervenció ràpida.

2.3. Risc de pèrdua del benestar fetal

El risc de pèrdua del benestar fetal, denominat clàssicament patiment fetal, és una de les indicacions clíniques de cesària més difícil d'avaluar, ja que tant l'auscultació de la freqüència cardíaca fetal com l'obtenció d'aquesta mitjançant registre cardiotocogràfic (CTG) són procediments en part subiectius per establir si el fetus corre o no un risc real.

Per aconseguir que la indicació de cesària sigui al més objectiva possible, abans de realitzar la intervenció s'hauria de:

- En el cas de CTG sospitós, i sempre que sigui possible, s'ha de valorar bioquímicament l'estat del fetus mitjançant determinació del pH en sang obtinguda a través d'una micropresa del cuir cabellut. Quan les condicions del coll uterí impedeixin la realització de la micropresa, és convenient fer constar a la història clínica de manera adequada aquesta circumstància i actuar considerant que el fetus està en risc de pèrdua del benestar fetal.
- En els casos en què les condicions obstètriques permetin un control adequat del fetus i puguin suposar un raonable percentatge d'èxit en intentar la inducció obstètrica, la sospita de risc de pèrdua del benestar fetal (oligohidramni, CIR, Doppler patològic o proves no estressants no reactivas, etc.) no justifica la realització sistemàtica de cesària electiva.
- Encara que no existeix consens total en el valor considerat patològic, considerarem que un fetus amb risc de pèrdua del benestar és aquell que presenta un pH intrapart de calota per sota de 7,20. En aquest cas s'ha d'actuar en conseqüència, i intentar la recuperació de la situació fetal intraúter, seguint els protocols corresponents d'actuació clínica.

2.4. Presentació de natges

Si en aquest cas es considera adient l'opció d'intentar un part vaginal d'acord amb la dona, es recomana:

- Intentar la versió externa en les gestants amb fetus en presentació podàlica, ja que l'esmentat procediment es considera un procediment acceptablement eficaç, sobretot si es fa amb administració de fàrmacs tocolítics.
- Si persisteix la presentació podàlica després de l'intent de versió externa, s'ha de realitzar una selecció acurada de la utilització de la via vaginal en el part de natges. En l'assistència al part en presentació podàlica i amb fetus a terme, la via vaginal es pot intentar en els casos en els quals s'acompleixin els requisits següents:
 - Explicació veraç i comprensible a la dona i a la seva parella dels avantatges i riscos de la cesària i del part vaginal, basada en l'evidència científica actual (consentiment informat).
 - Rigorosa selecció clínica. Com a criteris recomanables per a l'intent d'assistència del part per via vaginal en la presentació podàlica, es consideren els següents:

criteris per a intent de part vaginal en presentació podàlica

- Embaràs a terme, amb pes fetal estimat inferior a 3.500 g. Diàmetre biparietal inferior a 100 mm.
- Pelvis capaç.
- Natges completes o incompletes varietat natges.
- Cap flexionat o indiferent.
- Absència d'anomalies fetals que puguin distorsionar l'ovoide fetal i produir una distòcia durant el part.
- Absència de patologia medicoobstètrica concomitant i d'impediments o contraindicacions per a la via vaginal.
- Autorització expressa de la dona, un cop se l'ha informat dels avantatges i inconvenients, basant-nos en l'evidència científica actual.

3. Resum de les mesures per disminuir les cesàries

TAULA 7

Resum de les mesures generals per reduir el nombre de cesàries

- Evitar en la mesura del possible les indicacions combinades de cesària.
- S'haurà de generalitzar el criteri de restringir aquesta intervenció quirúrgica a aquelles situacions en què hi hagi evidència que milloren els resultats pel que fa a la morbiditat materna i del nadó.

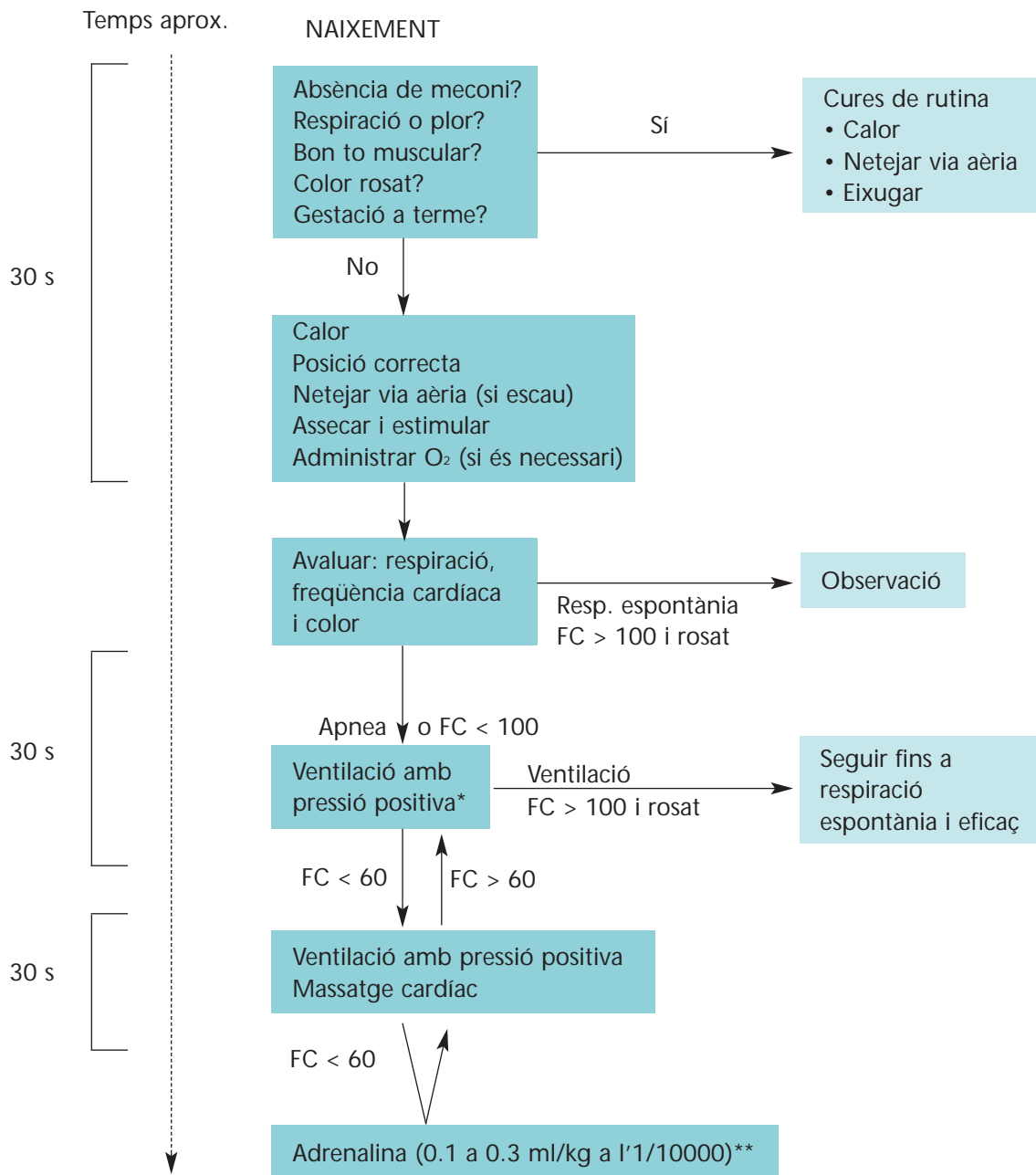
TAULA 8

Resum de les mesures clíniques específiques bàsiques que poden influir de manera decisiva en la reducció de la taxa de cesàries

- Conducció activa del part en els casos de distòcia. Reconsideració d'algunes definicions (part estacionat en la primera fase, latent o activa, i en la segona fase). Limitar la inducció del part als casos estrictament indicats i utilitzar la maduració cervical en el cas d'un índex de Bishop < 6.
- Promoció de la prova de part vaginal en pacients amb cesària anterior adequadament seleccionades.
- Acurada valoració i aplicació dels mètodes diagnòstics del risc de pèrdua del benestar fetal.
- Promoció de la pràctica de la versió externa en gestants amb fetus en presentació podàlica.

Annex 6
Reanimació del nadó

1. Algorisme de reanimació del nadó



(*) Considerar intubació

(**) 1 ml a l'1‰ + 9 ML SF

2. Observacions a tenir en compte en la reanimació del nadó

- No aspirar en nouat vigorós.
- Iniciar aspiració per boca, en 5", pressió màxima de 20 cm H₂O.
- Evitar estímul mantingut en faringe posterior (risc d'apnea i/o bradicàrdia).
- Oxigenoteràpia amb O₂ humit i calent, segons SaO₂.
- Mantenir ventilació (a 40x') fins respiració efectiva.
- Massatge cardíac a 90x' (3 compressions/1 ventilació). Compressió en 1/3 inferior d'estèrnium, produint depressió de Ø anterioposterior del tòrax 1/3 de la seva alçària total en decúbit.
- Dosis d'adrenalina: 0,01 a 0,03 mg/kg (0,1 mL/kg de solució a l'1/10000 = 1 ml de solució a l'1/1000 + 9 ml de sèrum fisiològic). Via: endovenosa o endotraqueal.
- Si hi ha sospita d'hipovolèmia: insertar catèter per vena umbilical, introduir 2-3 cm. Administrar sèrum fisiològic o Ringer lactato 10 ml/kg en 5' (no seroalbúmina).
- S'ha de ser molt restrictius en la utilització del bicarbonat, pel risc de iatrogènia.

Annex 7
Identificació i custòdia del nadó

La identificació de la mare i del nadó ha d'assegurar la relació de pertinença mútua, i ha de permetre la verificació de la relació de cada nounat amb la seva mare biològica en qualsevol moment durant l'estada al centre maternal, així com la comprovació d'aquest vincle en l'alta hospitalària, evitant d'aquesta manera possibles substitucions dels nadons.

L'hospital, doncs, ha de disposar de mecanismes o procediments que assegurin des del mateix moment del naixement, i durant tota l'estada hospitalària, el manteniment del vincle mare-nadó. Els mecanismes de custòdia infantil en la seva estada hospitalària han de permetre en tot moment la comprovació de la identitat del nadó.

Per respondre adequadament a aquesta exigència es proposa l'establiment d'uns procediments que en aquest moments es consideren els més idonis per acreditar en tot moment la relació biològica maternofilial i que assegurin en el moment de l'alta hospitalària la identitat del nadó.

Objectius de la identificació i custòdia del nadó

- Evitar intercanvis entre nadons a les sales de parts.
- Evitar intercanvis entre nadons als nius o a les sales d'hospitalització de puèrperes i serveis de neonatologia.
- Verificar la identitat del nadó davant d'una sospita d'intercanvi.
- Comprovar la identitat del nadó i de la seva mare en l'alta.
- Evitar conseqüències legals al personal sanitari per possibles intercanvis dels nadons.

1. Sistemes per a la identificació dels nadons

Analitzant els casos en què s'han produït canvis, es pot observar que en quasi totes les situacions ha estat tant per problemes del material utilitzat com

per problemes de procediment en la identificació: no col·locar els braçalets a la sala de parts, intercanviar braçalets per la seva mala fixació sense fer la comprovació corresponent, etc. D'altra banda, els sistemes d'identificació més biològics, com les empremtes dactilars i l'estudi del DNA, pretenen el manteniment de la identitat del nounat i, si bé serveixen per a la identificació personal, no asseguren la custòdia de l'infant i el manteniment del binomi mare-nadó, ja que no permeten comprovar de manera continuada aquest lligam.

En l'actualitat cada vegada més nadons que tenen situacions "de risc" o patologies que no requereixen estrictament estar separats de les seves mares, no s'ingressen a neonatologia, sinó que, per afavorir precisament aquesta unió mare-fill, es queden a les sales d'obstetrícia, però requereixen exploració física una o dues vegades al dia, extraccions de sang per a analítiques, exploracions complementàries, etc., que gairebé inevitablement suposen la separació transitòria d'ambdós. En el cas de separació mare-fill s'extremaran les mesures de seguretat per evitar confusió de nadons o bressols, sensibilitzant tot el personal en aquest sentit.

S'ha de disposar d'un material adequat, de maneig senzill i uns procediments sistemàtics que evitin els errors i assegurin la correcta identificació i la custòdia dels nadons.

El sistema més segur que presenta el mercat és la identificació creuada amb la pinça del cordó i els braçalets per al nadó i la mare.

La seguretat d'aquest mètode està determinada per la utilització d'un procediment sistemàtic que eviti errors (identificar sempre pinça i braçalet en el box de parts, etc.), així com disposar d'un material adequat: bossa estèril amb pinça de cordó i braçalets amb la mateixa codificació, braçalets tous i amb tanca segura i adequada, etc.

2. Identificació del nadó mitjançant braçalets i pinça de cordó

És el mètode que es recomana per a la custòdia del nadó a les maternitats.

2.1. Material necessari

Consta d'un equip que es compon de:

- Polsera identificadora per a la dona
- Polsera identificadora per al nadó
- Pinça umbilical
- Etiqueta per al partograma

Aquest equip es presentarà empaquetat en una bossa de plàstic transparent, per poder distingir el color del material. El material serà del mateix color i tindrà el mateix codi, la codificació estarà gravada en tots els elements. En la mesura que sigui possible, hi haurà equips de colors diferents.

Les polseres han de ser de plàstic flexible, sense vores que puguin tallar, amb una tanca petita i segura, que es puguin mullar sense que s'alteri la gravació del codi d'identificació. Les polseres han de mesurar aproximadament un centímetre d'ample.

2.2. Procediment a la sala de parts

Una vegada nascut el nen/a, s'obre la bossa del material d'identificació i es col·loca la pinça al cordó, seguida de les polseres, una al canell de la mare i una altra al turmell del nadó, així com l'etiqueta identificadora al partograma.

El braçolet ha de quedar ben ajustat per evitar que pugui sortir, però evitant que la pressió excessiva lesioni la pell del nadó.

Tant la mare com el nadó han de sortir de la sala de parts convenientment identificats. Abans de sortir de la sala de parts es comprovarà la identificació de la mare i del nadó.

En el cas de disposar d'equips de colors diferents, s'intentarà que no coincideixin els colors dels equips en el cas que hi hagi diversos parts simultanis.

En el cas de part múltiple es farà servir un equip d'identificació per a cada nadó, per tant la mare

portarà un braçolet per a cada fill. Si es dona el cas d'un fetus nascut mort, també s'haurà d'identificar seguint el mateix procediment.

Si accidentalment caigués un braçolet del turmell del nadó, abans de recol·locar-lo s'haurà de comprovar amb el codi de la pinça del cordó umbilical i amb el del braçolet del canell de la mare. Un cop comprovat és tornarà a col·locar una nova polsera, en la qual s'anotarà el número de codi que té assignat el nen i la mare. Tot això es farà, si és possible, en presència de la mare.

2.3. Procediment durant l'estada hospitalària

En arribar a l'habitació de la sala d'hospitalització puerperal, es comprovarà que la identificació de la mare i el nadó siguin correctes, i que l'etiqueta del partograma correspongui al del codi únic per a tots els elements utilitzats per a la identificació. Aquesta comprovació es repetirà en el moment de l'alta.

2.4. Precaucions a observar

És important explicar bé el procés als pares, i quin objectiu té, ja que l'èxit dependrà en gran part de la seva col·laboració.

És important ressaltar l'estricta cura que es tindrà en el moment de col·locar el braçolet d'identificació al nadó perquè no quedi excessivament folgat i pugui caure.

2.5. Resum de les recomanacions més importants

Per assegurar la identificació i custòdia del nadó durant l'estada hospitalària

- No separar, en la mesura que sigui possible, el nadó de la seva mare.
- Realitzar les primeres atencions del nadó a la sala de parts
- Identificar el nadó i la mare dins de la sala de parts.
- Utilitzar roba i objectes personals del nadó.
- Traslladar conjuntament a la sala d'hospitalització el nadó i la seva mare.
- Fomentar l'estada del nadó a l'habitació de la mare.
- Instruir i fomentar l'autonomia de la dona en les cures del nadó.
- Comprovar la identificació a la sortida de la sala parts, durant l'estada hospitalària, en el moment de l'alta i sempre que se separi el nadó de la seva mare.
- Dotar els nius i sales d'hospitalització de les mesures de seguretat pertinents que permetin el control de l'entrada de persones.
- En el cas de sospita o dubte d'intercanvi de nadons, es podrà verificar la identitat del nadó mitjançant l'estudi del DNA.

Annex 8
**Mètode per a la recollida de la mostra de sang
del cribratge de metabolopaties congènites**

1. Obtenció de la mostra de sang del taló

1.1. Mètode

- Efectuar rentat de mans higiènic i col·locació de guants.
- Fer massatge en sentit descendent a la cama on es farà la punció.
- Escalfar el taló amb aigua o gasa tèbia.
- Netejar el taló amb gasa estèril impregnada amb alcohol de 70° (no utilitzar alcohol iodat) (annex 10).
- Fer una punció a la zona lateral interna o externa del taló (mai a la zona central).
- Deixar caure les gotes de sang una a una, evitant, si és possible, el contacte directe del cartronet amb la pell.
- És útil anar fent un massatge descendent perquè les gotes flueixin amb més facilitat.

És vàlida també la sang obtinguda pels següents mètodes:

- Aprofitant la sang d'una altra extracció (capil·lar o venosa).
- Extracció de venes del dors de la mà.
- Aprofitant sang heparinitzada (s'ha d'impregnar el paper cromatogràfic immediatament).

No es vàlida la sang en les següents situacions:

- Sang de cordó umbilical.
- Sang obtinguda directament de catèters amb alimentació parenteral o tractaments.
- Sang contaminada (en contacte amb dits, cremes, pomades, orina, femta, alcohol o llet).
- Sang obtinguda abans de les 48 hores de vida del nadó.
- Quantitats de sang insuficients (que no omplin totalment els cercles).
- Quan la mostra no s'ha deixat assecar immediatament després de l'extracció (actualment s'estalvien inconvenients amb la col·locació de la gasa inclosa dins del sobre per protegir el paper un cop impregnat).
- Sang obtinguda del nadó després d'una transfusió.

1.2. Impregnació del paper cromatogràfic

S'han d'omplir els 6 cercles del paper cromatogràfic, de manera que aquests quedin completament vermells, tant per davant com per darrera.

1.3. Emplenament de la fitxa d'identificació

El personal d'infermeria emplenarà l'apartat de la fitxa, que específicament consta com a "Dades a emplenar pel personal sanitari" i després facilitarà aquesta fitxa als pares perquè emplenin l'espai que consta com a "Dades del nadó a emplenar pels pares". Posteriorment, la recollirà i l'introduirà dins del sobre juntament amb el paper cromatogràfic havent comprovat que estigui perfectament impregnat amb la sang del nadó i identificat amb els seus cognoms.

1.4. Tramesa del sobre amb la mostra de sang

La persona que s'encarregui de la tramesa haurà de:

- Comprovar que hi hagin totes les dades correctes i que hi constin les d'identificació.
- Anotar tot el procediment (dia i hora de l'extracció, quan es posa dins del sobre i quan s'envia), en la història clínica del nen i signar-ho.
- Registrar en el carnet de salut infantil la data de l'extracció.

La tramesa de la mostra i la fitxa, és molt important que es faci diàriament (el mateix dia de l'extracció o el següent), sense retenir-les o fent enviaments periòdics, a l'Institut de Bioquímica Clínica, per tal d'obtenir el resultat i iniciar la dieta adequada o el tractament dels casos positius, al més aviat possible.

Annex 9
Promoció de la lactància materna

1. Recomanacions per afavorir l'alletament matern a la sala de parts

1.1. Facilitar el contacte mare-nadó

Immediatament després del naixement, s'ha d'afavorir l'inici de l'alletament matern, col·locant el nadó sobre la mare pell amb pell; així també s'afavoreix la creació de vincles afectius, i ajuda a mantenir la temperatura del nadó (vegeu annex 2, pàg. 89).

És de gran importància que el personal sanitari que intervé faci una acurada observació i valoració del benestar del nadó en néixer i a l'hora d'iniciar el primer contacte, així com de l'estat general de la mare i el seu desig d'alletar. És molt important que la dona es trobi còmoda, ja que la majoria de dones solen estar cansades després del part, especialment si ha estat llarg, instrumentat, o s'ha fet per cesària.

El fet que el primer contacte sigui satisfactori influirà de forma molt positiva al llarg de tota la lactància, afavorint el vincle afectiu entre el fill i la seva mare, tan important per al futur d'aquesta relació i en definitiva per a la salut del nadó.

1.2. Donar consell i suport en la primera presa

La primera col·locació al pit de la mare s'ha de fer al més aviat possible, dins de la primera hora del postpart, que és quan el nadó està més receptiu als estímuls que provenen de l'exterior, ja que el seu sistema nerviós es troba en estat d'alerta i és molt sensible a tot tipus de sensacions, tant tàctils com olfactivas i visuals; estan accentuats també tots els seus reflexos, per la qual cosa el reflex de succió és més fort en la primera hora després del naixement.

Es col·locarà el nadó a prop del pit de la mare per afavorir el contacte mare-fill i iniciar l'alletament matern, en el cas del nadó en perfectes condicions de salut, i també en els nadons que necessiten prèviament una reanimació superficial (de grau 1). Queden fora d'aquesta situació tots els nadons que requereixen cures intensives.

Després d'un part instrumentat i fins i tot d'un part per cesària, el nadó es col·locarà també al pit i

restarà amb la mare tot el temps que ella desitgi, si les condicions d'analgèsia no ho contraindiquen.

D'altra banda, ens podem trobar amb nadons que busquen desesperadament el pit de la mare i succionen mentrestant de manera vigorosa les seves mans. Es tracta, doncs, de donar una atenció personalitzada en cada cas i utilitzar la tècnica més correcta.

2. Recomanacions per afavorir l'inici de l'alletament matern durant l'estada hospitalària

2.1. Mantenir junts la mare i el nadó

Quan el nadó arriba amb la mare de la sala de parts en condicions de normalitat, i en el cas que no hi hagi contraindicacions, comença un període importantíssim per a la instauració de l'alletament matern, que es prolongarà fins al moment de donar-los l'alta de l'hospital maternal on ha tingut lloc el part. Per aquest motiu, es recomana no separar el nounat de la seva mare, llevat que l'atenció a la salut d'algun d'ells ho requereixi.

2.2. Aprofitar les primeres preses de calostre

Es donarà a la mare la informació adient sobre les escasses quantitats de líquid i nutrients que el nadó necessita els primers dies de vida, i sobre les propietats idònies que té el calostre per la seva composició. L'animarem a posar el nadó al pit molt sovint, i així esperar sense angoixa la pujada de la llet.

La ingesta precoç de calostre ajudarà el nadó a disminuir els riscos de patir hipoglucèmia, evitant d'aquesta manera haver d'oferir-li una alimentació suplementària que pot dificultar la següent mamada, ja que pot generar confusió en el nadó.

2.3. Evitar l'administració de suplementes de sèrum glucosat

Si el nadó pren petites quantitats de calostre és innecessària l'administració de suplementes de sèrum

glucosat per via oral; a més, per la seva concentració, el sèrum glucosat pot ser mal tolerat, i originar retencions i distensions gàstriques, regurgitacions i vòmits, amb el consegüent perill d'aspiració.

Només en determinades circumstàncies patològiques estarà indicada l'administració de sèrum glucosat, i en aquests casos ha de ser el pediatre qui n'ha de prescriure específicament l'administració de quantitats determinades.

2.4. Evitar la utilització del xumet

La succió d'objectes diferents al mugró, per la seva elasticitat, forma, tacte o característiques, pot confondre el nadó i endarrerir la correcta succió i com a conseqüència la pujada de la llet. És per aquest motiu que no està recomanada la col·locació del xumet durant el període d'instauració de la lactància materna, sigui quin sigui el seu model, forma, material o disseny (tetines de biberó incloses), en el nadó que prengui lactància materna exclusiva (a no ser que hi hagi una indicació mèdica específica).

2.5. Vigilar la posició correcta

És molt important explicar a la mare la importància d'una bona posició a l'hora d'alletar, que afa-

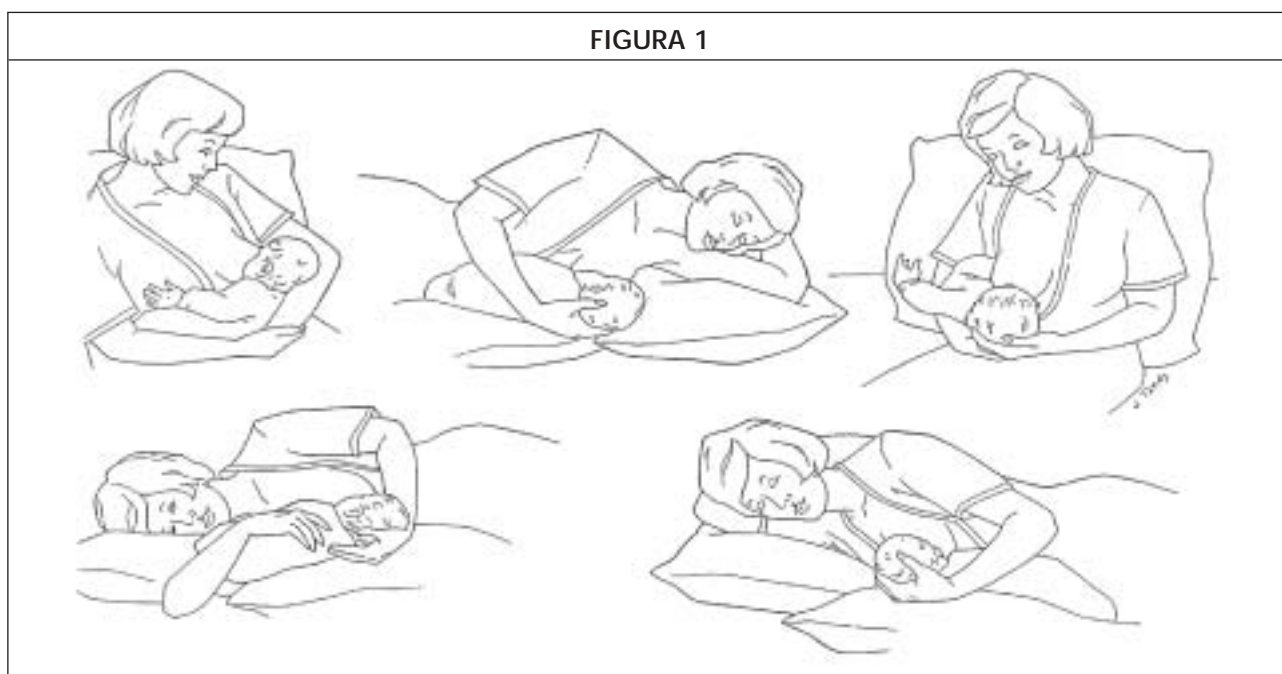
vorirà una correcta mamada i prevé complicacions. Per a les primeres mamades la posició més adequada és la que es pot practicar al llit, estirada en decúbit lateral (Fig. 1). Aquesta postura facilitarà l'alineació dels dos cossos (melic contra melic) amb la boca del nadó a l'alçada del mugró de la mare, lleugerament mirant cap a la cara de la mare, per tal que la boca del nadó agafi el mugró i l'arèola.

L'èxit de la lactància materna dependrà, en gran mesura, d'una bona tècnica a l'hora de posar el nadó al pit, per la qual cosa és molt important que s'ajudi la mare a resoldre qualsevol dubte respecte a la posició més còmoda i recomanable per a un alletament satisfactori.

2.5.1. Posició de la mare

Durant els primers dies després del part, si es troba al llit, es posarà de costat recolzant l'esquena en un coixí, si vol, un altre coixí entre les cames i el braç doblegat per sobre del cap. El nadó estarà també de costat, i com a punt de referència el nas del nadó ha d'estar a l'alçada del mugró. De vegades, és possible que necessiti l'ajut d'una altra persona que li acosti el nadó.

Quan ja li és possible seure per alletar disposarà d'una cadira amb respall ampli, per recolzar bé l'espatlla, i preferiblement sense reposabraços. Pot



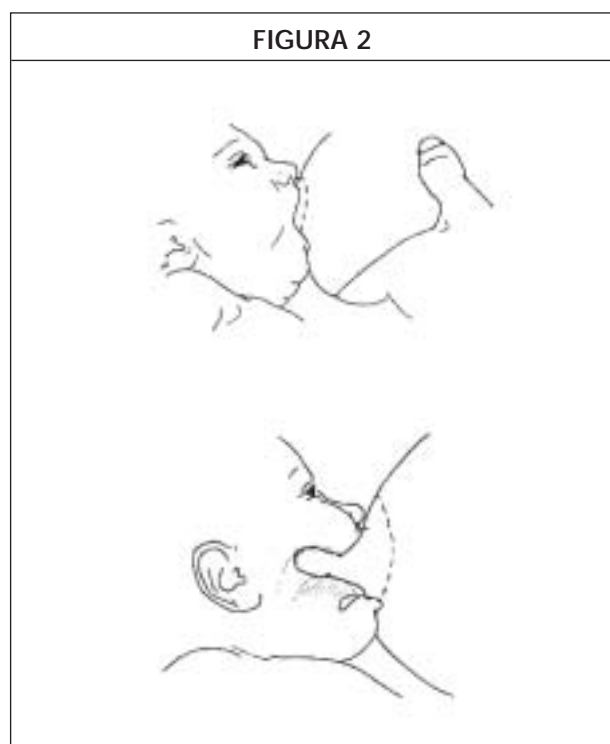
Font: Olds SB, London ML, Ladewing PW. *Enfermeria Maternoinfantil*. 2a ed. Mèxic: Ed. Interamericana, 1989.

utilitzar algun coixí a la falda per tal d'eleva el nadó fins un nivell més còmode per a tots dos. Pot ser útil posar els peus en un tamboret, o similar, i fins i tot algunes dones troben còmode alletar assegudes en un balancí.

Cal estimular la boca del nadó amb el mugró i quan la tingui molt oberta intentar que agafi la major part de pit possible, subjectant-lo molt a prop de la mare amb una lleugera pressió a l'espatlla i al coll. En tot cas, cal tenir en compte que és el nadó que va al pit, no el pit que va al nadó.

2.5.2. Posició del nadó

El nadó ha de tenir el cos i el cap en línia recta, no girat, i tot ell orientat cap a la seva mare, tant si la mare està asseguda com si està estirada al llit. La boca del nadó ha d'estar molt oberta, lleugerament desplaçada cap a baix respecte del mugró, és a dir "agafant el pit per sota" i amb el cap lleugerament deflexionat (Fig. 2). El llavi inferior estarà girat cap a fora i el mentó tocant el pit. Es veu més arèola mamària agafada per sota que per sobre de la boca del nen.



Font: Royal College of midwives. *Manual per a un bon alletament matern*. Associació Catalana de Llevadores. Barcelona, 1992.

2.6. Flexibilitzar la freqüència i durada de les preses

La lactància a demanda serà beneficiosa tant per al nadó, ja que reduirà la incidència d'icterícia i millorarà l'augment de pes, com per a la mare, que establirà una lactància satisfactòria (perquè no haurà d'esperar un temps determinat entre preses) i, a més, prevé la ingurgitació del pit.

2.7. Donar suport professional

Els professionals d'infermeria, llevadores i metges de la sala de puèrperes han d'estar suficientment formats en el coneixement dels aspectes bàsics per a la promoció de l'al·letament matern i participar activament en l'aplicació de les pautes per a l'al·letament matern, sempre respectant la decisió de la mare.

La llevadora i els professionals d'infermeria han de donar assistència específica per a l'al·letament matern en les primeres hores després del part, mitjançant la informació teòrica i l'ajut pràctic que la mare necessiti de forma individualitzada, amb l'objectiu d'aconseguir la correcta instauració de l'al·letament matern, donant suport i solució als problemes que puguin sorgir durant el període de puerperi hospitalari.

- És molt important vigilar els factors que influeixen en el procés de lactància especialment en el seu inici, com són l'estat físic de la mare, l'experiència prèvia, l'adolorament dels pits i l'existència d'alguna patologia en el nadó.
- És important, per a l'èxit de l'al·letament matern, que es tingui en compte la predisposició de la mare per alletar el seu fill, i ajudar-la en cas de dubtes. Moltes vegades és la manca d'informació el que determina la decisió de no donar alletament matern: El personal sanitari informará sobre la possibilitat de realització de la lactància materna, oferint ajut i suport, i no interferirà en la decisió de la mare.
- Es valoraran també tots aquells factors socials i familiars que puguin incidir en el procés d'instauració o de manteniment de l'alletament.

- També és bàsic que valorem els aspectes relatius al nadó que poden incidir en l'inici de l'alletament, com són l'estat de salut del nadó, l'existència de factors de risc, o la predisposició del nadó (nen "adormit", etc.) a fi d'orientar la conducta a seguir per tal de millorar l'adaptació del nadó a la lactància materna.
- És important l'observació clínica de les primeres preses, amb la finalitat de valorar i corregir la tècnica, si cal (*utilitzeu la gràfica de l'OMS sobre observació d'una presa*).
- S'ha de fer la valoració continuada de l'eficàcia del procés d'instauració de l'alletament, mitjançant el control del pes (tenint en compte que sempre en perden els primers dies), el control de la diuresi, l'estat de confort i la salut del nadó.
- S'ha de donar suport a la mare que comença a alletar oferint-li assessorament individualitzat sobre temors i dubtes. Pot ser útil la realització d'alguna xerrada educativa sobre l'alletament matern durant l'estada a la sala de puèrperes, dirigida a grups de puèrperes i familiars de suport, abans de l'alta hospitalària.

És important per a la instauració de l'alletament matern la informació proporcionada als pares del nadó per part del pediatre en el moment de la primera revisió, que habitualment realitza unes hores després del part :

- Informar la família sobre l'estat del nadó.
- Donar suport individualitzat a la lactància materna, parlant dels avantatges.
- Assegurar-se que el nadó és posat correctament al pit.
- Resoldre els dubtes i problemes principals, habituals en les primeres hores.
- Donar confiança i disponibilitat a la mare.

També és important per a l'èxit de la lactància materna que el pediatre en les visites posteriors supervisi el desenvolupament normal del pes i resolgui els temors i els dubtes que pugui tenir la mare i, bàsicament, doni suport al personal d'infermeria.

3. Recomanacions per afavorir l'alletament matern en el moment de l'alta hospitalària

3.1. Valorar l'estat nutricional del nadó

Abans de donar l'alta s'ha de valorar el pes del nadó. Si la mare està molt angoixada o bé hi ha hagut una pèrdua important de pes, cal oferir-li la possibilitat d'un nou control a les 24-48 hores.

3.2. Donar pautes i continuïtat assistencial

És important donar pautes d'orientació a l'alta hospitalària, recordant a la puèrpera que ha de posar-se en contacte amb la llevadora del PSAD-ASSIR. També és interessant la informació sobre els recursos que la mare té al seu abast (consulta de pediatria del CAP o ABS corresponent, i grups d'autoajuda).

S'ha d'oferir suport fins a la visita del pediatre d'atenció primària; això dona confiança, evita angoixa i facilita la resolució de dubtes. És molt útil donar el telèfon de contacte i el nom del llevador/a, infermer/a i pediatre/a que l'atendrà en cas de necessitat.

També és molt útil donar informació sobre associacions o grups de mares de suport a la lactància, per si ho considera d'interès.

3.3. Donar informació sobre l'alletament

En l'informe d'alta s'han de fer constar els aspectes importants per a l'alletament, tant materns com del nadó.

La valoració del procés d'alletament en cada dona s'ha d'enregistrar a la història clínica en un apartat específic del full del nounat, com també en el carnet de salut infantil que s'entrega a la mare amb les primeres dades del nadó.

4. Manteniment de l'alletament matern

4.1. Suport a l'alletament per part del servei de pediatria d'atenció primària

En aquest apartat s'especifica el paper que ha de desenvolupar el servei de pediatria pel que fa al manteniment de l'alletament matern, a part del suport que la dona rep de forma habitual per part de la llevadora, durant l'atenció domiciliària en el puerperi.

Durant el primer mes del postpart és quan hi ha un índex més alt de fracassos en el manteniment de la lactància materna, per això és important que la mare tingui informació clara sobre com posar-se en contacte, tan aviat com sigui possible, amb l'equip de pediatria quan sigui donada d'alta de l'hospital. I quan la mare es posi en contacte amb l'equip de pediatria se li ha d'oferir una primera visita com més aviat millor.

A partir d'aquí es programaran les visites següents segons el calendari vigent per al seguiment del nen sa. En els controls següents s'assessorarà correctament la mare que lacta i s'aniran resolent les incidències que es puguin presentar.

Cal recalcar que quan un nadó no segueix un augment ponderal satisfactori no sempre és la hipogalàctia materna la causa. S'han d'avaluar objectivament altres possibles causes, així com les variants de la normalitat del pes.

4.2. Edat fins la qual es recomana la lactància materna

Sempre que no hi hagi inconvenients, es recomana la lactància materna exclusiva des del naixement i fins als 4-6 mesos de vida, i als 6 mesos d'edat introduir l'alimentació complementària.

4.3. Alimentació de la mare

Durant l'alletament matern la dona ha de regular la quantitat de líquids que ingereix en relació

amb la set que tingui. És l'estímul del nen que fa tenir més llet. La manca d'aigua limita la quantitat de la llet, però no és cert que a més aigua hi hagi més llet.

Mentre la dona allesti ha d'evitar les begudes alcohòliques, l'excés de cafeïna, teïna, begudes de cola amb cafeïna, etc.

Pel que fa a la quantitat, la gana serà la que reguli, en general, la ingesta calòrica de la dona que allesta. Tanmateix, caldrà fer referència a la necessitat d'aplicar una dieta ben equilibrada.

Si la mare lactant no té massa gana, és recomanable que mengi poc i sovint. Es poden prendre tots els aliments amb moderació.

Si la mare lactant creu que hi ha algun aliment que reiteradament no se li posa bé al nadó, és recomanable que l'elimini de la seva dieta. La variabilitat de les olors de la llet en funció de la dieta fan que les lactants acceptin més bé els aliments complementaris.

4.4. Repòs de la mare

És important que la mare pugui descansar i que tingui suport a casa: mare, marit, amics, etc.

4.5. Prevenció de complicacions

- **Prevenció de la ingurgitació mamària**

La ingurgitació mamària és un quadre relativament freqüent que apareix, en general, el segon o tercer dia després del naixement, en forma d'una sobtada turgència mamària, que va acompanyada de dolor local. La millor prevenció és el correcte buidat dels pits a demanda.

- **Prevenció de les clivelles**

No es recomana que es rentin els pits abans de cada mamada, el que cal és una higiene personal adequada. Tampoc no hi ha cap evidència que l'ús de cremes i ungüents ajudi a la prevenció de l'aparició de clivelles en els mugrons. L'únic mitjà per intentar evitar-les és assegurar-se que el nadó mama correctament col·locat.

- **Prevenió de la mastitis**

La mastitis és una complicació important del puerperi, que s'esdevé com a conseqüència d'una contaminació bacteriana. És molt important buidar el pit per tal de prevenir-la.

5. Contraindicacions de l'alletament matern

5.1. Situacions més habituals

- **Medicació**

S'ha de valorar de forma acurada els fàrmacs que pren la mare durant el període de lactància.

- **Malaltia materna**

Si una mare malalta té intenció d'alletar el seu fill, s'haurà d'extreure la llet tan aviat com sigui possible; sens dubte, la separació mare-fill hi influeix desfavorablement. En tot cas, és recomanable valorar sempre la relació malaltia-medicació prenent l'actitud pertinent davant del benefici-risc d'acord amb les circumstàncies, però en el nostre medi s'han d'excloure les mares portadores de virus de la immunodeficiència humana (HIV).

5.2. Inhibició de la lactància materna

És la supressió farmacològica abans que la lactància s'hagi instaurat, o un cop ja instaurada.

En el cas que se suprimeixi un cop ja estava instaurada, el pit s'ha d'anar buidant i s'ha de fer en un període llarg de temps. La supressió brusca i total de les preses del nen pot produir un grau anormal de llet, amb els riscos d'infecció que això comporta.

Indicacions per a la inhibició de la lactància materna:

- Mort fetal
- Malalties greus de la mare
- Medicació materna (alguns fàrmacs)
- Addicció a drogues
- Alcoholisme matern
- Indicació de neonatologia (malalties del nadó)
- Desig matern expressat de no alletar

6. Extracció amb tirallet i conservació de la llet materna

6.1. Situacions més habituals en què està indicada

Hi ha diferents ocasions en les quals s'ha d'extreure la llet dels pits. Per això, tot seguit s'especifiquen els casos més habituals, i a continuació el mètode més correcte per fer-ho:

- **Abans d'iniciar la presa:**

En el cas de pits molt distesos, el nen té dificultats per agafar-se. Si es buida una mica el pit, s'estova i el nen pot agafar-s'hi amb més facilitat.

- **Després d'una presa en què el pit no s'hagi buidat del tot.**

- **Quan hi ha una separació temporal entre mare i fill (com la incorporació a la feina):** Seria bo que la mare tingués una mica de llet emmagatzemada al congelador abans de tornar a treballar. A la feina es pot treure la llet a intervals cada 3-4 hores per disminuir el volum mamari i el disconfort que la plètora produeix, després pot continuar donant el pit quan està a casa.

6.2. Mètodes d'extracció amb tirallet

• Extracció amb tirallet manual

Els tirallets manuals han anat millorant. Actualment existeixen al mercat diferents models manuals que són útils però que requereix més temps per a l'extracció de llet; es desaconsella el tirallet tipus "pera", ja que és lent, no buida bé el pit i la bomba és difícil de netejar.

• Extracció amb tirallet elèctric

Els tirallets elèctrics són els més recomanables, fan la succió més fisiològica sense cansar tant la mare. Poden fins i tot llogar-se.

La recomanació per treure la llet seria 10 minuts de cada pit, seguit de 5 minuts intercalats. Abans d'aplicar el tirallet és recomanable que la mare provoqui el reflex de sortida de llet estimulant-se els mugrons i l'areòla. L'extracció es realitza cada 3-4 hores.

En cap moment l'extracció de llet ha de ser dolorosa o molesta per a la dona. Quan la mare està separada del nadó és important que tingui alguna fotografia o objecte que li recordi el seu fill.

6.3. Mètode per a la conservació de la llet materna

La llet materna, gràcies a les seves propietats, es conserva bé 10 hores a temperatura ambient, 48 hores a la nevera i 6 mesos al congelador.

Una vegada treta la llet es guarda en recipients hermètics i es posa a la nevera (si la mare és a la feina la pot transportar amb nevera portàtil). Pot ser utilitzada durant les 48 hores següents o bé congelar-la.

S'ha de tenir en compte una sèrie de consideracions:

1. S'ha de guardar la llet immediatament després de l'extracció en recipients hermètics, esterilitzats i de plàstic.
2. S'ha d'etiquetar bé la llet, fent-hi constar el dia, el mes i l'hora de l'extracció.

3. El recipient no s'ha d'omplir del tot, s'ha de deixar espai per a l'expansió del líquid en congelar-se.
4. No s'ha de prémer la tapa fins que la llet estigui completament congelada.
5. Mitja hora abans de la presa s'ha de treure el recipient o bossa que conté la llet congelada, posar-la a sota de l'aixeta d'aigua tèbia i anar augmentant la temperatura de l'aigua fins que arribi a ser calenta. S'ha d'agitar la bossa o recipient suaument per tal que es barregi homogèniament el greix amb la part líquida de la llet materna; aquest procés ha de durar pocs minuts. No s'ha de descongelar mai la llet materna al foc.
6. Un cop s'ha descongelat la llet materna, ja no es pot tornar a congelar.
7. Es pot barrejar llet de la nevera amb llet congelada, sempre que la quantitat que afegim de llet de la nevera sigui inferior a la quantitat de llet congelada.

La llet materna procedent d'extracció prèvia es pot administrar al nadó de diverses formes. Els prematurs la reben per sonda nasogàstrica fins que aprenen a empassar. Des d'aquest moment la xeringa, el vas, el comptagotes i la cullera poden ser utilitzats. Donar la llet amb biberó pot interferir en el procés de lactància, si aquesta s'està instaurant.

Si la mare ha de restar ingressada, físicament lluny del nadó, es donaran el màxim de facilitats i de suport per a l'extracció de la llet.

Annex 10
Antisèptics iodats en perinatologia
(Document de consens 1998)

Document de consens sobre utilització d'antisèptics en l'etapa perinatològica (gener 1998)

Des de la Direcció General de Salut Pública es va convidar tots els hospitals maternals de Cata-

lunya a participar en la reunió de consens que va tenir lloc el dia 8 de maig de 1997. Posteriorment, entre els mesos de juliol de 1997 i de gener de 1998, han tingut lloc les tasques de revisió d'esmenes presentades i de redacció d'aquest document de consens.

1. ANTISÈPTICS PER AL NADÓ (1)		
PROFILAXI DEL CORDÓ UMBILICAL (2)		– ALCOHOL de 70° o bé – MERCROMINA o bé – CLORHEXIDINA ALCOHÒLICA al 0,5% o bé – CLORHEXIDINA AQUOSA a l'1%
A L'UCI NEONATAL	EN PELL INTACTA (3)	– POVIDONA IODADA + (neteja amb) ALCOHOL de 70° (2) (6) (7) o bé – ALCOHOL IODAT (a l'1%) + (neteja amb) ALCOHOL de 70° (2) (4) (5) (7) o bé – CLORHEXIDINA ALCOHÒLICA AL 0,5%
	EN FERIDES I MUCOSES	– CLORHEXIDINA AQUOSA AL 0,05% (preparació estèril)

OBSERVACIONS A TENIR EN COMPTE SOBRE LES OPCIONS PROPOSADES PER AL NADÓ

- (1) Cal que en els centres hospitalaris maternals es disposi d'un protocol per escrit sobre les condicions d'ús i de manipulació a tenir en compte per tal de preservar les condicions idònies de l'antisèptic que s'utilitzi. L'esmentat protocol haurà d'estar a disposició de tot el personal que intervingui en la preparació, el manteniment i l'aplicació.
- (2) S'ha d'eliminar l'ús d'antisèptics iodats en les cures del cordó umbilical del nadó, tant durant els dies d'estada al centre maternal com després al seu domicili. Per aquesta raó, s'informarà la mare sobre l'antisèptic que ha d'utilitzar, sobre el temps d'utilització i sobre les normes que ha de tenir en compte. Així mateix, se li donaran les explicacions adequades sobre els efectes adversos que els productes iodats poden tenir sobre la tiroide del nadó. En la resta de situacions, dins l'àmbit de la perinatologia, s'ha d'eliminar o bé restringir-ne al màxim l'ús, i, en els casos que sigui imprescindible, s'ha d'utilitzar amb precaució i sense excessos d'aplicació.
- (3) Els usos més habituals als quals es refereix aquest apartat són: la col·locació de catèters, la presa de mostres en sang, les puncions lumbars, etc.
- (4) Aquesta opció és la més recomanable per a la desinfecció de la pell, abans de la punció lumbar, ja que en aquest cas no es pot utilitzar clorhexidina a causa de la seva toxicitat sobre les meninges.
- (5) L'alcohol iodat s'ha de deixar actuar durant un període d'1 a 2 minuts.
- (6) Cal realitzar estudis concloents per poder establir el mínim de temps que s'ha de deixar actuar la povidona iodada, abans de retirar-la amb alcohol, sense que es produeixi absorció perjudicial de iode i que mantingui el poder antisèptic en la pell.
- (7) Quan hagi passat el temps suficient, s'ha d'eliminar la resta d'aquest antisèptic de la pell, netejant-la amb cotó amarat d'alcohol de 70° i arrossegant, per 3 vegades i sempre en una mateixa direcció, les restes de iode de l'àrea pinzellada.

2. ANTISÈPTICS PER A LA MARE (1)				
DURANT EL PART (3)	CESÀRIA	CAMP QUIRÚRGIC	- CLORHEXIDINA ALCOHÒLICA AL 0,5% o bé - POVIDONA IODADA + (neteja amb) ALCOHOL DE 70° (2) (6) (7) o bé - ALCOHOL IODAT (a l'1%) + (neteja amb) ALCOHOL DE 70° (2) (4) (5) (7)	
			PART VAGINAL	TACTES VAGINALS
	BOSSES TRENCADES EN EL PRETERME - POVIDONA IODADA 4% (2)			
		CAMP PERINEAL	- CLORHEXIDINA AQUOSA AL 0,05% (Preparació estèril) o bé - POVIDONA IODADA (2)	
DURANT EL POST-PART	- NETEJA (AMB SABÓ NEUTRE) + MANTENIR LA PELL SECA			

OBSERVACIONS A TENIR EN COMPTE SOBRE LES OPCIONS PROPOSADES PER A LA MARE

- (1) Cal que en els centres hospitalaris maternals es disposi d'un protocol per escrit sobre les condicions d'ús i de manipulació a tenir en compte per tal de preservar les condicions idònies de l'antisèptic que s'utilitzi. L'esmentat protocol haurà d'estar a disposició de tot el personal que intervingui en la preparació, manteniment i aplicació.
- (2) Amb precaució i sense excessos d'aplicació. Caldria protocol·litzar-ne la utilització, tenint en compte si la mare té previst donar lactància materna al seu fill, per tal de preveure l'efecte que podria tenir l'eliminació de iode a través de la llet i la potencial afectació de la tiroide del nou-nat, a través d'aquesta via.
- (3) S'ha de tenir en compte que per a l'antisèpsia de la pell, abans de la punció lumbar, no s'ha d'utilitzar clorhexidina a causa de la seva toxicitat per a les meninges.
- (4) Aquesta opció és la més recomanable per a la desinfecció de la pell, abans de la punció lumbar, ja que en aquest cas no es pot utilitzar clorhexidina a causa de la seva toxicitat sobre les meninges.
- (5) L'alcohol iodat s'ha de deixar actuar durant un període d'1 a 2 minuts.
- (6) Cal realitzar estudis conclouents per poder establir el mínim de temps que s'ha de deixar actuar la povidona iodada, abans de retirar-la amb alcohol, sense que es produeixi absorció perjudicial de iode i que mantingui el poder antisèptic en la pell.
- (7) Quan hagi passat el temps suficient perquè actuï l'antisèptic iodat, s'ha d'eliminar la resta de iode de la pell, netejant-la amb cotó amarat d'alcohol de 70° i arrossegant, per 3 vegades i sempre en una mateixa direcció, les restes de iode de l'àrea pinzellada.

Tot seguit es fa una relació dels professionals (obstetres, farmacèutics, neonatòlegs, etc.), que han participat en representació del seu hospital, i que van ser triats per la direcció de cada centre.

PARTICIPANTS EN LA REUNIÓ (maig 1997)

Romà Baraibar. Institut Universitari Dexeus. Barcelona. Jaime Pérez del Pulgar Roig. Centre Mèdic Teknon. Barcelona. M. Cinta Gamundi. Centre Ntra. Sra. del Pilar. Barcelona. Juan Oller Daurella. Centre Mèdic Delfos, SA. Barcelona. Jamil Ajramú. H. Sagrat Cor-Quinta de Salut l'Aliança. Barcelona. Carmen Lacasa Dial. H. de Barcelona. Barcelona. Francesc Carmona Herrera. H. Clínic i Provincial de Barcelona. M. Antònia Carceller Cendra. H. Casa de Maternitat. Barcelona. Marcela Mas Cuadrado. C. Mèdic St. Jordi de St. Andreu, SA. Barcelona. Núria Pinant. H. Maternoinfantil Vall d'Hebron. Barcelona. Concepción Barroso. H. Maternoinfantil Vall d'Hebron. Barcelona. Juan Segala Martín. H. Maternoinfantil Vall d'Hebron. Barcelona. Carme Fàbrega Bosacoma. H. de St. Joan de Déu. Barcelona. Juan Altimiras. H. General de Catalunya. St. Cugat del Vallès. Dolors Comas. H. General de Catalunya. St. Cugat del Vallès. Maria Canals Morta. Consorci Hospitalari del Parc Taulí. Sabadell. Rosa Martorell Albareda. Hospital de Terrassa. Terrassa. Rafael Albertí Valmaña. H. de Sant Jaume. Calella. Assumpta Colomer Llac. H. General de Vic. Vic. Teresa Arranz. H. Comarcal. Vilafranca del Penedès. Albert Puig Menen. H. de la Creu Roja. L'Hospitalet de Llobregat. Encarna Martínez. Consarci Sanitari de Mataró. Mataró. M. Queralt Gorgas Torner. H. de Sant Bernabé. Berga. Elena Estivill. H. de Sant Boi. Sant Boi de Llobregat. Joan Bel. H. de Badalona Germans Trias i Pujol. Badalona. Pilar Giner. H. de Badalona Germans Trias i Pujol. Badalona. Xavier Buxó Massaner. H. de l'Esperit Sant. Sta. Coloma de Gramenet. Xantal Alabau Calvet. Quinta de Salut l'Aliança. Girona. Xavier Umbert. Quinta de Salut l'Aliança. Girona. Carlos Esporim. H. Provincial Sta. Caterina. Girona. Josep Sabrià Rius. H. de Girona Doctor Josep Trueta. Girona. Rafael Albertí Valmaña. H. St. Jaume. Calella. H. Comarcal de la Selva. Blanes. Elisenda Flotats Vidal. H. de Puigcerdà. Puigcerdà. Montserrat Carrera. Fundació St. Hospital. La Seu d'Urgell. Montserrat Vilanova. Fundació St. Hospital. La Seu d'Urgel. Helena Huguet Roca. H. Comarcal del Pallars. Tremp. Núria Cuny Pedarrós. Espitau Val d'Aran. Vielha e Mijaran. M. Dolors Borrell. Clínica Monegal. Tarragona. Palmira Solanch. H. de St. Pau i Sta. Tecla. Tarragona. Jaume Rosal Roig. H. de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa. Blanca Domènech Roman. Pius Hospital de Valls. Valls.

MESA COORDINADORA DE LA REUNIÓ (maig 1997)

Lluís Salleras (DSSS, director general de Salut Pública) Gonçal Lloveras (DGSP, director del Programa d'Alimentació i Nutrició). Ramon Prats (DSSS, director del Programa de Salut Maternoinfantil). Rosa Fernández (DSSS, Programa de Salut Maternoinfantil). Antoni Maya (Pla de detecció precoç de metabolopaties congènites de Catalunya). Enric Vicenç Calvet (Comissió de Seguiment de l'Hipotiroidisme Congènit). Neus Rams (SCS, Divisió d'Atenció Farmacèutica). Immaculada Torre (assessora de la Taula Coordinadora).

COMISSIÓ DE REDACCIÓ DEL DOCUMENT DE CONSENS (novembre 1997 - gener 1998)

Neus Rams (Servei Català de la Salut). Concepción Barroso (Hospital Vall d'Hebron). M. Antònia Carceller (Hospital Casa de Maternitat). Immaculada Torre (Institut Dexeus). M. Cinta Gamundí (Clínica del Pilar). Carmen Lacasa (Hospital de Barcelona. SCIAS). Carme Fàbrega (Hospital Sant Joan de Déu). Rosa Fernández (Departament de Sanitat i Seguretat Social).

Annex 11
Terminologia sobre transport perinatal
Equipament per al transport del nadó crític

1. Terminologia sobre transport perinatal

Existeix una gran varietat de terminologia en relació amb el transport, que sistematitzem a continuació.

1.1. Segons la procedència del malalt

- **Transport primari**

És el que es realitza des del lloc (no hospital) on es produeix l'emergència fins al centre hospitalari més pròxim, sempre que disposi de la capacitat estandarditzada per a la reanimació d'aquell malalt, a l'espera d'un transport secundari, si cal. És poc freqüent en patologia neonatal.

- **Transport secundari o interhospitalari**

És el que es realitza per transportar malalts que procedeixen d'un centre hospitalari a un altre, ja sigui:

- Per rebre unes atencions que no podien donar-li a l'hospital d'origen.
- Per ocupar un llit de cures intensives.
- Per a la pràctica de proves específiques.

1.2. Segons la participació dels hospitals en el transport

- **Transport unidireccional**, quan el centre emissor (CE) realitza el transport del nadó.
- **Transport bidireccional**, quan el centre receptor (CR) s'encarrega de realitzar el transport del nadó, i envia l'equip per recollir-lo.
- **Transport realitzat per una unitat especialitzada independent**, quan existeix un equip de personal, especialitzat en el transport del nadó críticament malalt, amb material i utilitat adequat, capaç de solucionar qualsevol problema que pugui presentar-se.

1.3. Segons el moment del transport

- **Transport intraúter o maternofetal**, quan es realitza abans del part.
- **Transport postnatal del nadó**, realitzat després del naixement.

1.4. Segons la urgència del transport

- **Transport urgent**

És aquell que es presenta de forma inesperada, ja sigui secundari al naixement d'un nadó en una maternitat de nivell inferior al necessari, o bé per la patologia que presenta el nen i/o la mare:

- Per rebre unes atencions que no poden donar-li a l'hospital d'origen.
- Per ocupar un llit de cures intensives.
- Per a la pràctica de proves específiques.

- **Transport neonatal programat**

Quan no ha estat possible el transport intraúter i la mare dona a llum en una maternitat que no pot fer-se càrrec dels problemes del nadó, el pediatre i l'obstetre de la maternitat contacten abans del naixement amb el centre coordinador del transport i/o el centre receptor, amb la finalitat d'escurçar el temps de resposta i participar, si s'escau, en l'estabilització prèvia del nadó.

És més eficaç que el transport urgent o inesperat, però té l'inconvenient que persisteix un transport per al nadó.

Sempre que sigui possible s'escollirà el transport intraúter.

1.5. Segons la finalitat del transport

- **Transport de derivació**

Quan la patologia del nadó o de la mare correspon ser atesa en un nivell hospitalari superior.

- **Transport de no derivació**

Quan el nadó ha de ser traslladat per realitzar determinades exploracions complementàries (RM, TC, etc.) o intervencions quirúrgiques específiques (ductus quirúrgic, trasplantament cardíac, etc.).

De vegades pot tractar-se d'un transport urgent.

Aquest tipus de transport habitualment requereix un altre transport posterior de retorn (quan s'hagin realitzat les exploracions o intervencions).

- **Transport de retorn**

Consisteix en el retorn al CE d'un nadó convalescent, des del centre on va necessitar cures intensives, un cop resolta la patologia aguda que en va motivar el trasllat o quan hagi assolit un pes i/o maduresa que en permetin el seguiment en el CE i abans de l'alta a casa seva.

1.6. Segons la patologia que presenti el nadó

- **Transport crític**, si hi ha un compromís vital per al nadó.
- **Transport no crític**, si no hi ha un compromís vital per al nadó.

En ambdues situacions, sempre ha de ser transportat per personal especialitzat.

2. Mitjans de transport

La selecció del mitjà de transport s'ha de realitzar sempre en funció de la disponibilitat, de la urgència, de la factibilitat i del temps, sense oblidar-ne el cost.

2.1. Ambulància terrestre

És el mètode de transport més utilitzat en el nostre medi.

- **Avantatges**

- Disponibilitat universal.

- Ambient adequat per a les cures intensives mòbils.

- Tan sols necessita dues transferències del malalt durant el viatge i té un cost relativament baix de manteniment.

- **Inconvenients**

- Temps de resposta llarg si la distància és important.
- Influenciable per les condicions de la carretera, el trànsit i la climatologia.
- El malalt pateix vibracions, acceleracions i desacceleracions brusques.

2.2. Helicòpter

- **Avantatges**

- Més ràpid en distàncies llargues.
- Idoni en situacions de col·lapse de la via terrestre.

- **Inconvenients**

- Necessita heliport, que si no està en el mateix hospital obligarà a múltiples transferències.
- Restriccions climatològiques.
- Els helicòpters tan sols són utilitzables des de la sortida del sol fins que es pon.
- Espai limitat.
- El soroll i la vibració poden interferir la vigilància.
- No hi ha capacitat de pressurització de la cabina, quan vola, per damunt de 1.000 metres del nivell del mar.
- El cost de manteniment és alt.
- Cal vigilar l'efecte de l'altitud sobre la pressió baromètrica i l'oxigenació quan es vola en zona pirinenca i prepirinenca (les malalties cardiopulmonars greus poden presentar hipòxia a grans altituds per reducció de la pressió parcial d'oxigen).

2.3. Avió

En el cas de trasllat de nadons des de i/o a altres comunitats autònomes, o països.

– Avantatges

- És ràpid per a distàncies molt llargues.
- Capacitat per volar per damunt de la zona de mal temps.
- Capacitat de pressurització de la cabina.
- Més capacitat per a cures intensives mòbils.

– Inconvenients

- El cost és alt.

- Llanterna, oftalmoscopi i otoscopi.
- Calculadora.
- Material fungible.
- Full assistencial del transport.
- Full de consentiment informat.
- Mitjans per a comunicacions.

3. Material recomanat per al transport del nadó crític

El material utilitzat per al transport ha d'estar inventariat i controlat, assegurant-ne sempre el funcionament correcte. Es disposarà del següent material, que és el que habitualment tenen el vehicles de transport de nadons crítics del SEM:

- Incubadora de cures intensives amb respirador incorporat i matalàs de buit.
- Capçal per administrar oxigen i mesurador.
- Monitor multiparàmetre portàtil i desfibril·lador amb bateria i pales neonatals.
- Sistema d'aspiració portàtil amb manòmetre.
- Maleta portàtil amb material de reanimació.
- Bombes de perfusió.
- Mesurador de glucèmia.
- Mesurador de l'equilibri acidobàsic (aconsellable).
- Nevera (per a medicació que necessiti refrigeració).

Annex 12
Activitats assistencials i educatives
durant el puerperi domiciliari

Activitats grupals postpart

1. Activitats assistencials i educatives durant el puerperi domiciliari

1.1. Activitats en la primera visita

Es realitza entre les 24-48 hores de l'arribada a casa. És important establir un contacte telefònic previ amb la dona per tal d'avaluar la necessitat percebuda d'aquesta visita i planificar el moment adequat per realitzar-la. Consisteix a:

- Informar-se sobre el curs del part i del postpart hospitalari.
- Valorar l'estat actual de la mare i el nadó, avaluant els signes de normalitat i derivant-los al professional adequat en el cas d'identificar signes o símptomes d'anormalitat.
- Observar les cures que fa la mare al nadó i la seva pròpia autocura, donant-li la informació necessària per tal que es duguin a terme d'una manera autònoma.
- Esbrinar el nivell d'informació i adaptació de l'entorn familiar a la nova situació.
- Potenciar l'autoestima de la mare.
- Donar pautes per facilitar la integració del nou membre a la unitat familiar.
- Observar i assessorar sobre la pràctica de l'al·lactament.
- Informar sobre dieta, hàbits de la mare i el nadó.
- Observar l'estat emocional de la mare i les seves preocupacions.
- Donar suport a la parella en l'adaptació dels seus rols com a pares.
- Valorar les condicions d'habitatge.
- Instaurar el pla de cures i el seguiment posterior.

- Registrar les dades en la fitxa de control del puerperi.

Es realitzarà només una visita de puerperi domiciliari en els casos en què la llevadora observa un bon estat general i no identifica problemes o la necessitat de seguiment dels consells i cures a implementar per part de la puèrpera. En aquest cas se seguirà el control del puerperi a la consulta.

1.2. Activitats en la segona visita

Es realitza a les 24-48 hores després de la primera visita, i consisteix a:

- Valorar el nivell de coneixements d'autocura i cures del nadó.
- Valorar l'adaptació al nou entorn.
- Observar i assessorar sobre la pràctica de l'al·lactament.
- Observar l'estat general del nadó i de la mare.
- Observar l'estat emocional de la mare i les seves preocupacions, informant-la de tots els aspectes que ajudin a disminuir les preocupacions.
- Reforçar la seguretat de la dona respecte a les cures del nadó.
- Valorar el seguiment del pla de cures iniciat en la primera visita.
- Registrar les dades.

1.3. Activitats en la tercera visita

Es realitza a les 24-48 hores de la segona visita en funció de les necessitats observades, i consisteix a:

- Observar, comprovar i valorar el grau d'autonomia assolit per la mare.
- Valorar l'estat actual de la mare i del nadó.
- Concertar una visita postpart amb el PSAD-ASSIR.

- Informar sobre mètodes contraceptius i del Servei de Planificació Familiar, i facilitar un mitjà contraceptiu, si cal.
- Registrar les dades.

Si només es realitzen dues visites al domicili, els paràmetres que es valoren en la tercera visita es faran en la segona visita. I es continuarà el control del puerperi a la consulta.

1.4. Activitats en el puerperi domiciliari enfocades a la mare

Activitats assistencials	
Paràmetres	Observació/control
Controls vitals	<ul style="list-style-type: none"> • Pols, TA, temperatura
Involució uterina	<ul style="list-style-type: none"> • 4t-5è dia postpart: palpació 2 dits per sota del melic • 10è dia postpart: per sota la simfisi púbica • Úter de consistència dura • Presència o absència de torçons
Loquis	<ul style="list-style-type: none"> • > 3r dia: inferiors a una menstruació • Olor característica
Perineu i episiorràfia	<ul style="list-style-type: none"> • Avaluar presència de dolor (facilitar una bona analgèsia) • Descartar la presència d'hematomes, infecció, hemorroides i dehiscència d'episiorràfia
Ferida quirúrgica (cesària)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaluar presència de dolor (facilitar una bona analgèsia) • Descartar la presència d'hematomes, infecció, seromes i dehiscència de la ferida quirúrgica. Aplicar cures en cas de ferida oberta
Mames (alletament)	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar la presència de clivelles, ingurgitació, tumefacció, dolor, i avaluar l'estat del mugró • En les dones que alletin és útil observar una presa per rectificar malposicions, en cas d'haver-n'hi (vegeu annex 9)
Extremitats inferiors	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar presència d'edemes, dolor o altres signes indicatius de tromboflebitis
Hàbit miccional	<ul style="list-style-type: none"> • Micció regular sense molèsties ni incontinència
Hàbit intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperar el patró d'eliminació intestinal previ a l'embaràs i potenciar actuacions afavoridores de l'eliminació intestinal
Estat emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar les modificacions habituals en aquesta etapa per intentar detectar aquelles situacions que s'allunyen de la normalitat

Activitats educatives	
Paràmetres	Informació
Alimentació	<ul style="list-style-type: none"> Alimentació equilibrada, variada i normocalòrica que permeti la recuperació de la mare
Higiene	<ul style="list-style-type: none"> Informar sobre els hàbits higiènics i establir pla de cures
Recuperació física	<ul style="list-style-type: none"> Promoure la realització d'exercicis progressius que facilitin la recuperació del to muscular del perineu, la columna i la circulació en les extremitats inferiors
Repòs i son	<ul style="list-style-type: none"> Establir uns mínims que permetin la recuperació física i psíquica materna
Relacions sexuals/contraccepció	<ul style="list-style-type: none"> Donar consells que facilitin el restabliment d'aquestes relacions i facilitar l'elecció del mètode contraceptiu adequat
Continuïtat assistencial	<ul style="list-style-type: none"> Recordar i facilitar la continuïtat en noves visites domiciliàries o a la consulta i derivació al programa del nen sa

1.5. Activitats en el puerperi domiciliari enfocades al nadó

Activitats assistencials	Activitats educatives
Paràmetres	Paràmetres
Valoració de l'estat general	Alletament
Cura del melic	Control de pes
Observació de la coloració	Deposicions
Exploració anogenital	Còlic
Valoració d'hàbits intestinals i miccionals	Higiene
Valoració del creixement i corba de pes	Cura del melic
Alimentació i reflex de succió	Conducta del nadó
Valoració d'activitat en repòs	Signes d'alarma
Control d'higiene general	Carnet de salut
Valoració del tractament, si cal	Vacunacions
	Control pediàtric

2. Activitats grupals postpart

Es pot oferir aquesta activitat grupal durant el puerperi. Es tracta d'una activitat educativa enfocada a la parella que inclou assessorament i treball corporal de recuperació física de la dona. Aquesta activitat forma part de la cartera de serveis del PSAD-ASSSIR, i generalment es realitza en els CAP.

En el cas que es porti a terme, s'ha d'informar la gestant sobre els objectius d'aquesta activitat ja en la consulta de seguiment de l'embaràs, durant el curs de preparació per al part (grups d'educació maternal), durant l'ingrés hospitalari postpart, i finalment a la primera visita en el puerperi domiciliari i també a la primera visita en la consulta pediàtrica.

Aquests grups poden ser oberts o tancats i la incorporació hauria de ser lliure, quan les parelles en sentin la necessitat. La durada sol ser d'unes dues hores un cop per setmana. El nombre de setmanes dependrà de qüestions organitzatives, i es recomana un mínim de cinc sessions. Seria idònia la col·laboració de l'equip de pediatria, per la seva aportació específica al grup de postpart.

El contingut d'aquesta activitat grupal inclou informació i assessorament en aspectes relacionats amb la mare i el nadó.

2.1. Assessorament en aspectes relacionats amb la mare

- Donar informació sobre l'alimentació adequada durant la lactància i el postpart.
- Potenciar l'autoestima de la mare.
- Implicar i responsabilitzar la parella en la cura del nadó.
- Donar suport a la parella en el reajustament dels seus rols com a pares.
- Ajudar la parella en l'adaptació i la integració del nadó en la unitat familiar.
- Reflexionar sobre la importància de l'afectivitat de la parella i amb el nadó.

- Donar elements per facilitar el manteniment de les relacions afectives en la parella.
- Donar informació sobre l'inici de les relacions sexuals.
- Fer consideracions sobre la freqüència en els canvis d'estat ànimic de la parella en aquesta etapa i donar elements per millorar-ne la vivència.
- Fer reflexions sobre la necessitat d'establir una bona relació amb l'entorn: parella, amics, família, altres fills, etc.

2.2. Assessorament en aspectes relacionats amb el nadó

- Valorar la interiorització de la informació sanitària rebuda, complementar-la i donar pautes sobre signes d'alarma i consells de puericultura, adaptant-se a la situació particular de cada parella.

2.3. Treball corporal postpart

Es tracta d'exercicis físics específics per compensar les modificacions que s'han produït en el cos de la dona durant l'embaràs, part i postpart, amb l'objectiu de:

- Facilitar la recuperació del to muscular del perineu i la columna.
- Facilitar la circulació en les extremitats inferiors.
- Facilitar tècniques de recuperació física.
- Facilitar tècniques de relaxació.

Alguns exercicis del treball corporal postpart es poden realitzar conjuntament amb el nadó.

Annex 13
La història clínica hospitalària perinatal

És de gran importància clínica i legal disposar d'informació, tan completa com sigui possible, de tot el procés d'embaràs, part i puerperi, així com de l'estat del nadó en néixer i durant els primers dies de la seva vida extrauterina.

En aquest annex es fa una relació de tota la informació que cal obtenir i de la seva ordenació en la història clínica. La informatització de la informació, o si més no la protocol·lització i el disseny de formularis adients, permet disposar d'una bona documentació i en facilita l'anàlisi posterior.

La història clínica perinatal és un qüestionari sistematitzat sobre els aspectes passats i presents relacionats amb la salut de l'embarassada i les circumstàncies del seu entorn, el curs de l'embaràs, el part, el puerperi, l'estat del nadó en néixer i en els primers dies de la seva vida.

La finalitat d'aquesta història hospitalària perinatal és registrar tota la informació al voltant del naixement, de forma clara i inequívoca, i posar-la a l'abast del personal sanitari que intervindrà i tindrà cura de la mare i del nadó durant tot el procés del part i puerperi. També és molt útil per a l'obtenció d'indicadors de salut perinatal que en possibilitaran l'anàlisi amb finalitats estadístiques i de recerca.

És aconsellable obrir una nova història clínica obstètrica en l'ingrés de cada part, ja que alguns apartats hauran canviat, en el cas d'haver-hi gestacions anteriors ateses en el mateix hospital.

És de cabdal importància la bona coordinació entre l'hospital i l'atenció primària per tal d'intercanviar informació, preferiblement per mitjans informàtics, i així evitar duplicitat d'apartats, preguntes a l'embarassada i exploracions ja realitzades, etc., durant el seguiment de l'embaràs. Aquest apartat ha estat a bastament tractat en el *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*, en el cap. 1, apt. 2.1, pàg. 37, i ens hi remetem.

La història clínica ha de complir el requisits següents:

- Estar correctament identificada i ordenada.
- Ser clara i intel·ligible.
- Ser concisa però completa.

- Constituir un guió de l'interrogatori i de les accions a desenvolupar.
- Garantir els drets de confidencialitat i intimitat.
- Possibilitar l'explotació estadística de les dades contingudes.
- Complir els requisits legals.

1. Apartats de la història clínica hospitalària perinatal

1.1. Dades generals i antecedents

- Antecedents familiars: malalties hereditàries.
- Antecedents personals: malalties, intervencions, medicació actual, al·lèrgies, transfusions, addicció al tabac, alcohol o drogues.
- Antecedents ginecoobstètrics: menarquia i tipus menstrual, paritat, evolució de les gestacions anteriors (duració, complicacions, tipus de part, intervencions obstètriques, pes, sexe i evolució del nadó, lactància).
- Analítiques i ecografies: grup sanguini i factor Rh, hemograma, test d'O'Sullivan, serologies de lues, HBsAg i HIV, cultiu vaginal. Ecografia de cribratge de malformacions congènites en el segon trimestre. Biometries normals en el tercer trimestre.

1.2. Dades bàsiques del seguiment de l'embaràs actual

Seria desitjable que els sistemes informàtics i la bona coordinació facilitessin l'accés immediat des de l'hospital a la història clínica de l'atenció primària. Però, mentre això no sigui possible en tots els casos, es tindrà en compte que la informació bàsica del seguiment de l'embaràs es pot obtenir del carnet de l'embarassada que tota dona hauria de portar, i del traspàs d'informació entre el centre d'atenció primària i l'hospital maternal que tinguin establert, per tal de facilitar la continuïtat en l'assistència.

En tot cas, la informació bàsica que s'ha d'enregistrar és la següent:

- DUR (data de l'última regla).
- DUR corregida (a partir d'una exploració ecogràfica practicada preferentment en el primer trimestre de l'embaràs, sempre que la diferència entre l'edat gestacional, calculada a partir d'aquesta, i la de la DUR sigui igual o superior a una setmana).
- Curs de la gestació actual: nombre de visites realitzades, resultats de les analítiques i de les ecografies de rutina, símptomes de l'embaràs i dades de qualsevol patologia que s'hagi detectat.
- Duració de la gestació en setmanes completes i dies (calculada a partir de la DUR corregida mitjançant ecografia).

1.3. Classificació del risc: reavaluació actualitzada del risc

- Classificació del risc de l'embaràs segons el *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya* (risc baix, mitjà, alt o molt alt) i del part (vegeu cap. IV d'aquest protocol).
- Factor o factors de risc que han condicionat aquesta classificació.
- Complicacions previsibles en el procés de part.
- Condicions que ha de tenir l'hospital per atendre aquest part amb garanties per a la salut de la mare i del nadó (vegeu cap. IV).
- Especificació del nivell hospitalari on s'ha de derivar la gestant per al part (vegeu cap. IV).

1.4. Pla de naixement

Es tracta d'enregistrar els aspectes referents a les expectatives que la dona i la parella tenen respecte a la vivència del naixement del fill/a. El pla de naixement s'ha de preparar durant la primera visita a l'hospital, ha d'estar basat, d'una banda, en la informació per part de l'obstetre/a i llevador/a respecte

a la situació en què es troba la gestació i les possibilitats de l'hospital maternal on es proposa que tingui lloc el part, i, d'altra banda, en el diàleg amb la dona i la parella perquè expressin els seu desitjos, temors, expectatives, etc., relacionats amb el part (annex 1).

En tot cas, el pla de naixement ha de recollir informació de si:

- S'ha explicat a la dona de manera entenedora i suficient la classificació del risc del seu embaràs, les complicacions previsibles i les alternatives disponibles: sí, no (motius en cas negatiu).
- S'ha explicat de manera clara i entenedora els serveis, condicions i normes que té l'hospital on tindrà lloc el part: sí, no (especificar-ho).
- S'ha acordat el tipus de part que es realitzarà. S'han d'especificar les condicions concretes que es tindran en compte (acompanyants, posició, anestèsia-analgèsia, alletament, etc.): sí, no (especificar-ho).
- S'ha ensenyat a la dona l'espai físic on tindrà lloc la dilatació, el període expulsiu, l'estada postpart: sí, no (motius en cas negatiu).
- S'ha informat de manera entenedora sobre el moment en què ha d'acudir a l'hospital per al part: sí, no (motius).
- Se li han facilitat els noms, adreces, telèfons que pugui necessitar en cas d'urgència: sí, no (especificar-ho).
- Hi ha consentiment informat: sí, no (motius).

1.5. Dades de l'ingrés en curs de part

- Motiu de l'ingrés.
- Data i hora de l'ingrés.
- Data i hora de l'última ingesta d'aliments.
- Forma d'iniciar-se el part: (espontani, inducció, cesària electiva).

- Constants maternes (pols, temperatura corporal, tensió arterial materna).
- Edemes.
- Proteïnúria.
- Freqüència cardíaca fetal en batecs per minut.
- Situació, presentació, posició del fetus i el grau d'encaixament.
- Descripció del grau d'esborrament cervical, de la consistència, de la posició i de la dilatació cervical.
- Valoració clínica de la pelvis femenina: apta per al part, probable desproporció pelvifetal.
- Dinàmica uterina: nombre i duració de les contraccions en un període de 10 minuts.
- Data i hora de l'amniorrexi i si és espontània o artificial, així com l'aspecte del líquid amniòtic per amnioscòpia o amniorrexi: clar, verd, meconi, hemàtic, pudent, altres.
- Pronòstic (nivell de risc basat en la valoració de les exploracions i proves complementàries en el moment de l'ingrés en curs de part).
- Tipus d'anestèsia (local, peridural, intradural, endovenosa, general, altres) i quan s'aplica cadascuna d'elles.
- Tipus de part: espontani, fòrceps, ventosa, espàtules (fent constar en cadascun d'ells les condicions d'aplicació, en especial l'alçada i la posició de la presentació), ajut manual en natges, gran extracció de natges, versió i gran extracció de natges, cesària, extramurs. En el cas d'emprar més d'un instrument o procediment, en un mateix fetus, en aquest apartat únicament es consignarà l'últim aplicat, o el més resolutiu, i els altres utilitzats es detallaran a l'apartat d'ampliació de dades. S'ha d'especificar el tipus de part de cada fetus en les gestacions múltiples.
- En cas d'instrumentació vaginal: indicació.
- Indicació en cas de cesària realitzada durant el treball de part, o no electiva, i si és urgent.
- Indicació en el cas de cesària electiva o realitzada abans de l'inici del part.
- Descripció de la intervenció, tant per cesària com vaginal (tipus d'incisió cutània i tipus d'incisió uterina i si s'han produït esquinçaments o altres complicacions).
- Pràctica d'una episiotomia profilàctica: sí, no.
- Deslliurament: espontani, dirigit, manual.

1.6. Dades de l'evolució del part

- Data i hora de l'entrada a la sala de parts.
- A l'ingrés, periòdicament i abans de qualsevol intervenció es farà constar:
 - Encaixament de la presentació fetal.
 - Varietat de la posició de la presentació fetal, en relació amb la pelvis materna. Únicament del primer fetus en les gestacions múltiples.
 - Evolució de les característiques del coll uterí i dilatació (en el moment de l'entrada a la sala de parts en els parts espontanis, en el moment d'aplicar la instrumentació en els parts vaginals instrumentats o en el moment d'indicació de la cesària en les cesàries realitzades durant el treball de part o no electives.

1.7. Dades del nadó

En el cas de parts múltiples, cal especificar totes les dades per a cadascun del nadons.

- Cognoms del nadó.
- Sexe del nadó.

- Data i hora del naixement.
- Índex d'Apgar al 1r minut i als 5 minuts.
- Pes en grams.
- Talla en cm.
- pH de l'artèria del cordó umbilical (si s'ha determinat).
- Rh del nadó en el cas de mare Rh negativa.
- Maniobres de reanimació: aspiració nasofaríngea, aspiració gàstrica, aspiració traqueal, ventilació amb mascareta d'ambu, intubació, massatge cardíac, cateterisme umbilical. No són excloents entre elles.
- Circulars del cordó umbilical i anomalies del cordó.
- Distòcia d'espatlles: sí, no.
- Profilaxi ocular, i amb vitamina K: sí, no.
- Expulsió de meconi i micció espontània: sí, no.
- Realització del protocol d'identificació del nadó?: sí, no, cognoms i nom del professional sanitari que realitza el procediment d'identificació.
- Revisió pel pediatre: sí, no; data, hora i nom del pediatre en cas afirmatiu i motiu en cas negatiu.
- Realització de les proves de detecció precoç de metabolopaties?: sí, no, i motiu en cas negatiu.
- En el cas de mare HBsAg+, immunització del nadó contra l'hepatitis B?: sí, no, i motiu en cas negatiu.
- Ingress del nadó a Pediatria: sí, no, i motiu en cas afirmatiu.
- Tipus de mort: abans del part, intrapart, postpart.
- Causa probable de la mort (preferiblement, codificada amb el CIM-9-MC).
- Realització de necròpsia: sí, no, i en cas afirmatiu diagnòstic.
- Presència de malformacions: sí, no, i en cas afirmatiu descripció (preferiblement, codificada amb el CIM-9-MC).
- Presència de traumatismes: sí, no, i descripció en cas afirmatiu.
- La mare ha vist i agafat el seu fill: sí, no.
- El pare ha vist i agafat el seu fill: sí, no.
- Cognoms, nom i número de col·legiat del professional sanitari que signa el certificat de naixement i/o defunció.

1.8. Dades del puerperi hospitalari

- Controls durant les 2 primeres hores de la tensió arterial, pols, temperatura i pèrdua hemàtica (anotar en full tabulat cada 30 minuts), i també de la micció, i de l'aplicació de medicacions.
- Complicacions del puerperi que requereixen tractament mèdic: sí, no, i en cas afirmatiu especificar les patologies i tractaments mèdics efectuats, ambdós preferiblement codificats amb el CIM-9-MC.
- Complicacions del puerperi que requereixen tractament quirúrgic: sí, no, i en cas afirmatiu especificar les patologies i tractaments quirúrgics efectuats, ambdós preferiblement codificats amb el CIM-9-MC.
- Transfusió de sang, o derivats, durant el part o puerperi: sí, no, i en cas afirmatiu tipus d'hemoderivat administrat i nombre d'unitats.
- Alletament del nadó: natural, artificial, mixta.

En cas de mort fetal:

- Data i hora de la mort.

- Inhibició farmacològica de la lactància materna: sí, no, i motiu en cas afirmatiu.
- Administració de gammaglobulina anti-D en mare Rh negativa i nadó Rh positiu o desconegut: sí, no.
- En el cas de mort materna: data, hora, causa probable (preferiblement, codificada amb el CIM-9-MC), resultat de la necròpsia si es practica, cognoms, nom i número de col·legiat del metge que signa el certificat de defunció.
- Data i hora de l'alta mèdica.
- Número d'història clínica o, si no n'hi ha, DNI o passaport.
- Edat de la partera.
- Setmanes de gestació.
- Fórmula obstètrica.
- Tipus de part: vaginal o cesària.
- Presentació fetal: cefàlica, podàlica, transversa (de cada nadó en les gestacions múltiples).
- Data i hora del part (de cada nadó en les gestacions múltiples).

2. El partograma

L'evolució del part quedarà reflectida en el partograma, que consisteix en un full quadriculat (cada quadre petit correspon habitualment a 10-15 minuts) que permet la representació gràfica de l'evolució, durant el curs del part, de la freqüència cardíaca fetal, dinàmica uterina, descens i posició de la presentació, dilatació i condicions de la cèrvix uterina, constants maternes, controls fetals (pH, etc.), administració d'analgèsics i medicaments, incidències i anotacions diverses. El partograma s'inicia en el moment de l'entrada de la partera a la sala de dilatació i finalitza en el moment del part.

El registre tococardiogràfic constitueix un element que moltes vegades s'afegeix a la documentació de l'evolució del part; que complementa el partograma però no el substitueix.

3. El llibre de parts

Tot i que s'empenin correctament els fulls d'història clínica del part, en format paper o electrònic, és molt convenient, atesa la transcendència legal del procés del part, disposar d'un llibre de parts (ubicat a la mateixa sala de parts), on s'anotaran les dades mínimes següents:

- Número d'ordre correlatiu per a cada part.
- Cognoms i nom de la partera.

- Pes del nadó (de cada nadó en les gestacions múltiples).
- Sexe del nadó (de cada nadó en les gestacions múltiples).
- Apgar al 1r i 5è minut de vida (de cada nadó en les gestacions múltiples).
- Cognoms del nadó.
- Destí del nadó (de cada nadó en les gestacions múltiples).
- Destí de la mare.
- Registre de mortalitat perinatal (abans del part, intrapart i postpart).
- Registre de mortalitat materna (abans del part, intrapart i puerperi).
- Nom del professional sanitari que assisteix el part.

4. L'informe d'alta hospitalària

- Dades administratives.
- Data d'ingrés.
- Data del part.
- Característiques bàsiques de l'embaràs.

- Característiques bàsiques del part.
- Característiques bàsiques del nadó.
- Dades sobre l'alletament.
- Dades bàsiques sobre el puerperi hospitalari.
- Diagnòstics i procediments utilitzats.
- Recomanacions i tractaments prescrits.
- Data en la qual haurà d'acudir per a la revisió puerperal i lloc.
- Adreces i telèfon que podrà utilitzar si necessita atenció.

5. El carnet de l'embarassada

S'ha d'emplenar en tots els seus apartats, tenint en compte que és el document que quedarà en poder de la dona com a resum de les dades més rellevants del seguiment del seu embaràs, així com del part i puerperi.

6. El carnet de salut infantil

S'han d'enregistrar en aquest document, que quedarà en poder de la mare, les primeres dades del nadó, i recomanar-li que el porti sempre a les visites del pediatre fins que el nen/a tingui 14 anys, ja que aquest carnet resumeix i anirà acumulant en el futur les dades més rellevants de la història clínica del nen/a.

Annex 14
Nivells hospitalaris:
serveis d'obstetrícia i neonatologia

1. Classificació per nivells dels serveis hospitalaris d'atenció obstètrica i neonatal

La regionalització de l'atenció hospitalària al part segons el grau de risc i el transport perinatal són imprescindibles dins d'un sistema sanitari ben organitzat, i per això és necessari establir uns nivells hospitalaris segons els serveis que poden prestar i les responsabilitats que es poden assumir a cada centre.

L'European Network for Perinatal Transport (EUROPET) va estudiar aquesta qüestió a nivell europeu i va acordar la classificació dels nivells hospitalaris en quatre grups. Aquesta classificació diferencia entre hospital de nivell 0, hospital de nivell I, hospital de nivell II i hospital de nivell III, i és la que s'ha considerat més adient per aplicar a la nostra xarxa hospitalària obstètrica i neonatal.

Per tal de fer operativa aquesta classificació, s'especifiquen tot seguit els serveis que pot prestar cadascun dels nivells hospitalaris, tant pel que fa a l'atenció obstètrica com a l'atenció neonatal. S'especifica també l'estructura física, l'equipament, el personal, així com els horaris i sistemes de coordinació amb altres unitats que han de tenir tant els serveis d'obstetrícia com els de neonatologia per a cadascun dels nivells d'hospital maternal a Catalunya.

1.1. Hospital maternal de nivell 0

El nivell hospitalari 0 és el que no aconsegueix els mínims del nivell I, en tots o en algun dels seus apartats.

Aquest nivell 0 no està autoritzat per atendre parts. La raó principal és que el part de baix risc, igual que l'embaràs de baix risc, són situacions dinàmiques, ja que al voltant d'un 25% de les complicacions apareixen en les gestacions que s'han etiquetat com de baix risc (vegeu pàg. 99 del *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*).

1.2. Hospital maternal de nivell I

Té una unitat perinatal capacitada per a l'assistència a parts de risc baix i mitjà i l'atenció a nadons normals.

Les característiques d'estructura, equipament, personal, etc., que s'especifiquen són les que ha de tenir com a mínim un centre sanitari per atendre parts en el nostre sistema sanitari.

1.2.1. Serveis que pot prestar l'hospital maternal de nivell I

- Assistència a parts de risc baix i mitjà.
- Atenció a nadons normals i prematurs de 35-36 setmanes de gestació estables, i sense complicacions.
- Reanimació immediata i estabilització de la mare i del nadó amb problemes, mentre es gestiona el seu trasllat a un hospital de nivell superior.
- Atenció prolongada al nadó que necessiti alguna cura especial, però que no es consideri necessari traslladar-lo a un nivell hospitalari superior.
- Previsió de la continuïtat assistencial, de la dona i del nadó, després de l'alta.
- Promoció de la salut.

1.2.2. Estructura física que ha de tenir l'hospital maternal de nivell I

L'àrea física ha de ser suficient per a l'activitat que s'hi desenvolupa, així com el nombre de llits i bressols.

Totes les estructures estaran d'acord amb els estàndards d'autorització establerts.

1.2.2.1. Àrea de dilatació

- Sala que disposi de llit, lavabo i equip per a control matern i monitoratge fetal.

1.2.2.2. Àrea de parts

- Sala o sales de parts, una d'elles preparada de forma adequada per atendre el part natural no medicalitzat (vegeu annex 4).
- Quiròfan per a cesàries.
- Zona d'atenció al nadó normal, que permeti la seva atenció i identificació, la situació de la qual impedeixi la possibilitat d'intercanvis entre nadons (vegeu annex 7).
- Zona de reanimació per a mares i nadons (tant a la sala de parts com a la sala quirúrgica per a cesàries).

1.2.2.3. Àrea d'hospitalització obstètrica (prepart i postpart)

- Habitacions suficients segons estàndards d'acreditació establerts.
- Habitacions condicionades per a l'estada conjunta del nadó amb la seva mare durant l'estada hospitalària (*rooming-in*).
- Àrea de cures especials per a nadons:
 - Ha d'existir una àrea amb les condicions necessàries per a l'estada i cures mínimes d'aquells nadons amb problemes especials durant els dies d'ingrés postpart, o bé s'han de poder aplicar a l'habitació de la mare.
 - S'ha de disposar d'una zona i del material necessari per realitzar reanimació neonatal de forma adequada, i per estabilitzar nadons en espera del trasllat a un nivell hospitalari superior.
 - També s'ha de disposar d'una zona per als nadons que per diferents motius no poden ser atesos de forma continuada amb la mare.

1.2.3. Equipament que ha de tenir l'hospital maternal de nivell I

Totes les instal·lacions estaran d'acord amb els estàndards d'acreditació establerts.

Es disposarà de suficients punts (càlcul segons la capacitat d'activitat) per cobrir totes les necessitats d'oxigen, aire, buit i endolls elèctrics.

1.2.3.1. Equipament de l'àrea de parts de nivell I

- Taula de parts.
- Equipament i utilitatge necessari per atendre el part de risc baix o mitjà.
- Monitor fetal.
- Bomba de perfusió.

1.2.3.2. Equipament de la sala quirúrgica per a cesàries de nivell I

- Equipament estàndard d'un quiròfan, amb taula on es puguin fer parts vaginales instrumentats i revisions postpart. I també l'àrea d'esterilització corresponent.
- Equipament i utilitatge necessari per a la vigilància i reanimació materna i fetal.
- Bressol de calor radiant (amb equip per a reanimació neonatal, possibilitat d'accés i circulació de persones i de l'equipament de reanimació).
- Incubadora d'espera de transport, amb ventilador neonatal.

1.2.3.3. Equipament de serveis complementaris de nivell I

- Dipòsit de farmàcia.
- Laboratori que sigui capaç de realitzar les proves de:
 - (grup sanguini i factor Rh, test de Coombs directe, hemograma, fórmula leucocitària, glucèmia, bilirubinèmia, calcèmia, proteïna C reactiva, equilibri acidobàsic).
- Servei d'ecografies suficient.
- Disponibilitat de diagnòstic per la imatge.
- Possibilitat de disposar de sang les 24 h.

1.2.4. Personal que ha de tenir l'hospital maternal de nivell I

- Metge de guàrdia (presència física les 24 h).
- Obstetres/a i llevadors/a (localitzable*).
- Anestesiòleg/òloga (localitzable*).
- Imprescindible la presència física en el part de professional sanitari capacitat en reanimació del nadó.
- Un ajudant quirúrgic per a l'obstetres (localitzable*).
- Pediatres/a (localitzable*).
- Personal d'infermeria suficient, per a cures del nadó amb problemes.
- Personal de suport suficient (auxiliars d'infermeria etc.).

(*) Localitzable = Quan es pot garantir que estarà present en un temps inferior a 30 minuts.

1.2.5. Horaris i coordinació de l'hospital maternal de nivell I

- El servei d'atenció obstètrica i neonatal de nivell I ha d'estar disponible les 24 hores.
- Ha d'haver-hi un protocol escrit a seguir per al trasllat de la gestant, puèrpera, o nadó a un nivell hospitalari superior en cas de necessitat.
- Coordinació protocol·litzada amb laboratori amb banc de sang, per cobrir les possibles necessitats.
- Sistema protocol·litzat de coordinació amb l'atenció primària (PSAD/ASSIR).

1.3. Hospital maternal de nivell IIA

El nivell IIA té una unitat perinatal capacitada per a l'assistència de parts de risc alt que no necessitin

coordinació amb altres especialitats, així com per a l'assistència a nadons normals i/o prematurs no greus (> 32 SG o > 1500 gr de pes), que gairebé només requereixen guanyar pes.

Disposa de Servei d'Obstetria i unitat de cures intermèdies neonatals.

1.3.1. Serveis que pot prestar l'hospital maternal de nivell IIA

A més a més dels que corresponen al nivell I, haurà de prioritzar:

- Assistència als parts de risc alt que no necessitin coordinació amb altres especialitats medicoquirúrgiques.
- Atenció als nadons sans i patològics següents:
 - Prematurs entre >32 SG i >1500 g de pes en néixer.
 - Nadons malalts no greus, amb problemes que s'espera que es resolguin ràpidament i sense necessitat d'altres especialistes.
 - Pot tractar nadons amb ventilació mecànica per breus períodes de temps (24 h aprox. com a criteri orientatiu).
 - Nadons convalescents, després del trasllat de retorn des d'UCIN.
- Previsió de la continuïtat assistencial quan siguin donats d'alta, tant la dona com el nadó.
- Docència (concertada amb centre hospitalari de nivell III per a l'estada a l'UCI).
- Promoció de la salut.

1.3.2. Estructura física que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIA

A més a més de l'estructura mínima que correspon al nivell I, ha de disposar de:

1.3.2.1. Unitat de reanimació i cures intermèdies neonatals

Unitat de neonatologia capacitada per donar suport respiratori per períodes breus (< 24 h. aprox. com a criteri orientatiu).

1.3.2.2. Serveis complementaris

- Raigs X i ecografia general les 24 hores del dia.
- Servei de farmàcia.
- Banc de sang (o bé dipòsit de sang adequadament coordinat amb banc de sang).
- Laboratori d'urgències les 24 hores del dia.

1.3.3. Equipament que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIA

A més a més del que s'ha especificat per al nivell I, el nivell II ha de disposar de:

- Ecografia d'alta resolució.
- Monitoratge electrònic fetal intrapart extern i intern.
- Monitoratge bioquímic intrapart.
- Monitoratge cardiopulmonar matern.
- Utiltatge per atendre correctament les necessitats del nadó. que pot ser assistit en un hospital de nivell IIA (instal·lacions per a incubadora i bressols tèrmics, monitors neonatals, equips de suport respiratori).

1.3.4. Personal que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIA

- Equip d'obstetres/a i llevadors/a, pediatres/a i anestesistes/òloga les 24 h (presència física) en nombre suficient per donar l'assistència adequada.
- Infermeria amb dedicació específica a la unitat neonatal, i resta de personal de suport (auxiliars d'infermeria, etc.), en nombre suficient per atendre les necessitats a l'àrea perinatal.

1.3.5. Horaris i coordinació de l'hospital maternal de nivell IIA

- Atenció contínua (24 hores tots els dies de l'any).
- Sistema protocol·litzat de coordinació amb els nivells I, IIB, IIIA i IIIB per al trasllat i retorn dels parts i nadons que ho requereixin.
- En el cas que no disposi de banc de sang, sinó únicament de dipòsit, aquest ha de tenir un sistema protocol·litzat per disposar de sang i hemoderivats de manera immediata en cas de necessitat).
- Sistema protocol·litzat de coordinació amb l'atenció primària (PSAD/ASSIR).

1.4. Hospital maternal de nivell IIB

El nivell IIB té una unitat perinatal capacitada per al control i seguiment d'embarassos de risc molt alt, així com per a l'assistència a parts de risc molt alt que requereixen Unitat de Cures d'Obstetrícia Intermèdies i que no requereixin coordinació permanent amb altres especialitats, i als nadons que requereixen cures intensives (UCIN) amb necessitat de suport respiratori que evolucionin favorablement amb $FiO_2 < 0,8$ aprox. i/o cirurgia menor.

Disposa d'unitat de cures intermèdies obstètriques (ventilació mecànica per períodes curts < a 24 h aprox.) i Unitat de Cures Intensives Neonatals ($FiO_2 > 0,8$).

1.4.1. Serveis que pot prestar l'hospital maternal de nivell IIB

A més a més dels que corresponen al nivell IIA, haurà de prioritzar:

- Control i tractament dels embarassos de risc molt alt, que no necessitin connexió permanent amb altres especialitats.
- Assistència als parts de risc molt alt que no necessitin connexió permanent amb altres especialitats.

- Cures intensives neonatals per a:
 - Prematurs de >1000 g i >28 SG
 - Nadons amb ventilació mecànica amb FIO₂ < 80
 - Anomalies congènites que no requereixen especialista.
 - Nadons amb problemes quirúrgics menors
- Donar suport als hospitals de nivell I i IIA del seu territori.

1.4.2. Estructura física que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIB

Pel que fa a l'atenció al part, al puerperi i al nadó, a més a més de l'estructura mínima que correspon al nivell IIA, ha de disposar de:

- Unitat de cures obstètriques intermèdies (capacitada per a aplicació de ventilació mecànica per períodes curts de < 24 h aprox.)
- Unitat de cures intensives neonatals (UCIN).
- Connexió amb altres especialitats de l'hospital.

1.4.3. Equipament que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIB

A més a més del que s'ha especificat per al nivell IIA, el nivell IIB ha de disposar de:

- Utilatge per atendre correctament les necessitats del part de risc molt alt propi del nivell IIB.
- Ecografies d'alta resolució (24 h).
- Tomografies computades (TC).
- Laboratori general i d'hemostàsia (24 h).
- Servei d'hemoteràpia i transfusions (24 h).

1.4.4. Personal que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIB

A més a més del que s'ha especificat per al nivell IIA, el nivell IIB ha de disposar de:

- Especialistes en medicina maternofetal (obstetres i neonatòlegs).
- Personal suficient d'UCIN.
- Suport de la resta d'especialitats medicoquirúrgiques de l'hospital.
- Suport de la resta de serveis de l'hospital (hemoteràpia, transfusions, laboratori, diagnòstic per la imatge, etc.) (24 h).

1.4.5. Horaris i coordinació de l'hospital maternal de nivell IIB

- Sistema protocol·litzat de trasllats perinatals amb els altres nivells hospitalaris maternals (recepció i retorn) (cal acceptar derivacions a qualsevol hora).
- Sistema protocol·litzat de coordinació amb l'atenció primària (PSAD/ASSIR).

1.5. Hospital maternal de nivell IIIA

El nivell IIIA té una unitat perinatal d'alta tecnologia, capacitada per al control i seguiment d'embarassos i parts de risc molt alt que necessitin coordinació permanent amb altres especialitats; així com per a l'assistència als nadons en situació clínica greu que requereixin cures intensives d'alta tecnologia (UCI neonatal) i/o cirurgia major pròpia del nivell IIIA.

Disposa d' UCI i/o UCOI i UCIN.

1.5.1. Serveis que pot prestar l'hospital maternal de nivell IIIA

A més a més del que correspon al nivell IIB, haurà de prioritzar:

- Atenció directa als embarassos de risc molt alt (vegeu *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*, pàg. 119), que necessitin connexió permanent amb altres especialitats o equipament d'alta tecnologia.
- Assistència als parts de risc molt alt, que requereixin coordinació amb altres especialitats permanentment i/o equipament d'alta tecnologia.

- Atenció als prematurs extrems de < 1000 g i < 28 SG.
- Atenció a la mare i al nadó afectats de qualsevol patologia, prioritzant la que correspon al seu nivell (nadons propis d'UCI neonatal, excepte aquells que puguin ser candidats a cirurgia cardíaca, hèrnies diafragmàtiques o altres patologies greus susceptibles de ser tractades amb ECMO).
- Donar suport als hospitals de nivell I , IIA i IIB.
- Connexió permanent amb les altres especialitats.
- Promoció de la salut.
- Docència (formació d'especialistes).
- Recerca.

1.5.2. Estructura física que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIIA

A més a més de l'estructura mínima que correspon al nivell IIB, ha de disposar de:

- Unitat de cures obstètriques intensives (UCOI).
- Unitat de cures intensives neonatals (UCIN).
- Unitat de cures intensives d'adults (UCI adults).
- Connexió permanent amb altres especialitats.

1.5.3. Equipament que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIIA

A més a més de tot l'especificat per al nivell IIB, el nivell IIIA ha de disposar permanentment les 24 hores de:

- Laboratori general i d'hemostàsia.
- Servei d'hemoteràpia i transfusions.
- Tomografia computada (TC).
- Ressonància magnètica (RM).
- Ecògraf d'alta resolució.

1.5.4. Personal que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIIA

A més del corresponent al nivell IIB, el nivell IIIA ha de disposar permanentment, les 24 hores, de:

- Especialistes en medicina maternofetal (obstetres i neonatòlegs).
- Personal de cures intensives d'adults i neonatals.
- Suport de la resta d'especialitats medicoquirúrgiques de l'hospital .
- Suport de la resta de serveis de l'hospital (hemoteràpia, laboratori, diagnòstic per la imatge, etc.).

1.5.5. Horaris i coordinació de l'hospital maternal de nivell IIIA

A més de l'especificat per al nivell IIB, el nivell IIIA ha de disposar de:

- Protocol de coordinació de trasllats perinatals amb els nivells I i IIA i IIB i IIIB, tant pel que fa a la recepció de malalts (nadons o mares) derivats com al retorn a l'hospital de procedència quan s'hagi resolt el motiu del trasllat.
- Ha de tenir un sistema protocol·litzat de coordinació amb l'atenció primària (PSAD/ASSIR).

1.6. Hospital maternal de nivell IIIB

El nivell IIIB té una unitat perinatal al més alt nivell tecnològic, capacitada per a l'assistència a qualsevol patologia i específicament les que requereixen superespecialitats i equipament del més alt nivell tecnològic (cirurgia cardíaca del nou-nat, hèrnies diafragmàtiques o altres patologies greus del nadó susceptibles de ser tractades amb ECMO, i cirurgia làser de la retinopatia del prematur). en aquest sentit és el referent directe per a tots els hospitals de Catalunya de nivell inferior I, IIA, IIB, i IIIA.

1.6.1. Serveis que pot prestar l'hospital maternal de nivell IIIB

A més a més del que correspon al nivell IIIA, haurà de prioritzar:

- Atenció directa als embarassos de risc molt alt que requereixin atenció a l'hospital de més alt nivell tecnològic.
- Assistència als parts de risc molt alt que requereixin atenció del més alt nivell d'especialització i tecnologia.
- Atenció a la mare i al nadó afectats de qualsevol patologia, prioritzant la que, per la seva complexitat clínica, requereixi el nivell més alt de tecnologia medicoquirúrgica (cirurgia cardíaca del nadó, ECMO, làser per a la retinopatia del prematur, trasplantaments, etc.).
- Connexió permanent amb totes les especialitats i superespecialitats medicoquirúrgiques.
- Donar suport, com a hospital de referència, a tots els altres hospitals maternals de Catalunya.

1.6.2. Estructura física que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIIB

A més a més de les característiques del nivell IIIA, la unitat perinatal del nivell IIIB ha de tenir:

- Connexió i suport permanent amb les altres especialitats i superespecialitats de l'hospital al més alt nivell tecnològic (24 h).

1.6.3. Equipament que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIIB

A més a més de tot l'especificat per al nivell IIIA, el nivell IIIB ha de disposar de:

- ECMO (oxigenació de membrana extracorpòria).
- Cirurgia cardíaca extracorpòria.
- Làser de retina per al tractament de la retinopatia del prematur.

1.6.4. Personal que ha de tenir l'hospital maternal de nivell IIIB

A més del corresponent al nivell IIIA, el nivell IIIB ha de disposar permanentment, les 24 hores, de:

- Especialistes en cirurgia cardíaca i neurocirurgia del nadó.
- Especialistes de totes les especialitats medicoquirúrgiques.
- Especialistes en ecografia d'alta resolució.

1.6.5. Horaris i coordinació de l'hospital maternal de nivell IIIB

A més de l'especificat per al nivell IIIA, el nivell IIIB ha de disposar de:

- Protocols de coordinació amb els nivells I i IIA, IIB, i IIIA, tant pel que fa a la recepció de malalts (nadons o mares) derivats com per al retorn a l'hospital de procedència quan s'hagi resolt el motiu de derivació. Ha d'acceptar derivacions a qualsevol hora.
- Un sistema protocol·litzat de coordinació amb l'atenció primària (PSAD/ASSIR).

1.7. Quadres resum dels nivells hospitalaris

Hospital maternal de nivell I	
SERVEIS QUE POT PRESTAR	<ul style="list-style-type: none"> • Assistència a parts de risc baix i mitjà • Assistència a nadons normals i prematurs de 35-36 SG, estables • Reanimació immediata de la mare i del nadó, i estabilització de la mare i del nadó amb problemes imprevistos en espera de trasllat, si és necessari • Promoció de la salut
ESTRUCTURA (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Àrea de dilatació • Sala de parts i quiròfan per a cesàries. Ambdues amb sala de reanimació per a mares i nadons • Sala per a parts "naturals no medicalitzats" • Habitacions (mare-nadó) • Àrea per a nadons amb necessitats especials
EQUIPAMENT (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Taula de parts i utilatge adient per a parts de risc baix i mitjà • Monitor fetal • Bomba de perfusió • Equipament estàndard de quiròfan • Àrea d'esterilització • Utillatge adient per a reanimació materna i del nounat • Bressol de calor radiant • Incubadora d'espera de transport amb ventilador neonatal • Laboratori mínim (que pugui realitzar determinacions d'equilibri acidobàsic, grup sanguini i Rh, calcèmia, bilirubinèmia, glucèmia, etc.) • Dipòsit de farmàcia i de sang • Disponibilitat de radiografies i ecografies
PERSONAL (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Metge de guàrdia les 24 h • Obstetre, llevadora, anestesiològ i pediatre (localitzables) (algun d'ells amb experiència en reanimació de nounats) • Un ajudant quirúrgic per al ginecòleg (localitzable) • Personal d'infermeria suficient per a cures del nadó amb problemes • Personal de suport suficient (auxiliars d'infermeria, etc.)
HORARIS I COORDINACIÓ (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Els serveis d'obstetrícia i neonatal han d'estar disponibles les 24 hores • Disposar d'un protocol escrit a seguir per al trasllat de la mare o del nadó al nivell hospitalari superior, en cas de necessitat • Coordinació protocol·litzada amb banc de sang • Coordinació protocol·litzada amb l'atenció primària

(*) Les característiques que s'especifiquen per a aquest nivell I són les que ha de tenir com a mínim un centre per atendre parts en el nostre sistema sanitari.

Hospital maternal de nivell IIA	
SERVEIS QUE POT PRESTAR	<ul style="list-style-type: none"> • Assistència als parts de risc alt que no requereixin altres especialitats • Atenció als nadons sans i patològics següents: <ul style="list-style-type: none"> • Prematurs de >32 SG o >1500 g de pes en néixer • Nadons malalts no greus, amb problemes que s'espera que es resolguin ràpidament i sense necessitat d'especialistes • Pot tractar nadons amb ventilació mecànica per breus períodes de temps (criteri orientatiu: 24 h aproximadament) • Nadons convalescents, després del retorn d'UCIN • Assegurar la continuïtat assistencial de la dona i el nadó després de l'alta • Docència (concertada amb centre de nivell III, per a l'estada a UCI)
ESTRUCTURA (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Servei d'obstetrícia amb capacitat suficient per atendre embarassos i parts de risc alt, que no necessitin connexió amb la resta d'especialitats • Unitat de reanimació i cures intermèdies neonatals, amb capacitat de donar suport respiratori per períodes breus (<24 h aprox.) • Àrea de neonatologia amb capacitat suficient per atendre nadons propis del nivell II-A
EQUIPAMENT (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Utilitatge per atendre correctament les necessitats del part de risc alt propi del nivell II-A (aquell que no necessita altres especialitats) • Ecografia d'alta resolució, monitoratge electrònic intrapart extern i intern, monitoratge bioquímic intrapart, monitoratge cardiopulmonar matern • Incubadores • Unitat neonatal amb instal·lacions per a incubadores o bressols tèrmics • Monitors neonatals • Equips de suport respiratori • Laboratori d'urgències (24 h) • Banc de sang o capacitat suficient de disposar de forma immediata de sang i/o hemoderivats en cas de necessitar-ho • Servei de farmàcia • Servei de diagnòstic per la imatge (24 h)
PERSONAL (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Equip d'obstetre, llevadora, anestesiològ i pediatre (presència física permanent) • Infermeres amb dedicació específica a la unitat neonatal • Personal de suport suficient (auxiliars d'infermeria, etc.)
HORARIS I COORDINACIÓ (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Atenció contínua (24 hores tots els dies de l'any) • Coordinació protocol·litzada amb els nivells I, II-B, III-A i III-B, per al trasllat-retorn dels parts i nadons que ho requereixin • Protocol de coordinació amb banc de sang, si no en disposen • Coordinació protocol·litzada amb l'atenció primària

(*) Les característiques que s'especifiquen per a aquest nivell II-A són les que ha de tenir el servei d'obstetrícia i neonatologia, a més a més de les del nivell I.

Hospital maternal de nivell IIB	
SERVEIS QUE POT PRESTAR	<ul style="list-style-type: none"> • Control i seguiment dels embarassos de risc molt alt que no requereixin coordinació permanent amb altres especialitats • Atenció als parts de risc molt alt que no necessitin connexió permanent amb altres especialitats, i als nadons propis de cures intensives amb necessitat de suport respiratori que evolucionin favorablement amb FiO₂ (FiO₂ indicatiu aproximat <0,8). I/o cirurgia menor <p>Cures intensives neonatals per a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prematurs > 30 SG o > 1.250 g • Nadons amb necessitat de ventilació mecànica amb FIO₂ < 80 • Nadons amb anomalies congènites que no necessiten especialista • Nadons amb problemes quirúrgics menors • Donar suport als hospitals de nivell I i II-A
ESTRUCTURA (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Unitat de cures obstètriques intermèdies (UCOI), nivell de cures intermèdies d'adults (capacitada per a aplicació de ventilació mecànica per períodes curts de < 24 hores aprox.) • Unitat de cures intensives neonatals (UCIN) • Connexió amb altres especialitats medicoquirúrgiques
EQUIPAMENT (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Utiltatge per atendre correctament les necessitats del part de risc molt alt propi del nivell II-B (aquell que no necessita connexió permanent amb altres especialitats). • Ecògraf d'alta resolució (24 h). • Tomografia computada (TC). • Laboratori general i d'hemostàsia les 24 hores. • Servei d'hemoteràpia-transfusions (24 h).
PERSONAL (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Especialistes en medicina maternofetal (obstetres i neonatòlegs) • Personal d'UCI neonatal (24 h) • Suport de la resta d'especialitats medicoquirúrgiques de l'hospital • Suport de la resta de serveis de l'hospital (hemoteràpia, transfusions, laboratori, diagnòstic per la imatge, etc.) (24 h)
HORARIS I COORDINACIÓ (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinació protocol·litzada, de trasllats perinatals, amb els altres nivells hospitalaris (recepció i retorn) (capacitat per acceptar derivacions a qualsevol hora) • Coordinació protocol·litzada amb l'atenció primària

(*) Les característiques que s'especifiquen per a aquest nivell II-B són les que ha de tenir el servei d'obstetrícia i neonatologia, a més a més de les del nivell II-A.

Hospital maternal de nivell IIIA	
SERVEIS QUE POT PRESTAR	<ul style="list-style-type: none"> • Control i seguiment dels embarassos de risc molt alt que necessitin connexió permanent amb altres especialitats • Atenció als parts de risc molt alt que necessitin connexió permanent amb altres especialitats • Atenció als prematurs de $i < 30$ SG < 1.250 g • Assistència als parts que requereixin el nivell d'alta tecnologia, i als nadons en situació clínica greu que puguin necessitar tècniques de rescat respiratori com ventilació d'alta freqüència o òxid nítric, o nadons propis de cures intensives que no evolucionin favorablement amb FiO2 inferior a 0,8 • Donar suport als hospitals de nivell I, II-A i II-B
ESTRUCTURA (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Unitat de cures obstètriques intensives (UCOI) • Unitat de cures intensives neonatals (UCIN) • Unitat de cures intensives d'adults (UCI) • Connexió permanent amb les altres especialitats medicoquirúrgiques (24 h)
EQUIPAMENT (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratori general i d'hemostàsia (24 h) • Servei d'hemoteràpia-transfusions (24 h) • TC (24 h) • RM (24 h) • Ecògraf d'alta resolució (24 h)
PERSONAL (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Especialistes en medicina maternofetal (obstetres i neonatòlegs, permanentment) • Personal d'UCI d'adults i neonatal (24 h) • Suport de la resta d'especialitats medicoquirúrgiques de l'hospital (permanentment) • Suport de la resta de serveis de l'hospital (24 h) (hemoteràpia, transfusions i laboratori, diagnòstic per la imatge, etc.)
HORARIS I COORDINACIÓ (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinació protocol·litzada de trasllats perinatals (recepció i retorn) amb nivell I i II (cal acceptar derivacions a qualsevol hora) • Coordinació amb centre de nivell III-B per a derivació de les patologies pròpies d'aquest nivell (tractaments puntuals com làser de retina, cirurgia cardíaca, ECMO) • Coordinació protocol·litzada amb l'atenció primària

(*) Les característiques que s'especifiquen per a aquest nivell III-A són les que ha de tenir el servei d'obstetrícia i neonatologia, a més a més de les del nivell II-B.

Hospital maternal de nivell IIIB	
SERVEIS QUE POT PRESTAR	<ul style="list-style-type: none"> • Control i seguiment dels embarassos i parts de risc molt alt que requereixin connexió permanent amb superespecialitats (cirurgia cardíaca fetal, ECMO, trasplantaments, etc.) • Assistència als parts que, per la seva complexitat clínica, requereixen el nivell més alt de tecnologia medicoquirúrgica, i als nadons amb patologia d'extrema gravetat susceptibles de ser recuperats amb tècniques de suport extracorpòri (ECMO) • Donar suport com a hospital de referència a tots els altres hospitals maternals de Catalunya
ESTRUCTURA (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Connexió i suport permanent amb les altres especialitats i superespecialitats de l'hospital al més alt nivell tecnològic (24 h)
EQUIPAMENT (*)	<ul style="list-style-type: none"> • ECMO (oxigenació de membrana extracorpòria). • Cirurgia cardíaca EC (extracorpòria). • Làser de retina per al tractament de la retinopatia del prematur.
PERSONAL (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Especialistes en cirurgia cardíaca perinatal i neurocirurgia (24 h) • Especialistes de totes les especialitats medicoquirúrgiques (24 h) • Especialistes en ecografia d'alta resolució (24 h)
HORARIS I COORDINACIÓ (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinació protocol·litzada de trasllats perinatals (recepció i retorn) amb tots els nivells hospitalaris (cal acceptar derivacions a qualsevol hora) • Coordinació protocol·litzada amb l'atenció primària

(*) Les característiques que s'especifiquen per a aquest nivell III-B són les que ha de tenir el servei d'obstetrícia i neonatologia, a més a més de les del nivell III-A.

Bibliografia

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Cesarean Delivery Rates. *Evaluation of Cesarean Delivery*. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 2000.
2. Arena Ansotegui, J., Emparanza Knörr, J.L. Los anti-sépticos yodados no son inocuos. *An Esp Pediatr*. 2000; 53: 25-29.
3. Bosch, X. Genetic fingerprints replace footprints in Spain. *Lancet* 1998; 352: 300.
4. Burroughs, A. Tratamiento del dolor durante el parto. A: Burroughs, A. *Enfermería materno-infantil* (7ª ed.). Mèxic: McGraw-Hill Interamericana, 1999: 210-25.
5. Calhoun, BC. Edgeworth, Brehm W. External cephalic version at a military teaching hospital: predictors of success. *Aust N-Z J Obstet Gynaecol* 1995: 35: 277-9.
6. Carrillo Álvarez, A. Delgado Domínguez, MA, López-Herce Cid, J. y Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica. Normas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en pediatría. *An Esp Pediatr*. 1999; 51: 551-64.
7. Ciurana, R., Esqué, MT., Carreras, E., Dominguez, P., Caritg, J. *Estabilització i transport del nen crític*. Barcelona: ed. SEMSA, 2002.
8. Comisión de identificación del recién nacido de la A.E.P. Recomendaciones para la identificación del recién nacido. *An Esp Pediatr*. 1999; 51: 512-3.
9. De Palma, MT., Weisse, CS. Psychological influences on pain perception and non-pharmacologic approaches to the treatment of pain. *J Hand Ther* 1997; 10 (2): 183-91.
10. Decret 283/1990, de 21 de novembre, de creació del Programa sanitari d'atenció a la dona. *DOGC* (30 novembre 1990), núm. 1374.
11. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Indicadors de salut maternoinfantil a Catalunya 1997-1999*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2001.
12. Editorial. What is the right number of caesarean sections? *Lancet* 1997; 349: 815.
13. Esqué, MT., Thió, M. Neonatal transport in Developed Countries. A: Carrera, JM., Cabero, L., Baraiibar, R.: *The Perinatal Medicine of the new millennium*. Bolònia: Monduzzi ed., 2001: 1041-9.
14. Esqué, MT. Transporte neonatal. A: Raspall, F., Demestre, X.: *Tòpicos en Neonatologia II*. Barcelona: ed. EASO, 2000: 35-56.
15. Fabre, E. *Manual de asistencia al parto y puerperio normal*. Grupo de trabajo sobre asistencia al parto y puerperio normal. Sección de medicina perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Saragossa, 1995.
16. Fabre, E. *Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos*. Sección de medicina perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Saragossa, 1999.
17. Fernández-Llebreg, L., Aranguren, G. La "huella ADN" en lugar de la "huella plantar" en la identificación neonatal. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 121-3.
18. Friedman. Evolution of graphic analysis of labour. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 132 (7): 824-7.
19. Friedman. A cervimeter for continuous measurement of cervical dilatation in labour. *Br J Obstet Gynecol* 1978; 85 (8): 638.
20. *Guidelines for Perinatal Care*. American Academy of Pediatrics, The American College of Obstetricians and Gynecologists, 1997.
21. Hannah, ME., Hannah, WJ., Hewson, SA., Hodnett, DE., Saigal, S. for the Term Breech Trial Collaborative Group. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000; 356: 1375-83.
22. Helwig, JT., Parer, JT., Kilpatrick, SJ., Laros, RK. Umbilical cord blood acid-base state: what is normal? *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1807-14.
23. Institut Català de la Salut. *Protocol de continuïtat assistencial en el puerperi*. Programa sanitari de Barcelona ciutat, Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron. Barcelona, 2002.
24. Institut Català de la Salut. *Criteris d'implantació i seguiment del Programa d'atenció a la dona a l'atenció primària*. Barcelona, 1997.
25. Institut Català de la Salut. Divisió d'Atenció Primària. *Indicadors bàsics establerts per a l'avaluació del Programa d'atenció a la dona*. Barcelona, 2000.
26. International Guidelines for Neonatal Resuscitation: an excerpt from the Guidelines 2000 for Cardio-pulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care: International Consensus on Science. *Pediatrics* 2000; 106, p. e29.

27. Lawrence, RA. *La lactancia materna: una guía para la profesión médica*. Madrid: Mosby, 1996.
28. Lopez-Valverde, M., Apellaniz, A., Barranquero, M., Goiriena de Gandarias, FJ. Controversias sobre los métodos de identificación del recién nacido. *Prog Obstet Ginecol* 1998; 41: 443-9.
29. Lorente Acosta, JA., Lorente Acosta, MJ. En busca de la huella perdida. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 133-4.
30. Low, JA., Victory, R., Derrick, J. Predictive value of electronic fetal monitoring for intrapartum fetal asfíxia with metabolic acidosis. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 285-91.
31. Mastrobattista, J. *Part vaginal después de cesària*. Clínicas de Ginecología i Obstetrícia. Temes actuals, 1999; 84: 255-8.
32. Mir, NA. *Manual of Neonatal Transport*. Manchester, 1997.
33. Morreale de Escobar, G., Escobar del Rey, F. El yodo durante la gestación, lactància y primera infancia. *Am Esp Pediatr*. 2000; 53: 1-5.
34. Paul, RH., Miller, DA. Cesarean birth: how to reduce the rate. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 1903-11.
35. Poma, PA. Effect of Departamental Policies on cesarean deliver rates: a community hospital experience. *Obstet Gynecol* 1998; 31: 1013-8.
36. Recommendations of the FIGO Committee on Perinatal Health on Guidelines for the Management of Breech Delivery. *Int J Gynecol Obstet* 1994; 44: 297-300.
37. Report of the European Network for Perinatal Transport (EUROPET). Maternal and Neonatal Transport in Europe. *Prenat Neonat Med* 1999; 4 (Suppl 1): 1-118.
38. Royal College of Midwives. *Manual per un bon allelta-ment matern*. Barcelona: Associació Catalana de Llevadores, 1992.
39. Sachs, BP., Kobelin, C., Castro, MA., Frigoletto, F. The risks of lowering the cesarean-delivery rate. *N Engl J Med* 1999; 340: 54-67.
40. Sandmire, HF., DeMott, RK. The Green Bay Cesarean Section Study IV: the physician factor as a determinant of cesarean birth rates for the large fetus. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1557-64.
41. Seguranyes, G. *Enfermería Maternal*. Barcelona: Masson-Salvat, 1993: 245-56.
42. Shearer EL. Cesarean section: medical benefits and costs. *Soc Sci Med* 1993; 37: 1223-31.
43. Task Force on Interhospital Transport. American Academy of Pediatrics. *Guidelines for Air and Ground Transport of Neonatal and Pediatric Patients*. AAP, 1999.
44. Thompson, Eleanor, D. *Introduction to Maternity and Pediatric Nursing*. WB Saunders Company, 1995.
45. Torrens, RM., Martínez, C. *Enfermería de la mujer*. Madrid: DAE, 2001: 284-301.
46. Towner, Castro, MA., Eby-Wilkens, E., Gilbert, WM. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. *N Engl J Med* 1999; 341: 1709-14.
47. United States Department of Health and Human Services. *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. Washington DC: US Public Health Service, 1991.
48. Vergara, F., Abel, F., Alvarez, D., et al. Consideracions ètiques sobre la cesària. Comissió de Bioètica de la SEGO. *Prog Obstet Ginecol* 2001; 44: 46-55.
49. Wing, DA., Lovett, K., Paul, RH. Disruption of prior uterine incision following misoprostol for labor induction in women with previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 282-30.



www.gencat.net/sanitat



Sanitat Respon 24 hores
902 111 444