Preguntas para responder

I. Cuidados durante el parto

Cuidados de profesionales y acompañantes

1. ¿Cómo influye la relación entre la mujer y los profesionales que la atienden en la evolución del parto y en su satisfacción con la experiencia del parto?

2. ¿Cómo influye el perfil del profesional en los resultados del parto?

3. ¿Cuál es la efectividad de acompañar a la mujer durante el parto?

Ingesta de líquidos y sólidos

4. ¿Cuál es la efectividad de la restricción de líquidos y sólidos durante el parto?

5. ¿Qué es aconsejable para prevenir la cetosis durante el parto?

II. Dilatación: primera etapa del parto

Definición de la primera etapa del parto

6. ¿Cuál es la definición de fase latente de la primera etapa del parto?

7. ¿Cuál es la definición de fase activa de la primera etapa del parto?

Duración y progreso de la primera etapa del parto

8. ¿Cuál es la duración de la fase latente y fase activa de la primera etapa del parto?

9. ¿Influyen la duración y el progreso de la primera etapa del parto en los resultados?

Admisión en maternidad

10. ¿Cuál es el momento idóneo para admitir en la maternidad a una mujer en trabajo de parto?

Cuidados durante la admisión

11. ¿Cuál es el beneficio de realizar amnioscopia a todas las mujeres que llegan a admisión por sospecha de trabajo de parto?

12. ¿Cuál es el beneficio de realizar CTG a todas las mujeres que llegan a admisión por sospecha de trabajo de parto?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Intervenciones rutinarias posibles durante la dilatación

13. ¿Cuál es la efectividad del enema rutinario durante el parto?

14. ¿Cuál es la efectividad del rasurado perineal rutinario durante el parto?

15. ¿Cuál es la efectividad de la atención una a una durante el parto?

16. ¿Qué efecto tiene la movilización y la adopción de diferentes posiciones sobre el parto y sus resultados?

17. ¿Cuál es la efectividad de la amniorrexis artificial rutinaria y de la perfusión rutinaria de oxitocina?

18. ¿Es necesario el empleo de antisépticos en el lavado vulvovaginal previo al tacto vaginal?

19. ¿La utilización del partograma mejora los resultados?

20. ¿Cuál es la frecuencia óptima de exploraciones vaginales durante el periodo de dilatación?

21. ¿Qué métodos son eficaces para tratar el retardo de la primera fase del parto?

III. Segunda etapa del parto

Definición

22. ¿Cuál es la definición de fase latente de la segunda etapa del parto?

23. ¿Cuál es la definición de fase activa de la segunda etapa del parto?

Duración y progreso

24. ¿Influyen la duración y el progreso de la segunda etapa del parto en los resultados?

Medidas de asepsia

25. ¿Las medidas de asepsia durante la asistencia al parto influyen en los resultados?

Posición durante el periodo expulsivo

26. ¿Cuál es la posición más adecuada durante el periodo expulsivo?

Pujos maternos y pujos dirigidos

27. ¿Cuál es la efectividad de las diferentes técnicas de pujo durante la segunda etapa del parto sobre los resultados maternos y neonatales?

28. ¿Cuál es el momento óptimo de recomendar los pujos dirigidos?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Prevención del trauma perineal

29. ¿Cuál es la efectividad de las siguientes intervenciones en la prevención del trauma genital? (masaje del periné, aplicación de calor perineal, uso de anestésicos locales en periné, aplicación de frío perineal, protección del periné, deflexión activa de la cabeza y extracción activa de los hombros versus no hacer nada)

Episiotomía

30. ¿Cuál es la efectividad de la episiotomía?

Método y material de sutura en la reparación perineal

31. ¿Cuál es la efectividad de la sutura de desgarros perineales de I y II grado?

32. ¿Cuál es la técnica de sutura más efectiva para la episiotomía y/o los desgarros perineales de I y II grado?

33. ¿Cuál es el material sintético más adecuado para la reparación del periné?

Maniobra de Kristeller

34. ¿Cuál es la efectividad de la maniobra de Kristeller?

IV. Alumbramiento

Duración del periodo de alumbramiento

35. ¿Cuál es la duración del periodo del alumbramiento?

Manejo del alumbramiento

36. ¿El método de manejo del alumbramiento influye sobre los resultados?

Utilización de uterotónicos

37. ¿Qué uterotónico es el más adecuado para el alumbramiento dirigido? (oxitocina, ergotínicos, prostaglandinas y carbetocina)

Dosis de oxitocina (I.V.) para el alumbramiento dirigido

38. ¿Cuál sería la dosis de oxitocina intravenosa (IV) más adecuada para el alumbramiento dirigido?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

V. Cuidados del recién nacido

Pinzamiento del cordón umbilical

39. ¿Cuál es el momento más adecuado para pinzar el cordón umbilical?

Contacto piel con piel

40. ¿Cuál es el beneficio del contacto piel con piel?

Lactancia materna

41. ¿Es recomendable favorecer que el RN coja el pecho espontáneamente?

Baño del RN

42. ¿Cuál es el efecto del baño en el RN?

Aspiración nasofaríngea y sondaje gástrico-rectal en el período neonatal

43. El paso de sondas gástrica-rectal y/o la aspiración naso-orofaríngea sistemática en el período neonatal inmediato ¿mejoran o no el pronóstico neonatal?

Profilaxis oftálmica

44. ¿Cuál es la efectividad de la profilaxis oftálmica sistemática en el RN?

45. ¿Cuál es el momento idóneo para realizar la profilaxis oftálmica en el RN?

46. ¿Cuál es el producto más eficaz para la profilaxis oftálmica del RN?

Profilaxis de la enfermedad hemorrágica con vitamina K

47. ¿Cuál es la relación riesgo/beneficio de realizar la profilaxis neonatal con vitamina K?

48. ¿Cuál es la vía más recomendable en la profilaxis con vitamina K?

VI. Alivio del dolor durante el parto

Dolor, analgesia y satisfacción materna

49. ¿Cómo influyen el dolor durante el parto y su alivio en la satisfacción de la mujer?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Métodos no farmacológicos de alivio del dolor

50. ¿Cuál es la efectividad de la inmersión en el agua durante el período de dilatación en el alivio del dolor?

51. ¿Cuál es la efectividad del masaje para el alivio del dolor durante el parto?

52. ¿Cuál es la efectividad del uso de pelotas de parto para el alivio del dolor durante el parto?

53. ¿Cuál es la efectividad de las técnicas de relajación para el alivio del dolor durante el parto?

54.. ¿Cuál es la efectividad de la inyección de agua estéril para el alivio del dolor durante el parto?

55. ¿Cuál es la efectividad de la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS) para el alivio del dolor durante el parto?

Métodos farmacológicos de alivio del dolor

56. ¿Cuál es la efectividad del óxido nitroso para el alivio del dolor durante el parto?

57. ¿Cuál es la efectividad del petidina para el alivio del dolor durante el parto?

58. ¿Cuál es la efectividad del pentazocina para el alivio del dolor durante el parto?

59. ¿Cuál es la efectividad del remifentanilo para el alivio del dolor durante el parto?

Analgesia Neuroaxial

60. ¿Cuál es la efectividad de la analgesia neuroaxial?

61. ¿Cuál es la efectividad de las siguientes técnicas de analgesia neuroaxial obstétrica: Epidural tradicional vs Epidural a bajas dosis vs Combinada (intradural-epidural)?

62. ¿Es útil realizar un estudio de coagulación de forma sistemática previo a la administración de una analgesia neuroaxial?

63. ¿Cuál es la efectividad de la perfusión de soluciones intravenosas (cristaloides, coloides) previa a la realización de una técnica de analgesia neuroaxial obstétrica?

64. ¿Se debe posponer la instauración de una analgesia obstétrica neuroaxial hasta una fase avanzada del parto?

65. ¿Cómo influye el modo de administración de la analgesia sobre el parto y sus resultados?

66. ¿Cuál es la efectividad de la vigilancia materna durante el establecimiento y mantenimiento de la analgesia neuroaxial?

67. ¿Cómo influye el anestésico local empleado en la analgesia neuroaxial obstétrica?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

68. ¿Cómo influye el uso de opioides y coadyuvantes neuroaxiales sobre el parto y sus resultados?

69. ¿Se debe mantener la analgesia epidural durante la 2ª etapa del parto?

VII. Monitorización fetal

70. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: monitorización electrónica fetal continua (MEFC) frente a auscultación fetal intermitente (Estetoscopio de Pinard o Doppler)?

71. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC vs monitorización electrónica intermitente (MEFI)?

72. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin pulsioximetría fetal cuando se presentan alteraciones de la FCF?

73. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin análisis del segmento ST (STAN) del ECG fetal en presencia de un registro cardiotocográfico (RCTG) patológico?

74. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin microtoma de sangre de la calota fetal (MSF)?

75. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin estimulación de la calota fetal cuando se presentan alteraciones de la FCF?

76. ¿Cómo influye la aplicación de un sistema de categorización de la MEFC en el resultado neonatal?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones de la GPC

Recomendaciones claves

Cuidados durante el parto

4.1. Cuidados de profesionales y acompañantes	
4.1.1. Mujer y profesionales	
D	Las mujeres en trabajo de parto deben ser tratadas con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicadas en la toma de decisiones. Para facilitar esto, los profesionales sanitarios y el resto del personal que le atienden, deberán establecer una relación empática con las mujeres, preguntarles por sus expectativas y por sus necesidades, para poder apoyarlas y orientarlas, siendo en todo momento conscientes de la importancia de su actitud, del tono de voz empleado, de las palabras utilizadas y de la forma en que se proporcionan los cuidados.
4.1.2. Perfil de profesionales	
A	Se recomienda que los equipos de atención al parto hospitalario promuevan la atención al parto de bajo riesgo preferiblemente por parte de las matronas, siempre y cuando éste se mantenga dentro de los límites de la normalidad.
4.1.3. Acompañamiento	
A	Se recomienda facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección.
4.2. Restricción de líquidos y sólidos	
4.2.1. Restricción de alimentos	
A	Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros durante el parto.
4.2.2. Prevención de la Cetosis	
A	Se recomienda que las mujeres sean informadas que las bebidas isotónicas son eficaces para combatir la cetosis y por ello, preferibles a la ingesta de agua.

Dilatación: Primera etapa del parto

5.1. Definición	
√	Se recomienda adoptar la definición de la ***fase latente*** como el periodo del parto que transcurre entre el inicio del parto y los 4 cm. de dilatación. Se recomienda adoptar la definición de la ***fase activa*** como el periodo del parto que transcurre entre los 4 y los 10 cm. de dilatación y se acompaña de dinámica regular.
5.2. Duración y progreso	
√	No es posible establecer la duración de la fase latente de la primera etapa del parto debido a la dificultad de determinar el comienzo del parto.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

C	La duración de la fase activa del parto es variable entre las mujeres y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal. • En las primíparas: o El promedio de duración es de 8 horas. o Es improbable que dure más de 18 horas. • En las multíparas: o El promedio de duración es de 5 horas. o Es improbable que dure más de 12 horas
√	La decisión de intervenir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto se debe tomar en función del progreso de la dilatación y otros factores obstétricos y no exclusivamente en base a la duración.
5.3. Admisión en maternidad	
√	Se recomienda que la admisión se realice cuando se cumplan los siguientes criterios: dinámica uterina regular, borramiento cervical > 50% y una dilatación de 3-4 cm.
√	Se recomienda ofrecer apoyo individualizado a aquellas mujeres, que acudan para ser atendidas por presentar contracciones dolorosas y que no están en fase activa de parto, alentándolas a que retornen a sus domicilios hasta el inicio de la fase activa del parto.
5.4. Cuidados en admisión: Amnioscopia y CTG	
C	No se recomienda la amnioscopia en la valoración inicial de la mujer de bajo riesgo en trabajo de parto.
A	No se aconseja el uso de la cardiotocografía en admisión en embarazos de bajo riesgo.
5.5. Intervenciones rutinarias posibles durante la dilatación	
5.5.1 Enema	
A	Se recomienda no utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto.
5.5.2 Rasurado perineal	
√	No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto.
5.5.3 Atención una a una	
A	Se recomienda que la mujer en trabajo de parto sea atendida individualmente desde su ingreso y de forma continua por una matrona.
A	Una mujer en fase activa de parto no debería dejarse sin atención profesional excepto por cortos períodos de tiempo o cuando la mujer lo solicite.
5.5.4. Movilización y adopción de diferentes posiciones	
A	Se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a movilizarse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

5.5.5. Amniorrexis y utilización de oxitocina	
A	Se recomienda no realizar amniorrexis artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados.
5.5.6. Lavado perineal	
A	Se recomienda utilizar agua corriente si se necesita un lavado antes de un examen vaginal, no siendo necesario el uso de antisépticos.
5.5.7. Utilización de partograma	
A	Si se utiliza el partograma se recomienda el de una línea de acción de 4 horas.
5.5.8. Frecuencia de tactos vaginales	
√	Se recomienda que, en condiciones normales, las exploraciones vaginales se realicen cada 4 horas.
√	Las exploraciones vaginales antes de 4 horas se realizarán en las mujeres con un progreso lento del parto, ante la presencia de complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujos.
√	Antes de practicar un tacto vaginal, se debería: • confirmar que es realmente necesario y que la información que proporcione será relevante en la toma de decisiones. • Ser consciente de que el examen vaginal es una exploración molesta e invasiva, asociada a un incremento del riesgo de infección. • Garantizar la privacidad, dignidad y comodidad de la mujer. • Explicar la razón por la que se practica y los hallazgos encontrados, con sensibilidad, sobre todo si no son los esperados por la mujer.
5.5.9. Tratamiento de retardo de la dilatación	
√	Cuando se sospecha un retardo de la fase activa de la primera etapa del parto se recomienda: • Ofrecer apoyo a la mujer, hidratación y un método apropiado y efectivo para el control del dolor. • Si las membranas están intactas se procederá a la amniorrexis. • Exploración vaginal 2 horas después y si el progreso de la dilatación es menos de 1 cm se establece el diagnóstico de retardo de la dilatación. • Una vez establecido el diagnóstico de retardo de la dilatación, se ofrecerá la estimulación con oxitocina. • Se practicará monitorización continua y se ofrecerá anestesia epidural antes del uso de la oxitocina. • Se procederá a un nuevo tacto vaginal 4 horas después de iniciada la perfusión de oxitocina. Si el progreso de la dilatación es inferior a 2 cm se reevaluará el caso, tomando en consideración la posibilidad de practicar una cesárea. Si el progreso es superior a 2 cm se realizará una nueva exploración 4 horas después.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Segunda etapa del parto

6.1. Definición	
√	La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases: • Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo. • Periodo expulsivo activo cuando, El feto es visible ó Existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa ó Pujos maternos en presencia de dilatación completa con ausencia de contracciones de expulsivo.
6.2. Duración	
√	La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en nulíparas es de hasta 2 horas tanto si tienen como no anestesia epidural.
√	La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en multíparas es de hasta 1 hora si no tienen anestesia epidural y de 2 horas si la tienen.
√	La duración normal de la fase activa de la segunda etapa del parto en nulíparas es de hasta 1 hora si no tienen anestesia epidural y de hasta 2 horas si la tienen.
√	La duración normal de la fase activa de la segunda etapa del parto en multíparas es de hasta 1 hora tanto si tienen como no anestesia epidural.
6.3. Medidas de asepsia	
Higiene de manos	
B	Las manos deben lavarse inmediatamente antes de cada episodio de contacto directo con la mujer y después de cualquier actividad o contacto que pudiera resultar en una potencial contaminación de las manos.
A	La manos visiblemente sucias o potencialmente muy contaminadas con suciedad o materia orgánica, deberán ser lavadas con jabón líquido y agua.
A	A menos que estén visiblemente sucias, las manos podrán ser lavadas preferiblemente mediante fricción con una solución alcohólica, entre la atención a mujeres diferentes o entre diferentes actividades de cuidado a una misma persona.
Vestimenta	
D	La selección del equipo de protección deberá basarse en la evaluación del riesgo de transmisión de microorganismos a la mujer y del riesgo de contaminación de la vestimenta de los profesionales sanitarios y de la piel por la sangre, fluidos corporales y excreciones o secreciones.
√	Se recomienda la utilización de trajes impermeables de cuerpo entero cuando exista riesgo de salpicaduras frecuentes de sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones, excepto sudor, a la piel o a la vestimenta de los profesionales sanitarios, como es el caso de la asistencia al parto.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Uso de Guantes	
D	Los guantes deberán utilizarse para los procedimientos invasivos, contacto con lugares estériles, membranas mucosas y piel no intacta, y para todas aquellas actividades con riesgo de exposición a sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones, o instrumentos cortantes o contaminados.
D	Los guantes serán siempre de un sólo uso y deberán colocarse inmediatamente antes de un episodio en el que haya contacto con un paciente y retirarse tan pronto la actividad haya finalizado. Los guantes deberán ser cambiados cada vez que se atienda a mujeres diferentes y entre actividades diferentes en un mismo paciente.
Uso de mascarillas	
D	Las mascarillas faciales y las protecciones oculares deberán ponerse cuando haya riesgo de salpicaduras de sangre y fluidos corporales en la cara o en los ojos.
6.4. Posición	
A	Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.
6.5. Pujos maternos y pujos dirigidos	
A	Se recomienda el pujo espontáneo. En ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva de la segunda etapa del parto.
A	En mujeres con analgesia neuroaxial se recomienda dirigir los pujos una vez completada la fase pasiva de la segunda etapa del parto.
6.6. Prevención del trauma genital	
A	No se recomienda la realización del ***masaje perineal*** durante la 2.ª etapa del parto.
A	Se recomienda posibilitar la aplicación de compresas calientes durante la 2.ª etapa del parto.
B	Se recomienda la protección activa del periné mediante la técnica de **deflexión controlada de la cabeza fetal** y pidiendo a la mujer que no empuje.
A	Se recomienda no utilizar la ***aplicación de anestésico local*** en spray como método para reducir el dolor perineal durante la 2.ª etapa del parto.
6.7. Episiotomía	
A	No debe practicarse episiotomía de rutina en el parto espontáneo.
√	La episiotomía deberá realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumental o sospecha de compromiso fetal.
√	Antes de llevar a cabo una episiotomía deberá realizarse una analgesia eficaz, excepto en una emergencia debida a un compromiso fetal agudo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	Cuando se realiza una episiotomía, la técnica recomendada es la de episiotomía mediolateral, comenzándola en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho. El ángulo respecto del eje vertical deberá estar entre 45 y 60 grados de realizar la episiotomía.
√	La episiotomía no debe ser realizada de forma rutinaria durante un parto vaginal en mujeres con desgarros de tercer o cuarto grado en partos anteriores.
6.8. Método y material de sutura en la reparación perineal	
6.8.1. Método y material de sutura en la reparación perineal	
A	Se recomienda realizar la sutura de los desgarros de primer grado con el fin de mejorar la curación, a menos que los bordes de la piel se encuentren bien aproximados.
A	Se recomienda la reparación perineal de los desgarros de segundo grado utilizando la técnica de sutura continua.
A	Si después de la sutura muscular de un desgarro de segundo grado la piel está bien aproximada, no es necesario suturarla. Si la piel requiere aproximación se recomienda realizarla con una técnica intradérmica continua.
6.8.2. Material de sutura en la reparación perineal	
A	Se recomienda la utilización de material sintético de absorción normal para la sutura de la herida perineal.
√	Debe llevarse a cabo un examen rectal después de completar la reparación para garantizar que el material de sutura no se ha insertado accidentalmente a través de la mucosa rectal.
6.9. Maniobra de Kristeller	
A	Se recomienda no realizar la maniobra de Kristeller.

Alumbramiento: Tercera etapa del parto

7.1. Duración del periodo de alumbramiento	
D	La duración de la tercera etapa del parto se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo y 60 minutos con el alumbramiento espontáneo.
7.2. Manejo del alumbramiento	
A	Se recomienda el manejo activo del alumbramiento.
√	Las mujeres deben ser informadas (preferiblemente durante la gestación) de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica.
√	El alumbramiento espontáneo o fisiológico es una opción si la mujer lo solicita.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

7.3. Utilización de uterotónicos	
A	Se recomienda la utilización rutinaria de oxitocina en el manejo de la tercera fase del parto.
7.4. Dosis de oxitocina para el alumbramiento dirigido	
√	Se recomienda la administración de 10 UI IV lenta para la profilaxis de la hemorragia posparto.

Cuidados del recién nacido

8.1. Pinzamiento del cordón umbilical	
A	Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical.
B	Se sugiere como conveniente el pinzamiento del cordón a partir del segundo minuto o tras el cese del latido de cordón umbilical.
8.2. Contacto piel con piel	
A	Se recomienda que las mujeres mantengan el contacto piel con piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento.
√	Para mantener caliente al bebé, se recomienda cubrirlo y secarlo con una manta o toalla, previamente calentadas, al tiempo que se mantiene el contacto piel con piel con la madre.
√	Se recomienda evitar la separación de la madre y el bebé dentro de la primera hora de vida y hasta que haya finalizado la primera toma. Durante este periodo se recomienda que la matrona mantenga una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible en la relación entre la madre y el RN con registro de signos vitales de los RN (color, movimientos respiratorios, tono y, si es preciso la frecuencia cardiaca) alertando al especialista de cualquier cambio cardiorrespiratorio.
8.3. Lactancia materna	
A	La iniciación de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora.
√	Debe indicarse a las mujeres que si el RN no está intentando mamar, se le puede colocar enfrente del pecho para facilitar la puesta en marcha de los reflejos necesarios para conseguir un agarre adecuado, pero que no es recomendable forzar esta primera toma.
8.4. Baño del RN	
√	Se recomienda no bañar rutinariamente al RN en las primeras horas después del nacimiento.
√	Si la madre lo solicitara, el baño sería una opción aceptable siempre que se haya alcanzado la estabilidad térmica del neonato y sin interferir en el tiempo recomendado de contacto piel con piel.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

8.5. Aspiración nasofaríngea y sondaje gástrico-rectal en el período neonatal	
A	No se recomienda la aspiración sistemática orofaríngea ni nasofaríngea del RN.
√	No se recomienda realizar el paso sistemático de sonda nasogástrica ni rectal para descartar atresias en el RN sano.
8.6. Profilaxis oftálmica	
8.6.1. Profilaxis oftálmica sistemática en el RN	
B	Se recomienda la realización de la profilaxis oftálmica en la atención rutinaria al RN.
8.6.2. Momento idóneo para la profilaxis oftálmica	
√	El tiempo de administración de profilaxis oftálmica puede ampliarse hasta las 4 horas tras el nacimiento.
8.6.3. Producto más eficaz para la profilaxis oftálmica del RN	
√	Se recomienda la utilización de pomada de eritromicina al 0.5%, y como alternativa tetraciclina al 1%, para la realización de profilaxis oftálmica. Solamente en caso de no disponer de eritromicina o tetraciclina se recomendaría la utilización de nitrato de plata al 1%.
8.7. Profilaxis de la enfermedad hemorrágica con vitamina K	
8.7.1. Profilaxis neonatal con vitamina K	
A	La profilaxis con vitamina K de los RN debería ser ofrecida para prevenir el raro, aunque grave y a veces fatal síndrome de hemorragia por déficit de vitamina K.
8.7.2. Modo de administración de la profilaxis con vitamina K	
A	Se recomienda administrar la vitamina K en dosis única por vía IM (1 mg) ya que este es el método de administración que presenta mejores resultados clínicos.
√	Si los padres rechazan la vía IM de la vitamina K, puede ofertarse la vía oral como segunda opción terapéutica, informándoles que requerirá dosis de 1 mg al nacer, a la semana y al mes. En caso de lactancia materna exclusiva, se administrarán dosis adicionales.

Alivio del dolor durante el parto

9.1. Dolor, analgesia y satisfacción materna	
B	Se recomienda satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto.
9.2. Métodos no farmacológicos de alivio del dolor	
9.2.1. Inmersión en agua caliente	
A	Se recomienda la inmersión en agua caliente como un método eficaz de alivio de dolor durante la fase tardía de la primera etapa del parto.

Han transcurrido más de 4 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9.2.2. Masaje	
B	Se recomienda el masaje y el contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante la primera y la segunda etapa del parto.
9.2.3. Uso de pelotas	
√	Las mujeres que elijan usar las pelotas de goma deben ser animadas a hacerlo para buscar posturas más confortables.
9.2.4. Técnicas de relajación	
√	Las mujeres que elijan utilizar técnicas de respiración o relajación debieran ser apoyadas en su elección.
9.2.5. Inyección de agua estéril	
B	Se recomienda la inyección de agua esteril durante el parto como un método eficaz de alivio del dolor lumbar , informando que la inyección intradérmica produce escozor y dolor intenso momentáneos
9.2.6. TENS	
A	El método TENS no debiera ser ofrecida a las mujeres con parto establecido.
9.3. Métodos farmacológicos de alivio del dolor	
9.3.1. Óxido Nitroso	
B	Se recomienda la inhalación de oxido nitroso durante el parto como un método de alivio del dolor, informando que su efecto analgésico es moderado y que puede provocar náuseas y vómitos, somnolencia y alteración del recuerdo.
9.3.2. Opioides: Petidina, Pentazocina y Remifentanilo	
A	Si se elije la administración de opioides parenterales como método analgésico, se recomienda informar que éstos tienen un efecto analgésico limitado y que pueden provocar náuseas y vómitos.
A	Se recomienda la administración de antieméticos cuando se utilizan opiodes intravenosos o intramusculares.
A	Se recomienda monitorizar la SaO_2 materna y administrar oxígeno suplementario a las mujeres que reciban remifentanilo.
9.4. Analgesia neuroaxial	
9.4.1. Analgesia neuroaxial frente a no analgesia y frente a analgesia con opioides	
A	Se recomienda informar a las mujeres de que la analgesia neuroaxial es el método más eficaz para el alivio del dolor, pero que puede producir hipotensión, alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, retención urinaria, prurito, fiebre y alarga la segunda etapa del parto, incrementando el riesgo de parto instrumental.
√	Se recomienda informar a la mujer de los riesgos, beneficios e implicaciones sobre el parto de la analgesia neuroaxial.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9.4.2. Analgesia epidural tradicional vs epidural a bajas dosis vs combinada	
A	Se recomienda cualquiera de las técnicas neuroaxiales a bajas dosis: epidural o combinada.
A	Si se precisa un rápido establecimiento de la analgesia se recomienda la utilización de epidural combinada (epidural-intradural).
9.4.3. Estudio de coagulación	
B	No se recomienda realizar un estudio de coagulación rutinario previo a la analgesia neuroaxial en mujeres sanas de parto.
√	No se recomienda realizar un recuento intraparto de plaquetas rutinario previo a la analgesia neuroaxial en mujeres sanas de parto.
√	La decisión de realizar un recuento de plaquetas y un test de coagulación debe ser individualizada y basada en la historia de la mujer, el examen físico y los signos clínicos.
9.4.4. Precarga de soluciones intravenosas	
√	Se recomienda asegurar un acceso por vía intravenosa antes de comenzar la analgesia neuroaxial.
A	La precarga por vía intravenosa no necesita ser administrada rutinariamente antes de la anestesia epidural con dosis bajas o con anestesia intradural-epidural combinadas.
9.4.5. Instauración de la analgesia	
A	La analgesia regional puede proporcionarse cuando la mujer lo solicite, incluso en fases tempranas de la primera etapa del parto.
9.4.6. Vigilancia materna	
√	Se recomienda el control de la tensión arterial durante el establecimiento de la analgesia neuroaxial y tras la administración de cada nueva dosis.
√	Se recomienda la MEC de la FCF durante los primeros 30 min del establecimiento de la analgesia neuroaxial y tras la administración de cada siguiente bolo de 10 ml o más.
9.4.7. Modo de administración de analgesia epidural	
A	Se recomienda la administración de PCEA. La PC y los bolos administrados por personal hospitalario son alternativas válidas en función de los diferentes recursos.
9.4.8. Anestésico local en la analgesia epidural	
A	No hay diferencias importantes que permitan recomendar un anestésico local sobre otro.
9.4.9. Opioides en la analgesia epidural	
A	Se recomienda la utilización de bajas dosis de anestésico local junto con opioides para la analgesia epidural.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

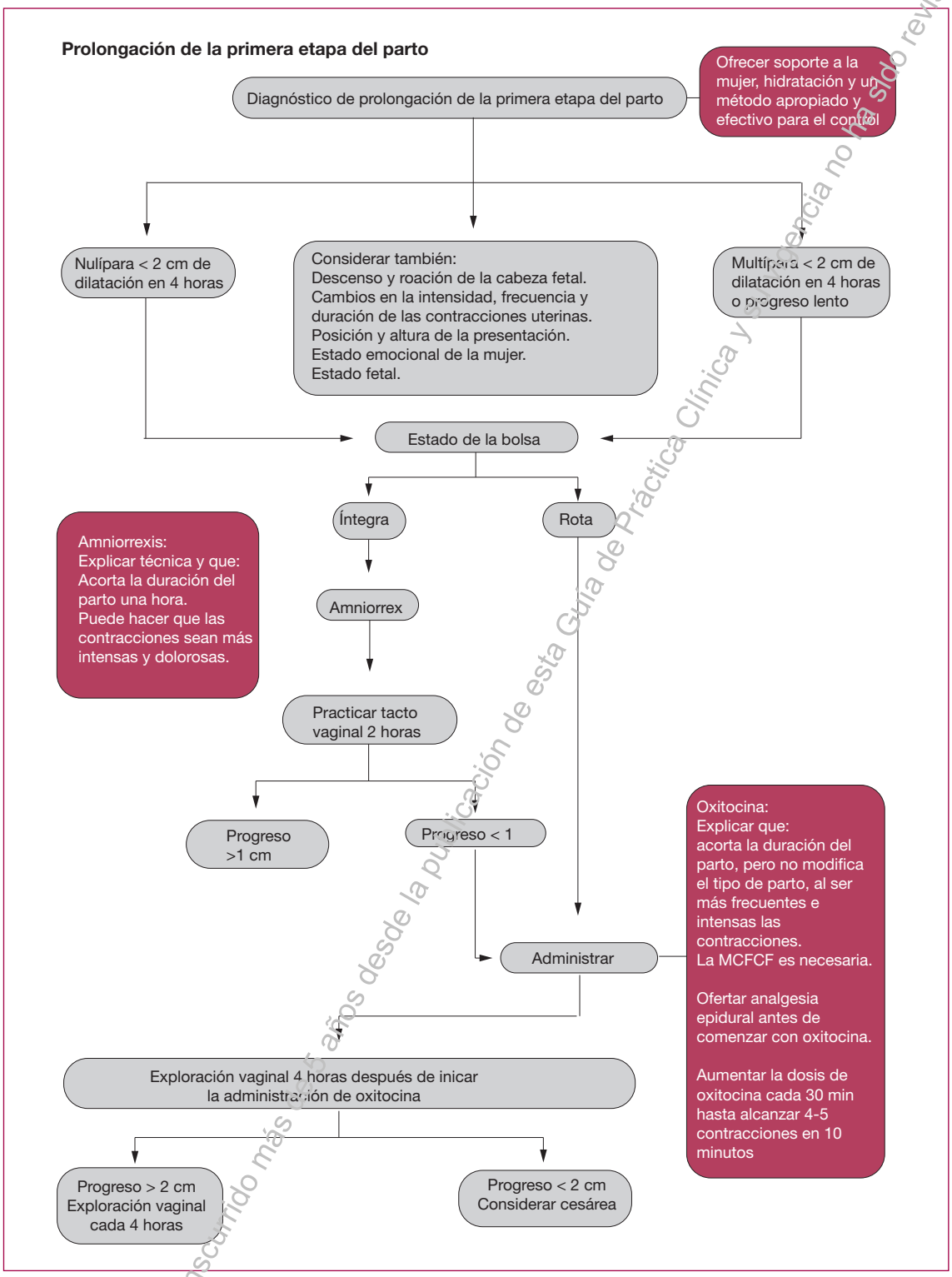
9.4.10. Mantenimiento de la analgesia epidural en el expulsivo	
A	Se recomienda mantener la analgesia epidural durante el periodo expulsivo, el alumbramiento y la reparación del periné si se precisa.

Monitorización fetal

10. Monitorización fetal	
10.1. Monitorización electrónica fetal continua (MEFC) vs auscultación fetal intermitente (AI)	
B	Tanto la MEFC como la AI son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
√	La AI se puede realizar tanto con ultrasonidos Doppler como con estetoscopio.
10.2. MEFC vs Monitorización electrónica fetal intermitente (MEFI).	
A	Tanto la MEFC como la MEFI acompañado de AI son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
10.3. MEFC con pulsioximetría.	
A	No se recomienda el uso rutinario de la pulsioximetría fetal.
10.4. MEFC con análisis del segmento ST (STAN) del ECG fetal de un RCTG patológico.	
A	No se recomienda la utilización rutinaria del análisis del segmento ST del ECG fetal en el parto normal.
B	En las maternidades hospitalarias donde el análisis del segmento ST del ECG fetal está disponible, se recomienda su utilización sólo en mujeres con CTG anormal.
10.5. MEFC con microtoma de sangre de la calota fetal (MSF).	
B	Se recomienda la recogida de MSF en presencia de un registro CTG patológico.
10.6. MEFC estimulación de la calota fetal cuando se presentan alteraciones de la FCF	
√	Se recomienda la estimulación digital de la calota fetal como método diagnóstico complementario ante la presencia de un registro CTG patológico.
10.7. Aplicación de un sistema de categorización de la MEFC	
√	Se recomienda la utilización de la clasificación de la CTG aportada en el Anexo 3.3.2.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

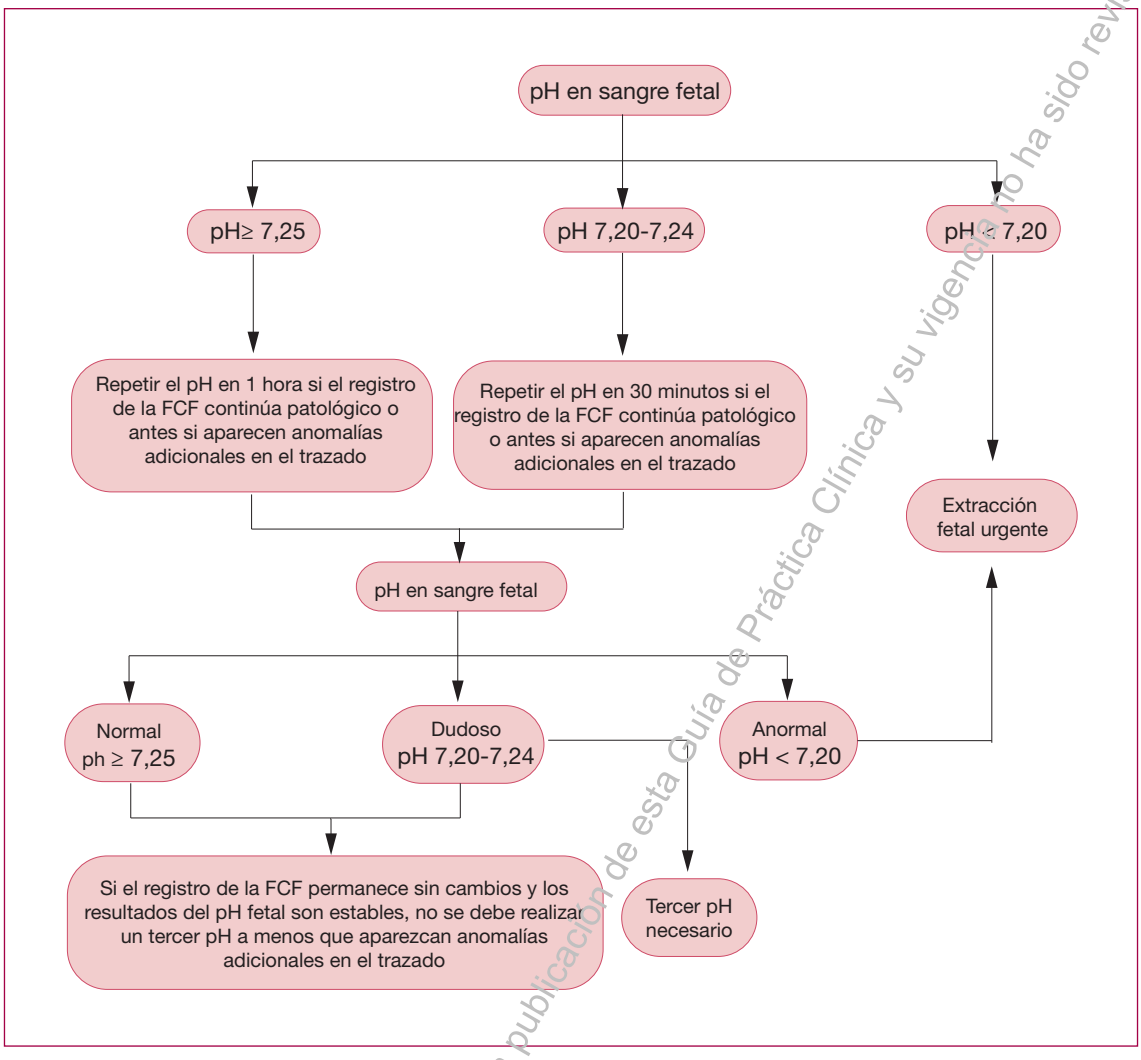
Anexo 5. Algoritmo de diagnóstico de prolongación de la primera etapa del parto



MCFCF monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 12. Algoritmo de decisión según resultados de pH fetal



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.