

PROCOLO DEL PUERPERIO NORMAL

Revisión 2014
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

AUTORAS:

GARCÍA NÚÑEZ, M^a LLANOS Supervisora de Tocología- Partos CHUA

GONZALES MONEDERO, JAVIER Matrón CHUA

TENDERO LA PEÑA, ALICIA EIR 2º Unidad Docente de Matronas CHUA

COLABORADORES

ARGANDOÑA PALACIOS, EVA Matrona CHUA

ROLDAN LOPEZ ASCENSIÓN Matrona CHUA

MOLINA RUBIO, ASCENSIÓN DUE Planta de Tocología CHUA

TOLEDANO MOTA, CARMEN DUE Planta de Tocología CHU

Autorizado por:

Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia D Gaspar González de Merlo

Jefe de servicio de Pediatría Dr. Andrés Martínez Gutiérrez

Protocolo realizado: 2014

Revisado: Junio 2017

Próxima revisión en 2019

ÍNDICE

Pág.

1. INTRODUCCIÓN	3
2. POBLACIÓN DIANA	3
3. OBJETIVOS.....	3
4. PERSONAL.....	4
5. MATERIAL.....	4
6. PROCEDIMIENTO.....	4
7. PROBLEMAS POTENCIALES.....	17
8. PUNTOS A REFORZAR	17
10. INDICADORES DE EVALUACIÓN	18
11. SISTEMA DE REGISTRO	18
12. NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN.....	19
13. BIBLIOGRAFÍA.....	20

1. INTRODUCCIÓN

El puerperio es el período que comprende desde el alumbramiento hasta la aparición de la primera menstruación.

Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno.

Clínicamente se divide en tres periodos sucesivos:

- Puerperio inmediato: Comprende las primeras 24 horas
- Puerperio clínico: Es el período que va desde el final del puerperio inmediato hasta que la mujer es dada de alta del medio hospitalario. La duración aproximada es de 2 a 4 días habitualmente.
- Puerperio tardío: Su final coincide con la aparición de la primera menstruación y final de los cambios que se han producido durante el embarazo, retornando de la mujer a su condición pregestacional.

Los cuidados en el puerperio deben de ir encaminados a prevenir la hemorragia, la infección y la enfermedad tromboembólica, así como asegurar el bienestar y comodidad de la madre proporcionando alivio a las molestias producidas por la episiotomía o desgarros, hemorroides, entuertos, ingurgitación mamaria y cansancio muscular, a la vez que se facilita información suficiente para su autocuidado y el del recién nacido.

2. POBLACIÓN DIANA

La población diana será las puérperas que acuden a la Unidad de Tocología del Hospital General Universitario de Albacete.

- Incluye: todos los partos vaginales eutócicos y distócicos (sin cirugía)
- Excluye: las cesáreas, pues éstas tienen unos cuidados específicos recogidos en el “Protocolo de Cesárea.
- Incluye a todo recién nacido sano tanto de parto vaginal como de cesárea

3. OBJETIVOS

1. Mejorar la calidad de la atención a las mujeres y recién nacidos que reciben cuidados en nuestro servicio.
2. Adecuación de la práctica clínica a la evidencia científica más actual y rigurosa.
3. Utilización eficiente de los recursos sanitarios.
4. Unificación de la práctica clínica y evitar la variabilidad en la atención a las puérperas y recién nacidos de la planta de tocología de la Gerencia de Atención Integrada. de Albacete (G.A.I en adelante).

4. PERSONAL

Personal de enfermería, matronas y residentes de matrona, obstetras y residentes de obstetricia, auxiliares de enfermería y celador del servicio de tocología de la G.A.I. de Albacete.

5. MATERIAL

Recursos materiales de que dispone el servicio de obstétrica del CHUA.
No se utiliza ningún material específico que no este disponible en cualquier área de hospitalización.

6. PROCEDIMIENTO

Tras el alumbramiento se realizarán las siguientes actividades en el paritorio:

PROCOLO DE ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO

La Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO), debido al elevado número de muertes maternas que se producen anualmente por causa de las hemorragias en el posparto, en el año 2006 realizaron una nueva declaración conjunta sobre «Prevención y tratamiento de la hemorragia posparto. Nuevos avances para un entorno de bajos recursos».

En ambos documentos se hace énfasis en la necesidad de tener una conducta activa en el alumbramiento. Este manejo activo ha mostrado que reduce el índice de hemorragias posparto, hay menor pérdida de sangre y menos transfusiones sanguíneas.

La SEGO en su Protocolo de Hemorragia Puerperal Precoz del año 2008 dice: “Se ha demostrado que una actitud activa durante el alumbramiento disminuye la frecuencia de presentación de la HPP más de un 40%, por ello se debe recomendar la prevención de la misma de forma sistemática en todos los partos (*nivel evidencia Ia; grado recomendación A*)”.

Por ello en el CHUA cuenta con un protocolo de asistencia al alumbramiento, los pasos a seguir en dicho protocolo son:

.Técnica del alumbramiento dirigido:

1. Tras la salida del hombro anterior, se administrarán 5 UI de oxitocina vía intravenosa (IV). Si la paciente no lo desea no se realizará este procedimiento, previa explicación por el profesional que atiende el parto de las ventajas de realizarlo.
2. Pinzar el cordón umbilical una vez se haya colocado al neonato sobre el abdomen materno.
3. Se realizará una tracción controlada del cordón umbilical una vez comprobemos que el útero está bien contraído.
4. Si no se ha conseguido el alumbramiento tras 30 minutos desde la administración de la oxitocina y la mujer no sangra: vaciar vejiga, promover lactancia o estimulación de pezones y seguir usando la tracción controlada del cordón.
5. Avisar a ginecólogo si la mujer sangra o han pasado 30 minutos y el punto 4 ha fracasado.

6. Si se quiere hacer donación de sangre de cordón, lo más recomendable es pinzar y cortar rápidamente, y no realizar alumbramiento dirigido, ya que de otra manera las probabilidades de que se obtenga la cantidad necesaria de sangre son mucho más reducidas

PUERPERIO INMEDIATO

- Profilaxis de la hemorragia post-parto: Instauración de perfusión IV de oxitocina (20 U.I. de syntocinon en 500 cc de S.F. 0,9% a 200 ml/h) (1) **NE1/GRA. (nivel de evidencia 1, grado de recomendación A)** (ver apartado niveles de evidencia de Joanna Briggs. 2008)
- Revisión de episiotomía y/o desgarros, y posterior sutura si prodcede. Se valorará la correcta hemostasia y aparición de hematomas. (1)
- Palpación abdominal para comprobar de la formación del globo de seguridad que verifica la correcta hemostasia uterina y que se realiza mediante palpación abdominal. Tras la salida de la placenta , el fondo uterino debe quedar a mitad de distancia sínfisis-ombliigo. Al cabo del primer día sube casi a nivel del ombligo. Después irá bajando a razón de 1-2 cm/día hasta que tras los 10 días postparto se pierde tras la sínfisis del pubis.
- Vaciamiento vesical si es preciso mediante sonda vesical intermitente en el caso de analgesia epidural o mediante micción espontánea si existe reflejo de micción. (2) **NE1/GRA**
- Se realizará un examen sistemático de la placenta para detectar anomalías (infartos, hematomas, inserción anómala del cordón umbilical), pero ante todo para asegurarse de que está completa. Si existe alguna sospecha de que no está completa, habrá que realizar una exploración uterina. Si, por el contrario, las membranas no están completas, dicha exploración uterina no es necesaria y se programará una ecografía de control para el día siguiente.(10) **NE1/GRA**
- Comprobación de la integridad del tono del esfínter anal y la no existencia de suturas que hayan traspasado a la mucosa anal mediante tacto rectal. (1) **NE4/GRC**
- Se procederá a realizar un lavado de la zona genitourinaria y perineal con agua y jabón y pasará de la mesa de partos a la cama.

NOTA: (No existe evidencia de que el uso de la clorhexidina previenen las infecciones maternas y neonatales (excepto por estreptococo del Grupo B y VIH), aunque los datos sugieren una pequeña reducción en la incidencia de endometritis. Deberían llevarse a cabo estudios futuros con volúmenes, concentraciones y métodos estandarizados de desinfección vaginal con clorhexidina. (7)

- Trasladado a la dilatación, dentro de la zona de paritorio, donde permanecerá hasta que la evolución de la púrpura sea favorable.
- Atención al recién nacido: se realizará una exploración clínica somera descartando malformaciones externas, y se realizará el test de Apgar, avisando al pediatra ante parto instrumental o líquido amniótico meconial, y en presencia de cualquier hallazgo que lo

requiera o duda:

Que valoramos con el test de APGAR			
	PUNTUACIONES		
SEÑAL	0 puntos	1 punto	2 puntos
A pariencia (color de la piel)	Todo azul	Extremidades azules	Todo rosado
P ulso (frecuencia cardiaca)	Ausente	Lento (inferior a 100 por minuto)	Rápido (mas de 100 por minuto)
G esticulación (respuesta a estímulos)	No responde	Muecas y llanto débil.	Llanto, estornudo y tos.
A ctividad (tono muscular)	Músculos flácidos y flojos	Cierto tono muscular, flexiona las extremidades.	Movimientos activos.
R espiración	No respira	Respiración lenta e irregular	Fuerte y regular. Llanto

- La determinación de gases arteriales en sangre del cordón es de utilidad no sólo diagnóstica, sino pronóstica en situaciones de compromiso de la oxigenación y perfusión fetal intraútero. Su determinación es recomendable en partos de alto riesgo, pero también puede ser de ayuda en situaciones en las que el riesgo fetal es bajo. La normalidad de los gases en sangre del cordón de los RN vigorosos, junto con otros datos clínicos, confirma la ausencia de episodios hipóxico-isquémicos.
- En todo momento, si es el deseo de la madre y si la situación clínica lo permite, el recién nacido se encontrará desnudo y en contacto directo con la piel de la madre (piel con piel). No obstante siempre se mantendrá vigilancia por parte del personal de enfermería o del acompañante de la madre del recién nacido. (1) **NE1/GRA**
- Durante el periodo de postparto inmediato se realizarán las siguientes actividades:
 - Control de constantes horaria, aunque ante la aparición de cualquier alteración se adecuará la frecuencia a la situación clínica: **NE4/GRC**
 - Tensión arterial.
 - Temperatura.
 - Pulso.
 - Se valorará la pérdida hemática, presencia de globo uterino, aspecto general y coloración.
 - Administración de analgesia IV, si precisa. **NE1/GRA**
 - Hielo en periné si precisa. **NE1/GRA**

- Se incentivará la instauración de la lactancia materna precoz, lo antes posible, y se asesorará a la madre y al padre sobre la técnica adecuada. (1) **NE1/GRA**
- Traslado de la puérpera a la zona de hospitalización cuando la evolución sea favorable:
 - Ausencia de sangrado patológico (compresa empapada en menos de 5 min.)
 - Constantes normales.
 - Globo de seguridad bajo el ombligo.
 - En el caso de epidural, recuperación de la sensibilidad y movilidad de las extremidades inferiores.
 - Micción espontánea. Si valoramos la existencia de globo vesical se procederá al sondaje vesical evacuador intermitente y se vigilará la micción espontánea por la enfermería de la planta de tocología.
 - Revisión de vagina. Comprobar que no haya coágulos, gases, membranas o dehiscencia de suturas.
- Retirada de catéter epidural, sueroterapia y perfusión de oxitocina (si no existe evidencia de metrorragia anormal).
- Mantenimiento de vía venosa permeable durante 6 horas mínimo. Si las membranas están desgarradas mantener hasta Ecografía y retirar, si no precisa y la evolución es satisfactoria.

En condiciones normales, el traslado a la planta se hará sin separar a la madre del hijo. **NE1/GRA**

PUERPERIO CLÍNICO

Cuando la mujer llegue a la planta de tocología, la enfermera revisará la historia:

- Tipo de parto (eutócico, instrumental,..)
- Tipo de anestesia
- Tipo de alumbramiento y estado de la placenta y membranas ovulares tras la extracción. En el caso en el que las membranas se desgarren o la placenta no salga íntegra, se programará una ecografía al día siguiente para verificar que no queden restos en el útero.
- Estado del periné (episiotomía, desgarro,...). (9) A la llegada de la paciente a planta y durante los días que dure el ingreso clínico, deberán vigilarse los siguientes parámetros:
- Estado general, físico y psíquico.
- Pulso y tensión arterial (al menos cada 12 horas).
- Temperatura (al menos cada 12 horas).
- Pérdida hemática.
- Presencia del globo de seguridad.
- Características de los loquios: cantidad, color y olor.
- Cicatrización del periné. Atención a dehiscencias, hematomas y signos de infección.
- Micción espontánea, sobre todo en caso de parto con anestesia epidural. La primera micción debe acontecer antes de las 6-8 horas del parto. Ayudar con medidas higiénicas y si no se produce micción en este tiempo, realizar sondaje vesical. (5) **NE4/GRC**
- Dolor, siendo normales los entuertos y las molestias propias a la cicatrización.

- La analgesia oral de elección para el dolor perineal que no cede con frío será paracetamol.
- Extremidades inferiores. Recuperación del bloqueo sensitivo antes de comenzar deambulación.
- Evacuación intestinal; se prescribirán laxantes suaves al segundo-tercer día si es preciso.
- Hemorroides; prescripción de frío local y preparados antihemorroidales tópicos.
- Mamas: turgencia, grietas, signos inflamatorios.
- Administración de profilaxis anti-D a la madre Rh negativa con descendencia Rh positiva o desconocida. (8) **NE1/GRA**
- Recomendación de administración de vacuna de rubéola si no estaba inmunizada. En su centro de Salud
- Se aconseja movilización precoz (en caso de anestesia epidural tan pronto haya cedido el efecto de ésta). (6) **NE3/GRB**
- Higiene del periné con agua y jabón. Cambio de compresa cada 2-3 horas.
- Ducha precoz.
- Dieta variada y equilibrada tan pronto como tolere, rica en fibra. Suplemento calórico de 500 Kcal diarias en caso de lactancia materna.
- No es precisa la realización de un hemograma de rutina. Puede ser necesario en casos de anemia anteparto o si se ha producido una hemorragia importante durante el parto o el posparto. (5) **NE3/GRB**
- Al alta de maternidad debe recomendarse que se pongan en contacto telefónico con su Centro de Salud para concretar la visita puerperal y con los grupos de apoyo a la lactancia materna.
- Se dará información sobre recomendaciones al alta de enfermería en el puerperio y situaciones que pudieran ser indicativas de necesitar valoración por el personal sanitario:
 - Fiebre superior a 38°C
 - Hemorragia
 - Loquios malolientes
 - Inflamación – Dolor mamario
 - Dificultad respiratoria
 - Síntomas urinarios

PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR

El objetivo de este protocolo es prevenir el dolor de las púerperas hospitalizadas en la planta de tocología, así como concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de priorizar el alivio del dolor para evitar complicaciones médicas y con ello, estancias prolongadas.

Este protocolo se encuentra en la página web del CHOSPAB, disponible en el siguiente enlace: <http://www.chospab.es/mediateca/videos/2857/protocolo-valoracin-y-manejo-del-dolor-en-parto-y-puerperio>

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

El parto es un proceso fisiológico en el que la mayoría de las mujeres que van a ser madres están sanas y la mayoría de sus hijos serán niños sanos. Por tanto, la atención al parto en el medio hospitalario posee unas características que la hacen muy diferente a la atención que se debe prestar al resto de los procesos que se atienden en un hospital.

Los profesionales deberían intervenir sólo para corregir desviaciones de la normalidad y para favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, mediante el respeto de la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres y sus hijos. En el puerperio inmediato y en relación con el RN se debería aprovechar la estancia en el hospital para promocionar y apoyar la lactancia materna, favorecer el proceso de vinculación y realizar ciertas actividades preventivas y de educación sanitaria.

ACTIVIDADES EN PARITORIO

El RN se mantendrá en contacto piel con piel durante toda su estancia en el paritorio, si el estado de salud de la madre y del niño lo permiten **(A)**. Estos niños no precisan de ningún tipo de reanimación y como fuente de calor actúa la propia madre **(A)**. Se debe ofrecer a todas las madres, incluidas las que hayan decidido alimentar a sus hijos con sucedáneos **(B)**.

PROCEDIMIENTO PIEL CON PIEL

Existe protocolo específico del contacto piel con piel..

CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICAL

- El cordón umbilical ha de ser cortado en condiciones de asepsia y pinzado con seguridad **(A)**.
- El cuidado posterior de este no precisa otras medidas que el tratamiento con asepsia, que incluye el lavado de manos, la colocación de una gasa limpia y seca y su cambio frecuente, así como del pañal del RN cuando este haya realizado una deposición o micción **(B)**.
- Para su lavado sólo es necesario el empleo de agua y jabón y secar posteriormente; la aplicación de soluciones antisépticas puede retrasar su caída y no aporta ningún beneficio **(A)**.
- No se aconseja el empleo habitual de soluciones antisépticas en el cuidado del cordón, salvo que las condiciones de baja higiene en el ambiente en que el RN se encuentre así lo indiquen **(B)**.
- Se utilizará una solución antiséptica de clorhexidina al 2%, durante su estancia en la unidad **(B)**.

PROFILAXIS DE LA OFTALMIA NEONATAL

- Se administrará Terramicina crema en cada ojo en dosis única.
- Se recomienda la administración lo más precoz posible de colirio o pomada antibiótica al RN, sin embargo y debido a que estos fármacos pueden enturbiar la visión del RN e interferir con la instauración del vínculo madre-hijo, esta administración puede retrasarse hasta que el periodo de contacto piel con piel inicial ha finalizado (60 min) **(B)**.

IDENTIFICACIÓN DEL R.N.

- Todo RN debe ser correctamente identificado desde el momento de la ligadura del cordón umbilical por su madre **(B)**. Se realizará mediante pinza de cordón y pulsera, ambos con código, y en el caso de la pulsera aparecerán los datos de la madre (Nombre, apellidos, sexo del R.N., fecha de nacimiento y número de habitación).
- La identificación se mantendrá siempre visible a todos los efectos en el RN sano durante toda su estancia en el centro hospitalario.
- Se propiciará la unión madre-hijo desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria, por lo que no deben existir separaciones, salvo que la salud de alguno de éstos así lo requiera **(B)**.

ALIMENTACIÓN DEL R.N.

El establecimiento de una adecuada alimentación durante las primeras horas de vida es fundamental para prevenir el desarrollo de cuadros de deshidratación hipernatrémica que son frecuentes cuando la alimentación es insuficiente, por lo que es importante vigilar el estado del R.N. en el primer día de vida.

En este momento está en elaboración LA GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LACTANCIA.

RECEPCIÓN EN EL NIDO DEL RN TRAS PARTO NORMAL

- Vendrá con la madre del postparto.
- Se comprobará pulsera y datos.
- Realización de somatometría: Parámetros habituales:
 - Perímetro cefálico (PC): 33-37 cm
 - Perímetro torácico (PT): 30-40 cm (*relación con el PC 2cm inferior a él*)
 - Talla: 46 – 52 cm
 - Peso: 2500gr – 4000gr (si no lo han pesado en paritorio)
- Aseo: lavado cuero cabelludo y resto del cuerpo si la Tª del bebé lo permite.
- Constantes:
 - FC: 120-160 lpm
 - FR: 30-40 rpm
 - Tª: 36-37 °C

PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD HEMORRÁGICA DEL RN

- Se administrará una dosis única de Vitamina K liposoluble 1 mg I.M. en muslo derecho, independientemente del peso del R.N. **(A)**
- Si los padres no aceptan la administración IM de vitamina K, ha de informárseles de la posibilidad de administrarla en forma oral. Esta forma de administración requiere seguir específicamente las recomendaciones del fabricante, administrar de forma prolongada y en dosis múltiples y vigilar especialmente el cumplimiento de la dosificación en los RN lactados exclusivamente con leche materna **(B)**.

PROFILAXIS DE LA HEPATITIS B

- Si la madre tiene HBs Ag + administrar 0,5 ml gammaglobulina anti VHB específica IM en muslo contrario a la vacuna, que se pondrá solo en estos casos.
- Actualmente no se administra la vacuna debido a la modificación del calendario de vacunación de Castilla-La Mancha en el que se establece que la primera dosis se pone a los 2 meses de vida.
- Si existe una IgM + para LUES, TOXOPLASMA, CMV ó RUBÉOLA, se avisará a Pediatra.

VALORACIÓN MORFOLÓGICA DE R.N.

- Paladar (integridad)
- Piel (coloración)
- Tono muscular (hipotonía)
- Llanto (vigoroso, ausente, quejido)
- Visualizar ano permeable.
- Cordón umbilical.
- Coloración que dependerá del estado circulatorio:
 - Pálido: Hipoxia, anemia y shock. *(Si es acentuada avisar a PDT)*.
 - Cianosis generalizada: Siempre es patológica. Indica frialdad. *(Si en cara presenta petequias puede indicar circular de cordón)*.
 - Gris terroso: Indica infección.
 - Ictericia: Hacer bilirrubina y según cifra, avisar a PDT.
- Ante cualquier duda avisad a pediatría.

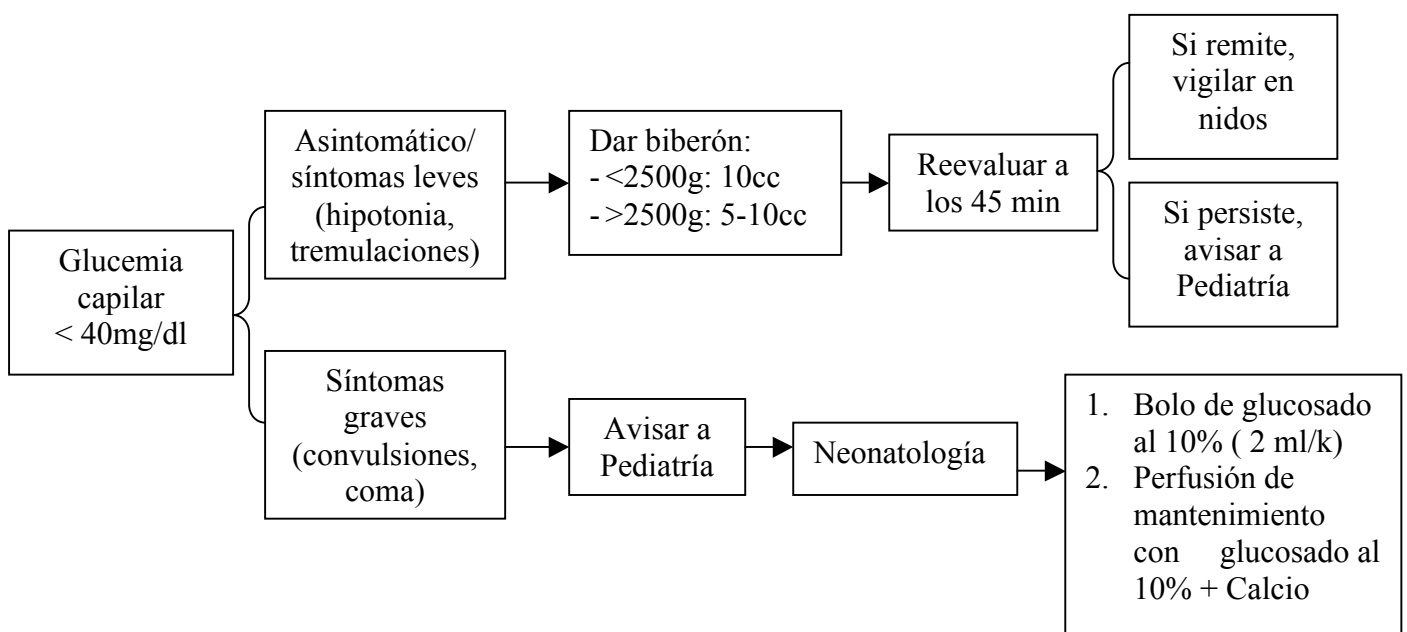
VALORACIÓN DE LA PRIMERA MICCIÓN

- La 1ª micción deberá ser en las primeras 24h de vida.
- Es normal la aparición de uratos en las primeras micciones (color anaranjado en el pañal).
- Si no se realiza micción en las primeras 24h de vida se debe ofrecer alimentación con frecuencia y valorar la ingesta de algún biberón si existiese hipogalactia, y avisar a Pediatría según evolución.
- Si en las primeras 48h no se realiza micción, avisar siempre a Pediatría.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

Se atenderá en las siguientes circunstancias:

- **Pretérmino: < 37 semanas**
- **Madre con diabetes mellitus.**
- **Macrosoma: > 4000gr**
- **Bajo peso: < 2500gr**
- Se realizan glucemias capilares según protocolo:
 - Recién nacido de madre diabética y/o macrosoma: 30min, 1h, 3h, 6h, 12h, 18h, 24h, 48h.
 - Recien nacido de bajo peso y/o pretermino: 1h, 3h, 6h, 12h, 18h, 24h, 48h.
 - En ambos casos se debe iniciar la alimentación precoz (a las 2-4h de vida).



PROTOCOLO INFECCIOSO

CRITERIOS RIESGO INFECCIÓN SGB QUE INDICAN NECESIDAD PROFILAXIS

- Toda gestante colonizada por SGB.
- Cuando exista bacteriuria por SGB durante la gestación o tenga un hijo previo con sepsis por SGB.
- SGB negativo tomado hace más de 5 semanas.
- Fiebre intraparto sin corioamnionitis
- Si desconocemos estado de portadora:
 - EG < 37 semanas.
 - Rotura de membranas > 18 horas.
 - Parto extrahospitalario no medicalizado.

¿CUÁNDO NO SE ADMINISTRA PROFILAXIS A LA MADRE?

- Madre no portadora de SGB en las 5 semanas previas al parto y no exista bacteriuria por SGB ni antecedentes de hijo con sepsis por SGB ni fiebre intraparto, ni rotura de bolsa superior a 72 horas.
- Cesárea electiva sin inicio de trabajo de parto y con membranas íntegras.

¿QUÉ HACEMOS CON LOS RN?

- Avisar al pediatra para ingreso:
 - RN < 35 semanas.
 - RN con bolsa rota > 72 horas o diagnóstico o sospecha de diagnóstico de corioamnionitis.
 - Si alteraciones analíticas:
 - Hemograma:
 - Leucocitos < 5.000 ó > 30.000
 - IDI > 0.2.
 - Plaquetas < 100.000
 - Hemocultivos positivos.

- Si clínica de infección en el RN:
 - Color de piel pálido-grisáceo o icterico sucio.
 - Signos de hipoperfusión: cutis reticular, relleno capilar enlentecido, hipotensión arterial.
 - Dificultad o deterioro respiratorio.
 - Intolerancia digestiva: rechazo de la toma, vómitos, distensión abdominal, diarrea.
 - Irritabilidad o letargia.
 - Llanto agudo, fontanela abombada, convulsiones, focalidad neurológica.
 - Inestabilidad térmica.
 - Otros: rash, púrpura, cianosis, apnea ...
- EG \geq 35 semanas:
 - Profilaxis materna indicada:
 - Completa y correcta (antibiótico adecuado administrando al menos dos dosis): Observación del RN en nido 48h.
 - Incompleta (antibiótico no indicado o falta de segunda dosis): Observación en nido 48h y realizar hemograma y hemocultivos a las 6 horas de vida.
 - No administrada o realizada con Eritromicina: Observación en nido y administrar Penicilina G sódica im (dosis de 50000 UI en >2000 g y 25000 UI en <2000 gr, penilevel® o penibiot®) en la primera hora de vida tras realizar hemograma y hemocultivos.
 - Si la indicación de profilaxis se hace por fiebre materna con SSGB negativo, en ese caso: observación en nido 48h y realizar hemograma y hemocultivos a las 6 horas de vida y no precisa penicilina IM.
 - Profilaxis materna no indicada: Observación en nido 48h.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

• SGB POSITIVO

- 2 o más dosis de ampicilina intraparto: **Profilaxis completa**. No precisa analítica, observación 48 horas en nidos.
- 1 dosis de Ampicilina: **Profilaxis incompleta**.
 - Hemograma
 - 2 Hemocultivos
 - **Entre las 4-6h de vida + Observación 48 horas en nidos.**
- **Ninguna dosis de Ampicilina en RN con indicación de profilaxis**
 - Hemograma en la 1ªh de vida
 - 2 Hemocultivos
 - Penicilina 50000U (0,25cc) en muslo derecho. **Si R.N. < 2000grs 25000U.**
 - Observación 48 horas en nidos.

• SGB - NEGATIVO

- **Si RPM>72h** o sospecha diagnóstico corioamnionitis avisad pediatra:
 - Ingreso en neonatos, evaluación completa e inicio de tratamiento.
 - Si fiebre intraparto y 1 dosis ó no profilaxis con antibiótico: PRI en las 4-6h de vida del RN

• SGB DESCONOCIDO:

- Pretérmino (<37 sem)
- SGB (-) tomado hace más de 5 semanas.
- RPM >18h
- Fiebre intraparto (=>38°C)
- Parto extrahospitalario NO MEDICALIZADO
- En estos casos será madre subsidiaria de profilaxis con Ampicilina y se actuará según lo descrito.

PRUEBAS METABÓLICAS

- Se realizará a partir de las 48 horas y antes de las 72h.
- La toma de muestra la realizará la enfermera del SAR pasadas las 48 horas de vida en el turno de mañana, anotándose en la historia del recién nacido.
- Si se produce el alta del recién nacido, antes de las primeras 48 horas de vida, se se derivará a su centro de salud para proceder a la toma.
- Todas las instrucciones de la toma de muestras se encuentran en el PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS ENDOCRINAS Y METABÓLICAS de la Consejería de Sanidad y Asuntos sociales de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.

FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

En los primeros momentos de la paciente en la planta, la enfermera deberá realizar las siguientes actuaciones encaminadas al fomento y consiguiente éxito de la lactancia materna:

- Las prácticas y políticas del hospital tienen una fuerte incidencia en el éxito o fracaso de la lactancia materna
- Confirmar la decisión de amamantar.
- Valorar los conocimientos y preparación sobre lactancia materna.
- Considerar factores maternos influyentes en el proceso de lactancia, principalmente al principio.
- Debe evitarse la separación de la madre y el bebé en la primera hora de vida de forma rutinaria, a no ser que se solicite por la madre o para la atención inmediata del bebé.
- El contacto piel a piel temprano, y la succión precoz tienen un impacto positivo en la salud y relación madre-hijo, favoreciendo igualmente la duración de la lactancia materna.
- Los profesionales deben favorecer la prealimentación en la primera hora de vida. No hay un momento específico para comenzar con la lactancia materna. Su ritmo y duración son decisión de la madre y el bebé (demanda).
- Fomentar, instruir en la técnica y colaborar en las primeras tomas. Implicar al padre si está presente.
- Fomentar y difundir la exclusividad de la lactancia materna, salvo prescripción Facultativa.
- Evitar tetinas, chupetes y aporte de soluciones glucosadas, salvo prescripción facultativa.

NE1/GRA

- Los suplementos líquidos (biberón de agua, glucosa ó fórmula) influyen negativamente en la duración de la lactancia materna. **NE1/GRA**
- Los suplementos son beneficiosos en determinadas situaciones clínicas que serán aconsejadas por el pediatra y en bebés nacidos por cesárea. **NE1/GRA**
- Únicamente se proporcionará leche adaptada, en el hospital, a bebés con lactancia materna bajo prescripción facultativa o cuando la madre rechace la lactancia materna. **NE1/GRA**
- En caso de que la madre haya decidido no amamantar, hay que indicarle qué alimento va a recibir, qué cantidad y a qué horario. **NE1/GRA**
- El apoyo a la lactancia materna a través de intervenciones conjuntas ó individuales, la educación para la salud y el alojamiento conjunto favorecen su duración. **NE1/GRA**
- La lactancia materna ayuda a prevenir la ingurgitación, aumenta la producción de leche, estabiliza los niveles de glucosa sérica neonatal y favorece el aumento de peso inicial **NE4/GRC**
- La posición correcta (madre-hijo) durante el amamantamiento previene el dolor en los pezones y la alimentación ineficaz. **NE4/GRC**

7. PROBLEMAS POTENCIALES

- La Patología materna puede alterar en cualquier momento este protocolo de actuación
- Las barreras culturales de la pareja.

8. PUNTOS A REFORZAR

- Promoción de la lactancia natural
- Promoción del contacto piel con piel
- Asegurar la intimidad del paciente en todo el proceso
- Asegurar la seguridad del R.N. dando información a la madre sobre el riesgo de COLECHO.

10. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Se realizará un informe anual por el servicio de documentación clínica indicadores:

- Porcentaje de partos normales (C.I.E. 9 -> 650)
- Porcentaje de partos instrumentales (C.I.E. 9 -> 72.X)
- Porcentaje de hemorragias post parto (C.I.E. 9 -> 666.XX)
- Porcentaje de anemias postparto (Hb < 11 gr/dl) en parto eutócico.
- Porcentaje fiebres puerperales (C.I.E. 9 -> 672)

- Estancia media en parto normal sin complicaciones anual (cuadro de mandos)
- Porcentaje de altas a las 48 horas de parto vaginal (eutócico o instrumental)
- Porcentaje de madres que inician lactancia materna
- Porcentaje de madres que dan lactancia materna exclusiva al alta
- Otros datos obtenidos por I A S I S T
- Tasa de reingreso de puérperas.
- Tasa de mortalidad materna.anual

11. SISTEMA DE REGISTRO

Se realizará el registro de actividades mediante el sistema informático Mambrino XXI.

- En paritorio:
 1. Se rellenará el formulario de puerperio inmediato incluido en el formulario de partograma. En este formulario existe un acceso directo para registrar las constantes vitales.
 2. Se reflejará en el formulario partograma la evolución del parto y se anotará cualquier incidencia para dejar constancia.
 3. Se rellenará el formulario de resumen del parto.
 4. Se realizará el traslado administrativo a la planta mediante el icono de traslado de paciente.
- En planta de tocología:
 - Se revisarán los formularios de partograma y resumen del parto y se comprobará que queden reflejados los siguientes puntos:
 - Tipo de parto (eutócico, instrumental,...)
 - Hora de parto
 - Peso del niño y apgar.
 - Tipo de alumbramiento (dirigido, espontáneo, manual,...)

- Estado de placenta y membranas ovulares tras alumbramiento
 - Si la placenta no estuviera íntegra o las membranas resultaran desgarradas, se anotaría a la paciente para realizarlo ecografía al día siguiente.
- Formulario de constantes.
 - Se crean actividades del perfil materno – infantil
 - Se abre la agrupación de cuidados para valoración y manejo del dolor.
 - En el cuadro de actividades prescritas se validarán las actividades que se realicen en el horario prescrito.
 - Todos los días el turno de tarde de enfermería debe de hacer una toma del formulario de seguimiento de valoración de enfermería
 - Al alta se cerraran formularios de vías, sondajes, etc..
 - Se completará el formulario de alta de enfermería y se dará una copia a la paciente con las recomendaciones de enfermería en el puerperio.

12. NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Este protocolo se ha realizado en base a estudios con diseños experimentales y revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorios.

Se han utilizado los niveles de evidencia establecidos por The Joanna Briggs Institute – (rev. 2003) y los grados de recomendación que derivan de los niveles de efectividad establecidos por el Instituto **Joanna Briggs (rev. 2008)**:

Nivel I	Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos relevantes con asignación aleatoria
Nivel II	Evidencia obtenida de, al menos, un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado
Nivel III.1	Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados
Nivel III.2	Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios con grupo único, o de series temporales interrumpidas sin grupo control paralelo
Nivel III.3	Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios con grupo único, o de series temporales interrumpidas sin grupo control paralelo.
Nivel IV	Evidencia obtenida de estudios de series de casos pre y post test, o sólo post test. Consenso del grupo, guías prácticas

Grado A	Efectividad demostrada para su aplicación
Grado B	Grado de efectividad establecido que indica considerar la aplicación de sus resultados
Grado C	Efectividad no demostrada

13. BIBLIOGRAFÍA

1. De trabajo de la Guía G. de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010;
2. Morillas-Ramírez F, Ortiz-Gómez JR, Palacio-Abizanda FJ, Fonet-Ruiz I, Pérez-Lucas R, Bermejo-Albares L. Actualización del protocolo de tratamiento de la hemorragia obstétrica. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. abril de 2014;61(4):196-204.
3. Martínez Galiano, J. M. Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. *Matronas prof*. 2009;10(4):20-6.
4. Protocolo SEGO. Hemorragia postparto precoz (actualizado en 2006). Disponible en <http://www.sego.es/>
5. Serra VS, González AG, Martínez-Astorquiza T, Navio JF, de Miguel Sesmero JR, Somoza RU, et al. ASISTENCIA AL PARTO. [citado 14 de octubre de 2014]; Recuperado a partir de: http://www.sego.es/Content/doc/Documento_de_Consenso_y_Recomendaciones.doc
6. Llamas P, Santamaría A, Arratibel C, Martorell JR, Casellas M. Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en el embarazo, el parto y el puerperio. *Trombosis en la mujer Aspectos prácticos*. :31.
7. Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B, Tolosa JE. Clorhexidina vaginal durante el trabajo de parto para la prevención de las infecciones maternas y neonatales (excepto por estreptococo del grupo B y VIH). *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2007, Número 4, artículo n.º: CD004070. DOI: 10.1002/14651858.CD004070.pub2.
8. Baptista-González HA, Rosenfeld-Mann F, Leiss-Márquez T. Prevención de la isoimmunización materna al RhD, con gamma-globulina anti-D. *salud pública de méxico*. 2001;43(1):52-8.
9. EL PARTO CE. CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL: UNA GUÍA PRÁCTICA. [citado 14 de octubre de 2014]; Recuperado a partir de: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf
10. Sachse M, Aguilar OC. Indicaciones de la revisión manual de la cavidad uterina durante la tercera etapa de trabajo de parto. *Revisión de la evidencia*. *Revista CONAMED*. 2013;18(1):31-6.

11. Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ. Intervenciones para promover el inicio de la lactancia. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas; 2005, Número 2. Art. n.º: CD001688. DOI: 10.1002/14651858.CD001688.pub2.
12. Sánchez Luna, M., Pallás Alonso, C. R., Botet Mussons, F., Echániz Urcelay, I., Castro Conde, J. R., & Narbona, E. (2009, October). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. In *Anales de Pediatría* (Vol. 71, No. 4, pp. 349-361). Elsevier Doyma.
13. Episodios aparentemente letales en las primeras dos horas de vida durante el contacto piel con piel. Incidencia y factores de riesgo
14. Justino Rodríguez-Alarcón Gómez a,* , Izaskun Asla Elorriaga a, Luis Fernández-Llebrez b, Aitziber Pérez Fernández a, Cristina Urri´a Avellanal a y Carmen Osuna Sierra Neonatología-Medicina Perinatal, Servicio de Pediatría, Hospital de Cruces, Vizcaya, España Obstetricia, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Cruces, Vizcaya, España Recibido el 17 de febrero de 2010; aceptado el 23 de junio de 2010
15. COLECHO, SMSL Y LACTANCIA MATERNA. RECOMENDACIONES ACTUALES DE CONSENSO Comité de Lactancia Materna y Grupo de Trabajo para el Estudio de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría