



Plan de cuidados estandarizado durante el periodo expulsivo y de alumbramiento en el parto normal

Autoras:

Casandra García González

Residente de 2º año de Enfermería Obstétrico Ginecológica. Área de partos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Residencia Cantabria). Santander. España.

Oihane Terán Muñoz

Residente de 2º año de Enfermería Obstétrico Ginecológica. Área de partos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Residencia Cantabria). Santander. España.

Ana Rosa Alconero Camarero

RN, MSN, PhD, Matrona. Profesora titular de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Cantabria. España.

Mª Teresa Gil Urquiza

Matrona. Jefa de estudios de la especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica. Supervisora Área de partos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Residencia Cantabria). Santander. España.

Marta González Maestro

Residente de 2º año de Enfermería Obstétrico Ginecológica. Área de partos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Residencia Cantabria). Santander. España.

Izaskun Laurrieta Sáiz

Residente de 2º año de Enfermería Obstétrico Ginecológica. Área de partos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Residencia Cantabria). Santander. España.

Dirección para correspondencia:

casandragar88@hotmail.com

Recibido: 7 de noviembre de 2014

Aceptado: 11 de diciembre de 2014

Se presenta la segunda publicación de una serie de tres planes de cuidados estandarizados. En este caso, el correspondiente a la fase de expulsivo y alumbramiento de un parto normal. A la espera de la publicación en el próximo número de Nuberos Científica el correspondiente al puerperio inmediato.

RESUMEN

Durante la segunda y tercera etapa del parto (expulsivo y alumbramiento) las mujeres necesitan recibir una atención integral, que tenga en cuenta sus expectativas y preferencias, siendo la matrona la profesional sanitaria más idónea para asistirles en un parto normal.

Por ello, planteamos un plan de cuidados estandarizado que aborde los diferentes momentos por los que pasa la parturienta durante estos periodos. Para su realización, la valoración se ha focalizado por sistemas y se ha seguido la perspectiva bifocal de los cuidados; por una parte, identificamos complicaciones potenciales (CP) o problemas interdependientes y, por otra, diagnósticos de Enfermería (DdE) según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Para los DdE se identifican los criterios de resultados NOC (Nursing Outcomes Classification) e intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification).

Palabras clave:

- Parto normal
- Enfermería obstétrica
- Diagnóstico de enfermería.

ABSTRACT

During the second and third stages of labor, women need to receive holistic care, which takes their expectations and preferences into account. Midwife is the best professional to assist them to in a normal birth.

Thus we raise a standardized care plan to address the different stages women in labor go through. In order to do that, on one hand an assessment has been focused on systems and on the other hand a bifocal perspective of nursing care has been followed. Furthermore, we identify both potential complication (PC) or collaborative problems and nursing diagnosis using NANDA taxonomy (North American Nursing Diagnosis Association). According to nursing diagnosis, we select outcome criteria, NOC (Nursing Outcomes Classification) and interventions, NIC (Nursing Interventions Classification).

Keywords:

- Natural childbirth
- Obstetric nursing
- Nursing diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (GPCAPN)⁽¹⁾, define el parto normal como: "El parto de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como su bebé se encuentran en buenas condiciones".

Este plan de cuidados hace referencia al periodo expulsivo y de alumbramiento del parto normal. La definición recomendada por la GPCAPN considera que "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. Esta etapa se subdivide a su vez en dos; el periodo expulsivo pasivo, que se considera desde el momento en que se consigue una dilatación completa del cuello uterino, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo; y el periodo expulsivo activo, cuando el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos en presencia de dilatación completa con ausencia de contracciones de expulsivo". "Y la tercera etapa del parto o alumbramiento, es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta"⁽¹⁾.

La matrona debe conocer las expectativas de cada mujer para poder ofrecer el apoyo que necesite, evitando sentimientos de frustración innecesarios. Esta asiste a la mujer de forma continuada y presencial durante el parto, cuida de su bienestar físico y emocional, animándola en todo momento para que pueda vivir su parto de forma positiva. Además valora la progresión del parto y la evolución clínica de la mujer/parturienta mediante la entrevista y la exploración física y emocional de manera con-

tinua (frecuencia de las contracciones, tensión arterial, pulso, temperatura, sensación de sed, estado de ánimo, etc.) y del feto (mediante la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal); facilita que la parturienta adopte la posición que le resulte más cómoda durante el periodo expulsivo⁽¹⁾.

Todas las mujeres deberían poder elegir la persona que les proporcione apoyo durante el parto. La evidencia científica ha demostrado que la relación entre la mujer y el profesional que le atiende influye en gran medida en la experiencia del parto. Se confirma que las mujeres que reciben un apoyo continuo profesional por matronas tienen una probabilidad mayor de tener un parto vaginal espontáneo y menor riesgo de necesitar analgesia epidural; aumenta la tasa de inicio de la lactancia materna, disminuye la práctica de episiotomías, y la tasa de parto instrumental (fórceps, ventosa, etc.) o cesárea⁽²⁾. Al mismo tiempo, aumenta la sensación de control y confianza materna y la satisfacción con la experiencia del parto^(1, 3).

Son escasos los estudios sobre planes de cuidados estandarizados en el ámbito de la atención al parto; recientemente López Mirones et al.⁽⁴⁾ han publicado un plan de cuidados estándar (PCE) sobre la primera fase del parto. Para completar el proceso de atención al parto se realiza el segundo PCE; la valoración se ha focalizado y se ha seguido la perspectiva bifocal de los cuidados; por una parte, se identifican diagnósticos de Enfermería (DdE) según la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁽⁵⁾ y por otra las complicaciones potenciales (CP) o problemas interdependientes. Para los DdE se identifican los criterios de resultados Nursing Outcomes Classification (NOC), e intervenciones Nursing Interventions Classification (NIC)⁽⁶⁾.

OBJETIVOS

- Identificar las necesidades de atención más frecuentes de las mujeres en el periodo expulsivo y de alumbramiento.
- Elaborar un plan de cuidados estandarizados que satisfaga las necesidades de la parturienta en esas fases del parto normal.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

PRIMERA FASE: VALORACIÓN FOCALIZADA.

La valoración durante estas etapas es holística y esencialmente focalizada tal y como se describe a continuación^(1, 7, 8):

A. Control de la evolución del mecanismo del parto.

Se realiza mediante la exploración vaginal, utilizando una técnica estéril, y evitando exploraciones innecesarias. La exploración inicial se utiliza para confirmar:

- La dilatación cervical.
- La actitud, posición y altura de la presentación (plano de Hodge).
- La capacidad y configuración pélvica.
- La observación del líquido amniótico.

Las exploraciones sucesivas tienen como objetivo conocer el descenso de la presentación por el canal del parto y los cambios en la posición y actitud fetal, a la vez que se valora la evolución de la dilatación cervical y se observa el líquido amniótico.

B. Control de la dinámica uterina.

Se realiza mediante palpación abdominal, admitiendo como normal la existencia de 3 a 5 contracciones en 10 minutos, con una duración de 45 segundos. Su intensidad se determina a partir del grado de firmeza que alcanza el útero. Se puede registrar con una monitorización biofísica (citada en otro apartado).

C. Control del estado fetal.

Se realiza mediante la observación del líquido amniótico, valorando si es posible, la cantidad y la existencia o no de meconio, y mediante la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF). Durante el período expulsivo la valoración de la FCF externa se debe realizar cada cinco minutos, preferentemente tras cada contracción uterina, y pasado un minuto de la misma. Si se realiza monitorización biofísica mediante procedimientos externos o internos, se obtienen registros fetales de forma continuada.

D. Pujos.

Los pujos son generalmente reflejos y voluntarios, y suelen depender de la compresión de la cabeza fetal sobre el recto. Se recomienda el pujo espontáneo. En ausencia de sensación de pujo, la GPCAPN recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva de la segunda etapa del parto con un Nivel de Recomendación (NR A)^(9, 10).

Generalmente, tras una inspiración profunda al comienzo de la contracción uterina la mujer puja. El pujo con la glotis abierta al tiempo de la exhalación, es preferible al empuje similar al obtenido con la maniobra de Valsalva, sosteniendo la respiración y contra la glotis cerrada. Durante una contracción uterina la mujer puede realizar varios pujos.

Entre contracciones, la mujer debe relajarse y respirar lentamente.

E. Anestesia.

Se valora el dolor mediante aplicación de la Escala Visual Analógica. En caso de iniciar tratamiento con analgesia epidural, se coloca un catéter permanente para repetir la dosis o recurrir a una infusión continua mediante una bomba de volumen.

F. Asistencia a la expulsión fetal.

Las contracciones uterinas, junto con los pujos maternos, hacen que se produzca el descenso de la presentación. Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda (NR A)⁽¹¹⁾.

Durante la expulsión del feto se debe permitir la distensión progresiva del periné y del introito vaginal y evitar la expulsión rápida e incontrolada de la cabeza y de los hombros fetales, para prevenir desgarros perineales mediante la protección activa del periné utilizando la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal y pidiendo a la mujer que no empuje (NR B)^(12, 13).

Se recomienda posibilitar la aplicación de compresas calientes (NR A)⁽¹⁴⁾, no realizar masaje perineal durante el expulsivo (NR A)⁽¹⁵⁾, y evitar la maniobra de Kristeller (NR A)^(16, 17), pues aumenta la tasa de episiotomías⁽¹⁸⁾.

G. Sección del cordón umbilical.

Tras la expulsión completa del feto se realizará la sección del cordón umbilical, con el feto colocado a la altura de la vulva, o encima del abdomen de su madre, entre dos pinzas, dejando al menos 10 cm de cordón en la inserción fetal. El pinzamiento se hará de tal manera que se pueda tener un trozo de cordón suficiente como para poder medir el pH de la sangre de una de las arterias umbilicales. Del extremo placentario del cordón umbilical se puede obtener una muestra de sangre para la determinación del grupo sanguíneo, factor Rh, test de Coombs directo, o cualquier otra determinación que se considere necesaria.

La GPCAPN recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (NR A) y sugiere el clampaje a partir del segundo minuto o cuando deja de latir (NR B)^(19, 20). Según la guía National Institute for Health and Care Excellence (NICE) hay ensayos clínicos con un nivel alto de evidencia que demuestran que el pinzamiento tardío mejora los niveles de anemia en el recién nacido, aunque los resultados son muy variables⁽²¹⁾.

Si la maternidad está adscrita al programa de Donación de Sangre de Cordón Umbilical (DSCU) y la parturienta cumple los requisitos y presta su consentimiento por escrito, se recogerá la muestra.

El programa CONCORDIA de DSCU ha realizado un estudio prospectivo en 2011 sobre la influencia del momento del clampaje en el volumen de sangre de cordón obtenida, concluyendo que cuando éste es >120 segundos hace ineficiente la recolección. Sin embargo, tiempos intermedios entre 30 y 120 segundos pueden ser efectivos⁽²²⁾.

H. Atención a la madre y recién nacido.

Durante el período expulsivo también se debe procurar el bienestar materno tanto físico como anímico. Se deben de evaluar los aspectos psicológicos mediante observación, recogida de información (preguntas abiertas) y valoración del lenguaje no verbal.

Inmediatamente, después del nacimiento, si el recién nacido no requiere cuidados especiales, se le entregará a la madre para favorecer el contacto precoz piel con piel (CPP) entre ambos. El bebé será colocado directamente sobre el pecho desnudo de la madre al menos 50 minutos sin ninguna interrupción⁽²³⁾. No se recomienda la aspiración sistemática orofaríngea ni nasofaríngea.

La iniciación de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora (NR A)^(23, 24).

Hay evidencia de calidad de que el CPP es beneficioso a corto plazo para mantener la temperatura y disminuir el llanto, y a largo plazo, para aumentar la duración de la lactancia materna. Por ello, el resto de cuidados como la administración de vitamina K, la vacuna de la hepatitis B y la profilaxis oftálmica se realizan en la planta de maternidad. De hecho, el tiempo de administración de profilaxis oftálmica puede ampliarse hasta las 4 horas tras el nacimiento (NR A)⁽²⁵⁾, aunque otros autores afirman que su administración puede retrasarse hasta que el periodo de CPP inicial ha finalizado (50-120 minutos)⁽²³⁾.

Se deben tomar las medidas necesarias para que no quede ninguna duda sobre la identificación del recién nacido en la misma sala de partos, utilizando un método seguro y aceptado. Se recomienda la utilización de pulseras y pinzas de cordón umbilical, correctamente colocadas en la misma sala de partos, a ser posible, en distintos colores para cada parto sucesivo o simultáneo y del mismo color para la madre que para su bebé. También se recomienda realizar una toma de sangre del cordón, obtenida en el momento de separar la placenta al cortarse éste con el consentimiento informado de los padres.

Este es el sistema utilizado en el servicio de partos del Residencia Cantabria⁽²⁶⁾. Durante este período es importante promover y facilitar la participación de la pareja en los primeros contactos madre-recién nacido.

Tras el nacimiento, al finalizar el período expulsivo, se inicia el alumbramiento, tercera etapa del parto, que concluye con la expulsión de la placenta y las membranas ovulares. Durante este período se produce el desprendimiento y la expulsión de la placenta y sus membranas, así como la puesta en marcha de los mecanismos de hemostasia local⁽²⁷⁾.

Se realizarán las siguientes valoraciones:

- Signos clínicos de sospecha de desprendimiento placentario:
 - Cambios en la forma del útero. Cuando se desprende la placenta el útero pasa a tener una morfología globular. Se comprueba mediante palpación.
 - Elevación y lateralización del útero. Cuando la placenta se desprende, el fondo del útero se eleva por encima de la cicatriz umbilical y se lateraliza. Se puede apreciar mediante observación o palpación del fondo uterino.
 - Salida de sangre por vagina. Cuando la placenta se desprende, se evidencia salida de sangre oscura o coágulos, por vagina, procedente del hematoma retroplacentario formado por el despegamiento.
 - Percepción, por la parturienta de contracciones uterinas dolorosas y sensación de peso u ocupación vaginal.
- Signos del cordón umbilical:
 - Signo de Küstner: mediante la compresión con la mano por encima de la sínfisis del pubis intentando rechazar el útero hacia arriba, observar si se producen movi-

mientos del cordón. Si la placenta está desprendida el cordón permanecerá inmóvil; en caso contrario, ascenderá.

- Signo de Ahlfeld: descenso espontáneo de la pinza colocada en el cordón umbilical.
- Detectar la placenta desprendida en vagina a través de un tacto vaginal.
- Signos de seguridad post-alumbramiento:
 - Inspección de la integridad de la placenta y de las membranas ovulares así como de las características del cordón umbilical.
 - Altura del fondo uterino. Una vez expulsada la placenta, el fondo uterino, firmemente contraído, se coloca dos traveses de dedo por debajo del ombligo.
 - Descartar hemorragia patológica (aproximadamente > 500 ml).

I. Inspección canal blando del parto.

Revisión de genitales externos, vagina y cuello uterino en busca de posibles desgarros, hematomas o posible prolongación de la incisión de la episiotomía⁽²⁸⁾.

J. Tacto Rectal.

Después de completar la reparación del canal (si hubiera sido necesaria tras desgarró o episiotomía), para garantizar que el material de sutura no haya penetrado accidentalmente a través de la mucosa rectal⁽¹⁾.

SEGUNDA FASE: COMPLICACIONES POTENCIALES (CP) Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (DDE)

En relación con las CP, los objetivos están centrados en la matrona. La vigilancia y el control por ella es determinante para detectar signos y síntomas que denoten la aparición de un problema potencial como inestabilidad hemodinámica, riesgo de pérdida de bienestar fetal, control de la evolución del nivel de dolor, e inicio en el momento preciso de un tratamiento según protocolo o indicación médica^(27, 28).

Las CP propuestas en este PCE durante el parto se pueden observar de manera más detallada en la tabla 1.

La matrona valorará precozmente todas las posibles CP, además de llevar a cabo las intervenciones relacionadas con la prescripción realizada por el obstetra. Unas son las pruebas diagnósticas (PD), y otros los diferentes tratamientos. Con respecto a las PD son:

- Monitorización fetal mediante registro cardiotocográfico (RCTG). La auscultación intermitente se debe efectuar después de cada contracción uterina. Deberá sustituirse por la monitorización continua en presencia de líquido meconial, alteraciones en la dinámica uterina o si la auscultación clínica no cumple los criterios de normalidad. Si existen dificultades para lograr la FCF de forma externa, se deberá recurrir al RCTG interno⁽²⁹⁾.

Con respecto al tratamiento, se indica⁽¹⁾:

- Rasurado. No se recomienda de forma sistemática, quedando limitado a aquellos casos en que sea necesario. Se realizará sólo en la zona mínima necesaria⁽³⁰⁾.
- Enema. No se recomienda de forma sistemática (NR A)⁽³¹⁾.
- Sondaje vesical intermitente. Solo se practicará si fuera necesario⁽³⁰⁾.

Casandra García González, Oihane Terán Muñoz, Ana Rosa Alconero Camarero, M^a Teresa Gil Urquiza, Marta González Maestro, Izaskun Laurrieta Sáiz

Tabla 1. Complicaciones potenciales durante el periodo expulsivo y de alumbramiento en el parto normal.

CP	NIC
Dolor Agudo secundario a dinámica uterina y expulsión fetal.	(1400) Manejo del dolor. (2300) Administración de medicación.
Náuseas o vómitos secundarios al propio trabajo de parto.	(1450) Manejo de las náuseas. (1570) Manejo del vómito.
Infección secundaria a procedimientos invasivos.	(6540) Control de infecciones. (6550) Protección contra las infecciones.
Hemorragia, definida como pérdida hemática superior a 500ml, secundaria a: - Atonía uterina, fallo del miometrio para contraerse adecuadamente. - Retención de tejido placentario, falta de desprendimiento o retención de un fragmento de placenta. - Inversión uterina, invaginación del fondo uterino. - Desgarro, presencia de laceración o disrupción de la mucosa vaginal o de los tejidos de la región pudenda. - Rotura uterina, pérdida de la integridad de la pared del útero. - Trastorno de la coagulación.	(4010) Prevención de hemorragia. (4026) Disminución de la hemorragia: útero posparto. (4160) Control de hemorragias. (4260) Prevención del shock.

- Oxitocina. Se administrará siempre que exista hipodinamia uterina. La administración deberá ser siempre por venoclisis y perfusión continua comenzando con dosis bajas.
- Episiotomía, se considera la incisión mediolateral, comenzando la sección dentro de los 3 mm de la línea media de la horquilla vulvar posterior y dirigiendo el corte lateralmente, formando un ángulo mínimo de 60° desde la línea media hacia la tuberosidad isquiática⁽³²⁾. No está indicada la episiotomía de rutina (NR A). Debe realizarse si hay necesidad clínica, como sospecha de compromiso fetal⁽³³⁾.
- Anestesia por infiltración local. El anestésico se aplica por inyección directa en los tejidos, alcanzando las ramificaciones nerviosas y terminaciones de los nervios sensoriales⁽³⁴⁾.
- Sutura con material sintético de absorción normal. Se recomienda la reparación perineal de los desgarros de segundo grado utilizando la técnica de sutura continua. Si después de la sutura muscular la piel está bien aproximada, no es necesario suturarla. Si la piel requiere aproximación, se recomienda la técnica intradérmica continua (NR A)⁽³⁵⁾.
- Manejo del alumbramiento:
 1. Atención fisiológica: vigilancia cuidadosa hasta que se desprende la placenta. No debe recurrirse a la tracción del cordón umbilical para extraer a la placenta del útero⁽⁸⁾.
 2. Atención activa: consiste en la administración de uterotónicos (oxitocina) a la salida del hombro anterior del neonato acompañados o no de masaje uterino mediante movimientos suaves de compresión en forma repetitiva con una mano en la parte inferior del abdomen de la mujer para estimular el útero. Existe controversia sobre las ventajas e inconvenientes del

pinzamiento tardío o precoz del cordón umbilical, como componentes del alumbramiento dirigido^(1,36).

- Se recomienda el manejo activo del alumbramiento (NR A)⁽¹⁾.

- Las últimas recomendaciones de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) indican no incluir el pinzamiento y sección precoces del cordón umbilical en el protocolo⁽³⁷⁾.

Los Diagnósticos de Enfermería propuestos en este PCE son seis (ver tablas 2, 3, 4, 5, 6, 7) en los que están incluidos las familias o acompañantes^(5, 6).

Tabla 2. Diagnóstico de Enfermería "Conocimientos deficientes".

(00126) CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con el proceso de parto.	
Resultado NOC	Intervención NIC
(1817) Conocimiento: parto y alumbramiento. Grado de la comprensión transmitida sobre el parto y el alumbramiento vaginal. Indicadores: (181704) Estadios del parto y alumbramiento. (181705) Métodos de control del dolor de parto y alumbramiento. (181706) Técnicas de respiración efectiva. (181708) Postura efectiva. (181709) Posibles procedimientos médicos. (181710) Posibles complicaciones del parto. (181711) Técnicas de empuje efectivo. (181712) Alumbramiento de la placenta. (181714) Alumbramiento del bebé.	(5606) Enseñanza: individual. Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares de la mujer. (560601) Establecer compenetración. (560606) Valorar las capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas. (560607) Determinar la capacidad de la mujer para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación al parto). (560621) Reforzar la conducta, si se considera oportuno. (560627) Incluir a la familia/ser querido, si es posible.
La puntuación diana de resultados dependerá del indicador o indicadores prescritos por la matrona.	

Tabla 3. Diagnóstico de Enfermería "Ansiedad".

<p>(00146) ANSIEDAD: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona) sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.</p>	
<p>Factores relacionados r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amenaza para el estado de salud. - Estrés. - Cambio en el entorno. 	
Resultado NOC	Intervención NIC
<p>(1212) Nivel de estrés: Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.</p> <p>Indicadores:</p> <p>(121213) Inquietud.</p> <p>(121222) Ansiedad.</p> <p>(121203) Aumento de la frecuencia respiratoria.</p> <p>(1500) Lazos afectivos padres-hijo: Conductas del padre y del hijo que demuestran un vínculo afectivo perdurable.</p> <p>Indicadores:</p> <p>(150003) Preparación para el recién nacido antes del nacimiento.</p> <p>(150004) Verbalizan sentimientos positivos hacia el lactante.</p> <p>(0007) Nivel de fatiga: Gravedad de la fatiga generalizada prolongada observada o descrita.</p> <p>Indicadores:</p> <p>(701) Agotamiento.</p> <p>(707) Descenso de la motivación.</p> <p>(3001) Satisfacción de la mujer: cuidados: Grado de percepción positiva de la preocupación del personal de enfermería por la mujer.</p> <p>Indicadores:</p> <p>(300103) El personal ha demostrado amabilidad.</p> <p>(300104) El personal ha demostrado respeto.</p> <p>(300109) Frecuencia de control por parte del personal.</p> <p>(300119) Información proporcionada sobre las opciones de cuidados.</p>	<p>(5270) Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</p> <p>(527014) Permanecer con la parturienta y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.</p> <p>(527015) Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.</p> <p>(5820) Disminución de la ansiedad.</p> <p>(582001) Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.</p> <p>(582003) Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p> <p>(582013) Reforzar el comportamiento, si procede.</p> <p>(582012) Escuchar con atención.</p> <p>(582014) Crear un ambiente que facilite la confianza.</p> <p>(582015) Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</p> <p>(7110) Fomentar la implicación familiar: Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico de la mujer.</p> <p>(711001) Establecer una relación personal con la mujer y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.</p> <p>(711002) Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado de la mujer.</p> <p>(6830) Cuidados intraparto: Monitorización y manejo de los estadios uno y dos del parto.</p> <p>(683042) Monitorizar los progresos de empuje, descenso fetal, frecuencia cardíaca fetal y signos vitales maternos, según protocolo.</p> <p>(683044) Evaluar los esfuerzos de empuje y la duración del segundo estadio.</p> <p>(683045) Recomendar cambios de empuje para mejorar el descenso fetal.</p> <p>(683049) Preparar los suministros de parto.</p> <p>(683050) Documentar los sucesos del parto.</p> <p>(6480) Manejo ambiental: Manipulación del entorno de la mujer para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.</p> <p>(648024) Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.</p> <p>(648027) Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.</p>
<p>La puntuación diana de resultados dependerá del indicador o indicadores prescritos por la matrona.</p>	

Casandra García González, Oihane Terán Muñoz, Ana Rosa Alconero Camarero, M^a Teresa Gil Urquiza, Marta González Maestro, Izaskun Laurrieta Sáiz

Tabla 4. Diagnóstico de Enfermería "Temor".

(00148) TEMOR: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.	
Factores relacionados r/c: - Falta de familiaridad con la(s) experiencia(s) del entorno. - Separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante.	
Resultado NOC	Intervención NIC
(1210) Nivel de miedo: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifiesta surgida de una fuente identificable. Indicadores: (121004) Falta de autoconfianza. (121015) Preocupación por la fuente del miedo. (121028) Fatiga. (121032) Lloros. (1212) Nivel de estrés: Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente. Indicadores: (121213) Inquietud. (121222) Ansiedad. (121203) Aumento de la frecuencia respiratoria. (0007) Nivel de fatiga: Gravedad de la fatiga generalizada prolongada observada o descrita. Indicadores: (701) Agotamiento. (707) Descenso de la motivación.	(5820) Disminución de la ansiedad. (582001) Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. (582003) Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. (582013) Reforzar el comportamiento, si procede. (582012) Escuchar con atención. (582014) Crear un ambiente que facilite la confianza. (582015) Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. (5270) Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. (527014) Permanecer con la parturienta y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad. (527015) Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. (7110) Fomentar la implicación familiar: Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico de la mujer. (711001) Establecer una relación personal con la mujer y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado. (711002) Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado de la mujer. (6480) Manejo ambiental: Manipulación del entorno de la mujer para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico. (648024) Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible. (648027) Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.
La puntuación diana de resultados dependerá del indicador o indicadores prescritos por la matrona.	

Tabla 5. Diagnóstico de Enfermería "Riesgo de baja autoestima situacional".

(00153) RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL: Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.	
Factores relacionados r/c: - Expectativas irreales sobre sí mismo. - Falta de reconocimiento. - Reducción del control sobre el entorno.	
Resultado NOC	Intervención NIC
(1205)Autoestima: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo. Indicadores: (120507)Comunicación abierta. (120511) Nivel de confianza. (120514) Aceptación de críticas constructivas. (120519) Sentimientos sobre su propia persona. (1302) Afrontamiento de problemas: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos de la mujer. Indicadores: (130201) Identifica patrones de superación eficaces. (130204) Refiere disminución de estrés. (130205) Verbaliza aceptación de la situación. (130218) Refiere aumento del bienestar psicológico. (130223) Obtiene ayuda de un profesional sanitario.	(5270) Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. (527003) Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo. (5400) Potenciación de la autoestima: Ayudar a la mujer a que aumente el juicio personal de su propia valía. (540001) Observar las frases de la mujer sobre su propia valía. (540009) Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse. (540011) Mostrar confianza en la capacidad de la mujer para controlar una situación. (540030) Realizar afirmaciones positivas sobre la mujer. La puntuación diana de resultados dependerá del indicador o indicadores prescritos por la matrona.
La puntuación diana de resultados dependerá del indicador o indicadores prescritos por la matrona.	

Tabla 6. Diagnóstico de Enfermería “Disposición para mejorar el proceso de maternidad”

(00208) DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL PROCESO DE MATERNIDAD: Patrón de preparación y mantenimiento de un embarazo, parto y cuidado del recién nacido saludables, que es suficiente para asegurar el bienestar y que puede ser reforzado.
Ver tabla (00126) CONOCIMIENTOS DEFICIENTES.

Tabla 7. Diagnóstico de Enfermería “Afrontamiento ineficaz en el acompañante”

(00069) AFRONTAMIENTO INEFICAZ: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.	
Factores relacionados r/c: Situacionales. - Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación. - Inadecuado nivel de percepción de control. - Incertidumbre.	
Resultado NOC	Intervención NIC
(1302) Afrontamiento de problemas: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del acompañante. Indicadores: (130204) Refiere disminución de estrés. (130223) Obtiene ayuda de la matrona. (1210) Nivel de miedo: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable. Indicadores: (121402) Inquietud. (121107) Tensión facial. (121015) Preocupación por el parto.	(5230) Mejorar el afrontamiento: Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida. (4920) Escucha activa: Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del acompañante. (5270) Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
La puntuación diana de resultados dependerá del indicador o indicadores prescritos por la matrona.	

IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Los PCE se convierten en una herramienta importante para la práctica clínica de la Matrona por las siguientes razones:

Mejoran la calidad de los registros y la continuidad de los cuidados favoreciendo un trabajo coordinado entre profesionales.

Clínicamente, permiten planificar, unificar criterios y utilizar una terminología común, adoptando líneas de actuación semejantes; ofreciendo unos cuidados adecuados para las mujeres, los recién nacidos y las familias.

Desde el punto de vista jurídico, proporcionan un marco donde se determinan los estándares de cuidados para una situación concreta, garantizando el ejercicio autónomo de la profesión.

Económicamente, permiten validar la idoneidad de los cuidados que se ofrecen y justifican necesidades de recursos humanos para el desarrollo de los programas de atención a las mujeres. Se optimizan los recursos, rentabilizando las inversiones a través de aquellas intervenciones que han demostrado ser eficaces.

Al mismo tiempo, con la utilización de los PCE durante el proceso de atención al parto y nacimiento, se impulsa la investigación, con el fin de actualizar conocimientos basados en la evidencia científica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía sobre 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. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.
- 2.- American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2014;123(3):693-711.
- 3.- Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa parto normal: documento de consenso [monografía en internet]. Barcelona: Federación de asociaciones de Matronas de España; 2007 [citado 2 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.federacion-matrnas.org/ipn>
- 4.- López- Mirones M, González- Maestro M, Alconero- Camarero AR, Gil- Urquiza R, García- González C, Alonso- Salcines A. Plan de cuidados estandarizado durante la fase de dilatación del parto normal. *Nuber Científ.* 2014;2(13):48-57.
- 5.- Heather Herman T. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. NANDA International. Madrid: Elsevier; 2013.
- 6.- Johnson M, Bulechek GM, Butcher H, Maas ML, McCloskey Dochterman J, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2a ed. Madrid: Masson Elsevier; 2007.
- 7.- De la Fuente- Pérez P. Asistencia al periodo expulsivo del parto. En: E. Fabre González editor. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Zaragoza: INO; 1996. p. 5-11.

- 8.- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams Obstetricia*. 23^a ed. México: Mc Graw Hill; 2011. p. 384-389.
- 9.- Schaffer JI, Bloom SL, Casey BM, McIntire DD, Nihira MA, Leveno KJ. A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(5):1692-96.
- 10.- Alvarez- Burón E, Arnedillo- Sánchez MS. Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo. Revisión de la evidencia científica. *Matronas Prof*. 2010; 11(2):64-8.
- 11.- Cuerva- Carvajal A, Márquez- Calderón S. Fase expulsiva del parto: comparación entre la posición de la mujer, vertical frente a horizontal, a través de los resultados maternos y fetales. *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía*. 2006;13:6-64.
- 12.- McCandlish R, Bowler U, Van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998;105(12):1262-72.
- 13.- Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol*. 2008;111(5):1053-7.
- 14.- Dahlen HG, Homer CS, Cooke M, Upton AM, Nunn R, Brodrick B. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of Labor: a randomized controlled trial. *Birth*. 2007;34(4):282-90.
- 15.- Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ*. 2001;322(7297):1227-80.
- 16.- Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane database of Systematic Reviews*. Issue 4 Art No: CD006067 DOI: 10.1002/14651858.CD006067 pub2 2009.
- 17.- Api O, Balcin ME, Ugurel V, Api M, Turan C, Unal O. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(3):320-4.
- 18.- Sartore A, De Seta F, Maso G, Ricci G, Alberico S, Borelli M, et al. The effects of uterine fundal pressure (Kristeller maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;286(5):1135-9.
- 19.- Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA*. 2007; 297(11):1241-52.
- 20.- McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; Issue 2. Art No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub2.
- 21.- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. *Clinical Guideline*; 2007.
- 22.- Torrabadella M, Martí A, Senín A, Querol S, Garriga N, Azqueta C, et al. Impacto del momento del clampaje del cordón umbilical en el volumen de sangre de cordón obtenido. *Blood Transf*. 2012;10 Suppl:3.
- 23.- Sánchez- Luna M, Pallás- Alonso CR, Botet- Mussons F, Echántz- Urcelay I, Castro- Conde JR, Narbona E, et al. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 71(4): 349-61.
- 24.- Moore E, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD003519.
- 25.- Dumas L, Landry I, Savoie A. Perinatal interventions. The importance of convincing data. *Infirm Que*. 2002;10(2):31-6.
- 26.- Comisión de identificación del recién nacido de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones para la identificación del recién nacido. *An Esp Pediatr*. 1999;51:512-13.
- 27.- Jimeno- García JM. Asistencia al período del alumbramiento. En: E. Fabre González editor. *Manual de asistencia al parto y puerperio normal*. Zaragoza: INO; 1996. p. 1-5.
- 28.- González-Merlo J, Lailla JM, Fabre E, González E. *Obstetricia*. 6^a ed. Hemorragias del alumbramiento y del postparto. Infección puerperal y patología de la lactancia. Barcelona: Masson; 2013. p. 691-707.
- 29.- Terré C, Francés L. Monitorización biofísica intraparto. *Matronas Prof*. 2006;7(2):5-13.
- 30.- Recomendaciones sobre la asistencia al parto. [Internet] SEGO; 2008 [citado 8 May 2014]. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf
- 31.- Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 32.- Kalis V, Laine K, de Leeuw J, Ismail K, Tincello D. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG*. 2012;119(5):528-30.
- 33.- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*. 2005;293(17): 2141-8.
- 34.- González-Merlo J, Lailla JM, Fabre E, González E. *Obstetricia*. 6^a ed. Analgesia y anestesia en obstetricia. Barcelona: Masson; 2013. p. 227.
- 35.- Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14; 11:CD000947.
- 36.- Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 7:CD006431. DOI: 10.1002/14651858.CD006431.
- 37.- FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *IJGO*. 2012;117(2):108-11.