

**PROTOCOL D'ATENCIÓ
I ACOMPANYAMENT
AL NAIXEMENT
A CATALUNYA**
2a edició



PROTOCOL D'ATENCIÓ I ACOMPANYAMENT AL NAIXEMENT A CATALUNYA

2a edició

© 2020, Generalitat de Catalunya.
Departament de Salut



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades 4.0 Internacional. Se'n permet la reproducció, distribució i comunicació pública sempre que se'n citi l'autor i no se'n faci un ús comercial.

La llicència completa es pot consultar a:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Protocol d'Atenció i Acompanyament al Naixement

Edita

Departament de Salut
Secretaria de Salut Pública de Catalunya

Segona edició

Barcelona, gener de 2020

Revisió lingüística

Servei de Planificació Lingüística

Maquetació:

Roser Castellà Carbonell

Il·lustracions

Elisa Aymerich

URL de la publicació

<http://salutweb.gencat.cat/ca/inici/>

Índex

Autoria	11
Presentació	15

CAPÍTOL I

Atenció en el període prepart	17
--	-----------

1. Primera visita al centre de naixement en el període de prepart	19
1.1. Professionals sanitaris participants	20
1.2. La història clínica	20
1.3. El pla de naixement	21
1.4. Prepart	23
2. Reavaluació de les característiques de l'embaràs i possible risc en el treball de part	24
2.1. Nivells d'atenció al part	24
2.2. Atenció al part nivell mínim I	25
2.3. Atenció al part nivell mínim II	26
2.4. Atenció al part nivell mínim III	26
2.5. El trasllat de la dona	27
2.5.1. Valoració del trasllat	27
2.5.2. Avantatges del trasllat de la dona	27
2.5.3. Limitacions i possibles complicacions del trasllat de la dona	27
2.5.4. Indicacions del trasllat de la dona	28
2.5.5. Contraindicacions del trasllat de la dona	28
3. Informació a la dona i a les persones del seu entorn més immediat	29
3.1. Quina informació s'ha de donar	30
3.2. Com s'ha de donar la informació	31
3.3. El consentiment informat	32
3.4. De què s'ha d'informar	34
3.5. A qui s'ha de donar la informació	35
3.6. Quan s'ha d'informar	35
3.7. Qui ha d'informar	35

CAPÍTOL II

Atenció en el període del part	37
---	-----------

1. Atenció en el part	40
1.1. Lloc del part	41
1.2. Dades de l'ingrés a la unitat de maternitat	41
1.3. Dades de l'evolució del part	41
1.4. Atenció en el primer període del part	42

1.4.1.	Exploració sistemàtica de la dona i el fetus en el primer període del part	43
1.4.2.	Preparatius per al part	44
1.4.2.1.	Mesures per a la prevenció d'infeccions	44
1.4.2.2.	Administració de fàrmacs	44
1.4.2.3.	Prevenció de la septicèmia del nadó per estreptococ del grup B. Actuacions a la dona	44
1.4.2.4.	Alimentació durant el part	46
1.4.2.5.	Benestar de la dona, mobilitat i posicions durant el part	46
1.4.2.6.	Recomanacions en el part i naixement en dones amb consum d'alcohol i/o altres drogues o amb trastorn mental	47
1.4.3.	Seguiment de la progressió de la dilatació.	47
1.4.3.1.	Constants de la dona	47
1.4.3.2.	Tactes vaginals	47
1.4.3.3.	Dinàmica uterina.	48
1.4.3.4.	Ruptura del sac amniòtic.	48
1.4.3.5.	Estimulació del part	49
1.4.4.	Mètodes no farmacològics per reduir el dolor.	49
1.4.5.	Analgoanestèsia	51
1.4.5.1.	Mètodes analgèsics farmacològics	51
1.4.5.2.	Complicacions de l'analgoanestèsia	52
1.5.	Atenció en el segon període del part	53
1.5.1.	Exploració sistemàtica del fetus	53
1.5.2.	Exploració sistemàtica de la dona	54
1.5.2.1.	Exploracions generals	54
1.5.2.2.	Control de la dinàmica uterina	54
1.5.2.3.	Esponderaments.	54
1.5.2.4.	Control de la progressió	55
1.5.2.5.	Prevenció del trauma perineal	55
1.5.2.6.	L'episiotomia	55
1.5.2.7.	Part precipitat	56
1.6.	Atenció al tercer període del part	56
1.6.1.	Pinçament i secció del cordó umbilical	56
1.6.2.	Prevenció de l'hemorràgia postpart (HPP).	57
1.6.3.	Assistència en el deslliurament	58
1.6.4.	Revisió de la placenta i de les membranes.	58
1.6.4.1.	Entrega de la placenta.	58
1.6.5.	Revisió del canal del part i cirurgia reparadora	59
2.	Distòcies del part	59
2.1.	Presentació de natges	59
2.2.	Part vaginal instrumentat	60
2.2.1.	Indicacions.	60
2.3.	Part per cesària	60
2.3.1.	Indicacions de la cesària electiva	61
2.3.2.	Indicacions de la cesària en curs de part o de recurs	61
2.3.3.	Indicacions de la cesària urgent	61
2.3.4.	Cesària prèvia	62
2.3.5.	Mesures per prevenir les cesàries innecessàries	62

3. El partograma i el llibre de parts	63
4. Informació a la dona i a les persones del seu entorn més immediat	64
4.1. El paper de l'acompanyant durant el treball del part	65
4.2. El paper de l'equip obstètric durant el part	66
4.2.1. Proporcionar mesures de confort	67

CAPÍTOL III

Atenció en el puerperi i al nadó	69
1. Mesures preventives per la dona en el puerperi immediat	71
1.1. Valoració de l'estat general	72
1.2. Prevenció de malalties infeccioses i control de la tensió arterial	72
1.3. Prevenció de l'endometritis	72
1.4. Control del perineu	73
1.5. Valoració del dolor	73
1.6. Valoració de l'estat emocional	73
1.7. Suport a la lactància materna	74
1.8. Situacions especials	74
1.8.1. Acompanyament de la mare de nadons prematurs	74
1.8.2. Dol perinatal	74
2. Cures immediates del nadó al néixer	76
2.1. Valoració immediata de l'estat del nadó	76
2.2. Exploració del nadó acabat de néixer	76
2.3. Prevenció de la malaltia hemolítica del nadó (MHN)	76
2.3.1. Per anticossos anti-Rh (D)	76
2.3.2. Per anticossos anti-A o anti-B	77
2.3.3. Per altres anticossos	77
2.4. Prevenció de la hipotèrmia i promoció de l'alletament matern	78
2.4.1. Pell amb pell	78
2.4.2. Pell amb pell en cesàries	79
2.4.3. Pell amb pell en el nadó que requereix ingrés a la unitat neonatal	79
2.4.4. Alletament matern: Primera hora postpart. "L'hora d'or"	79
2.5. Prevenció de l'esdeveniment breu inexplicat resolt i de la mort sobtada precoç del nadó	80
2.6. Prevenció de l'oftàlmia neonatal. Actuacions en el nadó	82
2.7. Prevenció la malaltia hemorràgica del nadó	82
2.8. Prevenció de la septicèmia neonatal precoç. Actuacions en el nadó	82
2.9. Prevenció de la hipoglucèmia neonatal	83
2.10. Identificació del nadó	83
2.10.1. Sistemes per a la identificació dels nadons	83
2.10.2. Recollida de mostres	85
2.10.3. Conservació i custòdia dels documents i les dades	85
2.10.4. Accés a la informació i a les dades	86
3. Trasllat de la mare i del nadó des de la sala de parts a l'àrea d'hospitalització	86
3.1. Trasllat del nadó a l'àrea d'hospitalització neonatal	86

4. Mesures preventives per la dona en el puerperi precoç.	87
4.1. Valoració de l'estat general	87
4.2. Prevenció de tromboembòlia	88
4.3. Prevenció de l'aparició de globus vesical i estrenyiment.	88
4.4. Prevenció d'hematomes i hemorroides	89
4.5. Suport inicial a l'alletament matern	89
4.6. Avaluació del dolor	89
4.7. Vacunacions recomanades	89
5. Mesures preventives per al nadó durant l'estada a l'hospital	90
5.1. Història clínica del nadó	90
5.2. Comprovació dels controls fets a la sala de parts.	91
5.3. Exploració sistemàtica del nadó	91
5.3.1. Primera exploració	91
5.3.1.1. Variacions intersexuals.	91
5.3.2. Controls sistemàtics	92
5.3.3. Detecció de la síndrome d'abstinència	93
5.4. Prevenció de malalties infeccioses	94
5.5. Prevenció de la infecció pel virus de l'hepatitis B	95
5.6. Prevenció de la infecció pel virus de l'hepatitis C	95
5.7. Prevenció de la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH)	96
5.8. Prevenció de la Malaltia de Chagas	96
5.9. Prevenció de la Sífilis neonatal	96
5.10. Suport i educació en les cures als progenitors	97
5.10.1. Cura del cordó umbilical	97
5.10.2. Cura de la pell: bany, crema i altres dubtes	97
5.10.3. Seguretat: posicions del nadó	98
6. Alimentació del nadó.	98
6.1. Recomanacions per iniciar l'alletament matern	98
6.2.1. Mantenir junts la mare i el nadó	99
6.2.2. Compartir llit.	99
6.2.3. Postures per alletar	99
6.2.4. Suport i valoració professional.	103
6.2.5. Extracció de llet	105
6.2.6. Conservació i emmagatzematge.	106
6.2.7. Suplements i mètodes d'administració.	107
6.2.8. Fàrmacs i alletament.	108
6.2.8.1. Galactogogs	108
6.3. Ús del xumet.	109
6.4. Ús de mugroneres.	109
6.5. Contraindicacions per alletar	110
6.6. Inhibició de la lactància	111
6.7. Administració de Vitamina D	112
6.8. Alimentació amb fórmula adaptada.	112

7. Cribratges sistemàtics al nadó	112
7.1. Programa de cribratge neonatal (PCN)	113
7.2. Cribratge de la hipoacúsia	114
7.3. Cribratge de cardiopaties congènites crítiques	115
7.4. Cribratge de la hiperbilirubinèmia patològica	116
8. L'alta de la mare i el nadó	117
8.1. El moment de l'alta	117
8.1.1. Alta entre les 24 i 48 hores després del part	118
8.1.2. Alta abans de les 24 hores després del part	119
8.2. L'alta hospitalària de la mare	119
8.2.1. Exploració de la mare prèvia a l'alta hospitalària	119
8.2.2. Informació a la dona en el moment de l'alta puerperal	120
8.2.3. L'informe d'alta de la mare	120
8.2.4. El carnet de l'embaràs	121
8.2.5. L'enllaç amb el seguiment del puerperi a l'atenció primària	122
8.3. L'alta al nadó	123
8.3.1. Controls a realitzar abans de l'alta del nadó	123
8.3.2. Informació als progenitors	124
8.3.3. El carnet de salut	124
8.3.4. L'enllaç amb l'atenció del nadó a l'atenció primària	124
9. El nadó hospitalitzat	125
9.1. Atenció centrada en la família	125
9.2. Recomanacions i estandars de qualitat de les unitats neonatals	127
10. El trasllat del nadó a un altre centre	128
10.1. Tipus de transport neonatal	128
10.2. Material necessari pel transport	130
10.3. Organització del sistema de transport pediàtric i neonatal a Catalunya	130
10.4. Indicacions del trasllat postnatal del nadó	131
10.5. Condicions del transport postnatal del nadó	132
10.6. Fases	132
10.7. Consideracions mèdiques, legals i ètiques	133
11. Mesures preventives durant el període de puerperi	134
11.1. Visita domiciliària	134
11.2. Criteris de prioritització de visites durant el puerperi domiciliari	135
11.3. Nombre de visites recomanades durant el puerperi	136
11.4. Informació i educació per a la salut durant el puerperi domiciliari	136
11.4.1. Primera visita	136
11.4.2. Visites successives	137
11.4.3. Activitats en el puerperi enfocades a la mare i al nadó	138
11.4.3.1. Prevenció i detecció de la depressió postpart	141
11.4.3.2. Prevenció i detecció de la violència masclista	142
11.4.3.3. Prevenció i detecció del consum de tabac, begudes alcohòliques i altres drogues	144
11.4.3.4. Grups de suport a la mare i nadó als CAPs/ASSIR/Unitats Pediàtriques	145

12. Atenció al nadó durant el primer mes de vida	147
12.1. Recomanacions generals per viure el primer mes del nadó en família	147
12.2. L'assignació de l'equip de pediatria als CAPs	148
12.3. La primera visita	148
12.4. Parentalitat responsable	151
12.4.1. Programes de parentalitat/criança positiva	153
12.5. Prevenció de maltractaments	153
12.6. Vacunacions recomanades	153
Annexos	155
Bibliografia	161
Abreviacions	175

Autoria

COORDINACIÓ DEL PROTOCOL

Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut

Mercè Armelles Sebastià. Servei de Salut Maternoinfantil

Carmen Cabezas Peña. Sub-directora general de Promoció de la Salut

Servei Català de la Salut

Ramon Escuriet Peiró. Àrea d'Atenció Sanitària. Servei Català de la Salut

Carne Lacasa Pla. Àrea d'Atenció Sanitària. Servei Català de la Salut

Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia

Elena Carreras Moratonas. Servei d'Obstetrícia i Ginecologia de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron

Maria Dolors Gómez Roig. Servei d'Obstetrícia i Ginecologia de l'Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Associació Catalana de Llevadores

Engràcia Coll Navarro. Servei d'Obstetrícia i Ginecologia de l'Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Elena González Plaza. Servei d'Obstetrícia i Ginecologia de l'Hospital Clínic

Societat Catalana de Pediatria

Maria Concepció Céspedes Domínguez. Servei de Pediatria de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron

Mònica Domingo Puiggròs. Servei de Pediatria de l'Hospital Universitari Parc Taulí

AUTORIA

Maria Isabel Amat Giménez. Infermera pediàtrica. Hospital de Sant Pau. Barcelona

Mercè Armelles Sebastià. Farmacèutica. Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut

Laia Asso Ministral. Pediatra i Dietista-Nutricionista. Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut

Elisabeth Buira Mèlich. Metgessa especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública. Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut

Rosa Cabedo Ferreiro. Llevadora. ASSIR Granollers i Hospital General de Granollers. Granollers

Elena Carreras Moratonas. Obstetra. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Maria Concepció Céspedes Domínguez. Pediatra. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Engràcia Coll Navarro. Llevadora. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Terrassa

Mònica Domingo Puiggròs. Pediatra. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell

Maria Teresa Esclapés Giménez. Pediatra. Servei d'Emergències Mèdiques Pediàtric. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Ramon Escuriet Peiró. Llevador. Àrea d'Atenció Sanitària. Servei Català de la Salut

Elena González Plaza. Llevadora. Hospital Clínic. Barcelona.

Maria Dolors Gómez Roig. Obstetra. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Elisa Llurba Olivé. Obstetra. Hospital de Sant Pau. Barcelona

Irene Lorente Collado. Llevadora. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa

Eva Meler Barrabés. Obstetra. Hospital Clínic. Barcelona

Alícia Mirada Vives. Pediatra. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa

Anna Mompert Penina. Demògrafa. Direcció General de Planificació. Departament de Salut

Eduard Muñoz-Díaz. Immunohematòleg. Divisió d'Immunohematologia. Banc de Sang i Teixits. Barcelona

Antoni Payà Panades. Obstetre. Hospital del Mar. Barcelona

Josep Perapoch López. Pediatre. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona

Roser Porta Ribera. Pediatra. Institut Universitari Quirón-Dexeus. Barcelona

José Manuel Rodríguez Miguelez. Pediatra. Hospital Clínic. BCNatal. Barcelona

Marta Sardà Sánchez. Pediatra. Servei d'Emergències Mèdiques Pediàtric. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Isabel Salgado Poveda. Llevadora. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

Bernat Serra Zantof. Obstetre. Institut Universitari Quirón-Dexeus. Barcelona

Anna Suy Franch. Obstetra. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Xavier Urquizu Brichs. Obstetre. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Terrassa

Lluís Urbiztondo Perdices. Metge especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública. Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut.

REVISIÓ DEL PROTOCOL

Lucia Alcaraz Vidal. Llevadora. Coordinadora Centre de Naixements Baetulo. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona

Maria Rosa Almirall Oliver. Ginecòloga. ASSIR Esquerra. i Unitat Trànsit. Barcelona

Joan Badia Barnusell. Pediatre. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell

Jordi Bellart Alfonso. Obstetre. Hospital Clínic. Barcelona

Pere Brescó Torras. Obstetre. Hospital d'Igualada

Dolors Canadell Villaret. Pediatra. CAP Barberà. Barberà del Vallès

Yolanda Canet Estévez. Obstetra. Parc Taulí. Hospital Universitari. Sabadell

Laura Castells Vilella. Pediatra. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès

Félix Castillo Salinas. Pediatra. Hospital Maternoinfantil. H Vall d'Hebron. Barcelona

Assumpta Colomer Llach. Obstetra. Hospital General de Vic. Vic

Carmina Comas Gabriel. Obstetra. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Imma Cots Paltor. Llevadora. Parc Taulí. Hospital Universitari. Sabadell

Gemma Falguera Puig. Llevadora. Presidenta de l'Associació Catalana de Llevadores

Anna Falgueras Serrano. Llevadora. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Maria Antonieta Frick. Pediatra. Institut de Recerca Vall d'Hebron

Míriam de la Flor Lopez. Obstetra. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

Francesc Figueras Retuerta. Obstetre. Hospital Clínic. Barcelona

Montserrat Garcia Ardit. Obstetra. Hospital d'Amposta. Amposta

Anna Gascón Chopo. Obstetra. Hospital de La Seu d'Urgell.

Francesc Xavier González Tallada. Obstetre. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Cristina Guiu Monte. Politòloga. Institut Català de les Dones

Ana Isabel Ibar Fañanás. Psicòloga. Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut

Martí Iriondo Sanz. Pediatra. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Encarna López Gimeno. Llevadora. ASSIR Eixample Dret-Roger de Flor. Barcelona

Anna Maroto González. Obstetra. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona

José Manuel Marqueta Sánchez. Obstetre. Hospital de Palamós. Palamós

Cristina Martínez Bueno. Llevadora. Centre Corporatiu Institut Català de la Salut

Felipe Ojeda. Obstetre. Hospital General de Granollers. Granollers

Núria Pagés Campderros. Obstetra. Hospital d'Igualada

Gemma Parramon Puig. Psiquiatra. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Valentí Pineda Solas. Pediatre. President de la Societat Catalana de Pediatria

Oriol Porta Roda. Ginecòleg. Hospital de Sant Pau. President de la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia

Milagros Rubio del Caño. Obstetra. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa

Lluís Ruiz Guzmán. Pediatre i Sinòleg. CAP 17 de Setembre. El Prat del Llobregat

Lidia Segura Garcia. Psicòloga. Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut

Pere Soler Palacín. Pediatra. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Ester Valls Puente. Treballadora Social. Hospital Clínic. Barcelona

Àngels Vives Argilagós. Obstetra. Hospital de Terrassa. Terrassa

Presentació

L'Organització Mundial de la Salut, l'any 2018 va proposar una sèrie d'actuacions per a l'atenció al moment del part, que tenen per lema 'Atenció per a una experiència positiva en el naixement'. En aquest document s'actualitza el 'Protocol del part, puerperi i atenció al nadó', document elaborat pel Departament de Salut, publicat l'any 2003 i actualitzat l'any 2019 com a 'Protocol d'atenció i acompanyament al naixement', seguint les recomanacions de l'OMS, així com totes aquelles basades en l'evidència científica, amb el màxim respecte a les opinions i voluntats de les dones gestants i amb l'objectiu d'ajudar-les a elles i a les seves famílies a tenir una experiència positiva en el part.

Els principis d'actuació que proposa aquest nou protocol es basen en una atenció respectuosa a la maternitat, la qual cosa implica organitzar l'atenció sanitària de manera que preservi la dignitat, la privacitat i la confidencialitat de les dones embarassades i les criatures, en el marc de la llibertat d'elecció, donant suport a les dones perquè prenguin totes les decisions després de ser correctament informades.

La voluntat de les dones, expressades en el document 'Pla de naixement', per tal que pugui ser operatiu, necessita d'una comunicació efectiva entre cada professional sanitari i la dona gestant i el seu entorn familiar, així com entre els diferents nivells assistencials. La relació entre la dona gestant i l'equip de professionals sanitaris, ha d'estar basada en el model de relació assistencial deliberatiu, on dona i professional treballen conjuntament i de forma col·laborativa en la presa de decisions on el diàleg té un paper central.

Els professionals de tots els nivells assistencials han de propiciar espais pel diàleg i discussió per explorar les creences, valors i coneixements de la dona gestant i el seu entorn familiar per una banda, i per l'altra, han de fer les recomanacions basades en els coneixements científics i experiència de cada professional per permetre a la dona decidir de forma autònoma sobre aspectes del seu part.

L'objectiu ha de ser proporcionar la millor atenció i garantir la continuïtat assistencial de la dona en les diferents etapes (embaràs, part, puerperi) i l'atenció al nadó.

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

Les activitats de promoció de la salut i prevenció de la malaltia són l'eix vertebrador d'aquest protocol i de tots els que es coordinen des del Servei de Salut Maternoinfantil de la Sub-direcció de Promoció de la Salut de l'Agència de Salut Pública de Catalunya del Departament de Salut. En aquest sentit, cal ressaltar la seva relació amb el Protocol del seguiment de l'embaràs a Catalunya (3a. edició) que es va presentar el 2018, amb el qual comparteix principis i enfocament.

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

La perspectiva de gènere és una prioritat del Departament de Salut en la XII legislatura, per fer efectiva la igualtat entre dones i homes i eradicar qualsevol discriminació per raó d'identitat de gènere, expressió o orientació sexual. Aquest document adopta, de manera general, el model que estableix dos gèneres i els atribueix als dos sexes: femella al gènere dona i mascle al gènere home, sent la realitat més diversa. No obstant això, cada professional de la salut aplicarà les recomanacions establertes en aquest protocol, sempre a partir del reconeixement de les persones amb gènere i cossos diversos que no responen necessàriament al sistema binari normatiu home/dona.

Cal agrair la inestimable col·laboració de l'Associació Catalana de Llevadores, de la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia i de la Societat Catalana de Pediatria.

També cal agrair a cada professional que ha redactat i/o revisat el text i especialment a les institucions que ens han aportat el punt de vista de les dones com l'Institut Català de les Dones i l'Associació Dona Llum, que hi han participat amb el seu treball entusiasta i desinteressat, que ha permès la culminació d'aquest Protocol.

El protocol s'estructura en tres capítols en relació a les etapes (prepart, part i puerperi), recollint en el tercer, l'atenció la nadó. Cada capítol té diversos apartats en les activitats a realitzar, la informació a donar i el registre, entre d'altres. Es recull, després, la bibliografia i una sèrie de annexos amb eines pràctiques.

Capítol I

Atenció en el període prepart

El període de preparat o període de latència del part es defineix com el moment en què la dona gestant presenta dinàmica uterina (contraccions), sense complir les condicions necessàries de part.

1

Primera visita al centre de naixement en el període de preparat

Quan la dona gestant arriba al servei d'urgències d'un hospital o a la consulta de llevadora/obstetrícia amb possibles símptomes de part, s'ha de comprovar si ja es va obrir història clínica (HC) quan va tenir lloc el primer contacte amb el centre de naixement durant la gestació, entre les setmanes 38-40 (vegeu *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. 3^a edició*) (PEB), on la dona ha d'haver expressat les seves voluntats sobre el part i cures del nadó, que han d'estar recollides en un document anomenat 'Pla de naixement'. Cada professional del centre on serà atesa ha de garantir la revisió conjunta d'aquest document amb la dona embarassada, des d'un model de relació assistencial deliberatiu que permeti la presa de decisions informades per part del dona, per tal de garantir els seus drets i assegurar una interpretació correcta de la voluntat expressada en l'esmentat document. En el cas que no hagi tingut lloc l'esmentat primer contacte, s'haurà d'actualitzar la informació a la HC, analitzant el pla de naixement i els condicionants de l'embaràs, per valorar la necessitat o no d'ingrés immediat.

En aquest protocol s'utilitza el terme 'dona embarassada o dona gestant', per a referir-se tant a dones cissexuals¹, com a persones trans², ja que ambdues poden tenir capacitat de gestar. Les persones transsexuals, doncs, resten incloses dins d'aquesta categoria.

La Llei 11/2014, del 10 d'octubre, per a garantir els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transgènere i intersexuals i per a eradicar l'homofòbia, la bifòbia i la transfòbia, recull en el seu article 16 centrat en el sector de la salut que:

1. El sistema sanitari de Catalunya ha d'incorporar la perspectiva de gènere i ha de tenir en compte les necessitats específiques de les persones LGBTI, amb la finalitat de garantir-los el dret a rebre l'atenció sanitària i a gaudir dels serveis de salut en condicions objectives d'igualtat.
2. El sistema sanitari de Catalunya ha de garantir, per mitjà de protocols d'actuació específics, que els membres de parelles estables, amb independència de llur orientació sexual o identitat de gènere, tinguin els mateixos drets que la normativa sectorial sanitària reconeix als cònjuges o familiars més propers. Pel que fa al consentiment per substitució, el convivent en parella estable té, respecte de l'altre membre de la parella, la consideració de familiar més proper.
3. Les administracions públiques de Catalunya, en les línies d'actuació relatives a la salut i al sistema sanitari, han de vetllar perquè la política sanitària sigui respectuosa amb les persones LGBTI i no tracti directament o indirectament la condició d'aquestes persones, especialment transgènere i intersexuals, com una patologia.

En l'àmbit de la salut, aquesta llei regula la necessària sensibilització i prevenció pel que fa al virus de la Immuno-deficiència Humana (VIH)/SIDA i altres infeccions de transmissió sexual; l'estudi, la recerca i el desenvolupament de polítiques sanitàries específiques, i també els tractaments associats a la transidentitat i la intersexualitat o l'accés a les tècniques de reproducció assistida, entre altres mesures, perquè no hi hagi cap tipus de discriminació per raó d'orientació sexual, identitat de gènere o expressió de gènere en l'atenció sanitària.

1. Persona que s'identifica amb el gènere que li va ser assignat en néixer segons les seves característiques biològiques.
2. La forma trans, reducció de transgènere, tendeix a utilitzar-se com a denominació preferent dins l'àmbit LGBT, atès que es considera més neutra i més inclusiva. Persona transgènere que s'identifica amb el gènere contrari a aquell que li va ser assignat en néixer segons les seves característiques biològiques.

1.1. Professionals sanitaris participants

Diferents professionals participaran i col·laboraran en l'acompanyament i atenció al part, el puerperi i primeres setmanes del nadó. Tenen diferents competències i estan contemplades en la legislació corresponent (BOE 2009, BOE 2010).

El Comitè de Bioètica de Catalunya (CBC) ha elaborat un posicionament en relació a la sol·licitud que sigui una dona la professional que presti l'atenció al part és pertinent quan es tracta de donar resposta a una necessitat inherent al sentit de la dignitat personal. Si s'ha establert amb un diàleg suficientment acurat, en què s'ha comprovat que no es tracta d'una simple preferència, la dona hauria de poder ser atesa per una professional del mateix gènere, malgrat que això comporti una adequació organitzativa i trencament de la rutina, i mentre que no representi una distorsió excessiva i sigui degudament raonada. (CBC, 2019).

1.2. La història clínica

En el cas que la dona que ingressa tingui HC oberta, es revisarà i es completarà amb les actualitzacions necessàries. El seguiment que consta en el carnet de l'embaràs permet ajudar a recopilar tota la informació necessària. Cal assegurar-se que la dona tingui les proves necessàries i, si es comprova que no és així, cal sol·licitar totes les que siguin necessàries.

Si la dona no té HC oberta en el centre, s'obrirà la història en el mateix moment que es realitzen les exploracions necessàries per actualitzar les característiques de l'embaràs i es revisarà conjuntament el "pla de naixement", preparant així l'assistència idònia als diferents períodes del part. És aconsellable obrir una nova HC en l'ingrés de cada part, ja que alguns apartats hauran canviat, en el cas d'haver-hi gestacions anteriors ateses en el mateix centre sanitari.

Moltes de les dades d'interès per iniciar i/o completar la HC hospitalària provenen de la informació que conté la HC de l'atenció primària (Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva-ASSIR) o de la consulta privada on s'ha fet el seguiment de la gestació. Es poden obtenir també a partir del carnet de l'embaràs, que és el document particular que porta la dona gestant i que es publica a la HC compartida, com a resum de les dades importants del seguiment de l'embaràs (PEB 2018).

La HC Compartida, ha d'utilitzar-se per afavorir la coordinació entre nivells assistencials i professionals, amb l'objectiu de garantir una correcta atenció a la dona i a la criatura i evitar la duplictat de proves.

És de gran importància clínica, i així obliga la legislació vigent, anotar a la HC tota la informació referent a l'embaràs, el part i puerperi, així com la del nadó en néixer i durant els primers dies de la seva vida extrauterina (Lleis 21/2000 i 41/2002 sobre documentació clínica). Cal recordar que la HC pertany a la usuària.

La HC es realitza a partir d'una sèrie de preguntes sistematitzades sobre els aspectes passats i presents relacionats amb la salut de la dona embarassada i les circumstàncies del seu entorn, el curs de l'embaràs, el part, el puerperi, l'estat del nadó en néixer i en els primers dies de la seva vida.

La finalitat d'aquesta història hospitalària perinatal és registrar tota la informació al voltant del naixement, de forma clara i inequívoca, i posar-la a l'abast del personal sanitari que intervindrà i tindrà cura de la dona i del nadó durant tot el procés del part i puerperi.

La HC ha de complir sobretot el requisits següents:

- Garantir els drets de confidencialitat i intimitat i complir els requisits legals (Llei 3/2018) sobre protecció de dades).

Ha de constar dels següents apartats, d'acord amb el Protocol de seguiment de l'embaràs - 3ª edició (PEB, 2018).

- Identificació (dades personals)
- Característiques ètniques i antropomètriques
- Circumstàncies psicosocials
- Antecedents familiars
- Antecedents personals generals i laborals
- Antecedents mèdics (Infeccions de Transmissió Sexual (ITS), consum de tabac, begudes alcohòliques i altres drogues, salut mental)
- Tractament farmacològic actual i pauta a seguir durant el període de part. Experiència de gestacions i parts anteriors.
- Hàbits alimentaris
- Antecedents ginecològics i reproductius
- Dades relatives a l'embaràs actual
- Proves de laboratori i ecografies. Comprovar que s'hagin realitzat totes les proves segons les característiques de la dona gestant i sol·licitar aquelles que siguin necessàries segons valoració clínica en el prepart.
- Cribratges d'anomalies congènites, ITS, estreptococ, salut mental perinatal, violència masclista, tabac, alcohol i altres drogues durant l'embaràs
- Pla de naixement

És recomanable anotar a la HC si s'ha realitzat el seguiment de l'embaràs recomanat en el Protocol de seguiment de l'embaràs del Departament de Salut (DS) vigent, respecte al nombre de visites, proves de laboratori, exploracions i ecografies realitzades.

Amb tota aquesta informació es reavaluaran les característiques de l'embaràs i es determinarà si està en el centre sanitari adequat o si s'ha de procedir al seu trasllat, en funció de les complicacions previsibles en el procés de part i l'atenció que necessitarà tant la dona com el nadó.

1.3. El pla de naixement

El pla de naixement és un document on la dona expressa per escrit les seves voluntats, desitjos i expectatives sobre l'atenció que vol rebre en el moments del naixement de la seva criatura. L'elaboració del pla de naixement és un procés progressiu, que deu ser abordat des d'un model de relació assistencial deliberatiu entre la dona gestant i l'equip de professionals assistencials, que ha de permetre una presa de decisions informada per part de la gestant sobre els aspectes del part, el naixement del nadó i el postpart. Aquest document es pot elaborar en qualsevol moment de la gestació i, preferiblement, abans de la visita antenatal. El moment idoni per elaborar-lo seria entre les setmanes 26 i 28 de gestació i el context seria el de confiança entre la dona i cada professional sanitari que l'acompanyi durant l'embaràs, el part i el puerperi.

El fet de reflexionar sobre les diferents opcions que la dona pot triar, facilita la comprensió del procés de part a la dona i a la seva parella. És una eina que dona l'oportunitat a cada professional sanitari de conèixer millor les voluntats expressades en el pla de naixement i d'entendre els seus sentiments i prioritats (MS, 2010; NICE, 2014; Holowell J, 2015). El pla de naixement, expressa la decisió de la dona entre les alternatives que se li poden oferir (sempre en el context del seu embaràs), referent a algunes circumstàncies o intervencions que es mostren a continuació, podent modificar aquesta voluntat expressada en qualsevol moment, depenent de les necessitats que es detectin durant el procés del part i postpart.

Apartats del pla de naixement

- Acompanyant (s) durant el part
- Espai físic
- Material de suport
- Període de dilatació: mobilitat i ingestió d'aliments
- Administració de fàrmacs
- Monitoratge fetal
- Alleujament del dolor de part
- Atenció durant el període expulsiu: acompanyament, posicions en el part, esponderament i cures del perineu
- Pinçament del cordó umbilical
- Donació del cordó umbilical
- Deslliurament i entrega de la placenta
- Atenció i cures del nadó
- Alletament
- Postpart immediat

Mitjançant el diàleg i la relació de confiança mútua entre l'equip de professionals, la dona i la seva parella sobre aquest pla de naixement, cada professional pot conèixer el nivell de suport que podria necessitar cada dona i/o parella en particular. Les dones necessiten el suport continuat de professionals de llevadora i obstetrícia, que han de procurar una atenció individualitzada i d'acord amb els desitjos, valors i creences personals. En el cas de no presentar cap risc, és millor limitar la presència de professionals de la salut a una vigilància prudencial i tenir previst de no fer massa intromissions en el treball de part.

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

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

1.4. Prepart

Després d'obrir la HC hospitalària de la dona, i d'informar-la sobre tots aquells aspectes en els que ha mostrat interès, s'ha de realitzar l'exploració física, que té com a objectiu valorar l'estat general de la dona i el benestar del fetus abans del part. Amb tota la informació recollida a la HC i aquesta exploració, s'informarà a la dona gestant i s'establiran les pautes més adequades, sempre tenint en compte el dret de la dona a la presa de decisions informades (Veure apartat de Consentiment informat)

Procediment d'exploració en el prepart:

- Determinació de les constants vitals i l'estat general de la dona.
- Exploració de pell i mucoses (detecció d'edemes, etc.)
- Exploració abdominal:
 - Inspecció de cicatrius prèvies.
 - S'informarà la situació, el tipus de presentació i la posició fetals (Maniobres de Leopold).
 - Valoració de la dinàmica uterina.
- Exploració genital:
 - Inspecció dels genitals externs (perineu i vagina).
 - Tacte vaginal: És una exploració invasiva que ha de tenir un objectiu clínic justificat. La dona ha d'estar informada de què és i perquè serveix cada tacte vaginal i ha de donar el seu consentiment. No s'ha de realitzar de manera rutinària, encara que pot ser útil per conèixer les característiques de la cèrvix i de la pelvis. A través del tacte vaginal es comprova una sèrie de paràmetres del fetus i dels annexos, com:
 - El tipus de presentació
 - La varietat i l'alçada de la presentació (plans de Hodge)
 - Estat de la bossa amniòtica.
 - Freqüència cardíaca fetal (FCF) basal i/o registre cardiotocogràfic (RCTG): a través de la interpretació del registre extern de l'FCF i de la dinàmica uterina, podrem fer una valoració del benestar fetal en el prepart. En gestacions de risc mitjà, alt o molt alt es recomana oferir monitorització basal a l'ingrés.
 - Ecografia, que estarà indicada en els casos següents:
 - Sempre que hi hagi dubtes sobre la vitalitat fetal o l'estàtica fetal.
 - Sospita de macrosomia o restricció del creixement intrauterí.
 - Sospita d'alteracions en la quantitat de líquid amniòtic.
 - Incertesa sobre la localització de la placenta o nombre de fetus.
 - Per valorar el grau de flexió i extensió cervical fetal en les presentacions pelvianes o de natges, si es decideix intentar el part vaginal.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS), recomana la realització d'una auscultació mitjançant doppler o bé un estetoscop Pinard per tal de valorar el benestar fetal durant la valoració prepart en el procés d'admissió a l'hospital (OMS, 2018).

2

Reavaluació de les característiques de l'embaràs i possible risc en el treball de part

En aquesta fase de prepart, després d'haver realitzat les exploracions i proves necessàries a la dona gestant i al fetus, caldrà reavaluar les característiques de l'embaràs i els possibles riscos, per tal de confirmar si la situació previsible està d'acord amb el nivell assistencial on es troba la dona embarassada o bé s'ha de derivar a un nivell assistencial adequat, si és possible, en funció del moment del treball de part en el que estigui, valorant la distància i els mitjans de transport disponibles des del centre sanitari al seu domicili, les condicions meteorològiques... segons el que estableix el Pla estratègic d'Ordenació de l'Atenció Maternoinfantil del Departament de Salut (DS) (DS, 2008).

Per indicar l'ingrés a la sala on ha de tenir lloc el part, s'han de valorar i enregistrar a la HC els següents paràmetres (OMS, 2018):

- Dinàmica uterina regular
- Eскурçament cervical > 50%
- Dilatació del coll uterí de 5 cm

A la dona i a les persones que l'acompanyen se'ls donarà informació sobre tot allò que pugui ser previsible que s'esdevingui durant les properes hores, per exemple orientant-los sobre els indicadors de normalitat de progrés de part. Si té contraccions doloroses, es valorarà la pauta a seguir que millor s'adapti a la dona gestant, tenint en compte el pla de naixement i ella podrà decidir si se sent més còmoda en el seu domicili o cal un ingrés, oferint en tot moment suport individualitzat, tal i com recull l'informe de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS) (AQUAS, 2013).

2.1. Nivells d'atenció al part

L'OMS defineix el part normal com el procés fisiològic amb el qual la dona finalitza la seva gestació a termini (entre les 37 i les 42 setmanes de gestació (SG), completes). El seu inici és espontani, es desenvolupa i finalitza sense complicacions, culmina amb el naixement d'un nadó sa, i no necessita més que l'atenció integral i respectuosa de professionals de llevadoria. Després de donar a llum, tant la mare com el nadó es troben en bones condicions (OMS 1996). L'evolució del part està influïda per factors biològics, psicològics, culturals i ambientals propis de cada dona, nadó i família.

La majoria de les dones sanes, amb l'atenció i el suport adequats i amb un mínim d'intervencions poden donar a llum amb la seguretat necessària per elles i els seus nadons. L'evidència publicada suggereix que les dones amb gestacions de baix risc poden donar a llum en una casa de naixements de forma segura sempre i quan estiguin acompanyades per llevadores entrenades i sigui una prestació integrada o coordinada pel sistema de salut (NICE, 2014; Hollowell J, 2015).

Tots els hospitals que ofereixen atenció al part, han de disposar d'un equip multidisciplinari de professionals que treballin de manera coordinada.

Els hospitals es classifiquen segons els serveis dels que disposen en nivell I, II A, II B, III A i III B (DS, 2008).

Els factors que determinen l'atenció sanitària en un hospital de nivell I i alguns factors que s'atenen en un hospital de nivell II, poden ser atesos per professionals de llevadoria de manera autònoma, dins del treball en equip.

Els factors o situacions que determinen l'atenció en un hospital de nivell III i alguns del nivell II requereixen de l'atenció mèdica especialitzada, sempre dins del treball en equip.

L'objectiu d'aquesta nova classificació dels nivells d'atenció en el moment del part es la d'establir criteris que són vàlids en el moment de l'atenció al part, que permet una atenció multiprofessional, per tal de poder oferir una atenció personalitzada i ajustada a la situació del moment.

S'ha de tenir en compte que aquesta classificació no coincideix exactament amb la classificació dels nivells de risc de la gestació per al control de la gestació, i son específics pel moment del part. Per exemple, una dona amb un antecedent de fetus petit per edat gestacional (RCIU) és un nivell de risc mitjà durant la gestació, però si no ha desenvolupat en l'actual gestació aquesta complicació, en el moment del part, es reclassifica com a pacient que pot ser atesa en nivell I.

En la classificació actual de tipus d'atenció al part, s'ha volgut evitar explícitament la nomenclatura "de risc", per tal de fer ús d'un llenguatge més entenedor per a les dones i menys alarmista, a fi d'evitar-los l'angoixa.

2.2. Atenció al part nivell mínim I

El nivell mínim d'atenció sanitària al part serà el que es pot oferir des dels hospitals classificats com de nivell I i que inclouen a totes aquelles dones que presentin les característiques o factors descrits a la **taula 1**, identificats durant l'embaràs. Cal recordar en aquest punt, que el protocol de seguiment de l'embaràs (PEB, 2018), contempla la gestació sense risc.

Taula 1. Característiques de l'atenció en hospitals de nivell I

- Talla de menys de 145 cm
- Índex de Massa Corporal (IMC) < 18,5 o >= 30
- Gestació no desitjada per la dona
- Estat vacunal inadequat
- Risc cardiovascular OMS I
- Edat menor de 15 anys o de més de 40 anys
- 4 o més parts
- Període intergenèsic < 12 mesos
- Antecedents de RCIU o baix pes del nadó en un embaràs anterior
- Prematuritat > 35 SG
- Parts distòcics anteriors
- Cirurgia uterina o cesària prèvia
- Esterilitat prèvia
- Endocrinopaties control·lades
- Víctima de violència masclista
- Antecedents personals de patologia mental
- Patologia mental actual estable
- Diabetis gestacional
- Infecció de la dona per sífilis, gonorrea, clamídia i Chagas tractada

2.3. Atenció al part nivell mínim II

El nivell mínim d'atenció al part i sanitària serà el que es pot oferir des dels hospitals classificats com de nivell II. I que inclouen les dones que presentin les característiques o factors descrits a la **taula 2**, identificats durant l'embaràs.

Taula 2. Característiques de l'atenció en hospitals de nivell II

- Índex de Massa Corporal ≥ 40
- Embaràs gemel·lar bicorial
- Prematuritat > 32 SG
- Fetus petit per edat gestacional
- Placenta prèvia
- Diabetis mellitus
- Preeclàmpsia lleu
- Hipertensió arterial gestacional o crònica
- Infecció materna per Hepatitis B o C
- Anèmia greu
- Endocrinopaties
- Risc cardiovascular OMS II
- Mort perinatal prèvia
- Part de natges

2.4. Atenció al part nivell mínim III

El nivell mínim d'atenció al part serà el que es pot oferir des dels hospitals classificats com de nivell III i s'inclouen les dones que presentin les característiques o factors que descriu la **taula 3**, identificats durant l'embaràs.

Taula 3. Característiques de l'atenció en hospitals de nivell III

- Consum d'heroïna, cocaïna, alcohol i altres substàncies que requereixin atenció psiquiàtrica (transtorn per ús de substàncies segons la terminologia DSM- IV- TR)
- Embaràs monocorial biamniòtic
- Gestació de 3 o més fetus
- Restricció del creixement intrauterí
- Malformació fetal que requereixi atenció especialitzada
- Prematuritat ≤ 32 SG
- Preeclàmpsia greu
- Patologia materna greu
- Infecció de la dona per toxoplasma, per listèria, pel virus del Zika, pel VIH i pel parvovirus
- Risc cardiovascular OMS III i IV.
- Isoimmunització Rh
- Sospita de placenta accreta

2.5. El trasllat de la dona

2.5.1. Valoració del trasllat

Si un cop valorada la situació de la dona i el fetus en aquesta etapa prepart, es considera indicat el trasllat de la dona a un centre amb un nivell tecnològic adequat al risc previst en el part, s'informarà a la dona i la família de la situació i s'acordarà el trasllat.

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

És de gran importància que en el moment de la realització de la HC en el prepart es faci una exhaustiva revisió de la dona embarassada, per tal de tenir tan clar com es pugui el nivell de risc amb què entrarà en la fase de part, amb vista a prevenir i planificar el trasllat de la dona.

2.5.2. Avantatges del trasllat de la dona

Sempre que sigui possible, el trasllat de la dona és el millor sistema de transport per al nadó, ja que el nadó pot ser assistit de manera correcta immediatament després del naixement i la mare pot estar amb el nadó en el postpart, establint una adequada relació mare-nadó.

2.5.3. Limitacions i possibles complicacions del trasllat de la dona

És important informar la dona i la seva família dels pros i contres del trasllat en cada cas. S'ha de consultar si tenen alguna preferència sobre el centre de trasllat, sempre que sigui possible, tenint en compte els factors descrits a la **taula 4**.

Taula 4. Factors a tenir en compte pel trasllat de la dona

- Segons la patologia de la dona i si se sospita un agreujament, sobretot si es tracta de patologia hemorràgica o hipertensiva, cal assegurar el tractament farmacològic indicat *in itinere*.
- El monitoratge fetal és difícil de garantir, per tant cal valorar el risc de pèrdua del benestar fetal i/o la mort fetal durant el transport, fet que contraindicaria el trasllat: Per organitzar el trasllat s'hauria de tenir en compte que el risc de part o de complicacions greus de la dona i/o dels fetus, fos molt baix.
- És difícil de predir el moment del part del nadó preterme; per això, cal evitar el part durant el transport, ja que les condicions per a la reanimació del nadó a l'ambulància no són les més adients.
- Cal que la gestant estigui acompanyada de personal sanitari de llevadora i obstetrícia adequat i entrenat.
- Cal considerar la distància al centre receptor, les condicions del trànsit i el risc d'accidents, ja que pot allunyar la dona del seu entorn si la distància geogràfica és important, i provocar-li ansietat.
- Cal valorar si el nadó necessitarà cures intensives en néixer.
- Cal assegurar sempre que, en cas de fer-se un trasllat per indicació mèdica, aquest es faci al centre més adequat i proper al seu lloc de residència (DS, 2008).

Si no és possible el trasllat de la dona, cal realitzar el part a la maternitat d'origen i transportar la dona i/o el nadó després del naixement.

Si es preveu que el nou-nat naixerà en estat crític o que pot necessitar cures immediates que no poden dur-se a terme al centre emissor, la llevadora o llevador, de manera consensuada amb els especialistes d'obstetrícia, pediatria o neonatologia, ha de posar en marxa el procediment per al trasllat urgent per mitjà del Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) en el moment en què es constata la impossibilitat del transport de la dona i la necessitat del transport neonatal urgent (Moreno J, 2013).

2.5.4. Indicacions del trasllat de la dona

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

En els casos de risc de prematuritat o patologia aguda de debut sobtat, cal una bona coordinació interhospitalària, així com l'elecció de l'equip idoni amb els components necessaris per a un transport el més segur possible. A la **taula 5** podem veure les situacions en que es pot recomanar el trasllat de la dona.

Taula 5. Indicacions més freqüents del trasllat de la dona

- Amenaça de part prematur < 32 SG amb o sense trencament prematur de membranes
- Part múltiple < 34 SG
- Restricció de creixement intrauterí greu < 34 SG
- Malformacions congènites que obliguen a un tractament immediat
- Isoimmunització
- Hidrop fetal
- Polihidramni o oligohidramni greu
- Preeclàmpsia greu o síndrome de HELLP
- Sospita de malaltia metabòlica que necessita un control immediat
- Malaltia greu/complicacions de l'embaràs (per exemple: descompensacions de diabetis insulíndependent i patologia cardíaca)

2.5.5. Contraindicacions del trasllat de la dona

La **taula 6** ens resumeix les contraindicacions més importants del trasllat de la dona a un altre centre hospitalari.

Taula 6. Contraindicacions del trasllat de la dona

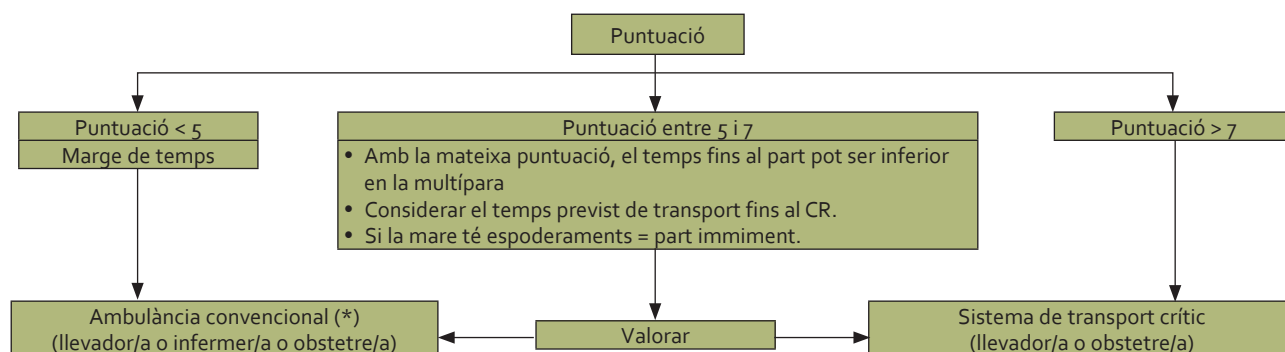
- Risc greu de pèrdua del benestar fetal
- Abruption placentae
- Sagnat important
- Si la dona necessita cures immediates
- Part imminent (vegeu puntuació de Malinas al **quadre 1**). En tot cas, independentment del resultat de la puntuació de Malinas, el transport pot ser medicalitzat. El resultat de la puntuació ens pot orientar sobre el personal que ha de realitzar-lo (equip d'adults, equip pediàtric, o ambdós).

Quadre 1. Valoració del trasllat de la dona

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

Nom de la mare _____
Centre maternal de referència _____

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



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

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

Temps de part < 1 hora:
Part a la maternitat d'origen

ADVERTÈNCIA

- Considerar el temps de transport
- Els espoderaments = part imminent

Temps de part < 1 hora:
transport en posició lateral
esquerra + oxigen + sèrum
glucosat 10% si CIR

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

3 Informació a la dona i a les persones del seu entorn més immediat

Un dels factors fonamentals per contribuir a que la dona i la seva parella visquin d'una manera plena el procés del naixement del nadó, és la informació i l'ambient psicoafectiu que l'equip de professionals proporciona durant les diferents etapes del part.

Totes les recomanacions i normativa recollides en aquest apartat són aplicables a totes les etapes i situacions d'altres capítols d'aquest protocol, no només en el prepart. Per no repetir-ho a cada capítol, s'ha redactat aquest apartat de manera àmplia.

És molt important informar la dona, de manera entenedora i completa, sobre la situació en què es troba i sobre les diferents etapes que s'aniran succeint des que entra per primera vegada al centre de naixement fins que surt ja amb el nadó.

En primer lloc és necessari que cada professional que l'acompanyi es presentin a la dona i s'identifiqui correctament (nom i cognom i professió).

Per donar una informació adequada, cal primer escoltar la percepció que té la dona i la seva parella, sobre aquest esdeveniment, els seus valors, les seves expectatives, idees, preferències i dubtes.

En la visita preparat, cal comentar amb la dona les opcions recollides en el seu pla de naixement, facilitant el diàleg amb la dona, en un ambient de confiança, ajudant-la perquè s'expressi, escoltar-la, i aclarir tots els punts que desitgi per tal de garantir la presa de decisions informades. El pla de naixement hauria d'estar elaborat durant el seguiment de l'embaràs, en el cas que no s'hagués fet, s'ha d'explicar a la dona i la seva parella les opcions i conèixer les seves expectatives i preferències sobre el seu part.

S'ha d'informar la dona i a les persones del seu entorn més immediat, sobre les diferents opcions que es poden seguir, explicant d'una manera concreta i comprensible els avantatges i els inconvenients. D'aquesta manera, les dones podran decidir entre les diferents opcions possibles, sobre el seu part i l'atenció que s'oferirà a la seva criatura després del naixement. Al mateix temps, és fonamental conèixer la informació que li han donat prèviament sobre el procés de part durant el seguiment de l'embaràs, per això és molt convenient elaborar el pla de naixement abans que s'iniciï el part.

3.1. Quina informació s'ha de donar

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

- **Sobre l'equip humà.** En primer lloc, cal que la dona conegui cada professional sanitari i no sanitari que l'acompanyarà durant el part: qui són i quina professió tenen.
- **Sobre l'espai.** Cal que conegui l'espai que utilitzarà durant la dilatació: sala d'exploració o de dilatació, detallant on estarà ubicada, així com l'equipament que es pugui trobar a la sala.
- **Sobre l'acompanyant.** Cal parlar-li sobre les condicions de la presència de la parella i/o familiars durant la progressió del part. Habitualment la parella està present durant el part, però hi ha dones que prefereixen tenir un altre familiar, amic o amiga en lloc de la seva parella. Cal respectar sempre les preferències de la dona.
- **Sobre els procediments.** S'explicarà a la dona de manera senzilla i comprensible els procediments necessaris previstos que se seguiran durant el seu procés de part.
- **Sobre les exploracions i proves complementàries.** Descripció senzilla i entenedora de la valoració inicial, tant materna com fetal. S'explicarà a la dona que es faran tan sols quan estan indicats, se l'informarà abans de cada exploració, i mentre es van realitzant se l'informarà dels aspectes bàsics de la situació (dilatació, presentació fetal, bossa amniòtica, etc.).
- **Sobre el pronòstic.** S'ha d'explicar a la dona de manera senzilla l'evolució més probable que seguirà el part a la vista de la valoració clínica realitzada.

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

S'ha d'informar abans d'aplicar qualsevol tècnica o exploració o de que succeeixi cap esdeveniment sobre el que informem. Sempre s'ha de comprovar que el missatge s'ha entès i que la dona dona autorització per realitzar les intervencions que se li proposen, d'acord amb la normativa vigent (Llei 21/2000 i 16/2010 sobre drets d'informació).

3.2. Com s'ha de donar la informació

La informació que s'ofereix haurà de tenir en compte les particularitats de cada persona (cultural, creences, orientació sexual...), ha de ser sempre adaptada al nivell sociocultural de la dona i del seu entorn familiar, ja que és molt important establir una relació d'empatia que faciliti l'assimilació de la informació per part de la dona, així com la comprensió per part de l'equip sanitari de les seves expectatives, per tal que la dona pugui decidir lliurement, exercint la seva autonomia.

Aquesta informació es donarà amb un llenguatge entenedor, clar i concret. S'ha de donar de manera ordenada en el temps, tenint cura de les paraules utilitzades, el to de veu i el clima creat. En tot moment s'han de transmetre missatges positius, de seguretat, tranquil·litat i confiança a la dona i el seu entorn familiar.

És necessari que cada professional sanitari del camp de l'obstetrícia que atengui dones embarassades d'altres cultures, mostri sensibilitat vers les diferències culturals que poden tenir influència sobre aquest procés, per tal que pugui plantejar estratègies per minimitzar els factors estressants i millorar la comunicació davant la vivència de l'embaràs, el part i el puerperi.

Caldrà en cada situació optimitzar els recursos disponibles per poder establir una comunicació transcultural eficaç. Segons dades publicades per l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT), l'any 2018, un 29,6% de naixements a Catalunya van ser de mare estrangera.

La mediació cultural, a càrrec de familiars, compatriotes, agents de salut, etc., es basa, d'una banda, en la traducció d'una llengua a una altra, i d'altra banda –i això és molt important– en la transmissió del sentit dels paràmetres culturals autòctons, perquè no les jutgin i interpretin a partir dels seus propis, la qual cosa afavoreix l'establiment del diàleg entre la dona i l'equip de professionals sanitaris que l'atén durant el prepart, el part i el puerperi.

És important informar a les dones de la importància d'assistir a les visites prenatales, de cara a propers embarassos i sobretot a les postnatales i puerperals (grups postpart i alletament), ja que moltes dones pensen que una vegada ha nascut el nadó, ja no són necessaris els seguiments i control.

Caldrà també tenir en compte la diversitat en l'estructura de les famílies que actualment existeixen i no jutjar els diferents models, proporcionant el suport necessari i tenint en compte les necessitats específiques d'aquestes dones.

3.3. El consentiment informat

El consentiment informat (CI) no és només una signatura en un document. És un procés que culmina amb l'obtenció de la conformitat lliure, voluntària i conscient de la dona, manifestada en ple ús de les seves facultats i després de rebre la informació adequada, perquè tingui lloc una actuació que afecta la seva salut i la del nadó.

El CI es defineix com el procés legal que té la finalitat de promoure l'autonomia de la dona. La presa de decisions compartida és el procés en el qual cada professional sanitari i la dona treballen conjuntament perquè la dona pugui prendre la decisió òptima sobre l'atenció que vol rebre, tenint en compte la informació basada en l'evidència disponible, el coneixement i experiència del professional i els valors i preferències de la dona.

Les dones gestants han de poder demanar informació i opinió als professionals de la salut tantes vegades com calgui per poder prendre una decisió.

El CI i la presa de decisions són processos convenients i complementaris "en qualsevol acte mèdic en què les decisions mèdiques s'esdevenen en una dicotomia de seguretat i/o riscos, tant en aquelles situacions d'incertesa, en què existeixen dos o més tractaments alternatius clínicament raonables com quan només existeixi una alternativa realista." (COMB, 2008).

Per donar el CI lliure i conscientment o rebutjar una intervenció, la dona té el dret de ser informada de les alternatives diagnòstiques i terapèutiques a les intervencions proposades, si les hi ha, així com dels riscos i beneficis de cadascuna d'aquestes alternatives.

En cas que la dona rebutgi els procediments o les proves ofertes, la dona ha de signar un document on consti la seva negativa i el professional ha d'anotar-ho a la història clínica, i li ha d'oferir l'atenció sanitària que sigui necessària, sense que se senti menystinguda per la decisió presa, d'acord amb les recomanacions de l'oficina de drets humans (Oficina de Drets Humans, 1999). A continuació, el professional sanitari ha de seguir buscant els punts d'acord amb la dona, per tal de prestar una assistència correcta. Així, per exemple, es pot oferir un RCTG continu en cas de gestació de més de 42 SG, després de comentar els riscos i beneficis per la dona i el nadó, respectant la negativa de la dona, si no accepta l'oferiment (NICE, 2019).

El dret a la informació en matèria de salut i autonomia ve regulada per la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica, reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. (BOE, 2002).

Concretament els articles que desenvolupen el dret a la informació i el consentiment informat diuen:

Article 4. Dret a la informació assistencial.

1. Els pacients tenen dret, amb motiu de qualsevol actuació en l'àmbit de la seva salut, a conèixer qualsevol informació disponible sobre la pròpia salut, tret dels casos que exceptua la Llei. A més, qualsevol persona té dret al fet que es respecti la seva voluntat de no ser informada. La informació, que com a regla general es proporciona verbalment i de la qual es deixa constància en la història clínica, comprèn, com a mínim, la finalitat i la naturalesa de cada intervenció, els riscos i les conseqüències.
2. La informació clínica forma part de totes les actuacions assistencials, ha de ser veritable, s'ha de comunicar al pacient de forma comprensible i adequada a les seves necessitats i l'ha d'ajudar a prendre decisions d'acord amb la seva pròpia i lliure voluntat.

3. El metge responsable del pacient li garanteix el compliment del seu dret a la informació. Els professionals que l'atenguin durant el procés assistencial o li apliquin una tècnica o un procediment concret també són responsables d'informar-lo.

Article 5. Titular del dret a la informació assistencial.

1. El titular del dret a la informació és el pacient. També han de ser informades les persones que hi estan vinculades, per raons familiars o de fet, en la mesura que el pacient ho permeti de manera expressa o tàcita.
2. El pacient ha de ser informat, fins i tot en cas d'incapacitat, de manera adequada a les seves possibilitats de comprensió, i s'ha de complir el deure d'informar també el seu representant legal.
3. Quan el pacient, segons el criteri del metge que l'assisteix, no tingui capacitat per entendre la informació a causa de l'estat físic o psíquic, la informació s'ha de posar en coneixement de les persones que hi estan vinculades per raons familiars o de fet.
4. El dret a la informació sanitària dels pacients es pot limitar per l'existència acreditada d'un estat de necessitat terapèutica. S'entén per necessitat terapèutica la facultat del metge per actuar professionalment sense informar abans el pacient, quan per raons objectives el coneixement de la pròpia situació pugui perjudicar la seva salut de manera greu. Arribat aquest cas, el metge ha de deixar constància raonada de les circumstàncies a la història clínica i ha de comunicar la seva decisió a les persones vinculades al pacient per raons familiars o de fet.

CAPÍTOL IV

El respecte de l'autonomia del pacient

Article 8. Consentiment informat.

1. Qualsevol actuació en l'àmbit de la salut d'un pacient necessita el consentiment lliure i voluntari de l'afectat, una vegada que, rebuda la informació que preveu l'article 4, hagi valorat les opcions pròpies del cas.
2. El consentiment ha de ser verbal per regla general. Tanmateix, s'ha de prestar per escrit en els casos següents: intervenció quirúrgica, procediments diagnòstics i terapèutics invasors i, en general, aplicació de procediments que suposen riscos o inconvenients de notòria i previsible repercussió negativa sobre la salut del pacient.
3. El consentiment escrit del pacient és necessari per a cada una de les actuacions que especifica el punt anterior d'aquest article, amb la possibilitat d'incorporar-hi annexos i altres dades de caràcter general, i ha de tenir informació suficient sobre el procediment d'aplicació i sobre els seus riscos.
4. Qualsevol pacient o usuari té dret a ser advertit sobre la possibilitat de fer servir els procediments de pronòstic, diagnòstic i terapèutics que se li apliquin en un projecte docent o d'investigació, que en cap cas no pot comportar risc addicional per a la seva salut.
5. El pacient pot revocar lliurement per escrit el seu consentiment en qualsevol moment.

Article 9. Límits del consentiment informat i consentiment per representació.

1. La renúncia del pacient a rebre informació està limitada per l'interès de la salut del pacient mateix, de tercers, de la col·lectivitat i per les exigències terapèutiques del cas. Quan el pacient manifesti expressament el desig de no ser informat, s'ha de respectar la seva voluntat i s'ha de fer constar la renúncia documentalment, sense perjudici d'obtenir el seu consentiment previ per a la intervenció.

2. Els facultatius poden dur a terme les intervencions clíniques indispensables en favor de la salut del pacient, sense necessitat de comptar amb el seu consentiment, en els casos següents:
 - a) Quan existeix risc per a la salut pública a causa de raons sanitàries que estableix la llei. En tot cas, una vegada adoptades les mesures pertinents, de conformitat amb el que estableix la Llei orgànica 3/1986, s'han de comunicar a l'autoritat judicial en el termini màxim de 24 hores sempre que disposin l'internament obligatori de persones.
 - b) Quan existeix risc immediat greu per a la integritat física o psíquica del malalt i no és possible aconseguir la seva autorització, consultant, quan les circumstàncies ho permetin, els seus familiars o les persones que hi estan vinculades de fet.
3. S'atorga el consentiment per representació en els casos següents:
 - a) Quan el pacient no sigui capaç de prendre decisions, a criteri del metge responsable de l'assistència, o l'estat físic o psíquic no li permeti de fer-se càrrec de la seva situació. Si el pacient no té representant legal, el consentiment l'han de prestar les persones que hi estan vinculades per raons familiars o de fet.
 - b) Quan el pacient estigui incapacitat legalment.
 - c) Quan el pacient menor d'edat no sigui capaç intel·lectualment ni emocionalment de comprendre l'abast de la intervenció. En aquest cas, el consentiment l'ha de donar el representant legal del menor després d'haver escoltat la seva opinió si té dotze anys complerts. Quan es tracti de menors no incapaços ni incapacitats, però emancipats o amb setze anys complerts, no es pot prestar el consentiment per representació. Tanmateix, en cas d'actuació de greu risc, segons el criteri del facultatiu, els progenitors han de ser informats i la seva opinió ha de ser tinguda en compte per prendre la decisió corresponent.
5. La prestació del consentiment per representació ha de ser adequada a les circumstàncies i proporcionada a les necessitats que s'hagin d'atendre, sempre en favor del pacient i amb respecte a la seva dignitat personal. El pacient ha de participar en la mesura possible en la presa de decisions al llarg del procés sanitari.

Article 10. Condicions de la informació i el consentiment per escrit.

1. El facultatiu ha de proporcionar al pacient, abans de demanar el seu consentiment escrit, la informació bàsica següent:
 - a) Les conseqüències rellevants o d'importància que la intervenció origina amb seguretat.
 - b) Els riscos relacionats amb les circumstàncies personals o professionals del pacient.
 - c) Els riscos probables en condicions normals, de conformitat amb l'experiència i amb l'estat de la ciència o directament relacionats amb el tipus d'intervenció.
 - d) Les contraindicacions.
2. El metge responsable ha de ponderar en cada cas que com més dubtós sigui el resultat d'una intervenció més necessari resulta el consentiment previ per escrit del pacient.

També s'ha de tenir en compte la Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària (DS, 2015).

3.4. De què s'ha d'informar

Les dones tenen dret de conèixer

- En què consisteix el procediment o actuació mèdica que es proposa
- Els beneficis de la intervenció o tractament mèdic en front a altres alternatives

- Les indicacions de l'actuació mèdica
- Les conseqüències importants del procediment proposat
- El risc típic (inherent al procediments)
- Els riscos personalitzats

3.5. A qui s'ha de donar la informació

La informació s'ha de donar sempre a la dona i a les persones del seu entorn que ella desitgi i manifesti. En casos de dones menors d'edat, s'informarà segons la Llei 41/2002 de 14 de novembre, bàsica, reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, que diu textualment

“Quan es tracti de menors no incapaços ni incapacitats, però emancipats o amb setze anys complerts, no es pot prestar el consentiment per representació. Tanmateix, en cas d'actuació de greu risc, segons criteri del facultatiu, els progenitors han de ser informats i la seva opinió ha de ser tinguda en compte per prendre la decisió corresponent.”

3.6. Quan s'ha d'informar

El procés d'informar és un procés obert i s'ha de fer per a cada nou procediment. Cal destacar que, durant tot el control de la gestació, s'ha d'anar informant sobre tot el procés d'embaràs, part i puerperi.

3.7. Qui ha d'informar

El procés d'informació és un continuïum que s'ha d'iniciar des de la primera visita de l'embaràs al Centre d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) i continuar en cada visita i procediment, de forma coordinada i amb un discurs coherent per part de tots els professionals que hi intervenen. Cada professional responsable de proporcionar la primera informació ha de ser membre de l'equip obstètric que rebí la dona en el moment de la primera visita prepart al centre maternal. L'acollida, en aquests centres, en els embarassos normals, de baix risc i de risc mitjà la fa el professional de llevadoria i en el cas de risc alt i molt alt, obstetres del centre.

Si l'ingrés del nadó és previsible, és convenient la coordinació amb l'equip de pediatria

Després serà cada professional que realitzi un procediment el que la informarà dels procediments i tècniques que utilitzarà. Durant el procés de part, cada professional de llevadoria, que en té cura anirà informant de tots els aspectes esmentats anteriorment i obstetres del centre en cas que el part es desviï de la normalitat i siguin necessaris altres procediments i actuacions.

La informació sobre les tècniques d'alleujament del dolor seran proporcionades per professionals de llevadoria. En el cas d'ús d'anestèsia serà cada professional d'anestesiologia qui informarà sobre el procediment a realitzar.

Capítol II

Atenció en el període del part

El part és un fenomen dinàmic en el temps, que per motius estrictament descriptius es considera subdividit en tres períodes de temps. Segons les definicions recomanades per l'OMS (OMS, 2018):

Primer període o primera etapa del part

Període latent o passiu

És un període de temps caracteritzat per existència de contraccions doloroses i algun canvi cervical, incloent esborrament cervical i dilatació fins a 5 cm, tant per al primer com per els següents parts.

Període actiu

És un període de temps caracteritzat per contraccions doloroses regulars, important esborrament cervical i dilatació completa, tant per al primer com per els següents parts.

Segon període o segona etapa del part

És el període de temps comprès entre la dilatació cervical completa i naixement del nadó amb contraccions expulsives involuntàries.

Tercer període o tercera etapa del part

Període que va des del naixement del nadó al deslliurament.

Altres definicions contemplades en la Guia sobre l'Atenció al Part Normal, publicada per l'AQUAS (AQUAS, 2013) són:

Període expulsiu passiu

Dilatació completa del coll, abans o en presència de contraccions involuntàries d'expulsiu.

Període expulsiu actiu

Quan el fetus és visible o existeixen contraccions d'expulsiu en presència de dilatació completa o espodeaments maternals en presència de dilatació completa amb absència de contraccions d'expulsiu).

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

A la pràctica, en dones primíparas, el primer període o primera etapa del part comença quan comença la dilatació, després que el coll uterí ja ha desaparegut, i en múltiples l'escurçament i la dilatació del coll de l'úter acostumen a ser simultànies. El diagnòstic de part es basa en la presència de contraccions uterines regulars que provoquen la dilatació progressiva del coll uterí. Es considera que s'ha iniciat el part quan es compleixen les dues condicions de la **taula 7**.

Taula 7. Inici del part

- Hi ha contraccions regulars i doloroses
- S'ha iniciat la dilatació cervical fins a 5 cm (OMS, 2018)

1 Atenció en el part

El part vaginal que s'inicia de manera espontània, és la situació de menys risc per la dona i el fetus en la que es pot produir el part. A Catalunya, la **taula 8** ens mostra la distribució dels parts en el sistema sanitari públic (SISCAT), centres de titularitat privada i domicili.

Taula 8. Tipus de part a Catalunya

Part	SISCAT		Privada		Domicili*	
	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
Vaginal	28.922	67,5	9.154	49,3	273	96,8
Per cesària	9.551	22,3	6.668	35,9	5	1,8
Instrumental**	4.289	10,0	2.684	14,5	3	1,1
De natges	110	0,2	59	0,3	1	0,3
Total	42.872	100,0	18.565	100,0	282	100,0

SISCAT: sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya

* inclou entitats d'atenció al part no hospitalàries

** mitjançant ventosa o amb fòrceps

Font: Subdirecció General de Vigilància Epidemiològica. Departament de Salut. 2017

El part natural és el procés fisiològic únic amb el qual la dona finalitza la seva gestació a terme, on s'impliquen factors psicològics i socioculturals. L'inici és espontani, es desenvolupa i finalitza sense complicacions amb el naixement del nadó i no comporta més intervenció que l'acompanyament integral i respectuós de professionals de llevadoria (Federació d'Associacions de Llevadores d'Espanya).

La inducció del part pot estar lligada a processos com la gestació perllongada i la ruptura prematura de membranes (dos esdeveniments que poden tenir lloc en embarassos normals), entre d'altres. Abans d'induir un part, l'equip de professionals ha d'explicar quines alternatives hi ha i quins són els riscos i beneficis associats a altres opcions.

Per garantir una atenció centrada en la dona, l'atenció al part no pot dependre de la disponibilitat individual de cada professional que ha d'atendre el procés de part.

Els centres sanitaris han d'adaptar els seus procediments clínics i organitzatius per tal de procurar una atenció centrada en les necessitats de les dones (DS, Pla de Salut 2016-2020).

1.1. Lloc del part

El lloc on ha de transcórrer el procés de part s'ha de triar en funció de les preferències de la dona, descrites en el seu pla de naixement, sempre tenint en compte la valoració professional realitzada en el període de prepart (capítol I).

1.2. Dades de l'ingrés a la unitat de maternitat

Quan la dona inicia el part, cada professional de llevadoria recollirà a la HC les següents dades:

- Motiu de l'ingrés
- Data i hora de l'ingrés
- Data i hora de l'última ingesta d'aliments (només en cas que ingressi per un motiu urgent)
- Forma d'iniciar-se el part (espontani, inducció, cesària electiva)
- Constants de la dona (pols, temperatura corporal, tensió arterial)
- Guany de pes durant l'embaràs
- Edemes
- Freqüència cardíaca fetal (FCF) en batecs per minut (bpm)
- Situació, presentació, posició del fetus i el grau d'encaixament
- Descripció del grau d'esborrament cervical, de la consistència, de la posició i de la dilatació cervical
- Dinàmica uterina: nombre i intensitat de les contraccions en un període de 10 minuts
- Data i hora de l'amniorrèxi si la dona ingressa amb la bossa trencada

1.3. Dades de l'evolució del part

Periòdicament i abans de qualsevol intervenció es farà constar:

- Inici del part (Espontani, induït o cesària electiva)
- Presentació fetal, en relació amb la pelvis materna. Únicament del primer fetus en les gestacions múltiples (transversa, obliqua o natges)
- Evolució de les característiques del coll uterí i dilatació
- Mètode d'alleujament del dolor: No farmacològic i/o farmacològic (local, peridural, intradural, per via endovenosa, general, altres) i quan s'aplica cadascun
- Tipus de part: eutòcic, instrumentat (fòrceps, ventosa, espàtules (fent constar en cadascun d'ells les condicions d'aplicació, en especial l'alçada i la presentació), ajut manual en natges, gran extracció de natges, versió i gran extracció de natges, cesària. S'ha d'especificar el tipus de part de cada fetus en les gestacions múltiples. En cas d'instrumentació vaginal cal especificar-ne la indicació
- Indicació en cas de cesària realitzada durant el treball de part, o no electiva, i si és urgent.
- Indicació en el cas de cesària electiva o realitzada abans de l'inici del part
- Descripció de la intervenció, tant per cesària com per part vaginal (tipus d'incisió cutània i tipus d'incisió uterina i si s'han produït esquinçaments o altres complicacions).
- Pràctica i indicació d'una episiotomia (sí, no)
- Esquinçament: sí, no. Indicar grau i tipus de sutura

- Deslliurament: espontani, dirigit, manual
- El deslliurament dirigit es pot fer en tots els parts, tant si són vaginals o per cesària i en un entorn no hospitalari (AQUAS, 2013; OMS, 2018)
- Valoració de la pèrdua sanguínia i de l'aplicació de mesures profilàctiques de l'hemorràgia postpart (HPP)
- Nom i cognoms i número de col·legiat de cada professional sanitari que assisteix el part

1.4. Atenció en el primer període del part

Al primer període del part s'hi diferencien dues fases (OMS, 2018):

- Període latent o passiu
- Període actiu

El període latent o passiu del primer període del part es caracteritza per contraccions uterines doloroses i canvis del cervix, com la dilatació fins a 5 cm, tant per a nul·líparees com per a múltiples (OMS, 2018).

L'OMS recomana no utilitzar el valor d'1 cm/hora per determinar la normalitat de la progressió del part, ni per descriure situacions de risc en el part i no recomana intervenir abans dels 5 cm de dilatació per determinar la necessitat d'administrar oxitocina o de practicar una cesària.

Les dones han de ser informades que la durada d'aquesta fase no ha estat establerta i que pot variar molt d'una dona a una altra, tot i que habitualment no dura més de 12 hores en el primer part i de 10 hores en els parts successius (OMS, 2018).

El període actiu del primer període del part es caracteritza per contraccions doloroses regulars i una dilatació que comprèn des dels 5 cm fins a la dilatació completa, tant per al primer com per a la resta de parts que pugui tenir la mateixa dona (OMS, 2018).

És recomanable en aquest període, que les dones, tinguin accés telefònic o virtual a una llevadora per tal que aquesta faci una primera valoració del treball de part (triatge telefònic).

Per a les que esperen el seu primer nadó, és recomanable que tinguin accés a una llevadora de forma presencial ja sigui al domicili o al lloc on han decidit donar a llum, com a mínim durant una hora.

La primera valoració ja sigui per telèfon o presencial ha de:

- Considerar els desitjos, expectatives i qualsevol inquietud que tingui la dona
- Considerar els moviments del fetus, inclosos els canvis en la percepció
- Donar informació sobre què pot esperar la dona en la primera fase de part i consells per afrontar aquesta fase
- Donar suport a la parella i acompanyants
- Oferir suport individualitzat i analgèsia si cal
- Animar la dona a quedar-se o tornar a casa, si està en una fase precoç del part, amb el suport d'una llevadora de contacte a no ser que això comporti un risc important de que pugui donar a llum sense assistència o que estigui molt angoixada. (NICE, 2014)

1.4.1. Exploració sistemàtica de la dona i el fetus en el primer període del part

S'ha de disposar de HC de la dona i completar-la en aquest moment amb la informació proporcionada per les exploracions inicials que es recomanen a continuació:

a) Exploració general

- Freqüència cardíaca materna
- Temperatura (T)
- Tensió arterial (TA)
- Pes (si no es coneix)
- IMC (si no es coneix)

b) Exploració abdominal

- Alçada uterina
- Maniobres de Leopold
- Auscultació de la FCF

c) Exploració genital

- Inspecció de la vulva, vagina i perineu
- Tacte vaginal si es tracta d'un part induït o una presentació de natges per valorar:
 - Situació, longitud, consistència i dilatació del coll uterí
 - Presentació i, si és possible, varietat fetal
 - Pla de la presentació
 - Integritat o no del sac amniòtic

d) Comprovació del benestar fetal

- El control del benestar fetal és necessari en el curs del part, ja que durant els períodes de dilatació i expulsiu es poden produir trastorns de l'oxigenació fetal més sovint que quan no hi ha contraccions. La FCF s'ha de valorar durant 1 minut després de la contracció per establir la línia basal. A l'ingrés, cal registrar la FCF basal i amb una sola xifra en període intercontràctil. Durant el part, també cal registrar-la amb una sola xifra i afegir la presència d'acceleracions, moviments fetals, i desacceleracions. En cas de dubte sobre normalitat de la FCF, cal auscultar durant tres contraccions seguides per reavaluar la normalitat. En cas de sospita de pèrdua de benestar fetal, cal passar a monitorització contínua. Durant la dilatació i fase passiva del part, es recomana auscultar la FCF durant 1 minut després de la contracció i cada 15 minuts, segons recomana la darrera revisió sobre el tema (Chandrahara E, 2018).
- L'OMS recomana l'auscultació intermitent de la FCF amb un estetoscopi Pinard o un dispositiu doppler (OMS, 2018). En dones sanes que presenten un treball de part espontani, no es recomana una cardiotocografia continuada per valorar el benestar fetal si l'evolució és normal i sense medicació (oxitocina, peridural etc...) (OMS, 2018).
- No es recomana l'amnioscòpia en la valoració inicial de la dona de risc baix en treball de part (AQUAS, 2013), ni la realització de cardiotocografia (AQUAS, 2013).

e) Alteracions de la FCF

Quan es detecten alteracions de la FCF, el control ha de ser continu. La Guia de Pràctica Clínica (GPC) sobre interpretació de RCTG publicada per Chandrahara (Chandrahara E, 2018), conclou que no hi ha correlació entre el valor del pH de calota fetal i la millora de resultats perinatals a llarg termini. Això implica aplicar un nou model interpretatiu del RCTG.

1.4.2. Preparatiu per al part

1.4.2.1. *Mesures per a la prevenció d'infeccions*

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

Mesures d'asèpsia (AQUAS, 2013)

- **Ús de guants:** Els guants seran sempre d'un sol ús i s'hauran de col·locar abans de qualsevol contacte amb la dona.
- **Higiene de mans:** El rentat de mans amb sol·lució alcohòlica o aigua i sabó abans i després de cada contacte amb la dona és la millor mesura per reduir la contaminació creuada entre dones, nadons i professionals sanitaris
- **Roba:** Els equips de protecció han de ser seleccionats en funció del risc de transmissió de microorganismes a la dona i del risc de contaminació de la roba i la pell del personal sanitari per la sang, líquids corporals, secrecions o excrements de la dona (NICE, 2014).
- L'OMS no recomana els rentats vaginals amb clorhexidina durant el part per la prevenció d'infeccions. Es recomana utilitzar aigua corrent si cal un rentat abans d'un examen vaginal, no sent necessari l'ús d'antisèptics (OMS, 2018).
- No es recomana el rasurat sistemàtic de la zona genital, per a un part vaginal ja que no s'ha pogut demostrar que aquesta pràctica disminueixi la incidència d'infeccions (AQUAS, 2013; OMS, 2018). En el cas que estigui indicat realitzar una episiotomia o una cesària, es pot retallar el pèl de la zona afectada (OMS, 2018).
- No són necessaris els ènemes sistemàtics. Poden ser útils si quan es realitza el primer tacte i es comprova que el recte està ocupat, sempre amb el consentiment de la dona. (AQUAS, 2013; OMS, 2018).

1.4.2.2. *Administració de fàrmacs*

No és necessària l'obertura rutinària d'una via intravenosa per a l'administració de fàrmacs.

Es recomana assegurar un accés per via intravenosa abans de començar l'analgèsia neuroaxial. (MS, 2010; NICE, 2015). La precàrrega per via intravenosa no necessita ser administrada rutinàriament abans de l'analgèsia epidural amb dosis baixes o amb anestèsia intradural i epidural combinades.

Cal tenir en compte el tractament farmacològic habitual de la dona. Hi ha fàrmacs que no es poden suspendre per risc de síndrome de discontinuació (alguns antidepressius) o d'abstinència (benzodiazepines, opiàtics...). A la HC compartida ha de constar la pauta farmacològica que s'ha de mantenir durant el part i el postpart.

La profilaxi antibiòtica no és necessària en parts vaginals no complicats ni tampoc en dones amb episiotomia (OMS, 2018).

1.4.2.3. *Prevenció de la septicèmia del nadó per estreptococ del grup B. Actuacions a la dona*

L'estreptococ del grup B (SGB) o *Streptococcus agalactiae* colonitza el tracte genital o gastrointestinal del 12-20 % de les dones embarassades i aquesta colonització pot ser persistent, intermitent o transitòria.

La infecció per SGB és una de les causes més comunes de septicèmia neonatal i de meningitis en el nadó. A Catalunya, la septicèmia neonatal precoç (primers 7 dies de vida) per SGB ha disminuït un 70% en els darrers anys, gràcies a les pautes de tractament intrapart de les mares portadores, situant-se al voltant de 0,38/1000 nascuts vius (dades no publicades).

Per a la prevenció de la septicèmia neonatal deguda a *Streptococcus agalactiae*, es recomana la pràctica d'un cultiu vaginal i rectal específic a la dona gestant durant el tercer trimestre de l'embaràs (entre les 35 i 37 SG) per detectar l'estat de portadora (UPIIP, 2017; PEB, 2018).

Aquest cribratge es recomana de manera universal a totes les gestants en molts països del nostre entorn (Bèlgica, Espanya, Itàlia, Israel, Noruega, França, Polònia, Rússia i Suècia), seguint les conclusions de la conferència d'experts d'aquests països que va tenir lloc al juny de 2013 (Di Renzo GC, 2014), així com als Estats Units i al Canadà, que segueixen les recomanacions emeses per l'Associació Americana d'Obstetrícia i Ginecologia (ACOG, 2019), les Guies del Centre per a la Prevenció i Control de l'SGB (CDC, 2010) i de la Societat Canadenca de Pediatria (Jefferies A, 2018), respectivament.

Malgrat l'evidència publicada i una taxa d'incidència global d'SGB de 0,94/1000 nadons vius (el triple que la de Catalunya), amb una morbiditat elevada (24 nadons morts anuals i 576 casos de septicèmia neonatal per SGB), al Regne Unit consideren que s'ha de seguir estudiant la implantació d'un cribratge poblacional. La societat científica dels obstetres i ginecòlegs anglesos recomanen la realització d'aquest test i si surt positiu, la realització de profilaxi antibiòtica (admeten la disminució d'un 80% les probabilitats de septicèmia en els nadons).

El Comitè de Cribratges del Regne Unit, considera que per conèixer l'efectivitat en l'àmbit poblacional del cribratge per SGB, s'hauria de realitzar un assaig clínic aleatoritzat que la pugui determinar i ha encarregat la seva realització al Programa d'Avaluació de Tecnologies Sanitàries del Regne Unit (Seedat F, 2019; NICE, 2019). Da Silva i Winkelstroter (da Silva HD, 2019), també recomanen la realització de més estudis aleatoritzats per tal d'avaluar l'impacte del cribratge poblacional d'SGB en la salut dels nadons. Sens dubte els resultats d'aquest estudi iniciat al Regne Unit, aportaran més informació sobre l'efectivitat d'aquest cribratge.

En aquest protocol, es recomana seguir amb les directrius del Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya i per tant continuar oferint aquest cribratge a tota la població de gestants (PEB, 2018).

Els principals factors de risc d'infecció neonatal precoç per SGB són:

- La bacteriúria per SGB durant l'embaràs
- Un nadó previ amb infecció neonatal precoç per SGB
- La colonització materna*
- La prematuritat
- El temps d'amniorrèxi (> 18 hores)
- La febre intrapart (>39°C, o temperatura entre 38-39 °C mesurada en dues determinacions separades 30 minuts i sense administració d'antitèrmic)

En el 50% dels casos d'infecció neonatal precoç per SGB, no s'identifica cap factor de risc d'infecció. Les indicacions de profilaxi antibiòtica intrapart (Baker CJ, 2018). es mostren a la **taula 9**.

* El valor predictiu negatiu (VPN) del cultiu per SGB realitzat entre les 35 i 37 setmanes d'embaràs és del 95-98% si el part esdevé en les 5 setmanes posteriors després de realitzar el cultiu. A partir de les 5 setmanes el VPN disminueix, pel que cal repetir-lo si després de 4 setmanes de fer el cultiu, no ha tingut lloc el part. El resultat vàlid serà el més recent.

Taula 9. Indicacions de la profilaxi antibiòtica intrapart

<p>Està indicada profilaxi antibiòtica intrapart</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cultiu positiu per SGB • Urinocultiu positiu per SGB durant l'embaràs actual • Nadó previ amb infecció per SGB • Part preterme (< 37 SG) • Amniorrexi de més de 18 h • Febre intrapart • Resultat prova ràpida intrapart (PCR) per SGB positiva
<p>No està indicada profilaxi antibiòtica intrapart</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultat del cultiu per SGB negatiu (tampoc si ha estat positiu en anteriors embarassos) • Cesària programada sense treball de part i amb membranes íntegres • Gestació de > 37 SG sense resultat del cultiu SGB i sense cap factor de risc descrit prèviament

La **taula 10** mostra les pautes d'administració intrapart de l'antibiòtic.

Taula 10. Pautes d'administració antibiòtica intrapart

<ul style="list-style-type: none"> • Penicil·lina endovenosa (EV) 5 milions d'unitats (MU) en la primera dosi seguits de 2,5 MU cada 4 hores • Ampicil·lina EV 2 g en la primera dosi seguits d'1 g cada 4 hores
<ul style="list-style-type: none"> • Si la dona és al·lèrgica a la penicil·lina, se seguiran les indicacions de l'antibiograma i es pot realitzar amb: <ul style="list-style-type: none"> – Clindamicina EV 900 mg cada 8 h o – Vancomicina 1 g cada 12 h (en funció de la funció renal)

1.4.2.4. Alimentació durant el part

És recomanable assegurar una aportació hídrica i calòrica adequada durant el part. Si no es presenten contraindicacions es pot mantenir la hidratació oral i la ingesta d'aliments (OMS, 2018). Concretament a l'informe de l'Actualització i Adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal (AQUAS, 2013), es recomanen les begudes isotòniques per combatre la cetosi i, per aquest motiu, preferibles a l'aigua i una dieta lleugera (torrades, infusions, entrepans, fruits secs, fruita...) a menys que hagi rebut opioides o apareguin factors de risc que incrementin la probabilitat d'ús d'anestèsia general (NICE, 2016).

1.4.2.5. Benestar de la dona, mobilitat i posicions durant el part

Les emocions de la dona durant el part juguen un paper molt important. Sentir-se segura a l'espai i amb els professionals, sentir-se lliure d'expressar emocions i participar en el procés de presa de decisions contribueix a la sensació de control sobre el part i millora els resultats perinatals i l'experiència de la dona.

L'OMS recomana la mobilitat i les posicions verticals o laterals en dones de baix risc (OMS, 2018).

És recomanable que la dona adopti les postures que consideri més còmodes, incloent-hi les verticals (assegada, de peu, a la gatzoneta) o laterals (tombada de costat) (AQUAS, 2013; OMS, 2018), garantint la seva mobilitat sempre, en funció de les seves necessitats individuals.

1.4.2.6. *Recomanacions en el part i naixement en dones amb consum d'alcohol i/o altres drogues o amb trastorn mental*

A les dones amb síndrome d'abstinència, se les ha de recomanar que acudeixin a l'hospital tan aviat com comenci el part, per tal de minimitzar l'automedicació, poder monitoritzar el consum de substàncies i, fins i tot, tenir temps per establir-les si fos necessari.

En el cas de dones que estiguin incloses en un programa de substitució d'opioides, amb metadona o buprenorfina, cal:

- Contactar amb el centre dispensador per conèixer la prescripció i notificar l'ingrés o que la pacient porti informe mèdic actual amb evolució, dosi i altres prescripcions de medicació.
- Tenir en compte que poden requerir dosis d'anestèsia superiors a les habituals, que la morfina pot ser inefectiva i que pot ser apropiada l'anestèsia local durant el part.

Es pot indicar la utilització d'una línia venosa central si l'accés a les venes no és fàcil.

S'ha d'evitar administrar ketamina a dones que consumeixin o se sospiti que puguin consumir psicoestimulants, ja que pot induir complicacions cardiovasculars o cerebrovasculars.

1.4.3. Seguiment de la progressió de la dilatació

1.4.3.1. *Constants de la dona*

Control regular de T, puls i TA. El puls i la TA s'han de mesurar en períodes intercontràctils. Es prendrà la TA i la Temperatura cada 4 hores i la FC cada hora o davant de qualsevol anomalia en la FCF fetal (NICE, 2014).

1.4.3.2. *Tactes vaginals*

Abans de cada exploració vaginal, el personal sanitari competent s'ha d'assegurar que és necessària (AQUAS, 2013) i aportarà informació per la presa de decisions. Es tracta d'un moment de disconfort i fins i tot dolorós per algunes dones i per tant el nombre de tactes ha de ser el mínim que permeti valorar amb seguretat la progressió del part.

S'ha d'informar la dona, s'ha d'assegurar que consenteix i s'ha d'anotar a la HC cada vegada que se li proposa (Llei 41/2002).

Es recomana una especuloscòpia si hi ha dubte sobre si s'ha trencat la bossa o no i es desaconsella totalment el tacte vaginal en absència de contraccions. (NICE, 2014; UptoDate, 2019).

L'OMS recomana aquest examen en intervals de 4 hores durant el període actiu del primer període del part en dones de baix risc (OMS, 2018).

En cada tacte vaginal cal valorar:

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

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

En dones amb treball de part espontani, la dilatació d'1 cm cada hora durant el període actiu del primer període del part, no detecta el risc de resultats adversos en el naixement i per tant l'OMS no recomana la utilització d'aquest marcador (OMS, 2018), ja que és un valor massa ràpid per algunes dones i per tant un valor inferior a 1 cm per hora no ha de ser una indicació per una intervenció obstètrica (OMS, 2018).

1.4.3.3. *Dinàmica uterina*

Una dinàmica uterina és adequada quan permet la progressió del part sense efectes adversos en la dona o en el fetus. El control de la dinàmica es pot fer manualment o amb un RCTG extern o intern, intermitent o continu. Si no hi ha un motiu que ho justifiqui s'utilitzarà preferentment el control tocogràfic extern per ser el menys invasiu. En embarassos de baix risc es recomana el control amb RCTG intermitent.

En dones amb anestèsia peridural i oxitocina, si es recomana fer control manual o RCTG extern, com no es podrà avaluar la intensitat de les contraccions, s'haurà de valorar la seva durada (inferior a 60 segons) i la relaxació entre contraccions. En dones que no porten aquest tipus d'anestèsia, es pot avaluar la intensitat de les contraccions segons l'expressió verbal i no verbal de la dona.

1.4.3.4. *Ruptura del sac amniòtic*

Amniorrexi espontània

Un 60% de les dones que trenquen la bossa abans de començar el treball de part, es posen de part espontàniament abans de les 24h. El risc d'infecció a partir de les 24h augmenta d'un 0.5% a un 1%. És recomanable oferir la inducció del part aproximadament a partir de les 24h de bossa trencada (NICE, 2017).

Cal evitar el tacte vaginal pel risc incrementat d'infecció intrauterina (NICE, 2017), auscultar la FCF i valorar el color del líquid amniòtic. La presència de meconi obliga a reavaluar el benestar fetal. En presentacions podàliques no té el mateix significat, ja que la compressió de l'abdomen fetal durant l'encaixament produeix meconi de manera gairebé constant, però cal estar atent a l'FCF.

1.4.3.5. Estimulació del part

Els patrons de dilatació cervical mostren variabilitat entre dones sense risc de complicacions durant el part. Moltes dones presenten una progressió del treball de part inferior a 1 cm/hora durant la major part del part amb un resultat de part vaginal normal i sense augment de la morbiditat materna o neonatal.

Tot i que la progressió del part és un punt de referència pels professionals a l'hora de valorar si el part avança amb normalitat o no, en absència d'altres factors que indiquin un risc per a la mare o el fetus, la progressió lenta del part no és indicació per realitzar una estimulació.

L'OMS, en el document de recomanacions per les cures durant el part per a una experiència positiva en el part, no recomana cap mesura per prevenir el retard de la dilatació; ni la realització només d'una amniotomia, ni una amniotomia precoç, iniciada amb oxitocina, ni l'ús d'oxitocina en dones a les que s'ha administrat analgèsia epidural.

Tampoc recomana l'ús de medicaments antiespasmòdic per via intravenosa, ni la utilització de fluids via endovenosa amb l'objectiu d'escurçar la durada del part (OMS, 2018).

1.4.4. Mètodes no farmacològics per reduir el dolor

La persona en procés de part, i sobretot al principi, pot desitjar mesures no farmacològiques per tal d'alleugerir el dolor produït per les contraccions del part. És important utilitzar diferents tècniques en funció de les seves característiques individuals, intentant no iniciar-les quan el dolor ja és excessivament intens (De Palma M, 1997). En tots els casos la col·laboració activa de la dona i de la parella i/o d'altres persones que participen en el part, és fonamental per poder trobar la manera de contribuir a la reducció de la sensació dolorosa (Burroughs A, 1999). El suport continuat durant el part proveït per una persona escollida per la dona disminueix la necessitat d'utilitzar analgèsia en general i analgèsia regional en particular i millora l'experiència del part (OMS, 2018).

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

Immersió en aigua

Es recomana la immersió en aigua calenta com a mètode eficaç d'alleujament del dolor durant la fase tardana de la primera etapa del part (AQUAS, 2013). La immersió en aigua calenta durant el part facilita el part i naixement fisiològics i millora la sensació de control i comoditat, totes dues qualitats fortament associades a la satisfacció de les dones amb l'experiència del naixement (Cochrane, 2018) *and particularly in midwifery-led care settings. However, there are concerns around neonatal water inhalation, increased requirement for admission to neonatal intensive care unit (NICU).*

Es considera immersió en aigua durant el part, aquella en què la dona està immersa en aigua calenta de manera que, tant si està asseguda com de genolls, queda coberta fins els pits. Si això no passa, no es crea l'efecte de flotabilitat que permet la llibertat de moviments i l'alliberament d'oxitocina relacionada amb la immersió profunda (Garland D, 2011; Harper B, 2016).

La utilització d'aigua calenta per a l'alleujament del dolor durant la primera fase del part ha demostrat ser eficaç tant en l'alleujament del dolor (disminueix el dolor percebut entre 2-3 punts en l'escala de valoració numèrica del dolor (EVN) (Mallen-Perez L, 2019) *data collection started at 5 cm dilatation. The instruments used were the nu-*

merical rating scale (NRS, així com en la disminució en la necessitat d'utilització de l'analgèsia farmacològica (NICE, 2017; Cochrane; 2018, OMS; 2018). D'altra banda, també s'associa a una fase de dilatació més curta (Cochrane, 2018; OMS, 2018 *and particularly in midwifery-led care settings. However, there are concerns around neonatal water inhalation, increased requirement for admission to neonatal intensive care unit (NICU)*). La relaxació muscular que provoca la calor i l'efecte que té sobre el teixit conjuntiu, afavoreix l'estirament dels teixits i la flexibilitat del col·lagen, a més a més, aquesta relaxació disminueix els nivells d'estrès en la dona, la qual cosa, millora l'alliberament d'oxitocina endògena i els seus efectes sobre el treball de part (Rodríguez Fuentes G, 2013).

L'evidència científica sobre la utilització de la immersió durant la segona etapa del treball de part és limitada per la variabilitat clínica i heterogeneïtat dels estudis realitzats. No es veuen diferències clares respecte als resultats materns o neonatals relacionats amb l'admissió en Unitats de Cures Intensives. No hi ha evidència que néixer o donar a llum a l'aigua incrementi els efectes adversos sobre el fetus, el nadó o la dona (Cochrane, 2018) *and particularly in midwifery-led care settings. However, there are concerns around neonatal water inhalation, increased requirement for admission to neonatal intensive care unit (NICU)*.

Actualment Catalunya disposa de 16 centres hospitalaris públics que disposen de banyeres dissenyades per a l'atenció de dones gestants durant el període de dilatació i expulsio en el moment del part.

Estimulació cutània

Sol disminuir la intensitat del dolor durant i/o després de l'estimulació, i per tant fa més confortable la sensació dolorosa. Formen part de l'estimulació cutània: el massatge superficial, la pressió/massatge i l'aplicació superficial de calor (OMS, 2018).

Massatge i contacte físic tranquil·litzador

Es recomana durant la primera i la segona etapa del part. (AQUAS, 2013).

Pilotes

Es recomana utilitzar la pilota com a suport, facilitadora de moviment pèlvic i de postures verticals (assegada, dreta abraçada a la pilota, quatre punts) com a opció per disminuir el dolor durant el treball de part (Cots I, 2010; Gau M-L, 2011; AQUAS, 2013; OMS, 2018; Delgado A, 2019).

Relaxació

Permet una disminució de la tensió muscular i mental. Tècniques com la relaxació muscular progressiva, consciència plena o d'altres tècniques de relaxació estan recomanades (OMS, 2018), així com escoltar música o la relaxació en aigua (banyera o dutxes intermitents).

Tècniques de respiració

Ben utilitzades permeten una millor oxigenació de la dona i del fetus, modificar la concentració sobre les contraccions, i per tant sobre el dolor (OMS, 2018).

Estimulació elèctrica transcutània (TENS)

No s'hauria d'oferir a les dones amb part establert (AQUAS, 2013).

Injeccions d'aigua estèril

Es poden utilitzar com alleujament del dolor lumbar després d'informar que poden provocar dolor intens momentani (AQUAS, 2013).

Es recomana la injecció per via subcutània per ser igual d'efectiva i molt menys dolorosa que la via intradèrmica.

Es recomana utilitzar aigua estèril enlloc de sèrum fisiològic (Mårtensson LB, 2017).

L'acció pot durar fins a dues hores i es pot anar repetint durant el part ja que no te contraindicacions.

Indicacions durant el part:

- Dolor lumbar (30% de les dones)
- Dolor símfisi púbica
- Dolor inguinal
- Dolor en altres punts dolorosos

Termoteràpia i crioteràpia (Smith CA, 2018)

L'aplicació de calor local i fred local o l'alternança entre fred i calor són tècniques efectives per a l'alleujament del dolor del part.

1.4.5. Analgoanestèsia

La utilització de l'analgèsia durant el part és molt més que una indicació de tipus mèdic, ja que és una opció de la dona embarassada i hauria d'estar inclosa en el pla de naixement l'opció preferida per la dona.

1.4.5.1. Mètodes analgèsics farmacològics

Cal tenir en compte si la dona és consumidora d'algun tipus de substància.

Segons el document de l'OMS (OMS, 2018), està recomanada l'analgèsia epidural, sempre i quan estigui dins les preferències expressades per la dona.

L'administració d'opioides via parenteral, com el fentanil, la diamorfina o la petidina, està recomanada en dones sanes, que demanin la disminució del dolor i estigui dins les seves opcions preferides (OMS, 2018).

La revisió realitzada per l'AQUAS (AQUAS, 2013), fa les següents recomanacions respecte als mètodes farmacològics de disminució del dolor.

Òxid nítrós

Es pot utilitzar durant el part, informant que el seu efecte analgèsic és moderat i que pot provocar nàusees, vòmits, somnolència i alteració del record (Rosen MA, 2002)

L'òxid nítrós pot ser utilitzat tenint en compte que (Klomp T, 2012):

- Ha de ser utilitzat de forma autoadministrada i en flux intermitent
- Ha de ser utilitzat en dones que entenguin les instruccions d'ús i els efectes secundaris (vòmits, nàusees, marejos i somnolència), conscients i orientades

- Pot ser utilitzat en dones en absència de factors de risc que contraindiquin el seu ús
- Ha de ser utilitzat en presència de professionals competents acreditats i familiaritzats amb el seu maneig
- Ha de ser utilitzat en espais ben airejats
- Ha de ser emmagatzemat segons instruccions fabricant

Opioides

Si es tria aquests fàrmacs, es recomana informar que produeixen nàusees i vòmits i administrar antiemètics quan s'utilitzen opioides intravenosos o intramusculars.

En el cas que la dona informi de consum d'opiàcis o programa de manteniment amb metadona, cal evitar els antagonistes i agonistes opiàcis per risc d'abstinència (buprenorfina, naloxona, malbufina, butorfanol). Pot utilitzar-se morfina, meperidina o fentanil. En aquests casos és preferible oferir una analgèsia regional pel part.

Analgesia neuroaxial

Es recomana informar les dones que l'analgesia neuroaxial és el mètode més eficaç per a l'alleujament del dolor, però que pot produir retenció urinària i febre i allarga la segona etapa del part, incrementant-ne el risc de part instrumental (NICE, 2017). Només està disponible a les unitats obstètriques, ofereix un bon control del dolor, no s'associa a mal d'esquena a llarg termini, ni a un primer període del part més llarg ni amb un augment de la possibilitat de cesària. Implica un major control i monitoratge, un accés intravenós i una limitació de la mobilitat.

Es recomana qualsevol de les tècniques neuroaxials a dosis baixes: epidural o combinada i mantenir-la durant el període expulsiu, el deslliurament i la reparació del perineu si cal.

El moment més adequat per utilitzar l'analgoanestèsia és la percepció d'un dolor important, sempre que la dona estigui en el període actiu del part, factor que determina l'aplicació de les tècniques espinals. Aquesta percepció de la intensitat del dolor depèn de la capacitat de la dona per tolerar el nivell de disconfort que suposa, independentment del grau de dilatació present en aquells moments.

Es recomana realitzar 30 minuts de RCTG després d'iniciar l'anestèsia i després de l'administració de bolus de 10 ml o més (NICE, 2017).

No es recomana realitzar estudis de coagulació rutinari previs a l'analgesia neuroaxial en dones sanes de part.

1.4.5.2. *Complicacions de l'analgoanestèsia*

Les complicacions de l'anestèsia regional obstètrica, a part del fracàs de la tècnica en assolir una adequada analgesia, es concentren en les puncions de duramare i les neuropaties postpart de causa anestèsica (Duncan A, 2016).

La incidència de punció dural accidental durant la aplicació d'anestèsia epidural varia entre l'1 i el 5% i es relaciona inversament amb el nombre de procediments realitzats per any en un determinat hospital o la experiència de l'anestèsista (Gleeson CM, 1998).

Les neuropaties postpart de causa anestèsica són molt menys freqüents i normalment són transitòries, amb una incidència de 1/3900 (Ruppen W, 2006). Les lesions permanents són extraordinàriament infreqüents amb una incidència estimada entre 1/80.000 i 1/320.000 (Wong CA, 2003; Singh S, 2006). El traumatisme directe sobre el nervi

constitueix la principal causa. Els hematomes del canal vertebral i els abscessos epidurals són molt menys freqüents (1/168.000 i 1/145.000) però tenen major potencial de causar danys neurològics severos (Ruppen W, 2006).

Les infeccions constitueixen també una complicació extraordinàriament infreqüent de la anestèsia epidural, generalment relacionades amb una asèpsia inadequada.

1.5. Atenció en el segon període del part

El segon període del part és el temps que transcorre entre la dilatació cervical completa i el naixement del nadó. (OMS, 2018). Les recomanacions de l'OMS per aquesta etapa es troben a la **taula 11** i les pràctiques no recomanades a la **taula 12**.

Taula 11. Recomanacions per al segon període del part

- La dona ha de ser informada que la durada d'aquest període varia d'una dona a una altra. En primers parts, el naixement normalment es completa en un termini de 3 hores, mentre que en parts successius, es finalitza en 2 hores habitualment.
- La dona ha d'adoptar la postura que consideri més còmoda, tant si no porta anestèsia com si porta anestèsia epidural.
- Durant la fase expulsiva del segon període del part, la dona ha de tenir suport per seguir el seu propi impuls d'empenyer.

Taula 12. Pràctiques no recomanades en el segon període del part

- No es recomana la pràctica d'una episiotomia de rutina en dones que tinguin un part vaginal espontani
- La maniobra de Kristeller està contraindicada (AQUAS, 2013; OMS, 2018)

1.5.1. Exploració sistemàtica del fetus

No es recomana la cardiotocografia contínua per avaluar el benestar del fetus en dones embarassades de risc baix amb treball de part espontani (OMS, 2018). En dones de risc mitjà, alt o molt alt, amb anestèsia epidural o a les que s'ha administrat oxitocina, es recomana utilitzar un RCTG continu durant el treball de part.

L'OMS recomana l'auscultació intermitent amb estetoscopi de Pinard, en gestacions sense risc o de baix risc amb treball de part espontani (OMS, 2018).

1.5.2. Exploració sistemàtica de la dona

1.5.2.1. Exploracions generals

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

També és necessari valorar especialment en aquest període l'estat emocional, la hidratació i la comoditat de la mare.

1.5.2.2. Control de la dinàmica uterina

Es pot realitzar mitjançant mètodes clínics i per tocografia.

- **Mitjançant mètodes clínics**

Es basen en la palpació abdominal. Es considera normal quan s'observa una progressió adequada del període expulsiu.

- **Mitjançant tocografia**

La tocografia és un mètode més objectiu de valoració de la dinàmica uterina. En els casos de progressió adequada del part, és suficient la utilització de tocografia externa, per valorar la freqüència de les contraccions. La tocografia interna es recomana en cas de progressió inadequada, risc de ruptura uterina, especialment en dones amb cesària anterior, entre d'altres.

1.5.2.3. Esponderaments

L'origen és un reflex desencadenat per la compressió que exerceix el cap fetal sobre el sòl de la pelvis. No s'ha d'intervenir per dirigir-los. a no ser que hi hagi anestèsia peridural, la qual pot anul·lar aquest reflex (AQUAS, 2013). Es prioritzaran els esponderaments (pujos) espontanis, en el cas que la dona porti l'anestèsia peridural i anuli aquest reflex, els esponderaments es poden fer dirigits.

Els esponderaments dirigits s'han d'evitar en els casos següents:

- Quan la dilatació no és completa
- Fora de les contraccions
- Quan se sospiti una situació de risc de pèrdua de benestar fetal
- Quan aquests esforços suposin algun risc afegit per la dona (cardiopatia, miopatia severa, etc.)

L'OMS recomana a les dones amb anestèsia epidural, esperar entre una i dues hores des de la dilatació completa abans d'iniciar els esponderaments o fins que senti la necessitat d'empènyer, controlant en aquest cas, sempre el benestar fetal (OMS, 2018).

1.5.2.4. *Control de la progressió*

Es realitzarà mitjançant l'observació de la dona (espoderaments espontanis en cada contracció) i en parts amb anestèsia epidural, es pot oferir una exploració vaginal. En la primera exploració es confirmarà que la dilatació cervical és completa i que la capacitat i configuració pèlvica són suficients. Així mateix, es determinarà la posició fetal i el pla de la presentació. En els casos que el sac amniòtic estigui íntegre, l'OMS no recomana cap mesura per accelerar la dilatació, ni la realització només d'una amniotomia. Si el sac amniòtic està trencat, s'ha de valorar el color del líquid amniòtic (OMS, 2018).

1.5.2.5. *Prevenió del trauma perineal*

Es recomana utilitzar tècniques per prevenir el trauma perineal i facilitar el naixement espontani amb una conducta de protecció activa del perinè com l'ús de compreses calentes (OMS, 2018)

Es recomana la tècnica de deflexió controlada del cap fetal, demanant a la dona que no empenyi (AQUAS, 2013).

1.5.2.6. *L'episiotomia*

L'episiotomia és una ampliació quirúrgica de l'orifici vaginal mitjançant una incisió al perineu, que es realitza quan la presentació fetal abomba el perineu. Com ja hem comentat a la taula 12, no s'ha de realitzar de rutina en el part espontani, només s'ha de practicar si hi ha necessitat clínica.

Abans de dur-la a terme, s'haurà de realitzar una analgèsia eficaç, excepte en el cas d'una emergència deguda a un compromís fetal agut.

- Les indicacions de l'episiotomia (AQUAS, 2013) són:
 - Risc de pèrdua del benestar fetal
 - Valoració en cas de part instrumentat
 - Patologia anorectal associada, per prevenir el risc esquinçament

La tècnica recomanada és la mediolateral, que es comença en la comissura posterior dels llavis menors i es dirigeix habitualment cap al costat dret. L'angle respecte de l'eix vertical haurà d'estar entre 45 i 60°.

Respecte al mètode de sutura en la reparació perineal, es recomana realitzar la sutura dels esquinçaments de primer grau amb l'objectiu de millorar-ne la guarició, llevat que les vores de la pell es trobin ben aproximades (AQUAS, 2013).

També es recomana la reparació dels esquinçaments de segon grau, utilitzant la tècnica de sutura contínua. Si després de la sutura, la pell està ben aproximada, no cal suturar-la. Si la pell requereix aproximació, es recomana realitzar-la amb la tècnica intradèrmica contínua (AQUAS, 2013).

El material de sutura que es recomana és el material sintètic d'absorció ràpida per a la sutura de la ferida perineal de primer i segon grau. (AQUAS, 2013).

1.5.2.7. Part precipitat

Concepte

Durada total inferior a 3 hores. Progressió de la dilatació cervical superior a 3 cm/hora en primíparas i 10 cm/hora en múltiples.

Conducta

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

Un part precipitat pot deixar la dona en xoc. Les contraccions i les sensacions corporals poden ser molt intenses. Cal que la dona estigui acompanyada de professionals que transmetin calma i seguretat.

1.6. Atenció al tercer període del part

El tercer període del part, correspon al despreniment i a la sortida posterior de la placenta i de les membranes ovulars. Aquest és un moment molt especial per als progenitors, ja que és quan estan iniciant el contacte amb el nadó, però també és el període que pot tenir més complicacions per a la dona.

La durada de la tercera etapa del part es considera perllongada si no es completa en els 30 minuts posteriors al naixement del nadó amb maneig actiu del deslliurament i 60 minuts amb el deslliurament espontani (AQUAS, 2013).

1.6.1. Pinçament i secció del cordó umbilical

El pinçament precoç del cordó umbilical (pinçar i tallar el cordó just després del naixement) és una pràctica que es va fer extensiva a principis del segle XX de manera rutinària sense cap base científica. Les guies de pràctica clínica actual recomanen retardar el moment del pinçament amb l'objectiu principal de permetre la transfusió placentària.

La transfusió placentària és el flux net de sang de la placenta al recent nascut un cop s'ha produït el part. Els estudis mostren que el pinçament tardà de cordó redueix el volum de sang residual placentari del 30% al 20% a partir del minut de vida i al 13% als 3-5 minuts (Katheria, 2017). D'aquesta manera la sang que resta a la placenta es transfon al noutat millorant els nivells d'hemoglobina i els dipòsits de ferro (McDonald SJ, 2013; Perlman JM, 2015; Wyckoff MH, 2015; Wyllie J, 2015; Zeballos G et al 2017).

Les guies de reanimació neonatal, l'AQUAS i l'OMS recomanen retardar el pinçament del cordó umbilical a partir del minut després de néixer en noutats a terme que no requereixin reanimació (entre 1 i 3 minuts) (Guies RCP neonatal, 2010 i 2015; AQUAS, 2013; OMS, 2018).

El temps de pinçament tardà pot variar en funció del que s'hagi previst en el Pla de naixement i ha de quedar registrat a la HC. Si el pla de naixement contempla la possibilitat de deixar-lo bategar més temps, s'ha de respectar.

En cas de nadons prematurs, retardar el pinçament del cordó umbilical a partir dels 30 segons, els estudis mostren menys necessitat de transfusió, menys hemorràgia intraventricular, millor estabilitat circulatoria i menys risc d'enterocolitis necrosant (Rabe H, 2012; Cochrane, 2019). En casos de nadons prematurs, les guies de reanimació neonatal 2010 i 2015 recomanen el pinçament tardà del cordó a partir dels 30 segons de vida (entre 30 segons i 1 minut), si no requereixen reanimació.

Estudis recents apunten que el pinçament tardà augmenta els nivells de mielina al cervell que contribueix al desenvolupament funcional de la vida temprana (Mercer JS, 2018), tot i què és un tema que encara està en discussió.

Es determinarà amb la sang restant del cordó, el grup sanguini ABO/Rh i test de Coombs directe en les mares Rh (D) negatiu i és recomanable en les mares amb grup sanguini O (veure punt 2.3 del capítol III).

L'estudi de l'equilibri àcid-bàsic de sang de cordó és recomanable en casos de risc de pèrdua de benestar fetal i en casos de necessitat de reanimació al néixer. Representa una medicació objectiva de la condició fetal al moment de néixer.

La informació sobre la possibilitat de donació de sang de cordó ha d'haver estat realitzada durant l'embaràs i anotada en el pla de naixement. La donació de sang de cordó no impedeix el pinçament tardà al minut de vida.

1.6.2. Prevenció de l'hemorràgia postpart (HPP)

Durant les dues primeres hores després del part és quan es produeixen més freqüentment les hemorràgies greus, per la qual cosa cal controlar el to uterí de manera rutinària i freqüent per tal de prevenir i diagnosticar precoçment l'HPP i procedir si és necessari a la prescripció de medicaments uterotònics (oxitocina 10 UI via IV/IM) durant la tercera etapa del part en tots els parts (AQUAS, 2013; OMS, 2018) i mantenir el control durant les primeres 24 hores.

De manera alternativa, en els casos que no es disposés d'oxitocina, la profilaxi es farà amb metilergometrina intramuscular (IM) o misoprostol VO (600 micrograms).

En les dones que han rebut oxitocina de manera profilàctica, no es recomana la realització de massatge uterí per prevenir l'aparició d'HPP (OMS, 2018).

L'OMS recomana el deslliurament dirigit com a mesura preventiva de l'HPP i assenyalava els no beneficis del massatge uterí sostingut (OMS, 2018).

Les complicacions hemorràgiques poden ser molt greus i per tant cal prevenir-les. Poden ser causades per:

- Retenció de fragments de placenta
- Traumatismes del canal del part
- Atonia uterina
- Problemes causats per certs anestèsics (halogenats) i altres medicaments uterorelaxants
- Hemorràgia per problemes de coagulació
- Ruptura uterina
- Inversió uterina

La dona haurà d'estar informada dels beneficis d'un maneig actiu del deslliurament en aquest període, ja que en redueix la durada i disminueix el risc d'HPP i la necessitat d'oxitocina terapèutica (AQUAS, 2013).

La tracció controlada del cordó està recomanada en parts vaginals, si l'equip de professionals que atenen el part, determinen que és important una disminució petita de les pèrdues de sang, així com de la durada de la tercera etapa del part (OMS, 2018).

1.6.3. Assistència en el deslliurament

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

La GPC sobre l'Atenció al Part Normal del SNS (AQUAS, 2013), recomana el maneig actiu del deslliurament i només el deslliurament espontani o fisiològic és una opció si la dona el sol·licita.

1.6.4. Revisió de la placenta i de les membranes

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

Si després de la revisió es tenen dubtes sobre la integritat de la placenta, s'informarà la dona i se li oferirà una revisió manual de la cavitat uterina, sempre sota anestèsia i en condicions d'asèpsia i profilaxi antibiòtica i en un entorn hospitalari.

En alguns casos serà necessari enviar la placenta per realitzar cultius o estudis d'anatomia patològica.

1.6.4.1. Entrega de la placenta

Tot i que la placenta es considera un residu sanitari segons la normativa de gestió de residus sanitaris del Departament de Salut (Decrets 27/1999 i 104/2002), els canvis produïts a la societat actual, en la què algunes dones volen emportar-se-la a casa, fan necessari revisar la situació aplicable, establint en quins casos podria suposar un risc per la salut pública.

La placenta és un material biològic contaminat per bacteris d'origen fecal i vaginal, ric en metalls pesants i estrògens, (Bosco CB, 2018).

L'informe del Comitè de Bioètica de Catalunya (CBC, 2019) indica textualment que no veu cap inconvenient per accedir a la demanda de la mare que vol quedar-se amb la seva placenta (malgrat s'hagi considerat i tractat anteriorment com a residu sanitari) i aconsella una regulació mínima d'aquesta nova situació. En cas que s'entregui la placenta, es recomana que es registri a la HC i se signi per part de la dona i de cada professional sanitari un document d'entrega que ha d'incloure les següents dades:

- Nom i cognoms de la persona sol·licitant
- Compromís de la custòdia i maneig per part de la persona sol·licitant
- Confirmació de negativitat de les malalties infeccioses cribrades o diagnosticades durant la gestació i el part (en cas de resultat positiu, estaria contraindicada la seva entrega)
- Declaració de que s'ha informat a la persona sol·licitant sobre l'absència d'efectes terapèutics coneguts de la placenta
- Declaració d'absència de contraindicacions a l'entrega de la placenta.

Aquest protocol, d'acord amb el Programa de Gestió de Residus Sanitaris del DS, conclou que es pot admetre l'entrega en els centres sanitaris, de la placenta a les mares que prèviament ho hagin sol·licitat, sempre i quan es faci en òptimes condicions higienicosanitàries, no existeixen contraindicacions resultants de l'estudi analític de la dona gestant durant l'embaràs i el part, tinguin el coneixement de l'absència d'efectes terapèutics coneguts i assumeixin la responsabilitat de la custòdia i maneig de la placenta.

1.6.5. Revisió del canal del part i cirurgia reparadora

És convenient comentar amb la dona i oferir-li la comprovació de la integritat dels esfínters anals i la mucosa rectal en una revisió del canal del part. En el cas que sigui necessari un taponament vaginal s'oferirà un sondatge vesical fins a l'extracció del mateix per evitar el glòbul vesical.

2

Distòcies del part

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

1. Disfunció uterina: distòcia de descens
2. Anomalies del canal ossi del part
3. Anomalies del canal tou del part
4. Anomalies secundàries a la situació, presentació, posició o desenvolupament fetal

Una de les causes més freqüents de distòcies d'origen fetal és l'alteració de la posició fetal. Per afavorir la rotació espontània del cap del fetus durant el part, s'ha demostrat efectiva la posició Sims, que és una variació de la posició lateral (Bueno-López V, 2018).

2.1. Presentació de natges

Quan es realitza aquest diagnòstic durant el tercer període de la gestació, s'ha d'oferir la realització d'una versió externa, sempre i quan en el centre existeixin professionals amb experiència en aquest tipus de part i les condicions necessàries per practicar-la (FIGO, 1994). Si no es donen aquestes condicions, es pot oferir un trasllat als centres amb possibilitat d'atenció continuada al part de natges, sense oblidar que s'ha de potenciar la formació de professionals en aquest tipus de part, per tal de garantir l'equitat en l'accés.

2.2. Part vaginal instrumentat

Els instruments (fòrceps, ventosa o espàtules) ajuden al naixement de la criatura en aquells casos en els que el nadó presenta una distòcia de rotació o distòcia de descens, o en els que cal abreujar el naixement per causa fetal o materna.

El fòrceps s'utilitza per l'extracció fetal quan hi ha una sospita de pèrdua del benestar fetal o una distòcia del part o una situació materna que aconsella la finalització del part immediatament. Cal tenir en compte, però que augmenta el risc de desenvolupar prolapse genital (Volloyhaug I, 2015; Handa VL, 2012), així com un risc més gran de lesions hemorràgiques cerebrals, especialment en dones de talla baixa i/o fetus grans (Ekeus C, 2014; Ahlberg M, 2016).

El part instrumentat també augmenta el risc de laceració de l'esfínter anal, cosa que augmenta el risc d'incontinència fecal. Encara no hi ha prou evidència per relacionar l'ús del fòrceps i la incontinència urinària.

Si s'ha pogut associar a una lesió del múscul elevador (Krofta L, 2009) i s'ha associat a la neuropatia del pudent (Snooks SJ, 1986).

L'ús de ventosa no té el mateix impacte sobre el risc de prolapse (Volloyhaug I, 2015). En aquest estudi de gairebé 450 dones, el subministrament de buit no estava associat a la incontinència urinària o fecal ni al prolapse d'òrgans pèlvics. A més, un estudi d'enquestes a més de 5000 dones va informar que no hi ha augment en el risc de prolapse 20 anys després de la utilització de ventosa en el part.

Hi ha estudis que demostren que la ventosa té menys impacte que el fòrceps en l'afectació del sol pelvià (Volloyhaug I, 2015).

2.2.1. Indicacions

- Sospita de pèrdua del benestar fetal
- Període expulsiu prolongat amb dinàmica uterina correcta
- Distòcia de rotació
- Necessitat de disminuir els esforços del període expulsiu en determinades situacions mèdiques de la dona (cardiopaties, algunes patologies oftàlmiques (totes aquelles que presentin un risc de desprendiment de retina) o cerebrovasculars, malalties neuromusculars, esgotament o sedació excessiva).

2.3. Part per cesària

La cesària és una intervenció quirúrgica major que té més risc per a la salut de la dona que el part vaginal i per tant s'ha de practicar quan està indicada. Un estudi publicat per Declerq que relacionava el dolor postpart entre les dones que havien tingut un part vaginal o una cesària, conclou que les que han tingut un part per cesària reporten que el dolor postpart persisteix durant més temps que les que han tingut un part vaginal (Declerq E, 2008).

Hi ha tres tipus de cesària:

1. **Cesària electiva:** La que es realitza en dones amb algunes patologies pròpies o del fetus, que contraindiquin o desaconsellin un part per via vaginal. És una intervenció programada.
2. **Cesària en curs de part:** Es realitza per diferents problemes sorgits durant el procés de part vaginal, generalment per distòcia.
3. **Cesària urgent:** Com a conseqüència d'una patologia aguda greu de la dona o del fetus, amb risc vital maternofetal.

2.3.1. Indicacions de la cesària electiva

- Alteracions de la presentació
- Macrosomia fetal: pes fetal estimat ≥ 5000 g (en pacients diabètiques tipus 1, el pes fetal estimat ≥ 4500 g)
- Placenta prèvia
- Algunes infeccions maternes com l'herpes genital actiu, condilomatosi obstructiva i infecció per VIH amb càrrega viral superior a 1000 còpies
- Cesària iterativa
- Cesària prèvia amb incisió uterina corporal vertical o clàssica o histerotomia transversa ampliada en T
- Compromís fetal que dificulti el registre de la FCF del part (malformacions fetals, alteracions doppler, arrítmies fetals...)
- Patologia mèdica de la dona que desaconselli el part vaginal (cardiopatia o d'altres)
- Patologia mental de la dona que desaconselli el part vaginal prèvia valoració per salut mental perinatal (tocofòbia no tractada...)
- En alguns casos de prematuritat, retard del creixement intrauterí (RCIU) i gestacions múltiples.

Si la dona rebutja la cesària electiva, després de les explicacions sobre els riscos, s'haurà de registrar a la HC la seva decisió.

2.3.2. Indicacions de la cesària en curs de part o de recurs

- Fracàs de la inducció
- Part estacionat
- Desproporció pelvifetal
- Cesàries electives que inicien el treball de part de manera espontània
- Malposicions detectades durant el treball de part.

Haurà de registrar-se a la HC i la dona haurà de signar el consentiment, després d'haver estat informada.

2.3.3. Indicacions de la cesària urgent

- Sospita/pèrdua de benestar fetal
- Despreniment prematur de la placenta implantada normalment (DPPNI)
- Prolapse de cordó
- Ruptura uterina
- Embòlia de líquid amniòtic
- Placenta prèvia sagnant

2.3.4. Cesària prèvia

Algunes de les recomanacions que s'han de fer a dones que han tingut un part previ per cesària, segons l'Institut per a l'Excel·lència Clínica del Regne Unit (NICE, 2019) són:

1. Tenir en compte les preferències i prioritats de la dona
2. Informar sobre els riscos i beneficis de repetir una cesària
3. De rutina, no s'oferirà una via intravenosa, ni una amniotomia
4. Un part vaginal s'associa a un menor risc de ruptura uterina
5. Una cesària d'urgència pot suposar una major probabilitat de sagnat important que necessiti una transfusió; d'infecció uterina, d'estada hospitalària més llarga i de complicacions en una futura gestació
6. Els nadons tenen resultats perinatal pràcticament iguals si neixen per part vaginal o si ho fan mitjançant una cesària
7. Tenen menys probabilitats de complicacions associades al part si també han tingut un part vaginal previ
8. L'ús d'oxitocina per prevenir el retard de la dilatació, incrementa la probabilitat de ruptura uterina, tot i què redueix la probabilitat d'una altra cesària i incrementa el risc de tenir un part instrumentat
9. Si s'ha de fer un cardiotocografia durant el part, s'han de seguir les guies de recomanacions específiques
10. S'ha d'informar de tots els mètodes d'alleujament del dolor, inclosa la immersió en aigua i que l'analgèsia està associada a una reducció de la probabilitat d'una nova cesària i a un increment d'un part instrumentat
11. S'han de seguir les recomanacions específiques respecte a la ingesta d'aliments i líquids i la posició durant el part i el naixement

2.3.5. Mesures per prevenir les cesàries innecessàries

Diferents publicacions han portat evidència per determinar quantes cesàries són necessàries (Hall MH, 1997; Freeman RK, 2000; Hannah ME, 2000). L'Informe de l'OMS (OMS, 2018), específic sobre el part per cesària, conclou que s'haurien d'establir mesures per tal de disminuir les cesàries innecessàries, ja que taxes de cesàries superiors al 10% no estan associades a una reducció de les taxes de mortalitat materna i neonatal.

A Catalunya durant l'any 2018 el percentatge de cesàries sobre el total de parts va ser del 27,8%, segons dades de la l'IDESCAT (Institut d'Estadística de Catalunya).

La **taula 13** mostra les recomanacions per disminuir aquest percentatge i que es poden aplicar a Catalunya.

Taula 13. Mesures per disminuir les cesàries innecessàries (NICE, 2019)

- Assessorament a les dones gestants en tècniques de relaxació, especialment per aquelles que tenen por al procés de part.
- Sol·licitud de forma obligatòria d'una segona opinió d'un obstetre/a més expert que el que està atenent el part i creu que ha d'indicar una cesària, **en aquells centres on sigui possible.**
- Establiment de sistemes d'incentius per aconseguir aquesta disminució.

Durant l'any 2015 l'OMS va proposar la introducció d'un sistema de classificació de Robson com a estàndard per avaluar i comparar les taxes de cesària i fer un seguiment als hospitals al llarg del temps i entre ells. El sistema classifica en deu categories simultàniament excloents, basades en cinc característiques obstètriques bàsiques com la paritat, l'inici del treball de part, l'edat gestacional, la presentació fetal i el nombre de fetus.

A Catalunya, cal establir aquest indicador hospitalari ajustat per nivell de risc de l'embaràs (OMS, 2018), ja que en aquest moment és difícil calcular aquest indicador, al no registrar-se de manera sistemàtica algunes de les variables necessàries com la presentació i l'inici del part. Aquest protocol proposa la inclusió d'aquestes variables en el registre de parts, per tal de poder fer un càlcul i un seguiment adequat, recollint el seu valor, juntament amb altres dades epidemiològiques que s'emplenen a la fitxa del Programa de Cribratge Neonatal (PCN) (Departament de Salut).

Cal tenir en compte les contraindicacions següents:

Contraindicacions per al part vaginal en dones gestants amb cesària prèvia

- Antecedents de ruptura uterina prèvia
- Antecedents de cesària no segmentària
- Cirurgia uterina prèvia (miomectomia amb entrada a cavitat endometrial)
- 3 o més cesàries prèvies
- Altra contraindicació per al part vaginal (placenta prèvia, presentació no cefàlica, etc.)

Contraindicacions relatives

- 2 cesàries prèvies (el risc de ruptura és del 2%)
- Període entre cesària i part inferior a 18 mesos.

L'intent de part vaginal presenta una elevada taxa d'èxit, sempre que s'hagi realitzat una selecció clínica correcta. En tots els casos, la valoració ha de ser individual i hi ha d'haver un CI de la dona.

3

El partograma i el llibre de parts

El partograma

L'evolució del part quedarà reflectida en el partograma que permet la representació gràfica de l'evolució, durant el curs del part, de la FCF dinàmica uterina, descens i posició de la presentació, dilatació i condicions de la cèrvix uterina, constants maternes, controls fetals (pH, etc.), administració d'analgèsics i medicaments, incidències i anotacions diverses.

El partograma s'inicia en el moment de l'entrada de la dona a la sala de dilatació i finalitza en el moment del part. Permet identificar de forma ràpida les desviacions de la normalitat, i fer un seguiment del treball de part. És un mètode que permet la comunicació entre professionals, té un baix impacte econòmic i és fàcil d'aplicar.

El RCTG constitueix un element que moltes vegades s'afegeix a la documentació de l'evolució del part; que complementa el partograma però no el substitueix. Qualsevol esdeveniment intrapart que pugui afectar a la FCF s'ha de fer constar.

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

El llibre de parts

Tot i que s'emplenin correctament els fulls de la HC, en format paper o electrònic, és molt convenient, atesa la transcendència legal del procés del part, disposar d'un registre de parts electrònic, equivalent a l'antic llibre de parts (ubicat a la mateixa sala de parts), on s'anotaran les dades mínimes següents:

- Número d'ordre correlatiu per a cada part
- Cognoms i nom de la dona
- Número d'història clínica o, si no n'hi ha, DNI o passaport de la dona
- Edat de la dona
- Setmanes de gestació
- Fórmula obstètrica
- Cicatriu uterina o cesària prèvia, indicant la causa.
- Inici del treball de part (espontani, induït o cesària electiva, indicant la causa)
- Tipus de part: eutòcic, instrumentat, cesària o natges.
- Presentació fetal: cefàlica, podàlica, transversa (de cada nadó en les gestacions múltiples)
- Data i hora del part (de cada nadó en les gestacions múltiples)
- Pes del nadó (de cada nadó en les gestacions múltiples)
- Sexe del nadó (de cada nadó en les gestacions múltiples)
- Apgar* al 1r i 5è minut de vida (de cada nadó en les gestacions múltiples)
- Cognoms del nadó
- Destí del nadó (de cada nadó en les gestacions múltiples)
- Destí de la mare
- Registre de mortalitat perinatal (abans del part, intrapart i postpart)
- Registre de mortalitat materna (abans del part, intrapart i puerperi)
- Nom del/de la professional sanitari/ària que assisteix el part

4

Informació a la dona i a les persones del seu entorn més immediat

El part és un procés individual i una vivència molt important a la vida de cada dona i cada parella, que tenen uns valors, una informació, unes preocupacions i unes preferències individuals que varien en funció de l'edat, cultura, professió, etc. Per tant, cada part és un esdeveniment diferent, irrepetible i únic, amb un significat de gran importància per als progenitors i per al nadó. Davant del naixement d'un nadó, cada professional que desenvolupa les seves activitats entorn d'aquest esdeveniment haurà de tenir especial atenció en les accions encaminades a cuidar aquesta nova família.

Cada professional atindrà la dona i la seva parella respectant al màxim, les seves característiques i preferències. S'ha de tenir present que el part, en principi, és un procés fisiològic, caracteritzat per un gran impacte emocional

* La prova d'Apgar examina l'esforç respiratori, la freqüència cardíaca, el to muscular, els reflexos i el color de pell atorgant una puntuació a cada variable.

en la parella. Quan el part es presenta sense complicacions, l'important és que la dona i la parella visquin aquest esdeveniment com quelcom positiu i natural.

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

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

- Màxima llibertat de moviment possible: no connectar la dona innecessàriament a sèrums o RCTG llargs.
- Màxim respecte a l'analgèsia que la dona manifesti que vol i/o necessiti. Un bon ambient psicoafectiu es crea quan es respecta la intimitat de la dona i ella se sent protagonista del part. S'ha de tenir cura en afavorir un ambient acollidor amb llum tènue, minimitzar sorolls, etc.
- S'ha de garantir que la dilatació es farà en un espai íntim, no compartit amb altres dones. L'habitació s'ha de considerar com un espai personal i privat i s'ha d'adaptar l'ambient a les seves necessitats individuals.

Per a l'atenció al part normal, s'ha de disposar d'una sala de dilatació-part en un únic espai.

La dona que està relaxada i se sent optimista en el treball de part és més capaç de tolerar el possible malestar de les contraccions. La seva col·laboració és bàsica per afavorir la progressió del part i, de la mateixa manera, la participació i presència d'una persona de la seva elecció, la calidesa en l'atenció, l'empatia, el suport continuat i el respecte a les seves necessitats individuals (llum, temperatura, música, objectes, mobilitat, ingestió de líquids, elecció dels mètodes en l'alleujament del dolor, etc.)

La dona podrà ser acompanyada per la seva parella o una altra persona de confiança en tot el procés de part. Cal tenir en compte la llei d'autonomia del pacient (Llei 41/2002).

L'equip sanitari que l'atengui donarà suport a la dona gestant en tot el procés, tant a nivell emocional com informant-la en tot moment perquè pugui prendre les decisions que cregui oportunes i sempre tenint en compte les voluntats expressades en el pla de naixement.

La relació entre la dona i l'equip de professionals que l'acompanya té una forta influència sobre la seva experiència i satisfacció en el part. Les dones volen informació i ajuda, per ser participants i sentir-se segures.

La presència d'estudiants en pràctiques ha de ser informada en tot moment, la dona ha de donar el seu consentiment i s'ha de registrar a la HC. La **taula 14** presenta un resum de la informació més rellevant a comunicar.

4.1. El paper de l'acompanyant durant el treball del part

Reivindicar la funció de l'altre progenitor, si n'hi ha, implica un nou concepte de paternitat-maternitat. En la vivència compartida del moment del part s'inicia una corresponsabilització i una implicació de l'altre membre de la parella que permet la continuïtat en la corresponsabilització i una major comprensió d'aquest moment vital.

Taula 14. Informació que s'ha de donar a la dona i als seus acompanyants

- Es facilitarà adoptar la posició més fisiològica possible, que sigui còmoda per a la dona i que ella hagi triat. S'expli- caran a la dona els avantatges i desavantatges de les diferents posicions. En qualsevol posició que adopti la dona durant el part, es tindrà cura de preservar la seva intimitat.
- S'ha d'informar adequadament la dona embarassada que, en cas de necessitat i segons el protocol clínic, en qual- sevol moment, si es presenta alguna desviació de la normalitat, l'obstetre/a podrà, després d'informar la dona i els seus acompanyants de manera entenedora i obtenir el seu consentiment, aplicar el tractament que consideri ne- cessari per a la dona i el nadó, com per exemple la cesària. Presentarà l'equip de professionals que hi intervindrà. També se li explicaran de manera senzilla tots els procediments que se seguiran, amb el seu consentiment, i s'ha d'assegurar de rebre les impressions de l'acompanyant.
- La dona ha de rebre informació de totes les exploracions que se li faran, sobre l'evolució de la dilatació i pronòstic i sobre l'amniotomia, en el cas que estigui indicada: utilitat i descripció de la tècnica.
- També ha de rebre informació sobre el benestar fetal (freqüència cardíaca, valors dintre de la normalitat).
- La dona té dret a triar de manera informada i amb llibertat els mètodes d'alleujament del dolor (farmacològics i no farmacològics). Així mateix, l'equip de professionals ha de facilitar les mesures de confort oportunes respectant les preferències de la dona.
- S'ha d'informar, durant les primeres hores després del naixement del nadó, la dona i la seva parella sobre els pro- cediments rutinaris que estan previstos per al nadó, en presència dels acompanyants. Si per circumstàncies espe- cials del nadó no és possible, l'equip de neonatologia informará del seu estat i del procés d'ingrés a la unitat de neonatologia, si fos necessari.
- S'ha de explicar a la dona el procés de suport a la transició i reanimació del nadó.
- S'informarà la dona i els seus acompanyants sobre les normes del centre pel que fa a l'estada del nadó, d'acord amb les normes de seguretat del pacient. També se l'ha de mantenir informada de les cures, controls, etc., que es van fent al nadó.
- L'equip de professionals sanitaris informará la dona sobre l'alletament matern i com iniciar-lo si la dona ho desitja. Se l'ha d'informar del suport pel que fa als dubtes que se li puguin presentar sobre l'alletament natural.
- Durant l'hospitalització, la dona rebrà la informació sobre cures i controls puerperals necessaris, cura del melic del nadó i, després de l'alta, els controls que se li aniran realitzant. També se l'informarà sobre la recuperació del seu cos, autocura, canvis emocionals en el postpart, anticoncepció, etc.

És important la presència d'una persona de l'entorn proper, al costat de la dona, fent-li companyia.

L'acompanyant, al costat de la dona, pot participar en el treball del part (carícies, massatges, pressions a l'esque- na, etc). L'equip de professionals que atenen la dona ha de motivar la persona que acompanya la gestant a que tingui un paper actiu en el naixement, proporcionant-li informació clara i precisa sobre les pautes d'actuació més adequades, aclarint els dubtes que pugui tenir.

4.2. El paper de l'equip obstètric durant el part

Una bona atenció al part és aquella que incorpora els protocols que han demostrat evidència, és respectuosa amb les creences de la dona i el seu entorn i, per tant, promociona que el naixement del nadó sigui una experiència positiva (OMS, 2018).

4.2.1. Proporcionar mesures de confort

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

- Les portes han d'estar sempre tancades i poden estar obertes si la dona ho desitja, només s'ha de permetre entrar a la sala on hi ha l'acompanyant a l'equip de professionals que n'estigui al càrrec, s'ha de tenir molta cura de no provocar estrès a la dona amb sorolls o llums innecessaris, punçons repetides, etc.
- Evitar l'exposició innecessària del cos de la dona cobrint-la adequadament perquè se senti còmoda, i també perquè mantingui una temperatura acollidora.
- Valorar el nivell d'ansietat de la dona a través de l'observació del seu aspecte general, expressió facial i llenguatge corporal. En el cas que es consideri necessari, les mesures de relaxació poden incloure tant compres fredes al front, dutxa o bany calents, com recordar o ensenyar els ritmes respiratoris amb espiracions lentes (aquestes faciliten la relaxació muscular) o guiar-la en exercicis de relaxació.
- Per facilitar el confort de la dona i el descens del fetus pel canal del part és aconsellable la mobilitat i la deambulació, facilitant l'adopció de posicions verticals (animar-la a caminar sempre que no hi hagi contraindicacions) utilitzant el monitoratge intermitent, sempre que no hi hagi signes de patologia, o bé el monitoratge a distància, sempre que sigui possible.
- S'ha de facilitar la hidratació i oferir-li aigua i sucs.
- Donar-li suport verbal mitjançant informació veraç, realista i positiva sobre la seva situació i sobre el benestar fetal, així com sobre l'evolució del part. És convenient donar instruccions curtes, amb seguretat i clares, amb un to de veu adient (no cridar, etc.), quan la dona està angoixada. Els comentaris negatius són perjudicials i solen persistir després entre els records del part en la memòria de la dona. El suport no verbal inclou el contacte físic (carícies, massatges, pressions a l'espatlla, etc.)
- S'ha d'anar avaluant la resposta de la dona en el treball del part, així com la seva habilitat per utilitzar les tècniques de relaxació i de respiració.
- També és important avaluar la seva capacitat de resposta a les mesures de benestar que li ofereixen l'equip de professionals o l'acompanyant amb un control apropiat dels signes específics, valorant el nivell d'energia de la dona, d'ansietat i temor, i de resposta al dolor, i preparar-se per oferir suport i analgèsia quan sigui necessari.

Capítol III

Atenció en el puerperi i al nadó

El puerperi és el període de temps que va des del final del part fins que es restableix l'estat fisiològic anterior a la gestació, generalment uns 40 dies. Durant aquest període s'instaura l'alletament matern, reapareix l'ovulació i la menstruació i, s'assoleix l'adaptació al nou rol maternal. L'objectiu durant aquest període és assolir el benestar físic, psicològic, emocional i social de la dona, l'infant i la parella (ICS, 2002; MS, 2014).

Des d'un punt de vista clínic es pot distingir entre:

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

Tanmateix, aquests períodes constitueixen un únic procés fisiològic que poden transcórrer en llocs diferents.

S'ha de garantir la continuïtat de les cures de la mare i del nadó d'un part normal almenys 24 hores després del naixement.

Anomenem nadó a tot ésser humà fins els 28 dies de vida. Aquest període és un moment de molts canvis, una sèrie d'adaptacions fisiològiques relacionades amb el procés de transició del medi intrauterí a l'extrauterí, s'instaura l'alletament, i s'ha de reforçar i mantenir la creació del vincle afectiu. És important durant les primeres hores de vida, i tota l'estada hospitalària, donar suport a aquest procés de transició evitant la separació del binomi mare-criatura. Un cop a casa, s'ha de facilitar l'accés a l'equip de professionals i a les xarxes de suport entre iguals.

1

Mesures preventives per la dona en el puerperi immediat

Aquest apartat recull les pautes i els controls més importants adreçades a la dona i que s'han de tenir en compte en l'atenció al puerperi immediat, que comprèn les dues primeres hores postpart.

Si bé el puerperi és un procés fisiològic de la dona en el postpart, aquestes dues hores són les de major incidència d'aparició de complicacions, sobretot les hemorràgiques, per tant s'han d'extremar les mesures per prevenir l'aparició de complicacions.

Davant d'un part eutòcic no complicat, tant la dona com el nadó han de rebre atenció sanitària les primeres 24 h després del naixement (OMS, 2018).

Les complicacions puerperals de la dona més freqüents són:

- Processos hemorràgics
- Infeccions puerperals
- Processos tromboembòlics
- Processos hipertensius
- Alteracions de l'estat emocional

Hi ha una sèrie de punts que s'han de valorar de manera rutinària a partir de la primera hora després del part i les 24 hores següents (OMS, 2018).

1.1. Valoració de l'estat general

Cada professional de llevadoria realitzarà una primera avaluació de l'estat general de la dona, valorant tant els aspectes físics com els psicosocials, anotant-los a la HC.

S'observarà l'estat de consciència, coloració de pell i mucoses, presència de dolor pleurític i/o dispneic i, un seguit de controls que es comentaran a continuació i es registraran a la HC.

Així mateix, s'haurà d'inspeccionar les extremitats inferiors per vigilar l'aparició d'edemes i/ o signes d'infecció. Mare i nadó hauran de romandre 24 hores junts, sempre que sigui possible, i s'intentarà que el control de la dona no interfereixi en el pell amb pell, posposant totes aquelles cures i controls que no siguin urgents.

És recomanable l'acompanyament de la dona per la parella o algun familiar o amic/ga durant aquest període.

1.2. Prevenció de malalties infeccioses i control de la tensió arterial

Tant l'OMS (OMS, 2018) com el Ministeri de Sanitat (MS, 2014), recomanen els següents controls durant les primeres 24 hores postpart:

- Tensió arterial (la primera mesura poc després del part i si és normal, una segona mesura durant les primeres 6 hores després del part).
- Temperatura corporal (la presència de febre, és a dir, temperatura axil·lar igual o superior a 38 °C, a partir de les 24 hores del part, obligarà a investigar la possible etiologia infecciosa i a instaurar el seu tractament, es registrarà i es notificarà la detecció de T >= 38 °C)
- Freqüència i ritme cardíacs (l'alteració pot suggerir signes hemorràgics o infeccions).

No s'han de donar antibiòtics de rutina en dones amb part vaginal no complicat, ni en dones amb episiotomia.

No s'ha de fer controls rutinaris dels nivell d'hemoglobina i recompte de leucòcits després del part (MS, 2014). Només en aquells casos que se sospiti anèmia, hemorràgia o infecció.

S'ha d'observar el buidament urinari dins les primeres 6 hores després del part (OMS, 2018).

1.3. Prevenció de l'endometritis

Es valorarà l'alçada uterina i la seva consistència. La situació uterina anormalment alta i desplaçada lateralment en les primeres hores del postpart ha de fer pensar en una possible retenció urinària, i s'ha de procurar que es buidi la bufeta urinària espontàniament o mitjançant una sonda vesical. La subinvolució uterina s'haurà de vigilar adequadament per tal de descartar l'endometritis o la retenció de restes placentàries. En cas que hagués estat necessari l'extracció manual de la placenta, s'haurà d'assegurar l'administració de profilaxi antibiòtica (OMS, 2018).

S'observaran les característiques dels loquis (quantitat, color i olor), per prevenir d'endometritis o retenció de restes placentàries.

1.4. Control del perineu

Es revisarà la integritat cutània del perineu i la correcta sutura d'estrips i episiotomies.

En cas d'estrips de grau III o grau IV, es recomana l'administració d'una dosi única d'antibiòtic en el moment de la sutura i el seguiment d'una dieta rica en fibra. Cal revisar la presència d'hematomes o d'hemorroides, que es tractaran amb drenatge quirúrgic en cas de trombosi hemorroidal.

És molt important explicar a la dona com realitzar la cura i la higiene del perineu durant els primers dies. S'haurà de rentar amb aigua i un sabó neutre com a mínim un cop al dia.

1.5. Valoració del dolor

La intensitat del dolor durant el puerperi pot ser causat per factors múltiples, com la sensibilitat individual, factors psicoemocionals i socials, edat, intervencions d'urgències, pauta anestèsica inadequada... Hi ha diversos instruments per avaluar i registrar el dolor, el més utilitzat és l'escala visual analògica (EVA), que classifica el dolor en lleu ($EVA \leq 3$), moderat (EVA entre 3 i 6) i intens (entre 7 i 10). Un abordatge inadequat del dolor postpart ocasiona gran malestar a la dona i pot donar lloc a complicacions fisiopatològiques i psicològiques i, fins i tot, incrementar el risc de depressió postpart.

El tractament del dolor es realitzarà mitjançant l'administració d'antiinflamatoris no esteroides (AINE), per via oral o parenteral segons la intensitat del dolor (Apfelbaum JL, 2016).

1.6. Valoració de l'estat emocional

L'embaràs, el part i el postpart és un dels períodes més transformadors en la vida de la dona, és un període complex i vulnerable que presenta diferents reptes en la vida de la dona. És un període en el que poden aparèixer o agreujar-se canvis d'humor, signes d'ansietat i trastorns psicòtics presents abans de la gestació. Durant l'embaràs els signes més comuns són la tristesa/ melangia, ansietat, que poden continuar en el postpart i desencadenar una depressió postpart (Meltzer-Brody S, 2018).

La psicosi postpart afecta a 1 o 2 dones de cada 1000, apareix de forma abrupta a les poques hores del part, dies o setmanes després. La simptomatologia és molt polimorfa i fluctuant, la dona està confusa, amb alteració de l'estat d'ànim des de depressió a eufòria o irritabilitat i pot presentar alteracions sensorialment. El risc de suïcidi matern i/o infanticidi és molt alt, d'aquí que es tracti d'una urgència psiquiàtrica. Requereix atenció i tractament urgent. Cal avaluar l'impacte psicològic que l'experiència de part ha generat en la dona. El trastorn per estrès posttraumàtic postpart (TEPT) apareix quan una dona experimenta una greu amenaça per la seva vida o la de la seva criatura durant la gestació i/o el part. Un dels factors més freqüentment associats al desenvolupament d'un TEPT és no haver rebut suport per part de l'equip de professionals (escoltar, explicar, respectar les preferències de la dona, informar) i el sentir-se sense control o indefensa. Tot i que moltes dones no experimenten símptomes significatius postpart, aquests poden tenir un impacte significatiu en embarassos futurs i en les seves futures experiències de part. Hi ha dones que després d'una experiència de part negativa no poden o no es senten capaces d'afrontar emocionalment un altre embaràs o part (Cook N, 2017).

En cas de detectar una situació de risc, cal contactar amb l'equip d'atenció a la salut mental perinatal de l'hospital que inclou un equip multidisciplinari de professionals. En cas de no disposar d'aquest equip, es pot derivar al CSMA (Centres de Salut Mental d'Adults), que ha d'actuar de manera coordinada amb l'equip de l'ASSIR.

1.7. Suport a la lactància materna

El càlid contacte que sent el nadó en succionar el pit de la seva mare, i les emocions que sent la dona en aquest moment, fan que la lactància materna afavoreixi la creació dels vincles afectius mare-nadó. Cal, però, ser respectuosos amb la decisió de la dona per alimentar el nadó de manera diferent, sempre i quan sigui una decisió presa amb tota la informació dels avantatges i inconvenients de cadascuna de les opcions. S'ha de tenir en compte que els factors culturals poden influir i s'ha d'oferir atenció personalitzada.

Immediatament després del naixement, s'ha d'afavorir l'inici de l'alletament matern, col·locant el nadó sobre la mare, pell amb pell, afavorint també la creació del vincle afectiu i el manteniment de la temperatura del nadó.

Cal afavorir la presa espontània del nadó, estan atents als primers senyals d'interès per mamar del nadó. Es recomana la postura en criança i s'ha de fer al més aviat possible, durant la primera hora de vida, que és quan el nadó està més receptiu als estímuls provinents de l'exterior. (Veure l'apartat sobre lactància materna).

El fet que el primer contacte sigui satisfactori influirà de forma molt positiva al llarg de tota la lactància. És molt important que la dona es trobi còmoda, ja que hi ha dones que es troben cansades després del part, especialment si ha estat llarg, instrumentat o per cesària.

1.8. Situacions especials

1.8.1. Acompanyament de la mare de nadons prematurs

El DS ha elaborat un document 'Consells per a mares i pares amb nadons nascuts prematurament', on es plasmen les recomanacions específiques sobre els següents aspectes (DS, 2019):

- Familiarització amb la situació de tenir un nadó prematur
- Generació de confiança en el maneig d'un nadó prematur
- Maneig de l'ansietat que es pot crear en els primers moments posteriors al part
- Suport a la lactància materna
- Vacunacions
- Controls posteriors a l'alta hospitalària
- L'arribada a casa

1.8.2. Dol perinatal

El dol perinatal apareixerà quan es produeixi o bé una pèrdua gestacional intrauterina o una pèrdua neonatal o bé quan s'apliqui una resolució administrativa de desemparament i retenció hospitalària que comportarà la separació de la criatura de la seva mare i família.

La pèrdua perinatal, és aquella que succeeix durant les primeres hores de vida de la criatura (pèrdua neonatal) o abans de néixer (intrauterina) i és una experiència molt dolorosa i estressant per a les persones que la pateixen.

El DS va publicar una [Guia d'acompanyament](#) al dol perinatal (Lavoré-Fàbregas M, 2016), elaborada per un equip de professionals dels diferents hospitals que treballen amb aquestes situacions i s'adreça a les mares, parelles i familiars que les pateixen. Es tracten els aspectes relacionats amb tot el que envolta la pèrdua d'un/una fill/a abans o poc després del naixement: recepció del diagnòstic, comiat de la criatura, sentiment de les persones progenitores, procés de dol i recuperació, la tornada a casa, el dol i altres infants, tornar a tenir criatures, els tràmits funeraris i gestions administratives, aspectes laborals, grups de dol, etc.

En relació a les gestants o mares que es troben en una situació de vulnerabilitat que posi en risc les seves competències parentals, per exemple per consum actiu de substàncies o per trastorn de salut mental sense tractament, cal tenir en compte que és molt probable que la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) obri expedient i actuï en funció de la situació socio sanitària de la dona en el moment del part i en algunes ocasions, amb resolució administrativa de retenció hospitalària de la criatura per desemparament. En aquests casos, és molt important protegir el nadó, així com també ho és acompanyar a la mare en aquest moment i ajudar-la a revertir la situació el més aviat possible, promovent el canvi, entre d'altres. Una retirada administrativa de l'infant pot provocar reaccions adverses en la mare i la seva parella. Es podrien reduir si hi ha un treball professional on s'ofereixin recursos adreçats a la millora de la situació i acompanyament psicoterapèutic per al procés de dol que s'inicia en el moment que la notícia es comunica.

Algunes recomanacions clau en aquestes ocasions són:

- Treballar coordinadament amb els equips professionals dels diferents serveis. En el cas de drogodependències cal derivació i coordinació amb el CAS (Centre d'atenció i seguiment de les drogodependències), si hi ha un trastorn de salut mental amb el CSMA i en altres casos se la podria derivar per seguiment psicològic a l'ASSIR.
- Oferir possibilitats i recursos que cobreixen les necessitats bàsiques de la dona gestant i de la futura criatura.
- Si la parella no està absent durant la gestació, no es pot oblidar que la responsabilitat és compartida, i que cal incloure-la en el pla de treball dissenyat.
- Informar en tot moment, si la situació ho permet (valorant el possible risc de la criatura), com serà el procés, qui es farà càrrec de la criatura i quina és la proposta de possible retorn amb temporalitat. La mare biològica, sigui quina sigui la seva situació, té uns drets i obligacions i els hauria de conèixer.

La resolució administrativa de desemparament i retenció hospitalària de la criatura, tot i que suposi una acció de protecció, donat que la mare presenta indicadors de no poder fer-se càrrec de la seva cura, es converteix en un fet traumàtic, inclús quan hi ha coneixement per part de la dona gestant amb anterioritat.

L'acompanyament a aquest dol perinatal i a la motivació vers al canvi, haurien de ser dos aspectes fonamentals a treballar amb la dona per tal de que pugui fer front a la situació i evitar que es cronifiqui el dol i s'ajunti amb altres problemes psicosocials.

Pel que fa als equips professionals, seria important dotar-los d'eines terapèutiques per al tractament d'aquestes situacions i que la coordinació i diàleg entre les institucions sanitàries i la DGAIA (Direcció general d'Atenció a la Infància i Adolescència) estigués sempre present.

2 Cures immediates del nadó al néixer

2.1. Valoració immediata de l'estat del nadó

El part és un moment de molts canvis adaptatius en el nadó. L'intercanvi de gasos que durant l'etapa fetal es feia a través de la placenta passa a ser a través dels pulmons. En ocasions és necessari donar suport a aquest procés de transició de la vida intrauterina a l'extrauterina. És important al moment de néixer realitzar una valoració immediata de la respiració i del to muscular. Segons l'estat del nadó, s'hauran de realitzar maniobres d'estabilització inicial i, si no presenta una resposta satisfactòria, caldrà seguir els passos de reanimació neonatal segons l'algoritme proposat pel grup de Reanimació cardiopulmonar (RCP) neonatal de la Societat Espanyola de Neonatologia (Annex 1. Algoritme RCP).

No es recomana l'aspiració sistemàtica de l'orofaringe ni de la nasofaringe del nadó (AQUAS, 2013; OMS, 2018). En el cas d'aigües meconials tampoc s'han d'aspirar les secrecions si el nadó ha iniciat la respiració espontània (Iriundo M, 2008).

2.2. Exploració del nadó acabat de néixer

S'ha de realitzar l'avaluació de l'Apgar al minut, als 5 i 10 minuts del naixement, per tal d'avaluar el grau d'adaptació del nadó a la vida extrauterina.

La revisió sistemàtica del nadó sa i sense factors de risc, no cal realitzar-la a la sala de parts, es pot posposar unes hores donant prioritat en aquests primers moments a facilitar la creació del vincle afectiu i a l'inici de l'al·letament.

2.3. Prevenció de la malaltia hemolítica del nadó (MHN)

2.3.1. Per anticossos anti-Rh (D)

En la mare es recomana realitzar la determinació dels grups ABO/Rh(D), a menys que aquesta determinació s'hagi realitzat prèviament i es tingui constància inequívoca de que el resultat pertany a la mare que s'està atenent (NICE, 2016).

En la sang de cordó (un cop s'ha pinçat el cordó umbilical) dels nadons de mares Rh(D) negatiu cal realitzar la determinació dels grups ABO/Rh(D) per tal de detectar si el nadó és portador d'un grup Rh(D) positiu.

En els casos en els que la mare sigui de grup Rh(D) negatiu i el nadó de grup Rh(D) positiu caldrà administrar a la mare la dosi d'immunoglobulina anti-D pertinent (300 µg) dins les primeres 72 hores postpart.

Les mares Rh(D) negatiu portadores d'anticossos anti-Rh(D) no han de rebre la immunoglobulina anti-D, ja que ja estan sensibilitzades i no se les pot aplicar el protocol de prevenció.

Si l'anticòs anti-D es detecta per primera vegada en la mare després del part pot tractar-se en realitat de l'anticòs passiu que correspon a la immunoglobulina anti-D administrada en la setmana 28 de gestació. Quan aquest és el cas, el títol de l'anticòs sols ser molt baix (≤ 4). Davant d'una titulació com aquesta o en cas de dubte respecte a l'origen de l'anticòs es recomana administrar la dosi d'immunoglobulina preceptiva (300 μ g).

2.3.2. Per anticossos anti-A o anti-B

La MHN per anti-A o anti-B de classe IgG sol ser de caràcter lleu-moderat i només greu en casos excepcionals. No obstant això, i de forma opcional, pot ser recomanable determinar el grup sanguini ABO dels nadons de mares de grup O que són les que més habitualment poden induir la MHN.

Davant l'aparició d'una simptomatologia compatible amb MHN, el coneixement d'una incompatibilitat ABO entre la mare i el nadó pot fer sospitar immediatament el diagnòstic immunohematològic i administrar el tractament del nadó el més aviat possible.

2.3.3. Per altres anticossos

Després dels anticossos d'especificitat anti-Rh(D) hi ha molts altres anticossos que poden produir MHN entre els que destaquen, per la seva freqüència i gravetat, els d'especificitat anti-c i anti-k. Quan la MHN apareix de forma inesperada (no es coneixia que la mare era portadora d'aquests altres anticossos) cal seguir el protocol que es comenta en l'apartat següent.

En els casos en que es coneix que la mare és portadora de qualsevol anticòs capaç de produir MHN és convenient realitzar un estudi immunohematològic després del part incloent la determinació dels grups ABO/Rh(D) i la investigació d'anticossos irregulars. És molt important detectar possibles canvis des del darrer estudi efectuat.

En el nadó caldrà realitzar una prova directa de l'antiglobulina (Coombs directe) que habitualment resultarà positiva. El resultat positiu s'ha d'acompanyar d'un estudi consistent en una eluïció de les hematies del nadó per determinar l'especificitat de l'anticòs implicat que haurà de coincidir amb l'anticòs identificat en la mare.

En alguns casos la prova directa de l'antiglobulina pot resultar negativa per un excés d'anticòs matern (efecte prozona), raó per la qual, si la sospita clínica és alta, caldrà realitzar l'eluit, on serà possible trobar l'anticòs matern.

Proves a realitzar en els nadons amb sospita clínica de malaltia hemolítica

Davant d'una sospita clínica inesperada de MHN caldrà:

Realitzar una prova directa de l'antiglobulina (Coombs directe) en el nadó que habitualment resultarà positiva. El resultat positiu s'ha d'acompanyar d'un estudi d'eluit per determinar l'especificitat de l'anticòs implicat.

Encara que la prova directa de l'antiglobulina hagi resultat negativa caldrà realitzar un eluit de les hematies del nadó per tal d'excloure un efecte prozona (excés d'anticòs matern).

En el cas de la mare, es recomana realitzar l'estudi immunohematològic, ja sigui per primera vegada, o una repetició si ja s'havia realitzat prèviament, ja que és possible que s'hagin pogut produir canvis des de l'últim estudi

realitzat. L'estudi inclourà la determinació dels grups ABO/Rh(D) i la investigació d'anticossos irregulars (Coombs indirecte) per tal de determinar l'especificitat de l'anticòs/anticossos implicat/s.

Només la concordança entre els resultats dels estudis immunohematològics de la mare i del nadó ens permetrà confirmar que el quadre clínic de MHN es degut a una causa immune.

Un escenari poc habitual que cal tenir en compte per realitzar un diagnòstic correcte és el d'una prova directa de l'antiglobulina positiva amb un eluït negatiu en el nadó d'una mare en la que no s'ha identificat cap anticòs. Per tal d'excloure definitivament una causa immune caldrà fer, si és possible, un estudi del pare consistent en una prova creuada entre el plasma de la mare i les hematies del pare. Un resultat positiu pot donar suport a la causa immune de la MHN, en aquest cas deguda a un anticòs dirigit contra un antigen de baixa freqüència present en les hematies del nadó i heretat del pare. Tanmateix l'eluït de les hematies del nadó resultarà positiu en front de les hematies del pare. La resolució d'aquests casos és fonamental per tal d'oferir a la mare el programa de prevenció pertinent de la MHN en les gestacions següents.

2.4. Prevenció de la hipotèrmia i promoció de l'alletament matern

2.4.1. Pell amb pell

Sempre que les condicions de la criatura i la mare ho permetin, immediatament després de néixer, el nadó es mantindrà en contacte pell amb pell sobre la mare per afavorir el vincle afectiu. Per mantenir calent el nadó s'assegarà el nadó sobre la mare i es cobrirà amb una talla seca prèviament escalfada (OMS, 2018). És important assegurar que la via aèria estigui oberta i sigui permeable, no es recomana l'aspiració sistemàtica de l'orofaringe ni de la nasofaringe del nadó (OMS, 2018). S'ha d'evitar la separació de la mare i el nadó almenys durant la primera hora de vida i fins que hagi finalitzat la primera presa.

El contacte pell amb pell, a més d'afavorir la creació del vincle afectiu i el reconeixement mutu, evita la pèrdua de calor i facilita l'establiment de l'alletament matern. Si es pot, es posposaran les mesures preventives que es realitzen al nadó (profilaxi ocular i administració de vitamina K). Durant aquest període és important l'observació periòdica per part del professional de llevadoria dels moviments respiratoris, color i to del nadó (Moore ER, 2016; Pallás CR, 2014). En cas que la mare no es trobi en condicions, la parella o l'acompanyant realitzarà el pell amb pell.

El vincle afectiu, entès també com a unió emocional entre progenitors i nadons, és un sentiment d'estima que es va formant de manera lenta i progressiva, que s'inicia en l'etapa de la gestació, segueix posteriorment des del part i els primers mesos de vida, i es consolida posteriorment, generalment en la infància.

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

2.4.2. Pell amb pell en cesàries

La cesària no ha de ser un impediment per poder fer el pell amb pell del nadó amb la mare, sempre que les condicions d'ambdós ho permetin, però requereix tenir un protocol d'actuació consensuat amb tot l'equip que atén a la dona i al nadó. La dona ha de tenir els braços lliures per poder abraçar al nadó i espai suficient al tòrax, l'arc de la cesària col·locat més cap a la part inferior del tòrax i els elèctrodes de monitorització cardíaca col·locats a l'esquena-espatlles. Sempre ha d'haver un responsable d'observar el nadó i atendre les necessitats de la mare. (AEP, 2017; Stevens J, 2014).

A ser possible, s'hauria de fer la recuperació de la cesària a la mateixa sala de parts, amb els controls clínics que permetin assegurar el benestar matern i de la criatura, mantenir el vincle progenitors-nadó en tot moment. A la sala de parts, o el més aviat possible, s'ha d'afavorir la lactància materna, tenint en compte que la informació i l'actitud positiva del personal sanitari influeixen molt en l'èxit de l'alletament. L'inici precoç de la lactància, independentment del tipus de part, s'associa a una lactància més perllongada (Gouchon S, 2010).

2.4.3. Pell amb pell en el nadó que requereix ingrés a la unitat neonatal

En el cas que el nadó requereixi ingrés a la unitat neonatal, si les condicions del nadó ho permeten i sempre amb un responsable que observarà el nadó, es pot realitzar el pell amb pell a sala de parts i posteriorment continuar-lo a la unitat neonatal (Esqué MT, 2000).

2.4.4. Alletament matern: Primera hora postpart. "L'hora d'or"

L'OMS recomana que tots els nadons, inclosos els que tenen un pes baix en néixer, que puguin ser alletats, han de col·locar-se al pit de la mare tan aviat com sigui possible després del naixement, un cop comprovada la seva estabilitat clínica, i quan la mare i el nadó estiguin preparats (Moore ER, 2017; OMS, 2018).

D'altra banda, el quart pas de la IHAN (Iniciativa per la Humanització de l'Assistència al Naixement i la Lactància) (IHAN, 2011) per establir un bon alletament diu que cal:

"Facilitar el contacte pell amb pell immediat i ininterromput i donar suport a les mares perquè comencin a alletar als seus nadons el més aviat possible després del part."

Això implica assegurar el contacte pell amb pell de la mare i el nadó, de manera immediata, després del part i mantenir-lo el temps que es vulgui, mínim durant una hora o fins que el nadó hagi fet la primera presa al pit. També cal ajudar a les mares a reconèixer quan els seus nadons estan preparats per mamar i oferir ajuda en cas necessari.

Està demostrat que el contacte pell amb pell afavoreix l'aparició de conductes instintives en el nadó que faciliten l'establiment de l'inici de la lactància, tal i com s'explica a la GPC sobre lactància materna publicada pel Ministeri de Sanitat (MS, 2017). El nadó, sobre del cos de la mare, repta i s'orienta cap al pit mitjançant l'olfacte i el tacte, i el seu estat d'alerta i el reflex de succió, particularment intensos en la primera hora després del part, l'ajuden a trobar el pit i explorar-lo (tocar i llepar), abans de succionar i fer una primera presa espontània i eficaç.

Aquesta activitat del nadó i la succió activa provoquen l'alliberament d'oxitocina en la mare que desencadena l'ejecció de llet i la dilatació dels vasos del pit. D'aquesta manera l'aliment i l'escalf queden garantits. És possible que en aquest moment s'alliberin feromones que reforcin la vinculació, però són tots els sentits (oïda, olfacte, vista) els que juguen un paper important en la coreografia complexa i delicada de la relació que s'estableix entre la mare i el nadó immediatament després del naixement.

Tot i que és convenient que els nadons succionin el pit precoçment, estudis recents demostren que és l'agafada espontània la que afavoreix un millor acoblament de la boca al pit. Per tant, es recomana deixar que sigui el nadó el que s'agafi al pit d'aquesta manera durant el contacte pell amb pell. No es coneix quin és el temps màxim que es pot esperar fins que el nadó s'agafi espontàniament. En nadons sans es recomana esperar una hora i si passat aquest temps no s'aconsegueix la primera presa, un equip de professionals expert pot oferir ajuda pràctica mirant d'interferir el menys possible en el procés de vinculació.

Si malgrat tot el nadó no aconsegueix mamar, s'ha d'informar a la mare de com identificar els signes de sensació de gana de l'infant per poder atendre'ls sense demora quan es presentin.

Quant als nadons que neixen per cesària, les guies suggereixen seguir les mateixes recomanacions sempre que sigui possible. En aquests casos cal superar les barreres del contacte pell amb pell i cal poder iniciar la lactància precoçment també, adoptant polítiques i protocols adequats en els centres maternals.

Amb l'ajuda apropiada, la major part d'aquests nadons poden rebre llet materna durant la primera hora de vida. Si el contacte amb la mare no es pot donar immediatament, aquest es farà amb la parella o la persona designada per ella. Es recomana animar a la mare a posar el nadó pell amb pell i iniciar la lactància tan bon punt es pugui. El part per cesària sol comportar un retard en l'inici de la lactància i aquest sol associar-se a un retard també en la lactogènesi.

2.5. Prevenició de l'esdeveniment breu inexplicat resolt i de la mort sobtada precoç del nadó

L'esdeveniment breu inexplicat resolt (BRUE en les seves sigles en llengua anglesa), antigament episodi aparentment letal, en les primeres hores de vida té una incidència del 0,02 al 0,4/1.000 nadons vius. És poc freqüent però les seves conseqüències poden ser molt greus. El terme BRUE descriu un esdeveniment en el qual l'observador explica un episodi sobtat i breu, i resolt en el moment actual que compleix una o més de les següents: (1) cianosi o pal·lidesa; (2) respiració absent, disminuïda o irregular; (3) marcat canvi en el to (hiper o hipotonia); i (4) alteració del nivell de consciència. Només es pot diagnosticar un BRUE quan després de realitzar una adequada historia clínica i examen físic no existeix una explicació per a l'esdeveniment (Joel S, 2016). La mort sobtada precoç del nadó és aquella mort de causa no explicada que es produeix la primera setmana de vida. La gran majoria es produeix durant el primer dia de vida, sobretot les primeres 2 hores de vida.

El contacte precoç pell amb pell es fa en un moment únic i crític per al nadó, que és l'adaptació extrauterina. Aquest període de transició-adaptació té tres períodes consecutius: un inicial de 30 minuts de marcada reactivitat; un segon que va des dels 30 minuts fins a les 2 hores de vida, és un període de resposta disminuïda als estímuls externs i amb tendència a la son; i finalment, un tercer període de reactivitat de 2 a 8 hores. Aquests períodes són aproximats i en cap cas s'ha de deixar d'estar alerta.




El contacte pell amb pell de manera incorrecta entre la mare i el nadó a la sala de parts o a l'habitació de la sala d'obstetrícia durant el període d'adaptació neonatal pot ser un dels principals factors de risc de BRUE i de mort sobtada precoç del nadó. Hi ha diverses publicacions en què la posició en pron i tenir la cara coberta, en particular si el nas del nadó es pressiona contra el pit matern o l'abdomen, poden conduir a l'obstrucció aguda de les vies respiratòries superiors. És important que el pell amb pell es faci amb les màximes mesures de seguretat.

Per evitar aquests episodis s'han proposat unes recomanacions per al personal que ha de tenir cura de la mare i el nadó, i que han de saber transmetre als progenitors: (Garriga M, 2013)

- Posar la mare incorporada, a 30-45°, amb un coixí sota el cap, durant el contacte pell amb pell, i fer-li entendre la necessitat d'observar l'activitat i el color del seu nadó.
- No deixar el nadó en pron sobre la mare si aquesta està cansada, adormida o no hi ha ningú per vigilar. En aquest cas cal posar-lo cap amunt.
- No deixar la mare sola a la sala de parts.
- Reconèixer els símptomes d'alarma: la seqüència apnea-hipotonia-canvi de coloració.
- És necessari per fer el contacte pell amb pell que la mare estigui desperta, alerta i hi hagi vigilància.


El personal que ha de tenir cura de la mare i del nadó ha de comprovar sovint l'estat del nadó durant les primeres 2-3 hores després del naixement i, sobretot, assegurar, durant el contacte pell amb pell amb la mare, que la posició del nadó sigui segura, i que el nas i la boca no estiguin tapats.

Figura 1. Alerta de seguretat durant el contacte pell amb pell

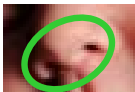
Mesures preventives durant el contacte pell amb pell

1




Posició ideal mare
30 a 45°
i coixí

2




Si el nadó està recolzat sobre
l'abdomen o el pit matern,
**les narines han de
quedar lliures**

3



Mare desperta,
**visualitzat color
i activitat** del nadó

4



Si la **mare** està **molt cansada** o **endormiscada**, dues opcions
1a: pare pell amb pell o vigilància d'un altre adult.
2a: nadó col·locat en bressol en decúbit supí

5

Si detecten **canvis de coloració**
o **respiració irregular o absent**,
**avisaran immediatament al
professional sanitari**

➤ Si la **parella** fa pell amb pell les mesures **1 2 3** han de ser similars
 ➤ Durant el **trasllat en llitera** es prendran les **mateixes precaucions**

Comissió de Seguretat del Pacient Neonatal
 Servei de Neonatologia. ICGON. Hospital Clínic Barcelona. Gener 2020

2.6. Prevenció de l'oftàlmia neonatal. Actuacions en el nadó

La conjuntivitis neonatal és una inflamació de la conjuntiva que s'inicia en els primers 28 dies de vida del nadó amb un pronòstic que variarà en funció de l'agent etiològic implicat. *Chlamydia trachomatis* és l'agent causal més freqüent en països desenvolupats (fins a un 40% de casos). Entre un 18 i un 50% dels nadons exposats desenvoluparan conjuntivitis neonatal i entre un 5 i un 20% desenvoluparan pneumònia. D'altra banda, la conjuntivitis neonatal per *Neisseria gonorrhoeae*, la més virulenta, té una incidència aproximada entre el 30 i el 42% dels nadons de mares infectades. La seva prevalença ha disminuït dràsticament des de la introducció de la profilaxi oftàlmica neonatal (<1%).

Es recomana la realització de la profilaxi oftàlmica en les cures habituals del nadó. Per a la profilaxi ocular es recomana la utilització de pomada oftàlmica d'eritromicina al 0,5% o, com a alternativa, de tetraciclina a l'1% (AQUAS, 2013; MS, 2014). El moment de l'administració de la pomada oftàlmica es pot ampliar fins a les 4 hores de vida. Es recomana també ajornar-lo fins després del primer contacte pell amb pell, per tal de no interferir en el contacte visual entre mare i nadó.

2.7. Prevenció la malaltia hemorràgica del nadó

Per evitar la malaltia hemorràgica neonatal es recomana l'administració de vitamina K en les primeres dues hores de vida. No és recomanable el retard de l'esmentada administració més enllà de les sis hores de vida. La dosi recomanada és 1 mg, una sola vegada, per via intramuscular a la cara anterolateral de la cuixa (AQUAS, 2013; MS 2014; OMS, 2018).

En el cas de contraindicació de l'administració intramuscular, o en el cas de que els progenitors o responsables legals rebutgin aquesta via, es pot oferir com a alternativa terapèutica l'administració via oral de 2 mg de vitamina K al néixer, repetint la mateixa dosi a la setmana de vida i al mes de vida. L'administració de vitamina k per si sola no justifica la separació de la mare i el nadó.

2.8. Prevenció de la septicèmia neonatal precoç. Actuacions en el nadó

Els factors de risc pel desenvolupament de la septicèmia neonatal precoç són:

- Mare portadora d'SGB
- Ruptura prematura de membranes
- Ruptura perllongada de membranes de més de 24 hores
- Febre intrapart igual o superior a 39 °C o dues determinacions superiors a 38 °C en 30 minuts de diferència sense administració d'antitèrmic
- Sospita o confirmació de corioamnionitis
- Mare tractada amb antibiòtics per infecció bacteriana invasiva confirmada o sospitada en qualsevol moment del part o en les 24 hores prèvies o següents al part
- Infecció confirmada o sospitada en el bessó, en el cas de part múltiple.

L'actuació en un nadó asimptomàtic en cas d'existència de factors de risc serà vigilància clínica acurada durant 48 hores i realització de cribratge analític, excepte en els següents casos en que es farà només vigilància clínica acurada:

- Nadons a terme de mare portadora d'SGB on la profilaxi materna ha estat realitzada correctament
- Nadons a terme de mare portadora d'SGB sense profilaxis antibiòtica o incompleta però amb menys de 18h de bossa amniòtica trencada.
- Nadons a terme de mare portadora d'SGB on s'ha realitzat una cesària electiva sense estar en treball de part i amb bossa amniòtica íntegra.

Qualsevol nadó, independentment dels factors de risc, que presenti signes clínics suggestius de septicèmia requereix l'avaluació pediàtrica urgent per iniciar precoçment el tractament antibiòtic i de suport en una unitat de neonatologia per disminuir la morbimortalitat associada a la septicèmia neonatal precoç.

2.9. Prevenió de la hipoglucèmia neonatal

El fetus utilitza com a font d'energia la glucosa que aporta la mare a través de la placenta. Al moment de néixer, s'interromp aquest aport de glucosa i en el nadó es produeix un període curt de valors de glucèmia baixos que es normalitzen en les properes hores amb l'estabilització dels seus propis mecanismes d'homeòstasi.

Excloent les causes d'hipoglucèmia persistents i el nadó que requereix ingrés a hospitalització neonatal, hi ha un percentatge de nadons que tindran de manera transitòria risc de presentar valors més baixos de glucèmia i requeriran un control més específic de la ingesta amb controls de glucèmies capil·lars. Aquests grups de risc són: prematurs, nadons de baix pes (<2500g) o de pes baix per l'edat gestacional (< percentil 10), nadons de mare diabètica i infants de pes elevat per l'edat gestacional.

En aquests casos és molt important l'inici precoç de l'alimentació durant la primera hora de vida i fer un control de glucèmia després de menjar, amb l'objectiu de mantenir glucèmies >25mg/dl durant les primeres 4 hores de vida, >35mg/dl durant les 4-24 hores de vida i >=45mg/dl a partir de les 24 hores de vida en nadons asimptomàtics (Adamkin DH, 2011; Pertierra A, 2013; Stanley C, 2015).

2.10. Identificació del nadó

2.10.1. Sistemes per a la identificació dels nadons

La identificació de la mare i del nadó ha d'assegurar la relació de pertinença mútua, i ha de permetre la verificació de la relació de cada criatura amb la seva mare biològica en qualsevol moment durant l'estada al centre maternal, així com la comprovació d'aquest vincle en l'alta hospitalària, evitant d'aquesta manera possibles substitucions dels nadons (Sanz López E, 2017)

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

Els objectius de la identificació i custòdia del nadó són:

- Identificar i determinar el vincle de filiació entre la mare i el nadó a l'hora del part
- Evitar intercanvis entre nadons a les sales de parts

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

En el cas de separació mare-nadó s'extremaran les mesures de seguretat per evitar confusió de nadons o bressols, sensibilitzant tot el personal en aquest sentit.

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

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

El mètode d'identificació que es recomana als centres de naixement és el de braçalets i pinces. Consta d'un equip que es compon de: polsera identificadora per a la dona, polsera identificadora per al nadó, pinça umbilical i etiqueta per al partograma. Aquest equip es presentarà empaquetat en una bossa de plàstic transparent, per poder distingir el color del material. El material serà del mateix color i tindrà el mateix codi, la codificació estarà gravada en tots els elements. En la mesura que sigui possible, hi haurà equips de colors diferents.

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

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

El braçalet ha de quedar ben ajustat per evitar que pugui sortir, però evitant que la pressió excessiva lesioni la pell del nadó. Tant la mare com el nadó han de sortir de la sala de parts convenientment identificats. Abans de sortir de la sala de parts es comprovarà la identificació de la mare i del nadó, així com a la arribada a la sala d'hospitalització, en el moment de l'alta i sempre que se separi el nadó de la seva mare.

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

En el cas de part múltiple es farà servir un equip d'identificació per a cada nadó, per tant la mare portarà un braçalet per a cada nadó. Si es dona el cas d'un fetus nascut mort, també s'haurà d'identificar seguint el mateix procediment.

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

La publicació de la Llei 19/2015, de 13 de juliol, de mesures de reforma administrativa en l'àmbit de l'Administració de Justícia i del Registre Civil (BOE, 167) ha incorporat un seguit de canvis en matèria de comunicació dels naixements per part dels centres sanitaris en relació a l'exigència al personal sanitari que assisteixi al naixement de la realització de diverses proves biomètriques, mèdiques o analítiques que permetin establir de forma inqüestionable i indubtable la relació de filiació materna.

La norma estableix que s'ha d'obtenir i constatar aquesta relació mitjançant proves biomètriques, mèdiques i analítiques.

El document, que s'ha d'emplenar per cada nadó, ha de comptar amb un espai que contingui un suport de tecnologia FTA (aquest tipus de suport és un paper filtre impregnat amb una formulació química que facilita el trencament de les cèl·lules i fixa l'ADN, permet la conservació a llarg termini de la mostra recollida a condicions de temperatura ambiental, sempre i quan sigui en lloc sec i protegit de la llum o similar que garanteixi la conservació, la recuperació i l'accés a la informació, i en el que ha de constar els camps següents:

- Identificació del centre sanitari: nom, adreça i població
- Data i hora del part
- Sexe del nadó
- Tipus d'embaràs únic/ múltiple
- Núm. d'ordre de naixement
- Mare: nom, cognoms i data de naixement, núm. història clínica
- Nadó: nom, cognoms, núm. història clínica
- Professional de llevadora: nom i cognoms, núm. de col·legiat i signatura
- Metge o metgessa: nom i cognoms, núm. de col·legiat i signatura
- Espai de proves:
 - a) Mostra de sang de la mare, dues gotes
 - Empremtes digitals de la mare (dels dos índex)
 - Signatura de la mare
 - b) Mostra de sang del nadó, dues gotes
 - Empremtes plantars del nadó (dels dos peus)

2.10.2. Recollida de mostres

Pel que fa a l'obtenció de les mostres de sang, s'ha de fer de forma que garanteixi la no contaminació. Les gotes de sang del nadó poden ser del cordó umbilical. Tant les empremtes com la mostra de sang s'han de prendre al més aviat possible.

2.10.3. Conservació i custòdia dels documents i les dades

D'acord amb el que estableix la norma, aquest document juntament amb les dades de la HC relacionades amb el naixement del nadó, es conservarà sota la custòdia i responsabilitat del centre sanitari fins a la mort, després de la qual es transferirà als arxius definitius de l'administració corresponent, on es conservaran d'acord amb les mesures de seguretat adients a efectes de la legislació de protecció de dades.

Es recomana, que es conservi aquesta fitxa a part de la HC, atès que el termini de conservació i la finalitat és diferent, i en condicions ambientals òptimes per assegurar la preservació de les mostres.

Atesa la naturalesa del material recollit en aquest document, s'ha de conservar el suport original amb les mostres recollides, no es pot canviar de suport.

2.10.4. Accés a la informació i a les dades

Atesa la finalitat de la informació que conté el document, s'entén que l'accés a aquestes dades queda restringit per conèixer la identificació i relació entre mare i nadó.

D'acord amb l'article 17.2 de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, text consolidat, aquestes dades només es podran comunicar a petició judicial, dins del corresponent procés penal corresponent o en cas de reclamació o impugnació judicial de la filiació materna.

3

Trasllat de la mare i del nadó des de la sala de parts a l'àrea d'hospitalització

Es recomana en aquest moment intentar evitar la separació física entre la mare i el nadó. El trasllat de tots dos es durà a terme per personal sanitari auxiliar, i es farà habitualment col·locant al nadó pell amb pell sobre la mare, amb el capçal de la llitera incorporat, o amb cadira, podent visualitzar permanentment, per la mare i el personal sanitari que l'acompanyi, la via aèria i el color del nounat. Abans de sortir de la sala de parts, i a l'arribada a la planta de maternitat, es comprovarà la coincidència dels codis d'identificació de tots dos. Durant el trasllat es minimitzarà el risc de refredament aplicant les mesures d'abric adequades, que no interfereixin amb la resta de les normes de seguretat de prevenció del col·lapse postnatal, així com les mesures necessàries per evitar caigudes de la mare o del nadó durant el trasllat.

Un cop a la sala d'hospitalització, s'ha d'animar la dona a seguir fent aquests contactes sovint, independentment del tipus d'alimentació que hagi decidit. És llavors quan s'ha d'implementar el protocol d'acollida i es donarà informació sobre el funcionament general i de les cures inicials del nadó, sense sobrecarregar aquest moment amb informació excessiva.

La mare i el nadó han d'ingressar junts a la mateixa habitació, i han de continuar estant junts durant tota l'estada a l'hospital, les 24 hores del dia. Per evitar separacions innecessàries, les avaluacions i controls dels nadons en aquest període s'han de fer a l'habitació, ja que d'aquesta manera els progenitors poden expressar els dubtes que tinguin i aportar informació rellevant (MS, 2014). No podem oblidar que l'atenció durant aquests dies ha de fomentar la vinculació de la mare amb el nadó, amb la participació de la parella en aquest procés.

3.1. Trasllat del nadó a l'àrea d'hospitalització neonatal

En cas que el nadó requereixi hospitalització, es traslladarà en una incubadora de transport, permanentment preescalfada, si és possible dotada d'un respirador que permeti donar un suport ventilatori bàsic amb pressió positiva contínua a la via aèria (CPAP) i amb ventilació amb pressió positiva inversa (VPPI), amb control perma-

ment de la fracció inspirada d'oxigen (FiO_2) administrada i amb monitorització d'almenys, freqüència cardíaca i pulsioximetria. Sempre es disposarà d'un fonendoscopi i un ventilador manual (bossa i mascareta) per si cal. Tret que fos tributari de tractament amb hipotèrmia passiva, s'evitarà el refredament durant el transport, molt especialment en el nadó prematur. Idealment la sala de parts i la unitat neonatal haurien d'estar el més pròximes possible, per minimitzar el temps de trasllat entre ambdues. El trasllat de la incubadora a la unitat neonatal serà dut a terme per personal sanitari i amb un/a pediatre/a que acompanyi la criatura.

4

Mesures preventives per la dona en el puerperi precoç

Aquest apartat recull les pautes preventives i els controls més importants que s'han de tenir en compte en les primeres 24 hores postpart, on la dona i el nadó han de tenir el suport assistencial necessari per detectar i tractar qualsevol problema de salut que aparegui (OMS, 2018).

4.1. Valoració de l'estat general

Després del trasllat de la dona a la unitat d'hospitalització, l'equip de professionals sanitaris que se'n fa càrrec ha de tornar a revisar la HC de la dona i els antecedents generals, nivell de risc de l'embaràs, tipus de part, ús d'analgèsia, integritat del perineu i primeres cures durant el puerperi immediat.

L'equip de professionals es presentarà a la dona i els seus acompanyants i farà una valoració inicial de l'estat general, incloent l'estat de salut mental de la dona, intentant, en la mesura del possible, de no interferir en el contacte pell amb pell entre la mare i el nadó, posposant totes aquelles cures i controls que no siguin imprescindibles. És important parlar amb la dona i escoltar-la per donar suport als aspectes que puguin preocupar-la en relació a la maternitat. La GPC del MS del 2014 (MS, 2014) emet una recomanació sobre que els professionals de llevadoria han de ser els que han de coordinar les cures d'aquesta etapa, tot i què han d'identificar els casos que puguin necessitar una atenció especialitzada i/o addicional.

Durant l'ingrés, cal insistir en la importància de que mare i criatura no han de separar-se (MS, 2014), i que roman- dran en la mateixa habitació totes les hores del dia i de la nit.

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

Després d'un part sense anestèsia o amb anestèsia local, la ingesta de líquids i la dieta normal s'iniciaran a de- manda de la dona.

Després d'un part vaginal amb anestèsia peridural s'iniciarà la ingesta hídrica de forma immediata i, si la toleràn- cia és adequada, es continuarà amb una alimentació saludable quan la dona ho desitgi.

Després d'un part vaginal amb anestèsia general, s'iniciarà la ingesta de manera progressiva segons la toleràn- cia, mantenint la seroteràpia intravenosa.

La dona haurà de seguir una alimentació saludable, rica en fibra (MS, 2014) per prevenir l'estrenyiment.

Si la dona té una cefalea persistent després d'una analgèsia epidural, es derivarà al servei d'anestesiologia corresponent per la seva valoració (MS, 2014).

El control rutinari de nivells d'hemoglobina i leucòcits postpart en una dona que ha tingut un part sense complicacions, no ha mostrat beneficis per prevenir cap malaltia. Només és recomanable sol·licitar-los quan es presentin signes d'anèmia, hemorràgia o infecció (MS, 2014).

4.2. Prevenció de tromboembòlia

La mobilització precoç disminueix el risc de tromboembòlia. Les dones que han parit sense anestèsia peridural o local, poden aixecar-se immediatament si elles ho desitgen i l'estat general ho permet, però sempre acompanyades.

Es recomana la mobilització precoç a totes les dones que tenen un part vaginal sense complicacions amb anestèsia peridural o anestèsia peridural a dosis baixes i perfusió contínua, quan puguin moure les cames i estiguin acompanyades.

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

4.3. Prevenció de l'aparició de globus vesical i estrenyiment

La pèrdua hemàtica superior a la normal obliga a descartar la presència d'un globus vesical, la retenció de restes placentàries o esquinços del tracte genital deficientment suturats.

Es valorarà l'aspecte del loquis, el seu color, quantitat i olor en cada torn de l'estada hospitalària durant les primeres 24 hores i posteriorment una vegada al dia. La presència de loquis purulents o pudents obligarà a descartar processos infecciosos del tracte genital. Cal comprovar sempre la integritat dels esfínters anals i la mucosa rectal en una revisió del canal del part. En el cas que sigui necessari un taponament vaginal es realitzarà un sondatge vesical fins a la retirada del mateix per evitar el glòbul vesical.

La utilització de l'anestèsia peridural, amb la pèrdua del reflex miccional i la sobrehidratació que comporta, són factors que incideixen en el risc que la dona tingui dificultats en la micció i que presenti un globus vesical. Per tant, es vigilarà l'evacuació vesical en les primeres hores del postpart de forma que, si la dona no pot miccionar espontàniament, es procedirà al sondatge vesical si s'ha apreciat l'existència d'un globus vesical.

L'OMS recomana anotar si hi ha hagut micció espontània durant les primeres 6 hores després del part (OMS, 2018). Respecte a l'evacuació intestinal, en el cas que sigui necessari, es poden utilitzar laxants si no hi ha hagut evacuació al segon dia postpart. Es recomana la ingesta d'una dieta rica en fibra i es procurarà una bona hidratació i mobilització precoces.

4.4. Prevenció d'hematomes i hemorroides

Diàriament es controlarà l'estat d'hematomes i hemorroides, insistint en la recomanació de deambulació precoç, la ingesta hídrica i de fibra.

4.5. Suport inicial a l'alletament matern

S'ha de vigilar el grau de turgència de les mames, la secreció de calostre i de llet, l'absència de signes inflamatoris i presència de clivelles al mugró. La dutxa diària és suficient per a la higiene de les mames. No es recomana netejar les restes de llet perquè hidraten l'arèola i prevenen la formació de clivelles. Es recomanarà l'ús d'uns sostenidors de lactància.

4.6. Avaluació del dolor

El dolor en el puerperi hospitalari després d'un part normal pot ser a causa de l'episiotomia, el derivat dels torçons, en pacients múltiples, d'un esquinç, de les hemorroides... Tot i què aquest dolor remet espontàniament una setmana després del part (MS, 2014), cada professional sanitari responsable de l'atenció a la dona haurà d'avaluar i registrar el dolor manifest per la dona. El tractament del dolor es realitzarà mitjançant l'administració d'antiinflamatoris no esteroides (AINE) per via parenteral o oral segons la intensitat del quadre.

La GPC del MS de 2014, suggereix una dosi entre 500 i 1000 mg de paracetamol via oral cada 8-12 h per tractar el dolor perineal postpart.

4.7. Vacunacions recomanades

La vacunació postpart de dones sense evidència d'immunitat a la rubèola, el xarampió o la varicel·la amb vacuna triple vírica, vacuna contra la varicel·la o vacuna tetravírica, està recomanada, ja que les vacunes vives estan contraindicades durant l'embaràs.

Si la mare, per prematuritat del nadó no ha pogut rebre la vacunació dTpa durant la gestació, cal administrar-la en el puerperi immediat.

Aquestes vacunacions s'han de fer seguint les recomanacions contingudes en el 'Manual de vacunacions' (MV) del Departament de Salut (DS, 2018).

5

Mesures preventives per al nadó durant l'estada a l'hospital

5.1. Història clínica del nadó

Cada nadó ha de tenir una HC pròpia on han de constar les següents dades obstètriques i perinatals:

Del nadó

- Nom, cognoms i sexe
- Data i hora de naixement
- Pes, talla i perímetre cefàlic i percentils
- Edat gestacional
- Exploració neonatal: normal/ anormal-descripció.
- Gràfica d'infermeria amb controls diaris
- Grup sanguini i Rh obtingut de sang de cordó, en mares Rh negatiu (i recomanable en mares de grup O), abans de les 24-36 hores
- Test d'Apgar a 1 i a 5 minuts
- pH artèria umbilical
- Tipus d'alimentació
- Tipus de reanimació (bàsica, avançada) si n'hi ha hagut.

De la mare

- Edat
- Patologies anteriors i/o durant la gestació, incloent una valoració de la salut mental
- Grup sanguini, Rh.
- Paritat (TPAL)
- Consum de tabac, begudes alcohòliques i altres drogues
- Fàrmacs prescrits
- Durada de la gestació
- Resultats d'ecografies fetals i de proves de laboratori

Del part

- Hores de durada de l'amniorrexi
- Factors de risc d'infecció
- Característiques del líquid amniòtic
- Registre cardiotocogràfic fetal
- Tipus d'anestèsia
- Posició fetal
- Tipus de part (eutòcic, distòcic, cesària urgent o electiva)

5.2. Comprovació dels controls fets a la sala de parts

L'equip de professionals comprovarà si s'han realitzat l'administració de vitamina K i la profilaxi ocular, amb el consentiment informat dels progenitors.

Una vegada més, cal verificar que la identificació d'ambdós mare i nadó s'ha fet correctament.

Cal comprovar si es tenen totes les dades de la mare, tant de l'embaràs com del part i del nadó, per poder definir les cures dels dos.

Cal confirmar si a sala de parts s'ha efectuat la primera presa al pit i com ha resultat l'experiència per la mare i per al nadó.

5.3. Exploració sistemàtica del nadó

5.3.1. Primera exploració

L'exploració en les primeres 24 hores de vida del nadó ha mostrat ser la més sensible per la identificació de complicacions i la correcta derivació a l'atenció especialitzada (MS, 2014). Si l'alta es dona abans de les 24 hores, és molt important la coordinació amb l'atenció primària per tal de planificar les següents exploracions.

En cas que hi hagi factors de risc perinatal (d'infecció, consum de tòxics, patologies maternes, prematuritat, baix pes, pèrdua del benestar fetal intrapart, necessitat de reanimació a sala de parts), la primera exploració del nadó es farà en arribar a la planta de maternitat, un cop finalitzat el període inicial de contacte pell amb pell. L'exploració tindrà lloc preferentment sobre la mare o al seu costat, per tal de no interferir en el vincle. Només en casos extrems es valorarà separar mares i nadons. La segona exploració dependrà del moment en el que es doni l'alta del nadó.

L'equip de pediatria o de neonatologia enregistrarà el resultat d'aquesta exploració, fent constar també la valoració de la maduresa i el creixement intrauterí i avaluació de les característiques somatomètriques del nadó: pes, talla i perímetre cranial. Cal classificar el nadó segons pes i edat gestacional en: pes adequat, baix o elevat per edat gestacional i anotar els percentils usant les [corbes de referència poblacionals](#), diferenciant nadons d'embarassos múltiples d'únics.

En el cas que el sexe del nadó correspongui a una variació intersexual, es recomana fer-lo constar com a divers a la HC. Es recomanaria als progenitors la tria d'un nom neutre per a la inscripció al Registre Civil, on és obligatori fer constar un nom.

5.3.1.1. Variacions intersexuals

Les persones amb variacions intersexuals són aquelles que han nascut amb caràcter sexuals, com els genitals, les gònades o els patrons cromosòmics, que no es corresponen amb les típiques nocions binàries dels cossos masculins i femenins. El terme intersexe o intersexual descriu la persona que ha desenvolupat de manera natural carac-

terístiques físiques sexuals pròpies tant dels homes com de les dones, i abraça un ampli ventall de variacions, algunes amb trets visibles en néixer i d'altres que es manifesten a la pubertat. Més concretament en aquesta definició s'inclouen etiquetes diagnòstiques i nosològiques com la síndrome de Klinefelter, la síndrome de Turner, la hiperplàsia suprarenal congènita, la síndrome d'insensibilitat completa als andrògens, la síndrome d'insensibilitat parcial als andrògens, la síndrome de Rokitansky, deficiències enzimàtiques o disgenèsies gonadals –mixta, completa o síndrome de Swyer, parcial–, deficiència d'esteroides 5-alfa-reductasa, dèficit 17- α -HSC, micropenis, hipospàdies, desenvolupament sexual divers ovotesticular o la mutació del gen *Nr5a1*, entre altres.

La persona **intersexual** és aquella que ha desenvolupat de manera natural característiques físiques sexuals pròpies tant dels homes com de les dones:

No existeixen dades oficials sobre persones amb variacions intersexuals. No obstant això, a Catalunya s'estima que hi viuen entre 4.000 i 13.000 persones intersexuals si es prenen com a referència els límits de 0,05% i 1,7% que la Societat americana de l'intersexe ([Intersex Society of North America](#)) publica com a prevalença. La mateixa societat estima que entre un 1 de 1.500 i un 1 de 2.000 nascuts vius tenen algun tret intersexual, és a dir, a Catalunya anualment naixerien entre 33 i 44 nadons intersexuals.

El Parlament de Catalunya va aprovar per unanimitat la Llei 11/2014, de 10 d'octubre, que garanteix els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transgènere i intersexuals (LGBTI) i l'eradicació de l'homofòbia, la bifòbia i la transfòbia. L'Article 16.3 a) estableix que les administracions públiques de Catalunya han de vetllar perquè la política sanitària sigui respectuosa amb les persones LGBTI i no tracti directament o indirectament la condició d'aquestes persones, especialment transgènere i intersexuals, com una patologia, i a l'apartat i) que han d'incorporar al sistema sanitari l'atenció integral a persones transgènere i a persones intersexuals, d'acord amb la cartera de serveis vigent, tenint en compte la seva revisió segons els avenços científics, i definint els criteris d'accés tant al tractament hormonal com a la intervenció quirúrgica. S'ha de tenir en compte la voluntat de la persona afectada en la presa de decisions, sempre que la seva vida no estigui en perill o les condicions de salut no es puguin veure perjudicades, d'acord amb la normativa vigent. Pel que fa als menors, s'ha de tenir especialment en compte, a més, llur dret al lliure desenvolupament de la personalitat i llur capacitat i maduresa per a prendre decisions.

La Llei 17/2015, de 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes posa en evidència que els estereotips socials derivats de la societat heteropatriarcal ha discriminat la dona, i són els mateixos estereotips que, encara més, invisibilitzen i estigmatitzen les persones amb variacions intersexuals, en romandre fora de la norma binària en què es conceptualitza el sexe i el gènere.

És necessari l'establiment de formació específica per a professionals sanitaris en aquest tema, que ajudarà a fer efectiva la integració i no discriminació d'aquests nadons.

5.3.2. Controls sistemàtics

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

- Control de signes d'ingesta diversos cops al dia i suport continuat a l'alletament.
- Control de l'aspecte i color de la pell i mucoses

- Control de les constants vitals a l'ingrés: freqüència cardíaca (normal: 100-160 (bpm) despert, fins 70 bpm durant la son), freqüència respiratòria (normal: menor de 60 per minut), T (normal: 36,5°C-37,4°C)
- Control de la primera micció
- Control de la primera emissió de meconi
- Control diari de l'aspecte i cicatrització del cordó umbilical
- Suport a la col·locació al pit i suport i control d'un bon establiment de la lactància materna. Cal fer observació idealment un cop al dia o al menys una presa abans de l'alta, i anotar-ho.
- Ensinistrament en la preparació i l'administració de biberons, en el cas que fos necessari
- Compliment acurat de les normes per a l'adequada custòdia del nadó fins al moment de l'alta
- Controls de glucèmia capil·lar en nadons amb criteris de risc metabòlic
- Registrar el grup sanguini i Rh del nadó obtingut de sang de cordó. En cas de risc d'icterícia hemolítica (test de Coombs directe positiu), vigilància estricta de signes d'icterícia precoç.
- Recollida de sang del taló i emplenament de la fitxa del programa de cribratge neonatal
- Altres cribratges sistemàtics que cal fer abans de l'alta hospitalària: d'hipoacúsia, de cardiopaties congènites, d'hiperbilirubinèmia patològica
- Registre adequat de tota la informació:
- Emplenament la HC
- Emplenament el carnet de salut
- Informació escrita i educació per la salut adequada als progenitors

5.3.3. Detecció de la síndrome d'abstinència

Tot i que existeixen pocs estudis i poca evidència sobre quin és el protocol més adequat, en general es recomana que les unitats obstètriques disposin d'un protocol per identificar, avaluar, monitorar i intervenir, utilitzant mètodes farmacològics i no farmacològics, en els casos de nadons exposats a substàncies.

En cas que el nadó sigui un/una fill/a d'una mare amb trastorn per ús de substàncies durant l'embaràs, seria recomanable, sense separar la mare del nadó, realitzar un estudi de tòxics en orina al naixement, sempre informant del procediment i obtenint el consentiment dels progenitors. Es recomana la vigilància de l'aparició de símptomes de la síndrome d'abstinència que, en alguns casos poden aparèixer fins als cinc dies de vida. En aquests casos, la recomanació és mantenir l'ingrés conjunt de la mare i el nadó durant aquest període de temps, al menys entre 3 i 5 dies (Kocherlakota P, 2014).

Consideracions a tenir en compte:

- En tots els nadons de mares en tractament amb substituïts d'opiacis s'ha d'avaluar i monitorar la presència de símptomes d'abstinència amb instruments validats com l'escala de Finnegan (Finnegan LP, 1975) a les dues hores de néixer, i posteriorment cada quatre hores. Hauran de romandre a l'hospital entre 4 i 7 dies i s'ha de fer ús d'intervencions no farmacològiques, com ara llums d'intensitat baixa, entorns tranquils, contacte pell amb pell, presència de la mare i/o l'altre progenitor 24 hores i lactància materna. També es podria proposar un ingrés domiciliari o visites domiciliàries per part de personal d'infermeria o de llevadora.
- Si no són suficients les mesures no farmacològiques citades, es pot iniciar un tractament farmacològic al nadó que pot ser, en el cas de trastorn matern per ús d'opiacis la morfina oral o la metadona, i en el cas d'altres tipus de drogues, es podria valorar l'ús d'alguna benzodiacepina si la mare en prenia, o fenobarbital, només en casos de policonsum de drogues i clínica greu de síndrome d'abstinència. L'ingrés del nadó, i millor, el binomi mare-nadó, s'hauria de perllongar fins a passades 48 hores de la suspensió d'aquest trac-

tament farmacològic. L'alletament matern, si no està contraindicat, està demostrat que escurça el temps d'ingrés i el temps de necessitat de tractament.

- Si es detecten símptomes d'abstinència en nadons sense antecedents de consum d'opiacis per part de la mare, s'haurà d'explorar l'exposició a benzodiazepines, sedants o alcohol. El fenobarbital és la teràpia de preferència en el cas dels nadons exposats a benzodiazepines, tranquil·litzants o alcohol o si no es coneix la substància a la qual el nadó ha estat exposat.
- En tots els nadons de mares amb problemes relacionats amb el consum d'alcohol, es recomana avaluar els signes de TEAF (Trastorns de l'Espectre de l'Alcoholisme Fetal): retard de creixement, trets de dimorfisme facial, microcefàlia, disfunció del sistema nerviós central, etc. En l'avaluació d'aquests nadons s'ha de registrar el pes i la talla en néixer, circumferència del cap, trets de dimorfisme facial, gestació i nivell d'exposició a l'alcohol. En general, tots els nadons que hagin estat exposats a alcohol o altres drogues durant l'embaràs, es beneficiaran de rebre atenció precoç per equips pediàtrics especialitzats (Hudak ML, 2012; Kocherlakota P, 2014; Favara MT, 2019).

5.4. Prevenció de malalties infeccioses

Les mans són la via principal de transmissió de microorganismes perjudicials durant l'atenció sanitària. La seva higiene és la mesura més important per evitar les infeccions associades a aquesta atenció.

Per tant, l'equip de professionals, els progenitors o qualsevol persona que participi en l'atenció i cures del nadó ha de mantenir una higiene de mans adequada.

Procediment

Netejar les mans fregant-les amb un desinfectant a base d'alcohol. Aquest pot ser el mitjà habitual preferent quan les mans no estiguin visiblement brutes. És més ràpid, més eficaç i les mans ho toleren millor que rentant-les amb aigua i sabó.

El rentat de mans amb aigua i sabó es imprescindible quan estiguin visiblement brutes, tacades de fluids corporals o després d'anar al vàter.

Quan hi hagi la sospita o constància que s'ha estat exposat a patògens que alliberen espores, i en particular, a brots de *Clostridium difficile*, el mètode preferible és el rentat amb aigua i sabó.

Quan s'ha de procedir a la higiene de mans?

1. Abans de tocar al nadó i la mare
2. Abans de realitzar una tasca de neteja/asèpsia
3. Després del risc d'exposició a líquids corporals
4. Després de tocar al nadó i la mare
5. Després del contacte amb l'entorn del nadó i la mare
6. Cal recordar que l'ús de guants no exclou la necessitat de netejar les mans

[Per a més informació](#)

5.5. Prevenció de la infecció pel virus de l'hepatitis B

En la HC de la mare ha de constar el resultat del cribratge realitzat durant el seguiment de l'embaràs per tal d'identificar les mares positives a l'antigen de superfície del virus de l'hepatitis B (AgHBs) (PEB, 2018). També està indicat dur a terme la serologia per a l'anticòs anti-HBc, a més del AgHBs i l'Ac anti-HBs.

- Si es desconeix la serologia materna per a l'AgHBs, es determinarà durant el seu ingrés amb la major rapidesa possible.
- Si no se'n té el resultat, s'ha d'actuar com si fos positiva.
- Si la serologia materna és negativa (AgHBs-) s'ha de continuar la vacunació sistemàtica, sense necessitat de fer cap control serològic postvacunal del nadó.
- Si la mare dona resultat positiu per a l'HBsAg, el nadó ha de rebre una dosi de vacuna antihepatitis B i 0,5 ml d'IgHB per via intramuscular, en llocs separats, tan aviat com sigui possible dins de les 12 primeres hores de vida. Es recomana continuar la vacunació amb la vacuna hexavalent seguint el calendari vacunal del DS, als 2, 4 i 11 mesos (DS, 2018). Cal fer una determinació serològica postvacunació d'AgHBs i anti-HBs entre 1 i 2 mesos després de finalitzar la pauta vacunal.
- Els nadons de mares seropositives per a l'AgHBs que hagin rebut la profilaxi podran seguir lactància materna, sense cap problema.

5.6. Prevenció de la infecció pel virus de l'hepatitis C

També s'ha de comprovar a la HC de la mare el resultat del cribratge realitzat durant el seguiment de l'embaràs, si és que estava recomanat, per tal d'identificar les mares positives al virus de l'hepatitis C (VHC) (PEB, 2018).

Els nadons nascuts de mare positiva pel VHC, s'han de derivar a les Unitats de Referència d'infeccions pediàtriques, seguint els circuits que tingui cada centre de naixement, per al seu correcte diagnòstic i seguiment de l'hepatitis, on realitzaran una PCR VHC en sang als 3 mesos de vida i serologia VHC als 15-18 mesos de vida.

Actualment el tractament amb antivirals d'acció directa no està recomanat en infants menors de 3 anys, ja que existeix la possibilitat de remissió de la infecció sense tractament farmacològic (Bennet NJ, 2017). Hi han bons resultats en estudis a partir dels 12 anys.

Aquests nadons han de fer la resta de controls i seguiment amb l'equip de pediatria d'AP.

Els nadons de mare VHC positiu no tenen contraindicat l'[alletament matern](#):

El Pla de prevenció i control de l'hepatitis C a Catalunya té com a objectiu general disminuir la incidència, la morbiditat i la mortalitat associada a la infecció per VHC a Catalunya per aconseguir que la infecció deixi de ser un problema greu de salut pública l'any 2030, en consonància amb els objectius de l'OMS (DS, 2018)

5.7. Prevenció de la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH)

En la HC de la mare ha de constar el resultat del cribratge realitzat durant el seguiment de l'embaràs per tal d'identificar les mares VIH-1 seropositives (PEB, 2018).

El diagnòstic, control i tractament d'aquesta infecció es realitzarà en unitats especialitzades: No obstant, la resta de controls seguiment es farà a pediatria d'Atenció Primària.

La profilaxi antiretroviral a administrar al nadó nascut de mare amb VIH ve determinada pel risc de transmissió vertical (TV) de la infecció del VIH que existeixi, el qual depèn fonamentalment de si la mare ha rebut o no teràpia antiretroviral (TAR) i de la càrrega viral plasmàtica (CV) materna.

El risc actual de TV és menor del 0,5 % si la mare rep TAR i té una CV <50 còpies/ml en el moment del part.

Tot i que la CV és el factor de risc més important, existeixen altres factors de risc que condicionen la TV com la prematuritat, tipus de part, temps de bossa trencada, coexistència d'altres infeccions de transmissió sexual, sagnat important durant el part i la situació clínica desfavorable de la mare.

Es recomana iniciar la profilaxi al nadó el més aviat possible després del naixement, i sempre abans de les 4-6 hores de vida, perdent eficàcia si es retarda més enllà de 72 hores.

Caldrà demanar en les primeres 48 hores de vida una PCR VIH (RNA/DNA) en sang del nadó, així com un hemograma per descartar alteracions hematològiques (anèmia, neutropenia...) secundàries a toxicitat associada al TAR. La informació sobre l'exposició perinatal a TAR ha de quedar reflectida en la HC del nadó per identificar també potencials efectes adversos a llarg termini.

5.8. Prevenció de la Malaltia de Chagas

L'equip de professionals sanitaris comprovarà a la HC de la dona si s'ha realitzat el cribratge de la malaltia de Chagas recomanada en funció del lloc de naixement de la dona i/o de la seva mare (PEB, 2018).

El DS ha publicat un protocol específic per al cribratge, diagnòstic i tractament de la malaltia de Chagas, on es mostra l'evidència científica i la importància de recomanar la prova de detecció de Chagas al nadó durant el primer mes de vida (PCR) i als nou mesos (serologia). En cas de diagnòstic positiu, s'ha d'iniciar el tractament (Protocol de cribratge, diagnòstic i tractament de la malaltia de Chagas en dones embarassades llatinoamericanes i en els seus fills, 2018).

Es pot donar el pit al nadó tot i que la mare tingui la malaltia de Chagas, ja que no es transmet a través de la llet materna. (Protocol de cribratge, diagnòstic i tractament de la malaltia de Chagas en dones embarassades llatinoamericanes i en els seus fills, 2018).

5.9. Prevenció de la Sífilis neonatal

S'ha de comprovar a la HC materna el resultat del cribratge de sífilis durant la gestació per tal de poder identificar els nadons amb risc de desenvolupar una sífilis congènita.

També s'ha de revisar que les dones seroreactives hagin rebut el tractament amb l'antibiòtic adequat (penicilina), amb la dosi i la via d'administració correctes i amb la comprovació serològica posterior.

A tots els nadons de mares seroreactives se'ls ha de realitzar una avaluació inicial que consisteix en una exploració física completa per descartar una sífilis congènita, una serologia no-treponèmica RPR quantitativa i una serologia treponèmica CLIA IgG y CLIA IgM.

Si el nadó està asimptomàtic i amb una serologia no treponèmica ≤ 4 vegades la materna i la seva mare ha rebut un tractament adequat amb una bona resposta serològica, sense evidència de reinfecció o recaiguda, l'infant només requereix de seguiment serològic sense tractament.

Si al contrari, el nadó es mostra simptomàtic i la seva serologia no-treponèmica es >4 vegades la materna o asimptomàtic amb una serologia no treponèmica ≤ 4 vegades la materna, però sense tractament matern o amb tractament matern tardà (menys de 30 dies abans del part), amb tractament matern incomplet, inadequat o no documentat, tractament matern sense resposta o sense control serològic posterior o recaiguda /reinfecció materna, s'ha de realitzar una avaluació més completa incluint analítica sanguínea, anàlisi de líquid cefaloraquídi (LCR), anàlisi microbiològica de mostres clíniques, radiografia d'ossos llargs, de tòrax (si clínica respiratòria) i neuroimagen (si afectació neurològica), així com un examen oftalmològic i auditiu. Després de l'estudi, el nadó ha de rebre tractament amb penicilina IV durant 10 dies. Si es tracta de neurosífilis el tractament haurà de ser més llarg.

5.10. Suport i educació en les cures als progenitors

5.10.1. Cura del cordó umbilical

El cordó umbilical s'ha de mantenir net i sec, fet que en facilita la necrosi. La neteja inicial i les posteriors, que cal repetir si s'embruta, s'han de fer amb aigua i sabó (MS, 2014) fins que caigui, seguint les mesures d'asèpsia i higiene del rentat de mans. No és necessària ni es recomana l'aplicació de cap antisèptic (Imdad A, 2013; Stewart D, 2016).

Procediment per a la cura del cordó:

- Efectuar el rentat higiènic de mans.
- Netejar la base del cordó de restes de sang en el postpart. Després cal deixar el cordó exposat a l'aire, plegant la part superior del bolquer per que no tapi el cordó. Si s'embruta amb femta o orina, rentar amb aigua sabonosa la zona del voltant, eixugant-lo bé després.
- Valorar la presència de signes inflamatoris, secreció i mala olor. S'ha d'explicar als progenitors aquests signes, per tal que puguin realitzar-los després de l'alta.
- Tenir present que la infecció de les restes de cordó umbilical (funisitis) i dels teixits adjacents de la paret abdominal (omfalitis) poden ser l'inici d'una infecció neonatal greu.

5.10.2. Cura de la pell: bany, crema i altres dubtes

La primera higiene hauria de tenir lloc després de les primeres 24 hores després del naixement (AQUAS, 2013, MS, 2014; OMS, 2018). Si per raons culturals no és possible endarrerir-lo tant temps, al menys s'ha d'esperar a fer-lo després de les primeres 6 hores després del naixement.

Quant al vestit, s'ha de pensar en una o dues capes més de roba que els adults i l'ús de barrets (OMS, 2018), durant el primer dia.

Realment el bany no és necessari durant l'ingrés hospitalari i no és recomanable retirar el vèrnix amb sabó doncs té propietats hidratants i antisèptiques. També cal respectar l'olor del líquid amniòtic que el nadó conserva a les mans, perquè li pot donar seguretat i pot afavorir la lactància. Per tant, el bany d'immersió és millor posposar-lo uns quants dies i mentrestant fer una higiene suau del cap, i de la zona perineal quan calgui. L'aplicació de cremes i olis són igualment innecessàries aquests primers dies, pels mateixos motius.

Es desaconsellen les manyoples perquè dificulten l'exploració tàctil del nadó i el contacte amb la seva boca. No hi ha cap problema per llimar les ungles si el nadó s'esgarrapa.

5.10.3. Seguretat: posicions del nadó

La posició més segura per dormir serà panxa enlaire al bressol a prop del progenitors. Insistim en el fet que la mare i el nadó no s'han de separar i han d'estar a la mateixa habitació les 24 hores del dia.

6

Alimentació del nadó

6.1. Recomanacions per iniciar l'alletament matern

Es recomana oferir de manera activa a totes les mares suport dirigit a poder instaurar i mantenir la lactància materna de manera exclusiva i perllongada. Cal recordar en aquest punt, que queda prohibida la publicitat directa i indirecta de productes relacionats amb la lactància artificial dins els hospitals.

Es preferible que aquest suport es doni de manera individualitzada seguint els 10 passos recomanats per la [IHAN](#) (Iniciativa per a la Humanització de l'assistència al naixement i la lactància), hi ha prou evidència de la seva eficàcia (IHAN, 2011).

Procediments

- 1a. Complir en la seva totalitat el [Codi Internacional de Comercialització dels Succedanis de la Llet Materna](#) i les resolucions pertinents de la Assemblea Mundial de la Salut (OPS, 2005):
 - 1b. Formular una política escrita sobre l'alimentació d'infants en edat de lactar que es doni a conèixer periòdicament al personal i als progenitors.
 - 1c. Establir sistemes continus de supervisió i gestió de dades.
2. Procurar que el personal compti amb suficients coneixements, competències i habilitats per donar suport a la lactància materna.

Principals pràctiques clíniques

3. Conversar sobre la importància i maneig de la lactància materna amb les dones embarassades i les seves famílies (tasca realitzada en les sessions de preparació al naixement que ofereixen els ASSIR i a les consultes prenatales)
4. Facilitar el contacte pell amb pell immediat i ininterromput i donar suport a les mares perquè comencin a alletar als seus nadons el més aviat possible després del part.

5. Donar suport a les mares perquè comencin i mantinguin la lactància materna, i perquè puguin solucionar les dificultats normals.
6. No donar als infants un altre aliment o beguda que no sigui llet materna, a no ser que estigui mèdicament indicat.
7. Practicar l'allotjament conjunt, permetent que les mares i els nadons romanguin junts les 24 hores del dia.
8. Ajudar a les mares a reconèixer i respondre a les senyals que indiquen que el nadó necessita alimentar-se.
9. Aconsellar les mares dels inconvenients dels biberons i dels xumets.
10. Coordinar la sortida del centre de salut perquè les mares i els nadons puguin accedir oportunament al suport i l'atenció continuada.

6.2.1. Mantenir junts la mare i el nadó

La filosofia de treball en una maternitat ha de ser que la mare i el nadó romanguin junts les 24 hores del dia (pas 7 IHAN). És el factor fonamental per incrementar les oportunitats d'establir l'inici d'una adequada lactància i una bona vinculació.

6.2.2. Compartir llit

Hi ha evidència de que compartir llit a la maternitat o a casa ajuda a la instauració i el manteniment de la lactància materna en comparació a l'ús de bressol individual. El bressol sidecar és més segur que el llit de la mare per compartir espai ja que el nadó s'exposa durant menys temps a situacions potencialment perilloses. En absència d'aquest tipus de bressol i considerant que la pràctica de [compartir el llit](#) pot afavorir l'inici de l'alletament, és suggereix fer-ho de manera prou segura (MS, 2017).

S'ha d'informar als progenitors que ho vulguin sobre les condicions que afavoreixen la seguretat d'aquesta pràctica i assessorar de les situacions de risc conegudes:

- Compartir amb el nadó superfícies poc segures, massa toves, o la presència de coixins i edredons al llit.
- Prendre medicació sedant
- Fumar, prendre alcohol o drogues
- Compartir el llit amb altres persones que no siguin els progenitors (germans/es, animals domèstics..)

6.2.3. Postures per alletar

L'equip de professionals hauria d'ajudar a les mares a trobar la postura més còmode per elles i amb la que tinguin menys problemes per alletar.

Hi ha evidència d'uns principis bàsics que faciliten l'agafada al pit i la conseqüent transferència de llet i buidatge del pit:

- La mare ha de trobar-se còmoda amb la postura, l'ús de coixins pot ser útil.
- El cos del nadó ha d'estar en contacte estret amb el de la mare per facilitar el desplegament dels seus reflexes.
- El cap ha d'estar en front al pit, ben alineat amb el cos (el coll sense flexió ni girat). És preferible desplaçar el nadó que el pit de la mare.

- El mentó ha d'estar recolzat al pit amb el mugró per sobre del llavi superior, a l'alçada del nas. Així quan el nadó desplega el reflex de cerca i agafa el pit, el coll queda una mica estès enrere facilitant la coordinació succió, deglució i respiració. (**Figura 2**)
- És preferible afavorir l'agafada espontània. Quan la boca del nadó estigui ben oberta cal acostar-lo al pit i deixar que sigui ell sol que l'agafi. Si no ho aconsegueix, pot ser útil una agafada més dirigida
- Per donar una ajuda eficaç a les mares amb dificultats hem de tenir en compte les seves condicions físiques i la forma i mida dels seus pits. Aquesta darrera consideració ajudarà a identificar les posicions que poden afavorir que el nadó s'agafi adequadament al pit.



Figura 2

POSICIONS AL PIT

Posició de criança biològica, terme registrat per S. Colson (Figura 3)

- Mare semi-estirada (15° - 65°) i còmoda
- Nadó a sobre de la mare amb la cara entre els seus pits
- Permetre que sigui el nadó qui es desplaci cap al pit de la mare i faci una agafada espontània
- Aquesta posició (**figura 3**) és especialment útil quan hi han dificultats ja que posa en marxa els reflexos instintius. El nadó mou el cap i es desplaça buscant el pit matern
- Aquesta postura és adequada també quan hi ha dolor perineal



Figura 3

Posició clàssica de bressol (figura 4)

- La mare està asseguda.
- El cap del nadó reposa sobre l'avantbraç, i la mà de la mare és a l'esquena i no a les natges.



Figura 4

Bressol creuat (figura 5)

- Es una variació de la postura clàssica de bressol, permet una agafada més dirigida quan el nadó és petit o té dificultats.
- La mare dóna suport al cos del nadó amb un braç i amb el braç contrari, que correspon al pit que mama, aguanta el pit amb la mà en posició de sandwich.



Figura 5

Posició estirada (figura 6)

- Els primers dies pot resultar una posició de descans per la mare. Ella està estirada de costat de manera que el seu pit descansa sobre el matalàs. El nadó també està estirat de costat, mirant la mare i amb el cap reposant al matalàs, no al braç de la mare. És una postura útil durant les preses nocturnes.
- S'ha de desplaçar el nadó (no el pit) fins que el mugró estigui a l'altura del nas.



Figura 6

Posició de rugby (figura 7)

La mare subjecta el cos i el cap del nadó amb l'avantbraç i la mà del costat del pit que donarà, per tant li queda una mà lliure per poder dirigir l'agafada si li cal. El cos del nadó queda per sota del braç de la mare, i els peus dirigits cap a l'esquena de la mare.

És molt útil tenir un coixí per descansar el braç de la mare i el cos del nadó. Aquesta postura és especialment adequada en:

- Cesàries, per protegir la ferida quirúrgica
- Mares amb mames molt grans
- Per drenar el quadrant extern de la mama
- Per millorar l'agafada
- Per alletament simultani en bessons.



Figura 7

Posició del cavallet (figura 8)

- La mare col·loca al nadó assentat a cavall sobre la seva cuixa, amb el cap en front el pit.
- Amb una mà subjecta el nadó per l'esquena i amb l'altra aguantant el seu pit.
- Aquesta posició resulta útil en retrognàties i problemes de reflux.

6.2.4. Suport i valoració professional

Tal com ja hem esmentat, es recomana oferir de manera activa a totes les mares que ho vulguin un suport actiu per aconseguir un bon inici de l'alletament. Per tal d'augmentar l'eficiència de la intervenció caldria tenir en compte aquests passos de l'estratègia IHAN:

- 1b. Formular una política escrita sobre l'alimentació d'infants en edat de lactar que es doni a conèixer periòdicament al personal i als progenitors.
2. Procurar que el personal compti amb suficients coneixements, competències i habilitats per donar suport a la lactància materna."

Hi ha evidència de que la implementació de programes estructurats en els hospitals augmenta les taxes de lactància materna exclusiva durant la primera setmana de vida del nadó, al mes i als quatre mesos.

El puerperi és un moment delicat, de fragilitat física i emocional de la mare, que necessita aprendre i observar per satisfer les necessitats del nadó. Tal com diu la IHAN, "cal ajudar a les mares a reconèixer i respondre als senyals que indiquen que el nadó necessita alimentar-se" (Pas 8).

El suport professional durant aquests primers dies és fonamental i cal donar informació en aquest sentit:

- De la importància del contacte físic estret per afavorir les preses al pit.
- Es donarà als progenitors la informació adient sobre les petites quantitats de calostre que el nadó necessita els primers dies de vida, i sobre les propietats idònies que té, donada la seva composició. Aquestes petites quantitats de llet resulten adequades per la mida del seu estómac, l'ajuden a prevenir la hipoglucèmia i li són fàcils de gestionar a mida que aprèn a coordinar la succió, la deglució i la respiració.
- Animarem a alletar respectant les necessitats del nadó. S'ha d'informar sobre les hores de letàrgia inicial del nadó i dels seus cicles normals de vigília i de son. De quins són els seus ritmes d'alimentació en aquest període i de la irregularitat de la seva demanda.
- Aquests primers dies el nadó ha de poder mamar molt sovint, entre 8-12 cops al dia o més, dels dos pits o d'un, si així es queda satisfet. Cal informar com identificar precoçment quins són els signes de gana del nadó per poder atendre'ls.
- La parella també ha de conèixer la tècnica de l'alletament i ha de poder donar suport a la mare. La seva actitud davant de l'alletament repercutirà en la confiança de la mare.

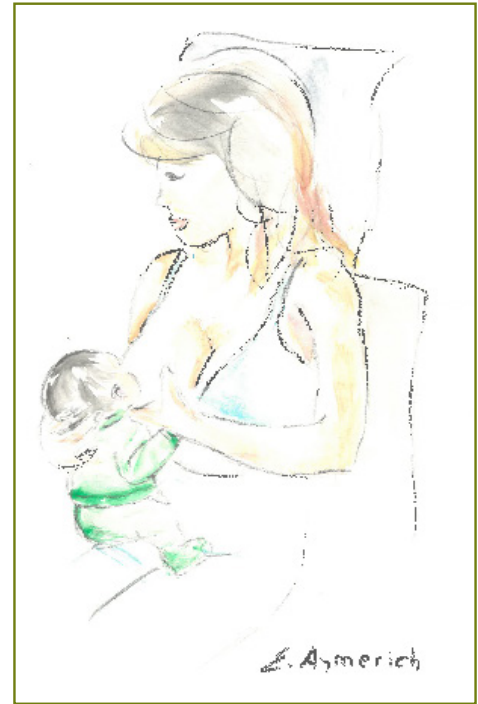


Figura 8

- Pot ser útil fer una xerrada educativa durant l'estada a la sala de maternitat, per elles i pels familiars de suport, abans de l'alta hospitalària.

La detecció precoç de problemes per part de l'equip professional durant aquest curt període és fonamental per tal de poder donar el suport adequat a cada cas.

En quant a la valoració de l'alletament, és molt important l'observació clínica de les primeres preses. Aquesta informació sobre l'alletament en relació a la postura, l'agafada i els signes de transferència de llet de la mare i del nadó s'ha de poder valorar objectivament.

La valoració de la presa per part de l'equip de professionals sanitaris amb una eina estandarditzada, pot ajudar a tenir en compte tots els aspectes importants relacionats amb l'alletament i facilita la comparació de la informació entre ells. Està recomanat fer aquesta valoració almenys un cop al dia durant l'ingrés hospitalari o com a mínim un cop durant l'estada a l'hospital.

Es proposen com a possibles eines d'observació (ANNEX 2):

- Escala d'avaluació de lactància materna (LATCH)
- Fitxa per l'observació de la presa de la Unió Europea.

És necessari que l'observació de la presa la porti a terme personal expert i que es faciliti formació sobre l'ús d'aquestes eines.

Es valorarà també l'estat de turgència del pit, la secreció de calostre i la presència de clivelles al mugró.

En general el nadó estarà fent una lactància adequada si:

- Aconsegueix fer un mínim de 8 preses eficaces en 24h, sense pauses de més de 6 hores
- Dona senyals de disposició per mamar al menys 8 cops al dia
- Està alerta al començament de la presa i quan està saciat deixa anar el pit espontàniament i es mostra satisfet i relaxat
- Demostra una bona agafada fent succions rítmiques, efectives i audibles.
- Mostra signes de bona hidratació
- Mostra un color normal de pell i de mucoses i no està massa ictèric
- Manté un patró adequat de deposicions i miccions, segons el dia de vida.

Dins la valoració global del procés caldrà tenir en compte altres aspectes com l'estat físic de la mare, la seva experiència prèvia i altres factors socials, familiars i culturals que puguin incidir en la instauració de la lactància.

En cas de bessons, és necessari fer un suport específic per la dificultat addicional.

En cas que la dona hagi de ser hospitalitzada (UCI inclosa), amb posterioritat a l'alta postpart, es recomana mantenir l'alletament matern i per tant els centres hospitalaris haurien de disposar d'un protocol de suport a aquesta situació que garanteixi la producció de llet (NHS, 2017).

6.2.5. Extracció de llet

Es recomana que les mares de nadons que no hagin començat a succionar de manera eficaç o hagin estat separades dels seus nadons, s'extreguin el calostre precoçment.

Està indicada l'extracció manual de calostre perquè optimitza la quantitat obtinguda durant els primers dies. En cas de que la mare no se senti a gust emprant la tècnica manual, se li oferirà informació sobre els dispositius per fer l'extracció mecànica. Qualsevol dels mètodes escollits necessiten de la informació i el suport de personal sanitari amb formació.

Abans de l'extracció caldrà un rentat de mans i un lloc tranquil i còmode per fer-ho, si pot ser a prop del nadó millor. És important saber que abans de qualsevol tipus d'extracció és convenient estimular el reflex d'ejecció i cal explicar a la mare quina és la millor manera de fer-ho (**Figura 9**). S'aconsellen tres passos:

- Fer massatge pressionant fermament el pit amb els dits amb un moviment circular en un mateix punt sense lliscar-los sobre la pell.
- Acaronar o pentinar des de la perifèria del pit cap al mugró, a tot el pit.
- Sacsejar suaument els dos pits inclinada cap a davant.

Segons la [GPC](#) sobre lactància materna del Ministeri de Sanitat (MS, 2017), l'extracció pot ser:

Extracció manual o tècnica de Marmet

És la millor manera d'aconseguir calostre els primers tres dies després del part, i més tard pot ser convenient per fer extraccions ocasionals. Sempre precedit del massatge ja citat.

Extracció amb tirallet manual

Igual que l'extracció manual, es pot fer servir per extraccions ocasionals amb menys manipulació que l'extracció manual. Cal fer atenció a la mida dels mugrons per tal de fer servir una talla adequada de l'embut de l'extractor. Una talla massa gran o petita pot donar com a conseqüència un mal buidatge i/o lesions areolars, tant en els tirallets manuals com als elèctrics.



Figura 9

Extracció amb tirallet elèctric simple

És més còmode que l'extractor manual ja que porta un petit motor que simplifica el seu ús. Aquest mètode resulta eficaç quan hi ha necessitat de buidar freqüentment el pit.

Extracció amb tirallet elèctric doble

Té un funcionament similar a l'anterior però que permet buidar els dos pits alhora. És ideal quan es necessita un estímul intens i continuat, i resulta més ràpid i eficaç que el tirallet simple.

6.2.6. Conservació i emmagatzematge

Quan la lactància directa al pit no és possible, la llet humana emmagatzemada manté qualitats úniques i continua sent el producte de referència per a l'alimentació infantil.

Pautes per l'emmagatzematge

- Les mares han de rentar-se les mans amb aigua i sabó abans de l'extracció de llet. Sabem que la llet menys contaminada manté millors nivells de proteïnes.
- Els equips d'extracció de llet han de rentar-se totalment desmuntats amb aigua i sabó o en un rentaplats i eixugats a l'aire o amb paper. No cal esterilitzar-los.
- La llet humana no s'ha d'emmagatzemar en contenidors hospitalaris per altres fluids corporals, perquè no hi ha prou evidència de la seva seguretat química i dels efectes sobre la salut dels nadons. Només són adequats envasos aptes per ús alimentari de plàstic dur, vidre i bosses específiques per guardar llet materna.
- Cal identificar la llet amb la data d'extracció i el nom del nadó si està a l'hospital.
- Per tal de no rebutjar llet, cal guardar-la en petites quantitats, entre 15-60 ml.
- La llet fresca es pot barrejar amb la congelada, sempre i quan la primera hagi estat refredada en menor quantitat que la congelada, de manera que al barrejar-se, la llet fresca no liqüi la capa superior de la llet congelada.

Ús de la llet emmagatzemada

- Usar preferentment la llet fresca, és de millor qualitat
- La llet no cal escalfar-la, es pot utilitzar a temperatura ambient o temperar-la submergint-la amb aigua tèbia
- Hi ha dues opcions per la descongelació: posar-la a la nevera durant unes hores o si cal un mètode més ràpid, endinsar el recipient en aigua tèbia. La descongelació lenta a la nevera ofereix menys pèrdua de greixos que la descongelació amb aigua tèbia.
- Un cop la llet està descongelada, la seva capacitat d'inhibir el creixement bacterià disminueix, sobretot passades 24h. Aquest és el temps màxim per utilitzar-la i no es pot tornar a congelar.
- La llet humana descongelada no ha d'estar a temperatura ambient més de 2 h.
- La llet sobrera d'una presa s'ha de rebutjar, per això es recomana oferir-la en petites quantitats.

Temps de conservació de la llet

Depenent de les condicions d'higiene en què s'hagi fet la recollida de la llet, varia el temps de conservació. Com més neta sigui l'extracció, més temps podem conservar la llet.

Quadre 2. Temps de conservació de la llet

Lloc	Temperatura	Temps
Temperatura ambient	16-22 °C	4-8 h
Nevera	4 °C	4-8 dies
Congelador	-18 °C	3-6 mesos

Font: Eglash A, Simon L. ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants, Revised 2017. *Breastfeed Med.* 2017 Sep 1;12(7):390–5.

Si la dona té molta llet, pot optar per donar-ne a altres mares amb nadons en situació especial, com ara els nadons prematurs, amb malalties digestives, amb deficiència immunitària o que han estat sotmesos a cirurgia de l'aparell digestiu.

El banc de llet materna recull a casa de les mares donants la llet donada, en fa el tractament i l'anàlisi, i la subministra a les unitats de neonatologia dels hospitals, amb prescripció mèdica.

Per ser donant, s'ha d'informar la dona que s'ha de posar en contacte amb el [Banc de llet de Catalunya](#):

6.2.7. Suplements i mètodes d'administració

“No donar als nadons altre aliment o beguda que no sigui llet materna, a no ser que estigui medicament indicat” (pas 6 IHAN).

No hi ha cap raó per suplementar rutinàriament amb aigua o aigua amb glucosa l'alimentació dels nadons.

És important garantir a les mares la informació i el suport necessari per resoldre les dificultats que poden presentar-se amb la lactància.

Es recomana que l'equip de professionals sanitaris conegui els motius mèdics pels quals pot ser necessari l'ús de suplements en una criatura sana, per evitar donar-los innecessàriament.

La suplementació amb llet de fórmula alenteix el buidatge gàstric, genera somnolència i disminueix les preses al pit. També altera la flora intestinal del nadó i interfereix en la producció de llet de la mare.

Una administració inapropiada de suplements també pot socavar la confiança de la mare en la seva capacitat per satisfer les necessitats nutricionals del nadó.

Per tant, abans de qualsevol suplementació és important fer una avaluació formal de cada parella mare-nadó, incloent-hi una observació directa de la presa per un expert en lactància.

Amb tot, si el nadó té criteris mèdics per rebre suplementació:

1. La llet materna espresmada de la mare és la primera opció. L'expressió manual pot produir millors volums que un tirallet en els primers dies i augmentar el subministrament global de llet. El massatge o la compressió mamària juntament amb l'expressió amb un tirallets, també pot incrementar la llet disponible.

2. En cas que el volum del calostre de la pròpia mare no satisfaci les necessitats del nadó, és preferible la llet materna de donant a qualsevol altre llet.
3. Si no se'n disposa, es poden utilitzar llets de fórmula d'inici o bé fórmules hidrolitzades en infants amb història familiar de primer grau d'atòpia.

Mètodes d'administració de suplementes

"Aconsellar a les mares dels inconvenients dels biberons i els xumets" (pas 9 IHAN).

Es recomana que els nadons que requereixen l'administració de suplementes els rebin mitjançant el mètode que millor s'adapti a seves necessitats i les de la seva mare, evitant l'ús de tetines sempre que sigui possible. Les alternatives al biberons poden ser, la cullereta, el vas, dit-xeringa, dit-sonda, el relactador (GPC, 2017).

Per decidir la millor opció en cada cas, cal tenir en compte criteris com la quantitat del suplement, la durada prevista, la facilitat d'ús i de neteja, el cost i les preferències maternes i del nadó.

6.2.8. Fàrmacs i alletament

En cas de trobar-nos amb una prescripció farmacològica concreta, haurem de consultar el web e-lactancia.org, per tal de seguir les pautes més adequades (nivell de seguretat, interaccions...). Aquest web és recomana tant per a professionals com per a dones.

Abans de suspendre cap fàrmac es consultarà el metge o metgessa prescriptor del mateix per tal de valorar els beneficis/efectes adversos en cada cas concret.

6.2.8.1. Galactogogs

Tot i què l'evidència científica és limitada, els estudis apunten a favor de l'ús de galactagogs (farmacològics i herbals) per augmentar la producció de llet (Bazzano A, 2016; Grzeskowiak LE, 2019), si després de posar en pràctica la resta de mètodes existents (observació de la pressa per assegurar una tècnica correcta i extracció freqüent de llet), no s'han obtinguts resultats. La medicació amb galactogogs, no pot substituir l'avaluació i la recomanació sobre la lactància materna.

Quan després de valorar potencials riscos i beneficis, es decideix prescriure un galactagog, s'hauria de fer seguint les recomanacions de guies i protocols específics (Brodrigg W, 2018) d'acord amb professionals experts.

Es poden fer servir en aquests supòsits:

Hipogalàctia: és recomanable que un expert diagnostiqui la causa d'una veritable hipogalàctia, abans de l'ús de fàrmacs. S'han d'avaluar les possibles causes mèdiques de la poca producció de llet: Embaràs, medicacions, insuficiència glandular, cirurgia mamària, Síndrome d'Ovari Poliquístic, hipotiroïdisme, retenció de placenta, hemorràgia post-part... En aquests casos la prescripció d'un galactagog no seria eficaç.

Relactació: malaltia materna o del nadó, mares de nadons prematurs amb progressiva disminució de producció...

Inducció d'una lactància en una mare no biològica: els fàrmacs més utilitzats són la domperidona i la metoclopramida.

6.3. Ús del xumet

“Informar les mares dels inconvenients dels biberons i els xumets” (pas 9 IHAN).

L'ús del xumet no ha mostrat portar cap benefici en el manteniment de la lactància, per contra, existeix una certa evidència dels perjudicis que comporta en la instauració de l'alletament, i s'ha de restringir l'ús a casos d'indicació mèdica.

Es recomana doncs, evitar l'ús del xumet durant el primer mes de vida en els nadons alletats al pit, o fins que la lactància estigui instaurada amb èxit.

Les famílies sovint reben informacions contradictòries sobre el xumet: d'una banda la interferència amb l'alletament i de l'altre la protecció sobre el risc de patir una mort sobtada del lactant (AEPED, 2011), per tant és necessari oferir informació objectiva que ni forci al seu ús ni que l'estigmatitzi.

En el cas dels nadons alletats amb llet de fórmula, hi ha evidència que l'ús del xumet mentre el nadó dorm pot reduir el risc de patir un BRUE (AEPED, 2014).

6.4. Ús de mugroneres

Actualment no existeixen pautes professionals per l'ús de mugroneres, però l'equip de professionals de la salut ha de poder donar una raó fonamentada per utilitzar-les, doncs el seu ús es una intervenció (Wilson-Clay B, 2015).

Les raons per emprar-les poden ser:

- Ajudar al nadó a agafar-se al pit quan la mare té uns mugrons massa plans o invertits (la poca elasticitat empitjora amb la ingurgitació).
- Proporcionar protecció per la mare amb mugrons lesionats i dolorosos.
- Nadons nascuts prematurament.

En qualsevol cas s'ha de fer una avaluació de la dificultat per personal expert. L'ús de les mugroneres sense el seguiment professional adequat implica riscos, la mugronera no millorarà la situació si el nadó no està agafat al pit correctament.

6.5. Contraindicacions per alletar

A la pràctica son poques les situacions que contraindiquen la lactància materna (Diaz-Gomez N, 2005).

CONDICIONS DEL NADÓ

- Dèficit primari congènit de lactasa
- Alguns errors innats del metabolisme poden requerir suplementes (fenilcetonúria, malaltia del xarop d'auró).
- Galactosèmia excepte la variant de Duarte, en la que és possible la lactància parcial.

CONDICIONS DE LA MARE

Infecció pel virus de la Immunodeficiència Humana (VIH)

La infecció materna pel VIH és una contraindicació en llocs on l'alimentació artificial és acceptable, viable, assequible, sostenible i segura.

En el nostre medi, l'alletament matern del nadó nascut de mare VIH positiu és una via de transmissió amb un risc directe del 10-16% i per tant està contraindicat. Cal alimentar-lo a partir de llet materna donada provinent del Banc de llet o bé amb fórmula artificial adaptada.

El programa Dida és un programa del Departament de Salut de Catalunya que consisteix en el subministrament gratuït de llet infantil durant el seu primer any de vida a tots els nadons de mares seropositives. (Més informació: sida.salut@gencat.cat).

Infecció pel virus de la varicel·la

Si la varicel·la apareix des dels 5 dies abans o fins 48 horas després del part, es recomana la separació de la mare i el nadó i l'alimentació amb llet materna extreta fins que la mare deixi de ser contagiosa, administrant Ig anti Varicella-Zoster a l'infant, tan aviat com sigui possible. Evitar el contacte amb lesions cutànies (en les criatures més grans, no es recomana la separació de la mare i el nadó, doncs la mare ja podia contagiar abans de l'aparició de les lesions a la pell i per tant l'infant ja ha estat exposat). S'aconsella consultar a professionals experts en aquest camp.

Infecció pel virus de l'Herpes

Les mares amb lesions herpètiques actives al pit(s) no haurien d'alletar amb el pit afecte, però poden fer-ho amb el pit que no està afectat. La llet pot ser extreta del pit afectat ja que no hi ha risc de transmissió a través de la llet. Però, aquesta pot contaminar-se a través de l'extractor si aquest entra en contacte amb les lesions. En aquest cas la llet ha de rebutjar-se i cal animar la mare a fer extraccions descartant la llet, per tal de mantenir la producció fins que es pugui reprendre l'alletament.

Infecció pel virus de l'Ebola

Si se sospita (fins que es descarta) o es confirma la infecció per virus de l'Ebola en la mare.

Mares amb virus linfotrópics de cèl·lules T humanes tipus I o tipus II

Brucelosi materna no tractada

Tuberculosi

Les mares amb tuberculosi pulmonar activa no tractada (fins que deixen de ser contagioses: 15 dies de tractament) no haurien d'alletar, el nadó pot rebre la llet extreta de la mare. No obstant, a menys que el diagnòstic hagi estat fet en els 15 dies previs al part, l'infant haurà estat exposat en el moment del diagnòstic i haurà de rebre profilaxis amb isoniazida. Per tant, potser no hi ha raó per separar-los si el nadó ja està sent tractat. Es recomana consultar professionals experts.

Consum de medicaments

Durant el tractament amb alguns medicaments com la quimioteràpia, s'ha de plantejar l'aturada temporal o permanent de la lactància materna.

Consum matern de drogues en el moment actual

Cal desaconsellar als progenitors el consum d'alcohol, tabac i altres drogues durant l'alletament. En el cas de consums d'alt risc o de possible dependència es desaconsellarà la lactància materna. En altres casos on el consum sigui de baix risc o risc moderat si la dona vol seguir alletant, tot i la contraindicació, abans d'arriscar-nos a que la dona es desvinculi del servei, es pot intentar un abordatge de reducció de danys que inclogui una anàlisi de costos-beneficis cas a cas. Cal recomanar a la dona consumir el menys possible i pautes clares de quan i com alletar i quan no fer-ho. En dones en programa de manteniment amb opiacis es recomana la lactància materna perquè pot reduir la severitat de l'abstinència neonatal (Jansson LM, 2019; McLafferty LP, 2016).

6.6. Inhibició de la lactància

Hi ha diverses situacions en les que pot ser necessària la inhibició de la lactància materna:

- Les mares que han decidit no alletar, les que hagin patit una mort perinatal o bé les que han de suprimir l'alletament per una indicació mèdica clara.
- S'ha de decidir conjuntament amb la mare quina és l'estratègia millor per ella, depenent de les seves circumstàncies.

Es donarà una informació adequada sobre les opcions que té:

- La supressió amb mètodes no farmacològics que ajuden a suprimir la lactància de manera natural. Això vol dir, evitar qualsevol estimulació innecessària.
- La supressió amb mètodes farmacològics, que ajuden a inhibir la lactància i a disminuir els símptomes associats (cabergolina). Aquesta medicació ha de ser indicada per un/a professional de la medicina, contemplant els possibles efectes secundaris. Està documentat que en algun cas es pot donar un efecte rebot al cap d'1-2 setmanes, i la mare pot experimentar sensació de plenitud mamària i fugues de llet.

En ambdós casos s'han d'oferir mesures generals que ajudin a la mare a controlar la simptomatologia: analgèsia si cal, ús de sostenidors adequats, no restringir la ingesta hídrica, alleujar la pressió del pit amb una discreta expressió de llet, etc.

Potencialment les mares que decideixen no alletar poden patir estrès o dolor que cal acompanyar. En el cas de les mares que han patit una mort perinatal, algunes poden optar per suprimir gradualment l'alletament i això pot ajudar en el seu procés de dol. Oferir la possibilitat de fer donació d'aquesta llet en algun cas també pot ajudar. Les mares que trien aquesta opció han de rebre un suport especial per part de tot el personal sanitari.

6.7. Administració de Vitamina D

La vitamina D és important per la prevenció del raquitisme en les criatures. Diversos organismes internacionals recomanen que els infants menors de 12 mesos rebin un aport de 400 UI de vitamina D al dia (Ares Segura S, 2016; Ortigosa-Gómez S, 2018), independentment del tipus d'alimentació.

La principal font de vitamina D és l'exposició solar. En el nostre medi, en situació de normalitat ambiental i amb hàbits dietètics adequats, no seria necessària cap suplementació. No obstant això, entre la població sana n'hi ha una part que necessitarà suplement de vitamina D, en forma de vitamina D₃ (colecalfiferol), 400UI al dia: prematurs, lactants que prenguin exclusivament pit, ètnies amb pigmentació fosca de la pell, ingressos perllongats en centres sense exposició solar i famílies de cultura dietètica o estils de vida que puguin comportar risc nutricional general o disminució de l'exposició solar.

Els hàbits de vida han canviat en pocs anys, es fa poca activitat a l'aire lliure, sempre amb roba i amb protectors solars. Les mares que alleten no sintetitzen suficient quantitat de vitamina D per cobrir les necessitats dels nadons, recomanant la suplementació diària amb vitamina D₃. A Espanya, el grup de treball sobre Prevenció en la Infància i l'Adolescència de l'Associació Espanyola de Pediatria d'Atenció Primària i el Comitè de Lactància Materna aconsellen també l'administració de suplement de vitamina D a tots els infants menors de 12 mesos que no prenguin almenys 1 litre de llet al dia.

6.8. Alimentació amb fórmula adaptada

Tal com hem comentar, cal oferir informació específica i suport a les mares que han decidit no alletar, i animar-les a practicar amb freqüència contacte pell amb pell per tal de promoure el desenvolupament del vincle amb el nadó. Està demostrat que aquests nadons passen més temps al bressol que els nadons alletats al pit.

Es donarà [informació](#) adient sobre com preparar i donar els biberons de forma segura.

7

Cribratges sistemàtics al nadó

A Catalunya, ara fa 50 anys que s'ha instaurat el cribratge sistemàtic de malalties congènites a partir d'una mostra de sang del taló del nadó. En aquest moment aquest cribratge inclou la detecció precoç de 24 malalties:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acidúria glutàrica tipus I • Acidèmia isovalèrica • Acidèmia metilmalònica (Cbl A, Cbl B) • Acidèmia metilmalònica (Cbl C, Cbl D) • Acidèmia metilmalònica (Mut) • Acidèmia propiònica • Anèmia de cèl·lules falciformes (ACF) • Citrul·linèmia tipus I • Def. de carnitina palmitoiltransferasa I • Def. de carnitina palmitoiltransferasa II • Deficiència de 3-hidroxi-3-metilglutaril-CoA liasa • Deficiència de beto-cetotilasa • Def. d'acil-CoA deshidrogenasa de cadena mitjana | <ul style="list-style-type: none"> • Def. d'acil-CoA deshidrogenasa de cadena molt llarga • Def. 3-hidroxi-acil-CoA deshidrogenasa de cadena llarga/def. de proteïna trifuncional mitocondrial • Dèficit múltiple d'acil-CoA deshidrogenasa • Dèficit en la captació cel·lular de la carnitina • Fenilcetonúria • Hipotiroïdisme congènit • Homocistinúria • Immundeficiència Combinada Greu • Fibrosi quística • Malaltia del Xarop d'Auró • Tirosinèmia tipus I |
|---|--|

Per a la realització d'aquests cribratges, s'ha de sol·licitar el consentiment informat (escrit quan es tracti de proves genètiques), als progenitors, d'acord amb la legislació vigent ja esmentada.

7.1. Programa de cribratge neonatal (PCN)

- S'ha d'oferir a tots els nadons, independentment de l'edat de gestació i del pes en el moment del naixement; independentment del seu tipus d'alimentació, o de l'existència de patologia o tractaments (encara que aquestes dades es faran constar específicament a l'apartat d'observacions). Aquest cribratge ha de ser prioritari en totes les unitats neonatals, i en especial les de patologia neonatal, per tal d'evitar que l'assistència al nadó malalt faci retardar o oblidar la seva realització.
- S'ha de fer tant aviat com sigui possible a partir de les 48 hores de vida del nadó, i no més tard de les 72 hores. Si el nadó és alletat per la seva mare, es recomana realitzar la presa de mostres mentre està alletant.
- Si es dona l'alta hospitalària abans de les 48 hores, o bé es té un part a domicili, s'informarà convenientment els progenitors del nadó i se'ls recomanarà que si el professional de llevadoria va al domicili, pot extreure la mostra i portar-la a l'ASSIR perquè la passin a recollir segons el sistema de transport acordat o bé, si els progenitors ho prefereixen, poden portar la criatura a l'equip de pediatria d'AP per obtenir la mostra de sang de taló entre les 48 i les 72 hores de vida del nadó. Si per qualsevol motiu no s'ha pogut realitzar aquesta presa de mostra en els períodes esmentats, es farà posteriorment, independentment de l'edat de l'infant, ja que es pot beneficiar del cribratge.
- Si es preveu una transfusió de sang, de plasma o de la realització de diàlisi, cal recollir la mostra abans.

En cas que això no sigui possible:

- Si s'ha transfós concentrat d'hematies, es farà l'extracció pel PCN en 2 terminis: una primera presa de mostra quan hagin passat 7 dies de la darrera transfusió i una segona als 3 mesos (per poder analitzar les hemoglobines)
- Si s'ha transfós concentrat de plaquetes o plasma, la mostra s'agafarà quan hagin passat 7 dies de la darrera transfusió.
- Si s'ha realitzat una exsanguinotransfusió, es realitzarà una primera presa de mostra al cap de 14 dies, i una segona als 3 mesos (per poder analitzar les hemoglobines).
- Una exsanguinotransfusió parcial (com a conseqüència de les poliglobúlies) no ha de comportar cap retard en la presa de la mostra.
- Si s'ha recollit la mostra abans de les 48 hores per haver-se realitzat d'una transfusió, cal recollir una nova mostra al cap de 7-14 dies post transfusió (per assegurar el diagnòstic de les metabolopaties i l'hipotiroïdisme).
- Si, pel motiu que sigui, la mostra s'obté més enllà dels 40 dies de vida, no és vàlida per la determinació de tripsina immunoreactiva (cribratge de fibrosi quística), i el laboratori de bioquímica de referència del PCN remetrà els nadons a la Unitat de Referència per a la realització del test de la suor quan assoleixi el pes idoni.

Cal seguir el mètode correcte per assegurar l'adequada recollida de sang, així com la correcta impregnació del paper cromatogràfic que s'inclou en el sobre del programa oficial de cribratge precoç neonatal.

La metodologia de recollida s'especifica en el full d'instruccions inclòs dins del sobre on van la fitxa d'identificació i els cartonets per recollir les mostres de sang del taló.

La fitxa d'identificació s'ha d'emplenar contemplant totes les variables que es demanen. Dins aquest sobre també hi ha informació per entregar als progenitors, sobre els objectius i la importància del PCN.

L'hospital ha de garantir la tramesa correcta (idealment diària) de mostres al laboratori de referència de Catalunya.

Si el resultat del cribratge és positiu, s'informarà als progenitors, per tal que portin al nadó a les Unitats de Referència, on hi ha el personal i les instal·lacions adequades per al diagnòstic i tractament de cada malaltia i que són:

- **Anèmia de cèl·lules falciformes (ACF)** - Hospital Vall d'Hebron
- **Fenilcetonúria** - Hospital Sant Joan de Déu
- **Hipotiroidisme** - Hospital Vall d'Hebron
- **19 malalties metabòliques** - Hospital Vall d'Hebron, Parc Taulí i Sant Joan de Déu
- **Fibrosi quística** - Hospital Vall d'Hebron, Parc Taulí i Sant Joan de Déu
- **Immunodeficiència global combinada** - Hospital Vall d'Hebron

Els progenitors poden negar-se a conèixer l'estat de portador d'ACF. Si no ho fan, seran informats del resultat.

7.2. Cribratge de la hipoacúsia

Cal efectuar la detecció precoç d'hipoacúsia mitjançant els potencials evocats auditius automatitzats (PEAs) a tots els nadons abans de l'alta hospitalària o a l'Atenció Primària, en funció de l'edat de la criatura en el moment de l'alta. Aquest cribratge permet identificar els nadons que tenen una pèrdua auditiva igual o més gran a 40m dB, i aplicar, si cal, el tractament adequat i fer-ne el seguiment oportú. (Decret 4/2015).

- Si el nadó passa la prova: cal seguir avaluant l'audició al llarg del seu desenvolupament
- Si el nadó no passa la prova: es repetirà al mes de vida i també s'ha de fer una PCR per citomegalovirus (CMV) en orina o en saliva, en els primers 14 dies de vida per descartar CMV congènit. Quan es confirmi la hipoacúsia s'ha d'enviar al centre CREDA (Centre de Recursos Educatius per infants amb Dèficits Auditius) que li correspongui per zona.
- En els nadons de risc cal repetir els PEAs segons el protocol de seguiment específic per cada patologia, encara que hagin estat normals en el període neonatal.

Factors de risc (Vos B, 2015)

- **Alt:** infecció congènita per CMV, sífilis, toxoplasma, rubèola; malformacions o síndromes associades a sordesa
- **Moderat:** història familiar de sordesa d'inici precoç en familiars de primer grau, consanguinitat, síndrome alcohòlica fetal, hiperbilirubinèmia que ha requerit exsanguinotransfusió, hipotiroidisme, meningitis o condicions que han precisat consulta amb neurologia
- **Baix:** infecció congènita per herpes virus, malformacions aïllades del pavelló auricular (apèndix, fossetes sacres, paladar fes), pes al néixer <1500g, Apgar als 5' de 0 a 6, drogues d'abús durant la gestació, ingrés a la UCI neonatal durant més de 5 dies, ventilació mecànica >24 hores o fàrmacs ototòxics.

7.3. Cribatge de cardiopaties congènites crítiques

S'ha de realitzar a tots els nadons, independentment de l'exploració física i del resultat de l'ecografia prenatal (Plana MN, 2018; IQWiG Reports, 2015). Té com a objectiu el diagnòstic de cardiopaties congènites crítiques que poden haver passat desapercebudes a l'ecografia fetal i la detecció d'altres condicions potencialment greus com hipertensió pulmonar o infeccions (Sánchez Luna M, 2018; Plana MN, 2018)

Mètode: mesura simultània de la saturació d'oxigen (SatO₂) preductal (mà dreta) i postductal (qualsevol dels dos peus).

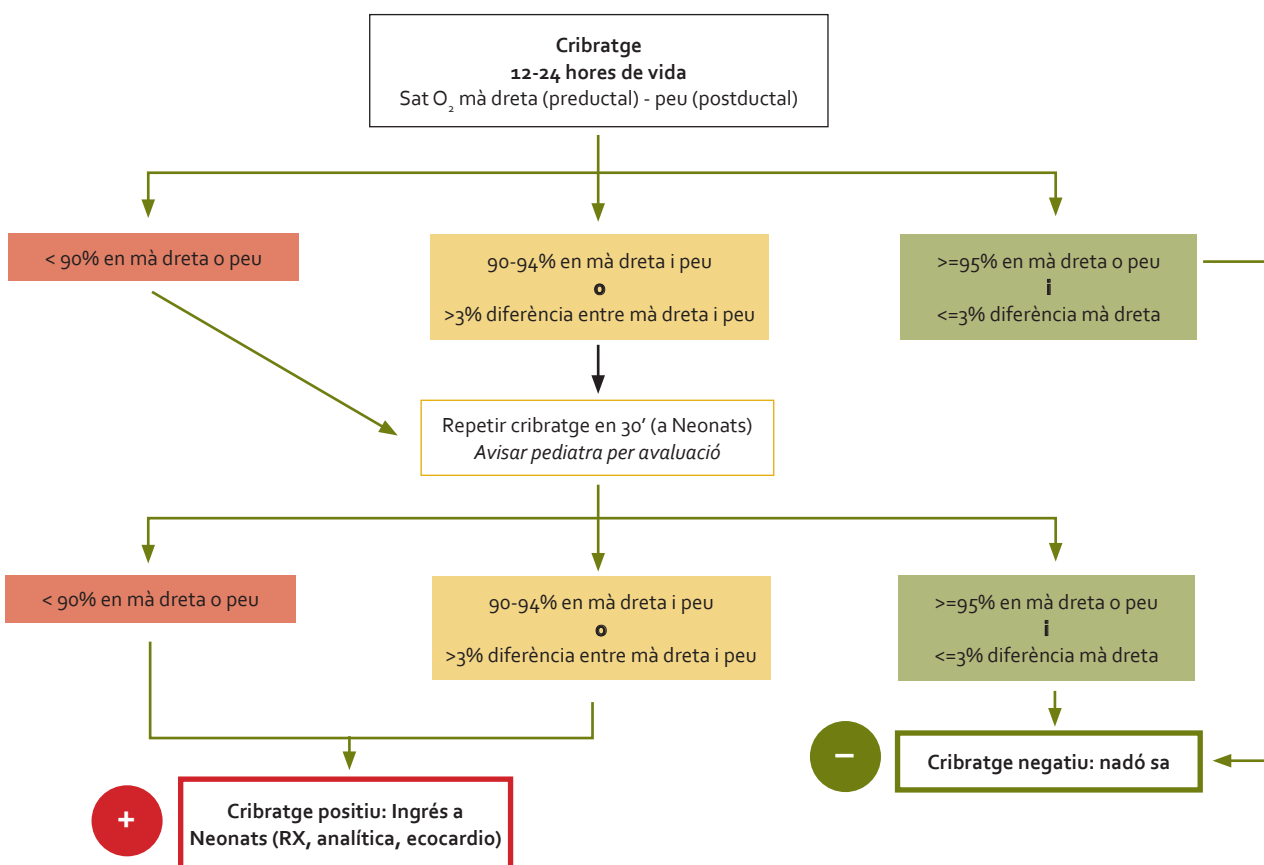
Moment: 12-24 hores de vida. En qualsevol cas, sempre s'ha d'efectuar abans de l'alta.

Actuació segons resultats:

- >95% en les dues localitzacions: cribatge negatiu.
- 90-94% o diferència pre-postductal >3%: avaluar clínicament i repetir en 30'. Si valor persisteix o < 90% en qualsevol de les dues mesures: ingrés a Neonatologia i avaluació clínica immediata
- <90% en qualsevol de les dues localitzacions: ingrés i avaluació immediata.

La figura 10 ens mostra l'esquema d'actuació per diagnosticar les cardiopaties congènites crítiques.

Figura 10. Algorisme del cribatge de cardiopaties congènites



7.4. Cribatge de la hiperbilirubinèmia patològica

- En qualsevol nadó donat d'alta abans de les 72 hores s'ha de fer un avaluació del risc d'hiperbilirubinèmia patològica a l'alta.
- Cal determinar la bilirubina en nadons amb icterícia i/o amb factors de risc (AAP, 2004)
- Factors de risc per hiperbilirubinèmia: < 38 SG, antecedent de germà que va precisar fototeràpia, icterícia iniciada en les primeres 24 hores, lactància materna exclusiva amb pes en descens a l'alta i no establiment dels signes d'aportació alimentària, Test de Coombs positiu.

També es pot estimar el risc en funció del clàssic nomograma de Bhutani, però el seu VPN no és suficient com per a utilitzar-lo com a eina única (Sánchez Redondo MD, 2017; NICE, 2016). La taula 15 ens mostra els valors de risc de desenvolupament d'aquesta malaltia, en funció dels valors de bilirubina sèrica (en mg/dl), en el moment de l'alta.

Taula 15. Nomograma de Bhutani

	24 hores	40 hores	48 hores	60 hores	72 hores
Risc baix	5	8	8,5	9,5	11
Risc mitjà	6	10	10	13	13
Risc alt	8	12	13	15	16

Es pot usar el bilirubinòmetre transcutani en nadons amb icterícia a partir de les 24 hores.

Criteris per demanar determinació de bilirubina total en plasma:

- Bilirubina transcutània (BTC) igual o superior a 14,6 o a 3mg/dl o menys del valor teòric per rebre fototeràpia
- BTC a un 70% o més del valor recomanat per rebre fototeràpia.

Les famílies han de rebre informació sobre com vigilar la icterícia i els signes d'aportació alimentària i els motius per tornar a consultar. Cal assegurar el control precoç en nadons donats d'alta sense criteris de fototeràpia però amb factors de risc o amb valors de bilirubina propers al rang de fototeràpia.

Les figures 11 i 12 ens mostren els indicadors de fototeràpia i d'exasanguinotransfusió, segons hores de vida i nivell de risc

Figura 11. Indicadors de fototeràpia segons hores de vida i nivell de risc

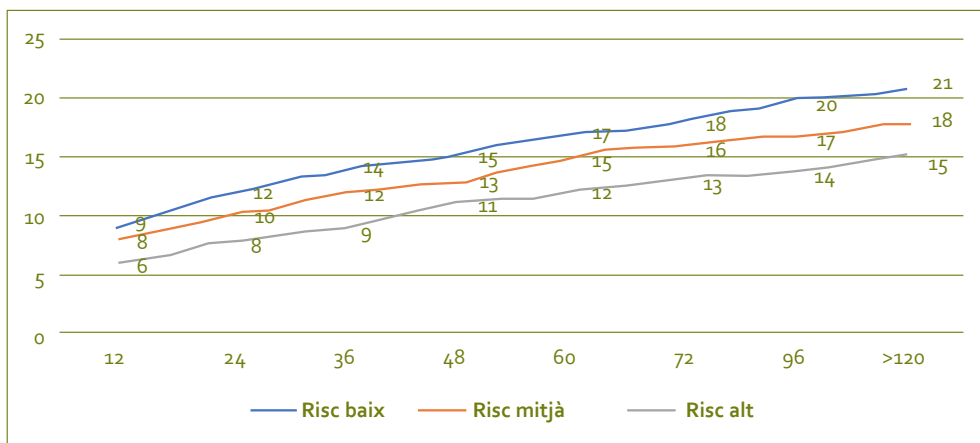
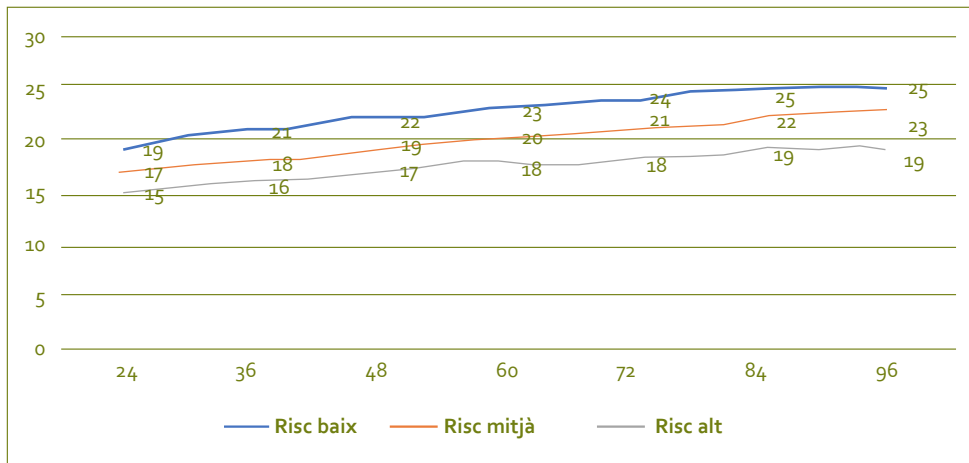


Figura 12. Indicadors d'èxanguinotransfusió segons hores de vida i nivells de risc



La **taula 16** mostra els nivells de risc:

Taula 16. Nivells de risc

Risc baix	Risc intermedi	Risc alt
≥38 SG. No patologia associada	≥38 SG amb factors de risc per neurotoxicitat: malaltia hemolítica al·loimmune, dèficit de glucosa-6-fostatdeshidrogenasa asfíxia, letargia excessiva, inestabilitat tèrmica, sèpsia, acidosi o albúmina <3g/dl	35-37,6 SG amb factors de risc per neurotoxicitat
	35-37.6 setmanes sense factors de risc per neurotoxicitat	

8

L'alta de la mare i el nadó

Donada la importància d'establir un estret vincle entre mare i nadó que ajudi a viure una maternitat positiva i relaxada i alhora faciliti al màxim l'establiment de l'alletament matern exclusiu cal plantejar l'alta de mare i nadó de forma conjunta.

Per això sempre que es pugui s'evitarà una separació innecessària de mare i nadó: en el cas que el nadó requereixi un control més prolongat s'hauria d'intentar facilitar l'estada conjunta amb la mare fins al moment en que puguin marxar d'alta plegats i en el cas que sigui la mare la que requereixi més cures, el nadó hauria de restar amb ella fins al moment de l'alta, sempre que sigui possible.

8.1. El moment de l'alta

El moment de l'alta de mare i nadó vindrà donat per la seva evolució clínica. L'alta hospitalària després d'un part, en els parts vaginals no complicats, habitualment es dona a les 48h. En aquest moment, s'ha d'informar sobre la conveniència de realitzar les visites de control a l'AP al cap de 2-3 dies per part dels professionals de llevadoria i de pediatria.

És un bon moment per realitzar la presa de mostra de sang de taló del nadó per al cribratge neonatal.

En el cas de part distòcic per instrumentalització o cesària serà l'estat clínic de la mare el que indiqui el moment de l'alta conjunta de mare i nadó.

L'alta abans de les 48h també serà possible i és segura si es donen les condicions adequades (Benahmed N, 2017; MS, 2014).

A l'alta de la dona amb antecedents de trastorn mental cal assegurar el seguiment del tractament farmacològic recomanat i la vinculació al centre de salut mental (CSMA) o al centre d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS). En el cas que es detectin problemes de salut mental d'aparició en el postpart o sense vinculació prèvia a la xarxa de salut mental es sol·licitarà interconsulta amb el servei de psiquiatria de l'hospital abans de l'alta i es concertarà cita preferent amb psicologia de l'ASSIR i si requereix psiquiatra, amb la Unitat de Salut Mental Perinatal / CSMA o CAS si hi ha un trastorn per ús de substàncies. En el cas que la patologia mental requereixi ingrés hospitalari és important facilitar l'ingrés de la mare amb la seva criatura.

8.1.1. Alta entre les 24 i 48 hores després del part

En els casos en què l'embaràs i el part no han tingut cap complicació, es pot donar l'alta precoç, sempre fent una acurada valoració de l'estat físic i emocional de la mare i el nadó, així com de factors psicosocials.

És un procediment individualitzat i voluntari, que requereix acceptació per part dels progenitors i valoració de la mare i el nadó per part de l'equip de professionals implicats per poder assegurar una vivència positiva i segura.

Pot ser útil que cada centre tingui un protocol on consti el llistat específic de valoració per a la mare i el nadó al moment de l'alta precoç:

Criteris pel nadó

- Controls i exploració de les primeres hores
- Exploració a l'alta hospitalària
- Control dels factors de risc que exclouen la possible alta precoç
- Cribratge de cardiopatia congènita crítica normal
- Cribratge de la hiperbilirubinèmia
- Cribratge neonatal (PCN) abans de les 72h, assegurant l'arribada al centre de diagnòstic abans dels 7 dies de vida.
- Cribratge de la hipoacúsia si no s'ha fet abans de l'alt
- Com i de quina manera es farà el seguiment del nadó
- Visita amb l'equip de pediatria abans dels 7 dies (preferiblement abans del 5è dia)
- Assegurar l'entrega del carnet de salut per utilitzar-lo en el moment dels cribratges, si es fan a domicili

Criteris per a la mare

- Control de les constants vitals normals
- Valoració de l'evolució del puerperi dins la normalitat
- Informació sobre l'estat de salut mental
- Valoració de l'entorn social adequat
- Adaptació a la nova situació familiar
- Valoració dels possibles signes d'alarma tant físics com psíquics

És important que la mare i la seva parella coneguin els centres de salut (nom del centre, adreça, telèfon, correu electrònic...) per contactar amb els professionals de referència.

8.1.2. Alta abans de les 24 hores després del part

Es considera l'alta entre les 6 i les 24 hores de vida de la criatura, de manera voluntària i seguint els mateixos criteris que en el grup anterior. En aquest cas és necessari un examen pediàtric del nadó dins de les primeres 48 hores després de l'alta. És recomanable que les mares i nadons amb alta precoç, comptin amb el suport d'un professional de llevadoria a domicili individualitzat i coordinat amb l'equip de pediatria.

8.2. L'alta hospitalària de la mare

Els principals objectius de les cures postnatsals, consisteixen en mantenir i promoure la salut de la dona i el nadó i fomentar que aquest suport s'estengui en l'àmbit de la família i la comunitat. S'han d'atendre les necessitats de salut física, mental i social.

La durada de l'estada hospitalària només depèn de l'evolució de la mare i el nadó com a binomi: l'estabilitat física del nadó i de la mare, la capacitat d'autoconfiança dels progenitors per cuidar el nadó i el suport de la mare i el nadó tant a nivell familiar com de la comunitat.

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

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

El resultat de l'exploració s'enregistrarà convenientment a la HC i s'emplenarà el carnet de l'embaràs i el carnet de salut, en el suport que utilitzi cada centre (paper, electrònic...) per l'equip de professionals que tinguin assignada aquesta tasca en cada centre.

Es recomana que durant el puerperi hospitalari, l'atenció i les cures a les mares i els seus nadons estiguin administrades i coordinades per professionals de llevadoria, que hauran d'identificar aquells casos que puguin requerir cures addicionals o una atenció més especialitzada (MS, 2014).

Es recomana que les cures de la mare durant el puerperi hospitalari, tinguin com a objectiu la detecció de signes que puguin alertar de complicacions, administrar les cures que facilitin la recuperació del procés del part i fomentar la cura i autocura tant de la mare com del nadó.

Segons la [GPC](#) del Ministerio de Sanidad (MS, 2014), cal incidir en:

<ul style="list-style-type: none"> • Aspectes d'higiene • Alimentació oral tolerada • Micció sense dificultat • Absència de cefalees • Absència de febre • Constants dins la normalitat • Son • Deambulació • Pèrdues hemàtiques dins la normalitat 	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de ferida valorar el bon aspecte d'aquesta • Tacte vaginal normal • Aspecte de les mames • Valoració de la lactància materna • Bona tolerància al dolor amb analgèsics orals • Valoració de l'aspecte de l'episiotomia/esquinç • Valoració del vincle entre la mare i el nadó • Valoració del suport familiar i del risc social
--	---

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

Abans de l'alta es donaran les recomanacions pertinents per a les cures domiciliàries maternes i del nadó i es programarà la primera visita domiciliària.

A l'alta hospitalària, s'ha d'oferir informació a la dona sobre els signes d'alarma tant per la mare com pel nadó, a ser possible verbal i escrita i els circuits de contacte amb l'equip de professionals.

Cal informar de les visites domiciliàries per part de l'equip de professionals de llevadoria i del suport professional que pot rebre en els centres d'atenció primària.

Se li ha de recomanar la participació en les activitats educatives dels centres dirigides a la recuperació post part, alletament i massatge infantil. S'ha d'animar als progenitors per tal que aprofitin aquestes trobades per resoldre dubtes i expressar possibles pors relacionades amb les cures del nadó.

També es pot preparar i entregar material divulgatiu que permeti resoldre qualsevol dubte. És aconsellable tenir també informació en les llengües més freqüents de la població atesa en cada centre.

Es recomana tenir grups de suport a l'alletament en tots els centres (McFadden A, 2017).

8.2.3. L'informe d'alta de la mare

Tota dona, en el moment de l'alta hospitalària, ha de disposar d'un informe mèdic. L'informe d'alta de la mare ha de ser un resum sintètic, precís i concís i s'ha de redactar en termes mèdics clars. És el principal document de comunicació entre la dona i els diferents professionals sanitaris que fan el seguiment de la dona.

El principal destinatari de l'informe de l'alta del part és la dona, i ha d'anar acompanyat d'una explicació verbal exhaustiva. S'haurien d'evitar acrònims i sigles per tal de fer comprensible el document.

El pla terapèutic, els controls posteriors i què fer si es presenten complicacions, ha de quedar reflectit en el document de forma clara i comprensible per la dona. Els tractaments farmacològics han de quedar correctament explicats, amb el nom del fàrmac, la dosi, la durada i la via d'administració.

En aquest informe hi han de constar les següents dades segons l'Ordre de 23 de novembre, de regulació de l'informe clínic d'alta hospitalària i el conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (Ordre, 1991) (Conthe Gutiérrez P, 2010):

<ul style="list-style-type: none"> • Les dades administratives • Data de l'ingrés, del part i de l'alta hospitalària • Dades bàsiques de l'embaràs: • Risc d'embaràs • Seguiment de l'embaràs i proves complementàries realitzades • Evolució i complicacions (si n'hi ha hagut) • Característiques del part • Tipus de part i anestèsia • Complicacions intra/postpart (si n'hi ha hagut) • Dades bàsiques del post part hospitalari • Cures postpart • Complicacions si n'hi ha hagut • Proves complementàries • Dades bàsiques del nadó • Sexe fetal, pes, test APGAR 	<ul style="list-style-type: none"> • Estat del nadó • Complicacions rellevants • Dades sobre l'alletament • Dades sobre alletament • Complicacions lactància • Diagnòstics • Tipus de part • Patologia obstètrica i materna concomitant (si n'hi ha) • Procediments i tractaments utilitzats • Durant el procés de part i l'estada hospitalària • Recomanacions a l'alta • Tractaments prescrits • Recomanacions de les cures en el post part de la mare i el nadó, hàbits alimentaris i activitat física. • Informació i signes d'alarma, llocs i telèfons de contacte • Controls recomanats del puerperi i centres d'atenció
---	---

A l'alta, la dona ha de presentar unes pèrdues hemàtiques fisiològiques; mare i nadó no han de presentar signes d'infecció i s'ha d'assegurar el suport a la lactància.

La dona ha de ser capaç de l'autocura en aspectes com la micció, evacuació, cura del perineu, higiene, lactància materna, alimentació, activitat física, son i descans.

Se li ha de proporcionar informació dels signes d'alerta que haurien de conèixer per consultar amb l'equip de professionals d'AP o motius d'urgència hospitalària.

Aquests signes de consulta són alteracions de les característiques dels loquis, febre, empitjorament dels dolors uterins o perineals, disúria, problemes en les mames (dolor, calor, eritema), dolor o inflamació de les cames, estat d'ànim que afecti la relació amb el nadó o amb altres persones que no permeti una activitat normal (MS, 2016; OMS, 2013; OMS, 2018).

8.2.4. El carnet de l'embaràs

El carnet de l'embaràs reuneix tota la informació rellevant del control de l'embaràs, amb les proves i les complicacions que hagin aparegut, incloent les dades del part i del nadó.

Actualment el sistema públic té el carnet d'embaràs informatitzat, que permet ser vist i consultat a través de la HC compartida des de qualsevol centre públic de Catalunya.

La informació de l'embaràs, el part i el nadó, com qualsevol document de la HC és propietat de la dona i hauria de ser unificat independentment d'on hagi estat atesa. Seria recomanable, en el cas de les dones que utilitzen la xarxa pública i privada indistintament, l'accés a la informació es pogués fer des dels dos sistemes, per tal de facilitar l'atenció sanitària, evitar repeticions de proves i tenir tota la informació clínica a l'abast de l'equip de professionals.

Totes les dones i l'equip de professionals que acompanya el procés han de tenir la informació necessària en un format accessible (digital i/o en paper).

Aquest document quedarà en mans de la dona com a resum de les dades més rellevants de seguiment de l'embaràs, part i puerperi. Es prioritza el format digital per tal de permetre la consulta del document des de qualsevol centre sanitari català. S'ha de facilitar a la dona l'accés a la informació del seu carnet de l'embaràs (La meva salut) o en el cas que no en tingui disponibilitat facilitar-li una còpia en paper.

En cada centre, segons la distribució de tasques assignades, cada professional anotarà les dades del part, post part i del nadó al carnet de l'embaràs.

Entre les dades rellevants, caldrà anotar-hi:

Dades del part	Dades del puerperi	Dades del nadó
<ul style="list-style-type: none"> • Centre on s'ha atès el part i professionals responsables • Data del part • Setmanes de gestació • Motiu d'ingrés • Presentació (cefàlica, de natges o transversa) • Inici del part (espontani, induït i motiu de la inducció) • Tipus de part: <ul style="list-style-type: none"> – Eutòcic – Distòcic: <ul style="list-style-type: none"> Cesària/Ventosa/Espàtules/ Fòrceps • Perineorràfia • Estrip grau III/IV/perineu íntegre • Mètode d'alleujament del dolor <ul style="list-style-type: none"> – No farmacològic – Farmacològic <ul style="list-style-type: none"> general/epidural/local/inhalat • Deslliurament <ul style="list-style-type: none"> – Normal – Patològic • Complicacions del part (si n'hi ha hagut) 	<ul style="list-style-type: none"> • Data del alta • Hospitalari o domiciliari • Tipus d'alimentació (materna, fórmula) • Evolució/ complicacions (si n'hi ha hagut) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexe • Talla • Pes • Test APGAR • Realització pell amb pell • Hora inici lactància materna • Escala LATCH • Evolució i complicacions (si n'hi ha hagut)

8.2.5. L'enllaç amb el seguiment del puerperi a l'atenció primària

És important identificar quina ha de ser l'atenció bàsica que les mares i els seus nadons han de rebre durant les primeres 6 setmanes post part, per garantir la continuïtat de cures de les mares i els seus nadons després de l'alta hospitalària, de manera coordinada entre els diferents professionals que intervenen en l'atenció a les persones progenitores, nadons i famílies.

Aquelles mares que reben l'alta entre les 24 i 48 hores, han de tenir assegurat el suport de la llevadora, ja sigui presencialment en el seu domicili o via telefònica. En qualsevol cas, si no desitgen una visita domiciliària han de poder acudir al centre d'atenció primària per tenir el seguiment adequat.

És aconsellable que abans de l'alta es pugui concertar la visita de seguiment amb el professional de llevadora, ja sigui en el domicili o en el centre assistencial en 3-4 dies. En els punts 8.3.4 i 11.4.2, es dona més informació al respecte.

8.3. L'alta al nadó

El moment per donar d'alta un nadó ha de ser establert per un equip de professionals especialistes, que atindrà a criteris estrictament clínics, fent partícip a la família (Rite Gracia S, 2016; Benitz WE, 2015).

8.3.1. Controls a realitzar abans de l'alta del nadó

1. Comprovar la identificació del nadó
2. Fer una nova exploració física detallada per assegurar una bona adaptació postnatal
3. Comprovar que s'hagin oferit tots els cribratges sistemàtics:
 - Cribratge de les 24 malalties que formen part del PDC de Catalunya: recollida de mostra, dades, adreça i etiqueta posada al carnet de salut.
 - Cribratge de la hipoacúsia: data, antecedents familiars i resultat escrits al carnet de salut.
 - Cribratge de cardiopaties congènites crítiques: resultat escrit al carnet de salut
 - Cribratge de la hiperbilirubinèmia
4. Carnet de salut
 - Emplenar el carnet de salut amb les dades rellevants de l'embaràs i el part.
 - Emplenar la somatometria al naixement i l'exploració física rellevant amb el pes i dia d'alta.
 - Explicar la importància del carnet de salut i recomanar-ne la conservació i l'ús habitual (aportar en cas de visites a altres centres, a urgències, a cada vacunació...)

Es recomana que tots els centres generin un informe d'alta del nadó amb les dades abans descrites, de manera que quedi adherit automàticament a la HC compartida del nadó.

Quan una criatura neix en un centre hospitalari del SISCAT, el propi hospital ofereix als progenitors la comunicació del naixement al Registre Central d'Assegurats (RCA). Si els progenitors volen, el propi hospital fa el tràmit i comunica el naixement al RCA on queda assignat un CIP o número d'assegurat/da.

Posteriorment s'ha de informar als progenitors, que han d'anar al centre d'atenció primària de referència que tinguin per completar les dades necessàries per la incorporació de la criatura com beneficiari, assignació de pediatria i emissió definitiva de la targeta sanitària individual (TSI) de plàstic.

També des del centres hospitalaris del SISCAT (properament també en els privats) ofereixen als progenitors la comunicació del naixement al [Registre Civil](#) per a que els progenitors no hagin de fer en persona aquest tràmit i es puguin descarregar el certificat de naixement des d'Internet:

En cas de ser possible seria molt recomanable poder sortir de l'hospital amb una primera visita per al nadó ja programada, els informes d'alta i la visita de puerperi de la mare.

8.3.2. Informació als progenitors

- Resolució de possibles dubtes
- Comprovar que s'ha fet l'observació d'una presa de pit en cas d'alletament matern
- Ensenyar la preparació d'un biberó en cas de lactància artificial
- Assegurar el coneixement sobre la cura del cordó umbilical
- Escoltar els seus dubtes i refermar la seva confiança

8.3.3. El carnet de salut

Cal entregar a totes les famílies:

- El carnet de salut completat i sempre que sigui possible un informe d'alta de l'assistència hospitalària.

Es recomana tenir informació escrita sobre:

- Cura del cordó umbilical
- Cures generals (bany, roba, seguretat, contenció i contacte...)
- Ajuda a l'alletament matern / lactància artificial
- Signes d'alerta: quan cal consultar

Cal tenir en compte la importància d'aquesta informació i fer un esforç per fer-la fàcil d'entendre a famílies d'altres llengües i cultures.

Ajuda i controls a seguir un cop a casa: cal fer un esforç per a garantir la continuïtat assistencial entre l'hospital i l'AP per tal de donar una atenció de qualitat.

8.3.4. L'enllaç amb l'atenció del nadó a l'atenció primària

Sempre que sigui possible el nadó marxarà a casa sabent el nom dels professionals de pediatria de referència i amb una primera visita pel nadó entre els 7 i 10 dies de l'alta, independentment del procés administratiu.

Si hi ha un retard de dates o es considera convenient per la mare o pel nadó, l'equip de professionals de llevadora de l'ASSIR serà el primer lligam de la parella amb el centre d'atenció primària, per a poder ajudar en cas de dubtes o descartar/detectar alteracions que requereixin una atenció específica, a l'espera de tenir un equip pediàtric de referència. Aquest *continuum* assistencial entre els dos espais d'assistència a mare i nadó ofereix major seguretat a la parella i al nadó i alhora reforça l'adhesió i continuïtat de la lactància materna.

També s'ofereix informació sobre el dia i hora de les sessions dels:

- **Grups d'alletament matern** als CAPs i ASSIRs: aprenentatge i resolució de dubtes mentre es comparteix l'experiència amb altres mares. Dia i hora del que li correspongui, informació sobre la possibilitat d'assistir-hi sense cita (grups oberts per a usuàries de la zona).
- **Grups de post-part** als CAPs i ASSIRs: espai de trobada entre mares i pares que viuen una experiència nova en un mateix període, amb l'ajuda de professionals preparats per a donar el suport o acompanyament que cadascú requereix.

9

El nadó hospitalitzat

9.1. Atenció centrada en la família

La família és essencial per al desenvolupament humà. Aquesta afirmació és especialment important quan el nadó neix en condicions d'especial vulnerabilitat i requereix un ingrés hospitalari. A continuació es detallen alguns dels arguments que donen suport a la inclusió dels progenitors en la cura dels seus nadons (Montirosso R, 2018; Pallás Alonso C, 2018):

- El nadó necessita rebre estímuls adequats pel seu desenvolupament. El canvi d'hàbitat que es produeix en un ingrés hospitalari (en contrast amb l'hàbitat intrauterí) comporta un canvi en els inputs sensorials que pot interferir en el procés de desenvolupament normal. La presència dels progenitors al costat del nadó garanteix que aquest pugui rebre estímuls més adequats.
- Hi ha evidència dels efectes perjudicials de l'estrès. L'estrès, quan és excessiu, entorpeix el procés normal de desenvolupament. El nadó, especialment el nascut molt prematurament o malalt, té un llindar de tolerància a l'estrès molt baix i ràpidament el supera, de tal manera que poden produir-se conseqüències tant sobre el control de l'homeòstasi a curt termini com sobre el desenvolupament a mitjà i llarg termini. Els progenitors són les persones més indicades i disposades per a contenir i compensar l'efecte de l'estrès en els seus nadons.
- Per a la família, l'ingrés del nadó en un servei de neonatologia és un factor estressant que interfereix en la seva capacitat parental, influenciant tant a través de factors psicoemocionals com, a vegades, socioeconòmics. La participació activa dels progenitors en la cura dels seus nadons reforça les seves competències, augmenta la seva seguretat, facilita la creació del vincle (principal catalitzador del desenvolupament) i millora el pronòstic del nadó.
- Estar junts durant l'ingrés és un dret que els progenitors i els nadons tenen legalment reconegut.
- Des de la perspectiva de seguretat del pacient, l'organització de les cures incloent a la família aporta millors resultats que qualsevol altre tipus de sistema organitzatiu.

Per tot l'exposat anteriorment, el model assistencial ha d'estar centrat en la família. Les necessitats individuals de cada nadó s'emmarquen dins del seu context familiar i la família és considerada un element fonamental en la cura, promovent la seva integració dins de l'equip cuidador. L'intercanvi de la informació i la col·laboració són els dos principis bàsics en aquest model de cura, el qual millora la satisfacció de progenitors i professionals, redueix l'estrès i incrementa la competència i la confiança dels progenitors després de l'alta, millora la seguretat, redueix el temps d'ingrés i el nombre de reingressos després de l'alta. Tot i que l'atenció centrada en la família es pot beneficiar de canvis funcionals i arquitectònics, depèn sobretot de les actituds de l'equip de professionals i de les relacions que estableixin amb les famílies.

A continuació s'enumeren algunes accions que faciliten el model d'atenció centrada en la família:

- Donar suport a la inclusió de les famílies des de les direccions assistencials és una condició imprescindible per facilitar que el model s'integri en la filosofia i el funcionament de les unitats.
- Garantir el contacte il·limitat dels progenitors amb els seus nadons, fent que les unitats siguin accessibles 24 hores i facilitant les condicions necessàries perquè els progenitors puguin ser-hi el major temps possible.
- Fomentar el contacte pell amb pell com una de les activitats més exclusives dels progenitors i més beneficioses pels nadons i pels propis progenitors.
- Aportar informació i comunicació contínua, honesta i adaptada a les necessitats de cada família, fomentant una correcta relació entre progenitors i professionals.
- Incorporar progressivament els progenitors en les cures i en la presa de decisions, individualitzant cada situació en funció de les característiques i del moment de cada nadó i de cada família.
- Establir polítiques facilitadores de l'alletament matern, globals, amb implicació de tots els estaments professionals i alhora amb respecte a les diferents situacions i decisions familiars.
- Detectar i atendre les necessitats psicosocials, emocionals i espirituals de les famílies, mitjançant un treball en equips multidisciplinaris integrats per professionals de llevadoria, d'infermeria, medicina, psicologia i treball social.
- Designar un professional de referència, especialment en ingressos prolongats, per compensar el gran nombre de professionals que entraran en contacte amb les famílies durant l'ingrés.
- Facilitar el contacte amb altres progenitors que comparteixin situacions similars, ja sigui a través de la convivència amb altres famílies ingressades com a través de les associacions de famílies.
- Impulsar la formació dels progenitors perquè puguin fer-se càrrec dels seus nadons amb més seguretat i confiança, procurant que les oportunitats de formació arribin a totes les famílies.
- Iniciar la inclusió de les famílies des de l'etapa prenatal i donar-li continuïtat després de l'alta, entenent l'atenció neonatal com una part d'un *continuum* assistencial, facilitant la transició entre les diferents etapes.
- Considerar la inclusió d'altres membres de la família, com avis, àvies, germans o germanes i, fins i tot altres familiars i/o amics, sempre tenint en compte les necessitats del nadó i el respecte als altres nadons ingressats.
- Formar i donar suport a l'equip de professionals que han d'afrontar la complexitat del model assistencial, que han de tenir cura dels nadons i de les seves famílies i que han de ser alhora cuidadors i facilitadors.
- Treballar per la millora d'alguns elements estructurals que, tot i no ser limitants, poden contribuir a facilitar la inclusió de les famílies:
 - L'espai d'ingrés del nadó ha d'estar protegit d'elements ambientals estressants, com poden ser llums o sorolls excessius. Ha d'estar separat d'espais on es facin activitats alienes a les seves pròpies cures.
 - L'espai d'ingrés del nadó ha de permetre que pugui estar acompanyat pels seus progenitors. En el millor dels casos ha de permetre l'estada conjunta de les famílies en un espai que aportí comoditat i privacitat.
 - Els progenitors han de disposar d'espais comuns on poder descansar, menjar, compartir experiències, diferenciats de l'espai d'ingrés. Aquests espais han d'estar adaptats a la presència de germans/es.
 - L'equip de professionals ha de disposar d'espais de treball diferenciats de l'espai d'ingrés, on poder fer totes les activitats assistencials no directament relacionades amb la cura del nadó.
 - L'equip de professionals han de disposar d'espais on poder realitzar altres activitats no assistencials (com per exemple formació) i àrees de descans.

9.2. Recomanacions i estandars de qualitat de les unitats neonatals

Una unitat de neonatologia (UN) és la unitat clínica que garanteix la cobertura assistencial als nadons malalts o amb condicions de risc, l'atenció al naixement i la reanimació a la sala de parts. Està integrada en l'àrea materno-infantil. Segons l'àrea de referència i les prestacions que ofereixen, les UN es classifiquen en tres nivells assistencials: I, II i III, definits en el Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció Materno-Infantil als hospitals del SISCAT (DS, 2007).

Atès que una gran part dels nadons que precisen cures intensives neonatals procedeixen d'embarassos i parts sense factors de risc, tots els nivells assistencials han d'estar capacitats per identificar situacions de risc i proporcionar l'assistència necessària per establir el nadó abans del transport a un centre de nivell superior, si està indicat.

Quan sigui previsible alguna patologia neonatal i sempre que sigui possible, es preferirà el transport de la dona al nivell assistencial adequat a la patologia del nadó (els exemples més freqüents són part prematurs extrems i anomalies congènites potencialment greus).

Prestacions de les UN i hospitals maternoinfantils segons nivell assistencial:

Nivell I

- Assistència a parts de risc baix i mitjà
- Atenció a nadons sans i prematurs de 35-36 SG, estables i sense complicacions
- Reanimació immediata i estabilització de la mare i del nadó amb problemes en espera de trasllat.

Nivell II

Nivell IIA: A més a més del que s'ha indicat per al nivell I, s'haurà de prestar:

Assistència a parts de risc alt que no requereixin altres especialitats

Atenció als nadons sans i patològics següents:

- prematurs > de 32 SG i pes > 1.500 g
- nadons malalts no greus amb problemes que s'espera que es resolguin ràpidament i sense necessitat d'especialista
- pot tractar nadons amb ventilació mecànica per períodes breus de temps (aprox. 24 hores)
- nadons convalescents retornats des de les Unitats de Cures Intensives Neonatals

Suport als hospitals de nivell I.

Nivell IIB: A més a més del que s'ha indicat per als nivells anteriors, s'haurà de prestar:

- Control i seguiment dels embarassos de risc molt alt que no requereixin coordinació permanent amb altres especialitats
- Atenció als parts de risc molt alt que no necessitin coordinació permanent amb altres especialitats
- Disposar d'unitats de cures intermèdies obstètriques (ventilació mecànica per períodes curts, aprox. 24 h)
- Disposar de cures intensives neonatals per a:
 - prematurs de > de 28 SG i pes >1.000 g
 - nadons amb anomalies congènites que no necessiten especialista
 - nadons amb necessitat de ventilació mecànica amb FiO₂ < 80 %
 - nadons amb problemes quirúrgics menors
- Donar suport als hospitals de nivell I i IIA.

Nivell III

Nivell IIIA: A més a més del que s'ha indicat per als nivells anteriors, s'haurà de prestar:

- Control i seguiment dels embarassos de risc molt alt que requereixin coordinació permanent amb altres especialitats
- Atenció als parts de risc molt alt que necessitin coordinació permanent amb altres especialitats
- Assistència a tots els nadons incloent-hi prematurs extrems de < de 28 SG i pes < 1.000 g
- Disposar d'unitats de cures obstètriques intensives
- Disposar de cures intensives neonatals per a tots els nadons excepte:
 - els nadons candidats de cirurgia cardíaca, hèrnies diafragmàtiques, neurocirurgia i ECMO
- Donar suport als hospitals de nivell I, IIA i IIB.

Nivell IIIB: A més a més del que s'ha indicat per als nivells anteriors, s'haurà de prestar:

- Control i seguiment dels embarassos de risc molt alt que requereixin coordinació permanent amb superespecialitats (cirurgia cardíaca fetal, ECMO, trasplantaments, etc.)
- Assistència als parts que per la seva complexitat clínica requereixin el nivell més alt de tecnologia medicoquirúrgica i als nadons amb patologia de gravetat extrema
- Donar suport com a hospital de referència a tots els altres hospitals materno-infantils de Catalunya.

El personal mínim necessari segons el nivell assistencial també està definit pel Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció Materno-Infantil als hospitals de la XHUP.

10

El trasllat del nadó a un altre centre

El trasllat neonatal consisteix en el desplaçament del nadó des d'un domicili o hospital a un altre hospital. Aquest terme té un sentit molt més ampli que el de transport ja que comprèn des del moment que es pren la decisió del transport, la recerca de l'hospital adient, l'estabilització del pacient, el transport pròpiament dit, i per últim l'admissió en el centre receptor.

10.1. Tipus de transport neonatal

Hi ha diferents tipus de transport que es poden classificar segons diversos aspectes (veure **taula 17**).

En tots els casos és fonamental una estabilització prèvia adequada i una comunicació fluïda entre centre emissor, receptor i equip de transport per tal que el transport es realitzi de la manera més segura possible (SEM, 2017).

És important remarcar que el trasllat d'elecció és el trasllat de la dona, ja que disminueix la morbimortalitat del nadó i de la dona. Tot i això, hi ha ocasions en les que la immediatesa del part, l'estat de la dona o situacions imprevistes fan necessari el trasllat postnatal del nadó. En aquests casos, és desitjable que la mare també sigui transportada tan aviat com sigui possible, per tal de facilitar el reagrupament familiar.

La gran majoria dels trasllats neonatals es produeixen perquè el nadó té unes necessitats terapèutiques no assumibles en el centre emissor. El segon motiu de trasllat és per a la realització de proves diagnòstiques.

Taula 17. Tipus de transport

SEGONS PROCEDÈNCIA	PRIMARI
	<ul style="list-style-type: none"> Des d'on es produeix l'emergència (fora de l'àmbit hospitalari) fins a l'hospital més pròxim. Ex: Part domiciliari complicat o inesperat (prematunitat)
SEGONS MOMENT	SECUNDARI O INTERHOSPITALARI
	<ul style="list-style-type: none"> D'un hospital a un altre. Són la majoria dels trasllats. Pot ser per: <ul style="list-style-type: none"> NECESSITATS TERAPÈUTIQUES (major part) PROVES DIAGNÒSTIQUES TRANSPORT DE RETORN
SEGONS URGÈNCIA	MATERNOFETAL
	<ul style="list-style-type: none"> Abans del part
SEGONS URGÈNCIA	POSTNATAL
	<ul style="list-style-type: none"> Després del naixement
SEGONS URGÈNCIA	URGENT
	<ul style="list-style-type: none"> Es presenta de forma inesperada
SEGONS URGÈNCIA	PROGRAMAT
	<ul style="list-style-type: none"> S'organitza amb una de les següents finalitats: <ul style="list-style-type: none"> NECESSITATS TERAPÈUTIQUES PROVES DIAGNÒSTIQUES TRANSPORT DE RETORN
SEGONS MITJÀ DE TRANSPORT UTILITZAT	AMBULÀNCIA
	<ul style="list-style-type: none"> El més utilitzat Disponibilitat universal Requereix 2 transferències Cost de manteniment baix
SEGONS MITJÀ DE TRANSPORT UTILITZAT	AERI
	<p><i>HELICÒPTER</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Més ràpid en distàncies llargues Necessita heliport, comportant múltiples transferències Restriccions pel clima Espai limitat Més soroll i vibració Efecte de l'alçada sobre la patologia del pacient Cost de manteniment alt
SEGONS MITJÀ DE TRANSPORT UTILITZAT	AVIÓ
	<ul style="list-style-type: none"> Trasllat intercomunitari i entre països Ràpid per a distàncies molt llargues Capacitat per a volar per damunt de la zona de mal temps Capacitat de pressurització de cabina Cost de manteniment alt
SEGONS PATOLOGIA DEL PACIENT	CRÍTIC
	<ul style="list-style-type: none"> Hi ha compromís vital del nadó
SEGONS PATOLOGIA DEL PACIENT	NO CRÍTIC
	<ul style="list-style-type: none"> Sense compromís vital del nadó

Respecte al transport de retorn, consisteix en el desplaçament d'un nadó convalescent, des del centre on va necessitar cures intensives fins a un centre proper al domicili familiar un cop resolta la malaltia aguda que va motivar el trasllat i abans de l'alta a casa. Aquest tipus de transport permet:

- Una millor gestió del llits en un sistema regionalitzat
- La conciliació familiar, ja que els progenitors podran visitar el nadó més sovint
- Afavorir la relació interpersonal amb l'equip de professionals d'ambdós hospitals
- La disminució del cost

10.2. Material necessari pel transport

El material ha d'estar inventariat i controlat per assegurar que estigui apte pel seu ús. A la **taula 18** està definit el material del que habitualment disposen les unitats de suport avançat pediàtric del SEM (SEM, 2017).

Taula 18. Material de transport neonatal

<ul style="list-style-type: none"> • Incubadora de transport amb matalàs de buit i sistema de retenció • Respirador neonatal amb modalitat invasiva i no invasiva • Bales d'oxigen, d'aire comprimit i d'òxid nítric • Monitor multiparamètric portàtil i desfibril·lador amb bateria i pales neonatals • Sistema d'aspiració portàtil • Bombes d'infusió • Bossa autoinflable neonatal amb vàlvula de PEEP • Glucòmetre • Termòmetre rectal per a monitorització contínua • Nevera amb: gels freds, surfactant, prostaglandines, curaritzants • Maleta assistencial amb material de reanimació i medicació • Agulla intraòssia i catèter arteriovenós umbilical • Drenatge pleural • Full assistencial i consentiment informat 	<p>Material desitjable</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gasometria portàtil • Sistema d'humidificació • Sistema d'ulleres nasals d'alt fluxe • Ecògraf portàtil
---	--

10.3. Organització del sistema de transport pediàtric i neonatal a Catalunya

El trasllat dels nadons a Catalunya està gestionat per un centre coordinador (CECOS) que rep la sol·licitud de trasllat des de l'hospital emissor, activa el recurs adient i busca l'hospital receptor adequat a les necessitats clíniques del pacient. Des de l'any 2017, les persones encarregades de coordinar els trasllats de pacients menors de 7 anys, són pediatres especialistes en transport que poden fer recomanacions i suport telefònic al metge/metgessa de l'hospital emissor quan ho necessiti.

Segons l'assistència que necessiti el nadó traslladat i la disponibilitat dels recursos, el trasllat es podrà realitzar amb una de les següents unitats:

- Unitat de suport bàsic (dos tècnics)
- Unitat de suport intermedi (un tècnic i un/a professional d'infermeria)
- Unitat de suport avançat (un tècnic, un/a professional d'infermeria i un metge)

- Unitat de suport avançat pediàtric (un tècnic i un/a professional d'infermeria especialitzats en pediatria i un/a pediatre/a)

Actualment, existeixen 3 bases pediàtriques a Catalunya: dues bases terrestres (Hospital Universitari Vall d'Hebron i Hospital Sant Joan de Déu) i una base aèria (compartida entre l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i l'Hospital Parc Taulí).

Aquestes 3 bases són les úniques que disposen d'incubadora de transport i realitzen el trasllat de nadons en estat crític i de nadons no crítics que precisin transport en incubadora per motius de seguretat i termoregulació (veure **taula 19**). No obstant això, algunes unitats terrestres del territori disposen d'incubadores per a realitzar trasllats de pacients neonatals en estat no crític.

El nadó estable que no compleixi criteris de transport amb incubadora podrà ser traslladat mitjançant una ambulància bàsica o intermèdia.

Taula 19. Nadons tributaris de mesures de monitorització i protecció tèrmica en incubadora:

- Nadons prematurs nascuts abans de les 37 SG
- Nadons menors de 37 SG corregides
- Nadons de pes inferior a 2500 g

Font: Sistema d'Emergències Mèdiques de Catalunya

10.4. Indicacions del trasllat postnatal del nadó

Les indicacions més freqüents de trasllat neonatal són:

- Destret respiratori que no pugui ser atès a l'hospital emissor (maladaptació pulmonar, malaltia de la membrana hialina, síndrome d'aspiració meconial, hipertensió pulmonar persistent, etc.)
- Prematuritat i/o baix pes al naixement
- Convulsions neonatals
- Sospita d'infecció (septicèmia, meningitis)
- Sospita de malformacions congènites greus
- Encefalopatia hipòxico-isquèmica moderada o greu
- Malalties que requereixin de cirurgia
- Sospita de shock
- Trastorns metabòlics (acidosi persistent, hipoglucèmies de repetició)
- Trastorns hematològics (trombocitopènia, malaltia hemolítica)

Qualsevol malaltia que necessiti cures intensives o tractaments complexos (diàlisi peritoneal, drenatge ventricular, drenatge toràcic o abdominal, exsanguinotransfusió, ECMO)

10.5. Condicions del transport postnatal del nadó

El nadó tributari de trasllat és, per la seva gravetat clínica, especialment vulnerable a presentar complicacions durant i després del trasllat, fet que pot augmentar la seva morbimortalitat (especialment en infants prematurs) (Carreras E, 2006; Ciurana R, 2002; Domínguez-Sampedro P, 2014).

A més de prioritzar sempre el trasllat de la dona gestant, el trasllat postnatal realitzat per equips de transport especialitzats ha demostrat reduir les complicacions i la mortalitat d'aquests pacients (Orr RA, 2009). Per aquest motiu, l'estabilització del nadó prèvia a la sortida de l'hospital emissor i l'anticipació als problemes durant el trasllat són aspectes fonamentals per garantir un trasllat segur.

Els aspectes fonamentals de l'estabilització prèvia al transport són:

- Promoure la confortabilitat del nadó al llarg del seu trasllat, optimitzant la seva posició i intentar minimitzar els senyals acústics i lluminosos, així com els moviments bruscos.
- Assegurar una via aèria lliure amb una correcta ventilació. Anticipar-se en la intubació del pacient o en la col·locació de suport ventilatori no invasiu (tenint en compte la patologia, les probabilitats d'empitjorament i el temps de transport).
- Assegurar un correcte control hemodinàmic, amb l'administració de líquids, drogues inotrópiques o expansors plasmàtics, si està indicat. En el pacient inestable, valorar la col·locació d'accés venós umbilical.
- Monitorització adequada del nadó en cada fase del transport (Saturació d'Hemoglobina, freqüència cardíaca, tensió arterial).
- Evitar la pèrdua de calor i mantenir la temperatura axil·lar al voltant de 36,5-37,5 °C.
- Corregir i prevenir els problemes metabòlics, assegurant una aportació adequada de glucosa i líquids.
- Valorar la necessitat de noves proves complementàries al centre emissor (radiografia, gasometria, etc.).
- Assegurar la correcta fixació dels diferents dispositius per tal d'evitar la seva pèrdua durant la transferència i el transport del nadó (tub endotraqueal, drenatges, vies perifèriques o centrals, etc.).
- Anticipar-se a possibles problemes que puguin sorgir durant el trasllat, tenint preparat el material i medicació necessaris en funció del tipus de patologia del nadó (bolus de sedació, càrrega de volum, drogues inotrópiques,...)
- Tractar els problemes especials, com per exemple l'administració de prostaglandines en cas de sospita de cardiopatia congènita ductus-dependent o l'administració de surfactant en cas de membrana hialina en nadons preterme.

10.6. Fases

Hospital emissor

L'equip mèdic serà el responsable de l'assistència del nadó des del seu naixement fins a l'arribada de l'equip de transport, assumint l'estabilització del mateix.

Altres funcions de l'equip mèdic responsable:

- Establir comunicació amb el centre coordinador i/o amb el centre receptor del nadó, informant de la patologia que presenta la criatura, el tractament en curs, etc.
- Realitzar la història clínica (antecedents personals, familiars, característiques de la gestació, part i període intermedi fins al trasllat) i preparar l'informe d'alta del nadó.
- Informar les persones progenitores sobre la patologia del nadó i sobre el centre receptor.

El personal d'infermeria responsable de cada infant prepararà un informe per l'equip de transport i l'hospital receptor on constin las constants de cada nadó i la medicació administrada (hora i dosi).

Equip assistencial

A l'arribada a l'hospital emissor, l'equip assistencial ajudarà en la estabilització del nadó per garantir que el trasllat es pugui realitzar de la manera més segura possible.

Abans d'iniciar el transport, el personal de pediatria i d'infermeria recolliran tota la informació del nadó per transmetre-la al centre receptor (informe d'alta, d'infermeria i còpia de las proves complementàries).

El/la pediatre/a presentarà l'equip a la família, els informarà sobre les característiques del trasllat a l'hospital receptor i sol·licitarà el consentiment escrit del transport.

Un dels progenitors podrà acompanyar al nadó durant el trasllat sempre que l'equip assistencial ho cregui convenient i seguint en tot moment les seves indicacions.

Durant el transport, el/la pediatre/a contactarà amb l'hospital receptor per informar de la situació del pacient i el temps estimat d'arribada.

Una vegada a l'hospital receptor, lliuraran el pacient al personal de pediatria i d'infermeria receptors i els informaran de les incidències transcorregudes durant el transport.

Un cop finalitzada la transferència del pacient, es recull i es reposa el material utilitzat, mantenint sempre a punt l'ambulància per a un nou trasllat.

Centre receptor

El centre receptor haurà de tenir preparat el material i la medicació que precisa cada nadó (haurà esta informat prèviament per l'equip de transport).

Els hospitals receptors també col·laboraran amb el centre coordinador del trasllat, per mantenir-los informats de la disponibilitat de llits i mitjans.

El centre receptor informarà posteriorment el centre emissor sobre el trasllat i l'evolució del nadó.

10.7. Consideracions mèdiques, legals i ètiques

- En tot moment el nadó ha d'estar identificat convenientment.
- Els nadons seran traslladats sempre que no es disposi dels recursos necessaris o que l'equip sanitari de l'hospital emissor, no tingui prou experiència per a una atenció òptima.
- Si és difícil conèixer per telèfon l'estat de cada nadó o els recursos disponibles al centre emissor, els trasllats es basaran en el criteri de l'equip de professionals de l'hospital emissor.
- Per a traslladar al nadó, prioritzarem el seu estat clínic abans que qualsevol altre moriu, ja sigui econòmic o administratiu.
- Es poden plantejar problemes ètics en l'actitud terapèutica respecte a un nadó amb:
 - Malformacions congènites greus
 - Hemorràgies intracranials o asfíxia greu
 - Prematur molt extrem (menor de 23 SG o de 400 g)

- Si hi ha dubtes sobre la viabilitat o la qualitat de vida del nadó a transportar, és millor continuar la reanimació i realitzar el trasllat (sempre que s'aconsegueixi un grau d'estabilitat acceptable per a realitzar el transport), i que sigui a l'hospital receptor, amb els mitjans diagnòstics adients, on es prengui la decisió.

11 Mesures preventives durant el període de puerperi

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

En els darrers controls de la gestació i en el moment de l'alta postpart s'ha d'informar i coordinar el seguiment amb l'equip de professionals de llevadoria de l'ASSIR, per tant és indispensable assegurar una bona coordinació amb els diferents nivells assistencials per tal de garantir l'atenció continuada del nadó i la mare després del part.

La Generalitat de Catalunya, des del 2010, avalua amb l'enquesta PLAENSA la satisfacció de les mares envers l'embaràs, el part i el puerperi a Catalunya, i els darrers resultats (2016), mostren que un 93,5% valoraven d'excel·lent l'atenció rebuda durant l'embaràs. Pel que fa al puerperi, el 87,2% consideraven que estaven en bones mans, però malgrat aquesta dada, un 57% creien que la informació rebuda en el puerperi va ser insuficient. Els resultats ens indiquen que les dones, necessiten més atenció en el puerperi del que fins ara s'ha proporcionat pel sistema públic de Catalunya. (PLAENSA, 2016).

11.1. Visita domiciliària

L'atenció al puerperi domiciliari forma part de la cartera de serveis de l'ASSIR establerta pel Servei Català de la Salut des de l'any 2002 a Catalunya (ICS, 2002). Actualment, el Departament de Salut ha impulsat l'actualització de la cartera de serveis i del model assistencial de l'ASSIR i el resultat dels diferents grups de treball es troben al document 'Procés Assistencial de l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) a la xarxa d'Atenció Primària (ENAPISC-ASSIR, 2019).

L'equip de professionals de referència en el control puerperal serà el professional de llevadoria. La primera valoració sanitària una vegada s'ha tornat a l'entorn familiar hauria de ser sempre domiciliària, tal i com recomanen els estudis publicats, ja que s'observa una disminució de reingressos hospitalaris del nadó i s'estableix un millor seguiment de la lactància materna i estat de salut mental (OMS, 2014). S'hauria d'informar de la possibilitat d'aquesta visita s'hauria d'informar en els últims controls de l'embaràs i en el moment de l'alta de l'hospital matern.

El circuit recomanat (ENAPISC-ASSIR, 2019) seria notificar les altes hospitalàries postpart i fer una oferta activa del serveis.

Durant les primeres 4 setmanes postpart s'ha de facilitar l'accés telefònic a professionals de llevadoria durant les 24 hores, per tal d'assegurar la lactància materna i el suport a la salut mental perinatal, de manera coordinada amb el servei de pediatria per tal de garantir la continuïtat de la cura del nadó i depenent del cas amb les treballadores socials. El nadó ha d'anar a la visita de l'equip de pediatria durant els 7 primers dies de vida

11.2. Criteris de prioritització de visites durant el puerperi domiciliari

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

1. Criteris biològics

- **Primípare:** solen presentar parts més llargs i dificultosos, inexperiència i inseguretat en la cura del nadó, dificultats en la tècnica de lactància, cansament, problemes per falta o "excés" de suport familiar.
- **Múltipares:** cal prioritzar per control de la involució uterina, càrrega familiar, cansament, patologies associades, edat.
- **Cesàries:** requereixen control de la ferida, retirada de punts si cal, ensinistrament de la cura de la ferida.
- **Prematuritat:** requereixen una atenció individualitzada per a la valoració de necessitats i problemes específics que es presenten en aquests casos.
- **Bessons:** requereix una adaptació de la mare en el seu entorn més complexa i, per tant, una valoració de l'estat físic i de l'entorn.
- **Mares amb problemes de salut mental perinatal.** La dona, després del part passa normalment per una sèrie de canvis psicològics i emocionals relacionats amb el cansament físic, el nou rol de mare, molèsties puerperals...En el puerperi s'ha de fer la detecció de la depressió postpart i s'ha de tenir en compte els resultats d'aquest cribratge durant l'embaràs.
- **Mares amb discapacitat funcional, malalties psiquiàtriques o malalties cròniques** que requereixen una atenció específica. S'ha de fer una valoració del grau de discapacitat i de les diferents malalties per poder donar un suport adequat.
- **Mares amb nadons amb malformacions o discapacitats.**
- **Mares amb nadons malalts.**
- **Mares amb alta entre les 6 i 24 hores postpart.**

2. Criteris psicosocials

- **Mares adolescents:** requereixen un major suport, ja que han de fer front a una situació per a la qual normalment no estan preparades: la seva recuperació física, la relació amb el nadó, la responsabilitat de la criança, els canvis socials que suposa.
- **Mares que han patit una mort fetal:** implica la valoració i suport emocional del dol perinatal tant per la mare com per la família, a més del control d'estat físic.
- **Dones amb consum d'alcohol i/o altres drogues durant l'embaràs:** cal valorar els recursos i el suport de què disposa i coordinar-se amb els recursos adients (serveis socials, CAS, etc)
- **Mares víctimes de violència masclista.** En el puerperi s'ha de fer la detecció de violència masclista (veure apartat 11.4.3.2.). En cas de detecció de violència s'ha de comunicar a la treballadora social.
- **Factors socioeconòmics i entorn desfavorables:** s'ha de valorar al domicili les condicions mínimes d'higiene, tant per a la mare com per al nadó, la necessitat de suplementos vitamínics per a la mare, el descans, els ajuts socials de què disposa.
- **Control insuficient de la gestació:** normalment està associat al factor anterior, i requereix una valoració de necessitats específiques. S'ha de tenir en compte que el maltractament prenatal és un factor predisposant al maltracte infantil i que un control insuficient de la gestació pot estar associat a aquest comportament.

- **Mares sense suport del progenitor o la família.** Requereixen un major suport de l'equip de professionals, ja que han de fer front a la seva recuperació física, a l'establiment del vincle amb el nadó i de la responsabilitat de la criança sense suport.

11.3. Nombre de visites recomanades durant el puerperi

La Guia de Pràctica Clínica del MS estableix la pauta de dues consultes en els 40 dies que dura el puerperi, la primera entre les 24-48 hores després del part i la segona al final del puerperi. Recomana que la primera visita es faci al domicili familiar, excepte en el cas que la dona no vulgui i prefereixi anar al CAP/ASSIR (MS, 2014).

L'OMS recomana un mínim de 3 visites entre les 24 h de l'alta i les 6 setmanes de naixement, per tal d'assegurar una adequada atenció al binomi nadó i mare (OMS, 2018).

11.4. Informació i educació per a la salut durant el puerperi domiciliari

En cada visita post part, a banda de les cures físiques s'ha de valorar l'estat emocional de la mare, comprovar el suport familiar i social i les estratègies d'afrontament que desenvolupa la dona davant d'aquesta situació vital.

És important donar oportunitat a les dones de parlar de la seva experiència puerperal i de la vivència que han tingut del part.

En cada visita puerperal cada professional de llevadoria haurà de:

- Oferir informació per tal d'apoderar a la mare perquè tingui cura de la seva salut i de la salut del nadó, identificant signes i símptomes de normalitat, així com els d'alarma que puguin requerir consulta i derivació si és el cas.
- Valorar el benestar de la mare i el nadó i identificar els problemes més habituals de salut física i psicoemocional. Cal valorar qualsevol problema de salut física que ens comenti la mare i identificar-lo mitjançant l'observació clínica.
- Registrar l'activitat realitzada a la HC, així com el seu seguiment.

És important que cada professional tingui competències en:

- Realització de les exploracions maternes i del nadó i reconèixer les anomalies.
- Donar suport a les mares que alleten mostrant els seus coneixements per tal de que puguin identificar problemes durant l'alletament i poder resoldre'ls.
- Reconèixer els senyals i símptomes de violència masclista i de depressió postpart o altres problemes psicològics i poder derivar-los als serveis assistencials adients.

11.4.1. Primera visita

Consisteix a:

- Observar les cures que fa la mare i la seva parella al nadó i la seva pròpia autocura, donant-li el suport necessari per tal que es duguin a terme d'una manera autònoma.
- Esbrinar el nivell d'informació sobre les cures pròpies i del nadó, així com sobre l'alletament i adaptació de l'entorn familiar a la nova situació.

- Potenciar l'autoestima de la mare.
- Donar pautes per facilitar la integració del nou membre a la unitat familiar.
- Observar i assessorar sobre la pràctica de l'alletament.
- Informar sobre dieta, hàbits de la mare i el nadó.
- Observar l'estat emocional de la mare i les seves preocupacions.
- Donar suport a la parella en l'adaptació dels seus rols en la criança.
- Valorar les condicions d'habitatge.
- Instaurar el pla de cures i el seguiment posterior.
- Comprovació de controls amb l'equip de pediatria.
- Realització de tràmits burocràtics (assignació de pediatre, registre civil, empadronament...)
- Informació de grups d'alletament, postpart.
- Comprovació de la realització de les proves de cribratge neonatal recomanats.
- Registrar les dades en la fitxa de control del puerperi.

En el cas que la llevadora observi un bon estat general i no identifiqui problemes ni necessitat de seguiments especials, amb una visita domiciliària podria ser suficient. En el cas que no es compleixin aquestes circumstàncies, s'individualitzarà el nombre de visites que cal fer a domicili i es coordinarà amb els recursos que siguin necessaris.

Es considera signes d'alarma i no normalitat les següents situacions on caldria visita per especialista (MS, 2014):

Mare	Nadó
<ul style="list-style-type: none"> • Loquis amb mala olor • Sagnat abundant • Febre • Augment de dolor des de alta i de nova aparició (toràcic, mama, abdomen, cames) • Disúria • Mastàlgia aguda • Estat d'ànim alterat 	<ul style="list-style-type: none"> • Febre • Deposicions vermelles • Coloració groga o bronzejada de la pell • Períodes d'apnea del nadó de més de 20 segons • Regurgitacions o vòmits excessius

11.4.2. Visites successives

Les visites successives es realitzen al domicili o a la consulta depenent de cada cas. El temps necessari per les visites a domicili serà de 60 minuts en un entorn urbà, incloent el desplaçament. En entorns rurals s'ha de valorar cada cas. A la consulta han de ser de 25 minuts (ENAPISC-ASSIR, 2019)

Aquesta visita consistirà en:

- Valoració de l'estat actual de la dona (dolor, constants vitals, cansament) i del nadó (color pell i mucoses, hidratació, pes...)
- Observar, comprovar i valorar el grau d'autonomia assolit per la mare
- Valoració de l'alletament
- Valoració del sòl pèlvic (lesions perineals, deposicions, micció, pèrdues)
- Informació i educació sobre mètodes contraceptius (MS, 2019)

- Valoració de l'entorn social i familiar
- Valoració de l'estat emocional (test d'Edinburg)
- Valoració de l'exposició al fum del tabac (qüestionari sobre tabaquisme ambiental)
- Valoració del consum de tabac, begudes alcoholiques i altres drogues.
- Detecció de maltractaments al nadó i a la dona

Registrar les dades

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

Visites telefòniques

Són un model de consulta a tenir en compte, ja que és una eina efectiva per disminuir l'abandonament precoç de la lactància materna i de visites hospitalàries innecessàries, fent una valoració dels signes d'alarma. Permet que les mares consultin en temps real sobre els dubtes inicials del puerperi i permet que cada professional detecti dificultats que podrien passar desapercebudes (Gol i Gómez R, 2018)

Visites telemàtiques

Les aplicacions telemàtiques s'han convertit en un component estratègic per tal que els serveis de salut puguin respondre eficaçment a les necessitats d'informació. Entre altres objectius, la consulta telemàtica ofereix un nou sistema de relació entre les usuàries i l'equip de professionals. També garanteix l'accessibilitat des de qualsevol punt del sistema i la seva interoperabilitat (Seguranyes Guillot G, 2013).

11.4.3. Activitats en el puerperi enfocades a la mare i al nadó

L'equip assistencial haurà de realitzar les següents valoracions i activitats d'educació per la salut:

VALORACIÓ DE LA MARE

Observació/Controls vitals: pols, TA

Involució uterina

- 24-48 h nivell melic
- 4t-5è dia postpart: palpació 2 dits per sota del melic
- 10è dia postpart: per sota la sínfisi púbica

Loquis

- Nombre
- Olor
- Característiques

Perineu i episiorràfia i esquinç

- Descartar la presència d'hematomes, infecció, hemorroides i dehiscència d'episiorràfia

Ferida quirúrgica

- Avaluar presència de dolor (facilitar una bona analgèsia)
- Descartar la presència d'hematomes, infecció, seromes i dehiscència de la ferida quirúrgica.
- Aplicar cures en cas de ferida oberta

Mames

- Observació de la presa i rectificar malposicions, si és el cas
- Descartar presència de clivelles i avaluar l'estat del mugró
- Observació de la ingurgitació, tumefacció i dolor.

Extremitats inferiors

- Descartar presència d'edemes, dolor o altres signes indicatius de tromboflebitis o trombosi venosa

Hàbit miccional

- Objectivar una micció regular sense molèsties
- Descartar problemes d'incontinència urinària

Hàbit intestinal

- Recuperar el patró d'eliminació intestinal previ a l'embaràs i potenciar actuacions afavoridores de l'eliminació intestinal
- Descartar incontinència fecal o gasos
- Valoració de la presència d'hemorroides

Patró vigília/son i activitat física

Estat emocional

- Valoració de la salut mental
- Considerar les modificacions habituals en aquesta etapa per intentar detectar aquelles situacions que s'allunyen de la normalitat.

Entorn de suport i condicions socioeconòmiques

- Valoració de l'entorn familiar.

Cal informar dels següents **signes d'alarma**:

Mare: Loquis amb mala olor, regla més abundant que una regla normal, hemorràgies, dolor abdominal, toràcic, mal de cap, disúria, envermelliment de les mames, canvis en l'estat emocional.

VALORACIÓ DEL NADÓ

Reactivitat psicomotriu del nadó

- Si està hipotònic
- No reactiu
- Letàrgic
- Hores de son i vigília.

Melic

- Observació de la cura seca i de signes d'infecció

Alimentació

- Valoració de la presa de llet materna
- Lactància Artificial
- Valoració del pes setmanal

Hàbits deposicionals

- Miccions
- Defecació

Estat de la pell

- Taques
- Hidratació
- Eczema
- Color (icterícia, cianosi...)

Confirmar que se li hagin realitzat tots els cribratges recomanats.

Cal informar dels següents **signes d'alarma**:

Nadó: Febre, icterícia, plor incontrolable i insistent, dificultat en la presa, letargia excessiva, vòmits o ingurgitacions excessius i falta de micció.

ACTIVITATS D'EDUCACIÓ PER LA SALUT

Alimentació	Alimentació equilibrada, variada i normocalòrica que permeti la recuperació de la mare.
Higiene	Informar sobre els hàbits higiènics i establir pla de cures (de l'episiotomia, hemorroides i possibilitat de dutxa diària). S'ha de recomanar la no utilització de tamps, s'haurien d'utilitzar compreses de cotó.
Recuperació física	Promoure la realització d'exercicis progressius que facilitin la recuperació del to muscular del perineu, la columna i la circulació en les extremitats inferiors
Repòs i son	Establir uns mínims que permetin la recuperació física i psíquica de la mare, orientant en aprofitar els moments de son del nadó per descansar i dormir, tenint en compte que el nadó durant els primers dies ha de lactar com a mínim cada tres hores.
Inici de les relacions sexuals	Donar consells que facilitin el restabliment d'aquestes relacions Informar de les situacions que poden dificultar les relacions sexuals (sequedat vaginal deguda a l'alletament i estat del perineu). Assessorar sobre els mètodes contraceptius (MELA, barrera, hormonal i mecànics).

Continuïtat assistencial Recordar i facilitar la continuïtat en noves visites domiciliàries o a la consulta i derivació al programa infància amb salut.

11.4.3.1. Prevenció i detecció de la depressió postpart

A Catalunya, la prevalença de trastorns depressius i d'ansietat en el postpart és del 18% (Navarro P, 2008). Un estudi recent publicat per Hermann, troba que la depressió es presenta amb la mateixa freqüència en els progenitors homes dels nadons (Herman AO, 2018). El dolor agut que pot patir la dona en els postpart, és un factor de risc de depressió post part (Eisenach JC, 2008). Per tot això, es fa necessària una intervenció durant l'embaràs i el postpart que permeti detectar precoçment i tractar els problemes de salut mental en les dones durant el puerperi.

La dona, després del part passa normalment per una sèrie de canvis psicològics i emocionals relacionats amb el cansament físic, el nou rol de mare, molèsties puerperals, etc. Hem de conèixer quin grau de suport familiar o social disposa per a les tasques diàries.

Cal identificar l'estat emocional i donar suport professional quan es requereixi, tenint en compte les modificacions habituals en aquesta etapa per intentar detectar les situacions que s'allunyen de la normalitat. Les dones que presenten símptomes de tristesa i ansietat s'han d'avaluar per si es tracta d'un estat transitori (maternity blues) o d'una depressió postpart, un trastorn obsessiu compulsiu postpart, una psicosi postpart o un trastorn per estrès posttraumàtic, en aquest cas cal l'avaluació professional de la salut mental.

Els antecedents de psicopatologia, especialment depressió i ansietat, la manca de suport social, els esdeveniments vitals d'alt valor estressant són factors d'alt risc per patir una depressió postpart. Els problemes de parella i la baixa autoestima són factors de risc moderat. La manca de planificació de la gestació i el baix nivell econòmic també són factors que prediuen una DPP (Milgrom J, 2008). La depressió materna és el principal factor de risc pel consum de substàncies durant la gestació i el postpart (Brown S, 2018).

Durant la setmana 6 després del part, s'ha d'administrar el test d'Edinburgh per valorar l'estat emocional.

Test d'Edinburg (Matthey S, 2001)

	Puntuació
1. He estat capaç de riure i veure el costat divertit de les coses: a. Igual que sempre b. Ara, no tant com sempre c. Ara, molt menys d. Gens	0 1 2 3
2. He mirat les coses amb il·lusió: a. Igual que sempre b. Una mica menys del que és habitual en mi c. Bastant menys del que és habitual en mi d. Molt menys que abans	0 1 2 3
3. M'he culpant innecessàriament quan les coses han sortit malament: a. Sí, la major part del temps b. Sí, de vegades c. No gaire sovint d. No, mai	3 2 1 0

	Puntuació
4. M'he sentit nerviosa o preocupada sense motiu: a. No, en cap moment b. Gairebé mai c. Sí, de vegades d. Sí, molt sovint	0 1 2 3
5. He sentit por o he estat espantada sense motiu: a. Sí, bastant b. Sí, de vegades c. No, no gaire d. No, gens ni mica	3 2 1 0
6. Les coses m'han angoixat: a. Sí, la majoria de vegades no he estat capaç d'afrontar-les b. Sí, de vegades no he estat capaç d'afrontar-les tan bé com sempre c. No, la major part de vegades les he afrontat força bé d. No, he afrontat les coses tan bé com sempre	3 2 1 0
7. M'he sentit tan infeliç que he tingut dificultats per dormir: a. Sí, la major part del temps b. Sí, de vegades c. No, no gaire sovint d. No, en cap moment	3 2 1 0
8. M'he sentit trista o desgraciada: a. Sí, la major part del temps b. Sí, força sovint c. No gaire sovint d. No, en cap moment	3 2 1 0
9. M'he sentit tan infeliç que he estat plorant: a. Sí, la major part del temps b. Sí, força sovint c. Només en alguna ocasió d. No, en cap moment	3 2 1 0
10. He tingut pensaments de fer-me mal: a. Sí, força sovint a. De vegades a. Gairebé mai a. En cap moment	3 2 1 0

Si la puntuació és **per sota de 13**, el test és negatiu.

Si la puntuació és **superior a 13** o la **pregunta 10 és igual a 0**, cal derivar la dona a psicologia d'Atenció primària.

Si la puntuació és entre 9 i 11, cal repetir el test a les dues setmanes.

Es recomana la realització de grups postpart a l'ASSIR que ofereixin suport psicològic durant el puerperi i que reforcin l'adquisició dels coneixements i habilitats ja adquirides durant els cursos de preparació maternal durant l'embaràs. Es poden aprofitar aquests cursos per objectivar signes d'alarma de depressió postpart i donin resposta a demandes de les dones, per individualitzar l'atenció en aquelles que ho requereixin.

11.4.3.2. *Prevenició i detecció de la violència masclista*

El marc normatiu a Catalunya ens remet a la Llei 5/2008 del dret de les dones a erradicar la violència masclista (Llei 5/2008), que defineix la violència masclista com la violència que s'exerceix contra les dones com a manifes-

tació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, les intimidacions i les coaccions, tingui com a resultat un dany o un patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat. Aquesta llei recull també que aquesta violència es pot manifestar en alguns dels àmbits següents:

En l'àmbit de la parella: consisteix en la violència física, psicològica, sexual o econòmica exercida contra una dona i perpetrada per l'home que n'és o n'ha estat el cònjuge o per la persona que hi té o hi ha tingut relacions similars d'afectivitat. Aquest concepte és homòleg al concepte de violència de gènere tal i com el recull la normativa de l'estat espanyol en la seva Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere.

Per tant, tot i que penalment el marc és el Codi Penal de l'estat espanyol i la Llei d'Enjudiciament Criminal, ens emparem a la normativa catalana que recull una conceptualització de les violències masclistes més àmplia, en consonància amb el marc jurídic internacional.

El puerperi és un període d'especial vulnerabilitat per la dona i per tant és important detectar de manera precoç les situacions de risc de violència masclista (OMS, 2018). Prestarem especial atenció en situacions de dol perinatal (Lavoré-Fàbregas M, 2016). Les dones amb un problema de salut mental tenen entre 2 i 4 vegades més risc de patir **violència masclista** i un 50% de les dones amb un trastorn per consum de substàncies han patit violència per part de la seva parella al llarg de la vida (Caldentey C, 2017).

Per eradicar la violència masclista i per tal de detectar aquestes situacions, aquest protocol proposa la detecció precoç a través d'un qüestionari de cribatge de violència masclista (PVS) (**Taula 20**) (Feldhaus, 1997), en les versions catalana o castellana (Garcia-Esteve L, 2011), que consta de tres preguntes.

Cada professional ha de trobar la manera més adient per preguntar; això dependrà de la situació, de l'acte assistencial i de la dona. Les dones parlen de la situació de violència allà on veuen possibilitats de rebre ajuda i/o suport, i, de vegades, neguen ser víctimes encara que se'ls preguntí explícitament.

Taula 20. Qüestionari de cribatge per detectar violència masclista (PVS) (Feldhaus, 1997)

Preguntes
1. Ha estat colpejada, ha rebut alguna puntada de peu, o cop de puny, o ha patit alguna altra lesió, per alguna persona durant l'últim any? Si és així, per part de qui?
2. Se sent segura en la seva relació actual?
3. Se sent vostè actualment insegura per alguna relació prèvia?

Davant d'una resposta afirmativa considerem el PVS positiu, i en aquest cas caldrà aprofundir en l'anamnesi i l'atenció, tal com indica el Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya: document operatiu d'embaràs (DS, 2010), i serà molt important l'acollida i la intervenció que s'ha de realitzar.

Quan, durant el postpart i puerperi, s'arriba a conèixer una situació de maltractament, s'ha de fer la valoració del risc individual de la dona i dels recursos disponibles, per la qual cosa esbrinarem:

- Si la dona té sensació d'inseguretat i/o perill tant per a ella com per als seus nadons o persones al càrrec.
- Si disposa de recursos per fer front a aquesta situació, xarxes de suport familiars i socials.
- Si no vol tornar a casa i si necessita refugi de manera immediata.
- Si necessita assessorament legal.
- Si necessita suport psicològic.

Per a la valoració del risc recomanem la utilització del [Protocol de valoració del risc de violència contra la dona](#) per part de la seva parella o ex-parella (RVD-BCN, 2011). Aquest qüestionari pot proporcionar a l'equip de professionals que atenen dones que viuen situacions de violència masclista una eina que ajudi a valorar el risc d'actes violents greus a curt termini.

- Incorpora factors de risc contrastats i vàlids per valorar la probabilitat i la immediatesa del risc d'actes violents.
- Té un caràcter indicatiu i no pas probatori. Ajuda l'equip de professionals a valorar el risc que succeeixin actes violents.

El Protocol (RVD-BCN, 2011) té tres funcions:

1. Valorar el risc.
2. Orientar sobre l'actuació que cal realitzar en funció de la valoració del risc actual existent.
3. Alertar sobre possibles circumstàncies previsible que poden augmentar el nivell de risc en el futur.

La planificació de la intervenció en les dones que estan en una situació de violència requereix una intervenció pluridisciplinària en la qual participen els diferents professionals, tant de salut com de serveis socials i justícia.

Cada ASSIR i centre hospitalari ha de tenir definits els seus circuits d'actuació en funció de cada territori i serveis, i han d'estar especificats els circuits de coordinació i derivació.

El [Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya](#) ens permet conèixer i utilitzar les eines d'actuació en aquests casos (DS, 2010).

11.4.3.3. *Prevenió i detecció del consum de tabac, begudes alcohòliques i altres drogues*

Els principals objectius d'aquesta visita en el puerperi, respecte al consum de tabac són quatre:

- la prevenció de la recaiguda de la dona que ha deixat el tabac durant la gestació
- sensibilitzar sobre el consum a l'entorn familiar proper, especialment la parella
- prevenir l'exposició al fum ambiental del tabac
- guiar la gestió de l'alletament, del pell amb pell i la cura del nadó amb recomanacions per evitar al màxim la contaminació dels tòxics del tabac al nadó.

S'administrarà un qüestionari a la dona i a la seva parella (**Taula 21**) de detecció de tòxics ambientals, entre els que es troba el fum ambiental del tabac com s'exposa en el document [Tabaquisme ambiental i salut prenatal i infantil](#) (TASPI, 2019).

Taula 21. Qüestionari de detecció del consum de tabac i exposició a tòxics ambientals

1. Actualment fuma? (Tabaquisme estadiatge) No fumador/a () Fumador/a ocasional () Fumador/a diari () Ex-fumador/a (abstinència > 12 mesos) Està deixant de fumar (abstinència < 12 mesos) ()	
2. Si no fumen actualment, està exposat al fum del tabac? Tipus d'exposició ambiental del tabac No exposició () Àmbit privat () Àmbit laboral () Àmbit social () Si va deixar de fumar, a quina setmana de gestació? ____	
3. En fumadors/es: Quin producte de tabac consumeix? Cigarretes convencionals () Cigarreta fetes a mà () Cigarretes barrejades amb cànnabis () Cigarretes electròniques () Cigarretes tipus cigars ()	Cigars () Pipa () Pipa d'aigua () Tabac per escalfament () Tabac de mastegar () Altre ()
4. Quantes cigarretes fumes actualment? ____	
5. Si altre tipus de tabac, quantitat/dia: ____	
6. Test de dependència nicotínica abans de l'embaràs (Fagerström breu): a) Quantes cigarretes fumava cada dia abans de l'embaràs? ____ 10 o menys (0 punts) Entre 11 i 20 (1 punt) Entre 21 i 30 (2 punts) 31 o més (3 punts)	
b) Quant de temps passa des que es lleva fins que fuma la primera cigarreta? Fins a 5 minuts (3 punts) De 6 a 30 min (2 punts) Entre 31 a 60 min (1 punt) Més de 60 minuts (0 punts)	
Test de Fagerström breu (suma de la pregunta 6a i de la 6b): ____ punts Dependència nicotínica: Baixa (0-2 punts) Moderada (3-4 punts) Alta (5-6 punts)	
8. Alletament matern? Sí () No ()	

De cara a les actuacions en el consum d'alcohol i altres drogues, els principals objectius d'aquesta visita seran la prevenció de recaigudes en el consum, sensibilitzar sobre el consum a l'entorn familiar proper, especialment a la parella.

11.4.3.4. Grups de suport a la mare i nadó als CAPs/ASSIR/Unitats Pediàtriques

Donat que l'estada hospitalària s'ha reduït de forma progressiva amb la millora de l'assistència obstètrica, cal que cada centre pugui oferir un suport posterior a les mares i nadons:

Grups d'alletament matern

Cada centre ha de conèixer i treballar amb els grups d'alletament matern de la seva zona, per tal de poder millorar/modificar les seves actuacions de cara a tenir la millor taxa possible d'alletament matern exclusiu.

Grups de suport al postpart i al puerperi

Visita precoç al CAP o al centre hospitalari ja programada al marxar d'alta en cas d'haver detectat algun factor de risc (en 2-4 dies)

Es poden oferir aquestes activitats grupals durant el puerperi. Es tracta d'activitats educatives enfocades a la dona/parella/nadó que inclouen l'assessorament i treball corporal de recuperació física de la dona. Aquestes activitats forma part de la cartera de serveis dels ASSIR, i generalment es realitzen als CAP.

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

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

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

Assessorament en aspectes relacionats amb la mare/parella

- Donar informació sobre l'alimentació adequada durant la lactància i el postpart.
- Potenciar l'autoestima de la mare.
- Implicar i responsabilitzar la parella en la cura del nadó.
- Donar suport a la parella en el reajustament dels seus rols com a progenitors.

És molt important implicar a la parella en les tasques de criança des del principi amb la mateixa dedicació que la mare.

- Ajudar la parella en l'adaptació i la integració del nadó en la unitat familiar.
- Reflexionar sobre la importància de l'afectivitat de la parella i amb el nadó.
- Donar elements per facilitar el manteniment de les relacions afectives en la parella.
- Donar informació sobre l'inici de les relacions sexuals.
- Fer consideracions sobre la freqüència en els canvis d'estat anímic de la parella en aquesta etapa i donar elements per millorar-ne la vivència.
- Fer reflexions sobre la necessitat d'establir una bona relació amb l'entorn: parella, amics, família, altres infants, etc.
- Animar a participar en programes de formació parental en grup i a desenvolupar xarxes socials de suport.
- Fer una valoració del vincle afectiu i de l'aferrament.

L'aferrament és el llaç afectiu entre la criatura i aquelles persones que el cuiden. Respon a la necessitat primària d'establir vincles incondicionals i duradors que proporcionen seguretat i protecció entre el nadó i qui el cuida. "El vincle emocional es forma a partir de la necessitat de protecció i cura que el nadó necessita, com el contacte, el suport, la veu, la mirada, la calor i l'olfacte de la mare, i també les conductes afectives, com el plor, el riure o la succió, que són aquells que mantenen a l'adult a una distància adequada en cada circumstància." *John Bowlby*.

És important crear vincles d'aferrament segurs i estables des dels primers anys de vida, això facilita les relacions amb els altres, crea infants resilients i un desenvolupament saludable que l'acompanyarà al llarg de tota la vida. En cada visita postnatal cal avaluar l'establiment de l'aferrament emocional. Cal informar la dona i a la seva parella sobre les activitats que ajuden a establir el vincle afectiu com el contacte continu amb el nadó, la sensibilitat vers les seves demandes, la protecció i acceptació incondicional, el contacte físic, l'estimulació, el contacte pell amb pell, el massatge infantil i l'alimentació.

Assessorament en aspectes relacionats amb el nadó

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

Treball corporal postpart

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

- Facilitar la recuperació del sol pelvià i de la cintura abdominal
- Facilitar la circulació en les extremitats inferiors
- Facilitar tècniques de recuperació física
- Facilitar tècniques de relaxació

12

Atenció al nadó durant el primer mes de vida

12.1. Recomanacions generals per viure el primer mes del nadó en família

L'arribada a casa enceta un període de canvi en totes les famílies, les que estrenen la maternitat/paternitat i les que ja tenen infants, uns germans i germanes que també participen en l'adaptació a la nova vida.

Els canvis socials fan que l'arribada del primer nadó es visqui diferent de fa uns anys, amb molta més informació a l'abast, però sovint més sols. És important que els progenitors puguin tenir un suport proper i ben definit degut al cansament físic de la mare pel canvi en la son, la recuperació postpart i la dificultat inicial de l'alletament matern, en cas que s'hagi iniciat.

El naixement del nadó comporta un canvi de ritme en la vida dels progenitors, i sobretot un canvi de prioritats que les primeres setmanes és molt notable. Per a poder establir i gaudir d'un fort vincle amb el nadó, cal sentir-se confiats, perdre la por i guanyar flexibilitat, amb el suport d'un entorn que pugui oferir l'ajuda que calgui. S'ha d'encoratjar als progenitors a participar activament en les cures de la criatura i anar junts a les visites al centre sanitari.

Caldrà que l'equip de professionals donin eines per poder ajudar-los a adaptar-se al ritme del nadó, i a minimitzar l'estrès: flexibilitat per oferir alletament, contenció amb els braços o sobre el cos, ensenyar-los les posicions que fan sentir protegits als nadons, amb moviments cadencials i lents, utilitzar la veu amb calma, recordar que el ritme diürn-nocturn no està establert els primers mesos i que no s'afecta per estar més o menys en els braços dels progenitors. Cal informar les famílies de les xarxes de suport entre iguals que poden tenir a l'abast (Grups d'alletament, de suport al postpart...) (NICE, 2017).

És important facilitar l'accés al que serà l'equip de pediatria de referència del CAP, professionals de pediatria, infermeria i llevadora per començar a establir des de l'inici una relació de confiança.

12.2. L'assignació de l'equip de pediatria als CAPs

Al sortir de l'hospital, la família hauria de tenir la informació de les gestions que han fer per a obtenir la targeta sanitària individual (TSI) al CAP, la inclusió del nadó en la Seguretat Social com a beneficiari i seria idoni tenir programada la primera visita del nadó i la de la mare al CAP.

L'assignació dels professionals de l'equip de pediatria al CAP ha de ser ràpida i fàcil, sense traves burocràtiques. L'accessibilitat al seu equip de pediatria, que serà el que acompanyarà a la criatura i a la seva família durant tota la infància, evita visites urgents amb d'altres professionals del CAP o dels hospitals, disminueix el risc de malalties infeccioses dels nadons, i permet establir una relació de confiança de manera precoç.

Tant el servei d'admissions com l'equip de pediatria han d'informar als progenitors sobre el funcionament del CAP i les opcions/mitjans per establir-hi contacte.

12.3. La primera visita

Es recomana tenir una primera visita amb l'equip de pediatria, entre els 5 i 10 dies de vida, i és aconsellable que en els primers 5 dies de vida siguin atesos pel professional d'infermeria pediàtrica i de llevadora per assegurar el correcte establiment de l'aliment matern, aclarir dubtes i fer una valoració del nadó.

En cas d'alta precoç, s'ha d'haver establert un circuit per atendre la mare i el nadó en un màxim de 48-72 h post alta. La família hauria de marxar de l'hospital amb la visita concertada. És recomanable que les mares i nadons amb alta precoç, comptin amb el suport d'un professional de llevadora a domicili individualitzat i coordinat amb el servei de pediatria de l'hospital on ha nascut. Cal tenir present que 1-2% dels nadons requereixen reingressar a l'hospital.

A la 1ª visita es farà el registre de la història familiar (antecedents familiars, hàbits tòxics, riscos socials, consanguinitat, migració i detecció de risc de salut mental), de les dades de l'embaràs i el part, de la prova de taló (programa de cribratge neonatal) i el cribratge auditiu. També es valorarà l'entorn familiar, les preocupacions, por i necessitats dels progenitors i la seva situació emocional.

A cada visita, segons les recomanacions del Protocol d'Infància amb Salut del Departament de Salut (DS, 2008) es valoren el desenvolupament físic (pes, talla i PC), el desenvolupament psicomotor i, cada professional de pe-

diària realitza, una acurada exploració física. Així mateix es faran les activitats relacionades amb la promoció d'hàbits saludables i la prevenció de malaltia i lesions:

Alimentació: valorar l'eficàcia i satisfacció materna de l'alletament, resoldre dubtes, corregir errors i reforçar les bones pràctiques.

Sempre s'ha promoure l'alletament matern i si no és possible explicar la forma correcta de preparar i d'administrar lactància artificial.

No recomanar xumet fins que estigui ben establert l'alletament matern. La necessitat de xuclar no sempre està relacionada amb el fet de tenir gana, sinó que té també una funció tranquil·litzadora.

Cura i higiene del nadó: cures del melic, bany, ritme deposicional, ungles, neteja de genives,...

Prevenció de lesions i de la plagiocefàlia

Accidents, mort sobtada del lactant (posició en decúbit supí), no utilització de coixí per dormir, tabaquisme passiu segon els qüestionaris de les **taules 22 i 23** (TASPI, 2018), cadiretes homologades al cotxe,...

Administració de vitamina D (veure apartat 6.7)

Cal també que coneguim com es transmeten les malalties transmissibles per tal d'evitar el contagi del nadó:

- Evitar el contacte amb infants d'edat preescolar.
- Rentat de mans abans de qualsevol cura del nadó.
- Evitar rentar el xumet amb les mans o amb la pròpia boca.
- Evitar els petons a la boca.
- Evitar el contacte amb persones que estiguin passant un procés infecciós.
- Evitar el contacte amb persones que tinguin criatures amb un procés infecciós.
- No fumar mai a l'habitatge ni al cotxe.

Per tant, a més de les cures habituals, es recorda els signes de normalitat i d'alerta i es referma als progenitors la seva capacitat per a cuidar el nadó.

Hi ha recursos accessibles per a professionals i per a famílies a diferents webs que poden ajudar a obtenir informació fiable:

- **Canal salut - Generalitat de Catalunya:**

Per a [professionals](#):

Per a [famílies](#):

- [Col·legi d'infermeres i infermers de Barcelona \(COIB\)](#)
- [El portal de la salut per a les famílies](#)
- [Familia y salud. Padres y pediatras al cuidado de la infancia y la adolescència](#)
- [En familia. Escrito por pediatras, pensado para las familias](#)

Taula 22. Cribratge de Consum de tabac de la mare

<p>Actualment fuma? (Tabaquisme estadiatge)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No fumador/a • Fumador/a ocasional • Fumador/a diari • Ex-fumador/a (abstinència > 12 mesos) • Està deixant de fumar (abstinència < 12 mesos) • Si va deixar de fumar, a quina setmana de gestació? _____
<p>En fumadors/es:</p> <p>Quin producte de tabac consumeix?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cigarretes convencionals • Cigarreta fetes a mà • Cigarretes barrejades amb cànnabis • Cigarretes electròniques • Cigarretes tipus cigars • Cigars • Pipa d'aigua • Tabac sense combustió • Tabac de mastegar • Altre
<p>Quantes cigarretes fuma cada dia? _____</p>
<p>Si altre tipus de tabac, quantitat/dia: _____</p>
<p>Test de dependència nicotínica abans de l'embaràs (Fagerström breu):</p> <p>a) Quantes cigarretes fumava cada dia abans de l'embaràs? _____</p> <p>10 o menys (0 punts) Entre 11 i 20 (1 punt) Entre 21 i 30 (2 punts) 31 o més (3 punts)</p> <p>b) Quant de temps passa des que es lleva fins que fuma la primera cigarreta?</p> <p>Fins a 5 minuts (3 punts) De 6 a 30 min (2 punts) Entre 31 a 60 min (1 punt) Més de 60 minuts (0 punts)</p> <p>Test de Fagerström breu (suma de la pregunta a i de la b): _____ punts Dependència nicotínica: Baixa (0-2 punts) Moderada (3-4 punts) Alta (5-6 punts)</p>
<p>Alletament matern? Sí/No</p> <p>Si va donar/està donant lactància materna, va fumar/fuma la mare durant la lactància?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí/No Tabaquisme Ambiental i Salut Perinatal i Infantil

Taula 23. Cribratge de Consum de tabac de la parella de la mare

Actualment fuma? (Tabaquisme estadiatge)

- No fumador/a
- Fumador/a ocasional
- Fumador/a diari
- Ex-fumador/a (abstinència > 12 mesos)
- Està deixant de fumar (abstinència < 12 mesos)

En fumadors/es:

Quin producte de tabac consumeix?

- Cigarretes convencionals
- Cigarreta fetes a mà
- Cigarretes barrejades amb cànnabis
- Cigarretes electròniques
- Cigarretes tipus cigars
- Cigars
- Pipa d'aigua
- Tabac sense combustió
- Tabac de mastegar
- Altre

Quantes cigarretes fuma cada dia? _____

Si altre tipus de tabac, quantitat/dia: _____

Quant de temps passa des que es lleva fins que fuma la primera cigarreta?

- Fins a 5 minuts (3 punts)
- De 6 a 30 min (2 punts)
- Entre 31 a 60 min (1 punt)
- Més de 60 minuts (0 punts)

Test de Fagerström breu: _____ punts (només càlcul per a cigarretes habituals)

Dependència nicotínica: Baixa (0-2 punts) Moderada (3-4 punts) Alta (5-6 punts)

12.4. Parentalitat responsable

El nadó necessita de l'estimació dels seus progenitors per desenvolupar correctament la capacitat de regulació emocional. Disciplines com la neurociència, la psicologia i la bioquímica tenen per primera vegada una explicació biològica pel nostre comportament social i emocionals (Ashman S, 2001; Baibazorona E, 2013).

El dret a permís de maternitat i paternitat ofereix la possibilitat de tenir un temps, malgrat que insuficient, per tenir cura i donar resposta a les necessitats del nadó. És un període que no és fàcil, i per a moltes dones és difícil relegar l'activitat professional a un segon terme i adaptar-se a aquesta nova situació de ser mare quasi exclusivament. Per als homes, en el moment actual, l'encaix pot ser més fàcil, però també pot tenir les seves dificultats i s'ha de potenciar la seva inclusió en la cura del nadó i de la mare.

Després del part, l'adopció o l'acolliment d'un infant, les mares i/o els pares treballadors poden gaudir d'un període de descans laboral legalment establert.

En el cas de les **mares teniu dret a un període de descans de 16 setmanes ininterrompudes**, ampliable en diferents períodes en casos de part, adopció o acolliment múltiple, de discapacitat y de hospitalització del nadó. Les 6 primeres setmanes són obligatòries per a la mare, la resta es poden compartir amb el pare o també renunciar-hi.

A partir de l'1 d'abril de 2019, els pares (o bé l'altre progenitor, en cas de parelles del mateix sexe) tenen dret a un període de **descans de 8 setmanes**. El període també s'amplia en casos de part, adopció, acolliment múltiple, discapacitat o hospitalització del nadó.

En tots dos casos el període de descans es podrà realitzar en règim de jornada completa o temps parcial.

Arran de la sentència del Tribunal Suprem del 3 d'octubre de 2018 **les prestacions públiques per maternitat i paternitat percebudes per la Seguretat Social estan exemptes de l'IRPF**. Aquesta modificació aplica a les prestacions des de 2014 i es pot sol·licitar per internet la devolució de l'IRPF fins l'any 2017. A partir de l'any 2018 l'exempció d'IRPF es tramita a la declaració de la renda.

L'equip de professionals que acompanya els progenitors en aquest període, han de procurar mitjançant intervencions de preparació per a la maternitat i paternitat responsable, donar les eines i el suport necessari perquè aquest període transcorri en harmonia i el nadó pugui rebre tota l'estimació, atenció i cures que necessita.

Els comportaments de les figures parentals seran determinants en el desenvolupament dels conductes neuro-nals que serviran per establir com es relacionarà el nadó amb les persones del seu entorn. Així, segons la resposta que tingui el nadó a les seves necessitats, seguirà expressant-les o tendirà a amagar-les, si no obté una resposta satisfactòria.

L'organització psicològica dels humans s'aprèn a partir de les experiències tingudes a partir dels primers mesos de vida (Murray L, 2011).

Els progenitors han d'aprendre a escoltar, a prendre nota del que passa, a restaurar el bon humor del nadó, a través d'una carícia, d'un somriure, de paraules en to calmat. Una relació de qualitat entre el nadó i els seus progenitors poden prevenir molts problemes de salut mental dels futurs adolescents i adults (trastorns de la conducta alimentària, depressió, addiccions...) (Abraham S, 2001; Allen J, 2001) Invertir diners públics i privats en aquesta etapa és fonamental per tenir societats més madures i saludables.

Cada professional sanitari ha de transmetre la necessitat de tenir aquest tipus de conductes amb els nadons.

També hem de ser capaç de detectar situacions d'abús i maltractament pels danys que poden causar aquesta conducta en els nadons (Anda R, 2006; Bellis M, 2013).

12.4.1. Programes de parentalitat/criança positiva

La qualitat dels vincles afectius en la primera infància influiran al llarg de tota la vida de la persones, sobretot incrementant la capacitat de resposta front a les adversitats i dificultats de la vida. Els programes que citem a continuació poden ajudar a l'establiment d'uns bons vincles afectius entre els infants i els seus progenitors i familiars.

[«Implicat. Ingredients per a un creixement saludable i feliç»](#)

[«Créixer en família»](#)

[«Àpats en família»](#)

12.5. Prevenció de maltractaments

Els primers mesos de vida del nadó són un moment de gran vulnerabilitat, especialment si es tracta d'un primer nadó. Sovint, els progenitors esperen que el nadó dormi i mengi plàcidament i generi una felicitat intensa. En els casos de nadons que ploren, no dormen, que no inicien fàcilment la lactància, els progenitors poden sentir molta frustració. Si sumem la frustració al desconeixement del risc que pot suposar sacsejar un nadó, ens podem trobar davant de situacions que posin en risc la vida d'aquests nadons. És per aquestes raons que es recomana realitzar una cerca activa de signes de fatiga dels progenitors i educar-los en la necessitat de no sacsejar els nadons (Protocol de prevenció de maltractaments infantils (DS, 2019).

Els factors de risc d'agressions als infants per part dels adults són haver estat víctima de maltractament infantil a la família, el consum de drogues, alcohol, les distorsions cognitives i els models educatius negligents i autoritaris (Protocol de prevenció de maltractaments infantil (DS, 2019).

L'equip de professionals de llevadoria i pediatria haurà d'informar a la mare i a la família en què consisteix un tracte adequat per als nadons i assegurar-se de l'establiment d'un vincle adequat entre la mare i el nadó. Un bon tracte està constituït per les diferents manifestacions d'afecte, cura, criança, suport i ajuda a la socialització que ha de rebre el nadó dels adults que tenen la responsabilitat de cuidar-lo, garantint el seu correcte desenvolupament integral.

12.6. Vacunacions recomanades

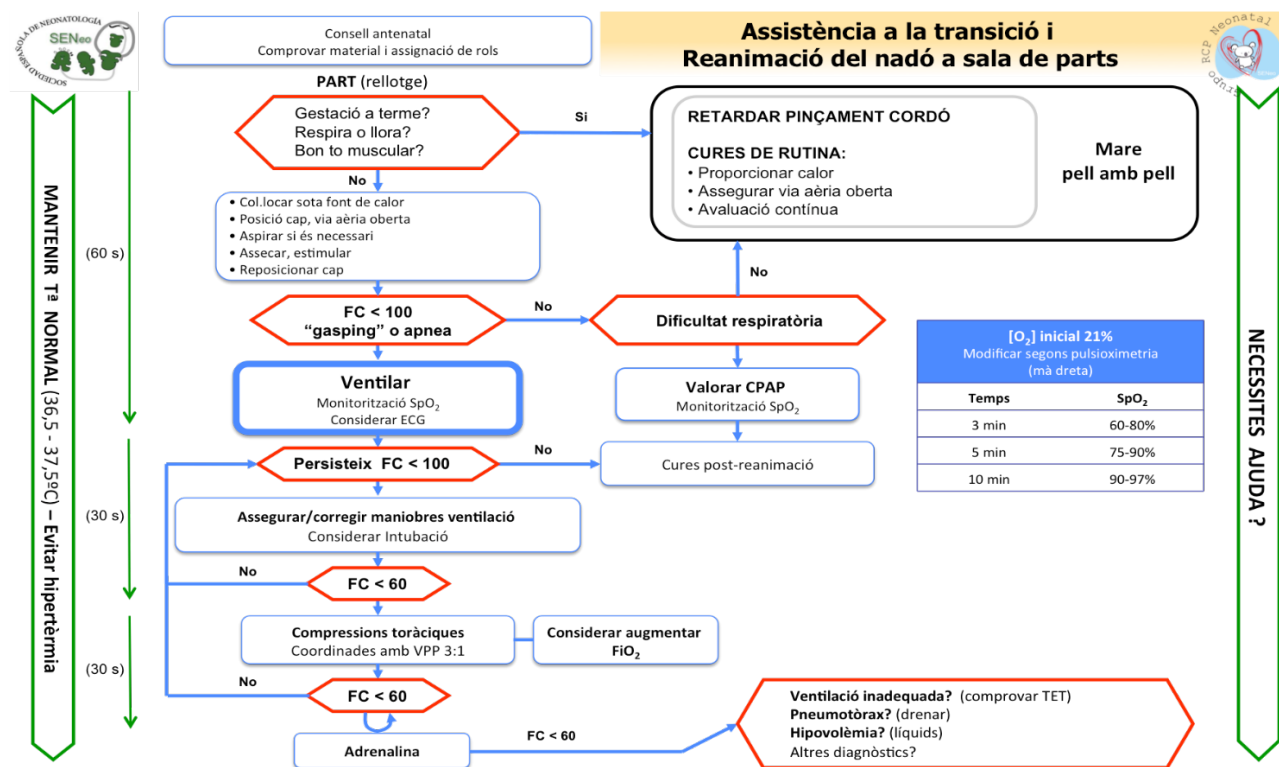
Els equips d'atenció primària han d'informar de la importància i conveniència d'administrar les vacunes recomanades pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (DS, 2018)

En aquests moments, l'OMS (OMS, 2018) alerta sobre el ressorgiment de malalties com el xarampió, per disminució de la cobertura vacunal i per tant cal realitzar esforços per incrementar aquesta cobertura, i fer un cerca activa dels nadons no vacunats a fi d'explicar i reforçar a les famílies de la importància individual i social de vacunar les seves criatures, ja que, ens arrisquem a perdre dècades de progrés i protecció de la infància front a malalties devastadores i completament prevenibles.

Annexos

Annex 1

Figura 1. Algoritme de l'assistència a la transició i reanimació del nadó a sala de part

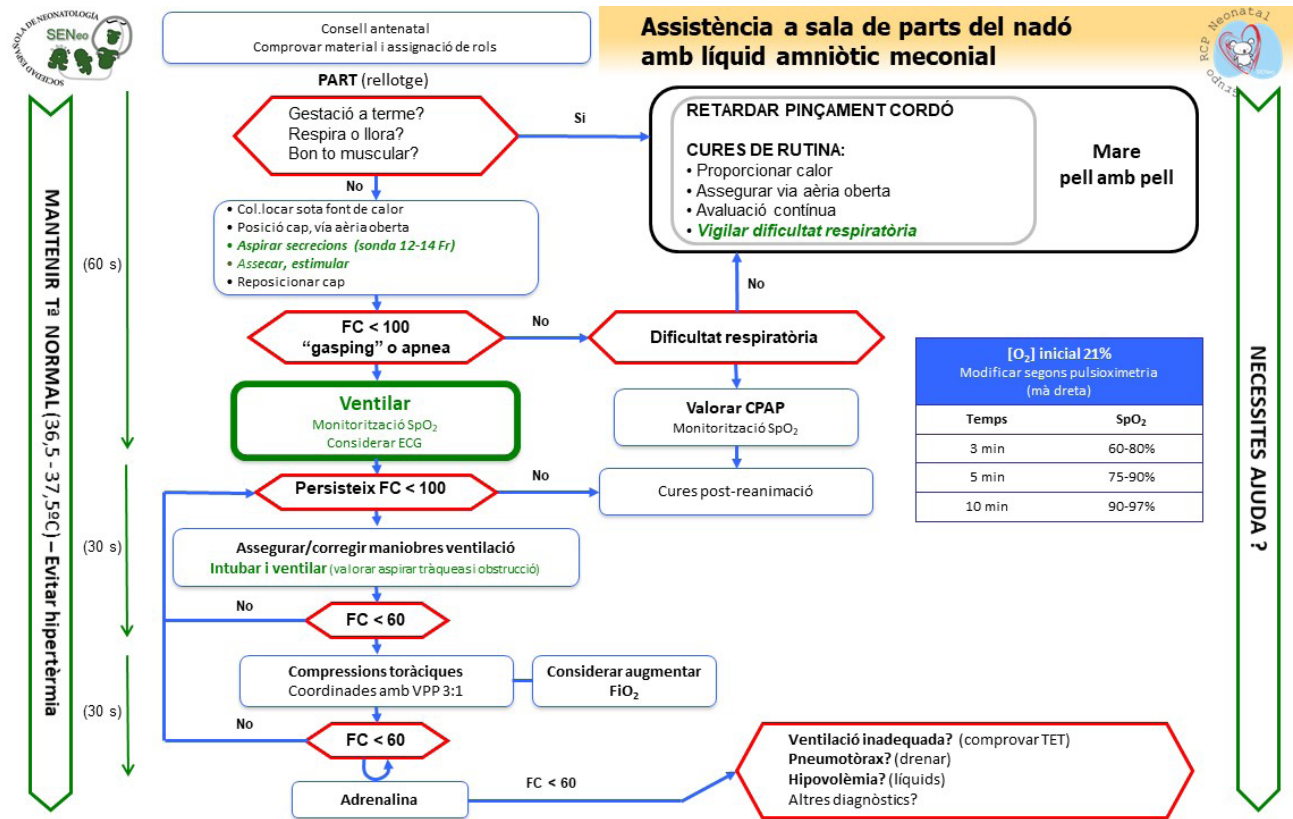


Observacions a tenir en compte en la reanimació del nadó:

- No s'ha d'aspirar en el nadó vigorós si no és necessari.
- En cas de fer maniobres d'estabilització inicial, cal aspirar si hi ha secrecions. S'ha d'aspirar primer la boca i després el nas, uns 5 segons per aspiració amb una pressió màxima de 20 cm H₂O (100 mm Hg). S'ha d'evitar mantenir l'estímul a la faringe posterior pel risc d'apnea i bradicàrdia.
- Ventilació manual amb pressió positiva: 40-60 ventilacions per minut fins aconseguir una respiració eficaç.
- S'ha d'iniciar la ventilació amb oxigen inicial del 21%. Cal monitorar la saturació parcial d'oxigen (Sat O₂) a la mà dreta (preductal). Oxigenoteràpia segons els intervals de Sat O₂ establerts.
- En cas que presenti el nadó dificultat respiratòria cal valorar CPAP 5-6 cm H₂O.
- Compressions cardíaques a 90 batecs per minut. Relació 3:1 (compressions: ventilació). Compressió a nivell del 1/3 inferior de l'estèrnum, produint una depressió anteroposterior del tòrax d'1/3 de l'alçària total en decúbit. Tècnica d'elecció: dos polzes sobre l'estèrnum que abraça amb les mans el tòrax.
- Dosi d'adrenalina endovenosa: De 0.1 a 0.3 ml/kg de la solució (1 mg/ml). En cas de no tenir accés venós, les dosi d'adrenalina endotraqueal són: de 0.5 a 1 ml/kg (0,1 mg/ml).

- Si hi ha una sospita d'hipovolèmia o reanimació refractària cal administrar sèrum fisiològic 10ml/kg en 5 minuts.
- Molt restrictius en l'ús de bicarbonat
- Durant tota la reanimació cal mantenir una temperatura de 36.5-37.5 °C.

Figura 2. Algoritme de l'assistència a sala de parts del nadó amb líquid amniòtic meconial



Observacions que cal tenir en compte en cas de líquid amniòtic meconial:

- S'ha de vigilar l'aparició de destret respiratori.
- En cas de requerir maniobres d'estabilització inicial, s'han d'aspirar secrecions per sonda 12-14 French.
- En cas de no resposta a la ventilació amb mascareta, cal intubar i valorar aspirar si hi ha sospita d'obstrucció.

Annex 2

Eines estandaritzades per la valoració de la presa al pit. Opció 1. LATCH*

Àrees	Escala de puntuació		
	0	1	2
Agafada	<ul style="list-style-type: none"> • Massa adormit • No s'agafa al pit 	<ul style="list-style-type: none"> • Intents d'agafar-se • Manté el mugró a la boca • Aconsegueix succionar 	<ul style="list-style-type: none"> • Agafa el pit • Llengua a sota • Llavis que s'ajusten • Succió rítmica
Deglució audible	<ul style="list-style-type: none"> • No en fa 	<ul style="list-style-type: none"> • Algun soroll o signes de transferència de llet, després d'estimular 	<ul style="list-style-type: none"> • Espontani i intermitent si té menys de 24 hores de vida • Espontani i freqüent si més de 24 hores de vida
Tipus de mugrons	<ul style="list-style-type: none"> • Invertits 	<ul style="list-style-type: none"> • Plans 	<ul style="list-style-type: none"> • Evertits després de l'estímul
Comoditat/Confort (pit/mugró)	<ul style="list-style-type: none"> • Ingurgitats • Clivelles amb sagnada, butllofes importants • Malestar, dolor sever 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensació de tensió als pits quan estan plens. Mugró enrogit, amb butllofes o fregades petites. • Molèstia lleu o moderada 	<ul style="list-style-type: none"> • Pits tous • Sense dolor
Mantenir col·locat el pit	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuda total (el personal manté l'infant col·locat al pit) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mínima ajuda (col·locar un coixí) • Si se li ensenya d'un cantó, la mare li col·loca a l'altre • El personal li obliga i després la mare continua 	<ul style="list-style-type: none"> • No és necessària l'ajuda del personal • La mare és capaç de mantenir l'infant col·locat al pit

Font: Traducció de *Escala la Guía de Práctica Clínica de Lactancia Materna*, 2017. Escala LATCH

* A l'Escala Latch cada ítem es puntuja del 0 al 2 (de menys a més favorable). La puntuació més alta (de 10) es correspon amb una situació molt favorable que no requereix intervenció, i la puntuació més baixa (de 0) és la que més atenció requerirà per part de l'equip de professionals.

Opció 2. Fitxa per l'observació d'una presa de la Unió Europea

Signes de donar el pit adequadament	Signes de possible dificultat
Posició de la mare i el nadó	
<ul style="list-style-type: none"> • La mare relaxada i còmoda • El nadó en contacte amb la mare • El cap i el cos del nadó alineats, a davant del pit • La barbata del nadó toca el pit • El cos del nadó ben subjectat • El nadó s'acosta al pit amb el nas a davant el mugró • Hi ha contacte visual entre la mare i el nadó 	<ul style="list-style-type: none"> • Té les espatlles tenses, inclinades cap al nadó • El nadó està lluny del cos de la mare • El cap i el coll del nadó estan girats • La barbata del nadó no toca el pit • Només se subjecten el cap i el coll del nadó • El nadó s'acosta al pit amb el llavi inferior/barbata davant del mugró • No hi ha contacte visual entre mare i nadó
Lactant	
<ul style="list-style-type: none"> • La boca està ben oberta • Té els llavis superior i inferior evertits • La llengua rodeja el mugró i l'arèola • Té les galtes plenes i arrodonides en mamar • L'arèola és visible per sobre el llavi superior • Els moviments de succió són lents i profunds, amb pauses • Pot veure's o escoltar-se el nadó empassar 	<ul style="list-style-type: none"> • La boca poc oberta • Té els llavis apretats o invertits • No se li veu la llengua* • Les galtes estan enfonsades en mamar • Hi ha més arèola per sota el llavi inferior • Els moviments de succió són superficials i ràpids • Se senten sorolls de xarrupades i espetecs
Signes de transferència eficaç de llet	
<ul style="list-style-type: none"> • Hi ha humitat al voltant de la boca del nadó • El nadó relaxa progressivament braços i cames • El pit s'estova progressivament • Surt llet de l'altre pit • La mare nota signes del reflex d'ejecció** • El nadó deixa anar espontàniament el pit en acabar la presa 	<ul style="list-style-type: none"> • El nadó està intranquil o exigent, agafa i deixa anar el pit intermitentment • La mare sent dolor o molèsties al pit o al mugró • El pit està envermellit, inflat i/o adolorit • La mare no té signes del reflex d'ejecció** • La mare ha de retirar el nadó del pit

* Aquest signe pot no observar-se durant la succió i només veure's mentre busca i s'agafa al pit.

** La mare té set, relaxament i somnolència, contraccions uterines i augment dels loquis durant la lactància.

Annex 3

Indicadors d'avaluació del protocol

1. Percentatge dones gestants controlades a l'hospital per professional de llevadoria
2. Percentatge episiotomies respecte al total de parts
3. Percentatge esquinçament en part sense episiotomia
4. Percentatge cesàries/ total de parts. Índex de Robson
5. Percentatge parts vaginals després d'una cesària
6. Percentatge parts induïts
7. Percentatge parts vaginals
8. Percentatge parts instrumentats
9. Percentatge parts amb anestèsia peridural
10. Percentatge parts hospitalaris
11. Percentatge parts en centres de naixement
12. Percentatge dones amb pla de naixement recollit en el moment del part
13. Percentatge nadons amb pauta antibiòtica intrapart
14. Percentatge nadons amb baix pes i prematuritat
15. Percentatge nadons amb lactància materna a l'inici, 6 i 12 mesos
16. Percentatge dones cribrades amb el test de violència masclista PVS
17. Percentatge dones cribrades amb el test de depressió Edinburg
18. Percentatge dones cribrades amb el test de Fageström
19. Percentatge dones cribrades amb el test AUDIT i ASSIT
20. Percentatge nadons amb cribatge de cardiopaties congènites crítiques
21. Percentatge nadons amb cribatge d'hiperbilirubinèmia
22. Percentatge mares amb primera visita postpart domiciliària
23. Percentatge nadons primera visita professional de pediatria en la primera setmana de vida del nadó

Bibliografia

Alta hospitalària

- Benahmed N, San Miguel L, Devos C, Fairon N, Christiaens W. Vaginal delivery: How does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Sep 6;17(1).
- Benitz WE, Watterberg KL, Aucott S, Cummings JJ, Eichenwald EC, Goldsmith J, et al. Hospital stay for healthy term newborn infants. Vol. 135, *Pediatrics. American Academy of Pediatrics*; 2015. p. 948–53.
- Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane database Syst Rev [Internet]*. 2002 [cited 2019 Dec 2];(3):CD002958. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12137666>
- Conthe Gutiérrez P, García Alegría J, Pujol Farriols R, Alfageme Michavilla I, Artola Menéndez S, Barba Martín R, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. *Med Clin (Barc)*. 2010 Apr 17;134(11):505–10.
- Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn [Internet]. 2013 [cited 2019 Dec 12]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf;jsessionid=DA988C773E1DDB85B564303135A475FD?sequence=1
- Rite Gracia S, Pérez Muñozuri A, Sanz López E, Leante Castellanos JL, Benavente Fernández I, Ruiz Campillo CW, et al. Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto. *An Pediatr*. 2016 1;86(5):289.e1-289.e6.

Anestèsia regional obstétrica. Complicacions

- Duncan A, Patel S. Neurological complications in obstetric regional anesthetic practice. *J Obstet Anaesth Crit Care [Internet]*. 2016 [cited 2019 Dec 2];6(1):3. Available from: <http://www.joacc.com/text.asp?2016/6/1/3/181055>
- Gleeson CM, Reynolds F. Accidental dural puncture rates in UK obstetric practice. *Int J Obstet Anesth [Internet]*. 1998 Oct [cited 2019 Dec 2];7(4):242–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15321187>
- Ruppen W, Derry S, McQuay H, Moore RA. Incidence of epidural hematoma, infection, and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/anesthesia. *Anesthesiology*. 2006 Aug;105(2):394–9.
- Singh S, Chaudry SY, Phelps AL, Vallejo MC. A 5-year audit of accidental dural punctures, postdural puncture headaches, and failed regional anesthetics at a tertiary-care medical center. *Scientific World Journal*. 2009 Aug 1;9:715–22.
- Wong CA, Scavone BM, Dugan S, Smith JC, Prather H, Ganchiff JN, et al. Incidence of postpartum lumbosacral spine and lower extremity nerve injuries. *Obstet Gynecol [Internet]*. 2003 Feb [cited 2019 Dec 2];101(2):279–88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12576251>

Anticoncepció

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. 2019.

Alimentació del nadó

- Agència de Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Consells per preparar un biberó amb seguretat [Internet]. 2013 [cited 2019 Dec 2]. Available from: https://scienciasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1896/preparar_biberon_seguretat_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ares Segura S. Suplementación con vitamina D en el niño con lactancia materna exclusiva. Evidencias en Pediatría [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec 2];12:32. Available from: <https://evidenciasenpediatria.es/articulo/6916/suplementacion-con-vitamina-d-en-el-nino-con-lactancia-materna-exclusiva->
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. 2017.

- McLafferty LP, Becker M, Dresner N, Meltzer-Brody S, Gopalan P, Glance J, et al. Guidelines for the Management of Pregnant Women With Substance Use Disorders. Vol. 57, *Psychosomatics*. Elsevier Inc.; 2016. p. 115–30.
- Ortigosa-Gómez S, Bonet M, Masvidal RM, Riera D. Déficit de vitamina D i raquitisme nutricional. 2018.
- The Royal Hospital for Women. Clinical Policies Procedures and Guidelines. Suppressing lactation and weaning. 2016.
- Wilson-Clay B. Clinical use of silicone nipple shields. *J Hum Lact*. 1996;12(4):279–85.

Alimentació de la dona durant el part

- Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane database Syst Rev [Internet]*. 2010 Jan 20 [cited 2019 Dec 2];(1):CD003930. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091553>.

Alletament matern

- Brodribb W. ABM Clinical Protocol #9: Use of Galactagogues in Initiating or Augmenting Maternal Milk Production, Second Revision 2018. Vol. 13, *Breastfeeding Medicine*. Mary Ann Liebert Inc.; 2018. p. 307–14.
- Diaz-Gómez NM. ¿En qué situaciones está contraindicada la lactancia materna? *Rev Pediatr Española*. 2005;53:321–7.
- Eglash A, Simon L. ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants, Revised 2017. *Breastfeed Med*. 2017 Sep 1;12(7):390–5.
- Gouchon S, Gregori D, Picotto A, Patrucco G, Nangeroni M, Di Giulio P. Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study. *Nurs Res*. 2010;59(2):78–84.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. 2017.
- Hepatitis C materna y lactancia materna: ¿son compatibles? [Internet]. [cited 2019 Dec 2]. <http://www.e-lactancia.org/breastfeeding/maternal-hepatitis-c-infection/product/>
- Hernández-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, Harrel C. ABM clinical protocol #7: Model maternity policy supportive of breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2018 Nov 1;13(9):559–75.
- Jansson LM, Patrick SW. Neonatal Abstinence Syndrome. Vol. 66, *Pediatric Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2019. p. 353–67.
- McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 2017 Feb 28 [cited 2019 Dec 12]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
- McLafferty LP, Becker M, Dresner N, Meltzer-Brody S, Gopalan P, Glance J, et al. Guidelines for the Management of Pregnant Women With Substance Use Disorders. Vol. 57, *Psychosomatics*. Elsevier Inc.; 2016. p. 115–30.
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. 2011.
- Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD003519.
- National Health Service. Information for breastfeeding mothers being admitted to hospital [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 2]. Available from: www.sheffieldhospitalscharity.org.uk
- Organización Panamericana de la Salud. Código Internacional de Sucedáneos de la Lactancia Materna y Resoluciones relevantes [Internet]. 2005 [cited 2019 Dec 2]. Available from: <https://www.aeped.es/sites/default/files/1-codigopaho.pdf>

Benestar fetal

- Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal [Internet]. 2013 [cited 2019 Dec 2]. Available from: www.aatrm.net
- Chandrahara E. Should national guidelines continue to recommend fetal scalp blood sampling during labor? Vol. 29, *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. Taylor and Francis Ltd; 2016. p. 3682–5.
- Chandrahara E et al. Intrapartum Fetal Monitoring Guideline [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 7]. [https://physiological-ctg.com/guideline/Intrapartum Fetal Monitoring Guideline.pdf](https://physiological-ctg.com/guideline/Intrapartum%20Fetal%20Monitoring%20Guideline.pdf)
- NICE. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. 2019

Cardiopaties congènites

- Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG). Newborn Screening for Critical Congenital Heart Disease Using Pulse Oximetry [Internet]. Newborn Screening for Critical Congenital Heart Disease Using Pulse Oximetry. 2015 [cited 2019 Dec 2]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29144669>
- Plana MN, Zamora J, Suresh G, Fernandez-Pineda L, Thangaratinam S, Ewer AK. Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects. *Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 2018 Mar 1 [cited 2019 Dec 2]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011912.pub2>
- Sánchez Luna M, Pérez Muñuzuri A, Sanz López E, Leante Castellanos JL, Benavente Fernández I, Ruiz Campillo CW, et al. Pulse oximetry screening of critical congenital heart defects in the neonatal period. The Spanish National Neonatal Society recommendation. *An Pediatr*. 2018 Feb 1;88(2):112.e1-112.e6.

Cesàries

- Freeman RK, Cohen AW, Depp R, Frigoletto FD, Hankins GD V, Lieberman E, et al. Evaluation of Cesarean Delivery. 2000.
- Hall MH. What is the right number of caesarean sections? Vol. 349, *Lancet*. 1997. p. 1557.
- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: A randomised multicentre trial. *Lancet*. 2000 Oct 21;356(9239):1375–83.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies. NICE guideline [NG121]. NICE; 2019.
- World Health Organization. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. 2018.

Consum de begudes alcohòliques i altres drogues

- Brown RA, Dakkak H, Gilliland J, Seabrook JA. Predictors of drug use during pregnancy: The relative effects of socioeconomic, demographic, and mental health risk factors. *J Neonatal Perinatal Med*. 2019;12(2):179–87.
- Caldentey C, Tirado-Muñoz J, Ferrer T, Fonseca F, Rossi P, Mestre-Pintó JI, et al. Violencia de género en mujeres con consumo de sustancias ingresadas en el hospital general: Cribado y prevalencia. *Adicciones*. 2017;29(3):172–9.
- Jansson LM, Patrick SW. Neonatal Abstinence Syndrome. Vol. 66, *Pediatric Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2019. p. 353–67.
- Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *J Affect Disord*. 2008 May;108(1–2):147–57.
- World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 2]. Available from: www.who.int

Cribatge Neonatal

- Guia per a l'obtenció de sang neonatal capil·lar en paper absorbent i complimentació de la fitxa de dades. Programa de Cribatge Neonatal. Servei de Salut Materno-Infantil. Subdirecció General de Promoció de la Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Resolució del director del Servei Català de la Salut (CatSalut) del 13 de gener de 2017, per la qual es designen com a unitats d'expertesa clínica (UEC), en malalties cognitivoconductuals de base genètica en l'edat pediàtrica les unitats sol·licitants de l'Hospital Parc Taulí, l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona i l'Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Conjuntivitis neonatal per gonococ

- Ocular Prophylaxis for Gonococcal Ophthalmia Neonatorum: Preventive Medication. U.S. Preventive Services Task Force. September 2016.
- <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/ocular-prophylaxis-for-gonococcal-ophthalmia-neonatorum-preventive>.

Consentiment informat

Agency for Healthcare Research and Quality website. The SHARE approach. www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/shareddecisionmaking/index.html. Updated August 2018. Accessed August 13, 2018.

Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Quaderns de la Bona Praxi . El consentiment informat . La presa de la decisió informada del pacient. Col·legi oficial Metges de Barcelona. 2008.

Oficina de derechos humanos. La mujer y la salud 02/02/99. RECOMENDACIÓN GENERAL Nº 24.

Cordó umbilical

Imdad A, Bautista RMM, Senen KAA i cols. Umbilical cord antisèptics for preventing sepsis and death among newborns (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.:CD008635. DOI: 10.1002/14651858.CD008635.pub2.

Leante Castellanos JL, Pérez Muñuzuri Ak, Ruiz Campillo CW i cols. Recomendaciones para el cuidado del cordón umbilical en el recién nacido. *An Pediatr (Barc)* 2019;90:401.e1-5.

Stewart D, Benitz W, Watterberg KL, Cummings JJ, Benitz WE, Eichenwald EC, et al. Umbilical cord care in the newborn infant. *Pediatrics*. 2016 Sep 1;138(3)

Dolor

Apfelbaum JL, Hawkins JL, Agarkar M, Bucklin BA, Connis RT, Gambling DR, et al. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. Vol. 124, *Anesthesiology*. Lippincott Williams and Wilkins; 2016. p. 270-300.

Burroughs, A. Tratamiento del dolor durante el parto. A: Burroughs, A. *Enfermería materno-infantil* (7ª ed.). Mèxic: McGraw-Hill Interamericana, 1999: 210-25.

Cots I, Jimenez M, Castan E, Martinez I, Moreno C. Beneficios de la pelota de partos (Birth ball) en la sala de partos. *Metas de Enfermeria* nov 2010;13(9):62-65

Declerq E, Cunningham DK, Johnson C, Sakala C. Mothers reports postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: results of national survey. *Birth*. 2008; 35(1):16-24.

Delgado A, Maia T, Melo RS, Lemos A. Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. Vol. 35, *Complementary Therapies in Clinical Practice*. Churchill Livingstone; 2019. p. 92-101.

DePalma MT, Weisse CS. Psychological influences on pain perception and non-pharmacologic approaches to the treatment of pain. *J Hand Ther*. 1997;10(2):183-91.

E.R. C, E. B, A. C. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018;2018(5). Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L622136524%0Ahttp://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub4>

Garland D. Revisiting Waterbirth: An Attitude to Care [Internet]. 2th Editio. Red Globe Press; 2011 [cited 2019 Dec 3]. Available from: <https://www.macmillanihe.com/page/detail/Revisiting-Waterbirth?K=9781137604941>

Gau, Meei-Ling et al. Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery*. 2011. Volume 27, Issue 6, e293 - e300

Harper B. Guideline for a Safe Water Birth [Internet]. waterbirth.org. 2006. p. Florida. Available from: [http://www.waterbirth.org/assets/documents/Guidelines for safe Water use.pdf](http://www.waterbirth.org/assets/documents/Guidelines%20for%20safe%20Water%20use.pdf)

Klomp T, van Poppel M, Jones L, Lazet J, Di Nisio M, Lagro-Janssen ALM. Inhaled analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD009351. DOI:10.1002/14651858.CD009351.pub2

Mallen-Perez L, Roé-Justiniano MT, Colomé Ochoa N, Ferre Colomat A, Palacio M, Terré-Rull C. Use of hydrotherapy during labour: Assessment of pain, use of analgesia and neonatal safety. *Enferm Clin* [Internet]. 2018 Sep [cited 2019 May 19];28(5):309-15. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862117301572>

Mårtensson, L. B., Hutton, E. K., Lee, N., Kildea, S., Gao, Y., & Bergh, I. (2017). Sterile water injections for childbirth pain: An evidenced based guide to practice. *Women and Birth*. doi:10.1016/j.wombi.2017.12.001

National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care: care of healthy women and babies [Internet]. NICE clinical guideline 190. 2014. 805 p. Updated february 2017. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=folder&o=67642>

OMS. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug 21]. 200 p. Available from: <http://apps.who.int/bookorders>

Rodríguez Fuentes G, Iglesias Santos R. Bases físicas de la hidroterapia. *Fisioterapia* [Internet]. 2013 Jan 1 [cited 2019 May 19];24:14–21. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211563801730234>

Rosen M A. Nitrous oxide for relief of labor pain: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 186(5 Part 2): S110-S126

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Dahlen, H. G., Ee, C. C., & Sukanuma, M. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD009290. doi:10.1002/14651858.CD009290.pub3

Dol perinatal

Lavoré-Fàbregas M, López-García S, Marí-Guasch M, Martín-Ancel A, Pi-Sunyer-Peyri T, Rueda-García C, et al. Guia d'acompanyament en el dol perinatal. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2016. <http://hdl.handle.net/11351/3323>

Donació de sang de cordó

Banc de sang i teixits. www.bancsang.net

Guia de la donació de sang de cordó umbilical. Fundació Josep Carreras

Drets i deures

Carta de drets i deures de la ciutadania. Departament de Salut 2015.

Esdeveniment breu inexplicat

Garriga Badia, M; Rodríguez-Miguélez JM, Zambudio Sert S, Castillo Rodenas M. Episodi aparentment letal precoç. *Pediatría Catalana*, any 2013, volum 73.

Joel S.Tieder et al. AAP. Subcommittee on apparent life threatening events. Brief resolved unexplained events (formerly apparent life-threatening events) and evaluation of lower-risk infants: Executive summary. *Pediatrics*, volum 137, number 5, may 2016.

Nicolas J Pejovic, Eric Herlenius. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. *Acta Pædiatrica*. 2013 102, pp. 680–688

Estreptococ grup B

Alós Cortés JI, Andreu Domingo A, Arribas Mir L, Cabero Roura L, de Cueto López M, López Sastre J et al. Prevenció de la infecció perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas. Actualización 2012. Documento de consenso SEIMC, SEGO, SEN, SEQ, SEMFYC. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31(3):159–172

Da Silva HD, Kretli Winkelströte L. Universal gestacional screening for *Streptococcus agalactiae* colonization and neonatal infection-A systematic review and meta-analysis. *J Infect Public Health* (2019), <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2019.03.004>

Di Renzo GC et al. Intrapartum GBS screening and antibiotic prophylaxis: an European consensus conference. *J Matern Fetal Neonatal Med*, Early Online: 1-17. 2014.

Jefferies AL. Management of term infants at increased risk for early-onset bacterial sepsis. *Paediatr Child Health*. 2017;22(4):223–8.

Morbidity and Mortality Weekly Report. Prevention of Perinatal Groups B Strptococcal Disease. Revised Guidelines from CDC, 2010. Department of Health and Human Services Centers For Disease Control and Prevention.

NICE. Antenatal care for uncomplicated pregnancies: screening. 2008.

Seedat F, Geppert J, Stinton C, Patterson J, Freeman K, Johnson SA, et al. Universal antenatal screening for group B streptococcus may cause more harm than good. *BMJ*. 2019;364.

The American College of Obstetricians and Gynecologist Comittee Opinion. Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns. Vol 134, No 1, July 2019.

Exploració sistemàtica del nadó i controls durant estada hospitalària

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Edita: Direcció General de Salut Pública. Corbes de referència de pes, perímetre cranial i longitud en néixer de nounats d'embarassos únics, de bessons i de trigèmens a Catalunya. 2008.

Galactogogs

Bazzano AN, Hofer R, Thibeau S, Gillispie V, Jacobs M, Theall KP. A Review of Herbal and Pharmaceutical Galactagogues for Breast-Feeding. *Ochsner J.* 2016 Winter;16(4):511-524.

Grzeskowiak LE, Wlodek ME, Geddes DT. What Evidence Do We Have for Pharmaceutical Galactagogues in the Treatment of Lactation Insufficiency? -A Narrative Review. *Nutrients.* 2019 Apr 28;11(5). pii: E974. doi: 10.3390/nu11050974.

Hepatitis B

Henderson JT, Webber EM, Bean SI. Screening for Hepatitis B Virus Infection in Pregnant Women: An Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. 2019;

Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for Hepatitis B Virus Infection in Pregnant Women: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. Vol. 322, *JAMA - Journal of the American Medical Association.* American Medical Association; 2019. p. 349–54.

Hepatitis C

Bennett, NJ. Pediatric Hepatitis C treatment and management. *Medscape,* Sep 09, 2017.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Prevenció i control de l'hepatitis C a Catalunya. 2018. (<http://www.e-lactancia.org/breastfeeding/maternal-hepatitis-c-infection/product/>)

Hipoacúsia neonatal

DECRET 4/2015, de 13 de gener, per a la detecció precoç, el diagnòstic, el tractament i el seguiment de la hipoacúsia neonatal. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya Núm. 6789 - 15.1.2015 CVE-DOGC-A-15013100-2015 <http://acapps.org/web/wp-content/uploads/2016/04/5-Protocol-Departament-de-Salut.pdf>

Vos B, Senterre C, Lagasse R, SurdiScreen Group and Levêque A. Newborn hearing screening programme in Belgium: a consensus recommendation on risk factors. *BMC Pediatrics* 2015;15:160-174.

Hipoglucèmia Neonatal

Adamkin, DH. MD and Committee on fetus and newborn. Postnatal glucosa homeostasis in late-preterm and term infants. *Pediatrics* 2011;127;575-579.

Pertierra Cortada, A e Iglesias Platas, I. Hipoglucèmia neonatal. *An Pediatr Contin* 2013;11(3):142-51.

Stanley, C et al. Re-evaluating "Transitional neonatal hypoglycemia": Mechanism and implications for management. *The journal of pediatrics,* June 2015; vol 166 (6): 1520-25.

Hiperbilirubinèmia

American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297-316.

NICE Clinical Guideline. Jaundice in Newborn babies under 28 days. Published 19 May 2010, Last Update:October 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg98/resources/jaundice-in-newborn-babies-under-28-days-pdf-975756073669>

Sánchez-Redondo MD, Leante JL, Benavente I i cols. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones para la prevención, la detección y el manejo de la hiperbilirubinemia en el recién nacido con 35 semanas de gestación o más. *An Pediatr (Barc)* 2017;87:294 e.1-e.8.

Intersexe

Intersex Society of North America (<https://www.termcat.cat/es/diccionaris-en-linia/256/searxg/intersexual/type=basic&language&condition=match>)

Legislació

Decret 27/1999, de 9 de febrer, de la gestió dels residus sanitaris.

Decret 104/2002, de 26 de juliol, d'Ordenació de la gestió de residus sanitaris.

Llei 41/2002 de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

Llei 5/2008 del 24 d'abril del dret de les dones a eradicar la violència masclista. Aprovada pel Ple del Parlament de Catalunya i publicada al Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya, núm. 251/VIII, del 28 d'abril de 2008. Disponible a: <https://www.parlament.cat/document/nom/TL75.pdf>

Llei 11/2014, de 10 d'octubre per a garantir els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transgènere i intersexuals i per eradicar l'homofòbia, la bifòbia i la transfòbia.

Llei 17/2015 de 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes (DOGC núm. 6919, de 23.7.2015)

Llei 19/2015 de 13 de juliol, de mesures de reforma administrativa en l'àmbit de l'Administració de Justícia i del Registre Civil (BOE 167).

Llei orgànica 3/2018 de Protecció de dades i garantia dels drets digitals

Ordre de 23 de novembre, de regulació de l'informe clínic d'alta hospitalària i el conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (Correcció d'errades en el DOGC núm 1401, pàg 493, de 1/2/1991.

Orden SAS/1349/2009, de 6 de maig

Malaltia de Chagas

Programa de prevenció i control de la malaltia de Chagas congènita a Catalunya. Sub-direcció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Protocol de cribratge, diagnòstic i tractament de la malaltia de Chagas en dones embarassades llatinoamericanes i en els seus fills. 2018.

Malaltia hemolítica del nadó

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). High-throughput non-invasive prenatal testing for fetal RHD genotype. Diagnostics guidance [DG25]. NICE; 2016.

Malaltia hemorràgica del nadó

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal [Internet]. 2013 [cited 2019 Dec 2]. Available from: www.aatrm.net.

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. 2014.

World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience - WHO recommendations [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 16]. Available from: <http://apps.who.int/bookorders>.

Nivells assistencials

American College of Obstetricians and Gynecologists. Optimizing Postpartum Care. Vol. 131, OBSTETRICS & GYNECOLOGY ACOG COMMITTEE OPINION Number 736. 2018.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció Maternoinfantil als Hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública a Catalunya. 2008.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2016 - 2020 [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec 2]. Available from: www.salutweb.gencat.cat/url/pladesalut

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 24]. Available from: http://salutpublica.gencat.cat/web/content/minisite/aspocat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol_seguiment_embaras/protocol-seguiment-embaras-2018.pdf

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Procés Assistencial de l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) a la xarxa d'Atenció Primària (ENAPISC-ASSIR 2019).

Rite Gracia S, Fernández Lorenzo JR, Echániz Urcelay I, Botet Mussons F, Herranz Carrillo G, Moreno Hernando J, et al. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. An Pediatr. 2013 Jul;79(1).

Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2018 Jul;62:240-255. doi: 10.1016/j.midw.2018.03.024. Epub 2018 Apr 3.

Parentalitat responsable

Abraham S and Llewellyn-Jones D (2001). *Eating disorders- The facts*, Oxford. Oxford University Press.

Anda R; Felitti V; Bremner D; Walker J; Whitfield C; Perry B et al (2006). The enduring effects of abuse and related abuse experience in childhood. *European Archives of Psychiatry and clinical Neuroscience* 256 (3): 174-6.

Allen J (2001). *Traumatic Relationship and serious mental Disorders*, Chichester: Wiley.

Ashman S, Dawson G, Panagiotides H, Yamada E and Wilkins D (2002). Stress hormone levels of children of depressed mothers: Development and Psychopathology 14 (2): 333-49.

Baibazarova E, Van De Beek C, Cohen-Kettenis PT, Buitelaar J, Shelton KH, Van Goozen SHM. Influence of prenatal maternal stress, maternal plasma cortisol and cortisol in the amniotic fluid on birth outcomes and child temperament at 3 months. *Psychoneuroendocrinology*. 2013 Jun;38(6):907-15.

Bellis M, Hugues K, Jones A, Perkins C and McHale P (2013). Childhood happiness and violence: a retrospective study of their impacts on adults well-being. *BMJ Open* 3: e003427.

Montirosso R, Westrup B et al., European Standards of Care for Newborn Health: Support for parental-infant bonding. EFCNI 2018

Murray L, Artech A, Fearon P, Halligan S, Goodner I and Cooper P (2011). Maternal post-natal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 50 (5): 431-4.

Pallás-Alonso C, Westrup B et al., European Standards of Care for Newborn Health: Parental involvement. EFCNI 2018.

Yogman M, Garfield CF. Fathers' roles in the care and development of their children: The role of pediatricians. Vol. 138, *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics; 2016.

Part de natges

Recommendations of the FIGO Committee on Perinatal Health on Guidelines for the Management of Breech Delivery. *Int J Gynecol Obstet* 1994; 44: 297-300.

Part normal

Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2012 Jan 21;343(7840).

Bueno-López, V et al. Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent position during occiput posterior position during labor: a randomized clinical trial. *Birth* 2018; 45:385-392.

Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. OMS. Ginebra. 1996

Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries. Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal. 2013.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol per a l'assistència natural al part normal. 2007.

Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.

NICE. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth [Internet]. 2014. Updated february 2017. Available from: www.nice.org.uk/accreditation

OMS. Cuidados sobre el parto normal. Una Guía práctica. 1996.

UptoDate Management of prelabor rupture of the fetal membranes at term, 2019.

WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Part vaginal instrumentat

- Ahlberg M, Norman M, Hjelmstedt A, Ekéus C. Risk factors for failed vacuum extraction and associated complications in term newborn infants: a population-based cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29(10):1646-51
- Ekéus C, Högberg U, Norman M. Vacuum assisted birth and risk for cerebral complications in term newborn infants: a population-based cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* volume 14, Article number: 36 (2014)
- Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, et al. Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstet Gynecol* 2012; 119:233.
- Krofta L, Otcenášek M, Kasíková E, Feyereisl J. Pubococcygeus-puborectalis trauma after forceps delivery: evaluation of the levator ani muscle with 3D/4D ultrasound. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009; 20:1175.
- Snooks SJ, Swash M, Henry MM, Setchell M. Risk factors in childbirth causing damage to the pelvic floor innervation. *Int J Colorectal Dis* 1986; 1:20.
- Volløyhaug I, Mørkved S, Salvesen Ø, Salvesen KÅ. Forceps delivery is associated with increased risk of pelvic organ prolapse and muscle trauma: a cross-sectional study 16-24 years after first delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015; 46:487.

Pell amb pell

- Contacto piel con piel en cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. 2017.
- Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Nov 25;11:CD003519. Review.
- Pallás Alonso CR, Rodríguez López J y Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Consideraciones en relación con la seguridad del contacto precoz piel con piel tras el parto. *An Pediatr (Barc)* 2014;80(4):203-205.
- Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a caesarean section: a review of the literature. *Matern Child Nutr.* 2014 oct;10(4):456-73.

Pinçament de cordó umbilical

- AC Katheria, S Lakshminrusimha, H Rabe, R McAdams and JS Mercer. STATE-OF-THE-ART Placental transfusion: a review. *Journal of Perinatology* (2017) 37, 105–111.
- 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; Vol 297(11):1241-1252.
- Katheria A1, Hosono S2, El-Naggar W. A new wrinkle: Umbilical cord management (how, when, who). *Semin Fetal Neonatal Med.* 2018 Oct;23(5):321-326.
- McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Evidence-Based Child Health.* 2014;9(2):350–444.
- Mercer JS, Erickson-Owens DA, Deoni SCL, Dean DC 3rd, Collins J, Parker AB, Wang M, Joelson S, Mercer EN, Padbury JF. Effects of Delayed Cord Clamping on 4-Month Ferritin Levels, Brain Myelin Content, and Neurodevelopment: A Randomized Controlled Trial. *J Pediatr.* 2018 Dec;203:266-272.e2. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.06.006. Epub 2018 Jul 6.
- Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *The Cochrane Library*, 2012 Issue 8: CD003248.
- Rabe H, Gyte GM, Díaz-Rossello JL, Duley L. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *The Cochrane Library*, 2019 Sep 17;9:CD003248.

Pla de Naixement

- Comitè de Bioètica de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Sobre les preferències de gènere de professional per assistir a l'embaràs i el part [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 2]. Available from: https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revisio8marzo2015.pdf
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Secretaria de Salut Pública.. Guia per a embarassades. 2018.
- Hollowell J, Rowe R, Townend J, Knight M, Li Y, Linsell L et al. The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. 2015 [cited 2019 Dec 2]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26334076>

Ministerio de Sanidad Y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2010. 50–58 p.

NICE. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth [Internet]. 2014. Updated february 2017. Available from: www.nice.org.uk/accreditation

Placenta

Bosco CB et al. Placentophagy: a controversial trend. *Int J Res Med Sci.* 2018 Jun; 6(&): 1841-1846

Comitè de Bioètica de Catalunya. Consideracions sobre l'entrega de la placenta a la mare després del part. 17 de setembre de 2019

Prematuritat

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Consells per a pares i mares de nadons nascuts prematurament. 2019

Puerperi

Generalitat de Catalunya. El Pla d'enquestes de satisfacció del Catsalut. PLAENSA 2016. Disponible a: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentació/instruments-relacio/valoracio-serveis-atenció-salut/enquestes-satisfaccio/estu-dis-realitzats/atencio-embaras-part-puerperi/2016>.

Institut Català de la Salut. Protocol de continuïtat assistencial en el puerperi. Programa sanitari de Barcelona ciutat, Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron. Barcelona, 2002.

Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. 2014. Guía de práctica clínica de atención al embarazo y puerperio.

Recomanacions globals

Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries. Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud sobre l'Atenció al Part Normal. 2013.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol d'Infància amb Salut. 2008

Guía práctica clínica de atención en el embarazo y el puerperio. Ministerio de sanidad 2014.

World Health Organization. WHO Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva 2018.

World Health Organization. WHO. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. Geneva 2018.

Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona). Ministerio de Sanidad y Política Social.

Salut mental

Cheng ER, Downs SM, Carroll AE. Prevalence of Depression Among Fathers at the Pediatric Well-Child Care Visit. Vol. 172, *JAMA Pediatrics.* American Medical Association; 2018. p. 882–3.

Cook N et al. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord.* 2018 Jan 1;225:18-31. doi: 10.1016/j.jad.2017.07.045. Epub 2017 Jul 27)

Eisenach JC, Pau PH, Smiley, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain* 2008. Nov 15 ; 140 (1): 87-94.

Herman AO. Postnatal Depression Nearly as Common in Dads as in Moms. *NEJM J Watch.* 2018 Jul 24;2018.

Matthey S, Barnett B, Kavanag DJ, Howie P. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale for men and comparison of item endorsement with their partners. *J Affect Disord.* 2001; 64 (2-3); 175-184

Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, Vigod S, Jones I, Munk-Olsen T, et al. Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis Prim.* 2018 Apr 26;4:1–18.

Milgrom et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord.* 2008 May;108(1-2):147-57

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 2]. Available from: www.nice.org.uk/accreditation

Navarro P, García-Esteve L, Ascaso C, Aguado J, Gelabert E, Martín-Santos R. Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: prevalence and comorbidity in a community sample. *J Affect Disord.* 2008;109(1-2):171-6.

Septicèmia neonatal

- ACOG. Intrapartum management of intramniotic infection. Agost 2017;712
- Baker CJ. A Time to Save. *J Pediatric Infect Dis Soc.* 2018 Feb 19;7(1):1–5.
- Craig Craig V.Towers, Angela Yates, Nikki Zite, Casey Smith, Lindsey Chernicky, Bobby Howars. Incidence of fever in labor and risk of neonatal sepsis. *Am J Obstet Gynecol* 2017;216:596.e1-5.
- Protocols de la UPIIP (Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria): Sepsis Neonatal de Início Precoz. Noviembre 2017. http://www.upiip.com/sites/upiip.com/files/Sepsis%20Neonata%20d%27Inici%20Preco%20C3%A7%20%281%29_o.pdf
- Rosemary D.Higgins, George Saade, Richard A.Polin, William A.Grobman, Irina A.Buhinsche, Kristi Watterberg, Robert M. Silver, Tonse N.K.Raju. Evaluation and management of women and newborns with a maternal diagnosis of chorioamnionitis. *Obstet Gynecol* 2016;127:426-36.

Síndrome d'abstinència neonatal

- Favara MT, Carola D, Jensen E, Cook A, Genen L, Dysart K, et al. Maternal breast milk feeding and length of treatment in infants with neonatal abstinence syndrome. *J Perinatol.* 2019 Jun 1;39(6):876–82.
- Finnegan LP, Connaughton JF, Kron RE, Emich JP. Neonatal abstinence syndrome: Assessment and management. *Addict Dis.* 1975; 2 (1-2): 141-158.
- Hudak ML, Tan RC, Frattarelli DAC, Galinkin JL, Green TP, Neville KA, et al. Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics.* 2012 Feb;129(2).
- Kocherlakota P. Neonatal abstinence syndrome. Vol. 134, *Pediatrics.* American Academy of Pediatrics; 2014.

Sistemes d'identificació de nadons

- Sanz López E, Sánchez Luna M, Rite García S, Benavente Fernández I, Leante Castellanos JL, Pérez Muñuzuri A i cols. Recomendaciones para la identificación inequívoca del recién nacido. *An Pediatr (Barc)* 2017;87(4):235.e1-235.e4.
- Unidades de neonatología. Estándares y recomendaciones de calidad. Informes, estudios e investigación 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. p.69.

Suport a la transició i reanimació neonatal

- Iriondo M, Szyld E, Vento M, Burón E, Salguero E, Aguayo J, Ruiz C, Elorza D y Thió M. Grupo de reanimación neonatal de la Sociedad Española de Neonatología. Adaptación de las recomendaciones sobre reanimación neonatal 2010: comentarios. *An Pediatr (Barc).* 2011;75(3):203.e1-203.e14.
- Perlman JM, Wylie J, Kattwinkel J, Wiskoff MH, Aziz K, Guinsburg R, Kim HS, Liley HG, Mildenhall L, Simon WM, Szyld E, Tamura M, Veluphi S. Part 7: Neonatal resuscitation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation,* 2015;132 16 Suppl 1:S204-S241.
- Wyckoff MH, Aziz K, Escobedo MB, Kapadia VS, Kattwinkel J, Perlman JM, et al. Part 13: Neonatal resuscitation: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2015;132 18 Suppl 2:S543-60.
- Wyllie J, Bruinenberg J, Roehr CC, Rüdiger M, Trevisanuto D, Urlesberger B. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 7. Resuscitation and support of transition of babies at birth. *Resuscitation.* 2015;95:249-63.
- Zeballos Sarratoa G, Salguero García E, Aguayo Maldonado G, Gómez Robles,C, Thió Lluch M, Iriondo Sanz M y Grupo de Reanimación Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología (GRN-SENeo). Adaptación de las recomendaciones internacionales en estabilización y reanimación neonatal 2015. *An Pediatr (Barc).* 2017;86(1):51.e1-51.e9.

Tabaquisme

- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Tabaquisme ambiental i salut prenatal i infantil .2018. En premsa
- Jansson et al. Neonatal Abstinence Syndrome. *Pediatr Clin North Am.* 2019 Apr;66(2):353-367. doi: 10.1016/j.pcl.2018.12.006. Review.

Transport neonatal

- Carreras E., Ginovart G., Caritg J., Esqué M.T., y Domínguez P. (2006). Transporte interhospitalario del niño crítico en Cataluña. *Med Intensiva*, 30(7), 309-313.
- Ciurana, R., Esqué, MT., Carreras, E., Dominguez, P., Caritg, J. *Estabilització i transport del nen crític*. Barcelona: ed. SEMSA, 2002.
- Domínguez-Sampedro P. (2014). Hacia el pleno desarrollo del transporte pediátrico en España. *An Pediatr*, 81, 203-204.
- Esqué MT, Thió M. Neonatal transport in Developed Countries. A: Carrera JM, Cabero L, Baraibar R.: *The Perinatal Medicine of the new millennium*. Bolònia: Monduzzi ed., 2001: 1041-9.14.
- Esqué, MT. Transporte neonatal. A: Raspall F., Demestre, X.: *Tòpicos en Neonatología II*. Barcelona: ed. EASO, 2000: 35-56.
- Moreno Hernando, J., Thió Lluch M., Salguero García E., Rite Gracia S., Fernández Lorenzo JR., Echaniz Urcelay I., et al. (2013). Recomendaciones sobre transporte neonatal. *An Pediatr (Barc)*, 79(2), 117e1-117e7.
- Orr RA., Felmet KA., Han Y., McCloskey KA, Dragotta MA., Bills DB., et al. (2009). Pediatric specialized transport teams are associated with improved outcomes. *Pediatrics*, 124, 40-48.
- Procediment de gestió de prioritats en el trasllat interhospitalari. Document intern del Sistema d'Emergències Mèdiques. Versió 6. 2017.
- Sánchez S., Vegara X., Cárdenas JA., Peiró J., Jiménez D., Haro I. (2013). Traslado interhospitalario del paciente pediátrico y neonatal en Cataluña: Unidades YP del Sistema de Emergencias Médicas de Cataluña. *Zona TES*, 3, 122-127.

Ús del xumet

- <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/colecho-sindrome-muerte-subita-lactancia-materna-consenso>. Colecho, síndrome de muerte súbita del lactante y lactancia materna. Recomendaciones actuales de consenso Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría.
- <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201103-chupete-lactancia.pdf>. Uso del chupete y lactancia materna. Comité de Lactancia Materna · Asociación Española de Pediatría 2011.

Vacunacions

- Baxter, R., Barlett J., Fireman B., Lewis E., Klein NP., Effectiveness of vaccination during pregnancy to prevent infant pertussis. *Pediatrics* 2017; 139 (5): e20164091.
- Manual de Vacunacions. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2018.
- Vilca LM, Verma A, Bonati M, Campins M. Impact of influenza on outpatient visits and hospitalizations among pregnant women in Catalonia, Spain. *J Infect*. 2018 Dec; 77(6): 553-560. Doi: 10.1016/j.jinf.2018.06.015. Epub 2018 Jul 5.

Violència masclista

- Caldentey C, Tirado-Muñoz J, Ferrer T, Fonseca F, Rossi P, Mestre-Pintó JI, et al. Violencia de género en mujeres con consumo de sustancias ingresadas en el hospital general: Cribado y prevalencia. *Adicciones*. 2017;29(3):172-9.
- Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA*. 1997 May 7;277(17):1357-61.
- Garcia-Esteve L, Torres A, Navarro P, Ascaso C, Imaz ML, Herreras Z, et al. Validation of the comparison of four instruments to detect partner violence in health-care setting. *Med Clin (Barc)*. 2011 Oct 8;137(9):390-7.
- Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya: document operatiu d'embaràs. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/abordatge_de_la_violencia_masclista/documents/arxius/abord_embaras.pdf

Visites domiciliàries, telefòniques i telemàtiques

- Gol i Gómez R. Avaluació del servei telefònic amb llevadora com a eina de suport durant la instauració de l'al·letament matern [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 3]. Available from: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/666183#page=1>.
- OMS. Recomanacions sobre cures pospart de la mare i el nadó. 2014.

Seguranyes Guillot G. Eficacia de una intervención telemática en la atención al posparto en relación a la atención habitual, respecto a la opinión, consultas y morbilidad en las mujeres atendidas en los centros del PASSIR de atención primaria en Cataluña. Universidad Complutense de Madrid; 2013.

Virus de la Immunodeficiència Humana

Vall d'Hebron Barcelona Campus Hospital. Protocol per a la prevenció de la transmissió vertical del VIH i seguiment del fill de mare VIH. 2019.

Abreviacions

AAP	Associació americana de pediatria
AC	Anticòs
AgHBs	Antigen de superfície del virus de l'hepatitis B
AntiHBs	Anticòs contra l'antigen de superfície del virus de l'hepatitis B
AP	Atenció primària de salut
AQUAS	Agència de qualitat i avaluació sanitàries de Catalunya
ASSIR	Centre d'assistència sexual i reproductiva
BTC	Bilirubina transcutània
BPM	Batecs per minut
BRUE	Esdeveniment breu inexplicat resolt
CAP	Centre d'atenció primària
CAS	Centre d'atenció i seguiment de les drogodependències
CBC	Comitè de bioètica de Catalunya
CI	Consentiment informat
CLIA	Serologia treponèmica per immunoassaig quimioluminescent
CMV	Citomegalovirus
COMB	Col·legi oficial de metges de Barcelona
CPAP	Pressió positiva contínua a la via aèria
CREDA	Centre de recursos educatius per infants amb disminució auditiva
CSMA	Centre de salut mental d'adults
CV	Càrrega viral
DGAIA	Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència
DNA	Àcid desoxiribonucleic
DS	Departament de Salut
DSMIV-TR	Quarta edició revisada del Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals
ECMO	Oxigenació per membrana extracorpòria
EV	Endovenosa
EVA	Escala visual analògica
FIGO	Federació internacional de ginecologia i obstetrícia
FiO₂	Fracció inspirada d'oxigen
FCF	Freqüència cardíaca fetal
GPC	Guia de pràctica clínica

HC	Història clínica
HPP	Hemorràgia postpart
ICS	Institut català de la salut
IDESCAT	Institut d'estadística de Catalunya
Ig	Immunoglobulina
IHAN	Iniciativa per la humanització de l'assistència al naixement i la lactància
IM	Intramuscular
IMC	Índex de massa corporal
LACTH	Escala d'avaluació de lactància materna
LGTBI	Lesbianes, gais, bisexuals, transgènere i intersexuals
LRC	Líquid cefalorraquidi
MELA	Mètode de l'amenorrea de la lactància
MHN	Malaltia hemolítica del nadó
MV	Manual de vacunacions del Departament de Salut
MS	Ministeri de sanitat
NICE	Institut per a l'excel·lència clínica del Regne Unit
OMS	Organització mundial de la salut
OPS	Organització panamericana de salut
PEA	Potencials evocats auditius
PEB	Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. 3 ^a edició
PCR	Reacció en cadena de la polimerasa
PCN	Programa de cribratge neonatal
PLAENSA	Pla d'enquestes de satisfacció
PN	Pla de naixement
PVS	Prova de detecció de la violència masclista (Partnership violence Screening)
RCA	Registre central d'assegurats de Catalunya
RCIU	Restricció o retard de creixement intrauterí
RCP	Reanimació cardiopulmonar
RCTG	Registre cardiotocogràfic
RNA	Àcid ribonucleic
RPR	Reagina plasmàtica ràpida, prova de detecció de la sífilis
RVD	Risc de violència contra la dona
SatO₂	Saturació d'oxigen
SG	Setmanes de gestació
SIDA	Síndrome d'immunodeficiència adquirida
SEM	Sistema d'emergències mèdiques
SGB	Streptococcus agalactiae grup B
SISCAT	Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya

SNS	Sistema nacional de salut
T	Temperatura
TA	Tensió arterial
TAR	Teràpia antirretroviral
TASPI	Tabaquisme ambiental i salut prenatal i infantil
TEAF	Transtorn de l'espectre alcohòlic fetal
TPAL	Embarassos a terme, prematurs, avortaments i nascuts vius
TSI	Targeta sanitària individual
TV	Transmissió vertical
UCI	Unitats de cures intensives
UN	Unitat de Neonatologia
UPIIP	Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria
VHI	Virus de la immunodeficiència humana
VHC	Virus de l'hepatitis C
VPN	Valor predicteu negatiu
VPP	Valor predicteu positiu
VPPI	Ventilació amb pressió positiva inversa
TEP	Transtorn per estrès postraumàtic postpart

