

Guía para las mujeres y sus familias

# La atención al parto normal en unidades lideradas por matronas en Irlanda del Norte

Introducción

---

Guía de práctica clínica

---

Temas de discusión

---

Evaluación inicial

---

Etapas del parto



## Introducción

El presente documento es la traducción de la **Guía de atención al parto normal de la Regulation and Quality Improvement Authority (RQIA)** de Irlanda del Norte. RQIA es el organismo responsable de monitorizar e inspeccionar la disponibilidad y calidad de los servicios de salud en Irlanda del Norte, y alentar mejoras en la calidad de estos.

Esta guía ha sido revisada metodológicamente, por pares. Y la traducción ha sido elaborada siguiendo las guías de traducción y adaptación de la Organización Mundial de la Salud. A su vez, ésta ha sido revisada por un grupo local multidisciplinar de expertos en el ámbito de la obstetricia con el fin de evaluar su posible adaptación y aplicación en centros que forman parte de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Este grupo considera que la aplicación de esta guía es factible en un contexto como el de España. En caso de querer adaptarla, se recomienda tener en consideración la posibilidad del uso de profilaxis antibiótica durante el parto en mujeres con un resultado de estreptococo positivo, la profilaxis ocular del recién nacido y la reanimación neonatal con el cordón umbilical intacto. A su vez, en caso de aplicar la guía, es necesario tener siempre presente la necesidad de individualizar los cuidados a las necesidades de cada mujer y revisar los protocolos o guías que la complementen en cada centro.

En este documento cuando nos referimos a mujeres incluimos a hombres trans con capacidad gestante y personas no binarias.

## Equipo

### Coordinación

**Escuriel, Ramon.** Matró. Investigador principal del grupo de investigación Ghenders de la Universidad Ramon Llull (URL). Gerència de Processos Integrats de Salut, Servei Català de la Salut.

**Martin-Arribas, Anna.** Matrona. Doctoranda en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid y la EANS. Profesora en la URL. Miembro del grupo de investigación Ghenders.

### Grupo de trabajo

**Fernández Cuesta, Ana Isabel.** Matrona. Licenciada en filología inglesa. Matrona en ASSIR Lleida, Unidad Docente de Matronas de Cataluña. Vocal de matrona en el Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida.

**Palau, Roser.** Matrona referente en Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell, Barcelona. Doctoranda Biomedicina Universitat Pompeu Fabra (UPF).

**Segura Lechuga, Maria.** Matrona en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

### Grupo de expertos

**Alcaraz-Vidal, Lucía.** Matrona. Máster en Liderazgo y Gestión de Servicios de Enfermería. Coordinadora del proyecto Centro de Nacimientos DAP Metropolitana Nord- Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

**Bach, Montserrat.** Matrona en Hospital Pius de Valls, Tarragona.

**Canet Estévez, Yolanda.** Médica Obstetra. Directora del Servicio de Ginecología y Obs-

tetricia en el Hospital Universitario Parc Taulí, Barcelona. Profesora asociada en la UAB. Colaboradora en la Unidad Docente de Matronas de Cataluña.

**Carreras Moratonas, Elena.** Médica Obstetra. Jefa de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitari Vall d'Hebron. Profesora asociada de la UAB y titular de UVIC-UCC. Presidenta del Consell Assessor de les polítiques de Gènere en Salut de la Generalitat de Catalunya.

**Espada- Trespalacios, Xavier.** Matrón, Coordinador Asistencial de Sala de Partos del Hospital General de Granollers, Barcelona. Doctorando en Biomedicina (UPF). Máster en Desarrollo personal y Liderazgo (UB). Miembro del grupo de investigación GHenderS (URL).

**Fernandez, Julita.** Doctora en Enfermería. Matrona en el HGU Gregorio Marañón, Madrid.

**García Terol, Clara.** Matrona. Supervisora Area Materno Infantil SJD Hospital de Sant Boi, Barcelona. Miembro del Comité de ética del Parc Sanitari Sant Joan de Deu. Profesora Asociada de la Escuela de Enfermería de UB- Bellvitge.

**Higuero Macías, Juan Carlos.** Matrón. Doctor en Enfermería. Responsable de la Unidad de Enfermería de la sala de partos en el Hospital Costa del Sol de Marbella, Málaga.

**Marqueta Sánchez, Jose Manuel.** Médico obstetra. Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Palamós, Girona.

**Postigo Mota, Francisca.** Matrona. IBCLC. Responsable en la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Programa de Atención a la Mujer del Servicio Murciano de Salud. Colaboradora docente de la Unidad docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología. Responsable de Relaciones Internacionales de la Federación de Asociaciones de Matronas de España.

**Pujol Abajo, Montserrat.** Matrona. Responsable del área Materno-infantil del Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme, Barcelona.

**Vallverdú Torón, Hortènsia.** Pediatra en CAP Horta, Gerència Territorial de Barcelona, Institut Català de la Salut.

**Rafa Vila-Candel.** Matrón en Hospital Universitario de la Ribera. Profesor Asociado Universitat de València.

## Guía de Práctica clínica para la atención en el parto normal en unidades lideradas por matronas en Irlanda del Norte\*

Tras dialogar contigo, tu pareja, y/u otras personas significativas para ti, diseñaremos un plan para un parto normal y cuidados durante el nacimiento, de acuerdo con tus valores y creencias. Durante el ingreso, parto y nacimiento, mantendremos un diálogo constante contigo, tu pareja y/u otras personas significativas para ti.

Si como ser individual, tus requerimientos de salud varían de lo que está establecido en esta **Guía de Práctica Clínica**, miembros

del equipo de maternidad tratarán de llegar a acuerdos contigo y con otros miembros del equipo (si es necesario) para adaptar el cuidado que ofrecemos a tus necesidades particulares.

Te involucraremos en todas las tomas de decisiones y discusiones sobre tus cuidados.

### Información para los profesionales

Esta Guía de práctica clínica busca **ofrecer un marco estructurado y basado en la evidencia para la asistencia al parto y nacimiento normal**. No pretende ser prescriptiva, pero sí debería actuar como guía y alentar al juicio clínico y su documentación, en asociación con la mujer, su pareja, y/u otras personas significativas para ella.

Cada etapa de esta Guía de práctica clínica debe ser firmada a medida que los cuidados se vayan realizando. Cualquier profesional que se encargue de completar cualquier parte del documento debe asegurarse de que está protegido en los registros del libro de la mujer embarazada y debe firmar este documento.

El juicio clínico puede desviarse de los cuidados especificados y, dichas decisiones, deben ser registradas.

Recuerda completar la evaluación del riesgo de tromboembolismo venoso<sup>1</sup> y de comprobar el resultado del Estreptococo grupo B de la mujer.

*\*Basada en SE Trust, Belfast Trust & Welsh Integrated Care Pathway for Normal Labour © Northern Ireland Normal Labour and Birth Care Pathway.*

<sup>1</sup> Ver anexo Documento adicional IV\_TVP

## Temas de discusión

Temas de discusión	Discutidos SI/NO
Temas relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento que la mujer/ pareja/otra persona significativa desee discutir	
Preferencias en el parto, incluyendo parto en el agua	
Movilización y cambios de posición durante el parto	
Beneficios del descanso y masaje, incluyendo la reflexología	
Consideraciones acerca del ambiente, como manejo de la luz en la sala, música...	
Refrigerios, comida ligera, fluidos isotónicos	
Opciones para el alivio del dolor. Por ejemplo, trabajo de parto en el agua, TENS, hipn parto, visualizaciones...	
Refrigerios, comida ligera, fluidos isotónicos	
Importancia de tratar de orinar regularmente	
Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal	
Rotura de membranas	
Progreso del trabajo de parto y tactos vaginales (previo consentimiento)	
Episiotomía y razones por las cuales se considera su realización	
Tercera etapa del trabajo de parto: opciones	
Importancia del contacto piel con piel	
Quién descubre el sexo del bebé y corta el cordón	
Fitomenadiona (vitamina K)	
Tiempo para el clampaje del cordón	
Si es rh negativo, es necesario coger sangre del cordón umbilical y sangre materna	
Transferencia de asistencia al o a la obstetra si surge algún problema	

**TENS=** Estimulador nervioso eléctrico transcutáneo.

Paridad:

Tipo de inicio del trabajo de parto:

Gestación:

Espontáneo/Inducción:

## Evaluación inicial

Fecha y hora de la 1ª evaluación:

Firma:

Fecha y hora de la 2ª evaluación:

Firma:

Acción	Dentro de límites normales				Límites normales
	1a evaluación		2a evaluación		
	Sí	No	Sí	No	
<b>Palpación abdominal</b>					
Crecimiento normal para la gestación					
Posición					Longitudinal
Presentación					Cefálico
Cabeza palpable por encima de la pelvis	/5º		/5º		Palpable
Auscultación de la FCF (después de la contracción durante al menos 1 minuto)					110-160 latidos por minuto
Frecuencia de las contracciones					>1:5
Intensidad palpada de la contracción					moderada/fuerte
Duración de la contracción					>30 segundos
<b>Observaciones maternas</b>					
Tensión arterial					Consultar MEWS <sup>1</sup>
Pulso					Consultar MEWS <sup>1</sup>
Temperatura					Consultar MEWS <sup>1</sup>
Respiración					Consultar MEWS <sup>1</sup>
Saturación de oxígeno					Consultar MEWS <sup>1</sup>
Análisis de orina					Sangre: puede estar presente. Si glucosuria 2+ o más, hacer análisis de glucosa; si <8mmol/L permanecer en Unidad de cuidados orientados por la matrona. Glucosa negativa/trazas de cetonas. Proteína negativa/trazas
Pérdidas vaginales (sangre, mucoso, líquido amniótico y características)					Consultar MEWS <sup>1</sup>
Medicación incluyendo para alivio de dolor	Documento		Documento		

**MEWS**= Escala de alerta precoz de riesgo materno. Tras el consentimiento verbal e informado de la mujer, un tacto vaginal (TV) suele realizarse para confirmar el trabajo de parto activo dentro de las cuatro horas posteriores al inicio de las contracciones uterinas regulares y el inicio de la asistencia 1:1 de la matrona. Antes del tacto, realizar palpación abdominal. Si se realiza un tacto vaginal, es necesario completar el **documento adhesivo de registro de TV<sup>2</sup>** apropiado y documentar las constantes vitales maternas y la frecuencia cardíaca fetal en la escala MEWS.

1 Ver anexo [Documento adicional I\\_Gráfica SV MEWS](#)

2 Ver anexo [Documento adicional II\\_Adhesivo Tacto vaginal](#)

Fecha y hora del 1º Tacto vaginal: Fecha:

Hora:

Firma de la Matrona:

Fecha y hora del 2º Tacto vaginal: Fecha:

Hora:

Firma de la Matrona:

		1a valoración	2a valoración
<b>Cérvix</b>	Posición		
	Borramiento		
	Apoyo de la presentación		
	Dilatación		
<b>Presentación</b>	Cefálica/nalgas		
	Relación con espinas isquiáticas		
	Posición		
	Caput o moldeamiento		
<b>Membranas</b>	Íntegras o rotas		
<b>Líquido amniótico</b>	Color		
<b>Cordón o extremidades</b>	Palpado/no palpado		
	Frecuencia cardíaca fetal auscultada después del procedimiento 110-160bpm		

	1a Evaluación		2a Evaluación	
	Si	No	Si	No
<b>Diagnóstico:</b> fase latente del trabajo de parto				
<b>Diagnóstico:</b> fase activa de trabajo de parto				
Continuar con el plan de cuidados				

**Iniciar el partograma cuando la mujer se encuentre en trabajo de parto activo.  
Insertar membrete de la institución**

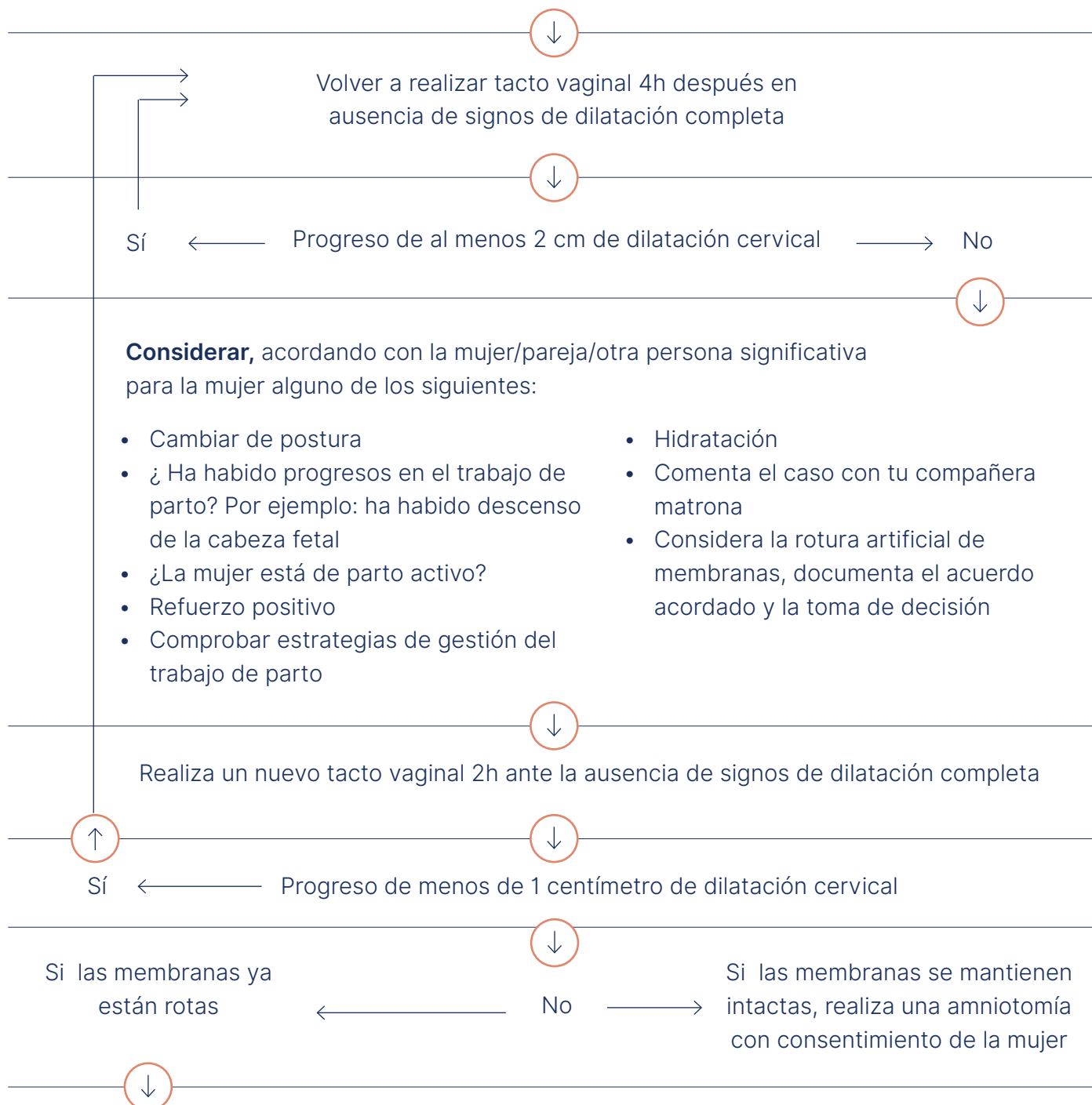


## Fase activa del trabajo de parto

### Primera etapa del trabajo de parto

#### Progreso esperado del trabajo de parto

Tras palpación abdominal y consentimiento, realizar tacto vaginal en las 4 horas siguientes tras establecer cuidados 1:1 por parte de la matrona



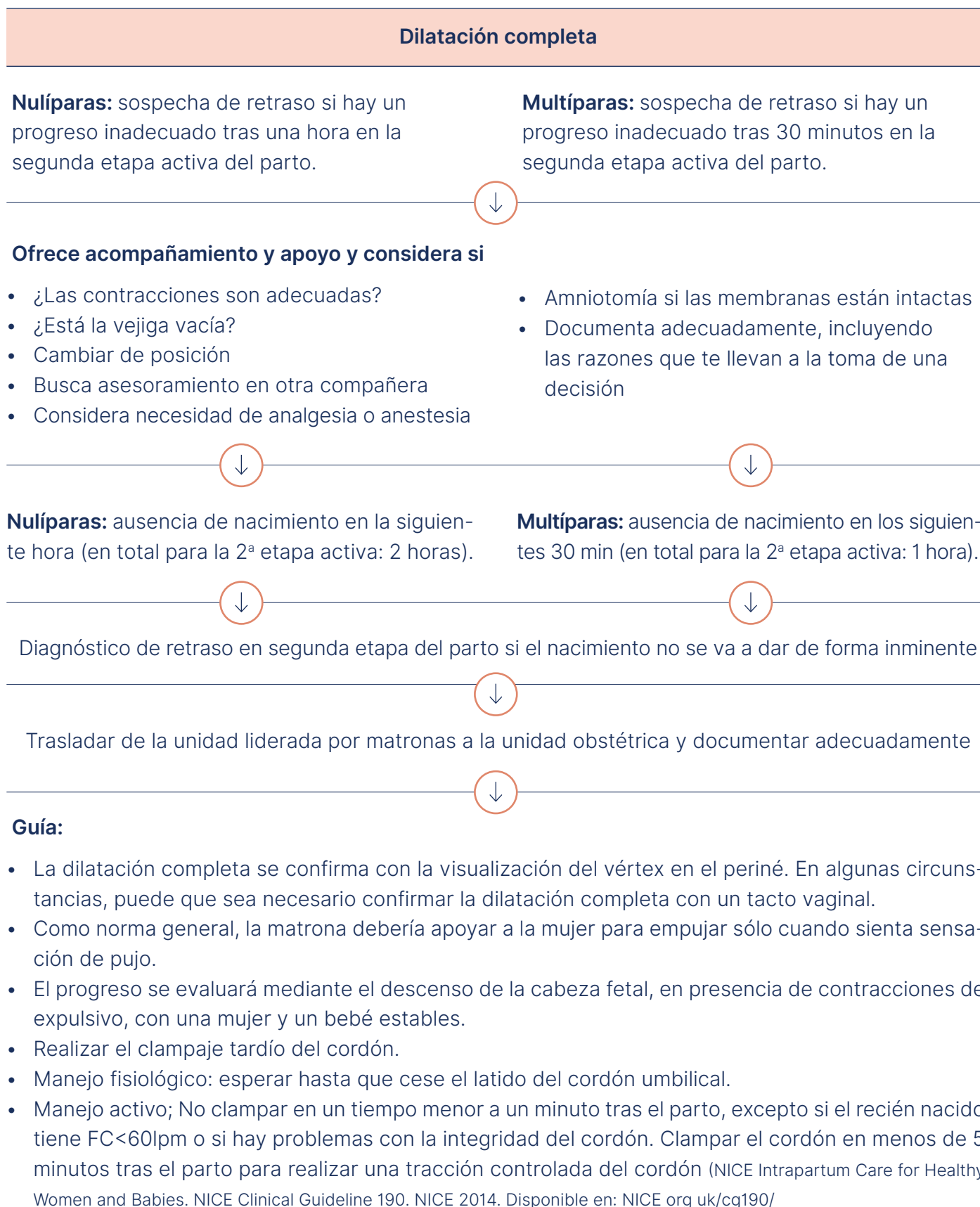
**Empleando los mecanismos de comunicación adecuados, saldremos de la Guía de Práctica Clínica y transferiremos al obstetra**

*Todos los cuidados prestados se guiarán por esta orientación. Si se aprecian alteraciones en el progreso normal del trabajo de parto, pedir inmediatamente consejo a un/a compañero/a.*

## Segunda etapa del parto

Figura 2: Expectativas de progreso en la segunda etapa del parto.

Recuerda permitir una hora para la fase de transición, si es apropiado.



## Tercera etapa del parto

La tercera etapa del trabajo de parto puede ser activa o fisiológica, según la evaluación del riesgo individual y la elección de la mujer.

### Las medidas fisiológicas para ayudar en la expulsión de la placenta incluyen:

- Garantizar que la vejiga está vacía.
- Animar a la madre a amamantar al bebé para ayudar en la expulsión de la placenta.
- Reforzar a la madre en su esfuerzo para expulsar la placenta.
- Sugerir a la madre que adopte una posición vertical.

---

De no haber preocupaciones obstétricas y se ha planeado un alumbramiento fisiológico, este puede proseguir hasta 1 hora sin necesidad de intervención activa.

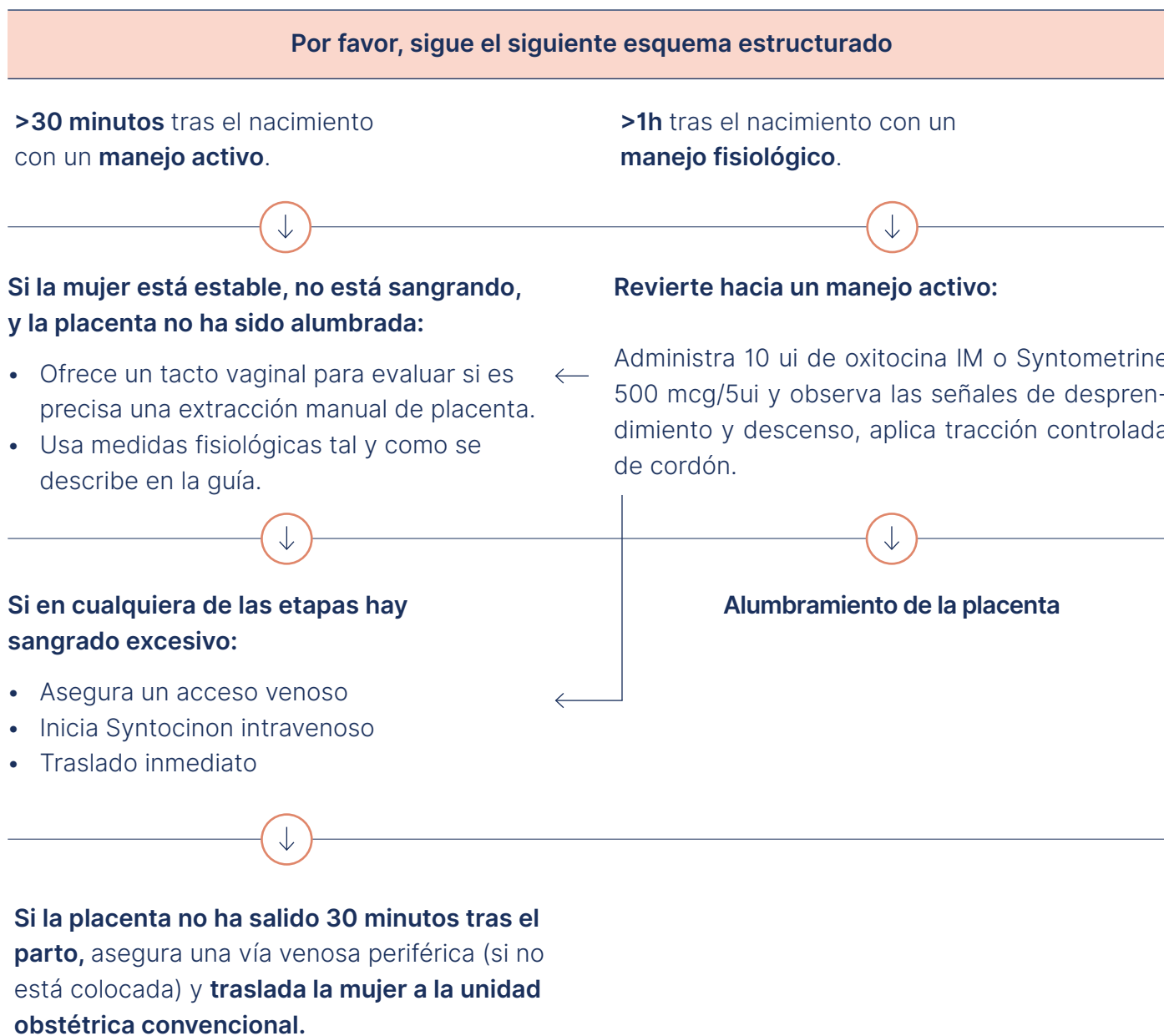
---

Por otra parte, incluso aunque se haya planteado e iniciado un manejo fisiológico de la tercera etapa del parto, si hay necesidad de intervenir, el alumbramiento deberá ser activo.

## Tercera etapa del parto

Figura 3: Progreso esperado en la tercera etapa del parto.

Recuerda permitir una hora para la fase de transición, si es apropiado.



Durante todo el proceso la pérdida sanguínea debe ser estimada, y las observaciones clínicas deben registrarse de forma periódica junto con la cantidad estimada de pérdidas sanguíneas. Si hay un sangrado excesivo en cualquier momento, es imprescindible la transferencia de cuidados inmediata al/a obstetra.

IU= Unidades Internacionales | IM= Intramuscular | IV=Intravenoso

\*Basado en el SE Trust, Belfast Trust, and Welsh Integrated care pathway for normal labour© Northern Ireland Normal Labour and Birth Care Pathway

## Información

### Referenciar esta Guía Clínica y Guía de Práctica como:

RQIA (GAIN 2016) *Guideline for Admission to Midwife-Led Units in Northern Ireland & Northern Ireland Normal Labour & Birth Care Pathway*. RQIA: Belfast.

---

<https://www.rqia.org.uk/RQIA/files/3a/3a7a37bb-d601-4daf-a902-6b60e5fa58c2.pdf>

---

### Contacto

**Dra. Maria Healy.** Chair, presidenta, directora del proyecto y autora principal. Profesora de Midwifery, Queen's University Belfast | maria.healy@qub.ac.uk (autora correspondiente).

**Dra. Patricia Gillen.** Co-directora del proyecto y autora principal. Jefa del R&D para enfermeras, matronas y AHPs SHSCT/ Profesora Ulster University.

### Contacto de referencia en España:

**Anna Martin-Arribas.**

annama7@blanquerna.url.edu

## Anexos

Nombre:

Nº de identificación:

## Evaluación antenatal del riesgo de Tromboembolismo (TVP)

(Esta evaluación debe realizarse en la primera visita del embarazo)

**Evaluación y manejo antenatal (para ser evaluado en la primera visita y repetida en caso de ingreso hospitalario)**

TVP previo, a excepción de un único caso relacionado con cirugía mayor

- Ingreso hospitalario
- Un único caso previo de TVP relacionado con cirugía mayor
- Trombofilia de alto riesgo + sin TVP
- Comorbilidades médicas ej. neoplasia, insuficiencia cardíaca, lupus activo, enfermedad inflamatoria intestinal o poliartropatía inflamatoria, síndrome nefrótico, diabetes tipo I con nefropatía, anemia de células falciformes, uso de drogas parenterales en la actualidad
- Cualquier procedimiento quirúrgico ej. apendicectomía
- SHO (sólo en el primer trimestre)

- Obesidad (IMC>30kg/m<sup>2</sup>)
- Edad > 35
- Paridad ≥ 3
- Fumadora
- Venas varicosas gruesas
- Preeclampsia actual
- Inmovilidad ej. Paraplejía
- Historia familiar de TVP provocado o no por estrógenos en un familiar de primer grado
- Trombofilia de bajo riesgo
- Embarazo múltiple
- FIV/R.A.

### Factores de riesgo transitorios

Deshidratación/hiperemesis, infección sistémica actual, viajes de larga distancia

### ALTO RIESGO

- Requiere profilaxis antenatal con HBPM.
- Referir al profesional/equipo experto en trombosis en el embarazo.

### RIESGO INTERMEDIO

- Se debe considerar la profilaxis HBPM

Cuatro o más factores de riesgo:

- Profilaxis desde el primer trimestre

Tres factores de riesgo:

- Profilaxis desde las 28 semanas

Menos de tres factores de riesgo

### BAJO RIESGO

- Movilización e evitar deshidratación

Nombre:

Nº de identificación:

Peso	Dosis profiláctica de HBPM AN y PN
<50Kg	20 mg cada 24h
50-90 Kg	40 mg cada 24h
91-130 Kg	60 mg cada 24h
131-170Kg	80 mg cada 24h (o 40 mg cada 12h)
>170Kg	0.6 mg/kg/día
Dosis profiláctica de HBPM prescrita	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Puntuación total Factores de riesgo:	
Comentarios:	

Firma y profesión	Fecha	Hora

BHSCT 11 16, Adaptado de RCOG, 2015 GTG 37a



Nombre:

Nº de identificación:

## Evaluación antenatal del riesgo de Tromboembolismo (TVP)

(Esta evaluación debe realizarse en la primera visita del embarazo)

### Evaluación del riesgo de tromboembolismo venoso profundo (TVP)

- Si la puntuación total es  $\geq 4$  durante el embarazo, considerar tromboprofilaxis desde el primer trimestre.
- Si la puntuación total es 3 durante el embarazo, considerar tromboprofilaxis desde la semana 28.
- Si la puntuación total es  $\geq 2$  durante el postparto, considerar tromboprofilaxis durante mínimo 10 días.
- Si hay un ingreso hospitalario durante el embarazo se debe considerar tromboprofilaxis.
- Si hay un ingreso hospitalario prolongado ( $\geq 3$  días) o un reingreso durante el postparto se debe considerar tromboprofilaxis.

#### Factores de riesgo para TVP

Factores de riesgo preexistentes	Señale	Puntuación
TVP previo, a excepción de un único caso relacionado con cirugía mayor		4
TVP previo provocado por una cirugía mayor		3
Conocimiento de trombofilia de alto riesgo		3
Comorbilidades médicas ej. neoplasia, insuficiencia cardíaca, lupus activo, enfermedad inflamatoria intestinal o poliartropatía inflamatoria, síndrome nefrótico, diabetes tipo I con nefropatía, anemia de células falciformes, uso de drogas parenterales en la actualidad		3
Historia familiar de TVP provocado o no por estrógenos en un familiar de primer grado		1
Conocimiento de trombofilia de bajo riesgo (no TVP)		1 <sup>a</sup>
Edad (> 35 años)		1
Obesidad		1 o 2 <sup>b</sup>
Paridad $\geq 3$		1
Fumadora		1
Venas varicosas gruesas		1
Factores de riesgo obstétricos		
Preeclampsia en la gestación actual		1
R.A/FIV (sólo antenatal)		1
Gestación múltiple		1
Cesárea durante el trabajo de parto		2
Cesárea electiva		1

Nombre:

Nº de identificación:

Parto instrumentado en la cavidad media o rotacional		1
Parto prolongado (>24horas)		1
Hemorragia postparto (>1 litro o transfusión)		1

Nombre:

Nº de identificación:

Parto pretérmino en el embarazo actual (< 37 semanas)		1
Muerte fetal en el embarazo actual		1
<b>Factores de riesgo transitorios</b>		
Cualquier procedimiento quirúrgico en el embarazo o el postparto a excepción de la reparación del periné, ej. apendicectomía, ligadura de trompas...		3
Hiperemesis		3
SHO (sólo en el primer trimestre)		4
Infección sistémica actual		1
Inmovilidad, deshidratación.		1
Total		

Abreviaciones: RA reproducción asistida; FIV fertilización in vitro; SHO síndrome de hiperestimulación ovárica; TVP tromboemolismo venoso profundo; IMC índice de masa corporal

<sup>a</sup> Si hay conocimiento de trombofilia de bajo riesgo en una mujer con historia familiar de TVP en un familiar de primer grado relacionada con el postparto, se debe continuar la profilaxis durante 6 semanas.

<sup>b</sup> IMC > 30 = 1; IMC > 40 = 2

11 16, Adaptado  
de RCOG, 2015  
GTG 37a

## Obstetric Early Warning Score Chart - Maternity Use Only

Addressograph Label Name _____ Consultant _____ Hosp No. _____	Month _____ Year _____ Ward _____	Booking BP _____ mmHg BMI _____ Kg/m <sup>2</sup>	HSC Health and Social Care Board
---	---	--	----------------------------------

Date:											Early Pregnancy <input type="checkbox"/>	
											A/N <input type="checkbox"/>	
Time 24hr clock:											P/N <input type="checkbox"/>	
Resps	≥25											≥25
	21-24											21-24
	10-20											10-20
	<10											<10
% O <sub>2</sub> Saturation	96-100%											96-100%
	93-95%											93-95%
	≤92%											≤92%
Inspired O <sub>2</sub> /RA	RA											RA
	Inspired O <sub>2</sub>											Inspired O <sub>2</sub>
Temp	39											39
	38											38
	37											37
	36											36
	35											35
Heart Rate	150											150
	140											140
	130											130
	120											120
	110											110
	100											100
	90											90
	80											80
	70											70
	60											60
	40											40
Systolic Blood Pressure	190											190
	180											180
	170											170
	160											160
	150											150
	140											140
	130											130
	120											120
	110											110
	100											100
	90											90
Diastolic Blood Pressure	130											130
	120											120
	110											110
	100											100
	90											90
	80											80
	70											70
	60											60
	50											50
	40											40
	Early Pregnancy PV blood loss	No										
Yes												Yes
Amniotic Fluid If ROM	Clear											Clear
	Pink/red/green											Pink/red/green
	Offensive											Offensive
	Odourless											Odourless
A/N PV Bleed	Brown											Brown
	Red											Red
A/N Uterine Tone	Normal											Normal
	Tense											Tense
Lochia	Normal											Normal
	Trickle											Trickle
	Heavy or Foul											Heavy or Foul
P/N Uterine Tone	Contracted											Contracted
	High Fundus											High Fundus
	Relaxed/Atonic											Relaxed/Atonic
Wound - Ooze/red/swollen/pain	Yes											Yes
	No											No
Neuro Response	Alert											Alert
	Voice											Voice
	Pain											Pain
	Unresponsive											Unresponsive
Pain Score	0-1											0-1
	2-3											2-3
Looks Unwell	No											No
	Yes											Yes
<b>Total Yellow Scores:</b>												
<b>Total Red Scores:</b>											<b>NA - Not applicable</b>	
<b>Frequency of Observations</b>												
<b>Signature(s) (initials):</b>												

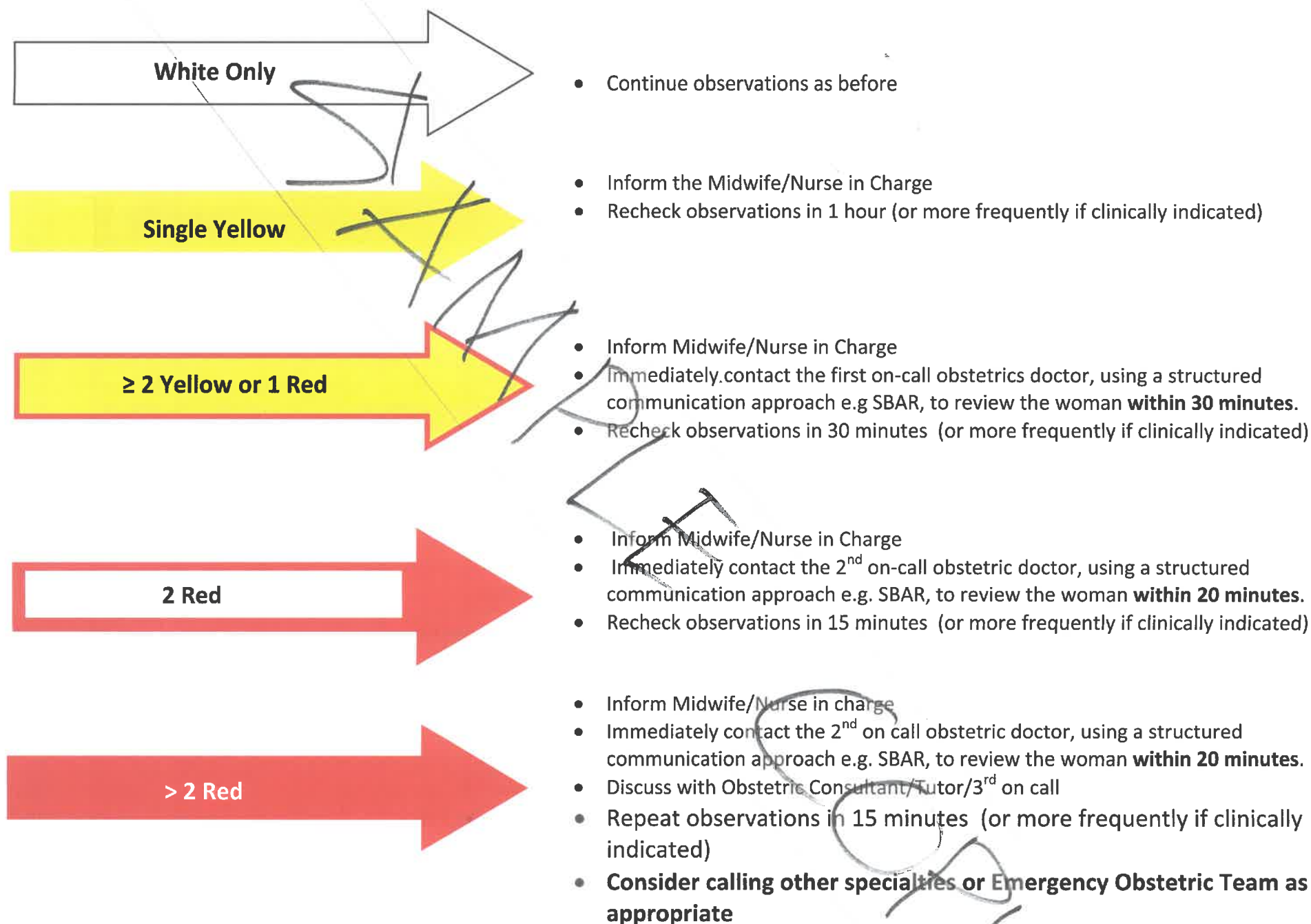
PLEASE REMEMBER TO REVIEW AND RECORD FLUID BALANCE IN THE APPROPRIATE DOCUMENTS

Originally adapted from the Belfast Trust OEWS Chart - Version 6 November 2017

**ACTION PROTOCOL**

The Early Warning Scoring System and Action Protocol are designed to help identify deterioration in the woman and ensure appropriate early intervention. All action taken **must** be fully documented in case notes. Staff should use their clinical judgement, and seek advice if they have concerns about any woman, regardless of the score.

**If the woman is in a midwife led unit and scores greater than one yellow discussion with the parent obstetric unit is recommended and transfer should be considered**



This tool applies to all women who are pregnant or up to 6 weeks postpartum (or after the end of a pregnancy if pregnancy did not result in a birth)

# Obstetric Sepsis 6 Trigger Tool

1. Are any of the following present:

- ≥ 2 Yellow or 1 Red Score
- Woman looks unwell
- Fetus is Tachycardic (>160BPM)

**think sepsis!**

Yes

2. Is there a known or suspected infection:

(If required refer to NICE guideline [NG51] 2016)

**think sepsis!**

No

Continue as Per OEWS chart action protocol

Yes

3. Sepsis 6 Indicated within 1 hour. Use OEWS action protocol to escalate to appropriate decision maker

**GIVE**

1. Oxygen
2. IV fluids
3. IV antibiotics

**TAKE**

1. Blood Cultures
2. Lactate
3. Urinary output

Pain Score

0 = none    1 = a little    2 = moderate    3 = severe

**TACTO VAGINAL**Número:   
(Sólo intraparto)Consentimiento: 

Indicación:

**Palpación abdominal:**

Altura Uterina

Situación

Presentación

Posición

Quintos palpables

Frecuencia cardiaca fetal

**Cérvix:**

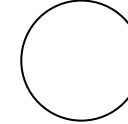
Posición

Consistència

Longitud

Dilatación

Anterior



Derecha

Izquierda

Posterior

Posición

Presentación

Plano

Caput

Acabalgamiento parietales

**Membranas:**

Íntegras:

Ruptura alta:

RPM:

RAM realizada previamente:

RAM realizada durante TV:

RPM accidental durante TV:

**Comentarios:****Líquido:**No Claro Sanguinolento Meconio líquido Meconio espeso **Frecuencia cardiaca fetal después de TV:**Pinard Sonicaid Monitor RCTG Electrodo interno **Pulso materno:****Plan de curas:****Firma:****Nombre:****Acompañante:****Fecha:****Hora:**