

Arrisku txikiko erditzeetan arreta Ospitalean



Osasun Publikoko eta Pazientearen Segurtasuneko
Programaren Koordinazioa
Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritza



Osakidetza

Euskadi, auzolana

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Argitaratzailea: Osakidetza. Araba, 45 - 01006 Vitoria-Gasteiz

© Osakidetza 2018
Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa

Internet: www.osakidetza.euskadi.eus

e-mail: coordinacion@osakidetza.eus



Arrisku txikiko erditzeetan arreta **Ospitalean**

Osasun Publikoko eta Pazientearen Segurtasuneko
Programaren Koordinazioa

Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritza



Lantaldea

Ana Aguirre Unceta-Barrenechea. Bilbo-Basurtuko ESI

M. Begoña Bilbao Markaida. Zuzendaritza Nagusia

Mercedes Fraca Padilla. Bilbo-Basurtuko ESI

Rebeca García Valverde. Debagoieneko ESI

M. Idoia Gurrutxaga Arriola. Donostialdeko ESI

Gloria Gutiérrez de Terán Moreno. Bilbo-Basurtuko ESI

Rosa Larrieta Riaño. Ezkerralde-Enkarterri-Gurutzetako ESI

Arantzatzu Lekuona Artola. Donostialdeko ESI

Ayala López de Aberasturi Ibáñez de Garayo. Ezkerralde-Enkarterri-Gurutzetako ESI

José Ángel López López. Arabako ESI

Iratxe Ocerín Bengoa. Debabarreneko ESI

Enrique Peiró Callizo. Zuzendaritza Nagusia

B. Felisa Rodríguez Rodríguez. Goierri-Urola Garaiko ESI

Carlos Vizuite García. Debagoieneko ESI



Aurkibidea

SARRERA	7
HELBURUAK	9
1. ERDITZE NORMALAREN DEFINIZIOA	11
2. ARRETA EMATEA OSPITALERA ERDITZE-PROZESUAN SARTZEN DEN EMAKUMEARI	13
2.1. Larrialdiak. Lehenengo balorazioa	13
2.2. Emakumearen helmuga	15
3. LAGUNTZA ERDITZE-PROZESU NORMALEAN	17
3.1. Erditzegrama eta Dokumentazioa	17
3.2. Dilatazio-fasea	17
3.3. Egozpen-fasea	23
3.4. Plazenta egozteko fasea	28
3.5. Perineoaren azterketa	29
3.6. Mina kontrolatzea	30
3.7. Erditzearen aurrerabidearen distozia	32
4. BEREHALAKO ERDIONDOA	33
4.1. Zaintza orokorrak	33
5. LAGUNTZA JAIOBERRIARI	35
6. EMAKUMEA ETA JAIOBERRIA ERREGISTRATZEA ETA PUERPERIO-SOLAIRURA ERAMATEA	37



7. ERANSKINAK

- 1. ERANSKINA: Euskadiko osasun-sisteman pertsonak dituzten eskubideak eta betebeharrak, erditzeetan arreta ematearekin lotuak.....41
- 2. ERANSKINA: Emaginak arrisku txikiko haurdunaldia epearen barnean amaituta duen emakumeari tokoginekologiako larrialdi-zerbitzuan egindako balorazioa.....45
- 3. ERANSKINA: Erregistro kardiotokografikoen balorazioa.....47
- 4. ERANSKINA: Fetuaren aldizkako auskultazioaren teknika.....49
- 5. ERANSKINA: Oxido nitrosoa erabiltzea % 50ean, erditzeko analgesia gisa.....51
- 6. ERANSKINA: Distrozia55
- 7. ERANSKINA: Oxitozina-perfusiorako protokoloa.....59
- 8. ERANSKINA. Preskripzioa eta tratamendu medikoari buruzko informazioa.....61

8. ADIERAZLEAK.....63

9. EBIDENTZIA-MAILAK ETA GOMENDIOAK.....67

10. BIBLIOGRAFIA.....69



Sarrera

Erditzea eta jaiotza, prozesu fisiologiko konplexuak izateaz gain, esperientzia sakon eta paregabeak ere badira. Arreta egokia ematea funtsezkoa da: ebidentzia zientifikoan oinarrituta egon behar du; alderdi biologikoak ez ezik, alderdi emozional eta familiarak ere bildu behar ditu; eta errespetatu egin behar du bai emakumearen protagonismoa bai emakumeak informaziorako duen eskubidea.

Erditzeak ospitaleratzeen guztizko kopuruaren % 9,4 dira Osakidetzan; beraz, ospitaleratze ko kausa ohikoenetako bat horixe da. Pazientearen Segurutasuneko talde korporatiboaren profesionalek –Haurduntza/Erditze/Puerperiokoek– uste dute ospitalean arrisku txikiko erditzeetan eman beharreko arretan errespetatu eta mantendu egin behar dela prozesuaren fisiologia, amari eta jaioberriari beharrezkoak ez diren esku-hartzeak ez egitea onartuta, iatrogeniak eragindako konplikazioak saihesteko eta erditzeari emandako arretaren ondorio kaltegarri eta gorabehera posibleak minimizatzeke.

Arreta eta laguntza egokiekin, emakume osasuntsu gehienek gutxieneko prozedura mediko batzuekin erditu dezakete, prozesuaren segurtasuna arriskuan ipini gabe. Garrantzitsua da oreka lortzen saiatzea esku ez hartzearen eta teknologien –ama-ondorioaren eta ondorio perinatalaren segurtasuna bermatzen dutenen– erabilera zentzudunaren artean. Horretarako, funtsezkoa da, batetik, emakumeek berreskuratzea erditzeari aurre egiteko aukerekiko konfiantza eta, bestetik, profesionalek emakumeen premiak aintzat hartzea: segurtasuna, lasaitasuna, pribatutasuna, etab. Komenigarria da emakumeak jakitea zer aukera dituen eskuragarri, bere zaintzaren ardura duten profesionalen taldearekin batera erabakiak har ditzan. Normaltasunetik desbideratzeren bat gertatuz edota arrisku-faktoreen bat agertu dela detektatuz gero, emakumeari horren jakinaren gainean jarri behar dio obstetrizia-taldeak.

Erditzean lagun egiteak segurtasuna ematen dio emakumeari, uzkurduarengatik mina hobeki jasaten laguntzeaz eta erditzearen aurrerabidea errazteaz gain. Profesionalek –baita emakumeak aukeratutako pertsonak ere– lasaitasuna eman eta bere buruarekin konfiantza izaten lagundu behar diote emakumeari.

Erditzeetan eman beharreko arretak lehentasuna eman behar dio emakumeari,



eta bere eskubideak eta betebeharrak betetzen direla bermatu behar du, laguntza-prozesuan eman beharreko osasun-arretari dagokionez. (1. [ERANSKINA](#))

Arretaren helburua prozesuaren fisiologia sustatzea da, eta arrisku txikiko erditzean emakumeari arreta emateko profesional egokientzat jo behar da emagina; izan ere, ebidentziak daude hala eginez gero, analgesia epidurala hein txikiagoan behar izaten dela, episiotomia gutxiago egin behar izaten direla, erditze baginal espontaneoaren eta edoskitze naturalaren tasa handiagoa dela, eta emakumeak kontrol-sentsazio handiagoa izan ohi duela.

Protokolo korporatibo hau arrisku txikiko erditzean arreta emateko aplikatuko da Osakidetzako ospitaleetako erditze-unitateetan.



Helburuak

Protokoloaren helburu orokorra Osakidetzako ospitaleetan erditze normalean eman beharreko arreta homogeneizatzea da, betiere eskuragarri dagoen ebidentzia zientifikoaren gomendioei jarraikiz, erditzearen etapa bakoitzean jarduteko jarraibideak ezarrita, erditze baginalerako aukera gehiago izate eta ondorio perinatalak optimizatze aldaera.

Honako hauek dira erditze normalaren arretaren helburu espezifikoak:

1. Erditze-prozesua faboratzea, amaren eta fetuaren/jaioberriaren segurtasuna ahalik eta esku-hartze txikienarekin zainduz.
2. Emakumearen premietan eta nahietan oinarritutako zaintza indibidualizatuak eskaintzea.
3. Emakumeari lagun egitea eta informazioa ematea, bere erabakiak errespetatuta eta haurdunak erabakiak hartzean –eta horrenbestez, erditzearen ondorioan– duen erantzukidetasuna sustatuta.
4. Konfiantza, lasaitasuna eta intimitatea faboratzea, emakumearen pribatutasuna, duintasuna eta konfidentzialtasuna errespetatzeaz gain.
5. Amak eta fetuak/jaioberriak izan ditzakeen konplikazioak prebenitzea, behar adina aurretiaz diagnostikatzea eta tratatzea.
6. Emakumearen bikotea edo emakumeak lagun egiteko aukeratutako pertsona prozesuan sartzea.
7. Mina kontrolatzeari eta erditzean izan beharreko itxaropenei dagokienez, emakumeari laguntzea, horren inguruan baliagarriak zaizkion baliabideak ematea eta erditze-esperientzia ona erdiestea.
8. Amaren eta jaioberriaren arteko larruazal-larruazal kontaktua faboratzea, jaio bezain laster, behar ez diren urrunketak galarazita.
9. Edoskitze naturala bultzatzea eta horretan hasten laguntzea.



1. Erditze normalaren definizioa

Hau jotzen da erditze normaltzat: emakume osasuntsu batean gertatzen dena, espontaneoki, haurduntzaren 37. eta 42. asteen artean, buruzko aurkezpeneko fetuarekin, erditze-prozesuan konplikaziorik gertatzen ez dela, eta jaioberri (JB) osasuntsu baten jaiotzarekin amaitzen dena.

OMEk erditze-esperientzia positibo gisa definitzen du emakumeak aldeztu aurretik dituen sinesmen eta itxaropenak betetzen edo gainditzen dituen erditzea.

Arrisku handiko gisa katalogatutako haurduntza duten emakume askoren kasuan, erditzeko eta plazenta botatzeko prozesua normal gertatzen da eta, honenbestez, gomendio hauetako asko halako emakumeen zaintzan aplikatu daitezke.



2. Arreta ematea ospitalera erditze-prozesuan sartzen den emakumeari

2.1. LARRIALDIAK. LEHENENGO BALORAZIOA

2.1.1. Emaginari abisatzea

Erditze-sintomekin ospitalean sartzen den emakumea Larrialdi Orokorretako Zerbitzuko Ginekologia eta Obstetriziako atalean sartuko da, eta atal horretatik emaginari abisatu zaio.

2.1.2. Lagun egitea

Emakumeak eskubidea du prozesu osoan lagun egingo dion norbait aukeratzeko.

2.1.3. Balorazioak eta Kontrolak (2. ERANSKINA)

Haurdunari harrera egiteko prozesuan, emaginak lasaitasun eta konfiantzazko giro bat sortuko du.

Honako hauei buruzko informazioa bildu beharko da:

- Zergatik jo duen Larrialdietara.
- Dinamika uterinoa: zer unetan hasi den eta zer ezaugarri dituen (maiztasuna, iraupena eta intentsitate subjektiboa).
- Zorro amniotikoa haustea: ea hautsi den, zenbat denbora igaro den, eta zer ezaugarri dituen likido amniotikoak.

- Fetuaren mugimenduen presentzia azken 24 orduetan.
- Erditze-hasierako sintomak eta/edo alerta-sintomak.

1. Anamnesi obstetrikoa egitea edo eguneratzea, haurdunaldiaren bilakaera eta egindako kontrolak jasoz. Informazio hori emakumearen historia klinikotik, ama-kartillatik eta emakumeak aurkeztutako txosten medikoetatik aterako da.

Arreta jarriko zaie honako hauei:

- Haurdunaldi-asteak.
 - Erditze aurreko arrisku-faktoreak.
 - Hirugarren hiruhileko analitika osoa.
 - Serologiak.
 - SGB motako estreptokokoen kultiboaren emaitza.
2. Erditzeari buruz dituen itxaropenei eta premiei buruzko galderak egingo zaizkio eta erditze-plana aurkezten badu, berrikusi egingo da.
3. Emakumearen hasierako balorazioa, honako miaketa hauek barnean hartuko dituena:
- Tentsio arteriala, maiztasun kardiakoa eta tenperatura zehaztea.
 - Leopold-en maniobrak egitea.
 - Miaketa baginala, hala badagokio, honako hauek zehazteko:
 - Umetoki-lepoaren ezaugarriak: dilatazioa, ezabatzea, trinkotasuna eta posizioa.
 - Aurkezpena, altuera.
 - Zorro amniotikoaren egoera eta likido amniotikoaren ezaugarriak.
 - Dinamika uterinoaren balorazioa.
 - Hautemandako minaren eta mina kontrolatzeko dauden baliabideen balorazioa.



- Emakumeari egingo diren jardueren berri ematea eta balorazioaren emaitzak jakinaraztea, modu argi eta zehatzean, ulertzeko eran.
 - Egindako azterketen erregistroa.
4. Fetuaren ongizate-egoeraren balorazioa.
 - Fetuaren maiztasun kardiakoa auskultatzea / Fetuaren Monitorizazio Elektronikoa egitea. (3. ETA 4. ERANSKINAK)
 5. Arrisku-faktoreak detektatzen badira, ginekologoari jakinaraziko zaizkio.

2.2. EMAKUMEAREN HELMUGA

Hasierako balorazioaren ondoren, emaginak emakumearen helmuga erabakiko du.

1. Alta ematea

Dilatazio-**fase latentean**, umetokiko uzkurdurak mingarriak izaten dira, umetoki-lepoak aldaketak izan ditzake, ezabatzean aurrerabide motela gerta daiteke eta dilatazioa 5 cm-rainokoa da. Emakumeei jakinarazi egin behar zaie fase horrek ez duela iraupen estandarrik eta emakumearen arabera luzeagoa edo laburragoa izan daitekeela.

Altarekin batera, haurdunari informazioa eta aholkularitza emango zaio prozesuaren bilakaerari buruz, baita jarraibide argi batzuk ere, jakin dezan zer seinale eta sintoma hartu behar dituen kontuan Larrialdietara itzultzeko, haurdunaldiari arreta emateko kontsultan ezarrita dituen hitzorduak mantenduta.

2. Ospitaleratzea

Prozesua erditzearen fase aktiboan dagoela baloratzen bada edo haurdunaldiari buru ematea dakarren arriskuren bat detektatzen bada, emakumea erditze-eremuan sartuko da.



Diagnostikoa mintzen haustura goiztiarra –MHG– bada eta itxarote-tratamendu bat adierazten bada edota fase aktiboaren hasierari buruzko zalantzak badaude, eta ospitale bakoitzaren barne-antolamenduaren arabera, obstetrizia-solairura edota horretarako unitate zehatz batera eraman halako da emakumea.

Egiaztatu egingo da amak, aitik edo senideek segurtasun-protokoloa ezagutzen dutela eta Ez utzi ni bakarrik diptikoa daukatela. Haren berririk ez badute, zer den azaldu eta ale bat eman behar zaie.

***Erditze-eremuan sartzeko unea atzeratu egin behar da,
fase aktiboa ezartzen den arte. II-2A***



3. Laguntza erditze-prozesu normalean

3.1. ERDITZEGRAMA ETA DOKUMENTAZIOA

Erditzegrama izango da prozesuan laguntza guztia bilduko duen dokumentua, baina horretaz gain, prozesua erabat erregistratzeko behar diren dokumentu zehatz guztiak ere erabili beharko dira.

Erditzegramaren bidez taldearen funtzionamendu orokor ona eta komunikazioaren hobekuntza sustatzen da.

Medikazio-preskripzioak, erremintaren vademecumean ageri ez direnen kasuan izan ezik, Historia Klinikoa-Osabide Global plataformako Preskripzio Elektronikoa egin behar dira. (8. [ERANSKINA](#))

3.2. DILATAZIO-FASEA

Erditzearen fase aktiboan, umetokiko uzkurdurak erregularrak eta mingarriak dira, ezabatze- eta dilatazio-maila handia da, eta umetokilepoaren aldaketek bilakaera bizkorragoa dute 5 cm-ko dilataziotik erabateko dilataziora arte.

3.2.1. Alderdi orokorrak

1. Erditze-prozesuan arreta ematen duten langileak

Erditzea normaltasun-mugen barnean mantentzen den bitartean, **emaginak emango du arreta.**



Erditze-prozesua normaltasunetik desbideratzen ari dela atzemanek gero, emaginak ginekologoari abisatuko dio, egoera balora dezan. Obstetrizia-taldea osatzen duten pertsonen arteko komunikazioa funtsezkoa da erditzean laguntza ona emateko.

2. Harrera

Haurdunari dilatazio-gelaraino lagunduko zaio. Haurdunari arreta ematen ari zaizkion langileek euren burua aurkeztuko dute eta emakumeari bere izenez deituko diote:

- Emakumearen identifikazioa egiaztatuko da, identifikazio-eskumuturrekoaren bitartez.
- Emakumearen historia klinikoa eta larrialdietan egindako balorazioa berrikusiko dira.
- Garrantzitsua da jakitea emakumeak zer itxaropen eta premia dituen erditzeari dagokionez, eta erditze-plana egonez gero, hori ere ezagutu behar da.
- Unitateko arauen eta eskuragarri dituen baliabideen berri eman behar zaio emakumeari, baita prozesuko arretarako dituen aukeren berri ere.
- Egonaldian beharko duen arropa emango zaio emakumeari, eta bere arropa propioa erabiltzen ere utzi behar zaio, nahi badu.
- Ingurune erosoak faboratuko diogu emakumeari, bere intimitatea eta pribatutasuna errespetatuta betiere.
- Erraztu egin behar diogu aukeratu duen pertsonak lagun egin diezaion.
- Emakumeari erditzearen bilakaerari buruzko informazioa eman behar diogu, baita egingo diren prozedurei buruzkoa ere. Erditzearen bilakaeran esku hartu behar bada (amniorrexi artifiziala, oxitozina bidezko estimulazioa, monitorizazio jarraitua, etab.), emakumeak arrazoiak jakin beharko ditu, eta entzun egin beharko zaio erabakiak hartzerakoan.
- Jarrerarik erosoena hartzea gomendatuko zaio, baina jarrera bertikalen bat hartzea edo ibiltzea gomendatuko zaio.



3. Babes jarraitua

Babes jarraiturik ez izateak estresa eta antsietatea eragiten dio amari, eta egiztatuta dago faktore horrek okerragotu egiten duela umetoki-lepoaren dilatazioa eta murriztu egiten duela dinamika uterinoa.

Emakumeari berak aukeratutako pertsona batek lagun egin ahalko dio prozesuan.

- Erditzean lagun egiteko aukeratutako pertsonari gomendatu egingo zaio nola lagundu dezakeen benetan, adierazi egingo zaio zer jarduera egin ditzakeen horretarako, eta eroso egoten lagunduko zaio.
- Emakumeari erditze-fasean lagun egingo dion pertsona prozesu osoan pertsona berbera izatea da gomendagarriena. Halere, erditzea luzea denean, batzuetan baloratu egin behar da pertsona bat baino gehiago egoteko aukera, txandaka.

Frogatuta dago babes jarraituak –dela emakumeak aukeratutako norbaitek emandakoak dela ospitaleko langileren batek emandakoak– erditze baginalerako aukerak handiagotzen dituela, Apgar-en testa eta gogobetetasun orokorra hobea egoteaz gain. I-A

4. Profesionalak

Intimitatea bermatzeko eta erditzean esperientzia positiboa faboratzeko, lan-txanda bakoitzean emagin eta laguntzaile berberak arreta jarraitua emango dute ahal den neurrian, eta beste profesionalik ez da sartuko baldin eta ez bada beharrezkoa.

3.2.2. Gomendio orokorrak

1. Enema

Errutinaz, ez da garbiketa-enemarik baliatuko eta ez da horren erabilera eskainiko.

2. Mikzioa

Maskuriko globorik ez sortzeko, mikzio espontaneo faboratuko da ahal dela, eta egoera berezietan baino ez da baliatuko maskuriko zundaketa.

3. Higienea

Higiene- eta konfort-egoera onari eutsiko zaio, eta behar izanez gero, perineoko garbiketa edo dutxa egingo da.

Laguntza orotarako asepsia-estandar unibertsalak aplikatuko dira.

4. Bena-bide periferikoa

Emakumeari azaldu egingo zaio zer abantaila dituen erditze-fasean bena-sarbide bat izateak, eta haren kanalizazioa gauzatuko da; bidea gazituta utzi ahalko da ez bada beharrezkoa medikamendu eta/edo fluidorik ematea.

Haurduntza-kontrolaren emaitzarik aurkezten ez duten emakumeei beharrezko analitika egingo zaie; beharrezkotzat joz gero ere egingo zaie.

5. Likidoak eta solidoak hartzea

Likido argiak hartzea faboratuko zaio emakumeari, esnekiak izan ezik (digestio motela); eraginkorrenak edari isotonikoak dira.

Emakumearen hidratazio-egoera kontrolatu egingo da.

6. Jarrerak dilatazio-fasean

Emakumeei –analgesia epiduralera jotzen dutenei ere bai– adorea eta laguntza eman behar zaie dilatazio-fasean eroso sentiarazten dien jarrera izan dezaten eta, nahi badute, mobiliza daitezen, blokeo motor eta propiozeptiboa egiaztatu ondoren.

Erditzearen lehen etapan jarrera bertikala izateak analgesia epiduralaren premia txikiagotzen du eta erditzearen lehen fase hori laburragoa izatea eragiten du, zesarea-tasa eta Jaioberrien Unitateko ospitaleratzeen kopurua murrizteaz gain.

Emakumeei adierazi egin behar zaie onuragarria dela fase horretan zutik egotea. I-B



3.2.3. Kontrol obstetrikokoak

Egindako balorazio eta kontrol guztiek segimendua eta jarduketa izango dute, atzematen diren premien arabera. Prozesu horretan egindako edozein esku-hartze identifikaturiko arazo errealetan oinarrituta dagoela nabarmendu behar zaio emakumeari.

1. Amaren monitorizazioa

- Temperatura, presio arteriala eta maiztasun kardiakoa 4 orduan behin monitorizatu behar dira.
- Mikzioen edo libratzeko zundaketen maiztasuna kontrolatu behar da.
- Egoera psikoemozionala ere baloratu egin behar da.

2. Fetuaren egoeraren monitorizazioa

Arrisku txikiko erditzeetan, fetuaren ongizate-egoera honako hauen bidez baloratu ahalko da:

- Fetuaren Aldizkako Auskultazioa, 15 minutuan behin egingo dena, uzkurduran edo uzkurduren ondoren berehala, gutxienez 60 segundoz; uzkurdura gertatu eta 30 segundora (gutxienez) entzungo zaio fetuaren taupadari.

Hauek ere erregistratuko egingo dira: Fetuaren Maiztasun Kardiako basala; eta azeleraziorik edo dezeleraziorik ote dagoen. Amaren pultsua ere erregistratu egin beharko da. (4. ERANSKINA)

- Fetuaren Monitorizazio Elektronikoa Jarraitua.

Arrisku txikiko haurduntza duten emakumeen kasuan, Fetuaren Aldizkako Auskultaziotik Fetuaren Monitorizazio Elektronikoa Jarraitura aldatuko da erditze barruko arriskua agertzen denean, oxitozina ematen zaionean eta/edo analgesia epidurala ezartzen denean. (4.ERASKINA)

3. Erditzearen aurrerabidearen ebaluazioa

Eskuarki, erditzearen bigarren fase aktiboak ez du irauten 12 ordu baino gehiago lehenengo erditzeetan, ezta 10 ordu baino gehiago ere hurrengo erditzeetan.



Fase aktiboan, dilatazio-aurrerabidea 1 cm/h-koa izaten da, baina aurrerabidea motelagoa izateak ez du esan nahi esku-hartze obstetrikoa egin behar denik.

Dinamika uterinoa

Jarduera uterinoaren, maiztasunaren, intentsitatearen eta iraupenaren kontrola.

Bagina-haztapena

Orokorrean, bagina-azterketak 4 orduan behin egingo dira, asepsia-neurriak hartuta eta, ahal bada, emaginak berak egingo ditu.

4 orduan behin baino maiztasun txikiagoko miaketak, berriz, erditze-prozesu motela izaten ari diren, konplikazioak dituzten edo bultzatzeko sentrazioa duten emakumeei egingo zaizkie.

Hain inbaditzaileak ez diren teknikak erditzearen bilakaera baloratzeko

Erditzearen bilakaera baloratzeko teknika ez-inbaditzaileak lagungarriak izango dira bagina-haztapenak murrizteko:

- Abdomen-haztapena.
- Baginako fluxu eta jarioen balorazioa.
- Amaren jokabidea interpretatzea.



3.3. EGOZPEN-FASEA

Egozpen-fasetzat hartzen da erditzearen bigarren etapa, erabateko dilataziotik fetuaren egozpenera artekoa.

Erditzearen etapa honen barnean bi fase daude:

- **Egozpen-fase pasiboa:** lepoaren erabateko dilatazioa, uzkurduarekin edo uzkurdurarik gabe, eta bultzatzeko sentsaziorik ez dagoela.
- **Egozpen-fase aktiboa:** Fetua ikusi egiten da, edo erabateko dilatazioa egonik uzkurdurak daude, edo dilatazioa erabatekoa da eta emakumeak bultza egiten du uzkurdurarik gabe.

3.3.1. Alderdi orokorrak

1. Lagun egitea

Emakumeari berak aukeratutako pertsona batek lagun egin ahalko dio prozesuan.

2. Profesionalak

Egozpen-fasean, arretarako behar diren profesionalak baino ez dira egongo; zehazki, hauek: emakumeari arreta emateko emagina, JBarri arreta emateko emagina eta/edo erizaina, eta erizaintzako laguntzailea. Beste profesionalik ez da egongo esanbidez eskatzen ez badira.

3. Ingurunea

Jaiotza errazten duen ingurunea faboratuko da, toki seguru, lasai eta epela prestatuko da, behar ez den soinurik ez da egongo eta argi-intentsitatea minimizatu egingo da. Jaiotzaren ondoren, saihestu egingo dira jaioberriaren eta gurasoen arteko interferentziak.

4. Likidoak eta solidoak hartzea

Likido argiak hartu ahalko dira, esnekiak izan ezik.

5. Erditzearen tokia

Egozpen-fase aktiboan, arreta erditze-gela batean emango da.

6. Asepsia-neurriak

• Eskuak garbitzea

Egozpen-fase aktiboan arreta eman aurretik, eskuak ur eta xaboiarekin garbituko dira.

• Eskularruak erabiltzea

Behin bakarrik erabiltzeko eskularru kirurgiko esterilak erabiliko dira, eta egozpen-fase aktiboan arreta emateko ipiniko dira.

• Jantziak

Neurri unibertsalak: mantal iragazgaitza, maskara, begietarako babesgarriak, txanoa eta galtzak baliatzea.

• Bulba- eta perineo-eremuaren garbiketa

Bulba- eta perineo-eremua belaki xaboidunez garbituko da arrastoak ur epelez kenduko dira.

7. Ilea moztea

Perineoko ilea ez da errutinaz moztuko. Behar-beharrezkoa denean, jarduketa-eremuko ilea baino ez da kenduko.

3.3.2. Jarduketa obstetrikoa

1. Amaren monitorizazioa

- Amari kontrol gehiago egiten zaizkio, zehazki, orduan behin.
- Egoera psikoemozionala ere baloratu egin behar da.

2. Fetuaren egoeraren monitorizazioa

Egozpen-fasean fetuaren ongizatea kontrolatu ahalko da, Fetuaren Aldizkako Auskultazio edo Fetuaren Monitorizazio Elektronikoko Jarraitu bidez. (3. ERASKINA)



Erregistro kardiokografikoa baloratzeko irizpideak. (3. ERANSKINA)

3. Egozpen-aurrerabidearen ebaluazioa

Egozpen-fasearen iraupen normaltzat joko dira hauek:

		Fase pasiboa	Fase aktiboa	Egozpena guztira
Erdigabea	Epiduralarekin	2 h	2 h	4 h
	Epiduralik gabe	2 h	1 h	3 h
Multiparoa	Epiduralarekin	2 h	1 h	3 h
	Epiduralik gabe	1 h	1 h	2 h

Fase horren aurrerabidea honako hauen bitartez baloratuko da:

- Emakumearen erantzuna, bultzaden eraginkortasuna eta fetuaren ongizate-egoera.
- Bagina-haztapena: Fase aktiboan bagina-haztapenak egingo dira orduan behin, edo maiztasun handiagoz, beharrezkoa izanez gero.

Mugez haraindi, kontu handiz baloratu behar da egoera eta, beharrezkotzat joz gero, erditze instrumentala antolatu. Burua progresiboki jaisten ari bada, fetuaren ongizate-egoera ona bada eta erditze espontaneo berehala gertatuko bada, muga horiek gaindi daitezke.

4. Jarrerak egozpen-fasean

Gomendagarria da erditze-prozesuan emakumeak erosoan iruditzen zaion jarrera hartzea; halaber, prozesua erraztu behar dugu eta jarrera bat baino gehiago hartzen lagundu behar diogu. Hau kontuan izan behar dugu:

- Emakumeari analgesia epiduralik jartzen ez bazaio, zutik egoteak erditze instrumentalerako eta episiotomietarako

arrisku txikiagoa eragingo dio; alabaina, perineoko urradura –II. mailakoa– eta galera hematikoa → 500 ml-koa– izateko arriskua handiagoa izango da.

- Analgesia epiduralarekin ez dago alderik.

5. Bulkadak

Espontaneoki bultzatzea gomendatzen da. Emakumeak berak aukeratuko du bultzatzeko metodoa, nahiago duen moduan. Bultzatzeko sentsaziorik ez badago, ez zuzentzea gomendatzen da egozpen-fase pasiboa amaitzen den arte.

Bulkadak atzeratzeak erditze espontaneorako aukerak handiagotzen ditu eta erditze konplikatueterako arriskua murrizten du, batez ere, haurtxoaren aurkezpena + 2tik gorakoa bada, bere okzipuzioa amaren sabelera begira badago, baldin eta amaren egoera ona bada. I-A

Bulkada zuzenduak hobeki laguntzen du azkenean fetuaren burua egozte. II-2B

6. Laguntza-teknikak egozpen-fasean

• **Perineoko masajea**

Ez da gomendatzen perineoko masajerik egitea erditzearen bigarren etapan.

• **Beroa jartzea**

Egozpen-fasean konpresa beroen aplikazioa ahalbidetzea gomendatzen da.

• **Ispilua**

Neurri eraginkor gisa, emakumeak ispilu bat erabil dezake perineo-eremua ikusteko, bulkaden norabidean laguntze aldera; horregatik, emakumeari ispilu bat emango zaio eskatzen badu.



- ***Perineoaren babes aktiboa eta buruaren deflexio aktiboa***

Perineoa eskuz babestea eta fetuaren buruaren deflexio progresibo eta motela kontrolatzea gomendatzen da, perineoko urradurak –III. eta IV. mailakoak– murrizten baitira horrela.

- ***Episiotomia***

Emakumeei ez zaie errutinazko episiotomiarik egingo erditze espontaneoetan, ezta aurreko erditzeetan III. edo IV. mailako urradurak izan dituzten emakumeei ere.

- Premia klinikoak badaude baino ez da egingo, edo fetua arriskuan dagoela susmatzen bada.
- Episiotomia bat egin baino lehen, analgesia eraginkor bat egin beharko da, larrialdietan izan ezik.
- Egitekotan, murriztailea eta ez-goiztiarra izan behar du, eta gomendagarriena erdiraino eta alde baterantz egitea da.

- ***Kristeller-en maniobra***

Ez egin Kristeller-en maniobra.

7. Jaioberriari harrera egitea

- Jaio eta berehala, ama eta jaioberria ondo baldin badaude:
 - Jarri haurtxo biluzia zuzen-zuzenean amaren larruazalaren kontra (bularra-abdomena), oihal epel batekin estaliz.
 - Jaioberria ahoz beherako etzaneran kokatuko da, gorputz-adarrak zabalik eta flexionatua, eta burua albo baterantz, lepoaren flexioa eta hiperluzapena ekidinez. Ez lehortu jaioberriaren eskuak ez aurpegia (likido amniotikoaren usaina kontserbatzeko).
 - Amak lehortuko du jaioberria, astiro-astiro gorputza oihal epel batekin igurtziz, aurpegia eta eskuak ez lehortzen saiatuz. Kendu erabilitako oihala eta estali biak oihal lehor batekin. Ez gaintu jaioberriaren sorbaldak, kontaktu bisuala eman dadin.
 - Jantzi jaioberriari txano bat, eta utzi amaren torax biluziaren gainean larruazalarekiko kontaktuan. 2 orduz utzi horrela (jaioberriaren fase harkorra).

8. Zilbor-hestea estutzea

Zilbor-hestearen estutze berankorra egingo da baldin eta emakumearen eta jaioberriaren egoerak ahalbidetzen badu.

Zilbor-hesteko odol-lagin bat analitikarako ateratzerakoan, jaioberriari arreta emateko protokoloari jarraituko zaio.

Bai epeko jaioberrietan bai epe aurreko jaioberrietan (betiere berpizte-maniobrarik behar ez badute), zilbor-hestearen estutze berankorra (> 60 s) gomendatzen da, erditzea zer motatakoa den alde batera utzita. I-B

3.4. PLAZENTA EGOZTEKO FASEA

Erditzearen hirugarren etapatzat hartzen da haurtxoaren jaiotzatik plazentaren egozpenerainoko fasea.

Erdiondoko odoljario goiztiarra (EOG) da fase honetan gerta daitekeen konplikazio larriena; odol-galeraren maila lotuta dago plazenta umetokitik banatzeko bizkortasunarekin eta umetokiko uzkurduraren eraginkortasunarekin.

Plazenta egozteko fasearen iraupen normaltzat hartzen da hauen barnean gertatzen dena:

- Jaioberria jaio ondoko 30 minutuak, baldin eta kontrol aktiboa badago.
- Jaioberria jaio ondoko 60 minutuak, baldin eta erditzea espontanea izan bada.

3.4.1. Jarduketa obstetrikoa

Emakumeei jakinarazi egin behar zaie (ahal bada, haurduntzan) erditzearen hirugarren etaparen kontrol aktiboak fase hori laburtzen duela, erdiondoko odoljariorako arriskua txikiagotzen duela eta oxitozina terapeutikorako premiak ere murriztu egiten duela. Nahi izanez gero, plazentaren egozpen espontaneo edo fisiologikoa aukera dezake emakumeak.



1. Plazentaren egozpenaren kontrol farmakologikoa

10 NU oxitozina bena-barneko bidetik, bolo motelean, plazenta egotzi aurretik edo egotzi eta berehala. Bena-barneko biderik ez badugu, muskulu-barneko injezioa eman diezaiokegu emakumeari.

Haurtxoa jaio ondoren umetokiari tonizitatea itzultzeko profilaktikoak erabiltzea gomendatzen da. I-A

2. Zilbor-hestearen trakzio kontrolatua

Odol-galera murrizten da, eta plazenta eskuz egozteko denbora laburtzen da; kontrapresioarekin eta ondorio kaltegarrien kontrolarekin aplikatu behar da beti.

3. Plazenta eta mintzak aztertzea, horien integritatea egiaztatuz

3.5. PERINEOAREN AZTERKETA

Introitoa eta perineoa aztertu eta minutako ehunak konponduko dira:

- Josi baino lehen, analgesia egokia ziurtatu behar da.
- Bizkor xurgatzen diren jostura sintetikoak erabili behar dira.
- Muskulu-planoaren jostura jarraituek min gutxiago sortzen dute 10 egunera, analgesia gutxiago behar izaten dute eta josturak kentzeko premia ere txikiagoa izaten da.
- Ez da beharrezkoa larruazala jostea ertzak behar bezala gerturatzen badira. Dermis-barneko jostura jarraituek min gutxiago sortzen dute 10 egunera.

Ziurtatu egingo dugu buxadura baginala ez dugula uzten eta, hala badagokio, espezifikoki erregistratuko dugu.

Perineo-eremuan 20 minutuz hotza jarri behar ote den ikusiko da.

3.6. MINA KONTROLATZEA

Erditze-prozesuan mina kontrolatzeak ez du esan nahi analgesia epidurala edo bestelako eragile anestesikoak eman behar direla, besterik gabe; askoz ere urrutiago doa, eta jaio aurreko hezkuntzarekin eta konfort eta antsietatearekin kontrolarekin hasten da.

Betiere emakumearen erabakiak errespetatuz, hauek kontuan izan beharko dira: emakumeak mingarri gisa hautematea uzkurdurak; mina arintzeko dituen baliabideak; eta itxaropenak.

Mina arintzeko metodoak hiru bloketan multzokatu daitezke:

1. Metodo ez-farmakologikoak

Metodo ez-farmakologikoak lehen aukera gisa eskainiko dira, erditzean mina kontrolatzeko, baldin eta emakumeak hala nahi badu.

- **Uretan murgiltzea:** Ospitalean horretarako baliabideak badaude, emakumeei aukera hori ere emango zaie.
- **Masajea:** Behar duten emakumeei emango zaie, eta lagun egingo dion pertsonari erakutsi egingo zaio emakumeari kontaktuaren eta masajearen bitartez laguntzen.
- **Erditze-pilota:** Emakumeari erditze-pilota bat utziko zaio, erosoan iruditzen zaion jarrera aurkitzen laguntzeaz gain.

Pilotak erabiltzea erabakitzen duten emakumeei animatu egin behar zaie jarrera erosoena bilatzeko eta mugimendua faboratzeko erabiltzera pilota.

- **Erlaxatze-teknikak:** Emakumeak aukeratutako erlaxatze-teknika errespetatu egingo da, eta horren aplikaziorako kondizioak faboratuko zaizkio.
- **Ur esterila injektatzea:** Lunbalgia bizia arintzeko aplikatu ahalko da, baina emakumeari jakinarazi beharko zaio alde zurretik.

2. Metodo farmakologikoak

- **Oxido Nitrosoa:** Nahi badu edo analgesia epidurala kontraindikaturata



badago, emakumeak oxido nitrosoa inhalatu ahalko du metodo ez-farmakologikoen lagungarri gisa. (5. ERANSKINA)

Erditze-prozesuan oxido nitrosoa inhalatzea gomendatzen da mina arintzeko metodo gisa, baina emakumeari jakinarazi egin behar zaio metodo horren efektu analgesikoa neurritsua dela eta goragalea, okadak, logalea eta oroimenaren asaldura eragin dezakeela.

- **Analgesia epidurala:** emakumeei jakinarazi egin behar zaie analgesia epidurala dela mina arintzeko metodorik eraginkorrena, baina kontrako albo-ondorioak ere izan ditzakeela, hala nola hipotentsioa, gernu-debekua, sukarra, eta erditzearen bigarren etapa luza dezakeela eta, honenbestez, erditze instrumentalerako arriskua handiagotzen duela. Emakumeak erabaki behar du noiz hartu analgesia, behin erditze-diagnostikoa emanda dagoela. Behin jakinaren gainean jarri dugula, baimen informatua sinatu behar du haurdunak. (1. ERANSKINA)

Analgesia epidurala eman ondoren, perfusioa erditzearen hirugarren etapa amaitu arte mantendu behar da. «Bulkada eraginkorrak» ahalbidetzeko analgesiaren segida eteten badugu, mina izango du emakumeak, eta minaren kontrol suboptimoak erditze instrumentala eta perineoko urradura –III. eta IV. mailakoa– izateko arriskua handiagotzen du.

Epidurala dosi txikietan ematea, egingarria bada, egokiagoa da, dosi handiko erregimenak baino, analgesia egokia errazteko eta, gainera, erditze-prozesuak mobilizazioa sustatzeko. I-A

Analgesia epidurala emanda ere, mobilizazioa piztu behar da, emakumeak erditzearen bilakaera faboratzen duten jarrerak har ditzan. I-B



3.7. ERDITZEAREN AURRERABIDEAREN DISTOZIA

Erditzearen lehen etapako fase aktiboa atzeratzen ari dela atzemanaz gero, ezarritako protokoloa aplikatuko da. (6. ERANSKINA)

Ez da gomendatzen esku-hartze medikorik egitea, erditze-lana bizkortzeko fase aktiboa hasi baino lehen, betiere fetuaren eta amaren kondizio ona segurtatzen bada.

Frogatuta dago errutinazko amniorrexia ez dela onuragarria aurrerabide egokiko erditze normaletan.

Amniorrexia kontuan izan behar da, oxitozinarekin eta bestelako neurriekin batera, behin distozia diagnostikatu dela. I-B



4. Berehalako erdiondoa

Plazenta egozten denetik erditu eta hortik 2 ordura arteko denbora-tartea da.

Erditzearen laugarren etapatzat har daiteke.

4.1. ZAINKETA OROKORRAK

Erditu eta ondorengo bi orduetan, emakumea erditze-eremuan geratuko da, haurtxoarekiko lotura indartzeko beharrezko intimitatea bermatuta izan dezan. Denbora-tarte horretan, emaginaren esku-hartzea gutxienekoa da, eta behaketak, berriz, handia behar du izan. Jaioberria ondo dagoela eta amak ez duela inolako alarma-seinalerik egiaztatuko du emaginak. Amari ura edota infusioak eskainiko zaizkio.

Bi ordu horietan, ama-umeak larruazal-larruazal kontaktuan egongo dira, eta amagandiko edoskitzea hasiko da, hala erabaki bada; emaginak gainbegiratuta eta lagunduta, emakumeak aukeratutako pertsonak emakumeari lagun egingo dio eta emakumea zainduko du.

Bi orduko tarte horren ondoren, erdiberria eta haurtxoa ospitalizazio-solairura eramango dira. Baina horren aurretik, emaginak honako hauek begiratuko ditu:

- Tentsio arteriala.
- Baginako odol-jarioa.
- Umetokiaren inboluzioa eta uzkurdurak.
- Gernu egiteko beharra.
- Perineoa.
- Mina.
- Amaren egoera emozionala eta jaioberriaren egokitzapena.



Bilakaera normala dela egiaztatu ondoren, kendu egingo dira bena-bidea eta analgesia epiduralaren kateterra, eta amaren eta jaioberriaren identifikazioa zuzena dela egiaztatuko da.

Jarduera guztiak amaren eta jaioberriaren historia klinikoan erregistratuko dira.



5. Laguntza jaioberriari

Fisiologikoki, une horietan gertatzen da jaioberriaren berehalako egokitzea.

Jaioberriari laguntza emateko, honako hauek kontuan izan behar dira:

- **Jaioberriaren historia klinikoa** JBaren zainketaren eta arretaren ardura duten langileen eskura egon behar du aldez aurretik, jaioberriaren berehalako arreta eskatzen duen arrisku-faktorerik ote dagoen atzemateko.
 - a. Arrisku-faktorerik gabeko erditze guztietan, JBaren zainketaz arduratuko den eta bizkortze-egonkortze teknikan prestatuta dagoen pertsona bat egon behar du, eta hark egingo ditu jaioberriaren errutinazko zainketak. Jaioberriak bizkortzeko behar den material guztia egon beharko du eskura.
 - b. Arrisku-faktore perinatalen bat dagoen erditzeetan, pediatrik erditze-gelan bertan egon beharko du.
- JBari erditze-eremuan egin beharreko zainketen inguruko **informazioa** ematea gurasoei. Haiek horretarako baimenik eman ezean, uko-egitearen adierazpen-dokumentua bete beharko dute.
- **Jaiotzaren ondoren:**
 - **Apgar-en** testa ebaluatzea jaio eta 1. eta 5. minutuan.
 - **Zilbor-hesteko odol-lagina** ateratzea, pH arteriala eta odol-taldea zehazteko, eta Coombs-en testa –zuzeneko– egiteko Rh negatiboa duten, zer odol-taldetakoak diren ez dakiten edota beste arrisku-faktore batzuk (Coombs-en test zeharkakoa positiboa...) dituzten amen-haurrei.
 - **JBaren Arretaren Segurtasuna** Ama-umeen Arretarako Eremuetan deritzon protokoloa aplikatzea, ama eta jaioberria ez direla banatuko



ziurtatuta, betiere haietakoren baten osasuna dela-eta banatu behar diren kasuetan izan ezik.

- JBaren **identifikazioa** erditze-gelatik irten aurretik, eta amaren edo aitaren aurrean, identifikazio-prozeduraren arabera.
- JBaren **zaindaritza** hura ospitalean dagoen bitartean.
- JBaren **elikaduraren** protokoloa ezartzea.
- **Jaioberriaren historian erregistratzea** jaioberriari egindako balorazioa eta esku-hartzeak. Formularioa betetzea.
- **Gurasoei jakinaraztea** JBaren balorazioa eta egindako esku-hartzeak.

Jaiotza gertatu eta hurrengo bi orduetan, JBari arreta emango zaio *Jaioberri osasuntsuari erditzean/puerperioan arreta emateko protokoloari* jarraikiz.



6. Emakumea eta jaioberria erregistratzea eta puerperio-solairura eramatea

Historia klinikoan erregistratu egingo da arreta.

Haurtxoa erregistratzeko administrazio-izapideak beteko dira: *Erregistro Zibilean jaiotza-adierazpenerako galdetegia*.

Solairura eramaterakoan, JB eta ama ez dira bananduko, ohe berean egongo dira.



Eranskinak



1

1. Eranskina

EUSKADIKO OSASUN-SISTEMAN PERTSONEK DITUZTEN ESKUBIDEAK ETA BETEBEHARRAK, ERDITZEETAN ARRETA EMATEAREKIN LOTUAK

Erditzeetan eman beharreko arretak lehentasuna eman behar dio emakumeari, eta bere eskubideak eta betebeharrak betetzen direla bermatu behar du, laguntza-prozesuan eman beharreko osasun-arretari dagokionez.

“4. artikulua.- Eskubideak, laguntza-harremanetan.

...

- k) Bere datu pertsonalen isilpekotasuna, benetakotasuna, osotasuna eta trazabilitatea bermatuko dituzten segurtasun-neurriekin, eragiten dioten laguntza-prozesuetan sortutako informazioa bere historia klinikoan erregistratua izateko eskubidea, 38/2012 Dekretuari jarraituz (2012ko martxoaren 13ko dekretua, historia klinikoari eta osasun-arloko paziente eta profesionalek dokumentazio klinikoaren arloan dituzten eskubide eta obligazioei buruzkoa).

5. artikulua.- Norbere osasuna kudeatzean partaidetza arduratsua izateari buruzko eskubideak.

- a) Gaixoak edo erabiltzaileak bere diagnostikoaren eta tratamenduaren ardura duen osasun-profesionala une oro ezagutzeko eskubidea, bai eta haren izena, titulazioa eta artatzen duten osasun-profesionalen espezialitatea ere.

...

- f) Hezkuntza-programekin eta pertsonak ahalduztzeko programekin banaka eta taldeka autozainketaren eta autokudeaketaren bidez parte-hartze aktiboa sustatzeko eta errazteko eskubidea.



9. artikulua.- Euskadiko osasun-sistemako gaixoei eta erabiltzaileak, sexu- eta ugalketa-osasunari buruzko osasun-laguntza espezifikoki lotuta, honako eskubide hauek dituzte:

- a) Haurdunaldiaren, erditzearen eta erditze-ondoaren prozesu osoan osasun-laguntza (jardunbide klinikoaren gidetan eta eskuragarri dagoen ebidentzia zientifikoan oinarritua) jasotzeko eskubidea.
- b) Ikuspegi klinikotik hertsiki beharrezkoak ez diren eta haurraren osasunerako kalterik gabe saiheste daitezkeen interbentzioak planteatzen direnean, informatua izateko eta erabakitzeko eskubidea. Interbentzio horien adibideak: erditzea aurreratzeko edo atzeratzeko baino ez diren interbentzioak, analgesia aplikatzea, enema, biloa moztea, episiotomia, dilatazio-faserako eta kanporatze-faserako posizioa eta abar. Haurdunaldiko eta erditze-aldiko protagonista den aldetik, bere parte-hartze aktiboa bideratua izateko eskubidea, eta osasun-zentroan erditzeari buruzko bere hobespenak aurkezteko eskubidea.
- c) Ospitaleko egonaldian –erditzearen aurretik eta erditzean, eta erditzearen ondorengo aldiaren– bere bikoteak edo bere konfiantzako pertsonak lagunduta egoteko eskubidea. Eta erditu eta gero, bai eta geroago edozein osasun-zentro edo -zerbitzutara doanean ere, haurra eta bikotekidea edo bere konfiantzako pertsona ondoan izateko eskubidea.
- d) Amagandiko edoskitzeari buruzko informazioa eta prestakuntza jasotzeko eskubidea, haurra elikatzeko unean edoskitzearen erabilera sustatzeko.

BAIMEN INFORMATUA

AHOZKOA

Emakumeari informazioa eman behar zaio, erditzean eman daitezkeen arreta-aukera guztien berri izan dezan, bere zaintzaren ardura izango duten profesionalekin batera erabakiak hartze aldera.

Emakumeak ahozko baimena eman behar du edozein prozedura edo azterketa egin baino lehen, eta jakinarazi egin beharko zaio, halaber, prozedura edo azterketa horiek prestakuntza jasotzen ari diren profesionalak egingo ote dituzten.



IDATZIA

Zesarea programatua egiteko eta anestesia orokorreko edo neuroaxialeko edozein teknika aplikatzeko, idazki bidezko baimen informatua –emakumeak berak edo, desgaitasunaren kasuan, haren legezko ordezkariak sinatua– eskatu beharko da; nolanahi ere, baimen idatzi hori baliogabetu ahalko da eta, hala bada, desakordio-dokumentua sinatu beharko dute.

Zesarea urgentearen kasuan, ez da beharrezkoa izango idazki bidezko baimen informatua ematea.

HISTORIA KLINIKOAN JARDUERAK ERREGISTRATZEA

Erditze-prozesuan emandako arreta indibidualizatua, emakumeen premietan eta lehentasunetan oinarrituan historia klinikoan erregistratuko dira, baita ahozko baimenarekin eta baimen idatziarekin lotutako alderdia ere.



2

2. Eranskina

EMAGINAK ARRISKU TXIKIKO HAURDUNALDIA EPEAREN BARNEAN AMAITUTA DUEN EMAKUMEARI TOKOGINEKOLOGIAKO LARRIALDI-ZERBITZUAN EGINDAKO BALORAZIOA

Tokoginekologiako Larrialdi-zerbitzuko profesionalen arteko jarduketan estandarizazioak helburu bat du: zerbitzu horretara erditze-prozesuan ote dagoen baloratzeko jo duen emakumeari arreta emango zaiola bermatzea, hain zuzen.

Emaginak egingo dio harrera emakumeari; arrisku-faktorerik izan gabe, 37. astetik 42.era bitarteko haurdunaldian dauden eta Tokoginekologiako Larrialdi-zerbitzura erditze-sintomekin jo duten emakumeen haurduntza baloratzeko eta ebaluatzeko ardura ere emaginak izango du.

Balorazio eta ebaluaziorako, ekintza hauek gauzatuko dira:

- Oztopo linguistikorik ote dagoen egiaztatzea eta azaltzea emakumearen arretan emaginak zer rol izango duen.
- Portaera lasaia izateaz gain, segurtasuna eta konfiantza transmititzea.
- Emakumeak erditzearen garapenari eta haurtxoaren jaiotzari buruz zer itxaropen dituen jakitea. Emakumeak erditze-plana badu, berarekin hitz egin horri buruz.
- Ulertzeko moduko informazio egokia eman behar zaio emakumeari, baita babesa eta konfiantza transmititu ere, erditzeari aurre egiteko duen gaitasunari dagokionez.
- Emakumeari lagun egiten ari zaion pertsonari lagundu egingo zaio, lasaitasunez, diskrezioz eta emakumearen gaitasunekiko konfiantzaz erakutsi dezan emakumeari laguntzeko prest egongo dela eta bere erabakiak erabat errespetatuko dituela.
- Emakumearen ahozko baimena lortu behar da, informazioa eman eta



historia klinikoan erregistratu ondoren.

- Ama-kartilla –haurduntzaren prozesua edo anamnesia biltzen duena– berrikusi egin behar da, baita egon litezkeen arrisku-faktoreak identifikatu eta baztertu ere.
- Bizi-konstanteak hartu behar dira.
- Leopold-en maniobrak.
- Kanpo-erregistro kardiokografikoa egingo da, 20-30 minutuan; hauek monitorizatzen dira erregistro horretan: fetuaren maiztasun kardiako basala, aldakortasuna, azelerazioak edo dezelerazioak eta jarduera uterinoa, kontrakzioen intentsitatea, iraupena eta maiztasuna.
- Miaketa baginala, umetoki-lepoa baloratzeko: dilatazioa, ezabatzea, trinkotasuna eta posizioa; mintzen egoera, aurkezpena eta planoa.

Haurdunari balorazioa egin ondoren, emaginak erabakiko du emakumea ospitaleratu behar ote den edo alta har ote dezakeen.

- Emakumea erditzearen fase aktiboan badago eta ez badu inolako arrisku-faktorerik, emaginak alta eman eta etxera bidaliko du, jarraibide zehatzekin eta gomendioekin, Lehen Mailako Arretaren esparruan edo Tokologinekologikoa Zerbitzuetan arreta ematen jarraitu beharrari buruz.
- Haurduna erditzearen fase aktiboan badago, erditze-eremura bidaliko zaio.
- Diagnostikoa mintzen haustura goiztiarra –MHG– bada eta itxarotetramendu bat adierazten bada edota fase aktiboaren hasierari buruzko zalantzak badaude, eta ospitale bakoitzaren barne-antolamenduaren arabera, obstetrizia-solairura edota horretarako unitate zehatz batera eraman ahalko da emakumea.

Bai ospitaleratzea agintzeko bai alta emateko, emaginak *Larrialdietako Osabide Globala* baliabidean administrazio-izapidea bete beharko du; horrek ospitaleratze-agindu bat sortuko du, Harrerako administrazio-langileek kudeatuko dutena.



3

3. Eranskina

ERREGISTRO KARDIOTOKOGRAFIKOEN BALORAZIOA

2015eko urrian, erditze barruko Fetuaren Monitorizazioaren alorreko adituz osaturiko adostasun-panel batean, International Federation of Gynaecology and Obstetrics erakundeak erditze barruko eredu kardiokotografikoak sailkatzeko sistema berri bat aurkeztu zuen.

	Kardiotokografia normala ^a	Kardiotokografia susmagarria	Kardiotokografia patologikoa
Fetuaren Maiztasun Kardiako basala ^b	110-160 t/m		<100 t/m
Aldakortasuna ^{c,d,j}	5-25 t/m	Gutxienez normaltasun-parametroetako bat ez agertzea baina ezaugarri patologikorik ez egotea	Aldakortasun ^{c,d} , murritzua/areagotua, eredu sinusoidala
Dezelerazioak ^{e,f,g,h,i}	Dezelerazio ez-errepikakorrak*		Dezelerazio berantiar errepikakorrak* edo luzatuak > 30 minutuz (edo 20 minututik gora, aldakortasuna murritzua bada); > 5 minutuko dezelerazioa
Interpretazioa	Hipoxia/Azidosia ez	Hipoxia/Azidosia izateko arrisku txikia	Hipoxia/Azidosia izateko arrisku handia

*Dezelerazioak errepikakorrak dira baldin eta uzkurduren > % 50ean gertatzen badira.

a) Azelerazioak (zabalera: > 15 t/m; iraupena: > 15 seg; baina < 10 min) ez dira sailkapen-sistemaren barnean hartzen horien absentsiaren esanahia zalantzazkoa delako, baina fetuak erantzun neurologiko ona duela aditzera ematen duelako azelerazioen presentziak,



hipoxia/azidosirik gabe.

- a) Takikardia: > 160 t/m, > 10 min; bradikardia: < 100 t/m, > 10 min. Fetuaren maiztasun kardiako basalari dagokionez, 100-110 t/m-koa izan daiteke fetu normaletan, batik bat, garai osteko kasuan.
- b) Aldakortasun murriztua: < 5 t/m, > 50 min, FMK basaleko tarteetan, edo > 3 min dezelerazioetan.
- c) Aldakortasun areagotua (eredu saltatorioa): > 25 t/m, 30 minutuan.
- d) Dezelerazioa: bihotz-erritmoaren > 15 t/m-ko galera > 15 segundoz.
- e) Dezelerazio goiztiarrak ez dira oso sakonak, gutxi iraun ohi dute, aldakortasun normala izaten dute eta bat datoz umetokiko uzkurduarekin.
- f) Dezelerazio aldakorrek bat-bateko beherakada -30 segundokoa, hasten direnetik nadirra arte izaten dute, aldakortasun ona, itzulera bizkorra oinarri-lerrora, eta V forma, nahiz eta aldakorrak izan formari, neurriari eta umetokiko uzkurduarekiko erlazioari dagokienez.
- g) Dezelerazio berantiarrek U forma izaten dute, aldakortasun murriztuarekin, umetokiko uzkurduaren hasieratik > 20 segundora hasten dira, eta arian-arian erortzen dira > 30 segundo nadirra arte, nadir bat izan ohi dute uzkurduaren akmera arte, eta apurka-apurka itzultzen dira oinarri-lerrora, > 30 segundoko dekalagearekin.
- h) Dezelerazio luzatuek > 3 min irauten dute. Larriak dira > 5 minutu irauten duten dezelerazioak, baldin eta FMK < 80 t/m bada eta aldakortasun murriztua badago
- i) Eredu sinusoidala eredu erregularra da, leuna, uhindua, uhin bat errepikatzen duena, 5-15 t/m-koa eta 3-5 ziklo/min-eko maiztasunekoa, > 30 min dirauena, eta azeleraziorik ezarekin bat datorrena.

Beste sailkapen-eredu kardiokotografiko bat existitzen da, **kardiokotografia preterminal** deritzona, aldakortasunen eta azelerazioen erabateko gabezia barnean hartzen duena, eta dezelerazioak eta brakikardia izan ditzakeena. «Eredu isila izango litzateke».



4

4. Eranskina

ALDIZKAKO AUSKULTAZIOAREN TEKNIKA

Fetua monitorizatzeko edozein metodorekin hasi baino lehen, teknika bakoitzaren onuren eta arriskuen berri izan behar du emakumeak:

- Monitorizazio kardiokotografiko jarraitua lotuta dago jaioberriaren konbultsiorako arrisku txikiagoarekin; alabaina, zesarren edo erditze instrumentalen kopuru handiagoarekin ere lotuta dago.
- Fetuaren Aldizkako Auskultazioak pazientearen mobilizazioa ahalbidetzen du, erosoago sentitu ohi da eta jarrera eta esparru batean baino gehiagotan (adibidez, uretan) erabil daiteke. Gainera, emakumearen eta emaginaren artean ohiko kontaktua segurtatzen du, eta emakumearekin harreman eta laguntza kliniko eta sozioemozionala izateko aukera handiagoa ematen du horrek.

Erditzeetan arreta ematen duten profesionalek trebatuta egon behar dute teknika horren aplikazioan, horren inguruko aurkikuntzak interpretatzean eta erabaki egokiak hartzean. «Ikaskuntza-kurba» bat behar da azelerazioak eta dezelerazioak atzemateko.

Fetuaren Aldizkako Auskultazioaren teknikari buruzko gomendioak aditu-paneletako iritzietan baino ez daude oinarrituta.

- Auskultazioa Pinard estetoskopio batekin egin daiteke, baina hobe da eskuzko Doppler ultrasoinua erabiltzea.
- Emakumea ospitaleratu ondoren egiten zaion lehen ebaluazioan FMKren auskultazio bat egitea gomendatzen da.
- Fetuaren bihotz-taupadaren soinua bilatuko da, hodian soinua saihestuta.
- Erditzearen lehen etapan, auskultazioa 15 minutuan behin egin behar da, eta bigarren etapan, berriz, uzkurdua bakoitzaren ondoren edo 5 minutuan behin.

- Uzkurdurak ere ebaluatu egin behar dira, haztapenaren bidez auskultazioa egiten ari garen bitartean edo auskultazioa egin aurretik, gutxienez 2 uzkurdura atzemateko.
- Auskultazioak 60 segundo iraun behar du gutxienez, eta horietako 30 segundo (gutxienez) umetoki-haztapen bidez kontrolatutako uzkurdura bakoitzaren ondoren eman behar dira.
- Zalantzak izanez gero edo FMK 160 t/m-tik gora auskultatzen bada, berriz egingo da fetuaren auskultazioa 3 uzkurduratan.
- Amaren pultsua ere kontrolatu egin behar da auskultazioa egiten ari garen bitartean, fetuaren bihotz-taupadarengatik bereizteko.
- Miaketaren datuak –ordua, fetuaren taupada-maiztasuna, azelerazioak edo dezelerazioak ote dauden, auskultazioaren iraupena– erditzegraman erregistratu behar dira.

Fetuaren Aldizkako Auskultaziotik Fetuaren Monitorizazio Elektronikoko Jarraitura aldatzea, arrisku txikiko haurduntza duten emakumeen kasuan, honako egoera hauetan egingo da:

- Likido amniotiko tindatua badago.
- Auskultazioak FMK aldatzen badu (< 110 t/m edo > 160 t/m).
- Dezelerazio errepikakorrek edo luzatuak badaude (> 3 min).
- 10 minutuko denbora-tartean 5 uzkurdura baino gehiago badaude.
- Amak sukarra badu.
- Erditze-prozesuan odoljariora egon bada.
- Oxitozina behar izan bada.
- Emakumeak eskatu badu.
- Analgesia epidurala ezarri bada.



5

5. Eranskina

OXIDO NITROSOA ERABILTZEA % 50EAN, ERDITZEKO ANALGESIA GISA

Oxido nitrosoa gas koloregabe eta ez-sukoia da, erditze barruan analgesiko gisa erabiltzen dena, kontzentrazio honetan: % 50, oxido nitrosoa (N_2O); % 50, oxigenoa (O_2).

Inhalatutako gasak analgesia ez-inbaditzailea eta segurua ematen du, intentsitate arin edo neurritsuko min akutuaeren tratamendurako aholkatua; gainera, ez du erditzearen fisiologian eragiten eta bizkor eliminatzen da.

Iritzen da oxido nitrosoak eragiten dituela efektu analgesikoak, substantzia biokimiko jakin batzuk askatzea eragiten baitu, hala nola endorfinak eta serotonina.

Edozein unetan has gaitezke substantzia hori ematen eta edozein unetan utzi diezaiokegu substantzia hori emateari; gainera, nahi dugun guztietan erabil dezakegu erditzearen fase guztietan.

Kontuan izanik oxido nitrosoa erditze-prozesuan mina arintzeko erabil daitekeela, emaginak izango du erabilera horren hasiera, jarraipen eta kontrolaren ardura.

HELBURUAK

- Erditze-lanean analgesia emateko aukerak zabaltzea.
- Prozesuan mina arintzea, gutxieneko esku-hartzearekin, eta bai amaren segurtasuna bai fetuarena bermatuta.

KONTRAINDIKAZIOAK

Ez da komenigarria gasez betetako barrunbeak dituzten pazienteei ematea, ezta gas horren zabalkundea arriskutsua izan daitekeen kasuetan ere:

- Pneumotoraxa.
- Buruko lesioak.
- Begi barneko gas-injekzioak, duela gutxikoak.
- Heste-distentsio larria.
- B12aren edo azido folikoaren urritasuna, tratatu gabea.
- Tratatu gabeko bihotz-gutxiegitasuna edo -afektazioa.
- Epilepsia edo nerbio-sistema zentralari eragiten dioten arazoak dituzten emakumeak.
- Pipetak erabiltzeko gaitasunean eragina izan dezaketen aurpegi-lesioak.

ALBO-ONDORIOAK

- Somnolentzia.
- Zorabioa, logalea edo desorientazioa; oxido nitrosoa emateari utzi bezain laster, albo-ondorio horiek murriztu egiten dira.
- Euforia (barrearen gasa).
- Aho lehorra.
- Goragalea eta gorakoak.
- Oxido nitrosoaren eraginez konortea galtzea; horrelako kasuetan, ahokoa erori egingo zaio eta emakumeak berehala berreskuratuko du konortea, giroko airea arnasten hasi bezain pronto.

OXIDO NITROSOA EMATEA

Oxido nitrosoa ematen hasi baino lehen, nork bere buruari oxido nitrosoa emateko prozesuari buruzko jarraibideak eta informazioa emango dizkio emaginak emakumeari. Ahal bada, pipetak edo ahokoak baliatuko dira, maskaren ordeztu erditze-prozesuan oxido nitrosoa ematerakoan.



PROZEDURA

Dilatazio-fasean

- Emakumeak ahokoa sartuko du bere ahoan, eta normal arnastuko du, erlaxatuta, 2-3 minutuz, substantzia aldeztu aurretik sar dadin. Horrela, efektu analgesikoa lortzen da.
- Uzkurdurak hasten direnean, emakumeak inhalazio sakon eta bizkorrak egingo ditu, hiperbentilatu gabe, uzkurduraren akmera arte, eta uzkurdura arintzen den heinean inhalazio horiek eten egingo dira.
- Uzkurduren artean, ahokoa edo pipeta kenduko zaio, eta normal arnastuko du emakumeak giroko airea.
- Uzkurdura bakoitzaren hasieran, adierazitako prozedurari hasiera emango zaio berriz.
- Uzkurduren maiztasuna 5 minutuan behin baino handiagoa bada, substantzia aldeztu aurretik sartzeko urratsa uzkurduraren aurreko 2-3 minutuetan egitea gomendatzen da, eta inhalazio sakon eta bizkorrekin jarraitzea, hiperbentilatu gabe, uzkurduraren akmera arte.
- Emakumeak somnolentzia handiegia badu, eskua aurpegitik urruti eroriko da, eta gailuak ez du funtzionatuko. Ezin izango du inhalazioarekin presio negatiboa sortu, eta oxido nitrosoaren fluxua eten egingo da. Giroko airea arnastuko du eta gorputzeko oxido nitrosoaren kontzentrazioa bizkor jaitsiko da. Oxido nitrosoa erabiltzeko segurtasun-mekanismo garrantzitsua da hori.

Egozpen-fasean

1. Erditzearen bigarren fasean, 2 edo 3 aldiz arnastu beharko da, sakonki, bulkada bakoitzaren aurretik.
2. Episiotomia egin behar izanez gero, perineoan anestesia lokala infiltratu beharko da, analgesia gehigarria lor dadin.



6

6. Eranskina

DISTOZIA

Distoziatzat jotzen da erditze-lanaren atzerapena edo haren aurrerabiderik eza eragiten duen edozein nahasmendu, kausak askotarikoak izan daitezkeela.

Sekula ez da distozia diagnostikatu behar erditzearen lehen etaparen fase aktiboa hasi baino lehen, edo 5 cm-ko dilataziora iritsi aurretik. II-2D

I. DISTOZIA ERDITZEAREN LEHEN ETAPAN

1. DIAGNOSTIKOA

Erakunde hauenak: National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) eta The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2012ko lantegian emandako definizioaren arabera, dilatazio-distozia diagnostika daiteke 6 cm-ko dilatazioa $\geq$ eta poltsa hautsita duten emakumeetan baldin eta:

- umetoki-lepoan ez bada aldaketarik gertatu $\geq$ azken 4 orduetan, nahiz eta dinamika uterinoa egokia izan.
- umetoki-lepoan ez bada aldaketarik gertatu $\geq$ azken 6 orduetan, eta uzkurdurak desegokiak badira.

Jakina, erditzearen lehen etaparen fase latentearen aldakortasuna eta moteltasuna kontuan izanik, fase horretan EZ dago distozia diagnostiko kliniko gisa.

2. DILATAZIO-FASE AKTIBOAN DISTOZIA KONTROLATZEKO MODUA

- Mina kontrolatzeko, laguntza, hidratazioa eta metodo egoki bat eskaini behar dira.
- Mintzak ukigabe badaude, amniotomia egin beharko da.
- Bagina-haztapena 2 h geroago; dilatazioak < 1 cm egiten badu aurrera, **dilatazioaren atzerapena** diagnostikatzen da.
- Behin dilatazioko atzerapena diagnostikatuta dagoela, oxitozina bidezko estimulazioa eskainiko da. (7. ERANSKINA)
- Oxitozina-perfusioa hasi ondoren, bagina-haztapenak egingo dira **2 orduan** behin. 4 orduan aurrerabide orokorra < 2 cm-koa bada, baloratutako kasua berriz ebaluatuko da, zesarrea egiteko aukera kontuan izanda. Aurrerabidea > 2 cm-koa bada, 4 orduan behin egingo dira miaketak

4-6 orduko jarduera uterino egokia behar da, gutxienez, nahi den erantzuna lortzeko. I-A

Gutxienerako oxitozina-dosi eraginkorra gomendatzen da aurrerabidea eragiteko, takisistolia eragin gabe; 10 minutuan behin 3-5 uzkurdurako eredu. I-A

Unitate bakoitzari gomendatzen zaio oxitozina emateko protokolo bat izatea eta protokolo horrek honako hauek biltzea: hasierako dosia, handitze-erritmoa, handitze-tartea eta gehieneko dosia.



II. DISTOZIA ERDITZEAREN BIGARREN ETAPAN

1. DIAGNOSTIKOA

Egozpen-fasean distozia gertatzen ari delako susmoa dago baldin eta:

- erdigabeetan, ez badago aurrerabiderik (biraketari eta/edo jaitsierari dagokionez) erabateko dilatazioko 4 ordu igaro ondoren, horietako **2 bulkada aktiboetakoak izanik**.
- multiparoetan, ez badago aurrerabiderik erabateko dilatazioko 3 ordu igaro ondoren, horietako **1 bulkada aktiboetakoak izanik**.

Erditze instrumentala ez da gauzatu behar egozpen-fasearen hasierako 2 orduetan, eta amaren eta fetuaren ongizatea egokiak direla zaindu behar da nolanahi ere. III-D

Egozpen-faseak dagozkion mugak gainditzen baditu, erditzea ahalik eta lasterren eragiteko aukera kontuan hartu behar da. Baina ezarritako mugez haratago joan gaitezke fetuaren buruak jaisten jarraitzen badu edo erditze baginala gertatzeaz dagoela ikusten bada. II-2B

Egozpen-fasearen iraupena ez da, berez, erditzea amaitzeko adierazle bat.

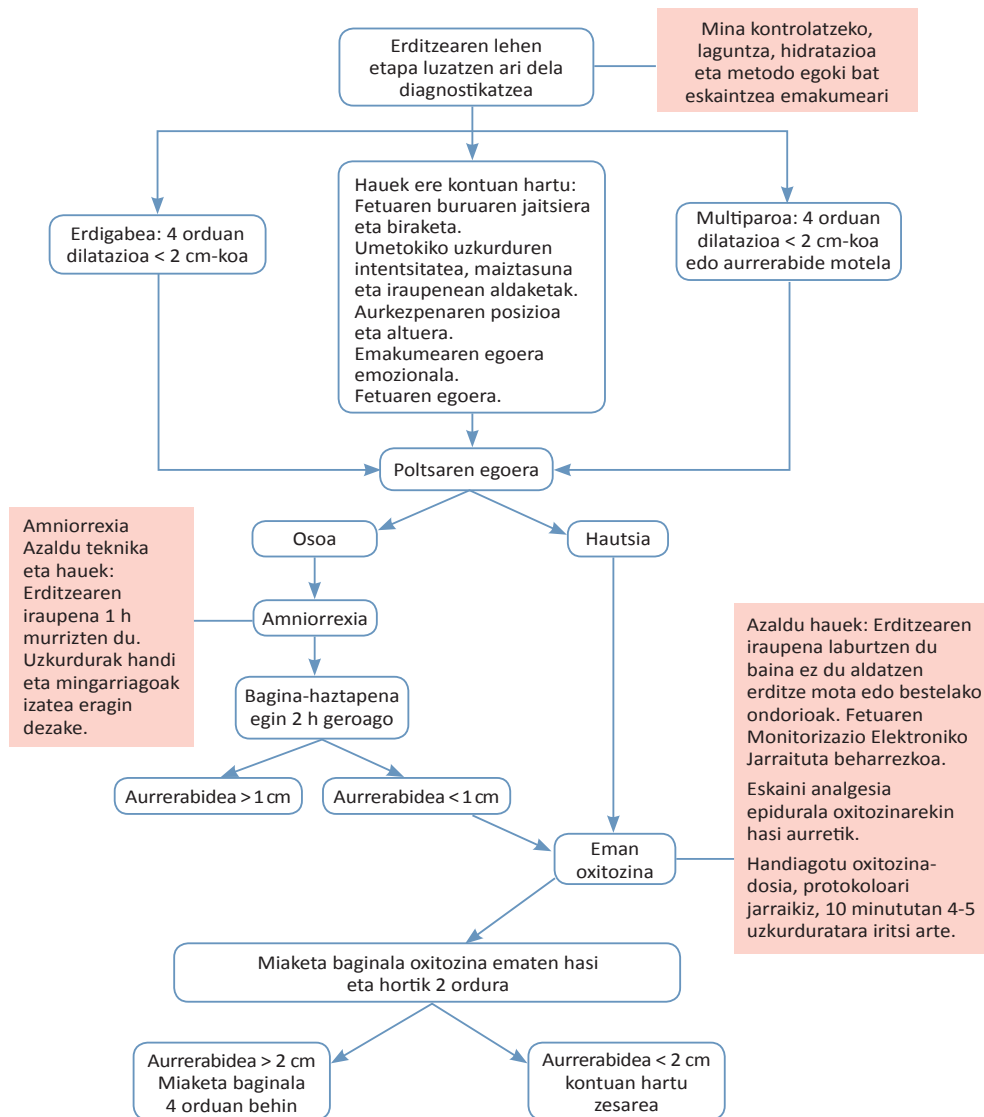
2. EGOZPEN-FASEAREN DISTOZIA KONTROLATZEA

Esku har dezakegu, EZ soilik itxaroten geratu. Hauek kontuan izan behar dira:

- Pazientearen, fetuaren eta umetokiko uzkurduren balorazio klinikoa.
- Oxitozina ematea, gutxieneko dosi eraginkorrean.
- Analgesia epidural eraginkorra ematea.
- Saiatu behar dugu emakumea ahoz gorako etzanera (edo hankak tolestuta) egotea.
- Emakumeak bultza egin nahi badu, bultza dezala
- 1-2 orduan behin, bagina-haztapenak egin behar dira, fetuaren buruak behar bezala jaisten eta biratzen jarraitzen duela baloratzeko.

Erditzearen lehen etapa luzatzen ari dela diagnostikatzeko algoritmoa

Erditzearen lehen etapa luzatzea



Fetuaren Monitorizazio Elektronikoa Jarraitua



7

7. Eranskina

OXITOZINA-PERFUSIORAKO PROTOKOLOA

Oxitozinaren bitartez, umetokiko uzkurduren eredu erregular bat lortu nahi da: 4-5 uzkurdua 10 minutuan behin.

Oro har, dosi handi edo txikiko protokoloak proposatzen dira umetokia hausteko arriskua badago edo fetua arriskuan dagoela susmatzen bada. Ikusten bada ondorio kaltegarriren bat izan dela oxitozina-dosi handiko protokolo batean (adibidez, takisistolia-kasuetan), dosi txikietarako jarraibidea baliatu behar da.

Egoera klinikoa	Gomendatutako oxitozina-protokoloa
Aurreko zesarea	Dosi txikia
UHA	Dosi txikia
Erditze kopurua > 4	Dosi txikia
MP*, estimulazioa, epiduralik gabe	Dosi txikia
MP, indukzioa	Dosi txikia/handia
MP, estimulazioa, epiduralarekin	Dosi txikia/handia
EG**, estimulazioa, epiduralik gabe	Dosi txikia
EG, indukzioa	Dosi txikia/handia
EG, epiduralarekin	Dosi handia kontuan hartu

*MP multiparoak **EG erdigabeak

Ez dago erabateko adostasunik erditzean oxitozina-diluzio eta -perfusiorako erregimen onenari buruz. Protokolo honetan, honako hau gomendatzea erabaki da: Syntocinon-en® 1 anpoila (10 NU) disolbatzea 500 ml serum fisiologikotan (kontzentrazioa: 20 mU/ml).



Erregimena	Hasierako dosia*	Gehikuntza	Tartea**	Gehieneko dosia
Dosi txikia	1	1	20-40	20
Txandakatua	1-2	2	15	40
Dosi handia	6	6	15	40
Txandakatua	6	6-3-1***	20-40	42

*Dosia, mU/min-etan

**Tartea, minututan

***Hiperestimulazioa badago, 3 mU/min → 1 mU/min

****Baliokidetza: 1 mU/min = 3 ml/h



8

8. Eranskina

PRESKIPZIOA ETA TRATAMENDU MEDIKOARI BURUZKO INFORMAZIOA

Besteak beste, preskripzio elektronikoari esker, medikazioarekin lotutako okerrak gutxitu egin daitezke. Horrenbestez, erditze-prozesuan pazienteen segurtasuna hobetze aldera, preskripzio guztiak Historia Klinikoa-Osabide Global plataformako Preskripzio Elektronikoan egin behar dira, tresna horren vademecumean ez daudenak izan ezik.

Preskripzioa egitean, kontuan hartu emakumeak behar ez dituen tratamenduak kendu behar direla, tratamenduen bateratzea ebaluatzeaz gain.

The screenshot shows a medical software interface for electronic prescriptions. At the top, there are fields for patient information: Name (NH), Age (Edad), Sex (Sexo), Weight (Peso), Height (Talla), Room (Cama), and Observer (Obser.). There are also fields for diagnosis (Diagnóstico), start date (Dias ing.), and end date (U.E.). A section for allergies (ALERGIAS) includes checkboxes for RAM, Emb., Lact., L.Hepat., and L.Renal., each with a dropdown menu for description (DESC). Below this, there is a checkbox for 'Tto no medic.' and a button for 'Modif. dia'. The main part of the interface is a large table with columns: DIAS, T., MEDICAMENTO, P. ACTIVO, VIA, DOSIS, and FRECUENCIA. Below the table, there are fields for medication selection (Medic.), dose (Dosis), route (Via), frequency (Frec.), and start/end dates (F. Ini., F. Fin.). There are also checkboxes for various options like 'No Sust.', 'S.P.', 'Ciclo', etc. The interface is in Spanish and appears to be a legacy system.



Adierazleak

Arrisku txikiko erditzeetan arreta

Ospitalean



Adierazlea	Helburua	Formula
% Erditze eutozikoak guztizko jaiotzen barnean	> % 70	$\frac{\text{Erditze eutozikoaren kopurua} \times 100}{\text{Erditzeen guztizko kopurua}}$
% Jaio ondoren amarekin LLK hasten den erditzeen kopurua, zesareak barnean hartuta	> % 80	$\frac{\text{Amarekin LLK hasten den erditzeen kopurua (zesareak barnean hartuta)} \times 100}{\text{Erditzeen guztizko kopurua}}$
% Analgesia neuroaxiala izan duten erditze eutozikoak	< % 80	$\frac{\text{Analgesia neuroaxiala izan duten erditze eutozikoaren kopurua} \times 100}{\text{Erditze eutozikoaren guztizko kopurua}}$
% Erditze instrumentalak	< % 20 urtean	$\frac{\text{Erditze instrumentalaren kopurua} \times 100}{\text{Erditzeen guztizko kopurua}}$
% 3. eta 4. mailako urradurak	< % 3 urtean	$\frac{\text{3. eta 4. mailako urraduren kopurua} \times 100}{\text{Erditze baginalen kopurua}}$
% Zesarea bidezko erditzeak	< % 15 urtean	$\frac{\text{Zesarea bidezko erditzearen kopurua} \times 100}{\text{Erditzeen guztizko kopurua}}$
Episiotomia bidezko berezko erditzeen %	< % 15 urtean	$\frac{\text{Episiotomia bidezko erditze eutozikoaren kopurua} \times 100}{\text{Erditze eutozikoaren kopurua}}$
Amaren hilkortasun-tasa	< % 0,06 urtean	$\frac{\text{Haurduntzan, erditzean edo erditu eta 42 eguneko epearen barruan hil diren emakumeen kopurua} \times 1000}{\text{JB bizien kop.}}$
JBen morbiditate-tasa	< % 10 urtean	$\frac{\text{Zilbor-hestearen pHa} < 7 \text{ izanik-12tik gorako base-gehiegikeria zutelako Jaioberrien Unitatera eraman ziren JBen kop.} \times 1000}{> 500 \text{ g-ko pisua zuten JBen kopurua}}$
Heriotza perinatalen tasa	< % 10 urtean	$\frac{\text{Erditu aurretik edo jaio eta lehenengo 7 egunetan hildako JBen kopurua, 22 haurdunaldi-astekoak edo} \geq 500 \text{ g-ko pisukoak izanik} \times 1000}{\text{Jaioberrien kopurua} \geq 500 \text{ g-ko pisuarekin}}$
Jaioberriaren hilkortasun-tasa goiztiarra	< % 7 urtean	$\frac{\geq 500 \text{ g-ko pisua izanik jaio eta lehenengo 7 egunetan hildako JBen kopurua} \times 1000}{\text{Jaioberrien kopurua} \geq 500 \text{ g-ko pisuarekin}}$



9. Ebidentzia-mailak eta gomendioak

EBIDENTZIA-MAILA

- I** Behar bezala diseinatutako entsegu kliniko kontrolatu eta ausazko bat gutxienez.
- II-1** Behar bezala diseinatutako entsegu kliniko kontrolatuak, ez-ausazkoak.
- II-2** Kohorte-azterketak (prospektiboak edo atzera begirazkoak), edo ongi diseinatutako kasu-kontroleko azterketak, ahal dela, zentro askotan eginak.
- II-3** Alderatutako segida asko denboran, esku-hartzearekin edo esku-hartzerik gabe, eta emaitza harrigarriak lortu direla kontrolatu gabeko esperientzietan.
- III** Errespetatuak diren agintaritzetan oinarritutako iritziak, aditu-komiteen txostenak, esperientzia klinikoak, azterketa deskribatzaileak edo behaketa klinikoak.

GOMENDIO-MAILA

- A.** Oso gomendagarria (neurria eraginkorra delako eta onurak kalteak baino askoz ere handiagoak direlako ebidentzia ona dago).
- B.** Gomendagarria (neurria eraginkorra delako eta onurak kalteak baino handiagoak direlako ebidentzia gutxienez neurritsua dago).
- C.** Ez da ez gomendagarria ez ez-gomendagarria (neurria eraginkorra delako ebidentzia gutxienez neurritsua dago, baina onurak kalteen oso antzekoak dira eta ezin da gomendio orokorrik justifikatu).
- D.** Ez-gomendagarria (neurria ez-eraginkorra delako eta kalteak onurak baino handiagoak direlako ebidentzia gutxienez neurritsua dago).
- I.** Ez dago behar adina ebidentzia, edo dagoen ebidentzia kalitate txarrekoa edo kontraesankorra da, eta onuren eta kalteen arteko oreka ezin da zehaztu.



Bibliografia



10. Bibliografia

- Approaches to limit intervention during labor and birth. ACOG Committee Opinion nº 766. Obstet Gynecol 2019; 133: e 164.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30575638>
- Atención al Parto Normal: Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. Ministerio de Sanidad y Consumo y Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; OSTEBA 2010.
https://www.sergas.es/gal/muller/docs/guia_atencion_parto_mujeres.pdf
- Ayres de Campos D, Spong CY, Chandrachan E for the FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. Int J Gynecol Obstet 2015; 131: 13.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de sanidad y servicios sociales. OSM, diciembre 2012.
https://www.msbs.gob.es/organizacion/.../InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.p...
- Freeman RK, Nageotte M: A protocol for use of oxytocin. AJOG 2007; 197: 445.-446
[http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjH8cKO8dHiAhUS8hQKH8A2gQgAMoAHOECAGQAg&url=http%3A%2F%2Fscholar.google.es%2Fscholar_url%3Furl%3Dhttps%3A%2F%2Fwww.ajog.org%2Farticle%2FS0002-9378\(07\)00991-X%2Fpdf%26hl%3Des%26sa%3DX%26scisig%3DAAGBfm0AykQL3YdAL_nnOzsnWy0xqcSsQ%26noss%3D1%26oi%3Dscholarr&usq=AOvVaw2Yg2Hh1NstsaQpeU3HQR78](http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjH8cKO8dHiAhUS8hQKH8A2gQgAMoAHOECAGQAg&url=http%3A%2F%2Fscholar.google.es%2Fscholar_url%3Furl%3Dhttps%3A%2F%2Fwww.ajog.org%2Farticle%2FS0002-9378(07)00991-X%2Fpdf%26hl%3Des%26sa%3DX%26scisig%3DAAGBfm0AykQL3YdAL_nnOzsnWy0xqcSsQ%26noss%3D1%26oi%3Dscholarr&usq=AOvVaw2Yg2Hh1NstsaQpeU3HQR78)
- Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal del SNS 2010.
www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_resum.pdf
- How the US Preventive Services Task Force Grades its recommendation. Last review June 2014. Agency for Health Care Research and Quality.

- Induction of labor. ACOG Practice Bulletin nº 107. Obstet Gynecol 2009; 114(2 Pt1): 386

https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj1pC2y8_iAhW1A2MBHaYmDWQQFjAAegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.mnhospitals.org%2FPortals%2F0%2FDocuments%2Fpatientsafety%2FPerinatal%2Facog--practice_bulletin_107_2009.pdf&usg=AOvVaw0aeLHxlytECscw9E0UW2OT

- Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline. NICE, Febrero 2017.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>

- Lewis D, Downe S; for the FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. Int J Gynecol Obstet 2015; 131: 9.-

<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.019>

- Kernberg A, Caughey AB. Augmentation of Labor. A review of Oxytocin Augmentation and Active Management of Labor. Management of Labor and Delivery. Obstet Gynecol Clin N Am 2017; 44(4): 593.

- Oral intake during labor. ACOG Committee Opinion nº441. Obstet Gynecol 2009;114:714. Reaffirmed 2017.

https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj3lrjS8tHiAhWt3OAKHRshAKwQFjABegQIBhAB&url=https%3A%2F%2Fm.acog.org%2FClinical-Guidance-and-Publications%2FCommittee-Opinions%2FCommittee-on-Obstetric-Practice%2FOral-Intake-During-Labor&usg=AOvVaw1MEdzL_ke5nu_NW5Xokmkf

- Procedimiento de valoración de la matrona a la gestante a término de bajo riesgo en el Servicio de Urgencias Tocoginecológicas. OSI Goierri-Alto Urola 2012

- Protocolo de Asistencia al Parto Normal. OSI Debabarrena Revisión 2018

https://debabarrena.osakidetza.eus/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Salud/Protocolos%20y%20guias%20clinicas/PO-PARTO_NORMAL-GINE.pdf



- Protocolo para la atención al parto normal de bajo riesgo. UGS Ginecología y Obstetricia. OSI Araba 2017
- Protocolos de Seguridad del Paciente 2019. Osakidetza- SVS:
Seguridad en la atención al recién nacido
Atención al recién nacido sano en el parto-puerperio
Alimentación del recién nacido
Atención al Puerperio
<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/salud-apoyo/seg-clinic/seguridad-parto-puerperio/Paginas/Parto.aspx>
- Raghuraman N, Cahill AG: Update on Fetal Monitoring. Management of Labor and Delivery. Obstet Gynecol Clin N Am 2017; 44(4): 615.
- Recomendaciones de la OMS. Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. OMS 2018.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>
- Ruiz Aragón J; Beltran Calvo C: Eficacia y seguridad de la utilización del óxido nitroso al 50% como analgesia en el parto. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2010.
www.aetsa.org/download/publicaciones/antiguas/AETSA_P_2010_3_OxidoNitroso.pdf
- SOGC Clinical Practice Guideline. Management of spontaneous labor at term in healthy women. J Obstet Gynaecol Can 2016; 38: 843-865.
https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiK1eupws_iAhUdD2MBHXP7D0sQFjAAegQIAhAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F27670710&usg=AOvVaw1j0KJWNzZmYMYREEap9bN1
- Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, Mercer BM, Saade GR. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and ACOG Workshop. Obstet Gynecol 2012; 120: 1181-93



<https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwju6O3m79HiAhUMGhQKHwU5BgcQFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F23090537&usg=AOvVaw2V9raxNT7Ocz5OyVpST4hy>

- **WHO recommendations for augmentation of labour. WHO 2014.**

https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwidkKTow8_iAhUSmxQKHcAPDcAQFjABegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F112825%2F1%2F9789241507363_eng.pdf&usg=AOvVaw1ZN06qLUP2wvFCRfb0LkxP