
	ATENCIÓN DEL PARTO		CODIGO 03-FT- 002	
	TIPO DE DOCUMENTO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1	
			FECHA DE VIGENCIA 19-01-2018	

GUÍA ATENCIÓN DEL PARTO

INTRODUCCIÓN

Esta guía se basa en las guías del ministerio de salud y protección social las cuales son la referencia necesaria para la atención de las personas que se les presta servicios de salud en esta institución, sin embargo, el personal de salud podrá acogerse o separarse de sus recomendaciones según el contexto clínico del paciente y se justifique dicha desviación.

En el servicio de ginecobstetricia de MAC San Rafael se dispondrá del recurso humano y técnico que permita el abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente con emergencia hipertensiva. La guía que a continuación se desarrolla garantiza el seguimiento de los procedimientos ajustados al servicio que se prestará en MAC San Rafael.

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato.

GENERAL



Proveer de información basada en la evidencia que permita disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la mujer y del producto del embarazo y optimizar el pronóstico de los mismos a través de la oportuna y adecuada atención intrahospitalaria del parto.

ESPECÍFICOS

- Brindar atención humanizada y con altos estándares de seguridad.
- Disminuir las tasas de morbimortalidad maternas y perinatales.
- Disminuir la frecuencia de encefalopatía hipóxica perinatal y sus secuelas.
- Reducir y controlar complicaciones del proceso del parto.
- Prevenir la hemorragia postparto.

ALCANCE:

Inicia desde que la gestante con producto vivo o muerto con un peso mayor o igual a 500gr o mayor o igual a una edad gestacional de 20 semanas, es valorada por el médico y define la atención del parto y finaliza con el alumbramiento.

	ATENCIÓN DEL PARTO		CODIGO 03-FT- 002	
	TIPO DE DOCUMENTO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1	
			FECHA DE VIGENCIA 19-01-2018	

Las actividades realizadas en la fase de admisión deben permitir definir si la gestante se encuentra en verdadero trabajo de parto o si por el contrario, se halla aún en el preparto. Si la conclusión es que no se encuentra en trabajo de parto, es preciso evaluar las condiciones de accesibilidad de las mujeres al servicio y en consecuencia indicar deambulación y un nuevo examen, según criterio médico, en un período no superior a dos horas. En caso contrario se debe hospitalizar.



ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO:

Elaboración de la Historia Clínica completa
 Según formato único de HC
 Motivo de consulta y anamnesis
 Antecedentes
 Examen Físico

OJO “Se recomienda que la mujer en trabajo de parto sea acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija”. (A)

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONES PATOLÓGICAS

- Primigestante adolescente (<16 años)
- Primigestante Mayor (>35 años)
- Gran múltipara (Mas de 4 partos)
- Historia obstétrica adversa
- Antecedente de cirugía uterina (cesárea previa o miomectomía)
- Edad gestacional no confiable o no confirmada
- Ausencia de control prenatal
- Edad gestacional pretérmino o prolongado
- Paraclínicos o ecografías con hallazgos anormales
- Fiebre
- Hipertensión arterial
- Edema o Anasarca
- Disnea
- Altura uterina mayor a 35 cm o menor a 30 cm
- Embarazo múltiple
- Taquicardia o bradicardia fetal
- Distocia de presentación
- Prolapso de cordón
- Obstrucciones del canal del parto
- Presencia de condiloma
- Sangrado genital

	ATENCIÓN DEL PARTO		CODIGO 03-FT- 002	
	TIPO DE DOCUMENTO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1	
			FECHA DE VIGENCIA 19-01-2018	

- Ruptura de membranas
- Líquido amniótico meconiado
- Inicio tardío del control prenatal
- Falta de apoyo social, familiar o del compañero
- Tensión emocional
- Alteraciones de la esfera mental.
- Dificultades para el acceso a los servicios de salud.

OJO “Se recomienda el uso de sulfato de magnesio como neuro protección fetal en mujeres con alto riesgo de parto pretérmino menor a 32 semanas de gestación”. (A)

ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO (DILATACIÓN Y BORRAMIENTO).

El presente proceso inicia una vez se cumplen los criterios de hospitalización.



Explicar a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe hacerse énfasis en el apoyo psicológico a fin de tranquilizarla y obtener su colaboración. Posteriormente, se procede a efectuar las siguientes medidas:

1. Canalizar vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente Lactato de Ringer o Solución de Hartmann. Debe evitarse dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del Recién Nacido.
2. Tomar signos vitales a la madre cada hora: Frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.
3. Iniciar el registro en el partograma y si se encuentra en fase activa, trazar la curva de alerta.
4. Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en el partograma.
5. Evaluar la retocaría en reposo y postcontracción y registrarlas en el partograma.
6. Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. Consignar en el partograma los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de presentación. Si las membranas están rotas, se debe evitar en lo posible el tacto vaginal.

Al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a la sala de partos para el nacimiento. El parto debe ser atendido por el médico y asistido por personal de enfermería.

OJO “LA AMNIOTOMÍA NO TIENE INDICACIÓN COMO MANIOBRA HABITUAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO”.

Cuando la curva de alerta registrada en el partograma sea cruzada por la curva de progresión (prolongación anormal de la dilatación), debe hacerse un esfuerzo por encontrar y corregir el factor

	ATENCIÓN DEL PARTO		CODIGO 03-FT- 002	
	TIPO DE DOCUMENTO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1	
			FECHA DE VIGENCIA 19-01-2018	

causante. Los factores causan-tes de distocia en el primer período del parto, pueden dividirse en dos grandes grupos:

☐ **Distocia mecánica:** en la mayoría de los casos hace referencia a la desproporción cefalopélvica. Si la gestante no progresa significativamente luego de la prueba de encajamiento y existe la sospecha de desproporción cefalopélvica, se debe remitir a la gestante a un nivel de mayor complejidad

☐ **Distocia dinámica:** En este caso, los factores afectan el mecanismo de la contracción en presencia de una relación cefalopélvica adecuada. Los factores que se deben descartar son: Mal control del dolor, Hipodinamia uterina, Deshidratación y Infección amniótica. El tratamiento a instaurar deberá corregir el factor identificado. Si luego de aplicadas las medidas correctivas, no se logra progresión, se debe evaluar la capacidad resolutive de la institución y en caso necesario remitir a un nivel de mayor complejidad.

OJO “No se recomienda la administración de tocolíticos en mujeres con RPM en ninguna edad gestacional” (A).



ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO (EXPULSIVO).

El descenso y posterior encajamiento de la presentación son fenómenos relativamente tardíos en relación con la dilatación cervical; esta circunstancia es particularmente válida en las primíparas más que en las múltiparas. Por otro lado, estas últimas tienden a exhibir mayores velocidades de dilatación y descenso. Durante este período es de capital importancia el contacto visual y verbal con la gestante a fin de disminuir su ansiedad; así como la vigilancia estrecha de la fetocardia.

Inicialmente es preciso evaluar el estado de las membranas, si se encuentran intactas, se procede a la amniotomía y al examen del líquido amniótico.

El pujo voluntario sólo debe estimularse durante el expulsivo y en las contracciones.

Si el líquido amniótico se encuentra meconiado y si no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión, si estas son favorables la gestante deberá ser remitida al nivel de mayor complejidad bajo cuidado médico.

	ATENCION DEL PARTO		CODIGO 03-FT- 002	
	TIPO DE DOCUMENTO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1	
			FECHA DE VIGENCIA 19-01-2018	

OJO “ACTUALMENTE NO SE INDICA LA EPISIOTOMÍA DE RUTINA Y SÓLO DEBE PRACTICARSE A JUICIO DEL MÉDICO”.

OJO “NO SE RECOMIENDA PRACTICAR EPISIOTOMÍA DE RUTINA EN EL PARTO ESPONTÁNEO”.

OJO” LA EPISIOTOMIA NO DEBE RECOMENDARSE DE FORMA RUTINARIA DURANTE UN PARTO VAGINAL EN MUJERES CON DESGARROS DE TERCER O CUARTO GRADO EN PARTOS ANTERIORES.

OJO” SE RECOMIENDA HACER USO DE LA EPISIOTOMIA SOLO SI HAY NECESIDAD CLINICA, COMO EN UN PARTO INSTRUMENTADO O SOSPECHA DE COMPROMISO FETAL”.

La atención del recién nacido debe hacerse de acuerdo con la Norma Técnica para la Atención del Recién Nacido.

OJO “EN CASO DE MORTINATO, REMITIR CON LA PLACENTA A PATOLOGÍA PARA ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO”

LAS INTERVENCIONES PROBADAMENTE BENEFICAS DURANTE EL EXPULSIVO EN UN PARTO NORMAL

A lo largo del tiempo, se han implementado diversas intervenciones durante el segundo periodo. Su uso debe estar sustentado en una clara relación de beneficio sobre riesgo.



No se recomienda la realización del masaje perineal durante el segundo periodo del parto. (A)

Se recomienda posibilitar la aplicación de compresas calientes durante el segundo periodo del parto. (A)

Se recomienda el pujo espontaneo durante el expulsivo. En ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva del segundo periodo del parto. (A)

Se recomienda no utilizar la aplicación de anestésico local en spray como método para reducir el dolor perineal durante la segunda etapa del parto. (A)

Se recomienda la protección activa del perine mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal y pidiendo a la mujer que no puje durante la extensión y desprendimiento.(B)

	ATENCION DEL PARTO		CODIGO 03-FT- 002	
	TIPO DE DOCUMENTO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1	
			FECHA DE VIGENCIA 19-01-2018	

Pinzamiento del cordón umbilical

Tipos de Pinzamiento del cordón Umbilical

HABITUAL: Las condiciones clínicas que indican el Pinzamiento habitual del cordón son:

- Realizar entre 1 y 2 minutos después del nacimiento.
- Interrupción de la palpación de las arterias umbilicales.
- Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical.
- Satisfactoria perfusión de la piel.

INMEDIATO: las condiciones clínicas que indican el pinzamiento inmediato del cordón son:

Realizar Inmediatamente

- Placenta previa o abrupcio, para interrumpir la pérdida de sangre del recién nacido.

PRECOZ: Las condiciones clínicas que indican el Pinzamiento precoz del cordón son:

Se realizar entre 30 segundos y 1 minuto después del nacimiento

- Recién nacidos hijos de madres toxémicas o diabéticas, para reducir el riesgo de poliglobulia.
- Isoinmunización materno-fetal.
- Miastenia Gravis para disminuir el paso de anticuerpos maternos.

DIFERIDO: Las condiciones clínicas que indican el Pinzamiento diferido del cordón son:



Realizar con posterioridad a los dos minutos después del nacimiento

- Prolapso y proci-dencia del cordón
- Parto en presentación de pelvis
- Ruptura prolongada de membranas
-

NOTA: *Los criterios para pinzamiento precoz prevalecen sobre los de pinzamiento diferido cuando coexisten como indicaciones.*

Al visualizar la placenta, se toma con las dos manos, se inicia un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa.

Debe revisarse la placenta tanto por su cara materna (observar su integridad), como por su cara fetal (presencia de infartos, quistes, etc.). También debe verificarse la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos (lo normal, dos arterias y una

	ATENCION DEL PARTO		CODIGO 03-FT- 002	
	TIPO DE DOCUMENTO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1	
			FECHA DE VIGENCIA 19-01-2018	

vena). Ante la duda de que haya alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos.

OJO “Es importante tener en cuenta que durante este período del parto ocurre el mayor número de complicaciones graves y eventualmente fatales, por lo que este proceso debe vigilarse estrechamente”.

Debe revisarse la placenta tanto por su cara materna (observar su integridad), como por su cara fetal (presencia de infartos, quistes, etc.). También debe verificarse la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos (lo normal, dos arterias y una vena). Ante la duda de que haya alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos.

OJO “Se recomienda realizar manejo activo del alumbramiento para disminuir la pérdida de sangre materna y reducir el riesgo de hemorragia posparto” (A).

Normalmente el útero se contrae adecuadamente una vez ha ocurrido el alumbramiento, pero se administra una infusión I.V. de 5-10 Unidades de Oxitocina diluidas en 500 o 1.000 cc de Cristaloides para prevenir la hemorragia posparto por atonía uterina. Se considera normal una pérdida de 500 cc de sangre luego del parto vaginal normal.

Norma técnica para la atención del parto 13

Aplicar el DIU posparto si la madre lo ha elegido. Éste debe aplicarse antes de la episiorrafia o de la sutura de un desgarró perineal; si no es posible se hará dentro de las primeras 48 horas del posparto.



Suturar desgarró de cuello y/o perineales y episiorrafia en forma anatómica por planos, con materiales sintéticos absorbibles, y sin dejar espacios muertos o hemorragia activa.

OJO “El médico que atiende el parto debe diligenciar la historia clínica materna y del recién nacido, el certificado de nacido vivo y el carné materno”.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO

Este período comprende las dos primeras horas posparto. Durante éste, se producen la mayoría de hemorragias por lo cual es preciso vigilar la hemos-tasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Signos vitales maternos

	ATENCIÓN DEL PARTO		CODIGO 03-FT- 002	
	TIPO DE DOCUMENTO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1	
			FECHA DE VIGENCIA 19-01-2018	

- Globo de seguridad
- Sangrado genital
- Episiotomía para descartar la formación de hematomas.

Si no se producen alteraciones en este período, la madre debe trasladarse al sector de alojamiento conjunto y allí se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda.

En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutoria de la institución y si es necesario deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia.

ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO MEDIATO



Este período comprende desde las primeras 2 hasta las 48 horas postparto. Las siguientes acciones deben incluirse durante este período, además de las acciones descritas en el puerperio inmediato:

- Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.
- Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia, infección puerperal, taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Deambulación temprana.
- Alimentación adecuada a la madre.

ATENCIÓN PARA LA SALIDA DE LA MADRE Y SU NEONATO.

En esta fase es preciso dar información a la madre sobre:



- Medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido.
- Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito, diarrea. En caso de presentarse alguno de ellos debe regresar a la institución.
- Importancia de la lactancia materna exclusiva
- Puericultura básica
- Alimentación balanceada adecuada para la madre.
- Informar, dar consejería y suministrar el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en la Norma Técnica de Atención para Planificación familiar en Hombres y Mujeres.
- Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento y desarrollo y vacunación.
- Estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.

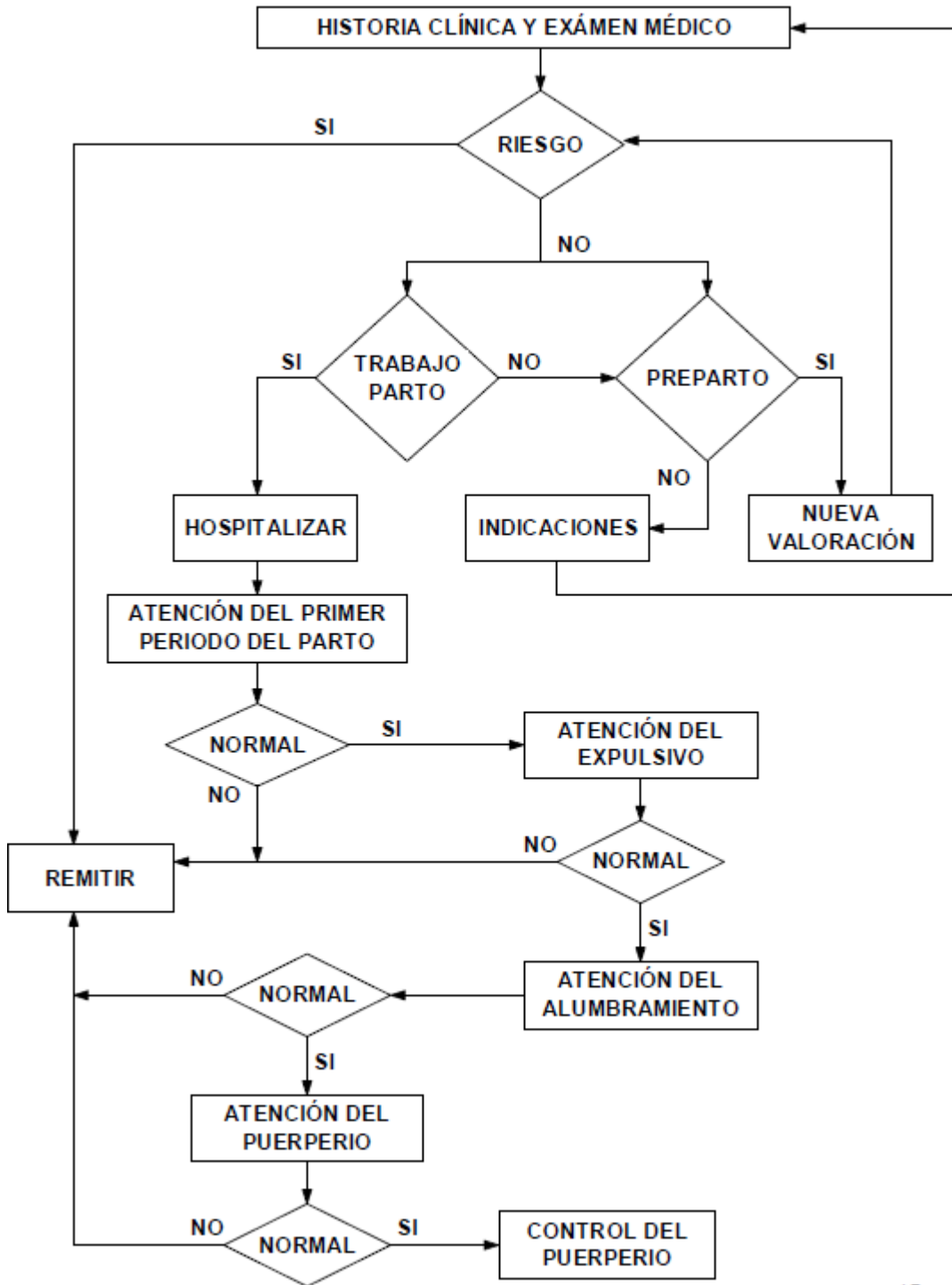
	ATENCION DEL PARTO		CODIGO 03-FT- 002	
	TIPO DE DOCUMENTO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1	
			FECHA DE VIGENCIA 19-01-2018	



- Entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata.

OJO “La gestante debe egresar con una cita médica ya establecida a fin de controlar el puerperio después de los primeros 7 días del parto”.

FLUJOGRAMA

	ATENCIÓN DEL PARTO		CODIGO 03-FT- 002	
	TIPO DE DOCUMENTO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1	
			FECHA DE VIGENCIA 19-01-2018	



	ATENCION DEL PARTO		CODIGO 03-FT- 002	
	TIPO DE DOCUMENTO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1	
			FECHA DE VIGENCIA 19-01-2018	

1 Arias F. Practical Guide to High-Risk Pregnancy and Delivery. Second edition. Mosby Year Book, 1.993.

2 Benson R. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico, 1979. Editorial El Manual Moderno S.A.

3 Bowes WA. Aspectos Clínicos del Trabajo de Parto Normal y Anormal. En: Creasy RK, Resnik R. Medicina Materno Fetal. Editorial Panamericana, Buenos Aires Argentina. 1987. pp 469-501.

4 Carrera JM. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Daxeus, Salvat Editores S.A. Barcelona, España, 1986.

5 Carroli G, Belizan J, Stamp G. Episiotomy policies in vaginal births (Cochrane Review) En: The Cochrane LIBRARY, Issue 2. Oxford (Software), 1998.

6 Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP-OPS/OMS). Salud Perinatal. Diciembre de 1998. No. 17.

7 Creasy RK, Resnik R. Maternal-Fetal Medicine, Third Edition. W.B. Saunders Company. 1.994.

8 Cunningham FG, MacDonald PC, Leveno KJ, Gant NF, et al. Williams Obstetrics 19th Edition. Appeton & Lange 1.993.

9 Díaz AG, R, Díaz Rosselli JL y col. Sistema Informático Perinatal. Publicación científica del CLAP No. 1203, CLAP-OPS/OMS. Montevideo Uruguay, 1990.

10 Díaz AG, Sanié E, Fescina R y col. Estadística Básica. Manual de autointroducción. Publicación científica del CLAP No. 1249. CLAP-OPS/OMS. Montevideo Uruguay 1992.

11 Friedman AE. Cuadros de trabajo de parto con índices de riesgo. Clin Obstet Ginecol. Marzo, 1973; (1): 172-183.



12 Friedman EA, Acker DB, Sachs BJ. Obstetrical decision making. Second Edition. B.C. Decker Inc. 1.987.

13 Friedman EA. Paterns of labor as indicators of risk. Clin Obstet Gynecol 1973; 16: 172.

14 Garforth S, García J. Hospital admission practices. En: Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC (Eds). Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford, Oxford University Press, 1989: 820-6.

15 Huey JR. Vigilancia de la actividad uterina, Ginecol Obstet Temas Actuales 1976; 2: 317-326.

16 Instituto Nacional de Perinatología de México, Normas y Procedimientos de Obstetricia, InPer 1983.

	ATENCION DEL PARTO		CODIGO 03-FT- 002	
	TIPO DE DOCUMENTO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1	
			FECHA DE VIGENCIA 19-01-2018	

17 Kettle C, Johanson RB. Absorbable Synthetic vs. Catgut Suture Material for Perineal Repair. (Cochrane Review) En: The Cochrane Library, Issue 2, Oxford (Software), 1998.

18 Leon J. Tratado de Obstetricia. Tomo I. Gumersindo J. Fernández, Editor Buenos Aires, Argentina, 1967.

19 Niles R. Trabajo de Parto y Expulsivo Normales. En: Niswander KR. Manual de Obstetricia. Salvat Editores S.A., Barcelona España, 1984.

20 Niswander KR. Manual de Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento. Salvat, 1984.

21 Ñañez H, Ruíz A. y colaboradores. Texto de Obstetricia y Perinatología. Universidad Nacional de Colombia-Instituto Materno Infantil, Bogotá-Colombia, 1.999.

22 Prendiville WJ, Elbourne D, Mc Donald S. Active versus expectant management of the third stage of labour. Cochrane Review. En: The Cochrane Library, issue 2, 1998.

23 Renfrew MJ. Routine perineal shaving on admission in labor. The Pregnancy and Childbirth Database. The Cochrane Collaboration, Issue 2, Oxford 8 CLAP-OPS/OMS. Montevideo Uruguay, 1992. (Software), 1995.

24 Russell KP. Curso y Manejo del Trabajo de Parto y Parto Normales. En: Benson RC (Ed). Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. Editorial Manual Moderno, S.A., México D.F., 2a Edición 1982. Pp. 633-661.



25 Salvat Editores. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Undécima Edición. Barcelona España, 1979.

26 Sánchez-Torres, F. Alto Riesgo Obstetricio, Universidad Nacional de Colombia, 1998.

27 Schwarcz R, Díaz AG, Fescina R y col. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. CLAP-OPS/OMS. Publicación científica del CLAP No. 1207. CLAP-OPS/OMS. Montevideo Uruguay, 1992.

28 Schwarcz R, Diaz AG, Fescina R, De Mucio B, et al. Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP-OPS/OMS. Montevideo-Uruguay. Publicación científica del CLAP # 1234, Julio 1.991.

29 Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS; 2013 - Guías No. 11-15.

	ATENCION DEL PARTO		CODIGO 03-FT- 002	
	TIPO DE DOCUMENTO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1	
			FECHA DE VIGENCIA 19-01-2018	