

República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ

NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ

Ministro de Salud

MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCÍA

Viceministro de Salud

CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS

Director General de Promoción y Prevención

TABLA DE CONTENIDO

1. JUSTIFICACIÓN	5
2. DEFINICIÓN	5
3. OBJETIVOS	5
3.1 GENERAL	5
3.2 ESPECÍFICOS	5
4. POBLACION OBJETO	6
5. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO	6
5.1 ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO:	6
5.1.1 Elaboración de la Historia Clínica completa	6
5.1.2 Examen Físico	7
5.1.3 Solicitud de exámenes paraclínicos.....	7
5.1.4 Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas.....	7
5.2 ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO (DILATACIÓN Y BORRAMIENTO).....	9
5.3 ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO (EXPULSIVO)	10
5.3.1 Pinzamiento del cordón umbilical.....	11
5.4 ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO.....	11
5.5 ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO	13
5.6 ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO MEDIATO	14
5.7 ATENCIÓN PARA LA SALIDA DE LA MADRE Y SU NEONATO.	14
6. FLUJOGRAMA	16

7. BIBLIOGRAFIA 17

1. JUSTIFICACIÓN

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

2. 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.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

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.

3.2 ESPECÍFICOS

- Disminuir las tasas de morbilidad 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

4. POBLACION OBJETO

Las beneficiarias de ésta norma son todas las mujeres gestantes que se encuentran en trabajo de parto afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado.

5. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

La codificación de éste procedimiento en la Resolución 365 CUPS corresponde al Parto asistido manualmente 73.5.

5.1 ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO:

Si la gestante tuvo control prenatal, solicitar y analizar los datos del carné materno.

5.1.1 Elaboración de la Historia Clínica completa

- Identificación
- Motivo de consulta y anamnesis:
 - Fecha probable del parto
 - Iniciación de las contracciones
 - Percepción de movimientos fetales
 - Expulsión de tapón mucoso y ruptura de membranas.
 - Sangrado.
- Antecedentes:
 - Personales: Patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos y farmacológicos.
 - Familiares.

5.1.2 Examen Físico

- Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación
- Toma de signos vitales
- Revisión completa por sistemas
- Valoración del estado emocional
- Valoración obstétrica que analice la actividad uterina, las condiciones del cuello, la posición, situación y estación del feto.
- Fetocardia
- Tamaño del feto
- Número de fetos
- Estado de las membranas
- Pelvimetría

5.1.3 Solicitud de exámenes paraclínicos

- VDRL
- Hemoclasificación, si la gestante no tuvo control prenatal.

5.1.4 Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas

- Biológicos:
 - Primigestante adolescente (< 16 años)
 - Primigestante Mayor (> 35 años)
 - Gran multípara (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
- Ruptura de membranas
- Líquido amniótico meconiado
- Psico-sociales
 - 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.

La presencia de factores de riesgo condicionarán la necesidad de una remisión a un centro de mayor complejidad, si el momento del trabajo de parto lo permite. En la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión, asegurando su ingreso en el otro organismo de referencia.

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 parto. 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.

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

Una vez decidida la hospitalización, se le explica 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:

- 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.
- Tomar signos vitales a la madre cada hora: Frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.
- Iniciar el registro en el partograma y si se encuentra en fase activa, trazar la curva de alerta.
- Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en el partograma.
- Evaluar la fetocardia en reposo y postcontracción y registrarlas en el partograma.

- 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.

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 causante. Los factores causantes 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 cefalo-pélvica. Si la gestante no progresa significativamente luego de la prueba de encajamiento y existe la sospecha de desproporción cefalo-pélvica, 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 cefalo-pélvica 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.

5.3 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 íntegras, 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.

Actualmente no se indica la episiotomía de rutina y sólo debe practicarse a juicio del médico.

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

En caso de mortinato, remitir con la placenta a patología para estudio anatomopatológico

5.3.1 Pinzamiento del cordón umbilical.

Ver tabla 1.

5.4 ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO

Generalmente la placenta se desprende de la pared uterina y se expulsa de manera espontánea. La atención en este período comprende:

Esperar a que se presenten los signos de desprendimiento de la placenta para traccionar el cordón. Estos signos son:

- Contracción del fondo uterino
- Formación del globo de seguridad.
- Expulsión súbita de sangre por genitales.
- Descenso de la pinza señal (descenso del cordón umbilical).
- Reparición de contracciones dolorosas.
- Palpación de la placenta en la vagina.

- Signo del pescador: tracción leve del cordón para valorar el descenso del fondo uterino si no ha ocurrido el desprendimiento.
- Signo del pistón: Tracción cefálica del segmento para valorar el ascenso del cordón cuando no ha ocurrido el desprendimiento.

Tabla 1 . Tipos de Pinzamiento del cordón Umbilical

Habitual	Inmediato	Precoz	Diferido
<p>Las condiciones clínicas que indican el Pinzamiento habitual del cordón son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrupción de la palpación de las arterias umbilicales • Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical • Satisfactoria perfusión de la piel <p>REALIZAR ENTRE 1 Y 2 MINUTOS DESPUÉS DEL NACIMIENTO</p>	<p>LAS CONDICIONES CLÍNICAS QUE INDICAN EL PINZAMIENTO INMEDIATO DEL CORDÓN SON:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placenta previa o abrupcio, para interrumpir la pérdida de sangre del recién nacido <p>REALIZAR INMEDIATAMENTE</p>	<p>Las condiciones clínicas que indican el Pinzamiento precoz del cordón son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>REALIZAR ENTRE 30 SEGUNDOS Y 1 MINUTO DESPUÉS DEL NACIMIENTO</p>	<p>Las condiciones clínicas que indican el Pinzamiento diferido del cordón son:</p> <p>Prolapso y prociencia del cordón</p> <p>Parto en presentación de pelvis</p> <p>Ruptura prolongada de membranas</p> <p>REALIZAR CON POSTERIORIDAD A LOS DOS MINUTOS DESPUÉS DEL NACIMIENTO</p>

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.

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.

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 diluídas en 500 o 1.000 cc de Cristaloídes para prevenir la hemorragia postparto por atonía uterina. Se considera normal una pérdida de 500 cc de sangre luego del parto vaginal normal.

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

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

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

5.5 ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO

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

- Signos vitales maternos
- 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.

5.6 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.

Si no se han presentado complicaciones se puede dar de alta a la madre con su recién nacido.

5.7 ATENCIÓN PARA LA SALIDA DE LA MADRE Y SU NEONATO.

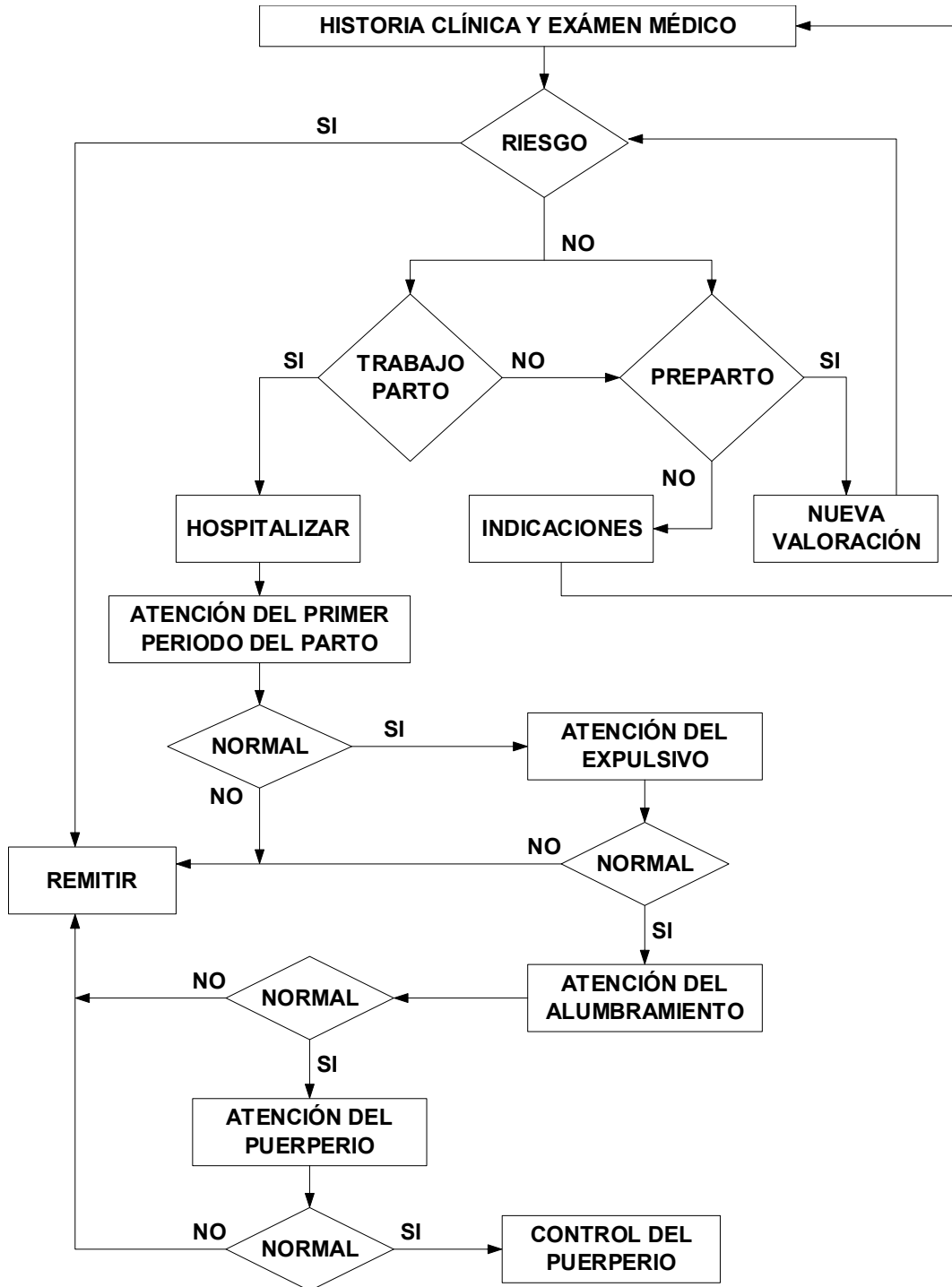
En esta fase es preciso dar información a la madre sobre:

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

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

6. FLUJOGRAMA



7. BIBLIOGRAFIA

- 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.
- 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.