

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DURANTE EL PARTO NORMAL

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DURANTE EL PARTO NORMAL

INTRODUCCIÓN

El parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término. Su inicio es espontáneo y culmina con el alumbramiento del recién nacido. No necesita de más intervención que el apoyo integral y respetuoso del equipo de profesionales de la salud.

En la República Dominicana se están produciendo cambios conceptuales, tanto en la atención obstétrica en general como en la asistencia al proceso del parto en particular. Este cambio tiene por eje fundamental la disminución significativa de la morbilidad materna y perinatal, con el propósito de garantizar los derechos en salud de las mujeres y de sus hijos, con la gestante como centro de la asistencia recibida.

La atención institucional del parto es una medida de primer orden, considerando que, en el país, más del 98 % de éstos son realizados en establecimientos sanitarios, según la Encuesta Demográfica y Salud (ENDESA) 2013. En este sentido, se hace necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, los procedimientos y las intervenciones que conforman el proceso de atención.

1. OBJETIVO

Proporcionar al personal de salud los lineamientos básicos de la atención integral a mujeres durante el proceso de parto normal, haciendo énfasis en intervenciones de un ambiente seguro y respetuoso de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos para disminuir la morbilidad y mortalidad materna.

2. EVIDENCIAS

Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos y médicas generales; especialistas en Obstetricia, Medicina Familiar y Emergenciología; bioanalistas y personal de Enfermería y Consejería.

4. POBLACIÓN DIANA

Mujeres embarazadas en labor de parto.

5. DEFINICIÓN

El parto normal es el proceso mediante el cual se produce la salida del feto y los anexos desde la cavidad uterina al exterior, a través del canal vaginal, desde las 21 semanas de gestación contadas desde el primer día de la última menstruación o con un feto que presenta un peso de 500 gramos o más.

6. DIAGNÓSTICO

a. Anamnesis

Evalúe el aspecto general de la paciente y registre los datos observados.

b. Examen físico:

Con la paciente acostada en decúbito lateral y luego sentada:

1. Tome y registre: TA, FC, pulso y FR.
2. Ausculte los pulmones e identifique si tienen ruidos patológicos agregados.
3. Ausculte el corazón e identifique si presenta ruidos cardiacos anormales o soplos, características y tipo.

c. Examen obstétrico: palpación abdominal

Establezca el diagnóstico de inicio de la labor de parto, a partir de las acciones siguientes:

- Mida la altura uterina con una cinta métrica normal o con la recomendada por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), si dispone de ella.
- Palpe el abdomen y determine:
 - Número de fetos.
 - Qué parte del feto ocupa el fondo uterino (manio-
bras de Leopold).
 - Dorso del feto.
 - Presentación fetal.
 - Situación fetal.
 - Posición fetal.
 - Identifique la altura de la presentación por vía su-
prapúbica.

- Establezca la duración, la frecuencia y la intensidad de las contracciones uterinas, por tiempo no menor de 10 minutos.

d. Ausculta la frecuencia cardiaca fetal

- Identifique la frecuencia cardiaca fetal (FCF) basal por auscultación, con estetoscopio o Doppler, por un tiempo no menor de un minuto.
- Asegúrese de auscultar antes, durante y después de una contracción. La auscultación intermitente puede ser tan eficiente como el monitoreo electrónico en el parto fisiológico.

e. Trabajo de parto

Establezca el inicio del trabajo de parto tomando en consideración los siguientes criterios:

- Presencia de contracciones uterinas periódicas y regulares, percibidas por la madre o por un observador, por lo menos durante dos horas
- La frecuencia de las contracciones uterinas es de dos o más en 10 minutos.
- El borramiento cervical es de 60 % o más y la dilatación cervical es de 3 cm o más en las nulíparas o se encuentra en progreso en las múltiparas.
- Ingrese a la paciente al área de parto si presenta uno o más de los criterios señalados anteriormente.

f. Clasifique en qué periodo del parto se encuentra la paciente:

- **Primer periodo:** dilatación. Comprende desde el inicio de las contracciones hasta completar la dilatación del cérvix

- **Segundo periodo:** expulsivo. Comprende desde la dilatación cervical completa hasta la expulsión del feto.
- **Tercer periodo:** alumbramiento. Comprende desde la expulsión del feto hasta la salida de la placenta.

g. Exámenes de laboratorio:

- Hemograma.
- Examen de orina.
- Tipificación y RH (si no los trae).
- Si no trae con ella los análisis del control prenatal, repetirle HIV, VDRL, HbsAg y HCV.
- Sonografía obstétrica (en caso necesario).

7. CRITERIOS DE INGRESO

Se establece arbitrariamente que, el trabajo de parto se ha iniciado cuando:

- Hay contracciones uterinas periódicas y regulares, percibidas por la madre o por un observador, por lo menos durante dos horas.
- Las contracciones tienen una frecuencia de 2 o más cada 10 minutos.
- El cuello uterino está al menos parcialmente borrado.
- La dilatación es mayor a 2 cm en las nulíparas o se encuentra en progreso en las multíparas
- A los fines del ingreso solicite el expediente con la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB), si ha realizado su control prenatal en el centro de salud.
- Si no se ha chequeado en el centro elabore la HCPB tomando el Carnet Perinatal que tiene la embarazada
- Incluya en el expediente la hoja de partograma.

8. TRABAJO DE PARTO

Durante la labor de parto:

- Provea un trato humanizado. Llame a la señora por su nombre, mírela a los ojos e informe sobre su estado de salud
- Brinde apoyo emocional.
- Motive la higiene personal.
- Promueva el acompañamiento de la persona que elija la parturienta.
- Promueva la libre posición y la hidratación vía oral.
- Identifique y describa el estado físico general de la paciente.
- Tome y registre la presión arterial cada una hora.
- Tome y registre el pulso materno cada una hora.
- Ausculte los pulmones y la frecuencia cardiaca cada una hora.
- Registre la temperatura corporal cada cuatro horas.
- Verifique presencia o ausencia de edema y várices.
- Ofrezca información sobre el proceso, tanto a la mujer como a sus acompañantes.
- Evite el uso rutinario de analgésicos, sedantes y anestésicos.

8.1 Examen vaginal

Explique en detalle el procedimiento a la mujer y realice el examen vaginal con guantes estériles y las medidas de asepsia necesarias. Describa:

- Temperatura de la vagina.
- Posición y consistencia del cuello uterino, dilatación y borramiento.
- Condición de las membranas ovulares.

- Presentación del polo fetal, variedad de posición y altura de la presentación.
- Presencia o no de sangrado genital.
- Condiciones de la pelvis materna.
- Tras la evaluación inicial, determine si procede el ingreso.
- En caso de manejo ambulatorio, asegure que la mujer y sus acompañantes han recibido y entendido las informaciones relacionadas a la condición clínica, necesidades, signos y síntomas de alarma en la paciente; así como del plan de reevaluación.

9. ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO

- Explique a la mujer y a sus acompañantes la condición obstétrica y perinatal en que ésta se encuentra, así como la necesidad de ingreso; e informe sobre el lugar en dónde será ingresada.
- Facilite el consentimiento informado y asegúrese de que la mujer y sus acompañantes lo conozcan y lo firmen.
- Durante la atención a la labor de parto, la embarazada debe recibir un trato humanizado. Otorgue facilidades para que la parturienta esté acompañada por la persona que ella seleccione: Llame a la señora por su nombre, mírela a los ojos e informe sobre su estado de salud
- Brinde apoyo emocional durante todo el proceso; asegure un ambiente tranquilo y un trato amable.
- Motive la independencia e higiene personal de la mujer durante el proceso.

- Promueva la posición libre: la elegida por la mujer para su comodidad.
- Facilite la hidratación por vía oral y la alimentación suave durante la atención.
- Identifique y registre los siguientes signos y síntomas de alarma durante el periodo de dilatación:
 - Alteración de la dinámica uterina.
 - Cambios importantes en la FCF.
 - Sangrado vaginal anormal.
 - Prolapso del cordón umbilical
 - Líquido amniótico meconial.
 - Distocia de presentación.
 - Prolapso de miembros.
 - Trabajo de parto prolongado por más de 14 horas.
 - Convulsiones.
 - RPM mayor de 12 horas.

9.1 Durante la labor de parto normal no aplique de manera rutinaria lo siguiente:

- Suspensión de la vía oral.
- Uso de oxitocina o misoprostol en presencia de patrón contráctil regular.
- Ruptura de las membranas sin clara indicación. y de rutina con fines de abreviar trabajo de parto
- Rasurado de área genital.
- Enemas periparto.
- Soluciones por vía endovenosa de forma rutinaria.
- Inmovilización en cama.

9.2 Registre en el partograma todos los eventos relacionados con la labor de parto.

Verifique las siguientes variables:

- Frecuencia cardíaca fetal durante un minuto (en periodos fraccionados) antes, durante y después de una contracción uterina, cada 30 minutos.
- Condición cervical, cada tres horas. En presencia de membranas rotas, espaciar la evaluación pélvica.
- Características del líquido amniótico. En presencia de meconio, redoblar la vigilancia de la FCF.
- Descenso de la presentación fetal.
- Características de las contracciones uterinas, patrón en 10 minutos, cada 30 minutos. Graficarlas en el partograma.
- Presión arterial, cada una hora o según la evolución.
- Pulso materno, cada 30 minutos.
- Temperatura, cada cuatro horas.
- Registro de la administración de medicamentos: tipo, dosis, vía, concentración y frecuencia.
- Resultados de uroanálisis.

10. ATENCIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO

- a) Traslade la mujer a la sala de expulsivo o prepare la cama para la atención:
- b) Cuando tenga un borramiento cervical del 100%.
- c) Dilatación cervical de 10 cm.
- d) Presentación a -2 de plano de De Lee (primígestas); y, en multíparas, cuando presenten un borramiento cervical del 100% y una dilatación de 8 a 9 cm. en caso de multípara.
- e) Asegure que el instrumental de atención esté debidamente esterilizado y disponga de campos e insumos básicos (jabón antiséptico, gasas, material para eventual sutura, paños estériles y suaves para recibir al bebé).

- c) Antes de tocar la parturiente, lávese las manos, efectúe una asepsia y una antisepsia rigurosas de los genitales externos y asegure la superficie y el área de asistencia al parto limpio. Estimule la evacuación vesical espontánea y el pujo.
- d) El equipo de atención debe estar integrado por al menos dos proveedores de servicios de salud.
- e) En el periodo expulsivo, atienda a la parturienta garantizándole un trato humanizado (llame a la señora por su nombre, mírela a los ojos e informe sobre su estado de salud), con calidez, calidad e intervenciones de parto limpio.
- f) No realice la episiotomía de forma rutinaria. Si es necesario efectuar el procedimiento, informe a la mujer. La protección del perineo es la principal medida preventiva para evitar desgarros.
- g) Durante el periodo expulsivo, identifique y registre los siguientes signos y síntomas de alarma:
 - Cese repentino de las contracciones uterinas.
 - Descenso significativo de la FCF.
 - Periodo expulsivo mayor de una hora.
 - Sangrado vaginal abundante.
- h) Durante la atención del recién nacido, asegure una temperatura corporal adecuada y evite procedimientos innecesarios. Consulte el Protocolo de Atención al Recién Nacido Sano.

11. ATENCIÓN AL ALUMBRAMIENTO O TERCER PERIODO DEL PARTO

Para la atención al alumbramiento placentario:

- a. Realice el manejo activo del tercer periodo del parto y desarrolle los pasos siguientes:**
 - Asegúrese de que está en presencia de un solo feto.
 - Administre 10 UI. de oxitocina por vía intramuscular (IM) y espere a que el cordón deje de latir.
 - Efectúe una tracción sostenida del cordón umbilical contra una tracción del útero, hasta facilitar la expulsión de la placenta.
 - Un auxiliar debe dar masajes al útero durante un período de tres a cinco minutos.
 - Revise la placenta para asegurarse de que los cotiledones y las membranas ovulares estén completos.
 - Efectúe una revisión visual del canal del parto, el cérvix y el periné en busca de laceraciones o desgarros. No haga una revisión uterina de forma rutinaria en ausencia de sospecha de restos de placenta.
- b. Repare los desgarros en caso de que los hubiere**
- c. Identifique y registre los siguientes signos y síntomas de alarma durante el periodo de alumbramiento:**
 - Retención de placenta por más de 30 minutos.
 - Sangrado vaginal abundante.
 - Signos de choque.
- d. Pinzamiento tardío del cordón umbilical**
 - Espere a que el cordón umbilical deje de latir para pinzar y cortar o espere 2 a 3 minutos antes de cortarlo.

- Tome muestra de sangre del cordón para la realización de los exámenes correspondientes.
 - Disponga del cordón y de la placenta según las normas internas del centro.
 - El uso de tejidos del cordón o de la placenta con fines de investigación o terapia debe contar con la expresa autorización de la madre y de sus acompañantes.
- e. Amamantamiento precoz**
- Coloque al bebé en el seno materno inmediatamente después del nacimiento si tiene un Apgar igual o mayor de 8 al minuto
 - Asegure el contacto inmediato de piel con piel entre el recién nacido y la madre.
 - Verifique las siguientes variables:
 - Útero contraído.
 - Sangrado escaso o nulo.
 - Pulso, presión arterial y respiración normales.
 - Consigne los datos correspondientes a los resultados del parto en la historia clínica perinatal y en el carné perinatal.
 - Enfatice la consejería sobre la planificación familiar posparto.
- f. Seguimiento al posparto**
- Vigile que:
- Útero este contraído
 - Sangrado cada 15 minutos por las 2 primeras horas y luego cada 30 minutos por 2 horas más, en busca de hemorragia y signos de shock hipovolémico.

- Pulso, presión arterial y respiración sean normales.
 - En caso de hipotonía uterina maneje según protocolo de complicaciones del parto
- g. Traslade a la mujer junto a su bebé a sala de puerperio, si las condiciones del recién nacido lo permiten.**

12. CRITERIO DE EGRESO

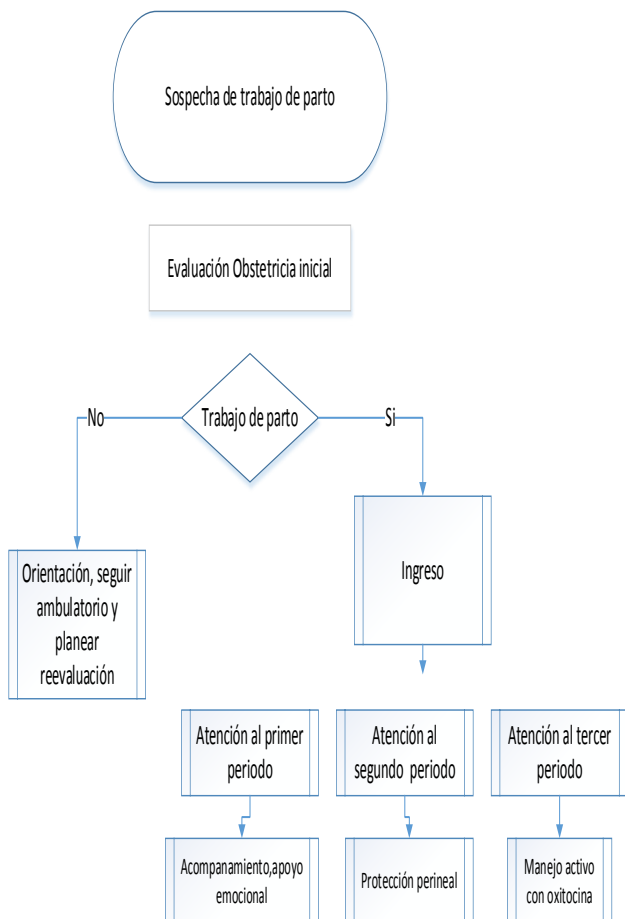
De no presentarse complicaciones en el intra parto ni en el puerperio el alta debe darse a partir de las 12 horas posparto. Seguida de visita domiciliaria durante las primeras 72 horas

13. INFORMACION A LA USUARIA Y FAMILIARES

Informar a la madre y familiares sobre:

- Importancia de mantener la alimentación del recién nacido solo con leche materna
- Cuidados e higiene del cordón umbilical
- Los signos de alarma de enfermedad del recién nacido y la propia madre.
- Planes de vacuna
- Controles durante el puerperio.
- Enfaticé a la familia la apertura con los integrantes de la UNAP de su territorio y la importancia de cooperar con la visita domiciliaria.

14. ALGORITMO DE SEGUIMIENTO A LA LABOR DE PARTO



15. BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.
2. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre atención al parto normal. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010 [citado 03/03/2014]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. URL: www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Partto_Normal_Osteba_compl.pdf
3. Palacios-González J, Moreno-Rodríguez MC, Oliva-Delgado A, Román-Rodríguez M, Antolín-Suárez L, Estévez-Campos RM, et al. Evaluación y promoción de competencias parentales en el Sistema Sanitario Público Andaluz: embarazo, parto y puerperio [Internet]. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; Universidad de Sevilla; 2014 [citado 21/02/2014]. URL: www.repositoriosalud.es/handle/10668/1465.

4. Alwan N. A., D. C. Greenwood, N. A. Simpson, H. J. McArdle, K. M. Godfrey, and J. E. Cade. Dietary iron intake during early pregnancy and birth outcomes in a cohort of British women. *Hum Reprod* 26 (4):911-919, 2011.
5. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.
6. G. Prema Priya P.Veena. Un ensayo controlado aleatorio de misoprostol sublingual y la oxitocina intramuscular para la prevención de la hemorragia potparo. *Materno-Fetal. Archivo de Ginecología y Obstetricia* , 12 2015, Volumen 292, número 6, pp 1231-1237.
7. Begley CM 1, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Seamanas A. Manejo Activo frente conducta expectante para las mujeres en la tercera etapa del trabajo de parto Base de Datos Cochrane Syst Rev. 2015.
8. Gina Westhoff , Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage, *Cochrane library* 2013.
9. Hersh S, Megregian M, Emeis C. intermittent auscultation of the fetal heart rate during labor: an opportunity for shared decision making. *J Midwifery Womens Health*. 2014 May-Jun; 59 (3): 344-9.