ATENCIÓN DEL PARTO

1. ALCANCE

Todas las pacientes a quienes se les atienda parto en el Hospital La Victoria en cualquiera de sus sedes

2. SERVICIO Y POBLACIÓN.

Esta guía se aplicara a las pacientes con parto vaginal atendidas en el Hospital la Victoria en cualquiera de sus sedes

3. PERIODICIDAD.

Esta guía será revisada cada 2 años

4. GENERALIDADES

La atención institucional del parto es una medida primordial para disminuir de la morbimortalidad materna y perinatal. Esta guía ofrece el marco conceptual y técnico-científico para la atención del parto y su objetivo principal es disminuir los riesgos de morbi-mortalidad materna y perinatal relacionados con el parto y puerperio.

Factores de riesgo para mortalidad materna:

Factor de riesgo	OR	IC 95%	
Atención domiciliaria del parto	13.50	1,18	350,25
Sin control prenatal	7.96	2,30	28,36
Presentación anormal	5.27	1,59	17,66
Tipo de propiedad: vivir arrimados	5.04	1,38	18,9
Aborto en la gestación actual	4.28	0,83	21,99
Hemorragia en el embarazo actual	4.17	0,63	27,61
Diabetes en el embarazo actual	4.17	0,63	27,61
Edad ≥ 38 años	4.04	1,19	13,7
Manejo inadecuado de factores de riesgo en el control prenatal	4.01	1,35	11,91
Residencia área rural	3.49	1,35	9,05
HTA inducida por el embarazo	3.28	1,27	8,43
Escolaridad del padre < primaria completa	2.82	1,20	6,66
Cesárea, forceps, versión vs parto normal	2.74	1,14	6,68
Embarazo no planeado	2.56	1,03	6,50

5. DEFINICIÓN:

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las gestantes en trabajo de parto, parto, alumbramiento y puerperio con 24 o más semanas de gestación.

6. DIAGNOSTICO

:

Admisión de la gestante en trabajo de parto: Confirmar que la gestante está en trabajo de parto. Si tiene dos o más contracciones en 10 minutos y tiene uno de estos criterios: membranas rotas, borramiento completo, dilatación mayor o igual a 3 cm.

Si no están en trabajo de parto deben recibir información, con instrucciones de egreso, signos de alarma y cita a control previa verificación de bienestar fetal (toma de monitoria fetal y/o Ecografía).

7. MANEJO

Elaboración de la Historia Clínica completa.
Revisión de todos los paraclínicos del control prenatal y solicitud: Serología (una semana), Hemoclasificación (si no la tiene), antígeno de superficie de Hepatitis B (si no la tiene) y HIV (tres meses).
Apoyo continuo e información periódica a la paciente y familiares
Diligenciar consentimiento informado para atención de parto y en caso de cesárea uno nuevo.

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

Evaluación del progreso del trabajo de parto según criterio medico.
Tomar signos vitales a la madre cada hora y fetocardia cada media hora.
Monitoría fetal electrónica en cada turno (mañana, tarde, noche).
Monitorización fetal electrónica continua en casos especiales.
Partograma cada hora.
Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. Si las membranas están rotas, se debe restringir el número.
Soporte apoyo continuo a la paciente en proceso de trabajo de parto.
Buscar anormalidades o lentitud en el proceso de trabajo de parto, fallo de inducción o compromiso fetal. En caso de distocias ver guía de complicaciones intraparto.
Peridural a todas las pacientes, excepto contraindicación médica o negación de la paciente.
Acompañamiento por parte del familiar (de acuerdo a las condiciones locativas del área de trabajo de parto).
Opioides: paciente con contraindicación médica para analgesia Peridural o rechazo por parte de la paciente.

Manejo activo de la fase activa: Amniotomía en la fase activa del trabajo de parto.
Uso de oxitocina intravenosa de acuerdo a protocolo de inducción
.

ATENCIÓN SEGUNDO PERIODO DEL PARTO (EXPULSIVO):

Vigilancia estricta, fetocardia cada 5 minutos o monitorización continua.
No realizar episiotomía rutinaria, no usar enemas evacuadores.
No se debe realizar de forma rutinaria presión fúndica para acelerar el expulsivo (Maniobra de Kristeller).

Atención del recién nacido:
Inmediatamente contacto piel a piel de la madre - recién nacido.
Pinzamiento del cordón umbilical.

Tipos de Pinzamiento del cordón Umbilical

Habitual	Inmediato	Precoz	Diferido
Las condiciones clínicas que indican el Pinzamiento habitual del cordón son: Interrupción de la palpitación de las arterias umbilicales Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical Satisfactoria perfusión de la piel REALIZAR ENTRE 1 Y 2 MINUTOS DESPUÉS DEL NACIMIENTO	Las condiciones clínicas que indican el pinzamiento inmediato del cordón son: Placenta previa o abrupcio, para interrumpir la pérdida de sangre del recién nacido REALIZAR INMEDIATAMENTE	Las condiciones clínicas que indican el Pinzamiento precoz del cordón son: 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. REALIZAR ENTRE 30 SEGUNDOS Y 1 MINUTO DESPUÉS DEL NACIMIENTO	Las condiciones clínicas que indican el Pinzamiento diferido del cordón son: • Prolapso y procidencia del cordón • Parto en presentación de pelvis • Ruptura prolongada de membranas REALIZAR POSTERIOR A 3 MIN DEL NACIMIENTO

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

ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO

El manejo activo del alumbramiento consiste en lo siguiente:
Oxitocina 10 unidades IV, después de la salida del hombro anterior.
Pinzamiento habitual del cordón umbilical, se pinza cerca del periné (la FIGO ya no incluye el pinzamiento temprano del cordón umbilical en la definición del manejo activo del alumbramiento).
Aplicar tracción controlada del cordón para obtener lentamente el parto de la placenta, mientras que se estabiliza el útero aplicando contratracción por encima del pubis para prevenir la inversión uterina. Si la placenta no desciende, detener la tracción y esperar la siguiente contracción
Masaje uterino hasta que esté bien contraído.
Se continúa con una infusión I.V. 10 Unidades de Oxitocina diluidas en 500 cc de cristaloides por 5 horas.
Suturar los desgarros de cuello y/o perineales o episiotomía.
Revisión uterina bajo anestesia: alumbramiento incompleto, hemorragia posparto, corioamnionitis, parto pretérmino antes de semana 34.
El médico que atiende el parto debe realizar: informe quirúrgico, completar partograma, ordenes médicas, certificado de nacido vivo, CLAP, registro estadístico.
Lactancia materna exclusiva, iniciar en la primera media hora.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

Atención del puerperio inmediato: (dos primeras horas posparto):
Signos vitales, Globo de seguridad, Sangrado genital, revisar suturas vulvares (episiotorrafia) para descartar hematomas.
Revisar en sala de recuperación y registrar en la historia clínica, signos vitales, examen físico, involución, tono uterino, sangrado y revisar suturas vulvares (episiotorrafia) para descartar hematomas a las 2 horas, antes de ordenar traslado a alojamiento conjunto.
Ordenar Inmunoglobulina anti-D para mujeres Rh (-) cuyo recién nacido es Rh (+) y que no estén sensibilizadas (coombs indirecto negativo).

Puerperio mediato: (este período desde 2 hasta las 48 horas posparto).

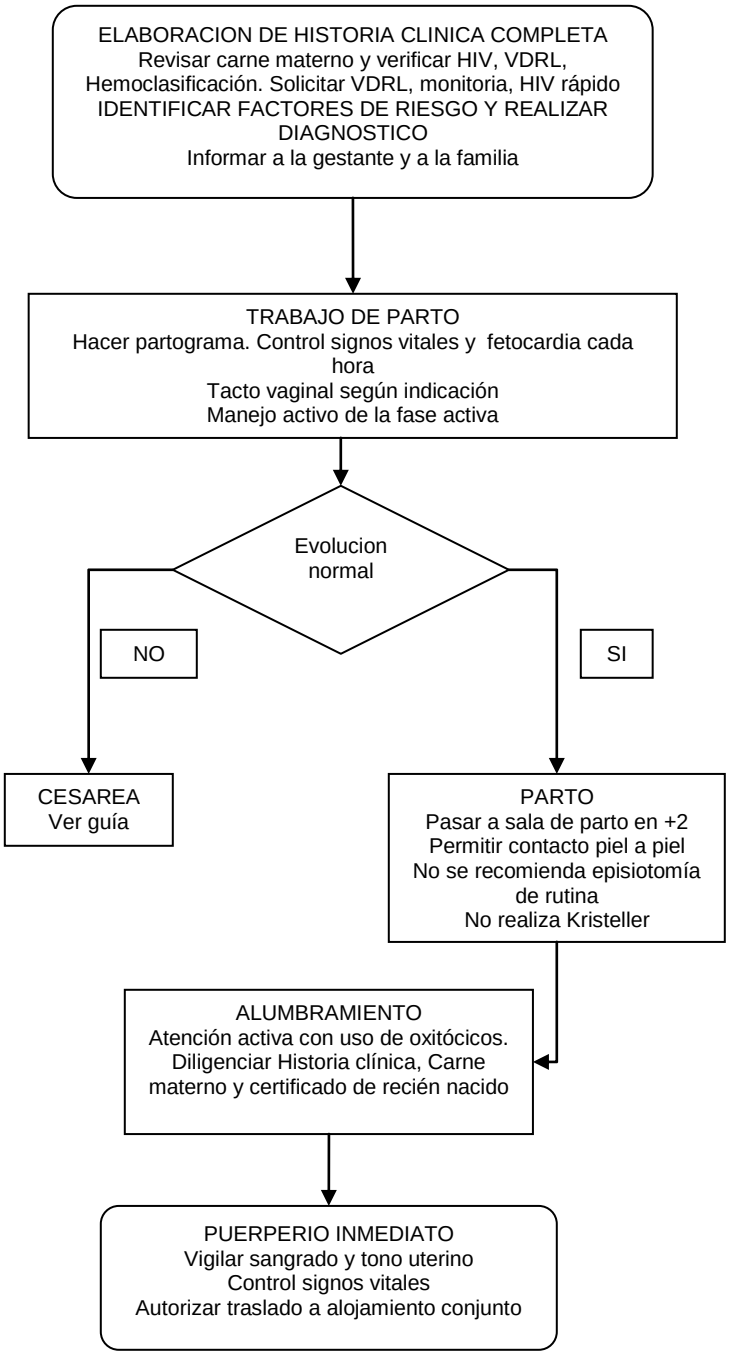
Controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.
Detectar tempranamente las complicaciones: hemorragia e infección puerperal, taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
Ambulación temprana junto con una alimentación adecuada a la madre.
Duración de la observación: En caso de evolución satisfactoria y ausencia de factores de riesgo, se puede dar salida a la madre cuando hayan transcurrido al menos 12 horas de observación posparto. Esta decisión deberá ser individualizada.

Antes del egreso y posterior a un parto normal con recién nacido sin aparentes hallazgos mórbidos, se deberá brindar la asistencia para esterilización quirúrgica posparto a todas las pacientes con paridad satisfecha que la hayan solicitado previamente, siempre y cuando no existan dudas en la seguridad de su decisión (como puede ser el caso de menores de edad, o pacientes que hayan decidido solicitar el procedimiento en el momento intra parto en donde se pueden encontrar bajo condiciones de tensión emocional), y las circunstancias clínicas lo permitan
Actividades para el egreso de la madre y su neonato
Educación materna
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. Entregar información por escrito.
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 Guía de atención para planificación familiar en hombres y mujeres.
Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento, desarrollo y vacunación.
Correcto registro del nacido vivo: entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata
Se debe administrar la vacuna triple viral MMR (sarampión, rubéola y parotiditis) a las mujeres en el posparto de acuerdo con el estado de inmunización materna.
La gestante debe egresar con una cita de control ya establecida a fin de controlar el puerperio dentro de los primeros 7 días del parto, se deben dar las recomendaciones pertinentes explicándole a la paciente los signos o síntomas de alarma para recudir o consultar a urgencias.
Se debe instruir a la madre, con respecto a la importancia de conocer los resultados de la Hemoclasificación del recién nacido y del tamizaje del hipotiroidismo congénito. La madre debe consultar oportunamente para conocer el resultado del tamizaje, llevando el resultado al respectivo control del neonato.

8. COMPLICACIONES

Infección puerperal, Hemorragia postparto, dehiscencia episiorrafia, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, necesidad de cirugias como histerectomía abdominal, muerte materna

9. FLUJOGRAMA



10. BIBLIOGRAFÍA

a. ACOG Practice Bulletin No. 54, 2004. Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery 104 (1); JULY 2004: 203-212.
b. Altman D, Carroli G, Duley L, Farrell B, Moodley J, Neilson J, Smith D, Magpie Trial Collaboration Group. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. Lancet. 2002; 359(9321):1877-90.
c. Carroli G, Belizan J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
d. Crowther C, Middleton P. Anti-D administration after childbirth for preventing Rhesus alloimmunisation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
e. Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enema vs no enema during labor. (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
f. Cunningham FG, MacDonald PC, Leveno KJ, Gant NF, et al. Williams Obstetrics 22 th Edition. Appeton & Lange 2006.
g. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
h. Norma técnica para la atención del parto. Resolución número 00412 de 2000.Ministerio de Salud Colombia.
i. Ñañez H, Ruíz A. y colaboradores. Texto de Obstetricia y Perinatología. Universidad Nacional de Colombia-Instituto Materno Infantil, Bogotá-Colombia, 1.999.
j. Renfrew MJ. Routine perineal shaving on admission in labor. (revised 02 April 1992). In: Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP, Crowther C (eds). Pregnancy and Childbirth Module. In: The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database (database on disk and CDROM). The Cochrane Collaboration, issue 2, Oxford: Update Software, 1995.
k. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Guías para el CONTINUO DE ATENCION de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS 2a Edición Publicación Científica CLAP/SMR 1573. 2010
l. Intrapartum care care of healthy women and their babies during childbirth National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence September 2007
m. Guias de atención maternal, secretaria distrital de salud de Bogotá, 2010
n. Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD004907. DOI: 10.1002/14651858.CD004907.pub2.