



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL  
SAN FÉLIX

LA DORADA - CALDAS

ATENCIÓN DE PARTO

2014

Adoptado de la guía para atención del parto  
Resolución 412 de 2002  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

REVISADO POR:

DR. DWIGHT HENRY MARRUGO  
GINECOLOGO

DR. JULIAN ACOSTA TREJOS  
GINECOLOGO

DR. UBALDO MARTINEZ  
GINECOLOGO

DRA. LUISA FDA. RODRIGUEZ TORO  
MD. HOSPITALARIA SERVICIO DE G.O.

DR. CARLOS FDO. REINOSO PARIS  
MD. HOSPITALARIO SERVICIO DE G.O.

## 1. Introducción

La actualización de la Guía para la atención del parto contribuirá a la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Este documento se convierte en una herramienta importante para la atención de las maternas en el país.

Los revisores declaran no tener conflicto de intereses frente a las recomendaciones generadas. Estas recomendaciones son acciones terapéuticas y diagnósticas que se sabe y se cree ejercen una influencia favorable en la evolución de los pacientes. Se sugiere revisar esta norma periódicamente como quiera que los avances en terapéutica puedan modificar las recomendaciones presentes y, entonces, tener una vigencia temporal de tres a cinco años.

## 2. Metodología

Se investigó en las bases de datos de la librería COCHRANE, en el registro de experimentos del grupo de embarazo y parto de COCHRANE, el registro central de experimentos controlados de COCHRANE, en las bases de datos MEDLINE (acceso a través de PubMed y Gateway), Biblioteca Virtual en Salud sexual y Reproductiva del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) y Nacional Guideline Clearinghouse, y se hizo búsqueda manual de referencias de artículos y textos. Las preguntas de investigación fueron enviadas con anterioridad a la coordinación del proyecto para su consideración y análisis. Estas preguntas incluían dos cuestiones comprensivas acerca de cuáles prácticas durante el trabajo de parto y el parto eran benéficas y cuáles no lo eran o podrían ser dañinas, de acuerdo con la evidencia científica actual. Cada una de las posibles prácticas o políticas constituía una pregunta clínica para contestar.

No se hizo restricción de idioma, pero se dio prioridad a los artículos publicados en inglés, francés, castellano y portugués. Tampoco se hizo restricción de año de publicación; sin embargo, si se encontraba una revisión sistemática o meta-análisis de buena calidad se revisaban las bases de datos para los años posteriores al año de la revisión del meta-análisis.

Las palabras de búsqueda incluyeron: "delivery", "delivery and guidelines", "delivery and partogram", "delivery, obstetrics (MESH)", combinaciones de este término MESH con los anteriores y con otras prácticas durante el trabajo de parto ("enema", "episiotomy", "aggressive or expectant management", "analgesia", "caesarean section", "amniotomy", "support", "shaving", "policies", "intervention", "operative delivery"), ejemplo: "delivery, obstetrics (mesh) and practices", "childbirth or delivery and EBM", "Childbirth or delivery, obstetrics and EBM", "childbirth or delivery, obstetrics and evidence based medicine"; en la base del CLAP se utilizó además el texto "formas de cuidado".

Tabla 1

Grados de recomendación y niveles de evidencia

GRADO DE RECOMENDACIÓN (A, B, C, D, E)	NIVEL DE EVIDENCIA (1A, 1B, 2A, 2B, 3A, 3B, 4, 5)	TIPO DE ESTUDIO
A	1A	Revisión sistemática de ensayos clínicos controlados (homogéneos entre sí)
	1B	Ensayos clínicos controlados (con intervalo de confianza estrecho)
B	2A	Revisión sistemática de estudios de cohorte (homogéneos entre sí)
	2B	Estudio individual de cohortes/ ECA individual de baja calidad
	3A	Revisión sistemática de casos y controles (homogéneos entre sí)
	3B	Estudio individual de casos y controles
C	4	Serie de casos, estudios de cohorte / casos y controles de baja calidad
D	5	Opiniones de expertos basadas en revisión no sistemática de resultados o esquemas fisiopatológicos.

ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

A lo largo del documento se citara la evidencia enunciando primero el grado de recomendación y luego el nivel de evidencia, por ejemplo: grado de recomendación A, nivel de evidencia 1: (A1).

3. 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 y el puerperio inmediato, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

4. Epidemiología

La OMS estima que en el mundo mueren aproximadamente 585.000 mujeres al año por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Cerca del 99% de estas muertes ocurren en los países en vías de desarrollo. Las tasas más altas de mortalidad se observan en Africa, Asia, América Latina y el Caribe.

La muerte de una madre tiene repercusiones emocionales y económicas importantes en la familia y la comunidad, además las consecuencias sociales y económicas son profundas,



ya que la muerte de la madre reduce la supervivencia del recién nacido, disminuye el desempeño escolar de los niños sobrevivientes y representa una pérdida de la productividad económica y de los ingresos familiares (1).

En nuestro país, las tres primeras causas de muerte en mujeres en edad fértil (MEF) son: muertes violentas (8.878 casos) para una tasa de 12,9 por 100.000 MEF; accidentes de tránsito (805 casos) con una tasa de 8 por 100.000 MEF; y complicaciones en el embarazo, parto y puerperio (722 casos) para una tasa de 7,1 por 100.000 MEF (2).

En Colombia, mueren cada año entre 700 y 1.000 mujeres por causa de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio temprano. De acuerdo con los datos de Martha I. Saboya, ajustando por omisión de los datos, las razones de mortalidad materna en Colombia presentan un patrón irregular entre 1987 y 2001 (Tabla 2). Sin embargo, hay diferencias afectadas, entre otros, por la modificación del certificado de defunción en 1997 en el cual se incluyeron variables para registrar el antecedente materno en mujeres entre los 10 y 49 años. Durante los años 1996 y 1997 se observó un aumento en la razón de mortalidad materna que no se explica por el cambio en el certificado de defunción, ya que este cambio tuvo efecto hasta 1998.

La mortalidad materna en Colombia muestra diferencias según las regiones. Sin embargo, en general, siguen las tendencias nacionales en el tiempo (Tabla 3).

Tabla 2  
Razón ajustada de mortalidad materna  
(por 100.000 nacidos vivos) en Colombia 1987-2001

Año	Razón ajustada de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)
1987	122,07
1988	113,17
1989	115,12
1990	104,58
1991	101,16
1992	105,17
1993	101,89
1994	102,95
1995	104,81
1996	95,44
1997	101,63
1998	120,17
1999	105,39
2000	123,85
2001	115,87

Fuente: Saboya MI. Mortalidad materna en Colombia una aproximación ecológica. 2005.

Tabla 3  
Razones de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)  
por regiones en Colombia 1987-2001

REGIÓN	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
AMBUQUE	25,51	17,77	28,17	21,00	18,77	17,21	17,74	17,00	11,15	13,76	10,79	30,66	23,45	34,17	20,31
ATLÁNICA	9,06	9,58	8,77	9,07	9,00	9,72	8,82	9,42	7,97	9,11	8,77	10,05	17,50	17,22	11,59
CENTROCCIDENTAL	19,27	14,75	16,77	17,19	16,15	15,31	14,92	16,70	7,75	10,73	11,34	11,96	11,82	10,79	12,59
COCCIDENTAL	18,47	18,94	11,91	10,18	9,71	9,77	10,31	7,16	11,11	11,08	11,34	11,08	11,96	13,31	12,00
ORINOQUIA	13,95	10,64	10,00	7,21	10,70	8,65	10,10	10,10	10,15	11,13	10,07	10,30	10,57	12,60	12,44
SANTANDER	18,27	10,12	15,11	10,05	10,71	10,17	10,10	10,10	14,01	9,44	10,13	10,17	10,19	12,65	11,39

Fuente: Saboya MI. Mortalidad materna en Colombia una aproximación ecológica. 2005.

Como lo expresan los investigadores del grupo de investigación Gineco- CES, la muerte materna es el resultado final de una compleja serie de factores que actúan desde el

nacimiento hasta la etapa reproductiva de la mujer. Los factores que determinan una muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, económico, educativo, cultural, el estado de salud, de su conducta reproductiva, el acceso a los servicios de salud y la calidad de dichos servicios (3). Es por ello, que la mortalidad materna no es un problema que atañe exclusivamente al sector salud, sino que es un evento en el cual la intersectorialidad juega un papel primordial para las acciones de intervención (4). Las complicaciones del parto y del puerperio son la tercera y cuarta causas de mortalidad materna en Colombia (Tabla 4).

Tabla 4  
Distribución de muertes maternas, según principales causas  
Colombia 1990-1997

Causa	1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Invención	154	35,8	127	35,1	175	37,7	171	35,9	161	35,3	158	35,1	162	37,6	162	35,8
Aborto	19	4,3	12	3,4	9	1,9	62	13,3	49	10,7	45	10,0	50	11,0	29	6,3
Hemorragia	34	7,7	37	10,5	30	6,5	37	7,7	31	6,8	37	8,1	39	8,6	46	10,0
Carencia de trabajo de parto	3	0,7	3	0,8	1	0,2	12	2,5	10	2,2	8	1,7	9	2,0	21	4,6
Complicación puerperal	57	12,7	35	9,9	34	7,3	42	8,9	46	10,1	26	5,7	27	5,9	3	0,7

Fuente: Archivos de defunción DANE

Durante los cinco años anteriores, 87% de las gestantes tuvieron atención prenatal por médico, 7% por enfermera y 6% no tuvieron control prenatal. El control prenatal es mas frecuente en zonas urbanas en Bogotá, Medellín y Cali. Cerca del 71% de las gestantes hicieron su primer control prenatal cuando tenían menos de cuatro meses de embarazo. En los cinco años que precedieron a la encuesta el porcentaje de madres que no recibieron atención prenatal fue: 9,9% en la región Atlántica, 8,8% en la Pacífica, 6,5% en la región central, 5,9% en Orinoquia y Amazonia, 3,5% en la región oriental y 2% en Bogotá (5).

En el estudio de casos y controles del grupo de investigación Gineco-CES se estudiaron 33 casos y 128 controles. De los casos, 25 (75,7%) fueron muertes obstétricas directas y 5 (24,3%) muertes obstétricas indirectas. Cerca del 78,8% de las muertes ocurrieron en el [M6] periodo posparto, 9,1% de las muertes ocurrieron durante el embarazo, 6,1% en el periodo intraparto y 6,1% en el postaborto. Para las 33 muertes maternas se presentaron factores políticos, como violencia social, que impidieron la adecuada atención prenatal en 24,2%. Cerca del 42% no tuvo un adecuado cuidado del parto ni existían recursos adecuados para resolver el problema en el nivel de referencia que fueron atendidos. De este estudio se obtuvieron los siguientes factores de riesgo con significancia estadística para mortalidad materna (Tabla 5).



Tabla 5  
Factores de riesgo para mortalidad materna

Factores de riesgo	OR	IC 95%
Atención comunitaria del parto	13,50	1,18 - 350,25
Sin control prenatal	7,96	2,30 - 29,26
Presentación anormal	5,27	1,59 - 17,66
Tipo de propensas: veir acinadas	5,04	1,36 - 19,9
Aborto en la gestación actual	4,28	0,83 - 21,89
Hemorragia en el embarazo actual	4,17	0,63 - 27,61
Diabetes en el embarazo actual	4,17	0,63 - 27,61
Edad > 35 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
HIA inducida por el embarazo	3,28	1,27 - 8,43
Escasez del padre < semana con plata	2,82	1,20 - 6,66
Cesárea, fórceps, versión vs parto normal	2,74	1,14 - 6,68
Embarazo no planeado	2,46	1,03 - 6,50

## 5. Objetivos

Solo en 39,4% existían normas y protocolos disponibles y apropiados en este nivel de referencia y 54,5% del personal estaba entrenado para su tratamiento.

### 5. Objetivos

#### 5.1 Objetivo general

Ofrecer el marco conceptual y técnico –científico para la atención racional del parto, de esta manera, disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la mujer gestante y del producto del embarazo, optimizando el pronóstico de los mismos a través de la oportuna y adecuada atención intrahospitalaria del parto.

#### 5.2 Objetivos específicos

- Disminuir las tasas de morbilidad maternas y perinatales
- Disminuir la frecuencia de encefalopatía hipóxica perinatal y sus secuelas

En la Tabla 5 se encuentran diversos factores de riesgo para mortalidad materna. Además de los mencionados en dicha tabla, se han considerado otros que ocurren en el momento del parto:

#### 7.1 Biológicos

- Gestante adolescente (< 19 años)
- Gestante mayor (> 35 años)
- Gran multiparta (más de cuatro partos)
- Historia obstétrica adversa (aborto, muerte fetal, muerte perinatal, diabetes gestacional, preeclampsia-eclampsia, anomalías congénitas)
- Primipara inmunológica
- Antecedente de cirugía uterina (cesárea previa o miomectomía)
- Edad gestacional no confiable o no confirmada
- Edad gestacional pretermino o prolongado
- Paraclínicos o ecografías con hallazgos anormales
- Anemia
- Fiebre
- Cefalea y epigastria
- Hipertensión arterial
- Edema o anasarca
- Disnea
- Altura uterina mayor de 35 cm o menor de 30 cm
- Embarazo múltiple
- Taquicardia o bradicardia fetal
- Distocia de presentación
- Prolapso de cordón
- Distocias de partes blandas y óseas
- Presencia de condilomas
- Sangrado genital
- Ruptura de membranas
- Líquido amniótico meconiado.

#### 7.2 Sicosociales

- 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
- Ausencia de control prenatal
- Vivir en el área rural
- No estar afiliada al sistema general de seguridad social.



### 7.3 Del medio

- Recursos inadecuados para la prestación del servicio (incluye, además del talento humano y de los recursos técnicos institucionales, el funcionamiento adecuado de los sistemas de referencia y contrarreferencia.

### 7.4 Comportamentales

- Alcoholismo
- Drogadicción
- Tabaquismo.

### 8. Factores protectores en el momento del parto

- Prácticas basadas en evidencia que soporte el beneficio
- Apoyo físico, emocional y psicológico continuos durante el trabajo de parto y parto
- Apoyo para las madres con desventajas sociales para mejorar la relación madre-hijo
- Apoyo a las madres para la lactancia
- Recursos y procesos adecuados en la red de servicios requeridos a las situaciones potenciales que se pueden presentar
- Asegurar procesos y recursos para la vigilancia estricta del posparto inmediato.

### 9. Población objeto

Las beneficiarias de esta Guía son todas las mujeres gestantes que se encuentran en trabajo de parto afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado. Los contenidos de la norma son válidos para todas las gestantes en trabajo de parto.

### 10. Características de la atención

#### 10.1 Admisión de la gestante en trabajo de parto

Si la gestante tuvo control prenatal, solicitar y analizar los datos del control prenatal, historia clínica o remisión; si se identifican factores de riesgo en el control prenatal o durante el interrogatorio, la usuaria debe ser hospitalizada o remitida, de acuerdo con la capacidad resolutoria (situaciones especiales en los servicios de admisiones o de urgencias).

En caso contrario, confirmar que la gestante está en trabajo de parto antes de admitir al hospital. La usuaria está en trabajo activo si presenta al menos dos contracciones espontáneas en diez minutos y tiene dos o más de los siguientes criterios: borramiento completo del cervix, dilatación cervical mayor o igual a tres centímetros o ruptura espontánea de membranas (C2) (6).

Dado que la decisión de la admisión es crítica, el examen clínico debe ser practicado siempre por un médico capacitado. Si la conclusión es que la gestante 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, en un periodo no superior a dos horas o según el criterio médico. Si las condiciones de accesibilidad al servicio no son adecuadas (o no están garantizadas) la gestante se debe hospitalizar.

Las gestantes con cesárea anterior o cirugía en útero, deben ser consideradas en trabajo de parto con cualquier nivel de actividad uterina. Por tanto, deben ser admitidas para

desembarazar por vía alta o para ser vigilada desde ese momento si llena los requisitos para un parto vaginal. Quienes no estén en trabajo de parto deben recibir información. Dicha información debe incluir signos para observar, cambios para analizar e indicaciones muy precisas de regresar al hospital cuando ocurran estos cambios (inicio de actividad uterina, sangrado genital, amniorrea, disminución en la percepción de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, fosfenos, tinitus, cefalea intensa). Las gestantes que deban quedarse en observación requieren un nuevo examen médico antes de dejar el hospital (C2) (6). Salvaguardar siempre el acceso fácil de la usuaria al servicio de salud, para brindarle una atención rápida y oportuna.

#### 10.1.1 Elaboración de la historia clínica completa

##### 10.1.1.1 Identificación

Motivo de consulta y anamnesis:

- Fecha probable del parto
- Inicio de las contracciones
- Percepción de movimientos fetales
- Expulsión de tapón mucoso y ruptura de membranas
- Sangrado.

##### 10.1.1.2 Antecedentes

- Personales: patológicos , quirúrgicos , alérgicos , ginecológicos , obstétricos y farmacológicos
- Familiares.

##### 10.1.2 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
- Altura uterina
- Número de fetos
- Valoración de genitales externos
- Estado de las membranas
- Pelvimetría clínica .

##### 10.1.3 Solicitud de exámenes paraclínicos

- VDRL
- Hemoclasificación, si la gestante no tuvo control prenatal
- Prueba rápida para HIV (ELISA)
- Gota gruesa en zona endémica de malaria.

##### 10.1.4 Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas: (Tabla 5 y sección 5)

#### 10.1.4.1 Situaciones especiales en los servicios de admisiones o de urgencias

La presencia de factores de riesgo condicionara 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 , informes de ecografía y la causa de la remisión, asegurando su ingreso en el otro organismo de referencia.

#### 1. Ruptura prematura de membranas

Se debe estandarizar y simplificar el diagnostico adecuado de la ruptura prematura de membranas (RPM) con el examen visual con espejulo estéril y el análisis del pH vaginal con el fin de que resulte accesible para las usuarias y los trabajadores de la salud en centros periféricos.

Usar antibióticos en la RPM antes del término del embarazo (< 36 semanas) hasta el momento del parto. Los antibióticos para la RPM antes de termino permiten prolongar el embarazo y reducen la morbilidad infecciosa materna e infantil. Una vez que se ha realizado un diagnostico apropiado de RPM se debe comenzar a administrar antibioticos por via parenteral, especialmente si no se presume que el parto tenga lugar en poco tiempo. Se recomienda comenzar ampicilina 1 g IV cada seis horas o 500 mg de eritromicina IV o VO cada seis horas (A1) (7).

Realizar monitoreo continuo ante la presencia de meconio espeso. La presencia de meconio espeso puede indicar sufrimiento fetal, por lo que se debe realizar monitoria electronica fetal (C2) (8).

#### 2. Embarazo pretérmino

Usar corticosteroides ante el parto prematuro. El uso de corticosteroides en el caso de mujeres con ruptura prematura de membranas, sospecha de trabajo de parto prematuro o alguna complicacion que requiera el parto prematuro, y cuando el feto se considere viable (24 a 34 semanas). El uso de corticosteroides antes del parto prematuro reduce la mortalidad neonatal, el síndrome de dificultad respiratoria y la hemorragia intraventricular (A1) (9).

Las dosis y esquemas recomendados de corticosteroides son: 12 mg de betametasona por via intramuscular y repetir la misma dosis en 24 horas o dexametasona 6 mg por via intramuscular, cada doce horas, por cuatro dosis.

Por ahora no hay datos que apoyen la política de repetición del tratamiento con corticosteroides a intervalos regulares. No obstante, hay un experimento clinico controlado multicentrico actualmente en curso; se debe esperar sus resultados para reconsiderar la recomendacion.

Ante la duda, generalmente es preferible haber administrado corticosteroides innecesariamente que haber perdido la oportunidad en una mujer que tiene un parto prematuro.

#### 3. Gestaciones 41 semanas

*Toda mujer con gestación de 41 semanas o más, se debe remitir u hospitalizar para inducción de rutina del trabajo de parto. Determinar siempre la edad gestacional por*

*medio de una FUR confiable o una ecografía de primer trimestre.* Una revisión sistemática investigo si la ecografía rutinaria temprana reduce la cantidad de mujeres que requieran la inducción del parto debida a embarazo prolongado; si el embarazo prolongado puede ser prevenido aconsejando a las mujeres a estimular los pezones desde las 39 semanas hasta el parto y si la inducción rutinaria del parto reduce la morbimortalidad perinatal. Se incluyeron 26 investigaciones clínicas aleatorizadas. Cuatro estudios trataron acerca de la ecografía rutinaria, dos de la estimulación de los pezones, diecinueve acerca de la inducción rutinaria versus selectiva y uno acerca del monitoreo fetal. La ecografía rutinaria temprana reduce la incidencia de embarazo postérmino; la estimulación de los pezones no modifica la incidencia de embarazo de postérmino. La inducción rutinaria del parto podría reducir la mortalidad perinatal en 62% (RR: 0.38 IC95%: 0.14-1.08). Este beneficio se observa cuando la inducción se realiza luego de las 41 semanas de gestación. La inducción rutinaria del parto no tiene efecto en la incidencia de cesárea. (A1) (9).

#### 4. Preeclampsia y eclampsia

Aunque se suministra una guía particular (Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo), se incluyen aquí las principales recomendaciones que se deben tener en cuenta en un servicio de admisiones o de urgencias: *Se debe iniciar terapia con sulfato de magnesio a las gestantes con diagnóstico de preeclampsia.*

La terapia con sulfato de magnesio para mujeres con preeclampsia reduce el riesgo de eclampsia y muerte materna. El estudio MAGPIE, que incluyo a 10.141 mujeres con preeclampsia reclutadas en 175 hospitales de 33 países, demostró que las mujeres con preeclampsia que recibieron sulfato de magnesio tuvieron un riesgo de eclampsia 58% menor que el de las mujeres asignadas a placebo (IC 95%: 40-71); la mortalidad materna también fue mas baja entre las mujeres asignadas a sulfato de magnesio (RR: 0.55, IC95%: 0.26-1.14). No hubo una clara diferencia en el riesgo de muerte del niño (RR: 1.02, IC99% 0.92-1.14). No hubo efectos deletereos sobre la madre ni el recién nacido en el corto termino (A1) (10).

Se debe iniciar terapia con sulfato de magnesio a las gestantes con eclampsia. La terapia con sulfato de magnesio para mujeres con eclampsia es mas efectiva que otros agentes anticonvulsivantes para prevenir la recurrencia de convulsiones. Una revision sistematica incluyo tres experimentos clínicos controlados (ECC) donde se comparo el sulfato de magnesio versus diazepam para la atencion de mujeres con eclampsia. Las variables de resultado fueron muerte y morbilidad grave en la madre. Se concluyo que el sulfato de magnesio se asocia con una reduccion importante de la recurrencia de las convulsiones, cuando se lo compara con el diazepam. Asimismo, tambien se observo una tendencia a la reduccion de la mortalidad (A1) (11). La dosis de sulfato de magnesio es un bolo de 4 g en 2 minutos y luego una infusion de 1 g por hora. La dosis puede aumentarse hasta 2 g por hora de acuerdo con la respuesta.

#### 10.1.4.5 Presentación de pelvis

Se debe realizar cesárea electiva a las 38-39 semanas de gestación para la presentación de pelvis. Una revisión sistemática realizada en el año 2000, cuyo objetivo fue evaluar los

efectos de la cesárea electiva para la presentación de pelvis sobre variables de resultado perinatales, incluyo tres ECC que comparaban cesárea electiva versus parto vaginal para la presentación de pelvis. Se concluyo de esta revisión que la cesárea electiva reduce la muerte perinatal o neonatal (RR: 0.29, IC95%: 0.10 a 0.86) asi como la morbilidad neonatal (RR: 0.33, IC95%: 0.19 a 0.86), a expensas de un leve aumento de morbilidad materna a corto plazo (RR 1.29, 95% CI 1.03 to 1.61) (A1) (12).

#### 10.1.4.6 Parto vaginal después de cesárea previa

Las mujeres con cesárea previa con cicatriz uterina segmentaria son candidatas y deben ser aconsejadas acerca de la posibilidad de un parto vaginal. Toda mujer con cesárea previa y sometida a parto vaginal debe recibir analgesia peridural (12) (A1). A las mujeres con cicatriz uterina vertical segmentaria que no se extiende al fondo uterino se les debe ofrecer la posibilidad de un parto vaginal.

El uso de prostaglandinas para maduración cervical o la inducción de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa debe ser discontinuado (B2) (12).

En virtud de que la ruptura uterina puede ser catastrófica, el parto vaginal posterior a cesárea debe ser atendido en instituciones equipadas para responder a emergencias medicoquirúrgicas de forma inmediata. Se contraindica el parto vaginal en mujeres con cesárea clásica o fúndica. La decisión del parto vaginal posterior a cesárea previa debe ser tomada en mutuo acuerdo con la usuaria y su decisión debe ser documentada en la historia clinica (B2) (13).

#### 10.2 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 ofrecerse apoyo físico, emocional y psicológico continuo durante el trabajo de parto y el parto. Se deben extremar los esfuerzos para que se haga apoyo emocional a todas las mujeres no solo por alguien cercano a ella sino por personal entrenado para tal fin.

Este apoyo debe incluir presencia continua, brindando bienestar y estímulo positivo. Una revisión sistemática que incluyo nueve estudios controlados donde se comparo el soporte emocional continuado durante el parto por un familiar o una persona preparada para ello, versus las normas habituales mostro que la presencia continua de una persona sin relación social con la madre entrenada para dar apoyo emocional, redujo la necesidad de analgésicos en 16%, la incidencia de cesárea en 23%, y la depresión neonatal a los cinco minutos en 50% (A1) (14). Posteriormente, otra revisión sistemática que incluyo 15 ECC mostro que las mujeres que tuvieron soporte intraparto continuo tuvieron menos probabilidad de tener analgesia intraparto, parto operatorio o de informar insatisfacción con la experiencia. Los beneficios fueron mayores cuando el soporte fue brindado por personas que no formaban parte del personal del hospital, cuando comenzó tempranamente en el trabajo de parto y en sitios donde no se disponía rutinariamente de analgesia epidural (A1) (15). Luego, se procede a efectuar las siguientes medidas:

- Tomar signos vitales a la madre por lo menos una vez cada hora: frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria La presencia de factores de riesgo condicionará 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.

- Diligenciar el partograma a todas las usuarias al inicio de la fase activa del trabajo de parto. En el partograma se registrara la dilatación , borramiento, estación , estado de las membranas y variedad de posición . Cuando la curva de alerta registrada en el partograma sea cruzada por la curva de progresion (prolongacion anormal de la dilatacion) debe hacerse un esfuerzo por encontrar y corregir el factor causante. Las alteraciones del partograma deben conducir a un manejo activo del trabajo de parto o a interconsulta con el especialista. Los factores causantes de distocia en el primer periodo del parto pueden dividirse en dos grandes grupos:

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

- *Distocia dinámica:* en este caso, los factores afectan el mecanismo de la contraccion en presencia de una relacion cefalo-pelvica adecuada. Los factores que se deben descartar son: mal control del dolor, hipodinamia uterina, deshidratacion e infeccion amniotica. El tratamiento que se instaure debera corregir el factor identificado. Si luego de aplicadas las medidas correctivas no se logra progresion, se debe evaluar la capacidad resolutive de la institucion y, en caso necesario, remitir a un nivel de mayor complejidad. La evidencia disponible no permite concluir cual o cuales lineas de acción utilizar. Se debe utilizar el partograma que la institucion acuerde. En un experimento clínico controlado (ECC) se asignaron en forma aleatoria gestantes nuliparas saludables en fase activa del trabajo de parto a termino a manejo agresivo del trabajo de parto (n = 344) o a manejo expectante (n = 350). El manejo agresivo incluyo el uso de un partograma de una sola línea, tacto vaginal cada dos horas y uso de ocitocina si se cruzaba la linea. El manejo expectante consistió en el uso de un partograma con dos líneas (una línea de alerta y una línea de acción paralela a la anterior, cuatro horas a la derecha de la anterior) y tacto vaginal cada cuatro horas; si se alcanzaba la línea de acción se iniciaba oxitocina y se examinaba la paciente cada dos horas. La tasa de cesáreas fue significativamente menor en el grupo de manejo agresivo (16% vs 23.4%; RR: 0.68, IC 95%: 0.5 a 0.93), se uso significativamente mas ocitocina en el grupo de manejo agresivo, pero no hubo diferencias en el uso de analgesia, episiotomia ni apgar al minuto y a los cinco minutos (A1) (16). En otro ECC, llevado a cabo en un hospital universitario de Inglaterra, se asignaron aleatoriamente a 928 primigestantes con gestaciones no complicadas en trabajo de parto espontaneo a termino, a tener un registro del progreso de su trabajo de parto en un partograma con linea de accion a las 2, 3 o 4 horas a la derecha de la linea de alerta. Si el progreso alcanzaba la linea de accion se considero trabajo de parto prolongado y se manejo siguiendo un protocolo estandar.

La tasa de cesáreas fue mas baja cuando se uso el partograma con una linea de accion de cuatro horas. La diferencia entre el partograma de tres y cuatro horas fue estadisticamente significativa (OR: 1.8 IC95%: 1.1 a 3.2), pero la diferencia entre el partograma de dos y cuatro horas no (OR: 1.4 IC95%: 0.8 a 2.4). Las mujeres en la rama de

dos horas estuvieron mas satisfechas con su trabajo de parto en comparación con las mujeres en las ramas de tres y cuatro horas. Esto sugiere que las mujeres prefieren el manejo activo y que es posible que los partogramas que favorezcan la acción mas temprana se asocien con mayor tasa de cesáreas (A1) (17).

Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en el partograma.

*Se debe auscultar intermitentemente la fetocardia en reposo y postcontracción.* La frecuencia cardiaca fetal debe tomarse por un minuto completo, por lo menos una vez cada 30 minutos durante la fase activa y cada cinco minutos durante el segundo periodo (C3) (8).

No se recomienda practicar monitoria electrónica fetal de rutina en embarazos sin factores de riesgo durante el trabajo de parto. Una revisión sistematica que incluyo 12 ECC comparo la eficacia de monitoreo intraparto de rutina con la auscultacion intermitente en embarazos sin factores de riesgo.

Se concluyo que el unico beneficio del uso de monitoreo intraparto de rutina fue la reduccion de convulsiones neonatales, cuando se acompañaba de la determinación del pH en sangre de cuero cabelludo. No se conoce el impacto que esto tendría a largo plazo. El monitoreo intraparto sin la determinación del pH no genera reduccion en la morbilidad perinatal. El uso de monitoreo intraparto de rutina sin la determinación del pH en sangre de 440 Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública cuero cabelludo no tiene impacto en la morbimortalidad perinatal, y no se justifica su uso en forma rutinaria (A1) (18).

Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicacion medica. Si las membranas están rotas, se debe restringir el número de exámenes vaginales.

*No se debe realizar amniotomía rutinaria durante el trabajo de parto para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo.* Una revision sistematica investigo los efectos de la amniotomía sobre la tasa de cesáreas y otros indicadores de morbilidad materna y neonatal, tales como el APGAR menor de siete a los cinco minutos y admisiones a la unidad de cuidados intensivos neonatal. La revision incluyo 9 ECC en los que se comparaban la amniotomía rutinaria versus no hacer amniotomía. La amniotomía se asocio con una reduccion en el trabajo de parto entre 60 y 120 minutos, pero hubo una tendencia al aumento del riesgo de cesárea (OR = 1.26; IC:95% 0.96-1.66). La probabilidad de un APGAR a los cinco minutos menor de siete se redujo en asociación con la amniotomía temprana (OR = 0.54; IC95%: 0.30-0.96); sin embargo, no hubo diferencias respecto a otros indicadores tales como el pH arterial de cordón y admisiones a la unidad de cuidados intensivos. También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la amniotomía y la disminucion en el uso de ocitocina (OR = 0.79; IC 95%: 0.67-0.92). Los autores concluyeron que la amniotomía se asocia con riesgos y beneficios. Los beneficios incluyen la reduccion de la duración del trabajo de parto y una posible reduccion en los puntajes de APGAR anormales a los cinco minutos. Sin embargo, el meta- análisis no soporta la hipótesis de que la amniotomía temprana reduce el riesgo de cesárea; de hecho hubo tendencia a su aumento.

En un experimento grande incluido en esta revisión sistematica se observo una asociacion entre amniotomía temprana y parto por cesárea por sufrimiento fetal. Los

datos sugieren que la amniotomía se debe reservar para mujeres con progreso anormal del trabajo de parto (A1) (19). No hay beneficios evidentes del uso rutinario de intervenciones como la aceleración del trabajo de parto, la confinación a la cama y la administración de líquidos endovenosos (Smith H, 2002). En nuestro medio se recomienda mantener un acceso venoso y la administración de líquidos endovenosos.

*Durante el trabajo de parto debe usarse analgesia para alivio del dolor según necesidad.*

Los analgésicos que se pueden utilizar durante el trabajo de parto incluyen meperidina, hidroxicina, morfina u otros analgésicos y analgesia regional (C3) (6, 8).

*Si se decide analgesia regional durante el trabajo de parto, se recomienda la analgesia combinada espinal-epidural.* Una revisión analizó los efectos relativos de la analgesia combinada espinal-epidural versus la analgesia epidural durante el trabajo de parto. Se incluyeron 14 ECC. La analgesia combinada mostró un tiempo menor desde la primera inyección hasta la obtención de una analgesia materna efectiva (diferencia promedio ponderada de 5.50 minutos (IC 95%: -6.47 a -4.52), aumento de la incidencia de satisfacción materna (OR 4.69, IC 95%: 1.27 a 17.29) y un aumento en la incidencia de prurito OR 2.79 (IC 95%: CI 1.87 a 4.18). No se encontraron diferencias entre la analgesia combinada y la epidural sola con respecto a la movilidad materna, requerimientos de analgesia de rescate, incidencia de cefalea postpunción o parche sanguíneo, hipotensión, retención urinaria, incidencia de parto con forceps, tasa de cesáreas ni admisión del recién nacido a la unidad neonatal. No fue posible obtener conclusiones acerca de complicaciones raras tales como lesión nerviosa y meningitis (Resolución 5261 de 1994, Libro II Título I Art. 103) (A1) (20).

Otras recomendaciones para aplicar durante el trabajo de parto se encuentran en los anexos 1, 2 y 3.

Al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a la sala de partos o acondicionar el sitio donde ocurrió el trabajo de parto para el nacimiento. El parto debe ser atendido por el médico y asistido por personal de enfermería. *Se debe suspender la aplicación de enema rutinario a las gestantes en trabajo de parto en los sitios donde aún se haga esta intervención.* Una revisión sistemática mostró que el único efecto demostrado de esta práctica fue que las mujeres que recibían enema tuvieron menos incidencia de deposiciones durante el parto que aquellas que no recibieron. La incidencia de infección tanto neonatal como de la sutura perineal fue similar en el grupo experimental y en el grupo control. La evidencia no es concluyente debido a que ambos estudios son de escaso tamaño muestral. La falta de evidencia que favorezca esta intervención implica que la administración rutinaria de esta práctica poco comfortable debe ser abandonada. Solamente podría ser aplicada ante el pedido de la paciente (A1) (21).

*Se debe suspender el rasurado durante el parto en los sitios donde aún se haga esta intervención.* Existen dos ECC que abordan este tema. Los resultados muestran 442 Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública que no existe beneficio en cuanto a la morbilidad materna al utilizar esta práctica (a1) (22).

10.3 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 periodo es de capital importancia el contacto visual y verbal con la gestante para 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. 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.

El pujo voluntario solo debe estimularse durante el expulsivo y en el momento de las contracciones.

*Se debe suspender la episiotomía rutinaria durante el parto en los sitios donde aún se haga esta intervención. Se debe dar uso restrictivo de la episiotomía (parto instrumentado, parto pretermino, parto en pelvis, sospecha de macrosomía fetal, desgarro perineal inminente). Una revisión sistemática analizó los posibles efectos beneficiosos y perjudiciales del uso restrictivo de la episiotomía comparado con el uso rutinario. Se incluyeron 6 ECC y se concluyó que el uso rutinario de la episiotomía no disminuye la incidencia de desgarro perineal de 3 y 4 grados y que su uso restrictivo muestra un menor riesgo de morbilidad incluyendo trauma perineal posterior, necesidad de sutura del trauma perineal y complicaciones en la cicatrización a los siete días. No hay diferencias en lo que respecta a trauma y dolor perineal o vaginal severo, dispareunia o incontinencia urinaria. La única desventaja del uso restrictivo de la episiotomía es un aumento del riesgo de trauma perineal anterior (A1) (23).*

*No hay beneficios evidentes de la posición decúbito dorsal para el nacimiento, de la separación de madres y recién nacidos después del nacimiento ni de la aspiración rutinaria de los neonatos no expuestos a meconio (24). La institución que atiende a la gestante durante el parto debe tener la capacidad de atención para el RN. Por lo tanto, el prestador que contrate la atención de partos de igual manera contratará la atención del neonato; por su parte, las administradoras deberán exigir la prestación integral de los dos componentes.*

*No se debe realizar de forma rutinaria presión fúndica para acelerar el expulsivo (Maniobra de Kristeller).*

La atención del recién nacido debe hacerse de acuerdo con la Guía para la atención del recién nacido.

Se debe permitir inmediatamente el contacto piel a piel de la madre con el recién nacido. Una revisión que incluyó 17 estudios encontró efectos positivos y estadísticamente significativos del contacto temprano piel a piel sobre la lactancia materna uno y tres meses después del parto, y sobre la duración de la lactancia. También se encontraron efectos positivos sobre afecto, caricias y apego maternos (A1) (25). En caso de mortinato, remitir con la placenta a patología para estudio

anatomopatológico. Dependiendo de la edad fetal se procedera a realizar necropsia, tomar muestras y remitir. Se debe consultar con patologia. Tambien, se debe brindar apoyo psicologico permanente a la madre.

### 10.3.1 Pinzamiento del cordón umbilical

Tabla 6

Tabla 6  
Tipos de pinzamiento del cordón umbilical

Pinzamiento	Indicaciones	Contraindicaciones	Precauciones
<p>Las condiciones clínicas que indican el pinzamiento habitual del cordón son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrupción de la palpación de las arterias umbilicales</li> <li>• Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical</li> <li>• Rotura o laceración de la piel</li> </ul> <p>Realizar antes de y dentro de los primeros minutos del nacimiento</p>	<p>Las condiciones clínicas que indican el pinzamiento inmediato del cordón son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Placenta previa o anudado, para evitar sangrar la pérdida de sangre del cordón neonato</li> </ul> <p>Realizar antes nacimiento</p>	<p>Las condiciones clínicas que indican el pinzamiento precoz del cordón son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotación nac dos hijos de madres diabéticas, para reducir el riesgo de poliglobulia</li> <li>• Insuficiencia de placenta fetal</li> <li>• Mantener férreo y para mantener el paso de anticuerpos maternos</li> <li>• Morte HIV positivas (Realizar entre 30 segundos y un minuto después del nacimiento)</li> </ul>	<p>Las condiciones clínicas que indican el Pinzamiento diferido del cordón son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolapso y prociencia del cordón</li> <li>• Parto en presentación de pelvis</li> <li>• Ruptura prolongada de membranas</li> </ul> <p>Realizar con posterioridad a los tres minutos después del nacimiento</p>

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

### 10.4 Atención del alumbramiento

En la actualidad, en medios hospitalarios se debe realizar manejo activo del alumbramiento en vez del manejo expectante. El manejo expectante del tercer periodo del trabajo de parto consiste en permitir que la placenta sea expulsada espontaneamente o ayudada por la gravedad o la estimulación del pezón. Los signos clinicos para valorar un desprendimiento espontaneo de la placenta son: contracción del fondo uterino; formación del globo de seguridad; expulsión subita de sangre; descenso de la pinza indicadora (descenso del cordón umbilical); reaparición de contracciones dolorosas; palpación de la placenta en la vagina; signo del pescador (al ejercer tracción del cordón se observa el descenso del fondo uterino si no ha ocurrido el desprendimiento) y signo del pistón (tracción cefalica del segmento para valorar el ascenso del cordón cuando no ha ocurrido el desprendimiento). El manejo activo consiste en lo siguiente:

- Dentro de un minuto del nacimiento se palpa el abdomen para descartar la presencia de otro feto y se administra un medicamento uterotónico: ocitocina o ergometrina si no hay contraindicaciones tales como hipertensión, preeclampsia o eclampsia.
- En la mayoría de los estudios se hace pinzamiento temprano del cordón para realizar el resto del protocolo. El cordón se pinza cerca del perine.
- Esperar una contracción uterina fuerte (usualmente dos a tres minutos después del parto).

d. Aplicar tracción controlada del cordón para obtener lentamente el parto de la placenta, mientras que se estabiliza el útero aplicando contracción por encima del pubis para prevenir la inversión uterina.

e. Si la placenta no desciende, detener la tracción y esperar la siguiente contracción.

f. Tan pronto como ocurra el parto de la placenta hacer masaje uterino hasta que este bien contraído.

Una revisión sistemática analizó los efectos del manejo activo versus el manejo expectante sobre la pérdida sanguínea, la hemorragia posparto y otras complicaciones maternas y perinatales del tercer periodo del parto. Se incluyeron cinco ECC que comparaban el manejo activo del tercer periodo del parto con el manejo expectante. En instituciones hospitalarias de maternidad el manejo activo se asoció con reducción de los riesgos de pérdida sanguínea materna (diferencia promedio ponderada -79.33 mL (IC95%: -94.29 a -64.37); hemorragia posparto de más de 500 mL (RR: 0.38, IC95%: 0.32 a 0.46) y de tercer periodo prolongado (diferencia promedio ponderada -9.77 minutos, IC 95%: -10.00 a -9.53). El manejo activo se asoció con un aumento del riesgo de náuseas maternas (RR 1.83, IC 95%: 1.51 a 2.23), vómito y presión arterial aumentada (probablemente debido al uso de ergometrina). No hubo ventajas o desventajas aparentes para el recién nacido. Se concluye que el manejo activo es superior al manejo expectante en términos de pérdida sanguínea, hemorragia posparto y otras complicaciones serias del tercer periodo del parto. Sin embargo, el manejo activo se asoció con el aumento del riesgo de efectos colaterales como náuseas y vómito e hipertensión, cuando se usó ergometrina. El manejo activo debe ser de elección en un medio hospitalario. Las implicaciones son menos claras para otros escenarios incluyendo la práctica domiciliaria (26).

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, etcétera.).

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.

Después del alumbramiento se continúa con una infusión I.V. de 5 a 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.

Si la madre lo ha elegido, se puede proceder a aplicar el DIU posparto. Este debe aplicarse antes de hacer las suturas perineales; si no es posible, se hará dentro de las primeras 48 horas del posparto. La aplicación del DIU posparto debe ser hecha por personal experto con entrenamiento específico.

Suturar los desgarros de cuello o perineales o la episiotomía en forma anatómica por planos sin dejar espacios muertos o hemorragia activa. Se 446 Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública recomienda el uso de suturas de sintéticas absorbibles en lugar de catgut para reparar las lesiones perineales. Una revisión sistemática incluyó 7 ECC que compararon la utilización de materiales sintéticos versus el

catgut para la reparación del perine. Se analizaron las siguientes variables de desenlace: dolor, cantidad de analgesia utilizada, grado de dispareunia, remoción del material de sutura, necesidad de resuturar la herida y dehiscencia. Los resultados de esta revisión muestran que el uso de ácido poliglicólico para la reparación del perine luego del nacimiento está asociado con menor dolor y dispareunia. Asimismo, el uso de ácido poliglicólico está asociado con aumento en la necesidad de remoción del material. Los materiales sintéticos absorbibles deben ser usados para reparar el perine aunque exista un aumento de la necesidad de remoción de la sutura en el posparto (A1) (27).

No se recomienda la revisión uterina de rutina. Se recomienda la revisión restrictiva de la revisión uterina (sospecha de retención de restos placentarios o de membranas, hemorragia posparto, corioamnionitis, parto pretérmino).

#### 10.5 Atención del puerperio inmediato

Este periodo comprende las dos primeras horas posparto. Durante este, 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
- Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas si no se producen alteraciones en este periodo, la madre debe trasladarse al sector de alojamiento conjunto y allí se le instruya y apoyara sobre la lactancia materna a libre demanda, vacunación, puericultura, signos de alarma, consulta de puerperio y demás temática pertinente.

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.

#### 10.6 Atención durante el puerperio mediato

Este periodo comprende desde las primeras dos hasta las 48 horas posparto.

Las siguientes acciones deben incluirse durante este periodo, 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 e infección puerperal, vigilando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fetidos
- Deambulación temprana
- Alimentación adecuada a la madre

*En caso de evolución satisfactoria, se puede dar salida a la madre cuando hayan transcurrido al menos 24 horas de observación posparto.*

*Se recomienda suministrar inmunoglobulina anti-D dentro de las 72 horas después del parto a todas las mujeres Rh negativo, sin anticuerpos anti-D, quienes tuvieron un niño Rh positivo. Una revisión sistemática incluyó 6 ECC que compararon la profilaxis anti-D con no*

tratamiento o placebo en mujeres Rh negativas, sin anticuerpos anti-D, quienes tuvieron un niño Rh positivo. Los estudios incluyeron más de 10.000 mujeres.

La Ig anti-D redujo la incidencia de aloinmunización RhD seis meses después del parto (RR: 0.04, IC 95%: 0.02 a 0.06), y en una gestación posterior (RR: 0.12, IC 95%: 0.07 a 0.23). Estos beneficios se observaron independientemente del status ABO de la madre y el niño, cuando la anti-D se suministró dentro de las 72 horas del parto. Las dosis más altas (hasta 200 microgramos) fueron más efectivas que las dosis más bajas (hasta 50 microgramos) para prevenir la aloinmunización RhD en una gestación subsecuente. Sin embargo, la evidencia sobre la dosis óptima es limitada (A1) (28). Si no se han presentado complicaciones se puede dar de alta a la madre con su recién nacido.

#### 10.7 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 Guía de atención para planificación familiar en hombres y mujeres
- Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento, 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 control ya establecida a fin de controlar el puerperio dentro de los primeros 7 días del parto.

Se debe administrar la vacuna triple viral MMR (sarampión, rubeola y parotiditis) a las mujeres en el posparto de acuerdo con el estado de inmunización materna.

Se debe instruir a la madre, con respecto a la importancia de conocer los resultados de la hemoclasificación del neonato y del tamizaje del hipotiroidismo congénito. La madre debe consultar nuevamente a la institución para conocer el resultado del tamizaje y traer al recién nacido para las pruebas confirmatorias cuando este indicado.

#### 11. Procedimientos de salud pública

Los niveles de atención y los códigos se señalan en la tabla del punto anterior.

Los indicadores de cumplimiento y centinela de calidad que se proponen son:

Cumplimiento de metas de atención institucional del parto (95%).

Cumplimiento en la aplicación de triple viral a mujeres en el posparto.

Además del diligenciamiento del certificado de nacido vivo, se recomienda implementar el Sistema informático perinatal (CLAP) con fines de notificación.

Este sistema permite la obtención y notificación de información acerca de tasas de parto a término y pretermino, razones o tasas de mortalidad y morbilidad materna y perinatal,

peso al nacer y otros indicadores de interés en salud pública tales como prácticas basadas en la evidencia, bajo peso al nacer y necesidades de remisión, entre otros. Se consideran adecuados una cobertura mayor o igual a 80% de aplicación del SIP y más de 80% de llenado adecuado de las variables.

### 12. Garantía de la calidad

Los informes y el cumplimiento de los requisitos de acreditación y habilitación constituyen un indicador de gestión. Los indicadores de gestión múltiples, indicadores epidemiológicos se pueden obtener utilizando el sistema informático perinatal (CLAP). Son indicadores de calidad el cumplimiento de las metas de parto institucional y de vacunación posparto, sin perjuicio del análisis de encuestas a usuarios. Los indicadores de impacto son la mortalidad materna y perinatal.

### 13. Cuadro nivel de evidencia

NIVEL DE EVIDENCIA	INDICADOR
C	Grado de recomendación C, nivel de evidencia 2
C	Grado de recomendación C, nivel de evidencia 2
A	Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1



<p>Se debe realizar monitoreo continuo ante la presencia de meconio espeso. La presencia de meconio espeso puede indicar sufrimiento fetal, por lo que se debe realizar monitoría electrónica fetal</p>	<p>Grado de recomendación C, nivel de evidencia 2</p>
<p><b>GESTACIONES 24 SEMANAS</b>          Toda mujer con gestación de 24 semanas o más, se debe iniciar el monitoreo para evaluar la efectividad del trabajo de parto. Determinar siempre la edad gestacional al nacimiento de una FUR con el objetivo de un diagnóstico de parto prematuro</p>	<p>Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1</p>
<p><b>PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA</b>          Se debe iniciar terapia con sulfato de magnesio a las gestantes con diagnóstico de preeclampsia. (Nivel de evidencia II, grado de recomendación A)          Se debe iniciar terapia con sulfato de magnesio a las pacientes con eclampsia</p>	<p>Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1</p>
<p><b>PRESENTACION DE PVLVS</b>          Se debe realizar ecografía al tercer trimestre a todas las gestantes para la presentación de las faldas</p>	<p>Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1</p>
<p><b>PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA PREVIA</b>          Las mujeres con cesárea previa con cicatriz uterina segmentaria sin cicatrices y deben ser aconsejadas acerca de la posibilidad de un parto vaginal. Toda mujer con cicatriz previa y tentada a parto vaginal debe recibir analgesia peridural</p>	<p>Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1</p>
<p><b>PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA PREVIA</b>          Las mujeres con cesárea previa con cicatriz uterina segmentaria sin cicatrices y deben ser aconsejadas acerca de la posibilidad de un parto vaginal. Toda mujer con cicatriz previa y tentada a parto vaginal debe recibir analgesia peridural</p>	<p>Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1</p>
<p>A las mujeres con cicatriz uterina vertical segmentaria que no se encuentre al final del tercio inferior uterino, se debe la posibilidad de un parto vaginal. El uso de prostaglandinas para mat. med. no se recomienda en la inducción de trabajo de parto en mujeres con cicatriz previa sobre una desartroscopia</p>	<p>Grado de recomendación B, nivel de evidencia 2</p>
<p>En virtud de que la cicatriz uterina puede ser obstétrica, el parto vaginal posterior a cesárea debe ser abordado con las precauciones adecuadas para responder a las emergencias medicas. (grupos de forma inmediata). Se contraindica el parto vaginal en mujeres con cesárea clásica o fúndica. La decisión del parto vaginal posterior a cesárea previa debe ser tomada en mutuo acuerdo con la paciente y su decisión debe ser documentada en la historia clínica</p>	<p>Grado de recomendación B, nivel de evidencia 2</p>
<p><b>ATENCION DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO (DILATACION Y BORRAMIENTO).</b>          Debe ofrecerse apoyo físico, emocional y psicológico continuo durante el trabajo de parto y el parto. Se debe extremar las precauciones para evitar el agotamiento emocional de todas las mujeres involucradas en el proceso de parto, para ser presentadas ante el parto. Este apoyo debe incluir presencia de un familiar o persona cercana y ambiente positivo.</p>	<p>Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1</p>
<p>Los factores que afectan el mecanismo de la contracción en presencia de una relación cefalo-pélvica adecuada son: (a) control del color, (b) opcinamia uterina, (c) deshidratación o infarto de miocardio. El padecimiento que se instaura deberá corregir el factor determinante. Si luego de aplicadas las medidas correctivas, no se logra progresión, se debe evaluar la capacidad residual de la institución y, en caso necesario, remitir a un nivel de mayor complejidad.          La evidencia disponible no permite concluir sobre cuáles líneas de acción utilizar. Se debe utilizar el protocolo que la institución cuente</p>	<p>Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1</p>

## Bibliografía

1. Reduccion de la mortalidad y la morbilidad maternas: Consenso Estrategico Interagencial para America Latina y el Caribe. Washington D.C. PAHO, 2003. ISBN 92 75 32487 5.
2. Ministerio de Salud. Direccion General de Salud Publica. SIVIGILA. [www.col.opsoms.org/sivigila/2001/bole37\\_2001](http://www.col.opsoms.org/sivigila/2001/bole37_2001)
3. Cuartas JD, Mesa CM, Ochoa G, Torres Y, Osorio JJ, Rios X, Montoya LP. Grupo de investigacion Gineco-CES. Factores asociados con mortalidad materna. Medellin 2002-2003.
4. Saboya MI. Mortalidad materna en Colombia una aproximacion ecologica, 2005. Tesis de grado para optar el titulo de Magister en Salud Publica. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Publica. Bogota, D.C. 2005.
5. Profamilia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, USAID, Ministerio de la Proteccion Social, UNFPA. Encuesta nacional de demografia y salud. Colombia 2005. Disponible en: [www.profamilia.org.co/encuestas](http://www.profamilia.org.co/encuestas)
6. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Prevention, diagnosis and treatment of failure to progress in obstetrical labor. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004 Oct. 35 p
7. Kenyon S, Bouvain M, Nelson J. Antibioticos para la rotura prematura de membranas antes de termino (Revision Cochrane traducida). En: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software
8. OMS, FNUAP, UNICEF, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guia para obstetricas y medicos, OMS. Traducido del original en ingles por la OPS. 2002
9. Crowley P. Corticosteroides con fines profilacticos para el parto prematuro (Revision Cochrane traducida). En: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software
10. 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 randomized placebo-controlled trial. *Lancet*. 2002; 359(9321): #1877-90
11. Duley L, Henderson-Smart D. Sulfato de magnesio versus diazepam para la eclampsia. Biblioteca de salud reproductiva de la Organizacion Mundial de la Salud, 1999 Vol. 2.
12. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, issue 3, 2001.
13. ACOG Practice Bulletin No. 54, (2004) Vaginal Birth after Previous Cesárean Delivery 104 (1); 2004: 203-212.
14. Hodnett, ED. Support from caregivers during childbirth. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
15. 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.



16. Pattinson RC, Howarth GR, Mdluli W, Macdonald AP, Makin JD, Funk M. Aggressive or expectant management of labour: a randomised clinical trial. *BJOG* 2003; 110(5): 457-61
17. Lavender T, Alfirevic Z, Walkinshaw S. 1998 Lavender T, Alfirevic Z, Walkinshaw S. Partogram action line study: a randomised trial. *BJOG* 1998; 105 (9): 976-80.
18. Thacker SB, Stroup DF. Continuous electronic fetal heart monitoring during labor. (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Updated Software, 1998.
19. Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
20. Hughes D, Simmons SW, Brown J, Cyna AM. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
21. Cuervo LG, Rodriguez MN, Delgado MB. Enema vs no enema during labor. (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
22. Garforth S, Garcia J. Hospital admission practices. In: Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC (eds). *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford:Oxford University Press 1989, pp. 820-826.
23. Carroli G, Belizan J, Stamp G. Episiotomy policies in vaginal births. (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998
24. Smith H. Effective Health Care Alliance Programme, Liverpool School of Tropical Medicine, UK Liverpool UK. *Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, No 5, Geneva, WHO/RHR/02.15, 2002.*
25. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N., 2005.
26. Prendiville WJ, Elbourne D, Mc Donald S. Active versus expectant management of the third stage of labour. *Cochrane Review*. In: The Cochrane Library, issue 2, 1998.
27. Kettle C, Johanson RB. Absorbable Synthetic vs. Catgut Suture Material for Perineal Repair. (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2, Oxford (Software), 1998.
28. 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.
29. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. *Boletín de salud perinatal* 2001; 19: 3-9.
30. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. *Boletín de salud perinatal* 2000; 18:3 -6.
31. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. *Boletín de salud perinatal* 1998; 17:3 -7.