
PROTOCOLO EN DESARROLLO

Protocolo de Atención del Parto Normal en un servicio público. Una propuesta para mejorar la calidad de atención

José Lattus Olmos*

RESUMEN

Pese a los avances científicos y tecnológicos en todos los aspectos de la vida humana y a la globalización que pretende que a cada cual le toque aunque sea por rebalse un mínimo de mejoría en su condición humana, las maternidades de nuestro país permanecen en el más desprotegido de los sectores que pueden por ellas hacer algo, el sistema de salud no permite mejorar los índices que a diario nos golpean, y los esfuerzos de las autoridades han sido insuficientes para ir en ayuda concreta de las miles de madres que a diario dan a luz, ni a los cientos de lactantes que día a día nos piden silenciosamente mejorar las mínimas condiciones en que nacen en tales servicios de salud. El parto en humanos ha sido objeto de innumerables estudios, en los que el hombre científico ha tratado de descubrir o de extraer de la madre naturaleza sus secretos más bien resguardados. Millones de años han sido suficientes para mantenerlos a ese resguardo y que aún hoy en el acmé del avance científico y tecnológico, no ha sido posible ponerlos a disposición de los profesionales que dedican su vida a la atención obstétrica. Ello ha dado pie para preparar este protocolo que no pretende otro objetivo que mejorar la calidad en la atención del parto y que aun así no será suficiente para que se logre índices óptimos, pero su revisión constante y los aportes hará que en pocos años, sea una guía y base para una mejor Atención del Parto Normal.

Palabras claves: Parto normal, protocolo, calidad de atención.

SUMMARY

Despite scientific and technological progress in all aspects of human life and to globalization, which claims that to every touch overflow even if it is for a minimum of improvement in their human condition, the maternity hospitals in our country remain in the most unprotected sectors that can by them to do something, the health system does not allow you to improve the indices that daily beat us,

* Médico Ginecólogo-Obstetra. Ex Jefe de Servicio, Profesor Asociado Facultad de Medicina, Director del Campus Oriente, Universidad de Chile. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.

Correspondencia: doctorjoselattus@gmail.com

Recibido el 3 agosto, 2016. Aceptado para su publicación el 14 octubre, 2017.

and the authorities' efforts have been insufficient to come to the aid of the thousands of mothers who give birth on a daily basis, nor to the hundreds of infants who day to day are asking us to quietly improve the minimum conditions that are born in such Health services. Childbirth in humans has been the subject of innumerable studies, in which the scientific man has sought to discover and/or remove of Mother Nature their most well-guarded secrets. Millions of years have been enough to keep them in that shelter and that even today in the acme of scientific and technological progress; it has not been possible to place them at the disposal of the professionals who devote their lives to the obstetric care. This has given rise to prepare this protocol that does not intend to another objective to improve the quality of service delivery and still not be sufficient to achieve optimal rates, but their constant review and contributions will in a few years, be a guide and basis for a better Care in Normal Birth.

Key words: Normal delivery, protocol, quality of care.

INTRODUCCIÓN

Los avances científicos y tecnológicos, así como los avances en la medicina, la prevención y la profilaxis de las enfermedades, determinan en un país los índices de calidad de la atención obstétrica que de por sí son sensibles e importantes como lo son la Mortalidad Materna e Infantil. Pese a los avances científicos y tecnológicos en todos los aspectos de la vida humana y a la globalización que pretende que a cada cual le toque aunque sea por rebalse un mínimo de mejoría en su condición humana, las maternidades de nuestro país permanecen en el más desprotegido de los sectores que pueden por ellas hacer algo, el sistema de salud no permite mejorar los índices que a diario nos golpean, y los esfuerzos de las autoridades han sido insuficientes para ir en ayuda concreta de las miles de madres que a diario dan a luz, ni a los cientos de lactantes que día a día nos piden silenciosamente mejorar las mínimas condiciones en que nacen en tales servicios de salud. El parto en humanos ha sido objeto de innumerable estudios, en los que el hombre ha tratado de descubrir o de extraer de la madre naturaleza sus secretos más bien cuidados. Millones de años han sido suficientes para mantenerlos a resguardo y que aún hoy en el acmé del avance científico y tecnológico, no ha sido posible ponerlos a disposición de los profesionales que dedican su vida a la atención obstétrica. Ello ha dado pie para preparar este protocolo que no pretende otro objetivo que mejorar la calidad en la atención del parto y que aun así no será suficiente para que se logre índices óptimos, pero su revisión constante y los aportes hará que en pocos años, sea una guía y base para la Atención del Parto Normal.

Lo anterior amerita la existencia de un Protocolo de la Atención del Parto Normal.

DEFINICIÓN

El parto es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y los anexos

ovulares, desde la cavidad uterina al exterior a través del canal del parto. Esta definición se refiere al parto normal y espontáneo^{1,2}.

Se define parto normal como aquel que se inicia de forma espontánea en una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, entre las 37^a-41^a semanas y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido sano que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina^{1,2}.

En la asistencia del parto no intervenido es fundamental la atención psicológica de la parturienta y su familia de parte del personal asistencial (matrona y auxiliar de enfermería) así como la labor de vigilancia del estado materno-fetal, requiriendo la asistencia del obstetra en caso de complicaciones y desvíos de la normalidad de los diferentes parámetros comprometidos en el trabajo de parto.

OBJETIVO

Favorecer el proceso del parto con el mínimo intervencionismo necesario para garantizar la seguridad materna y fetal, sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación que se ofrecen en la atención hospitalaria del parto.

BASES

La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico, en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad. Como lo estipulaba el Prof. Dr. Roberto Caldeyro-Barcia:

“El parto normal se considera un episodio fisiológico y natural de la vida el cual debe ser unidad para la familia. La mujer embarazada, o en trabajo de parto, no debe considerarse como una “paciente” sino como una madre, esto es, una mujer sana que tiene un hijo”¹⁻³.

CONSIDERACIONES GENERALES

Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de la mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y del feto o recién nacido o signifique ello una disminución inaceptable de las medidas de asepsia.

Favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres.

Reconocer el parto como acontecimiento singular y único en la vida de las mujeres y las familias, y en las relaciones de pareja.

Incorporar la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones relevantes e informadas en la atención al parto, para que las mujeres sean y se sientan protagonistas y responsables del parto.

PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCESO

La matrona es el profesional del equipo de obstetricia más directamente implicado en el seguimiento y el control del parto normal. Evitar toda intromisión innecesaria que pueda modificar el desarrollo natural de éste, preservando la intimidad de la gestante y su familia.

Es necesario que la matrona tenga muy buena comunicación con todo el equipo médico de turno (Obstetras, Neonatólogos, Anestesiólogos, etc.), y que éstos tengan a la matrona responsable de la mujer como referencia para cualquier actuación y/o información.

PREPARACIÓN Y PROCEDIMIENTOS

1. *Período de dilatación*

En general se intentará evitar el ingreso en Sala de Partos de aquellas gestantes que no cumplen los criterios para considerar que están en fase activa de parto: dinámica instaurada (2-3 contracciones cada 10 minutos), cuello anterior, borrado, blando, dilatación 5 cm.

a) Valorar las necesidades de la mujer, consideraciones específicas

- Favorecer un clima de confianza y respeto a la intimidad de la mujer durante la evolución del parto, rodeando esta etapa de una atmósfera grata y tranquilizadora.
- La gestante podrá estar acompañada en todo momento por una persona que ella elija. Los demás familiares permanecerán en la sala de espera ad hoc.
- Identificar e intentar eliminar las causas de miedo y ansiedad, con la preparación debida al personal auxi-

liar y paramédico, que son quienes están en contacto directo con la parturienta.

- Permitir a la gestante expresar sus conocimientos y opiniones sobre el proceso del parto y sobre los acontecimientos que tienen lugar durante este período, cuyo interlocutor válido será la matrona o el médico.
- Comprobar si es conocedora de los procedimientos de atención a la madre y recién nacido en el hospital. Intentar respetar, en la medida de lo posible, los deseos de la mujer si ello no conlleva un riesgo para la salud materno-fetal.
- Dar a conocer a la mujer que, en caso de necesidad, en algunas circunstancias se tendrá que administrar algún medicamento pero siempre estará informada previamente de la conveniencia de su aplicación, cuya responsabilidad será del médico anestesista, obstetra o matrona, responsables según el Código Sanitario.
- Informar a la gestante de que será necesario realizar las exploraciones oportunas (cada 2 horas o según necesidad) para controlar la evolución y del proceso de parto.
- Mantener un estado satisfactorio de higiene y confort. Se debe facilitar a la parturienta la adopción de la posición (sentada, acostada, deambulando, etc...) que le reporte una mayor comodidad tanto en el período de dilatación como expulsivo, favoreciendo esto incluso con anestesia epidural si las condiciones lo permiten, incentivar el uso del balón.
- Transmitir a la gestante y familiares más cercanos, de forma comprensible, completa y concisa, la información disponible sobre el estado y evolución del parto, dándoles el apoyo humano que este momento requiere.
- Se le permitirá la ingesta de pequeños sorbos de líquidos, o pequeñas dosis de gelatina.
- No se rasurará el perineo si no es necesario practicar una sutura, y si no es el caso, se limitará a la zona perineal, como tricotomía.
- Enema opcional, informando a la mujer sobre su práctica, solicitar su opinión y acordar su administración sólo como medida higiénica, incentivándola a nivel primario para que previamente a su hospitalización, se duche y defeque en su domicilio que le resultará más cómodo.
- Favorecer la micción espontánea. El sondaje vesical sólo se practicará si fuese necesario, especialmente posanestesia evitando el globo vesical.
- En cualquier momento, si se presenta alguna complicación o alteración de la normalidad, la matrona y el obstetra aplicarán el tratamiento necesario y que consideren adecuado, una vez se haya informado a la mujer debidamente y obtengan su consentimiento.

b) Control del dolor

- Facilitar apoyo psicológico y de medidas físicas coadyuvantes (paseos, masajes, cambio de posición, balones para la relajación, movimientos pélvicos...). La matrona permanecerá al lado de la gestante el mayor tiempo posible según el número de gestantes en la unidad de parto, en colaboración con la auxiliar de enfermería, ya que las mujeres que reciben apoyo intraparto continuo tienen mayor tendencia a partos vaginales.
- Informar a la gestante de los medios que el centro dispone para el alivio del dolor, sus beneficios y potenciales riesgos:
- Si la analgesia elegida es la epidural, se debería administrar a la menor dosis posible que permita el control del dolor, con el fin de producir el mínimo bloqueo motor y permitir que la parturienta deambule o adopte aquella postura que le aporte un mayor confort.
- Si la parturienta desea analgesia epidural, la monitorización fetal debe ser continua sólo si lo amerita, de lo contrario podrá ser intermitente, sobre todo si la anestesia es combinada y puede deambular si lo desea.
- Si la gestante no desea analgesia epidural, se informará al médico anestesista para que le informe de las posibilidades que el servicio posee para su administración y alivio.

c) Vía intravenosa

- No hay datos para poder evaluar la eficacia de tener canalizada una vía intravenosa durante el trabajo de parto, especialmente en la primera fase, en la que se debe facilitar la deambulación y libertad de movimientos y posición de la parturienta.
- La prudencia aconseja tener una vía permeable y ojalá heparinizada en todas las gestantes por si más adelante fuera preciso el tratamiento intravenoso, en la fase activa del trabajo de parto.

d) Control de ciclo

- Presión arterial, pulso y temperatura cada 2 horas, o según necesidad determinada por los profesionales a cargo (variará si la parturienta decide utilizar la analgesia epidural, etc.)

e) Control fetal

- En los partos no intervenidos se puede realizar motorización electrónica continua o intermitente en periodos de 20 minutos cada hora o se puede realizar auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) intermitente cada 15 minutos, durante 60 segundos durante y después de una contracción. El control clínico mediante auscultación intermitente, sólo es admisible si se dispone de una matrona por parto.
- Se deberá realizar monitorización continua en aquellos casos en que aparezcan datos de alarma (alteración de la FCF, anomalías de la dinámica uterina, líquido teñido con meconio o sangre, fiebre intraparto, etc...) si la situación clínica así lo aconseje o amerite (analgesia epidural, estimulación con oxitocina, etc...).
- Ante variaciones de la FCF que se alejen de los patrones considerados normales y que supongan una situación de riesgo de pérdida del bienestar fetal se avisará al obstetra de turno. Se recomienda, si las condiciones lo permiten, la realización de otros estudios que nos aporten más información sobre el estado fetal, ecografía por ejemplo.

f) Valoración de la progresión del parto

Partograma

- Desde el inicio del trabajo de parto, se recomienda emplear un partograma para registrar los datos obtenidos durante la evolución del parto así como todas las incidencias, indicaciones y tratamientos realizados. Recomendamos el siguiente esquema como orientación, en que se presentan los patrones del trabajo de parto y su duración (Figura 1).

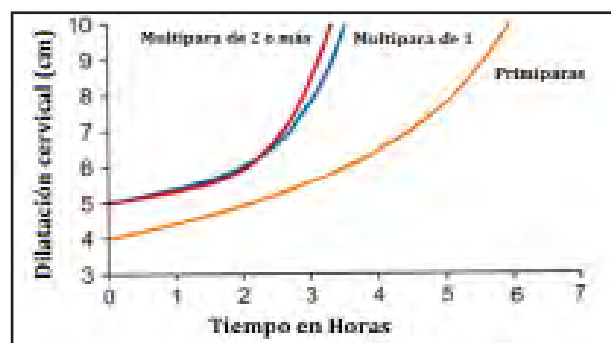


Figura 1. Curvas de trabajo de parto en embarazo único, de término e inicio espontáneo de trabajo de parto, con parto normal y resultados neonatales normales.

La fase latente se prolongaría de 3 a 6 horas desde los 4 cm, si las condiciones maternas y fetales no presentan anomalías, hasta llegar a los 5 cm en las primíparas, en que se iniciaría la fase activa, por lo que se debe esperar⁴.

En cuanto a las multíparas, recién después de los 6 cm presentan un avance del trabajo de parto más rápido que las primíparas, previo a ello, tendrá una duración similar.

Tactos vaginales

El número de tactos ha de ser el mínimo que permita valorar con seguridad la evolución del parto. Recomendamos el estudio realizado en nuestro servicio relativo a ello, "Tacto vaginal e instrumentación uterina: Factores de riesgo para Endometritis Puerperal". Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2008; Vol 3 (1): 48-53.

Suele ser suficiente un tacto cada 2-4 horas (según la estrategia de atención al parto normal, se aconseja no realizar más de uno cada 3 horas)⁴.

Dinámica uterina

Se considera dinámica uterina eficaz aquella que permite la progresión del parto sin efectos adversos para la madre o el feto.

En aquellos casos en que la auscultación se realice de forma intermitente, la valoración de la dinámica podrá ser manual y/o mediante registro externo.

Amniotomía

No se deberá realizar amniotomía de rutina. Después de los 5 cm de dilatación, según este protocolo, y aún más tardía en aquellas pacientes portadoras de Estreptococo tipo B, en fetos cuya cabeza aún no se ha orientado y descendido en el canal del parto.

Se practicará en el caso de que la dilatación no progrese adecuadamente o esté indicada, por necesidad de acceso al feto.

Oxitocina

El empleo de la oxitocina se limitará a aquellos casos de necesidad de obtener una mejor dinámica en caso de hipodinamia o casos en que la anestesia haya sido la causa de una relajación uterina, después de habérselo explicado a la parturienta.

No se considerará necesaria si el progreso del parto es el adecuado.

Su uso va ligado directamente a la obtención de una dinámica adecuada al momento del parto.

Si se emplea oxitocina, la monitorización del parto deberá realizarse de forma continua.

2. Período de expulsivo, consideraciones generales

La matrona y/o el obstetra mantendrán preferentemente una conducta expectante durante el expulsivo, siempre que las condiciones de salud materna y fetal lo permitan. Se considerará período expulsivo desde la dilatación completa, y solo se trasladará a la sala de partos si la presentación está en el III plano bajo o IV plano.

Se debe valorar durante el expulsivo, no sólo su duración, sino también su progreso. En ausencia de compromiso fetal, si la dinámica uterina es adecuada, la colaboración de la madre es buena y no existen problemas maternos que lo contraindiquen, se acepta como duración normal:

Sin epidural: 2 horas en nulíparas y una hora en multíparas.

En caso de anestesia regional: los límites se establecen en tres y dos horas para primíparas y multíparas respectivamente.

El manejo más fisiológico del expulsivo debería ser el de esperar a que la mujer sienta ganas de pujar. Si los pujos son efectivos, se dejará que los haga de la forma que ella desee para su comodidad.

Es importante que se haya establecido una buena relación entre la mujer y la matrona que asista el expulsivo para ayudar a controlar la respiración, evitar interferencias, informar en cada momento de la situación, etc.

Una vez se compruebe que el expulsivo es inminente se trasladará a la gestante a la sala de partos, como se mencionó, donde podrá ser acompañada por su pareja o persona elegida por ella.

En este período es recomendable realizar una monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal. Si se realiza una auscultación intermitente, se hará cada 2-3 contracciones o cada 5 minutos, durante 60 segundos, después de una contracción.

La falta de progreso y detención del descenso de la presentación hará replantearnos una evolución anormal del expulsivo, avisando al obstetra de turno para evaluar la actuación obstétrica pertinente.

La expulsión de la cabeza fetal se hará de la forma más lenta y controlada posible

La presión sobre el fondo uterino, podrá ser utilizada sólo con la intención de ayudar al desprendimiento de la cabeza, y solo realizada por un médico, u otro profesional como la matrona supervisada por éste, pero en ningún caso para facilitar el descenso de la presentación. La clásica maniobra de Kristeller está contraindicada.

Es importante realizar una adecuada protección del periné para minimizar el riesgo de desgarros.

La práctica de la episiotomía ha de ser restrictiva, limitada únicamente a los casos en que a criterio de quien asiste el parto considere necesario.

Para facilitar la distensión perineal y el desprendimiento de la cabeza fetal se puede usar compresas tibias o sustancias lubricantes como vaselina. Se evitará el masaje continuo de vulva y periné, para evitar el edema posparto.

Tanto sea un parto no intervenido como un parto instrumental se deberán adoptar las máximas medidas de limpieza y asepsia durante el expulsivo:

Tanto el personal asistencial como los acompañantes usarán gorros y mascarillas.

La sutura de una episiotomía o desgarro de periné se considera un procedimiento quirúrgico, por lo que se deben aplicar las normas habituales de asepsia.

Si fuera posible, y no se precisasen recoger los datos del pH del cordón umbilical, esperar hasta que el cordón deje de latir antes de seccionarlo (pinzamiento tardío de cordón).

Con respecto al recién nacido

No se separará al recién nacido de la madre, excepto que sea imprescindible para el apego precoz que mantiene el servicio.

La atención inicial del recién nacido se ha de hacer, siempre que sea posible, en la propia sala de partos y en presencia de los padres.

Si se precisaran maniobras de reanimación más profundas, a criterio del equipo que atienda al recién nacido, se llevará a la unidad de observación del recién nacido donde la matrona responsable y el equipo de neonatólogos procederán a la reanimación.

3. Período de alumbramiento

En un expulsivo normal es aconsejable esperar a que la placenta se desprenda espontáneamente. Nuestro servicio ha optado por el alumbramiento activo, con el objeto de evitar sangrado patológico y retención innecesaria de la placenta^{2,3}.

Los pasos a seguir incluyen sucesivamente:

- Masaje suave sobre el útero y vaciamiento vesical si fuese necesario.
- Tracción suave del cordón umbilical.
- Administración de oxitocina.
- Maniobra de Credé.

Si estas maniobras fracasan:

- Se avisará al obstetra que valorará la necesidad de realizar una extracción manual, siempre con anestesia

adecuada para evitar fenómenos vagales.

- En estos casos puede estar indicada la profilaxis antibiótica de la infección puerperal mediante la administración de antibióticos en dosis única, según protocolo del servicio, 1 gramo de cefazolina ev, o clindamicina en casos de alergia a penicilina.
- Después del alumbramiento se administrará oxitocina solo en caso necesario.
- Está indicado el alumbramiento dirigido en ciertos casos como feto macrosómico, gemelar, parto anterior con retención de placenta, multiparidad, anemia materna, etc.
- Luego de revisar y comprobar su integridad, la placenta se tratará como cualquier otro producto biológico.
- Producido el parto se debe revisar el periné y el canal del parto si hay sangrado, con el objeto de reparar los desgarros posibles o prolongación de episiotomía o desgarros de los ángulos de cuello uterino, realizar una sutura reparadora en caso necesario, utilizando anestesia local si fuera necesario.
- Finalizar con el aseo del periné y el cambio de ropa si precisa.
- Luego del parto, la madre permanecerá en el área de posparto durante dos horas.

Registros

Partograma. Se registrará en el partograma toda la evolución del parto así como el período de expulsivo y alumbramiento.

Hoja de identificación materno-fetal, comprobante del parto y datos de neonatología. Se le entregará el comprobante de parto y se le dará información sobre el procedimiento a seguir. Asimismo se entregará una parte de la hoja de identificación materna y de su recién nacido.

Pulseras de identificación materno-filial debidamente asignadas a la madre y recién nacido, según protocolo del servicio.

Todos los registros anteriores se introducirán en la ficha clínica.

Libro de partos: se anotarán adecuadamente todos los datos relativos a la paciente y recién nacido; así como la introducción de todos los datos en el programa ad hoc que se mantiene en la sala de escritura del pabellón obstétrico.

Revisión

Se revisará este protocolo cada año para su puesta al día.

BIBLIOGRAFIA

1. Libro: El parto en obstetricia. Lattus J. DIBAM, Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos. Departamento de Derechos Intelectuales, N° 162149, 09 de Abril 2007. Registro IBSN, N° 978-956-310-715-9 Cámara Chilena del Libro del 07 de Junio 2007.
2. Libro: Embarazo parto y puerperio. Lattus J., Mosella F. DIBAM, Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos. Departamento de Derechos Intelectuales. Registro de propiedad intelectual N° 171937, del 24 de Junio de 2008.
3. Libro: Embarazo parto y puerperio. 2da edición. Lattus J., Mosella F., Mizraji R. Inscripción Propiedad Intelectual DIBAM, N° 261.317. I.S.B.N. Cámara Chilena del Libro N° 978-956-362-321-5, 2016.
4. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor with Normal Neonatal Outcomes. Jun Zhang, PhD, MD1, Helain J. Landy, MD2, D. Ware Branch, MD3, Ronald Burkman, MD4, Shoshana Haberman, MD, PhD5, Kimberly D. Gregory, MD, MPH6, Christos G. Hatjis, MD7, Mildred M. Ramirez, MD8, Jennifer L. Bailit, MD, MPH9, Victor H. Gonzalez-Quintero, MD, MPH10, Judith U. Hibbard, MD11, Matthew K. Hoffman, MD, MPH12, Michelle Kominiarek, MD13, Lee A. Learman, MD, PhD13, Paul Van Veldhuisen, PhD14, James Troendle, PhD1, and Uma M. Reddy, MD, MPH1 for the Consortium on Safe Labor. *Obstet Gynecol.* 2010 December; 116(6): 1281-1287. doi:10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e.
5. María E. Mamani C, Ana M. Demetrio R, Sócrates Aedo M, Jorge Varas C, José Lattus O, Patricio Gayán B. "Tacto vaginal e instrumentación uterina: Factores de riesgo para Endometritis Puerperal". *Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.* 2008; Vol 3 (1): 48-53.