



Recomendaciones prácticas para la atención al parto desde el enfoque de cuidados maternos y neonatales respetuosos



**Recomendaciones prácticas
para la atención al parto**
desde el enfoque de cuidados maternos
y neonatales respetuosos





Recomendaciones prácticas para la atención al parto desde el enfoque de cuidados maternos y neonatales respetuosos



PUBLICACIONES INSTITUCIONALES • GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

La Habana • 2025

Catalogación de la Editorial Ciencias Médicas

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones prácticas para la atención al parto desde el enfoque de cuidados maternos y neonatales respetuosos. Ministerio de Salud Pública, Colectivo de autores. —La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2025.

44 p.: il. — (Publicaciones Institucionales. Serie Guía de Práctica Clínica).

-

-

Guía de Práctica Clínica, Parto Humanizado, Enfermería Obstétrica, Servicio de Ginecología y Obstetricia en Hospital, Cuba

-

WQ 300

Cómo citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública (CUB), Colectivo de autores. Recomendaciones prácticas para la atención al parto desde el enfoque de cuidados maternos y neonatales respetuosos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2025.

Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/recomendaciones-practicas-para-la-atencion-al-parto-desde-el-enfoque-de-cuidados-maternos-y-neonatales-respetuosos/>

Edición: Lic. Patricia L. George de Armas

Diseño y maquetación: D.I. José Manuel Oubiña González

Ilustraciones: D.I. Amanda Rodríguez Sánchez

Fotografías: Lic. Jorge Luis Baños Hernández

Sobre la presente edición:

© Ministerio de Salud Pública, 2025

© Editorial Ciencias Médicas, 2025

ISBN 978-959-316-241-8 (PDF)

ISBN 978-959-316-240-1 (EPUB)

Esta obra se difunde bajo una licencia Creative Commons de Atribución No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de copiar, compartir, distribuir, exhibir o implementar sin permiso, salvo con las siguientes condiciones: reconocer a sus autores (atribución), no usar la obra de manera comercial (no comercial) y, si produce obras derivadas, mantener la misma licencia que el original (compartir igual). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>



Esta publicación es resultado del Proyecto de Cooperación entre el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y el UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas en Cuba. Los puntos de vista, opiniones, conceptualizaciones y terminología utilizados son responsabilidad exclusiva de sus autores y no implican la expresión de ninguna opinión por parte del UNFPA. Los autores declaran no tener conflictos de interés respecto a esta obra.

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23, núm. 654, entre D y E, El Vedado

La Habana, C. P. 10400, Cuba

Teléfono: +53 7836 1893

ecimed@infomed.sld.cu

www.ecimed.sld.cu



Autoría

Elba M. Padrón Vera

Máster en Educación Médica Superior

Licenciado en Enfermería

Profesor Asistente

Departamento de Enfermería. Ministerio de Salud Pública

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Micelys Torres Sánchez

Máster en Antropología Sociocultural

Licenciado en Bioquímica

Profesor Asistente

Oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Cuba (UNFPA)

Universidad de La Habana

Roberto Carracero Beltrán

Máster en Atención Integral a la Mujer

Licenciado en Enfermería

Profesor Auxiliar

Departamento de Enfermería. Ministerio de Salud Pública

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Anahy Velázquez Aznar

Máster en Administración en Salud Pública

Licenciado en Enfermería

Profesor Auxiliar

Departamento de Enfermería. Ministerio de Salud Pública

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Dayana Couto Núñez

Máster en Urgencias Médicas
Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia
Profesor Auxiliar
Departamento Materno-Infantil. Ministerio de Salud Pública
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
<https://orcid.org/0000-0002-1827-6633>

Iliana Hernández Ramos

Máster en Atención Integral a la mujer
Especialista de I Grado en Salud Materno Infantil
Licenciado en Enfermería
Profesor Auxiliar
Hospital Universitario Ginecobstétrico Diez de Octubre
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Catherine Chibás Pérez

Especialista de II Grado en Pediatría
Profesor Asistente
Departamento Materno-Infantil. Ministerio de Salud Pública
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Norma Corrales Hernández

Máster en Salud de los Trabajadores
Licenciado en Enfermería
Departamento de Enfermería. Ministerio de Salud Pública
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
<https://orcid.org/0000-0002-3302-6157>

Osmaida Pedroso Valdés

Máster en Ciencias de Enfermería
Especialista de I Grado en Pediatría
Licenciado en Enfermería
Profesor Auxiliar
Departamento de Enfermería. Ministerio de Salud Pública
Universidad de Ciencias Médicas La Habana



Índice de contenidos

Introducción/ 1

Ambiente del parto/ 3

Ambiente físico/ 6

Ambiente emocional/ 6

Apoyo emocional y físico/ 8

Proceso del parto/ 10

Recomendaciones generales/ 10

Recepción de la gestante en cuerpo de guardia/ 12

Servicio de cuidados perinatales/ 12

Servicio de parto y parto/ 14

Estrategias para favorecer el avance del trabajo de parto y el manejo del dolor/ 15

Salón de parto/ 19

Alojamiento conjunto inmediato/ 23

Seguimiento a la puérpera/ 24

Seguimiento al recién nacido/ 24

Alojamiento conjunto mediano/ 26

Seguimiento a la puérpera/ 26

Seguimiento al recién nacido/ 27

Recomendaciones al alta hospitalaria/ 28

Conclusión/ 29

Referencias bibliográficas/ 31

Anexos/ 32

Anexo 1. Recomendaciones para la limpieza y cuidado de los recursos materiales no farmacológicos de manejo del dolor/ 32

Anexo 2. Modelo 4631 Parámetros para evaluar al recién nacido/ 35

Anexo 3. Modelo 4632 Parámetro para la evaluación de la puérpera/ 36



Introducción

El presente documento funciona como guía práctica de la *Guía de actuación para la atención al parto respetuoso*, publicada en 2022,⁽¹⁾ y se ha diseñado para proporcionar herramientas prácticas y operativas al personal de salud en Cuba.

El enfoque de atención respetuosa al parto es un componente fundamental de los Cuidados Maternos y Neonatales Respetuosos (CMNR). Estos principios se aplican de manera universal a todas las gestantes, independientemente de su estado de salud o del tipo de nacimiento (vaginal o cesárea), así como a todos los recién nacidos cuyo estado clínico lo permita. Garantizar estos cuidados es un derecho humano y una práctica esencial para la calidad asistencial.

Esta guía está orientada a brindar un apoyo integral a la mujer y a su bebé durante el proceso del parto. En ella se detallan las etapas de la atención, desde el inicio del trabajo de parto hasta el manejo en el área de salud, tras el egreso hospitalario de la púérpera y el recién nacido. Por secciones, se presentan los aspectos clave para la atención en instituciones de segundo nivel, incluyendo el ambiente adecuado para el parto y las acciones necesarias para garantizar un proceso respetuoso, seguro y centrado en la gestante y el bebé como protagonistas, teniendo en cuenta las necesidades de las familias.

Las recomendaciones que se exponen constituyen los procedimientos concretos para materializar una atención respetuosa durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Están centradas en el bienestar físico y emocional de la mujer y el recién nacido, y sientan las bases para asegurar los CMNR como un derecho de todas las gestantes y bebés.

Es importante destacar que esta guía aplica en su totalidad para la atención a la gestante adolescente. Si bien, los CMNR, desde la perspectiva física y logística son los mismos, en las adolescentes es crucial reconocer sus particularidades

y potenciar una atención centrada en sus derechos. Este perfil requiere un nivel de acompañamiento especializado a nivel emocional y psicológico para que la experiencia del embarazo y el parto sea positiva y favorezca el apego inmediato, en una edad en la cual el desarrollo emocional está en proceso. Este enfoque diferenciado es imperativo, ya que las adolescentes se encuentran en un grupo de mayor vulnerabilidad, por lo que se debe fortalecer su autonomía, la toma de decisiones informadas y garantizar su seguridad y bienestar durante todo el proceso, del mismo modo que el resto de las gestantes.

Sus objetivos son:

- Proporcionar información clara y detallada sobre cómo implementar los cuidados respetuosos en el trabajo de parto, el parto y los cuidados postparto inmediatos.
- Promover que las embarazadas estén preparadas física y emocionalmente para el parto, contando con las herramientas necesarias para tomar decisiones informadas.

Ambiente del parto

El ambiente para el parto involucra aspectos materiales y características relacionadas con el espacio físico.

Los servicios de parto y preparto en cada provincia deben modificar y adaptar sus instituciones y salas considerando los recursos disponibles, crear un ambiente agradable y seguro, para favorecer que las gestantes reciban los cuidados maternos y neonatales respetuosos. Estas adecuaciones deben tener en cuenta las condiciones estructurales de cada institución hospitalaria.

Se debe procurar implementar estrategias e intervenciones que favorezcan la fisiología endocrina y hormonal del parto normal durante toda la atención del proceso de parto (figs. 1, 2, 3, 4 y 5).



Fig. 1. Auscultación intermitente de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) durante las contracciones uterinas, empleando un estetoscopio de Pinard.



Fig. 2. Protección de la salud mental perinatal, mediante el acompañamiento continuo de una persona significativa para la gestante.



Fig. 3. Posición en decúbito lateral derecho con abducción de la extremidad inferior izquierda para mejorar la amplitud de la pelvis.



Fig. 4. Posición de litotomía modificada con abducción y flexión de los miembros inferiores sobre el abdomen, para maximizar el diámetro pélvico y favorecer el descenso y la rotación cefálica.



Fig. 5. Analgesia no farmacológica con aplicación de masoterapia y digitopresión en la región lumbosacra, mientras la gestante se posiciona en decúbito lateral derecho.

Ambiente físico

Con independencia de la infraestructura de la institución en la que se realice la atención de la mujer en situación de parto, los aspectos del ambiente sugeridos para la implementación del modelo son:

- Evitar la luz intensa y otros estímulos como el ruido ambiental.
- Proveer un ambiente térmicamente cálido y estable.
- Contar con espacios o implementos que den privacidad durante toda la atención.
- Crear, dentro de lo posible, condiciones físicas para poder incorporar la presencia de un acompañante.

Ambiente emocional

Durante la atención se debe procurar otorgar a la mujer condiciones ambientales y de comunicación que le brinden seguridad emocional, como:

- Brindar la mayor privacidad posible durante las diferentes etapas del parto.
- Evitar intervenciones que la hagan sentir evaluada.
- Cuidar el lenguaje, el tono de la voz y promover el silencio.
- Fomentar el acompañamiento permanente por la persona que elija la gestante.
- Satisfacer las necesidades que la gestante exprese, incluyendo brindar la información que solicite.
- Permitir la libertad de movimiento de la gestante para que siga sus instintos y realice algunos ejercicios según su condición (figs. 6, 7 y 8).
- Brindar alimentación (jugos, frutas, caldo) y agua a la gestante, según su requerimiento y tolerancia.

Algunas de las condiciones que pueden crearse para apoyar en el trabajo de parto y que se adecuen o ajusten a las condiciones de cada institución son:

- Cojines inflables o superficies acolchadas que ofrezcan estabilidad y equilibrio, o incluso, toallas enrolladas para proporcionar soporte a los pies.
- Barras o soportes para seguridad de la madre, que pueden ser reemplazados por sillas firmes o superficies estables, como barandas de las camas clínicas, donde las mujeres puedan sostenerse o apoyarse.
- Telas o rebozos para soporte o alivio del dolor, que pueden ser sustituidas por sábanas o mantas largas y resistentes, fijas al techo, o superficies firmes que les den altura.
- Botellas o bolsas de agua caliente para aplicar calor en zonas localizadas para aliviar el dolor.
- Mesas ginecológicas ajustables, las que pueden ser reemplazadas, temporalmente, por camas con posibilidad de inclinación o taburetes de parto. Procurando siempre garantizar la comodidad y la seguridad en posiciones no litotómicas.



Fig. 6. Rotaciones pélvicas por parte de la gestante, concomitante con la contrapresión ejercida por el acompañante o personal de apoyo en la región lumbosacra. Herramienta usada como analgesia no farmacológica durante las contracciones uterinas del trabajo de parto.

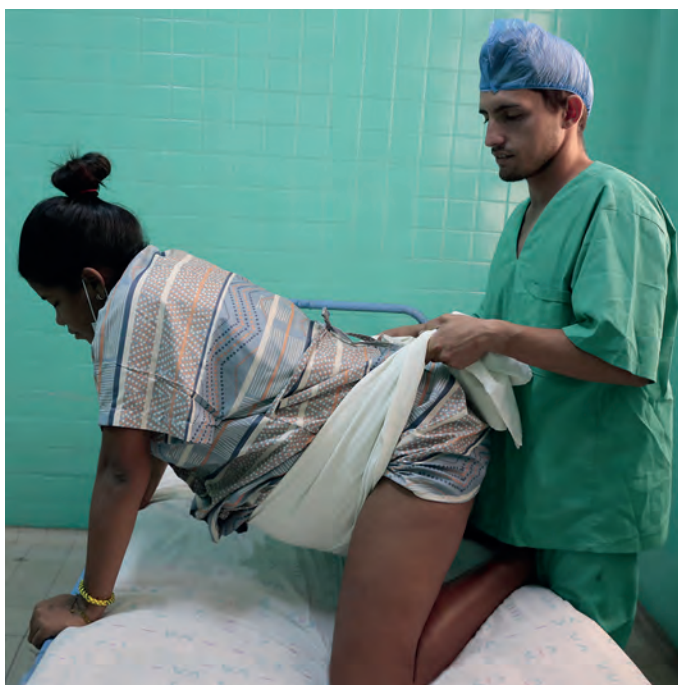


Fig. 7. Gestante en posición cuadrúpeda, con aplicación de presión pélvica y abdominal suave mediante la técnica del rebozo.



Fig. 8. Manejo del trabajo de parto con posicionamiento materno vertical (gestante en posición de cuclillas con soporte del personal de apoyo). Se favorece el descenso fetal mediante la gravedad y una abertura pélvica aumentada.

Apoyo emocional y físico

El acompañamiento emocional en el parto es al apoyo continuo, personalizado y compasivo que se brinda a la mujer durante todo el proceso de trabajo de parto y del nacimiento. Este tipo de acompañamiento está orientado a cubrir las necesidades emocionales, psicológicas y de bienestar de la mujer, lo cual puede tener un impacto positivo en su experiencia del parto y en los resultados generales del proceso.

El acompañamiento emocional incluye:

- *Presencia constante.* Tener a una persona de confianza (pareja, familiar, personal de enfermería, residentes, personal médico) que permanezca al lado de la madre durante el parto, para brindarle seguridad y apoyo emocional (véanse las figs. 2 y 5).
- *Escucha activa.* Escuchar a la mujer con atención, validando sus emociones, miedos, expectativas y deseos, creando un ambiente en el que se sienta segura y comprendida.

- *Acompañamiento en la toma de decisiones.* Apoyar a la mujer en sus decisiones sobre el parto, ya sea sobre las posiciones que prefiera adoptar, el manejo del dolor o la forma en que desea experimentar el proceso, para potenciar su autonomía.
- *Alivio emocional ante la incertidumbre o el miedo.* Proporcionar tranquilidad ante el dolor, la ansiedad o la incertidumbre que el proceso de parto pueda generar, a través de técnicas de relajación, respiración o simplemente con palabras de aliento.
- *Refuerzo positivo.* Brindar palabras de ánimo, confianza y apoyo para que la mujer se sienta capaz y fuerte durante el trabajo de parto, aumentando su autoconfianza, sin presionarla.
- *Empatía y compasión.* Estar emocionalmente disponible para entender los sentimientos de la mujer, mostrando empatía y sensibilidad ante el dolor o la vulnerabilidad que pueda sentir.

El apoyo emocional y físico es prioritario durante las diferentes etapas del trabajo de parto y parto y debe brindarse bajo los siguientes principios:

- Procurar un acompañamiento personalizado de la mujer y, de ser posible, con un acompañante elegido por la gestante. Propiciar la menor rotación posible del personal de turno a cargo de acompañar y evaluar la condición materna y fetal.
- Los profesionales deben actuar con empatía y estar capacitados para brindar apoyo emocional y son los que deben brindar la información que requiera la mujer y su acompañante.

Proceso del parto

El enfoque de cuidados respetuosos durante el trabajo de parto que promueve la Organización Mundial de la Salud en su documento “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva” del año 2018⁽²⁾ incluye recomendaciones generales para el acompañamiento. También aparecen resumidas aquellas intervenciones que no se deben realizar de manera rutinaria, puesto que atentan contra la fisiología del parto y su avance natural, y pueden ser causa de complicaciones.

Recomendaciones generales

En embarazadas sanas en trabajo de parto espontáneo:^(2, 3)

- Se recomienda:
 - La ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.
 - Alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto y parto.
 - La auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto y durante la dilatación (véase fig. 1).
 - Realizar un tacto vaginal a intervalos de no menos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.
- No se recomienda usar de rutina:
 - La cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas durante el trabajo de parto espontáneo.
 - La irrigación vaginal con clorhexidina, el uso de enemas, el rasurado púbico o perineal en el trabajo de parto.

- La pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas.
- El uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) cuando existen buenas condiciones fetales y maternas.
- Realizar un manejo activo del trabajo de parto para acortar su duración.
- Amniotomía de rutina para acelerar el parto.
- Amniotomía temprana y oxitocina para acortar la duración del trabajo de parto.
- Oxitocina para prevenir la hipodinamia secundaria al uso de analgesia peridural.
- Antiespasmódicos para acortar la duración del trabajo de parto.
- Aportar fluidos por vía intravenosa para reducir el proceso del trabajo de parto o asegurar la hidratación.

En embarazadas con comorbilidades deben considerarse los siguientes aspectos:

- Evaluación al ingreso. Realizar una evaluación exhaustiva del historial médico de la comorbilidad, así como una valoración detallada del estado materno y fetal al ingreso, para establecer una línea base que permita un monitoreo adecuado y personalizado durante el trabajo de parto.
- Plan de atención individualizado. Coordinar el plan de atención, de conjunto con otros especialistas cuando sea necesario, y ajustar el monitoreo de la condición materna y fetal conforme a la comorbilidad, priorizando la seguridad de la mujer y el feto sin recurrir a intervenciones innecesarias.
- Apoyo emocional y empoderamiento en la toma de decisiones. Brindar a la gestante un acompañamiento emocional que incluya explicaciones claras sobre las adaptaciones al plan de parto, debido a su comorbilidad, reduciendo así la ansiedad y fomentando su participación activa en las decisiones relacionadas con su proceso de parto.
- Libertad de movimiento y manejo del dolor. Facilitar la libertad de movimiento de la gestante, siempre que su condición lo permita, y ofrecer métodos no farmacológicos para el manejo del dolor. Si es necesario, recurrir a opciones farmacológicas, si las hubiere, asegurarse de que sean compatibles con la comorbilidad. Promover la movilidad es un elemento que favorece el progreso del trabajo de parto, por lo que debe alentarse su incorporación, aun en esta condición, con y sin uso de analgesia farmacológica.
- Intervenciones durante el parto. Adaptar la administración de líquidos y alimentos según la comorbilidad de la gestante (por ejemplo: control de glucosa en casos de diabetes) y evitar intervenciones invasivas que no estén indicadas específicamente para su condición.
- Informar siempre a la gestante sobre cualquier intervención necesaria.
- Proporcionar orientación a la púérpera y su familia sobre los signos de alarma específicos relacionados con su comorbilidad y la importancia del seguimiento médico temprano.

Recepción de la gestante en cuerpo de guardia

La primera interacción que tiene la gestante con el personal de salud y de servicio en el cuerpo de guardia a su llegada a la institución es fundamental para marcar el clima que va a establecerse en todo el proceso del trabajo de parto, parto y puerperio inmediato y mediato.

Al contacto de la gestante y su familia con el profesional de salud debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- Recibir a la mujer con un trato amable, que respete su derecho a la atención de salud equitativa y de competencia cultural.
- Identificarse con la paciente y su acompañante antes de iniciar el interrogatorio, estableciendo una comunicación efectiva y un clima de confianza.
- Brindar información acerca de su estado de salud y los exámenes que se le van a realizar, consultar y respetar sus decisiones y preferencias.
- Explicarle a la paciente y a su acompañante de elección el área física donde se le brindarán los cuidados, presentarle al personal que la atenderá durante la etapa del parto en que se encuentra.

Acciones:

- Valoración de la condición materna y fetal y de los signos vitales de ambos.
- Evaluación de la etapa de trabajo de parto y del progreso, desde su ingreso al cuerpo de guardia.
- Identificar los requerimientos específicos, en casos de tener alguna afección propia o concomitante con el embarazo.
- Especificar el diagnóstico médico con que ingresa.

De acuerdo con la evaluación que se le realiza a la gestante en el cuerpo de guardia y dependiendo de la etapa del trabajo de parto, esta puede ir a cuidados perinatales, salón de parto o a la sala de gestantes.

Sobre la base de las definiciones propuestas en las “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva”⁽²⁾ se describe una primera fase latente, caracterizada por contracciones uterinas dolorosas, cambios en el cuello uterino y dilatación hasta 5 cm. Las gestantes que llegan al cuerpo de guardia en esta fase latente del trabajo de parto serán ingresadas en los servicios de cuidados perinatales.

Servicio de cuidados perinatales

Las gestantes van a permanecer en el servicio de cuidados perinatales hasta que alcancen los 5 cm de dilatación y, dependiendo de la salud materno fetal, pasarán al salón de parto y parto.

Luego del ingreso, a las gestantes que están en fase latente del periodo de dilatación, se les realiza la recepción (hora, fecha) y se siguen los mismos principios básicos del contacto con la gestante y su acompañante que se siguen en el cuerpo de guardia.

Acciones:

- Valoración de la condición materna y fetal con que llega al servicio.
- Proteger la privacidad de la paciente durante el examen físico y permitir el acompañamiento por el familiar de su elección.
- Realizar evaluación clínica de los parámetros vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura para identificar signos de alarma.
- Realizar valoración obstétrica: maniobra de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal.
- Realizar pruebas de bienestar fetal, que incluyan: altura uterina, tono uterino, patrón contráctil y frecuencia cardíaca fetal antes, durante y después de la contracción.
- Realizar complementarios y comentar en la historia clínica. Completar y actualizar los registros en la historia clínica, según indicaciones y evolución.
- Ofrecer alimentos y líquidos a la gestante e informar al acompañante sobre la importancia de los alimentos que la gestante puede ingerir.
- Informar a la gestante o a su acompañante acerca de su evolución y las posibles conductas.
- Realizarle el consentimiento informado a la gestante.
- Favorecer la libertad de movimiento para realizar ejercicios o adoptar posiciones que ayuden en el alivio del dolor y favorezcan la dilatación. Propiciar el descanso de la gestante en fase latente.

¿Cómo favorecer la libertad de movimiento?

Ejemplos de movimientos y ejercicios que puede realizar la gestante en este periodo durante su estancia en el servicio de cuidados perinatales:

- Según el espacio físico y la condición materna, podrá deambular en el salón, sentarse en el sillón o silla, sujetarse de la pielera de la cama y realizar movimientos lentos de balanceo pélvico hacia delante y atrás, juntar los pies al centro, separar al máximo las rodillas y luego juntarlas nuevamente, descansar entre contracciones, de preferencia si esta acostada en decúbito lateral izquierdo. La paciente puede asumir cualquier posición cómoda para ella y cambiar de posición cuantas veces lo desee, excepto si existe una condición médica que lo impida (Ej.: presentación alta y móvil con bolsas rotas).
- Fomentar el uso de ropa adecuada durante la hospitalización. Si la institución no dispone de ella, asegurarse de que se encuentre limpia y cómoda.

De acuerdo con las “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva”⁽²⁾, ya mencionadas previamente, se considera como fase de trabajo de parto activo a partir de los 5 cm de dilatación hasta la dilatación total del cuello uterino. Debe considerarse que, la idea de que la dilatación del cuello uterino progresa a una velocidad mínima de 1 cm/h durante toda la fase activa del periodo de dilatación es una expectativa irreal para algunas mujeres. Por ello, no se recomienda como parámetro de un progreso normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm/h no debe ser tampoco un indicador de rutina para la intervención obstétrica.^(2, 3)

Cuando las gestantes en fase latente, con o sin inducción, ingresadas en las salas de cuidados perinatales alcanzan los 5 cm de dilatación y, por ende, inician la fase de trabajo de parto activo, son trasladadas a los servicios de parto y parto.

Servicio de parto y parto

Trabajo de parto activo. Se recomienda mantener los controles periódicos de la condición materna y fetal, e implementar y ejecutar estrategias que respondan a las necesidades de cada mujer dentro del modelo de parto respetuoso, a la vez que se mantienen los cuidados y el enfoque de acompañamiento, definido previamente desde el primer contacto en los servicios de cuerpo de guardia y sala de cuidados perinatales.

Acciones:

- Seguimiento de la condición materna y fetal, de la etapa de trabajo de parto y de los requerimientos específicos en caso de existir algún padecimiento propio o concomitante con el embarazo.
- Valorar el progreso del trabajo de parto de forma fundamentada, basados en la evaluación de la condición materna y fetal.
- Procurar un acompañamiento personalizado, con la menor rotación posible del personal de turno a cargo de brindar cuidados y evaluar la condición materna y fetal. Si por condiciones estructurales del servicio, la gestante no puede tener el acompañante de su elección, se debe priorizar la asignación de un personal de salud que estará a su cargo (residentes médicos o de enfermería, personal médico o de enfermería).
- Estimular, por parte del acompañante o del personal de salud a cargo, la aplicación de métodos de alivio del dolor, como técnicas de respiración, masajes, calor local, música, uso del rebozo, compresas tibias y libertad de movimiento, ajustado a las preferencias de la gestante (véanse las figs. 5, 6 y 7).
- Fomentar la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación e hidratación oral, así como la necesidad de eliminación (orina y deposiciones).
- Fomentar un ambiente tranquilo, sin ruidos, con luz tenue y sin interrupciones innecesarias a durante este periodo.
- Valorar el progreso del trabajo de parto de forma fundamentada, basados en la evaluación de la condición materna (signos y síntomas del periodo expulsivo) y fetal.
- Realizar lavado vulvovaginal con agua antes del examen vaginal.^(2, 4, 5)
- Realizar aseo en zona perineal, vestíbulo y región anal con agua sola, que se escurra desde la zona vulvar a la anal; luego, realizar tacto vaginal para la identificación del avance de la fase activa, siguiendo las recomendaciones de la OMS.
- Elaborar el partograma, como parte de la historia clínica.
- Realizar un monitoreo respetuoso, que permita la libertad de movimiento, un monitoreo fetal intermitente, en lugar de continuo, mientras sea seguro, para minimizar acciones invasivas y favorecer la movilidad.

- Estimular a la mujer con palabras alentadoras y permitir que escuche a su propio cuerpo para acomodarse y favorecer el descenso del bebé de manera natural.
- Favorecer la hidroterapia, cuando las condiciones de la institución lo permitan; es decir, el uso de duchas o agua para ayudar a reducir el dolor y promover la relajación. Esto es especialmente útil durante la fase activa del parto para aliviar la tensión muscular y favorecer la progresión del parto.
- Ayudar a la gestante para que adopte posiciones diferentes y alternativas, como estar de pie, sentada, en cuclillas o de rodillas, las que pueden acelerar la dilatación y disminuir el dolor.

¿Cómo favorecer las posiciones alternativas?

Cuando la condición materna y fetal lo permiten se deberá estimular a la madre a realizar movimientos y a adoptar posiciones que ella sienta que, ejecutándolas libremente o con el uso de algunos implementos de apoyo, le alivian la carga de peso sobre la espalda, en especial sobre el sacro, para lograr alivio del dolor (véanse las figs. 3, 5 y 7).

Recordar que esto, además, permite que ocurran los movimientos de contranutación y nutación sacra, facilitando el descenso de la presentación fetal, la rotación interna de la cabeza y, con ello, se ayuda a reducir la duración del trabajo de parto (véanse las figs. 3 y 4).

Recordar que, aún en los casos de inmovilización materna o cuando se hace uso de la monitorización continua, NO hay impedimento para facilitar la movilidad pélvica.

Estrategias para favorecer el avance del trabajo de parto y el manejo del dolor

Balón kinésico. Si está disponible en la unidad o la gestante lo tiene a su disposición, permitir su uso, según lo practicado en los talleres prenatales. En caso de no haberlos utilizado previamente, se le explicará su utilidad y forma de uso en el momento de ingresar al salón de parto.

Implementos como cojines, almohadas, saco de semillas u otro artículo. El que esté disponible en cada institución y que permita obtener similares beneficios que los del balón kinésico, en madres que están en cama, con monitorización, que no desean deambular o cuando éste no está disponible en la unidad. Se le ayuda a mantener el equilibrio en el implemento del que se disponga en cada institución, incorporando, además, una sábana o tela que se sostiene a los pies de la cama o por el acompañante, para dar seguridad a la mujer mientras realiza el movimiento. Propiciar el uso de almohadas, cojines o algún implemento similar, mientras la mujer se encuentra recostada en la cama, en decúbito lateral izquierdo o derecho, ubicando el implemento entre las piernas, a la altura de los muslos, rodilla o pies, según sea la abertura que se desee favorecer y en dependencia de la etapa del trabajo de parto y el grado de descenso de la presentación en la excavación pélvica.

A continuación, algunos ejemplos.

A la altura de los muslos (movimientos de abducción iliaca). Colocar el cojín entre los muslos promueve una apertura en la pelvis superior, ideal en las primeras etapas del trabajo de parto. Esta posición ayuda a facilitar la entrada del feto en la pelvis y su encaje inicial.

A la altura de las rodillas (movimiento de abducción iliaca). Ubicar el cojín entre las rodillas favorece una apertura en la pelvis superior, adecuada para el avance y rotación del feto en la fase activa del trabajo de parto. Esta apertura es útil para facilitar la progresión del descenso fetal al segundo y tercer plano de Hodge.

La abducción iliaca se logra separando ampliamente las rodillas utilizando implementos como el balón ovalado (maní), sentada en un balón kinésico, en una silla, apoyada en cuatro puntos sobre la cama con las rodillas separadas, en decúbito lateral en la cama con las piernas flectadas y separando las rodillas o haciendo el movimiento de apertura al deambular (fig. 9).

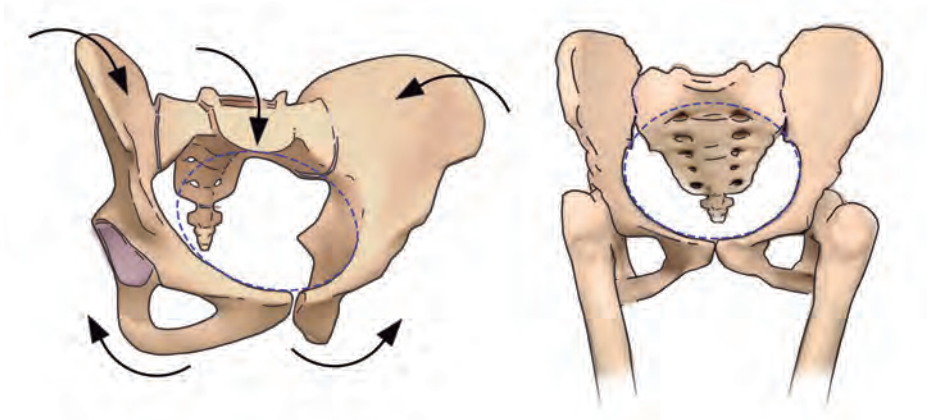


Fig. 9. Abducción iliaca: ampliación del estrecho superior de la pelvis. Fuente: Calais-Germain, B. 2013.

A la altura de los pies (movimientos de aducción iliaca). Se coloca el cojín entre los pies para incrementar la apertura en la pelvis inferior, permitiendo que el espacio máximo se enfoque en la salida pélvica del tercer al cuarto plano de Hodge. Es ideal para la fase final del trabajo de parto y el periodo expulsivo, ayudando al bebé a completar el descenso y a salir de manera óptima (fig. 10).

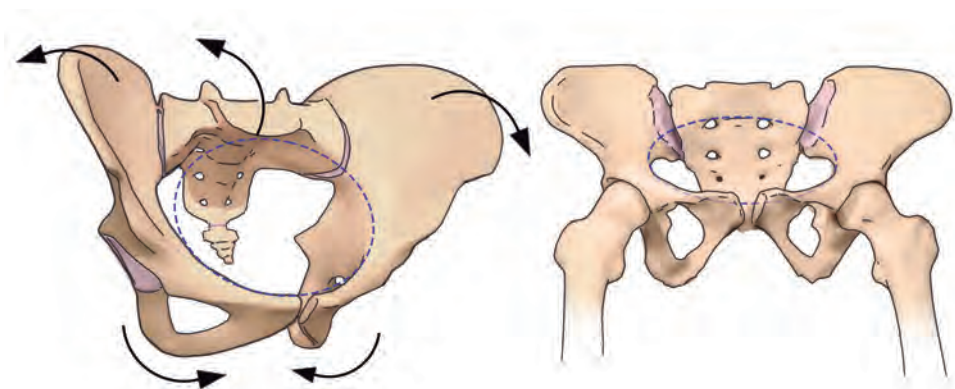


Fig. 10. Aducción iliaca: ampliación del estrecho inferior de la pelvis. Fuente: Calais-Germain, B. 2013.

Estas posiciones también permiten los movimientos de contranutación sacra, para ampliar el estrecho superior, y la nutación sacra que ampliará el estrecho inferior (figs. 11 y 12).

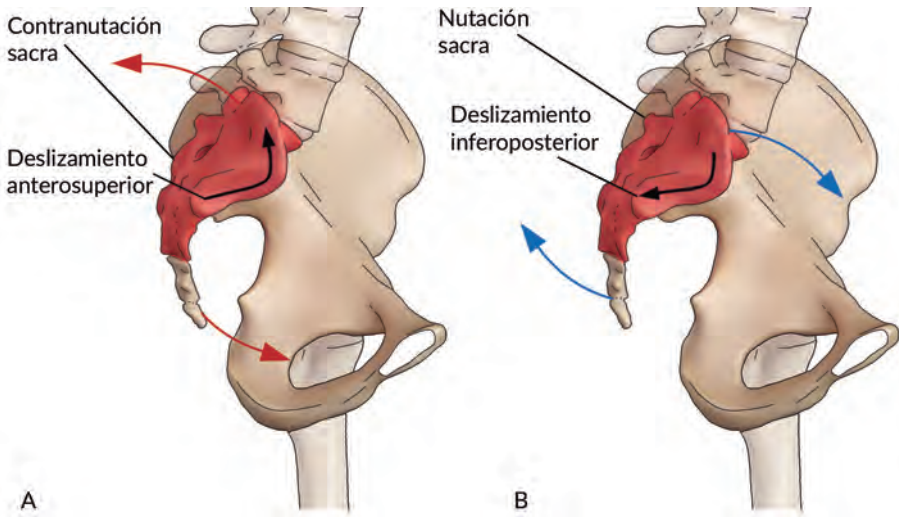


Fig. 11. A. Contranutación del sacro con respecto al iliaco. B. Nutación del sacro con respecto al iliaco. Fuente: Calais-Germain, B. 2013.

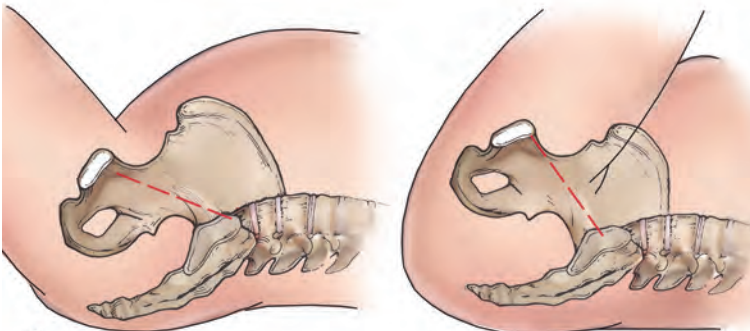
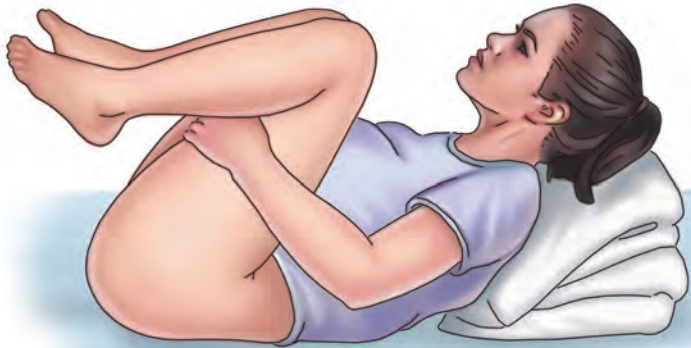


Fig. 12. Pelota entre las rodillas.

Acercar los muslos a la pared abdominal. También ayuda a la nutación del sacro, lo que se logra cuando la madre se pone en cuclillas (véase fig. 8) o en decúbito lateral y sostiene su pierna cerca del abdomen (véanse figs. 3 y 13). Equivale a la posición utilizada para resolver la distocia de hombros, por lo que, al permitir posiciones verticales en lugar de la litotomía tradicional, permitirá facilitar el desprendimiento de la cabeza y también prevenir la distocia de hombros.



A



B

Fig. 13. A. Demostración de un parto en movimiento. B. Movilidades de la pelvis en el parto.

Fuente: Calais-Germain, B. 2013.

Rebozo o tela o sábanas. Es necesario propiciar su uso, según las condiciones existentes en cada institución o la disponibilidad de la gestante. Ayuda en el alivio del dolor. También es útil para dar soporte y estabilidad, con la ayuda del personal del hospital o del acompañante de elección (véase la fig. 7). Es recomendable supervisar con periodicidad el uso de este implemento e ir valorando con regularidad si realmente genera alivio del dolor.

Importante:

- Durante el uso de las medidas no farmacológicas se deben mantener controles regulares de los latidos cardiorfetales (LCF), máximo cada 30 min, y de dinámica uterina (DU) cada 30 o 60 min, o según lo requiera la etapa del trabajo de parto (véase la fig. 1),
- Se debe auscultar durante una contracción uterina y continuar durante al menos 30 s después. Examinar el pulso de la mujer para diferenciar entre sus latidos y los del corazón fetal. Si la FCF oscila entre 110 y 159, continuar evaluándola cada 30 min durante el periodo dilatante y cada 5 min durante el expulsivo.^(2,3)
- Se debe asegurar el cuidado y limpieza entre pacientes de los materiales de apoyo a las medidas no farmacológicas para el alivio del dolor. Para ello se pueden seguir las recomendaciones descritas en el anexo 1.

Salón de parto

Cuando las gestantes en trabajo de parto activo alcanzan la dilatación completa y la presentación está en tercer o cuarto plano, generando en la mujer la necesidad de pujar espontáneamente, esta es trasladada al salón de parto para esperar el nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. Al trasladar a la paciente se debe priorizar la presencia en el salón de parto del acompañante de elección.

Periodo expulsivo. La OMS, en el documento “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva”⁽²⁾ engloba a este periodo como el que ocurre entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé. Se considera una etapa en la cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar, como resultado de las contracciones uterinas, cuando la presentación ha alcanzado el estrecho inferior y sobrepasa el tercer plano de Hodge.

Acciones. Se mantienen los cuidados anteriores y se recomienda:

- Acompañamiento cercano y apoyo físico del personal de salud para ayudar a la embarazada a adoptar las posiciones verticales o semiverticales que faciliten el nacimiento. Facilitar también un punto de apoyo para los pies.
- Incluir recomendaciones de posturas específicas y recomendaciones para realizar el monitoreo materno y fetal de la manera menos invasiva posible.
- Preparar equipamiento necesario y asegurarse que los medicamentos y materiales elementales para la atención al parto y al recién nacido están disponibles y en condiciones óptimas.

- Monitoreo de las frecuencias vitales de la paciente y el feto (tensión arterial, frecuencia cardíaca fetal, frecuencia respiratoria, contracciones uterinas, cardiotocografía) de manera intermitente y que, dependiendo del estado clínico, se favorezca la movilidad.
- Realizar, en aquellos casos que se requiera, técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (masajes perineales, compresas tibias y protección activa del perineo).
- Favorecer que el acompañante de elección realice el corte del cordón umbilical.
- Posicionar a la mujer para la asistencia del parto cuando la presentación esté francamente en cuarto plano.
- Alentar a la mujer en periodo expulsivo para que siga su propia necesidad de pujar, en función de las contracciones y sin brindarle instrucciones.
- Permitir las vocalizaciones y pujo en exhalación, los que facilitan que la mujer relaje de forma natural el piso pélvico.

¿Cómo favorecer la guía y el apoyo físico?

Guía suave. La evidencia recomienda que se debe alentar y asistir a las mujeres en el periodo expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar, en lugar de dar instrucciones directas. Se brindará a la mujer, con palabras alentadoras, una guía, invitándola a que escuche su propio cuerpo para empujar cuando lo sienta natural y de la forma que necesite hacerlo.

Apoyo físico y posiciones. Ofrecer barras para sostenerse, sillas de parto reclinables, bancos de parto o apoyo físico, dependiendo de las condiciones en los salones de parto. Con la finalidad de favorecer posiciones verticales o semiverticales que ayuden en el periodo expulsivo y reduzcan la necesidad de intervenciones como las episiotomías. Las mesas ginecológicas tradicionales también se pueden adecuar, al elevar el respaldo en al menos 45° y bajar las pierneras hasta la base de la mesa para que apoyen las plantas de los pies en lugar de la zona poplíteica o las piernas de la mujer.

Cuidados al recién nacido:

- Fomentar el contacto piel con piel inmediato. Facilitar que el bebé se coloque sobre el pecho de la mujer inmediatamente después del nacimiento para favorecer la termorregulación, el inicio temprano de la lactancia y fortalecer el vínculo afectivo.
- Pinzamiento tardío del cordón. Esperar al menos de 1 a 3 min o hasta que el cordón deje de latir antes de pinzar, para permitir una mejor transición respiratoria y mayor transferencia de sangre rica en hierro al bebé.
- Atención respetuosa y no invasiva. Realizar la revisión del bebé y los procedimientos posnatales en contacto con la mujer y el acompañante de su elección (figs. 14 y 15). Se evita la separación durante el alumbramiento y el inicio del posparto, siempre que la salud y las condiciones del nacimiento lo permitan.
- Procurar un ambiente reducido en estímulos para el recién nacido. Crear un ambiente de intimidad, bajar la intensidad de la luz, promover el silencio de los observadores.



Fig. 14. Neonato en contacto piel con piel (CPP) inmediato con la madre. Se realiza evaluación de Apgar y cuidados inmediatos sobre el abdomen o el pecho materno.



Fig. 15. Contacto piel con piel (CPP) inmediato del binomio madre-hijo. Concomitantemente se asiste el alumbramiento placentario, la monitorización exhaustiva de la hemorragia transvaginal, por parte del personal de enfermería obstétrica, y la vigilancia del neonato. En paralelo, se propicia un ambiente de intimidad para favorecer el vínculo entre la madre, el padre y el recién nacido.

Importante: Evitar intervenciones innecesarias. Minimizar intervenciones como el corte perineal o la succión del recién nacido, desde el respeto a la fisiología natural del parto. Promover que se realicen intervenciones solo en caso de emergencias médicas claras.

Alumbramiento. Periodo comprendido desde la salida del feto hasta la salida de la placenta y sus anejos

Acciones:

- Evaluación cuidadosa del alumbramiento de la placenta y manejo activo de esta etapa para evitar hemorragias. Administrar oxitocina 10 U intramuscular. Si no se dispone de oxitocina, puede administrarse misoprostol o metil-ergometrina o ergometrina^a 0,2 mg intramuscular, si no hay contraindicación.
- Control de la retracción uterina y del sangrado con monitoreo del bienestar de la madre.
- Verificar que la placenta y las membranas se expulsaron completamente.
- Revisar vagina, vulva y perineo, así como la reparación de desgarros o laceraciones que puedan haber ocurrido durante el parto y que requieran intervención.
- Realizar valoración clínica de la paciente, que incluya: tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, llene capilar, gradiente térmico, presencia o no de cianosis.
- Explorar en el abdomen si el útero está bien contraído, no realizar masajes abdominales para favorecer las contracciones uterinas.
- Realizar aseo vulvar y colocar apósito para cuantificar sangrado vaginal (véase fig. 15).

Después del de la placenta y terminados los cuidados inmediatos del alumbramiento a la madre y el recién nacido, ambos son trasladados, juntos y en contacto piel con piel, a las unidades de alojamiento conjunto inmediato para el seguimiento, durante las siguientes 4 h en caso de parto vaginal o 6 h en casos de cesáreas.

a Para la prevención de la hemorragia posparto, la oxitocina es el uterotónico de primera elección, al carecer de los efectos adversos graves y el impacto negativo sobre la lactancia, asociados a los alcaloides derivados del ergot, como la familia de las ergometrinas. Si bien, tanto la ergometrina como la metil-ergometrina comparten un perfil de efectos secundarios maternos frecuentes y graves (náuseas, vómitos, cefalea, hipertensión) y están contraindicados en mujeres con trastornos hipertensivos, es crucial distinguir su compatibilidad con la lactancia:

Ergometrina: Es de compatibilidad limitada. Su efecto antiprolactina está bien documentado: retrasa la subida de la leche, acorta la duración de la lactancia y reduce los niveles de prolactina.

Metil-ergometrina: Es de compatibilidad probable. Su efecto sobre la producción de leche es menor y existe controversia al respecto, por lo que se considera una alternativa más segura que la ergometrina. Si no hay disponibilidad de otros uterotónicos y se debe elegir entre los alcaloides derivados del ergot, se debe priorizar la metil-ergometrina sobre la ergometrina. Si se usa ergometrina se debe administrar la dosis eficaz mínima por el tiempo mínimo e iniciar la lactancia inmediatamente en el posparto con una técnica de succión eficaz. Se recomienda evitar ambos fármacos en el periodo neonatal, especialmente en casos de prematuridad.^(6 y 7)

Alojamiento conjunto inmediato

El alojamiento conjunto inmediato comprende las primeras 4 a 6 h de vigilancia para la púerpera y su recién nacido en el servicio destinado para estos cuidados en cada institución. Durante ese tiempo, la madre y el recién nacido deben permanecer en contacto piel con piel y favorecer la lactancia materna, a la vez que contar con la presencia del padre o la persona de elección de la madre. El personal de enfermería y médico a cargo de las salas de alojamiento conjunto realizarán una observación continua de la madre y el recién nacido para asegurar que ambos se mantienen en condiciones óptimas de salud (fig. 16).



Fig. 16. Establecimiento del vínculo afectivo temprano mediante la implementación del contacto piel a piel inmediato y prolongado (CPC) entre el binomio madre-hijo y el padre, facilitando la interacción sincrónica y recíproca. Esta intervención promueve la seguridad del neonato, optimiza la regulación fisiológica (frecuencia cardíaca, respiración y temperatura) y fomenta el desarrollo de las conductas de apego parentales, consolidando la unidad familiar.

Seguimiento a la puérpera

El seguimiento a la puérpera se realiza mediante el Modelo 4632: *Parámetros de shock hipovolémico*, y además:

- Ofrecer información al acompañante para que pueda contribuir en el cuidado y la vigilancia de la madre y el recién nacido dentro del modelo de atención respetuosa.
- Revisar antecedentes del cuidado prenatal, trabajo de parto y parto, para hacer una completa valoración de la condición materna de forma personalizada, considerando sus necesidades y factores de riesgo particulares.
- Revisar la evolución general del estado sensorio o estado de conciencia, perfusión, frecuencia cardíaca, tensión arterial, retracción uterina, sangramiento genital y suturas, con una frecuencia de 15 min las primeras 2 h y 30 min durante las siguientes 2 a 4 h.
- Realizar evaluación cualitativa por personal médico y de enfermería de la evolución, cada 1 h para describir como se han comportado los procesos fisiológicos del posalumbamiento, y así detectar, precozmente, la aparición de parámetros de *shok* hipovolémico.
- Valoración de la evolución de los parámetros cada 1 h durante las 4 a 6 h en alojamiento conjunto inmediato. Se registra en la historia clínica.
- Orientar a la paciente que evacúe espontáneamente la vejiga y mantenga la lactancia materna para mejorar la retracción uterina y disminuir el riesgo de sangrado de las primeras 24 h posparto.
- Ofrecer alimentación e hidratación oral después del parto para una pronta recuperación.
- Orientar a la paciente a que se levante de forma lenta de la cama para evitar mareos e hipotensión postural; sugerir que debe permanecer sentada por lo menos 5 min antes de levantarse a caminar. Mantener la cama con barandas elevadas y la primera levantada debe ser asistida.
- Valoración con examen físico general, segmentario, para el alta a la puérpera antes del traslado al servicio de puerperio.

Seguimiento al recién nacido

El seguimiento al recién nacido se realiza mediante el Modelo 4631: *Parámetros de complicación*, que incluye los siguientes aspectos:

- Recepción del recién nacido que llega en brazos de su madre (véase fig. 16).
- Realizar seguimiento al neonato según el modelo 4631 cada 30 min las primeras 2 h, y cada 1 h el resto del tiempo que esté en esta unidad.
- Realizar evaluación de las medidas térmicas del neonato.
- Mantener al recién nacido piel con piel con su madre, sin interrupciones al menos la primera hora posparto, para mantener la temperatura, fortalecer el vínculo y favorecer la lactancia materna inmediata y a demanda.

- Realizar las evaluaciones antropométricas pendientes (talla, peso, circunferencia cefálica, torácica y abdominal) después de pasada la primera hora posparto, para continuar con posterioridad en contacto piel con piel y registrar la valoración del neonato en la historia clínica.
- Informar a la madre y al familiar sobre la evolución de su bebé.
- Mantener un ambiente con estímulos reducidos y térmicamente estable.
- Realizar valoración del recién nacido para el alta antes del traslado al servicio de puerperio.

¿Cómo priorizar el contacto piel con piel y la lactancia?

Asegurar una supervisión frecuente sin interrupción del vínculo. Debe monitorearse la estabilidad de la mujer y del recién nacido durante el contacto continuo (véase la fig. 16). Separarlos solo en casos necesarios, complicaciones. Para realizar los controles de salud (peso, temperatura, chequeo neonatal) con el bebé sobre el pecho de la mujer.

Apoyo en la lactancia. Brindar asistencia para el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento. Fomentar el agarre espontáneo del bebé en posición de crianza biológica. Ofrecer soporte emocional, tranquilidad y responder cualquier preocupación materna sobre la lactancia y las señales de alimentación de su bebé.

Condiciones para la recuperación. Crear un ambiente lo más tranquilo posible, minimizando las interrupciones para que la mujer y su acompañante puedan disfrutar del momento posnatal y fortalecer el vínculo con el bebé. Limitar las interrupciones del personal de salud a lo estrictamente necesario y fomentar un entorno que respete la intimidad de la mujer y el recién nacido.

Transcurridas las 4 a 6 h de evolución, previa evaluación y con el alta médica correspondiente para la puérpera y el recién nacido del alojamiento conjunto inmediato, se realiza el traslado del neonato en los brazos de su madre a la sala de puerperio.

Alojamiento conjunto mediato

El alojamiento conjunto mediato o servicio de puerperio comprende el periodo posterior a las primeras 4 a 6 h, que corresponden al puerperio inmediato. Durante este periodo se mantiene la vigilancia para la puérpera y su recién nacido en el servicio destinado para estos cuidados en cada institución. La madre y el recién nacido pueden realizar contacto piel con piel a voluntad y se debe priorizar la lactancia materna a libre demanda del bebé, a la vez que favorecer la presencia del acompañante de elección de la madre o el establecido por las condiciones existentes en las salas de puerperio de cada institución hospitalaria.

Seguimiento a la puérpera

El seguimiento a la puérpera en servicios de puerperio comprende:

- Recepción de la madre con su recién nacido en brazos en los servicios de puerperio y con la persona de su elección como acompañante.
- Evaluación del estado emocional y psicosocial de la puérpera y evaluación general de su estado físico cada 8 h.
- Realizar examen físico y medición de los parámetros vitales (temperatura, frecuencia cardíaca, respiratoria, pulso y tensión arterial diarios o con la frecuencia que los antecedentes maternos lo hagan recomendable.
- Control del sangrado e involución uterina, característica de los loquios y seguimiento de la evolución de la episiorrafia u otra sutura, si fue realizada.
- Vigilar signos de infección y mantener medidas higiénicas.
- Ofrecer alimentos y líquidos ajustados a la evaluación dietética de la puérpera.

Seguimiento al recién nacido

El seguimiento al recién nacido en el servicio de puerperio comprende:

- Recepción del recién nacido que llega en brazos de su madre.
- Valoración de su evolución, observación y medición de signos vitales cada 8 h y tomar en consideración lo manifestado por la madre en la evolución.
- Fomentar la lactancia materna exclusiva, educando a la madre en la técnica correcta para el acoplamiento, en diferentes posiciones para el amamantamiento y en cómo identificar las señales de hambre y de una correcta alimentación.
- Realizar el pesaje a las 48 o 72 h y mensuraciones al neonato (circunferencia cefálica, circunferencia torácica y abdominal, talla).
- Realizar cura seca del muñón umbilical, aplicando gluconato de clorhexidina alcohólica al 0,5 %. En caso de humedad, cura desde la base del ombligo.
- Cumplir con el esquema de vacunación al recién nacido: BCG y hepatitis B (HB).
- Seguimiento posvacunación del neonato.
- Acompañar y enseñar a la madre y al acompañante cómo realizar el primer baño del bebé.
- Enseñar a la madre y al acompañante a identificar cuáles pueden ser signos de alarma en su hijo, por los cuales acudir al médico o buscar ayuda para amamantar (fiebre, respiración, color de la piel, rechazo a la alimentación, intranquilidad, somnolencia, llanto, deposiciones o mixiones insuficientes, dolor o lesiones en los pezones).

Pasadas las 72 h correspondientes a la estancia hospitalaria en alojamiento conjunto mediato y previa evaluación de la condición de salud de la madre y el recién nacido, ambos son dados de alta.

Recomendaciones al alta hospitalaria

Al dar el alta a la puérpera se le deben realizar las siguientes recomendaciones:

- Continuar con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y mantener la lactancia materna con la alimentación complementaria a partir de los 6 meses y al menos hasta los 2 años.
- Acudir a las consultas y controles de seguimiento indicadas para la madre y el recién nacido con el médico de la familia o al área de salud.
- Acudir de inmediato, si presenta algunos de los siguientes signos para ser valorada por el médico (fiebre superior a 38 °C, hemorragia, loquios malolientes, inflamación, dolor mamario, dificultad respiratoria, síntomas urinarios).
- Acudir de inmediato al médico con el recién nacido, si presenta síntomas de alarma como fiebres, somnolencia, deshidratación, letargo, llanto prolongado aún con todas las necesidades básicas satisfechas.
- Buscar ayuda en relación con la lactancia materna, si tiene dolor al lactar o lesiones en los pezones, si tiene dificultad para adaptar la posición y agarre correcto al seno o el bebé evidencia dificultades para alimentarse.



Conclusión

El parto es un proceso natural que debe ser tratado con el máximo respeto y el cuidado a la fisiología del proceso sin pretender acelerarlo o controlarlo.

Mediante este documento se consolida un marco de actuación esencial para que el equipo de salud involucrado en el acompañamiento al parto garantice la implementación efectiva de los Cuidados Maternos y Neonatales Respetuosos (CMNR). Su aplicación es fundamental para asegurar que la asistencia al parto sea una experiencia clínicamente segura y humanamente significativa para cada mujer, recién nacido y su familia.

En resumen, el rol del personal de salud debe centrarse en:

- Garantizar un ambiente tranquilo y respetuoso alrededor de la gestante y su acompañante. Favorece la fisiología hormonal del parto mediante la creación de un entorno físico y emocional que priorice la privacidad y la intimidad, asegurando una luz tenue, reducción de ruidos y estímulos estresantes. A la vez que se sugiere, en la medida de lo posible, ajustar la infraestructura disponible de cada institución a estas condiciones.
- Priorizar el apoyo emocional continuo y empático. Brinda una atención compasiva y personalizada, mediante la escucha activa, el refuerzo positivo y la presencia constante. A la vez que validar las emociones, miedos y expectativas de cada gestante.
- Posicionar a la mujer como protagonista de su parto. Respetar su autonomía y capacidad de decisión, fomentar su libertad de movimiento, favorecer que siga sus instintos corporales (para el alivio del dolor, el pujo espontáneo, tomar líquidos o alimentos ligeros) y garantizar que participe de manera informada en todas las decisiones sobre su proceso.
- Favorecer la fisiología del parto. Implementar prácticas basadas en evidencia científica que promuevan el progreso natural del trabajo de parto, como

son: deambulaci3n, el uso de posiciones verticales, t3cnicas para el alivio natural del dolor. Y evitar as3 intervenciones de rutina y que se realicen solo intervenciones medicamente justificadas.

- Fortalecer el v3nculo inmediato madre-reci3n nacido. Facilitar de forma sistem3tica el contacto piel con piel, ininterrumpido desde el nacimiento, el pinzamiento oportuno del cord3n umbilical y el apoyo activo para el inicio inmediato de la lactancia materna.
- Brindar una atenci3n vigilante y diferenciada, ajustada a cada gestante. Adaptar los cuidados a poblaciones con necesidades espec3ficas, como: gestantes adolescentes o con morbilidades. Mantener as3 una vigilancia cl3nica rigurosa, pero discreta, durante el parto y el puerperio, para asegurar el bienestar de la d3ada.

En conclusi3n, esta gu3a pr3ctica refuerza el compromiso del personal de salud de ser facilitadores de un proceso natural, donde la experticia t3cnica se ponga al servicio de una atenci3n que dignifique, brinde autonom3a y respete a la mujer y a su beb3 en cada etapa. La creaci3n de un ambiente de calma, confianza y respeto no es un complemento, sino la base fundamental para un parto seguro y una experiencia de parto positiva.



Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública (CUB). Guía de actuación para la atención al parto respetuoso; [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/guia-de-actuacion-para-la-atencion-al-parto-respetuoso>
2. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario [Internet]. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344325/9789240028531-spa.pdf?sequence=1>
4. Intrapartum care for healthy women and babies. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
5. Guidelines for Perinatal Care. ACOG. 2017
6. e-lactancia. Ergometrine maleate. Ergometrina. Disponible en: <https://e-lactancia.org/breastfeeding/ergometrine-maleate/product>
7. e-lactancia. Metil ergometrina. Disponible en: <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/methylergometrine-maleate/product/>

Anexos

Anexo 1. Recomendaciones para la limpieza y cuidado de los recursos materiales no farmacológicos de manejo del dolor

Con el fin de prevenir la presencia de infecciones asociadas a la atención en salud relacionadas con el uso de materiales que son utilizados especialmente durante el trabajo de parto para el manejo no farmacológico del dolor (MNF), y dado que este es un periodo en el que estos materiales pueden ser contaminados por sangre y otros fluidos corporales, se han confeccionado las siguientes recomendaciones a tener en cuenta para su limpieza y cuidado para evitar también su deterioro

Se requiere la limpieza y desinfección rápidas después de su uso y entre pacientes.

Recomendaciones para el uso de los implementos:

- La mujer mientras deambula o hace uso de los implementos deberá hacer uso de ropa interior y una toalla o apósito absorbente.
- Cada uno de estos implementos deben ser envueltos con materiales esterilizables, como sábanas, paños o telas de uso único para cada mujer (fig. 17).
- Si la mujer está con membranas rotas, se deben ir cambiando con la regularidad que permita que la mujer se mantenga limpia y cómoda.



Fig. 17. Envolver los implementos con material esterilizable.

Recomendaciones para la limpieza y desinfección:

- La limpieza de las superficies debe realizarse por arrastre, desde lo más limpio a lo más sucio, de arriba hacia abajo, de adentro hacia afuera.
- Las soluciones para limpieza y desinfección deben cambiarse cada vez que sea necesario.
- Se debe priorizar la limpieza y desinfección de todas aquellas superficies que son manipuladas por los usuarios con alta frecuencia.
- Previo a efectuar la desinfección se debe realizar la limpieza de las superficies, mediante la remoción de materia orgánica e inorgánica, usualmente mediante fricción, con la ayuda de detergentes, enjuagando después con agua para eliminar la suciedad por arrastre.
- Efectuado el proceso de limpieza, se debe realizar la desinfección de las superficies, aplicando productos desinfectantes a través del uso de rociadores, toallas, paños de fibra o microfibra.
- Los desinfectantes de uso ambiental más usados son las soluciones de hipoclorito de sodio, amonios cuaternarios, peróxido de hidrógeno y fenoles.
- Se recomienda el uso de hipoclorito de sodio al 0,1 % (dilución 1:50), si se usa cloro doméstico a una concentración inicial de 5 %. Lo anterior equivale a que por cada litro de agua se debe agregar 20 mL de cloro (4 cucharaditas) a una concentración del 5 %.

- Para las superficies que podrían ser dañadas por el hipoclorito de sodio, se puede utilizar una concentración de etanol del 70 % para la descontaminación, luego de limpiar con un detergente neutro.
- Cuando se utilizan productos químicos para la limpieza, es importante mantener la instalación ventilada (por ejemplo, abrir las ventanas, si es factible) para proteger la salud del personal de limpieza.
- Para efectuar la limpieza y desinfección se debe privilegiar el uso de utensilios desechables. En el caso de utilizar utensilios reutilizables en estas tareas, estos deben desinfectarse utilizando los productos arriba señalados.
- En el caso de limpieza y desinfección de textiles (por ejemplo, ropa de cama, cortinas, otros) deben lavarse con un ciclo de agua caliente (90° C) y agregar detergente para la ropa.

Tomado de: Subsecretaría de Salud Pública. (n.d.). Potencialmente contaminados o contaminados con novel coronavirus (SARS-CoV-2) (Excluidos los ambientes de los establecimientos de atención de salud). División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, Departamento de Salud Ocupacional, Departamento de Salud Ambiental.

Recomendaciones prácticas para la atención al parto desde el enfoque de cuidados maternos y neonatales respetuosos

Estas recomendaciones prácticas constituyen una guía operativa dirigida específicamente a los centros de atención secundaria donde se atienden todos los partos institucionales en Cuba. Está diseñada para brindar información clara, procedimental y basada en evidencia al personal que atiende directamente el parto, incluyendo especialistas en Medicina General Integral, Obstetricia, Neonatología, Pediatría y Anestesiología, así como a todo el personal de enfermería y de salud del área materno-infantil.

Su objetivo principal es operativizar la aplicación de los Cuidados Maternos y Neonatales Respetuosos (CMNR), al proporcionar herramientas prácticas para: crear entornos que favorezcan la fisiología del parto y el protagonismo de la mujer; asegurar intervenciones basadas en evidencia, evitando prácticas innecesarias y rutinarias; favorecer la revisión del recién nacido en contacto piel con piel y la lactancia inmediata; y realizar una vigilancia clínica segura y respetuosa durante el puerperio, sin separaciones innecesarias.

La guía ha sido elaborada por el Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) con el acompañamiento de la Oficina del UNFPA en Cuba, la Oficina Regional del UNFPA para América Latina y el Caribe (LACRO) y, a través de esta, por el Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Constituye, por tanto, un instrumento técnico de consenso y referencia para la excelencia en la atención perinatal en Cuba.



Ministerio
de Salud Pública



SOCIEDAD CUBANA
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



SOCUENF
SOCIEDAD CUBANA DE ENFERMERÍA



ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

www.ecimed.sld.cu