

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN SALUD MATERNO INFANTIL



CURSO DE ESPECIALIZACIÓN “COMPETENCIAS EN LA ATENCIÓN DE PARTERÍA  
BAJO EL MODELO HUMANIZADO”

**“ATENCIÓN HUMANIZADA Y RESPETUOSA EN EL TERCER ESTADIO DEL  
PARTO. EL SALVADOR, FEBRERO – DICIEMBRE 2023.”**

PRESENTADO POR:

**MARJORIE ROCÍO MEJÍA MARROQUÍN**

ASESORA:

**LICDA. SILVIA MERCEDES MARTÍNEZ GÓMEZ**

CIUDAD UNIVERSITARIA “DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA”, EL SALVADOR, DICIEMBRE, 2023.

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

***MsC. Juan Rosa Quintanilla.***

RECTOR

***Dra. Evelyn Farfán.***

VICERRECTORA ACADÉMICA

***MsC. Roger Arias.***

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

***Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda***

SECRETARIO GENERAL

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

***Dr. Saúl Díaz Peña.***

DECANO

***Licdo. Franklin Méndez.***

VICEDECANO

***MsC. Roberto Hernández.***

SECRETARIO

***MsC. Mónica Ventura.***

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

***MsC. Rocío Elena Linares de Trujillo.***

DIRECTORA DE CARRERA SALUD MATERNO INFANTIL

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios todopoderoso:** Por permitirme culminar esta etapa de mi vida y lograr mis metas. Por haberme brindado salud, inteligencia y sabiduría en este camino hacia el éxito académico y profesional.

**A mis padres:** Por haber sido mi pilar fundamental en este recorrido de mi formación académica, por su apoyo incondicional, por apoyarme a seguir adelante y tener fe que lo lograría.

**A mis docentes:** A cada una por su guía, tiempo y dedicación en mi formación académica y profesional. Por haber brindado su apoyo profesional en cada uno de los módulos y su aporte teórico para el aumento de los conocimientos.

**A mis compañeras:** Por ser personas valiosas que luchan por alcanzar sus metas, agradezco conocerlas, por compartir momentos alegres y tristes. Por el apoyo grupal brindado en cada actividad, jornada o exposición realizada ya que ello nos condujo a la finalización de esta etapa.

## CONTENIDO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.....	ii
AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA .....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
RESUMEN .....	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii
OBJETIVOS.....	xi
OBJETIVO GENERAL .....	xi
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	xi
SISTEMA CONCEPTUAL BÁSICO .....	xii
CAPÍTULO I: MANEJO TÉCNICO-CIENTÍFICO DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO 1	
1.1 FISIOLOGÍA DEL TERCER PERIODO DEL PARTO .....	3
1.2 ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO .....	8
1.3 MANEJO DE LAS COMPLICACIONES .....	11
CAPÍTULO II: ACTIVIDADES ASISTENCIALES DURANTE EL TERCER PERIODO DEL PARTO .....	21
2.1 ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LA MADRE .....	21
2.2 ACTIVIDADES DIRIGIDAS AL RECIEN NACIDO/A .....	27
CAPÍTULO III: ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y /O CONSEJERÍA A LA MUJER Y SU PAREJA O ACOMPAÑANTE DURANTE EL TERCER PERIODO DEL PARTO .....	32
3.1 ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y/O CONSEJERÍA .....	32
CONCLUSIONES.....	39
RECOMENDACIONES .....	41

FUENTES DE INFORMACIÓN .....	42
ANEXOS .....	45
ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	46
ANEXO 2. PRESUPUESTO.....	47
ANEXO 3. FORMATO DE FICHA DE TRABAJO.....	48

## RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la mayoría de las muertes maternas son evitables. En El Salvador, según el Ministerio de Salud (MINSAL), en el año 2021 se ha registrado la cifra más alta de muertes maternas desde 2014, un total de 63 muertes maternas, 17 más que en 2020.

El tercer período del parto, inicia con la salida del recién nacido/a, y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas corioamnióticas. Este período comprende cuatro etapas: Desprendimiento de la placenta, desprendimiento de las membranas, descenso y expulsión. Existen dos mecanismos de desprendimiento placentario: El Schultz y el de Duncan. El manejo activo del tercer período del trabajo de parto (MATEP) se resume en: 1) aplicación de uterotónico por vía intravenosa o intramuscular; 2) pinzamiento tardío del cordón umbilical y 3) tracción controlada del cordón umbilical. La atonía uterina es la causa más frecuente de hemorragia obstétrica. La atención del recién nacido tiene por objetivo brindar las condiciones óptimas para su adaptación inmediata a la vida extrauterina, facilitando la interacción inmediata madre/padre-hijo (vínculo temprano); así mismo, desarrollar con la mujer, pareja y familia acciones informativas, de educación y consejería para lograr su participación y colaboración en el proceso del parto y la crianza.

El presente documento tiene por objetivo describir las acciones teórico-asistenciales en la atención humanizada y respetuosa a la mujer durante el tercer período del parto. La metodología fue una investigación documental y descriptiva, utilizando la técnica del fichaje para la obtención de la información.

**Palabras clave:** Alumbramiento, mecanismo del parto, uterotónico, hemorragia obstétrica.

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud entre las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: las hemorragias graves y las infecciones (generalmente tras el parto). Por ello la importancia de la atención humanizada y respetuosa en el tercer estadio del parto.

Por lo tanto, el tercer estadio del trabajo de parto o también llamado alumbramiento o período placentario representa gran relevancia, ya que consiste en el desprendimiento y descenso de la placenta, por ello es importante brindar una atención de calidad por los riesgos de una mala extracción de la placenta, reconocer los signos de desprendimiento y evitar una hemorragia uterina, ya que esto repercute de manera negativa en la salud de la mujer e incluso la muerte.

Actualmente se entiende por “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia. (1)

En materia de atención del parto en El Salvador ha presentado avances en la reducción de la mortalidad materna en cumplimiento con los Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS), siendo así que para el año 2019 reportó únicamente 27 muertes maternas a nivel nacional, alcanzando una razón de mortalidad de 24.3 por cada 100 mil nacidos vivos. (2)

En relación con la atención del tercer estadio del parto se encuentra la atención al recién nacido/a, cuyo objetivo es brindar las condiciones óptimas para su adaptación inmediata a la

vida extrauterina, favoreciendo siempre y evitando interferir en la interacción inmediata con madre/padre – hijo/a. (3)

Por su parte la participación del acompañante durante el trabajo de parto aporta grandes beneficios sin riesgos para la usuaria sobre todo si el apoyo se inicia tempranamente y si es practicado por una persona cercana a la misma como podría ser su pareja o algún familiar.

Por tal razón y con el fin de analizar la atención del tercer período del trabajo de parto se realiza la presente monografía, con el propósito de realizar un análisis de la situación en dicha atención. Este documento busca beneficiar principalmente al personal de salud para incrementar los conocimientos y ejecutar acciones de atención del parto humanizado y respetado, así mismo ser un aporte bibliográfico para futuras investigaciones.

El presente documento contempla una monografía cuyo objetivo es describir las acciones teórico-asistenciales en una atención humanizada y respetuosa a la mujer durante el tercer período del parto. Considerando como metodología una investigación documental y descriptiva, utilizando la técnica del fichaje para la obtención de la información. Además, se consideraron como elementos centrales del trabajo la variable de estudio, las dimensiones y subdimensiones e indicadores, los cuales se detallan a continuación:

***Tabla A: Operacionalización de la variable de investigación.***

<b>VARIABLE</b>			
Atención humanizada y respetuosa del tercer período del parto.			
<b>SIGNIFICADO CONCEPTUAL DE LA VARIABLE</b>			
Cuidados humanizados y respetuosos que se proporcionan a la mujer gestante y su familia durante la atención del tercer período del parto.			
<b>DIMENSIONES</b>	<b>SUBDIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
1. Manejo técnico-científico del	1.1 Fisiología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio y finalización.</li> <li>• Fases.</li> <li>• Mecanismos de alumbramiento.</li> </ul>	Ficha de trabajo.

tercer período del parto.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos de desprendimiento placentario.</li> <li>• Tipos de placenta.</li> </ul>	
	1.2 Atención del alumbramiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo expectante.</li> <li>• Manejo activo.</li> <li>• Manejo mixto o combinado.</li> </ul>	
	1.3 Manejo de las complicaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia uterina.</li> <li>• Atonía uterina.</li> <li>• Retención de restos placentarios.</li> <li>• Inversión uterina.</li> <li>• Hipotensión y choque hipovolémico.</li> <li>• Anemia.</li> </ul>	
2. Actividades asistenciales durante el tercer período del parto.	2.1 Actividades dirigidas a la madre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de uterotónicos profilácticos.</li> <li>• Pinzamiento tardío del cordón umbilical.</li> <li>• Tracción controlada del cordón (TCC).</li> <li>• Masaje uterino.</li> </ul>	Ficha de trabajo.
	2.2 Actividades dirigidas al recién nacido/a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocación piel con piel.</li> <li>• Aspiración nasal u oral.</li> <li>• Colocación al seno materno.</li> </ul>	
3. Actividades educativas y/o consejería a la mujer y su pareja o acompañante durante el tercer período del parto.	3.1 Actividades educativas y/o consejería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacto piel con piel.</li> <li>• Lactancia materna inmediata al nacimiento.</li> <li>• Métodos antifecondativos intraparto.</li> </ul>	Ficha de trabajo.

*Fuente: Elaboración propia a partir del plan de trabajo de monografía.*

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir las acciones teórico-asistenciales a realizar para una atención humanizada y respetuosa del tercer periodo del parto.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar el manejo técnico-científico del tercer período del parto.
- Explicar las actividades asistenciales humanizadas y respetuosas dirigidas a la madre y recién nacido/a durante el tercer período del parto.
- Detallar las actividades educativas y/o consejería a la mujer durante el tercer período del parto y a su pareja o acompañante.

## SISTEMA CONCEPTUAL BÁSICO

**Alojamiento conjunto:** Contacto inmediato y permanente de la persona recién nacida con su madre iniciando desde su nacimiento el contacto piel a piel y la lactancia materna con énfasis en las primeras tres horas de vida, manteniendo la convivencia de la persona recién nacida y su madre durante toda su estancia en el centro asistencial, haciendo énfasis en el método canguro. (4)

**Alumbramiento o periodo placentario/ 3er Periodo del parto:** Periodo que inicia con la salida de la persona recién nacida, y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas corioamnióticas. (3)

**Apego seguro:** Es el vínculo que refleja el lazo afectivo duradero que se establece en el espacio y tiempo entre el bebé y el cuidador, este debe ser empático y favoreciendo la experimentación de emociones. (4)

**Atención del parto:** Es el conjunto de acciones humanizadas que se realizan con la mujer gestante con el fin de garantizar una correcta terminación de su embarazo, que se traduce en bienestar para la mujer y el recién nacido. (5)

**Atención respetuosa de la maternidad:** Remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantengan su dignidad, privacidad y confidencialidad, aseguren la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto. (3)

**Atención del recién nacido:** Es el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, inmediatas que se aplican al recién nacido en el momento del nacimiento e inmediatamente después, con el propósito de lograr disminuir el riesgo de enfermar o de morir. (5)

**Contacto piel a piel (CPP):** Consiste en colocar al recién nacido desnudo sobre el abdomen y el tórax desnudos de la madre, inmediatamente al nacer y durante las primeras 3 horas de vida o en caso no fuese posible el CPP con la madre, será con el padre o el acompañante. (3)

**Fármacos uterotónicos:** Un fármaco uterotónico estimula las contracciones uterinas. La administración de rutina de un fármaco uterotónico es una parte integral del Manejo Activo del Tercer Periodo del Trabajo de Parto (AMTSL) y está concebido para jugar un rol principal en la prevención de la hemorragia postparto (HPP). (6)

**Hemorragia post parto (HPP):** Exceso de pérdida de sangre después del nacimiento de un bebé. La definición clínica es pérdida de sangre mayor a 500 ml. (6)

**Hemorragia obstétrica:** Es la hemorragia postparto que se define como la pérdida de sangre igual o mayor de 1000 ml que produzca inestabilidad hemodinámica dentro de las 24 horas después del nacimiento. (7)

**Lactancia materna exclusiva:** Acción de alimentar a la persona recién nacida, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos o sucedáneos de la leche, durante los primeros seis meses de vida. (4)

**Nacimiento por vía vaginal:** Forma natural o fisiológica en la que el feto sale del útero al exterior a través de la vagina. (4)

**Parto:** Proceso mediante el cual el producto de la concepción sale del organismo materno. Se admite como parto cuando la paciente cuenta con un embarazo mayor de 22 semanas y el feto tiene un peso mayor a los 500 gramos. En el enfoque de parto seguro, el nacimiento es considerado como una manifestación natural, significa que todas las mujeres tengan la posibilidad de vivir una experiencia segura y satisfactoria para ella y su recién nacido. (5)

**Parto respetado:** Modelo de atención del parto que toma en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en

los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer y su bebé se convierten en sujetos y protagonistas de las decisiones y atenciones que reciben. (4)

**Promoción de la salud:** Estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que las personas ejerzan sus derechos y responsabilidades y participen en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar. (4)

**Psicoprofilaxis como parte de la atención humanizada del parto:** Es el conjunto de actividades orientadas a brindar una preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante para lograr un embarazo, parto y posparto sin temor, evitando complicaciones y así contribuir a la disminución de la morbilidad materno perinatal. (5)

**Tercer período:** Alumbramiento o período placentario. Inicia con la salida del recién nacido, y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas corioamnióticas. (5)

**Vínculo afectivo:** Es un lazo de amor, empatía y cuidado mutuo entre la madre, padre y su hijo o hija, que proporciona bienestar y seguridad. Es base para el desarrollo en la primera infancia. (4)

## **CAPÍTULO I: MANEJO TÉCNICO-CIENTÍFICO DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO**

En definitiva, el trabajo de parto se entiende por el período comprendido desde el inicio de las contracciones uterinas y que termina con el nacimiento del feto o extracción del mismo y sus anexos (4). El trabajo de parto se divide en tres períodos o estadios los cuales son:

**1. Primer período: Borramiento y dilatación.**

Incluye el inicio de trabajo de parto hasta la dilatación completa del cérvix. El primer período presenta dos fases: Fase latente y fase activa.

**2. Segundo período: Expulsivo.**

Inicia con la dilatación completa del cuello uterino y concluye con el nacimiento.

**3. Tercer período: Alumbramiento o período placentario.**

Inicia con la salida del recién nacido, y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas corioamnióticas.

**4. Cuarto período: Post alumbramiento.**

Comprende las dos horas siguientes al parto. (5)

Así pues, durante la atención del trabajo de parto y sus períodos, el personal de salud calificado debe asegurar el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la usuaria, comprender su entorno sociocultural, ejecutar acciones asistenciales y educativas a la mujer, pareja o acompañante y recién nacido/a, para así, asegurar una experiencia de parto positiva.

El tercer estadio del parto dará inicio con la expulsión del recién nacido/a y finalizará con la expulsión de la placenta junto con las membranas corioamnióticas. Dicho estadio se divide en cuatro fases, con énfasis en la primera fase, el desprendimiento de la placenta, lo cual sucede por el mecanismo de Schultz o el mecanismo de Duncan. Para ello el personal de salud calificado deberá estar vigilando los signos de desprendimiento placentario para el manejo adecuado del alumbramiento.

En consecuencia, durante la atención del alumbramiento se aplicará uno de los tres manejos: fisiológico o expectante, el activo o dirigido y/o el mixto o combinado; siendo el más recomendado el manejo activo del alumbramiento de acuerdo con los lineamientos nacionales e internacionales y de evidencia científica de los beneficios de aplicar este manejo.

De modo que el tercer estadio del parto requiere atención en el tipo de manejo que se aplique por las posibles complicaciones tras el parto, siendo la principal la hemorragia post parto, las cuales repercuten a la salud de la mujer y en casos extremos la muerte. Para el manejo de las complicaciones es esencial que el personal de salud calificado tenga el manejo técnico-científico de la fisiología del tercer estadio del parto.

Dentro de este marco, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la mayoría de las muertes maternas son evitables. La OMS plantea que las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas: “Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto.”

En El Salvador, según datos del Ministerio de Salud (MINSAL), en el año 2021 se ha registrado la cifra más alta de muertes maternas desde 2014, un total de 63 muertes maternas, 17 más que en 2020. Si se mira en retrospectiva, en 2019, se alcanzó la razón de mortalidad materna más baja de la historia, se cerró con una razón de mortalidad materna de 24.3 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos. Una tendencia a la baja que se registraba desde el año 2000 (con una RMM de 73). Este esfuerzo fue reconocido a nivel internacional y puesto como ejemplo en la región. (8)

Asimismo, en El Salvador la implementación de la Estrategia de parto y neonato humanizado se completó en el año 2018 en el 100% de hospitales del Sistema Nacional de Atención (SNA) con el objetivo de sensibilizar y empoderar a prestadores de servicios de salud. Con estas capacitaciones se asume el compromiso de aplicar la calidad y calidez del cuidado humanizado que se da en la atención a la mujer durante el embarazo y el parto, con la finalidad de aportar

estrategias que reduzcan el estrés materno a la hora del parto, contribuyendo a la disminución del parto por cesárea y fomentando el parto fisiológico. (9)

Es así como en el tercer estadio del parto, se busca lograr una atención humanizada y respetuosa, mediante el uso manejo técnico-científico de su fisiología, ya que este período represente un riesgo de complicaciones tras el parto debido a las hemorragias post parto derivadas de diferentes causas. Debido a esto, para la disminución de esta situación es necesario que el personal de salud calificado en atención del parto (gineco-obstetras, enfermería, salud materno infantil, entre otros) tenga un manejo técnico-científico del trabajo del parto, en énfasis del tercer estadio, para ejecutar las acciones asistenciales a la mujer y recién nacido/a, además de las acciones educativas a la mujer, pareja o acompañante.

## **1.1 FISIOLÓGÍA DEL TERCER PERIODO DEL PARTO**

### **1.1.1 Inicio y finalización.**

También llamado alumbramiento o período placentario. Inicia con la salida del recién nacido, y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas corioamnióticas. (5)

En este lapso la placenta se separa de su inserción y se expulsa junto con las membranas ovulares. La vigilancia y los cuidados obstétricos y del estado general materno son fundamentales. En este período se producen la mayoría de las hemorragias graves, que representan una de las principales causas obstétricas directas de muerte materna. (10)

La duración de esta tercera etapa del parto debe ser de 30 minutos tras el nacimiento si se produce un manejo activo y de 60 minutos si se desarrolla un alumbramiento espontáneo. (11)

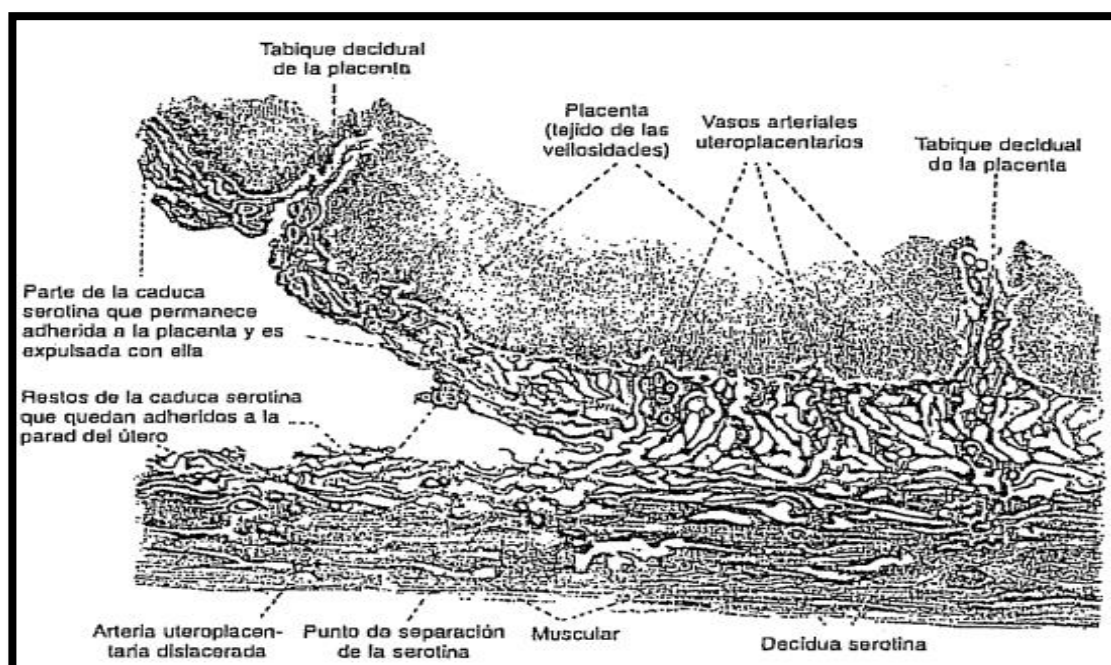
### **1.1.2 Fases del tercer período del parto.**

Este período comprende cuatro etapas:

1) *Desprendimiento de la placenta:* Tan pronto como el feto se desprende del útero se retrae para adaptarse a su menor contenido. No obstante, todavía la placenta permanece algunos

minutos adherida a él. A continuación del nacimiento, se agregan fuertes contracciones rítmicas, sin interrupción y similares en intensidad y frecuencia, esta actividad contráctil será el motivo fundamental del desprendimiento de la placenta. El mecanismo por el que puede desprenderse la placenta se verifica de dos maneras: El de Baudeloeque-Schultze y el de Baudelocque-Duncan. (Figura 1)

**Figura 1: Fisiología del desprendimiento de la placenta.**



Fuente: Ricardo Schwarcz RFCD. booksmedicos.org. [Online].; 2005.

- 2) **Desprendimiento de las membranas:** Las contracciones del útero siguientes, pliegan primero las membranas y las desprenden después, finalmente, el mismo peso de la placenta, en su descenso, terminará de desprenderlas por simple tironeamiento. El proceso finaliza luego de expulsada la placenta que aún cuelga de las membranas no completamente desprendidas.
- 3) **Descenso:** Desprendida la placenta, ésta desciende del cuerpo al segmento y a la vagina, porque continua la actividad contráctil del útero y mayormente por el peso mismo de la placenta, la que arrastra a las membranas invirtiéndolas desde las superficies de inserción

cercanas al borde placentario. La atonía vaginal por el parto reciente hace que en este tramo la placenta quede detenida algún tiempo.

4) **Expulsión:** Posteriormente pueden presentarse dos situaciones:

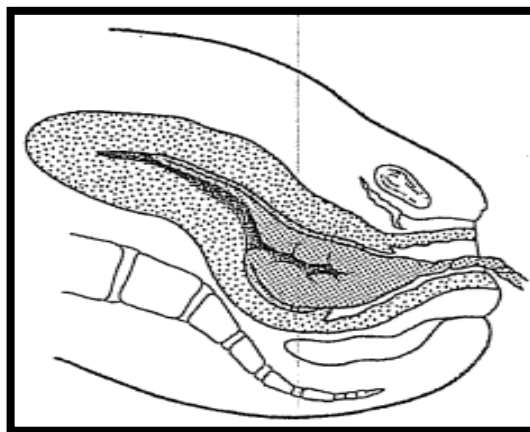
- a) Se repitan algunos pujos y estos, con el peso de la placenta y el hematoma retroplacentario (en el mecanismo de Baudelocque-Schultz), terminen la expulsión placentaria hasta el exterior (alumbramiento espontáneo).
- b) La placenta desprendida y descendida a la vagina continua allí alojada, por lo que es menester extraerla de la misma con ayuda manual (alumbramiento natural). (10)

### 1.1.3 Mecanismos del alumbramiento.

El mecanismo por el que puede desprenderse la placenta se verifica de dos maneras:

- a) **El de Baudeloeque-Schultze:** En él la placenta inicia su desprendimiento en el centro de su zona de inserción, con la consiguiente hemorragia: ésta, al intensificarse, se convierte en el hematoma retroplacentario, que termina de desprender la placenta invirtiéndola y alojándose en su concavidad; la placenta es expulsada al exterior por su cara fetal, y tras ella la acumulación de sangre del hematoma retroplacentario. Toda la pérdida sanguínea del alumbramiento se producirá al final (Figura 2).

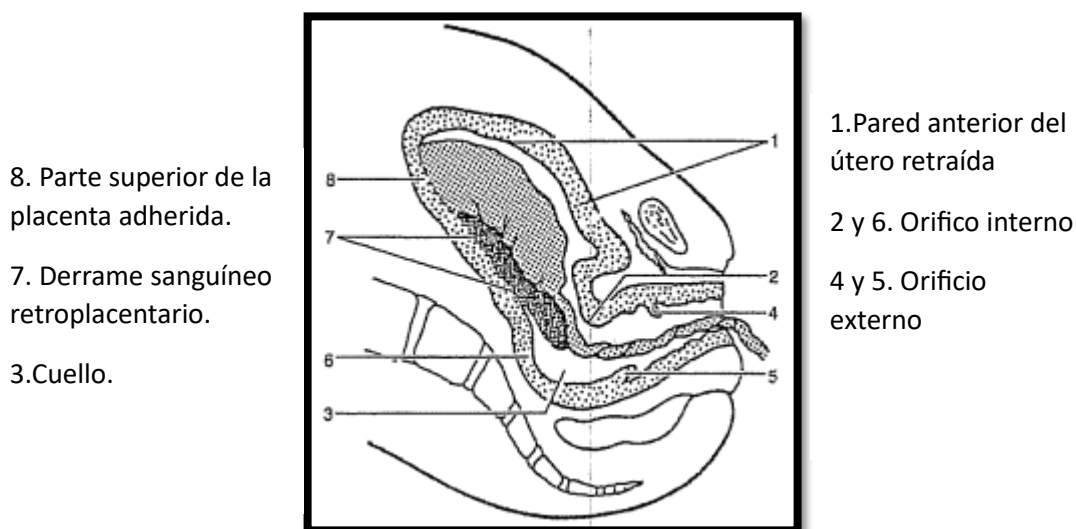
**Figura 2: Desprendimiento de la placenta por mecanismo de Baudelocque-Schultz**



Fuente: Ricardo Schwarcz RFCD. [booksmedicos.org](http://booksmedicos.org). [Online].; 2005.

b) **El de Baudelocque-Duncan:** Se cumple al iniciarse el desprendimiento en el borde de la placenta y extenderse hacia el centro de la misma, al expulsarse aparecerá primero, el borde de la placenta. La pérdida sanguínea será notoria desde que se inicia el desprendimiento, antes de la expulsión (Figura 3). (10)

**Figura 3: Desprendimiento de la placenta por el mecanismo de baudelocque-duncan.**



Fuente: Ricardo Schwarcz RFCD. [booksmedicos.org](http://booksmedicos.org). [Online].; 2005

#### 1.1.4 Signos de desprendimiento placentario.

Los signos que brindan esta certidumbre son:

- 1) La reaparición de los dolores, índice de las contracciones de desprendimiento.
- 2) La salida de sangre por los genitales, como manifestación de la separación uteroplacentaria, especialmente en el mecanismo de Baudelocque-Duncan.
- 3) La disminución del diámetro trasverso y el descenso del útero después de haberse elevado sobre el ombligo.

- 4) El descenso de una señal (pinza) colocada previamente al final de la expulsión fetal en el cordón, en el sitio que emerge de la vulva.
- 5) La ausencia de ascenso del cordón por la vagina al elevar el útero sobre el pubis a través de la pared abdominal.
- 6) La sensación negativa al palpar por el abdomen el fondo del útero y traccionar del cordón (signo del pescador). (10)

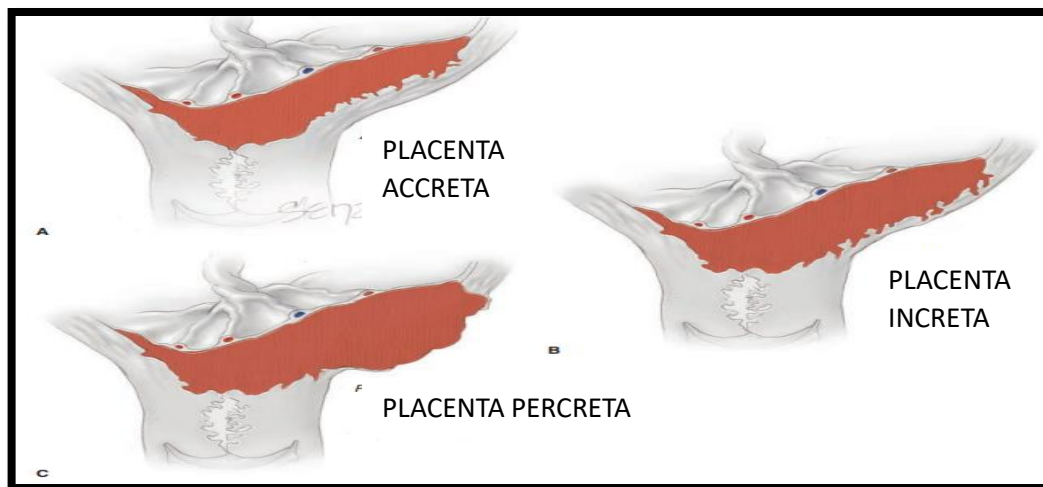
Estos signos aparecen algunas veces dentro del primer minuto después del parto del recién nacido y casi siempre en los primeros 5 minutos. Una vez que la placenta se separa de la pared uterina es importante establecer la contracción del útero. Se le pide a la madre que puje y la presión intraabdominal suele expulsar la placenta hacia la vagina. (12)

### **1.1.5 Tipos de placenta.**

El tipo de placenta más asociada a las hemorragias post parto es la placenta accreta, seguido de placenta increta y percreta en orden de causar una hemorragia uterina. El término placenta accreta denota que las vellosidades están unidas al miometrio. Si se detecta placenta increta, dichas vellosidades invadirán realmente el miometrio; el término placenta percreta define la existencia de vellosidades que penetran el miometrio, llegan a la serosa o la atraviesan. En las tres variedades, la adherencia anormal puede abarcar todos los lóbulos (placenta accreta total) (Figura 4). (12)

Estas anomalías placentarias, de importancia clínica, se forman cuando el trofoblasto invade el miometrio a distintas profundidades y ocasiona una adhesión anormal. Son mucho más probables cuando hay placenta previa o cuando la placenta se implanta sobre una incisión o perforación uterina previa. Una complicación frecuente es la hemorragia abundante. (12)

**Figura 4: Placenta Accreta, Increta y Percreta.**



Fuente: F. Gary Cunningham M, Kenneth J. Leveno M, Steven L. Bloom M, Catherine Y. Spong M, Jodi S. Dashe M, Barbara L. Hoffman M, et al. booksmedicos.org. [Online].; 2015.

## 1.2 ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO

La atención del alumbramiento según la evidencia científica se puede abordar desde diferentes abordajes terapéuticos y sus posibles repercusiones en la salud perinatal. Es el tercer estadio del parto donde existe mayor riesgo de complicaciones tras el nacimiento de la placenta y las membranas corioamnióticas. La hemorragia obstétrica es la principal causa de mortalidad materna en todo el mundo. Suele ocurrir en las primeras 24 horas posparto; sin embargo, puede prevenirse con la prescripción de uterotónicos, además del diagnóstico y tratamiento oportuno. (13)

Por lo tanto, en el tercer estadio del parto es necesario la prevención, detección y actuación ante las hemorragias puerperales, así como de otras complicaciones.

De este modo, se afirma que la duración de la tercera etapa del parto se considera prolongada si no se completa en los treinta minutos posteriores al nacimiento del neonato con el manejo activo y sesenta minutos con el alumbramiento espontáneo.

Es sustancial que el personal de salud calificado este vigilante de los signos de desprendimiento placentario para evaluar las condiciones en que transcurre el tercer estadio y el tipo de mecanismo en que se desprenderá la placenta.

A continuación, se describen los tres tipos de manejo de la atención del alumbramiento:

### **1.2.1 Manejo expectante o fisiológico.**

Es aquel en el que el profesional espera los signos de separación placentaria y el alumbramiento se produce de forma espontánea con ayuda de la gravedad, los pujos maternos y en ocasiones con estimulación del pezón. Por tanto, en este tipo de alumbramiento no se administra ningún fármaco uterotónico e idealmente el cordón no se corta ni se pinza hasta el alumbramiento, o al menos, hasta que deje de latir. La expulsión de la placenta se produce de forma espontánea con la ayuda de la gravedad y en ocasiones, de los pujos maternos. (14)

En caso de que transcurridos 30 minutos no se haya producido el alumbramiento, se realizarán maniobras extractoras de la placenta. Pueden utilizarse drogas uterotónicas para prevenir la hemorragia postparto. (11)

### **1.2.2 Manejo activo o alumbramiento dirigido.**

El tratamiento activo del tercer período del trabajo de parto consiste en la implementación de intervenciones encaminadas para que la placenta descienda al aumentar las contracciones uterinas con: 1) aplicación de uterotónico por vía intravenosa o intramuscular; 2) pinzamiento tardío del cordón umbilical y 3) tracción controlada del cordón umbilical. (13)

Según el protocolo de asistencia de la Ley Nacer con Cariño durante el post parto se realizará:

1. Proceder al alumbramiento activo excepto que no exista ningún factor de riesgo que justifique su realización. Aplicar oxitocina (10 UI IM) para prevenir la hemorragia posparto (HPP), después de cortar el cordón y de verificar que no haya otro bebé en la cavidad uterina.

2. Realizar el pinzamiento tardío del cordón umbilical de 1 a 3 minutos después del nacimiento como mínimo, iniciando de forma simultánea la atención esencial a la persona recién nacida. Las excepciones a esta indicación son las siguientes:
  - Madres RH negativas con prueba de Coombs indirecta positiva.
  - Presencia de circular de cordón con imposibilidad de deslizar.
  - Gemelos con placenta monocorial.
3. Utilizar misoprostol por vía oral (600 µg), en los entornos en los que la oxitocina no está disponible.
4. Considerar que, de ser necesaria, la tracción controlada del cordón umbilical debe ser realizada por especialistas o personal capacitado en habilidades obstétricas. Esperar los signos de desprendimiento de placenta antes de realizar tracción controlada del cordón (TCC).
5. Examinar el cordón, las membranas y la placenta minuciosamente colocándola sobre una superficie plana a los efectos de reconocer su integridad, observar primero la cara fetal y luego invertirla para evaluar la cara materna. Enseñarla a la madre y/o su acompañante y brindar información sobre la misma.
6. Revisar el área vulvo-vagino-perineal en forma visual, cuidadosa y gentilmente, previa autorización de la madre. La misma se realiza entreabriendo ligeramente los labios vaginales con los dedos a fin de descartar la presencia de posibles lesiones.
7. Suturar todo desgarro que presente sangrado activo según técnica previa infiltración con lidocaína. Esta intervención debe ser realizada por personal con capacidades técnicas adecuadas, previa antisepsia con guantes estériles.
8. Emplear técnica de sutura subcuticular continua, ininterrumpida en piel.

9. Corroborar la correcta hemostasia en caso necesario, las pérdidas fisiológicas, la retracción uterina adecuada mediante la observación y la palpación abdominal. Solo de considerarse estrictamente necesario, y ante la presencia de y signos y síntomas claros, proceder a la revisión del canal cérvico-vaginal de manera gentil y amable, explicando claramente a la mujer y su acompañante la justificación para realizarlo.
10. Controlar signos vitales en una oportunidad luego del alumbramiento.
11. Activar oportunamente el código rojo, si se presenta sangrado transvaginal moderado, severo, o signos y síntomas de shock hipovolémico. (3)

### **1.2.3 Manejo mixto o combinado.**

Combina algunos de los componentes tanto del manejo activo como del fisiológico. Así pues, puede incluir: uso de fármacos uterotónicos en un inicio, tracción controlada de cordón y pinzamiento una vez cesa el latido o uso de fármacos cuando el cordón ya ha dejado de latir, y posteriormente pinzado del mismo y tracción controlada de cordón. Sin duda, se trata de formas interesantes debido a la creciente evidencia que explica los múltiples beneficios del pinzamiento tardío del cordón umbilical. (14)

## **1.3 MANEJO DE LAS COMPLICACIONES**

Es sustancial que el personal de salud calificado en la unidad de parto conozca el manejo de las complicaciones, si bien el tercer estadio del parto la mayoría de las veces transcurre con normalidad, existe la posibilidad que dependiendo si hubo un manejo adecuado del alumbramiento ocurran complicaciones, siendo la primera la hemorragia post parto.

De acuerdo con la OMS, antes de la pandemia las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas eran: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); las

infecciones (generalmente tras el parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto; los abortos peligrosos. (8)

Es necesario disminuir las complicaciones tras el parto, ya que son un indicador de las razones de muerte materna. A continuación, se detallan cada una de ellas:

### **1.3.1 Hemorragia uterina.**

En el caso de la hemorragia puerperal inmediata, se emprende la revisión cuidadosa para descartar desgarro de la vía del parto. La hemorragia puede originarse de fragmentos de placenta retenidos y por ello la inspección de la placenta debe ser sistemática después de su alumbramiento.

En caso de identificar algún defecto, habrá que explorar manualmente el útero y extraer el fragmento. En ocasiones, la retención de un lóbulo succenturiado puede ocasionar hemorragia puerperal. Durante la exploración en busca de desgarros y causas de atonía, el útero se masajea y se administran fármacos uterotónicos. (12)

La hemorragia uterina se divide en dos grandes aspectos:

#### **A) Hemorragias del alumbramiento.**

- Definición: Pérdida mayor de 500 ml (con acentuadas variaciones individuales).
- Etiología:
  - Antes de la expulsión de la placenta: a) distocias dinámicas, inercia y anillos de contracción, b) adherencias anormales, distocias anatómicas de la placenta, c) lesiones de partes blandas.
  - Después de la expulsión de la placenta: a) retención de cotiledones, b) Inercia, c) defectos de coagulación.
- Síntomas generales: 1) Hemorragia, generalmente externa: otras veces solamente interna (distensión del útero, salida masiva de coágulos) o mixta. 2) Cuadro de shock hemorrágico: palidez, sudoración, disnea, hipotensión, taquicardia.

## **B) Lesiones de partes blandas.**

- Causas: Mala conducción del parto, maniobras violentas o mal conducidas, intervenciones obstétricas.
- Diagnóstico: Observación directa del desgarro en periné, vulva, vagina, cuello, cuerpo.
- Tratamiento: Reparación de la brecha por sutura o histerectomía. (10)

Si persiste la hemorragia abundante después del nacimiento del producto y la placenta sigue unida en forma parcial o total, está indicada la extracción manual de ella. Para realizar tal maniobra, es indispensable la analgesia adecuada y también emplear una técnica quirúrgica aséptica, se separa la placenta de su zona de unión en el útero con un movimiento semejante al que se usaría para separar las hojas de un libro. Después de su extracción, se tira con gran cuidado de las membranas que vienen de la decidua; se usa una pinza de anillos en caso de ser necesario. Otro método es raspar por dentro la cavidad uterina con la mano cubierta de gasa. (12)

### **1.3.2 Atonía uterina.**

La causa más frecuente de hemorragia obstétrica es la imposibilidad de que el útero no se contraiga en grado suficiente después del parto y así controle la hemorragia de vasos en el sitio de implantación placentaria; es decir, es inevitable algún grado de hemorragia durante el tercer período del parto conforme la placenta comienza a desprenderse. (12)

En el caso de la hemorragia durante el tercer período, habrá que dar masaje al útero si no está contraído firmemente. Después de los signos de separación, el descenso de la placenta se manifiesta por laxitud del cordón umbilical. Habrá que intentar la expresión placentaria por presión manual en el fondo. Si persiste la hemorragia, puede ser necesaria la extracción manual de la placenta. La separación y el nacimiento de la placenta por medio de tracción del cordón, en particular si el útero está atónico, pueden ocasionar inversión uterina. (12)

En muchas mujeres, la atonía uterina puede anticiparse mucho antes del parto. Algunos de los factores de riesgo son:

- La primiparidad.
- La multiparidad.
- El útero distendido de manera excesiva; por ello están expuestas a un mayor riesgo las mujeres con macrosomía fetal, multiplicidad fetal o polihidramnios.
- La inducción o intensificación del parto con prostaglandinas u oxitocina.
- La paciente que en alguna ocasión anterior presentó hemorragia puerperal está expuesta al peligro de repetir tal complicación en un parto subsecuente. (12)

### **1.3.3 Retención de restos placentarios.**

Puede presentar distintas características clínicas y fisiopatológicas que se resumen a continuación:

#### **A) Retención total de la placenta y de las membranas:**

##### 1. Distocias dinámicas.

###### 1.1 Inercia:

- Causas: Generales (uso abusivo de drogas sedantes) o locales (hidramnios, gemelares, multiparidad, etc.)
- Síntomas: Ausencia del dolor del desprendimiento, disminución de la consistencia del útero, aumento de su volumen y hemorragia externa (si el desprendimiento es parcial.)
- Tratamiento: a) Con la placenta totalmente adherida: expectación, masajes exteriores del útero, oxitócicos, alumbramiento artificial manual. b) Con la placenta parcialmente desprendida: si la hemorragia es leve, masajes y oxitócicos: si es grave, alumbramiento artificial manual. c) Con la placenta desprendida y retenida: expresión del útero, suaves tracciones del cordón y tratamiento de la inercia anterior (masajes, oxitócicos).

###### 1.2 Anillos de contracción:

- Pueden producirse en un cuerno, en todo el segmento inferior o en toda la zona que constituye el límite entre éste y el cuerpo.

- Diagnóstico: Ausencia de la expulsión de la placenta y, por tacto intrauterino, comprobación de la existencia de un anillo a nivel del espasmo con la placenta retenida parcialmente a su nivel o totalmente por encima.
- Tratamiento: a) Profiláctico: correcta asistencia del periodo de alumbramiento normal.  
b) Curativo: uteroinhibidores o alumbramiento artificial manual bajo anestesia profunda.

## 2. Distocia anatómica.

- Adherencia anormal de la placenta (placenta accreta, increta, percreta).
- Causas: Endometritis, procesos inflamatorios de la placenta o raspado uterino previo.
- Diagnóstico: Retención total o parcial: con el tacto intrauterino se comprueba dificultad en el desprendimiento por falta de plano de clivaje. Si existe desprendimiento parcial hay hemorragia.
- Tratamiento: La tendencia actuar es la histerectomía. Si la placenta tiene pocas zonas de adherencias anormales, puede intentarse el desgarro de la misma en dichas zonas.

## **B) Retención parcial de los anexos ovulares.**

### 1. Retención de restos placentarios.

- Causas: Alumbramientos mal dirigidos, adherencias anormales, alumbramientos manuales incompletos, retención de cotiledones aberrantes.
- Diagnóstico: Se hace por el examen de la placenta, la hemorragia y el tacto uterino.
- Evolución: Expulsión espontánea: hemorragias graves en el puerperio; desintegración; infección; transformación en pólipos placentarios.
- Tratamiento: Si la terapéutica expectante fracasa, se debe proceder a la extracción del cotiledón por el legrado instrumental con cureta roma de Pinard.

### 2. Retención de membranas.

- Causas: Maniobras incorrectas de alumbramiento, friabilidad de las membranas.
- Diagnóstico: Ausencia de las membranas al examinar los anexos expulsados.
- Pronóstico: Se suelen eliminar espontáneamente; predisponen a la infección.

- Tratamiento: Administración de oxitócicos y antibióticos y colocación de bolsa con hielo. En las retenciones importantes se puede recurrir al raspado con cureta roma de Pinard. (10)

#### **1.3.4 Inversión uterina.**

La inversión uterina en el puerperio se considera una de las catástrofes hemorrágicas clásicas en obstetricia. Si no se le identifica y trata de manera inmediata y apropiada, la hemorragia en tal situación es masiva. Entre los factores de riesgo se encuentran, solos o en combinación:

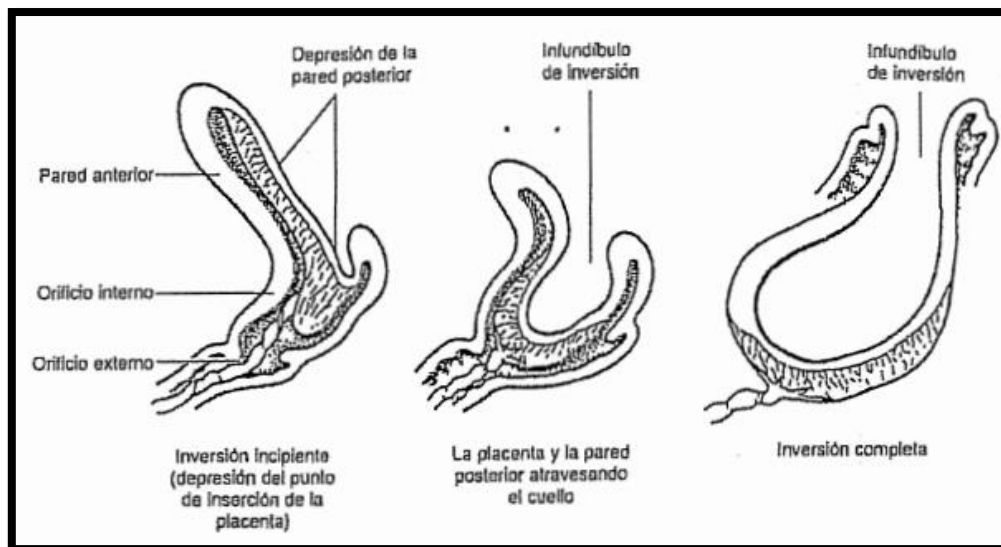
1. Implantación de la placenta en el fondo del útero.
2. Contractilidad uterina tardía o inadecuada después del nacimiento del feto, es decir, atonía uterina.
3. Tracción del cordón umbilical aplicada antes de la separación de la placenta.
4. Placentación con adherencia anormal, como el caso de los síndromes de placenta accreta.

Con base a cuál de los cuatro factores mencionados es la causa, varía la incidencia y gravedad de la inversión; el peor escenario es la inversión completa, en que el útero sobresale de la vía del parto. (12)

En resumen, la inversión uterina constituye los siguientes aspectos:

- **Anatomía:** Según el grado, la inversión puede ser: (Figura 5)
  - 1) Local o parcial
  - 2) Incompleta
  - 3) Completa
  - 4) Total
- **Etiopatogenia:**
  - 1) Causa predisponente: Atonía del útero.
  - 2) Causas determinantes: maniobras precipitadas en la atención del alumbramiento normal, presiones ejercidas desde el abdomen, tracciones por el cordón de la placenta adherida.

**Figura 5: Grados de inversión uterina.**



Fuente: Ricardo Schwarcz RFCD. [booksmedicos.org](http://booksmedicos.org). [Online].; 2005.

- **Diagnóstico:** Dolor, ausencia del cuerpo del útero a la palpación, tumor del cuerpo del útero invertido en la vagina, hemorragia, shock intenso. Inducen a confusión los miomas submucosos y los grandes pólipos.
- **Evolución:** 1) Corrección espontánea (excepcional). 2) Paso a la cronicidad (igualmente excepcional). 3) Reducción por corrección terapéutica (lo habitual). 4) Muerte por shock y hemorragia aguda si no se corrige.
- **Tratamiento:**
  - 1) Profiláctico: Correcta y paciente atención del periodo del alumbramiento evitando las tracciones fuertes del cordón umbilical.
  - 2) Curativo: Se intentará la reintegración del útero por vía vaginal con maniobras manuales suaves comenzando desde la profundidad del segmento inferior invertido próximo a la inserción cervical de la cúpula vaginal y continuando gradualmente con las partes más exteriorizadas o salientes que corresponden al fondo del útero invertido. Si fracasa, sin

demora se realizará la restitución quirúrgica por vía abdominal (operación de Haultain). En los excepcionales casos de infección grave o gangrena la reducción está contraindicada y se habrá de proceder a la histerectomía vaginal. (10)

Según la Obstetricia de Williams, afirma que, una vez identificado cualquier grado de inversión uterina, habrá que emprender de manera urgente y simultánea algunas de las siguientes medidas:

1. Se pide ayuda inmediata, que incluya personal obstétrico y de anestesia.
2. Se lleva sangre a la sala de partos en caso de que se necesite.
3. Se valora a la mujer para practicar anestesia general de urgencia.
4. Si el útero con la inversión reciente no se ha contraído y retraído del todo, y si la placenta ya se separó, se puede regresar el útero a su sitio al impulsar hacia arriba el fondo invertido con la palma de la mano y los dedos en dirección del eje longitudinal de la vagina.
5. Si persiste la adherencia de la placenta, ésta no se extraerá hasta que operen los sistemas de venoclisis y se administre un relajante uterino.
6. Después de extraer la placenta, se aplicará presión constante con el puño, la palma o los dedos en el fondo invertido en un intento de elevarlo a través del cuello uterino dilatado, como se describió en el paso cuatro.
7. Una vez que el útero volvió a su configuración normal, se interrumpe el uso de tocolíticos. En ese momento se administra oxitocina por goteo intravenoso y pueden administrarse otros uterotónicos contra la atonía. Mientras tanto, se conservará el fondo en su posición anatómica normal en tanto se aplica compresión bimanual para controlar todavía más la hemorragia, hasta que el útero esté bien contraído. Se sigue vigilando el útero por vía transvaginal en busca de signos de inversión ulterior. (12)

### **1.3.5 Hipotensión y choque hipovolémico.**

El estado de choque por hemorragia evoluciona y pasa por varias etapas. En los comienzos de la hemorragia masiva se advierten disminuciones en la presión arterial media, el volumen

sistólico, el gasto cardiaco, la presión venosa central y la presión capilar pulmonar de cabalgamiento.

Las arteriolas controlan la corriente sanguínea a los lechos capilares de diversos órganos; ellas son vasos de resistencia controlados en parte por el sistema nervioso central. La liberación de catecolaminas durante la hemorragia ocasiona un incremento generalizado en el tono de venillas, lo cual constituye una autotransfusión a dicho reservorio de capacitancia; lo anterior se acompaña de incrementos compensadores en la frecuencia cardiaca, resistencia vascular sistémica y pulmonar, y contractilidad del miocardio. Además, se observa redistribución del gasto cardiaco y del volumen sanguíneo por constricción o relajación arteriolar mediada por mecanismos nerviosos centrales (autorregulación).

Por ello, a pesar de que el riego a los riñones, lechos espláncnicos, músculos, piel y útero disminuye, se conserva una corriente relativamente mayor de sangre para el corazón, el cerebro y las suprarrenales. (12)

### **1.3.6 Anemia.**

La anemia aguda con hipovolemia se observa en partos en los cuales se secciona o se desgarra la placenta, cuando se perfora o se lacera un vaso fetal, o cuando el lactante se mantiene muy por arriba del nivel de la placenta por algún tiempo antes del pinzamiento del cordón. La lesión intracraneal o extracraneal, o el traumatismo de los órganos intraabdominales también puede causar hemorragia con anemia aguda. (12)

Todas las mujeres pueden enfrentarse a la pérdida de sangre con amenaza de muerte en el momento del alumbramiento; las mujeres con anemia son particularmente vulnerables debido a que es posible que no resistan una pérdida de sangre incluso moderada. La HPP supone una caída en las reservas de hierro y una contribución directa a la aparición o empeoramiento de la anemia. Lo que produce fatiga y debilidad y con ella la hospitalización de las madres puede verse prolongada afectando indudablemente al apego y la lactancia materna.

Las transfusiones hemáticas mejoran la anemia y acortan los períodos de hospitalización, pero no están exentas de posibles complicaciones como las reacciones a las mismas o las infecciones futuras. Debemos considerar además que el acceso seguro a las transfusiones de sangre no es, por desgracia, universal. (14)

## **CAPÍTULO II: ACTIVIDADES ASISTENCIALES DURANTE EL TERCER PERIODO DEL PARTO**

Las actividades asistenciales en el tercer estadio del parto están encaminadas en brindar una atención humanizada y respetuosa a la madre y su recién nacido/a, para una experiencia de parto positiva. Estas actividades deben realizarse de forma empática y conforme a los lineamientos nacionales y leyes que regulan la atención del parto. Además, estas acciones también abarcan al acompañante el cual tiene el rol de brindar el apoyo emocional a la mujer.

Asimismo, estas actividades asistenciales tienen por segundo objetivo brindar las primeras atenciones al recién nacido/a el cual desde el momento de la concepción y al momento del parto es sujeto de derechos humanos. Por tanto, durante estas acciones el personal de salud que brinda la atención debe informar a la usuaria de todas las acciones realizadas y el beneficio de realizarlas. A continuación, se detallan cada una de las actividades asistenciales:

### **2.1 ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LA MADRE**

#### **2.1.1 Administración de uterotónicos profilácticos.**

Los factores más importantes para reducir la hemorragia puerperal son al parecer los uterotónicos. Algunos ejemplos son oxitocina, misoprostol, carboprost y los derivados del cornezuelo del centeno, sobre todo ergonovina y metilergonovina. De éstos, la Organización Mundial de la Salud (2012) recomienda administrar oxitocina como fármaco de primera línea. Otras opciones cuando no está disponible la oxitocina son las ergotaminas y el misoprostol.

Los uterotónicos se administran antes o después de la expulsión placentaria, sin aumentar la frecuencia de hemorragia puerperal o la retención placentaria o prolongar la tercera fase del trabajo de parto. Sin embargo, cuando se administran antes de la salida de la placenta, muchas veces queda atrapado un segundo gemelo no diagnosticado. En consecuencia, es importante palpar el abdomen para confirmar que no existen otros fetos. (12)

El protocolo de asistencia de la Ley Nacer con Cariño indica proceder al alumbramiento activo excepto que no exista ningún factor de riesgo que justifique su realización. Aplicar oxitocina (10 UI IM) para prevenir la hemorragia posparto (HPP), después de cortar el cordón y de verificar que no haya otro bebé en la cavidad uterina. (3)

En el caso de cesárea se deben administrar 20 UI de oxitocina por IV, diluidas en un litro de SSN o solución Hartman a 40 gotas por minuto, después de extraer al recién nacido. Si no dispone de oxitocina, administrar:

- 0.2 mg de metilergonovina por vía intramuscular no usar metilergonovina en embarazadas con preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada, porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidente cerebro vascular.
- Misoprostol 400 a 600 mcg (2 a 3 tabletas) sublingual. (5)

Se prefiere la oxitocina inyectable sobre otros fármacos uterotónicos debido a que es rápidamente efectiva, de 2 a 3 minutos después de la inyección; tiene efectos colaterales mínimos y todas las mujeres lo pueden usar. (6)

El misoprostol es el fármaco de uso más extendido en países en vías de desarrollo puesto que es eficaz a temperatura ambiente y de coste económico bajo, no obstante, los efectos secundarios son notables e incluyen; temblor, náuseas y dolores de cabeza. (14)

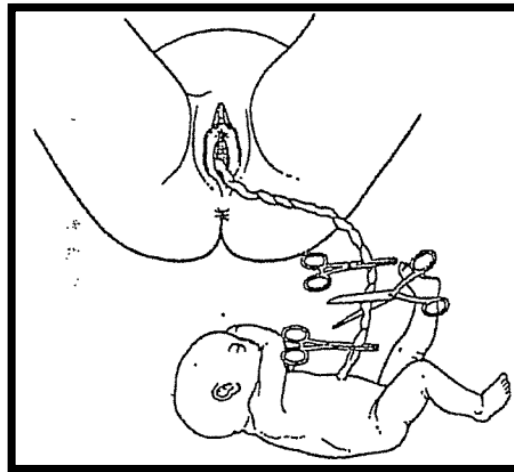
### **2.1.2 Pinzamiento tardío del cordón umbilical.**

Antes de realizar la técnica se deben considerar algunos aspectos:

1. Mantener al niño/a unos 20 cm por debajo del nivel de la madre (del útero/placenta). Con ello se facilita la transfusión placentaria deseada.
2. No realizar ninguna maniobra para mantener el flujo de sangre que circula desde la placenta hacia el recién nacido (no exprimir ni ordeñar el cordón).
3. Una vez que cesan los latidos (entre 1 minuto y medio y 3 minutos), colocar una pinza tipo Kocher esterilizada a una distancia de 2 a 3 cm del ombligo y una segunda pinza a 3 cm de

la primera, en el extremo placentario del cordón. Seccionar entre ambas pinzas con una tijera esterilizada. (Figura 6)

**Figura 6: Pinzamiento tardío del cordón umbilical.**



Fuente: Ricardo Schwarcz RFCD. [booksmedicos.org](http://booksmedicos.org). [Online].; 2005

4. Luego de realizar la ligadura definitiva, se retira la pinza colocada junto al ombligo. Para ligar se utilizan distintos materiales, como hilo de seda, algodón o lino grueso o un clamp de plástico. El clamp de plástico es más seguro, ya que evita hemorragias que pueden poner en riesgo la vida del neonato.
5. Verificar el ajuste perfecto de la ligadura, así como mantener la asepsia. (10)

Por fortuna, en general, el pinzamiento tardío del cordón respecto del pinzamiento temprano no repercute en la calificación de Apgar, el pH del cordón umbilical o la dificultad respiratoria ocasionada por policitemia. Pese a los resultados maternos, el índice de hemorragia puerperal es similar con un pinzamiento precoz en comparación con uno tardío. (12)

Existe menos información sobre la “ordeña” del cordón, en la cual el operador impele sangre a través del cordón hacia el recién nacido. Al parecer, esta maniobra es segura y ofrece ciertas ventajas cuando está indicado un pinzamiento rápido del cordón. Para el neonato de pretérmino,

el pinzamiento tardío del cordón ofrece diversos beneficios. Éstos comprenden un mayor volumen de eritrocitos, menor necesidad de transfusiones, mejor estabilidad circulatoria y menor frecuencia de hemorragia intraventricular y de enterocolitis necrosante. (12)

### **2.1.3 Tracción controlada del cordón umbilical (TCC).**

Después de revisar la contracción uterina, se presiona con una mano el fondo para expulsar la placenta separada hacia la vagina. El cordón umbilical se mantiene tenso sin tirar de él. Al mismo tiempo, con la eminencia tenar de la mano se ejerce presión en sentido inferior entre la sínfisis del pubis y el fondo uterino. De esta manera se previene la inversión uterina. Una vez que la placenta atraviesa el introito, se libera la presión del útero. A continuación, la placenta se retira. Es importante no romper las membranas placentarias. Si comienzan a romperse, se sujetan con una pinza para retirarlas con delicadeza. (12)

La técnica para la tracción controlada del cordón umbilical debe ser:

1. Mover la pinza que está en el cordón lo más cercano al periné.
2. Mantener el cordón pinzado y sostener el extremo de la pinza con una mano.
3. Mantener tensión leve en el cordón umbilical y esperar una contracción fuerte del útero.
4. Cuando el útero se contraiga o el cordón se alargue, halar del cordón con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano, continuar ejerciendo contra tracción sobre el útero (maniobra de Brant). (Figura 6)
5. Si presenta ruptura del cordón umbilical puede ser necesaria la extracción manual de la placenta.
6. Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón, no continuar halando. Esperar hasta que el útero esté contraído nuevamente. Recordar que los signos inminentes de desprendimiento placentario son: fuga repentina de sangre, elongación del cordón y elevación del útero en el abdomen.
7. Con la siguiente contracción uterina, repetir la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contratracción para evitar la inversión uterina.
8. Al ser expulsada la placenta, sostenerla con la pinza, girarla con delicadeza hacia abajo hasta que las membranas sean expulsadas completamente.

9. Verificar que la placenta y membranas se expulsaron completamente:

- Colocar la placenta con la cara materna hacia arriba en la bandeja. Comprobar la integridad de los cotiledones.
- Colocar el cordón hacia arriba. Tomar el cordón y dejar las membranas colgando (Técnica de la Medusa), meter las manos entre ellas para verificar su integridad.

10. En caso de retención placentaria por más de 30 minutos (con o sin sangrado), realizar la extracción manual de placenta y la revisión de la cavidad bajo anestesia general. (5)

#### **2.1.4 Masaje uterino.**

El tamaño del fondo uterino y su consistencia se examinan inmediatamente después del nacimiento del neonato. Si el útero permanece firme y no existe hemorragia abundante, se espera hasta que la placenta se separa de manera espontánea. No se aplica masaje, pero el fondo se palpa con frecuencia para comprobar que no existe atonía ni se llena de sangre por la separación placentaria. (12)

El masaje uterino se realiza en los casos que se considere necesario, por ejemplo, cuando existe hemorragia post parto, en los casos de atonía uterina o retención de restos placentarios.

En los casos sea necesario se realizará los siguiente:

- Inmediatamente después de la expulsión de la placenta, masajee el fondo del útero a través del abdomen hasta que se contraiga el útero. (Figura 7)
- Palpe cada 15 minutos para determinar si se contrajo el útero y repita el masaje uterino según sea necesario durante las primeras 2 horas.
- Asegúrese de que el útero no quede relajado (blando) después de suspender el masaje uterino. (15)

Para todas las acciones descritas anteriormente, explique los procedimientos y las acciones a la mujer y su familia. Continúe brindando apoyo y tranquilidad durante todo el proceso.

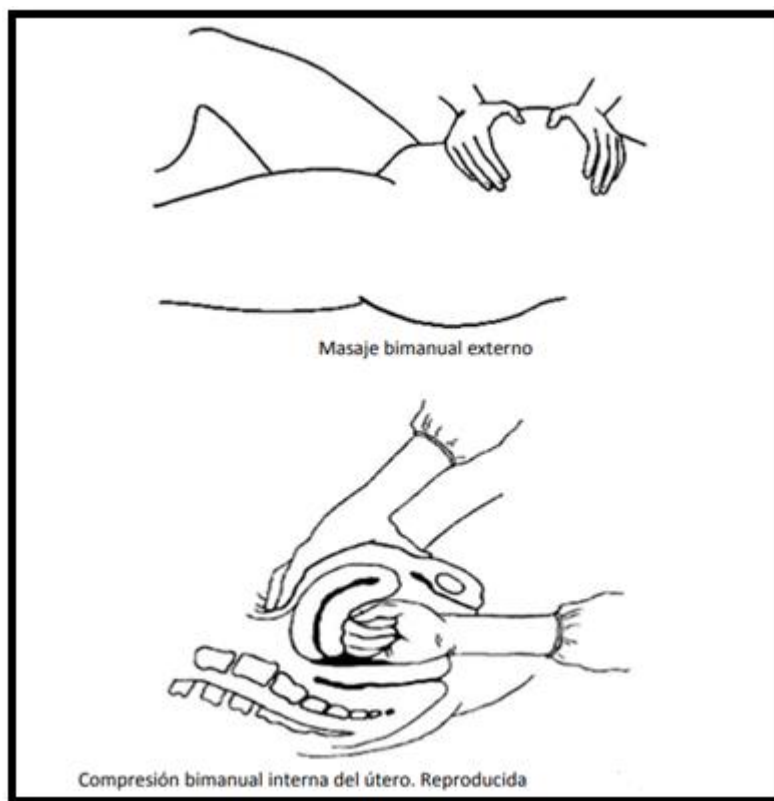
Las técnicas de masaje uterino son:

1. Compresión bimanual del útero externa.

## 2. Compresión bimanual del útero interna. (Figura 7)

- Explique a la mujer y la familia la necesidad de realizar la compresión bimanual y que es posible que sea dolorosa.
- Asegúrese de lavarse las manos y usar guantes estériles, de ser posible.
- Coloque una mano en la vagina y cierre el puño.
- Coloque la otra mano sobre el fondo del útero.
- Junte ambas manos para presionar el útero entre ellas, aplicando presión para detener o reducir el sangrado.
- Mantenga el útero comprimido hasta que consiga obtener asistencia médica. (15)

**Figura 7: Compresión bimanual del útero externa interna.**



Fuente: Obstetricia FIdGy. [www.figo.org](http://www.figo.org). [Online].; 2012.

## **2.2 ACTIVIDADES DIRIGIDAS AL RECIEN NACIDO/A**

La atención del recién nacido (RN) tiene por objetivo brindar a todos los recién nacidos las condiciones óptimas para su adaptación inmediata a la vida extrauterina, favoreciendo siempre y evitando interferir en la interacción inmediata madre/padre-hijo (vínculo temprano).

En su atención, serán garantizados los derechos de los niños y niñas: entre éstos el de recibir un trato cálido, respetuoso y digno, así como su inequívoca identificación. (3)

### **2.2.1 Colocación piel con piel.**

Conforme a la Norma técnica en lactancia materna para hospitales (2019), indica en el Art.12:

- Facilitar el contacto directo e ininterrumpido piel con piel y apoyar a las madres para que inicien la lactancia materna tan pronto como sea posible después del nacimiento.
- Justificación: el contacto inmediato piel con piel y el inicio temprano de la lactancia materna, son prácticas hospitalarias que están estrechamente vinculadas y que deben tener lugar de forma simultánea para obtener el beneficio óptimo.
- Implementación: el personal de salud de los servicios materno infantiles, deberá asistir a las madres de parto vaginal sin complicaciones para colocar al bebé en contacto piel con piel inmediatamente después del parto. Se deberá asistir a la madre para que inicie el amamantamiento del lactante en la primera media hora después del parto. Debe asegurarse el alojamiento conjunto de la madre y el lactante. En el caso de las madres con partos por cesáreas sin complicaciones, el personal de salud se encargará de colocar al bebé piel con piel e iniciar el amamantamiento tan pronto como la madre se encuentre estable y alerta.
- En el caso de lactantes prematuros y/o de bajo peso al nacer, el personal de salud deberá facilitar las condiciones para iniciar la alimentación con leche materna de su propia madre o leche humana pasteurizada (si contase con Banco de Leche Humana); el contacto piel con piel continuo y prolongado tan pronto como la condición del lactante lo permita. (16)

Durante el nacimiento, según el protocolo de asistencia al recién nacido/a de la Ley Nacer con Cariño se debe:

1. Mantener al recién nacido sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con su madre durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia, cubrirlo con sábanas o paños precalentados y secos los cuales deben ser reemplazados cada vez que estén húmedos.
2. Promover la lactancia en el periodo de CPP, colocando a todos los recién nacidos sobre el pecho, tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos.
3. En presencia de líquido amniótico claro, con respiración propia al nacer, evitar realizar la aspiración de la boca y la nariz.
4. Secar suavemente la cabeza y el cuerpo con campos tibios (no quitar el vermix).
5. Retrasar el examen físico completo, pesado, tallado, entre otros, hasta después del período inicial de CPP. (3)

Al igual durante el período de contacto piel a piel se realizarán las siguientes acciones:

1. Evaluar con escala de Apgar al minuto uno y cinco, en caso se encuentre un puntaje menor a los siete puntos, continuar manejo médico según lineamientos establecidos.
2. Pinzar y cortar el cordón umbilical y asegurarse de la presencia de dos arterias y una vena, el tiempo de pinzamiento debe ser entre 1 y 3 minutos como mínimo.
3. Realizar ligadura de cordón umbilical con clip umbilical de 1 a 3 cm de la piel, seccionando el excedente con una tijera estéril.
4. Realizar limpieza del cordón umbilical con alcohol 70% mientras se encuentra en contacto piel con piel
5. Identificar a la persona recién nacida, colocando una pulsera o brazalete y mostrarlo a la madre según lineamientos establecidos. (3)

### **2.2.2 Aspiración nasal u oral.**

Según los protocolos de asistencia al recién nacido/a de la Ley Nacer con Cariño inmediatamente después del contacto piel con piel se realizará:

1. Posicionar vía aérea y aspirar secreciones si es necesario, al aspirar hacerlo gentilmente (primero de cavidad oral y después de las fosas nasales) con una perilla de hule.
2. Secar suavemente la cabeza y el cuerpo con campos tibios (no quitar el vermix).
3. Retirar los paños húmedos y abrigar.
4. Evaluar respiración y frecuencia cardíaca. (3)

No es necesario aspirar secreciones en un recién nacido vigoroso, que por definición respira espontáneamente y/o llora, ya que no hay evidencias que sustenten esta práctica. Esta maniobra es innecesaria, ya que las secreciones son deglutidas o expulsadas por los neonatos normales. Además, es un procedimiento riesgoso pues la sonda utilizada puede provocar reflejos vágales con bradicardias acentuadas al estimular la faringe, lesionar la mucosa bucofaríngea y producir contaminación. Sólo se aspirará, de ser necesario, si hay gran cantidad de secreciones o en el caso de RN deprimidos. (10)

### **2.2.3 Colocación al seno materno.**

La lactancia materna está contraindicada en caso de madres con: VIH, hipertiroidismo con medicación, miastenia gravis, tuberculosis activa y trasplante renal. (5)

De acuerdo con protocolo de atención para la asistencia en Lactancia Materna (LM), al momento del contacto al seno materno se debe:

1. Facilitar el CPP (aún en caso de nacimiento por cesárea). En la primera hora después del nacimiento, el recién nacido está en una fase de alerta tranquilizar provocada por la descarga de noradrenalina durante el parto, lo cual facilita el reconocimiento temprano del olor materno, para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal. Éste es el llamado período sensitivo. En caso de que las condiciones maternas no lo permitan el CPP puede ser con el padre.
2. Considerar que el bebé requiere entre 50 y 75 minutos aproximadamente para lograr por sí mismo la succión al pecho. Esto se corresponde con los nueve del arrastre los cuales deben evidenciarse a lo largo del período de observación del binomio:

1. Llanto al nacer.
  2. Relajación.
  3. Despertar.
  4. Actividad.
  5. Descanso.
  6. Arrastre (movimiento reptiliano).
  7. Familiarización
  8. Succión.
  9. Sueño.
3. Respetar el alojamiento conjunto.
  4. Respetar los momentos de amamantamiento. (3)

Se han documentado varias ventajas para el binomio madre-hijo de comenzar el amamantamiento tan pronto sea posible:

- La estimulación del pezón por la succión incrementa los niveles de oxitocina materna, lo que refuerza las contracciones uterinas contribuyendo a disminuir la pérdida de sangre posparto. Por otro lado, la oxitocina favorece las interacciones madre-hijo precoces (apego).
- Hay una correlación entre el amamantamiento precoz y la persistencia del mismo a los tres y seis meses.
- Para los recién nacidos el amamantamiento inmediato y la ingesta de calostro le brindaría una inmunización pasiva importante a la hora de abandonar el medio intrauterino estéril.
- Es importante tener en cuenta que el recién nacido no debe ser puesto al pecho en forma forzada. Observaciones cuidadosas mostraron que, si se coloca a los recién nacidos sobre el abdomen de la madre, se desplazan hacia arriba y espontáneamente se prenden al pecho.
- Mientras esto sucede se continúa la observación del niño. Recién después se traslada a la mesa de recepción/reanimación donde se realizarán los procedimientos de rutina.

Resulta de gran importancia la supervisión por parte del equipo de salud de esa mamada inicial. Se debe adecuar las instrucciones y las características y experiencias previas de la madre, atendiendo con particular énfasis a las primíparas y las mujeres multíparas que refieren

dificultades en la lactancia de hijos anteriores. La información y supervisión debe continuar en la internación conjunta. (10)

### **CAPÍTULO III: ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y /O CONSEJERÍA A LA MUJER Y SU PAREJA O ACOMPAÑANTE DURANTE EL TERCER PERIODO DEL PARTO**

Las actividades educativas y/o consejería están encaminadas a la mujer, su pareja o acompañante durante el tercer estadio del parto acerca de información oportuna y temáticas relacionadas a las necesidades presentes. Para así dar cumplimiento al derecho a la información del proceso del trabajo de parto y el deber del profesional de salud en solventar dudas o aumentar los conocimientos en temas específicos sobre los beneficios del contacto piel con piel, lactancia materna exclusiva, métodos anti fecundativos, entre otros. Es importante que el equipo de salud reconozca la importancia del apoyo a la mujer que se encuentra en un período de alta exigencia biológica y emocional, que además está experimentando cambios sustantivos en su cuerpo y en su vida.

Dentro de las acciones educativas se puede realizar una consejería la cual se define como relación de ayuda entre el usuario y el profesional de salud con el fin de mejorar o promover la salud a través del fomento de la capacidad de tomar decisiones respecto a su salud y actuar en consecuencia. (17)

Este período es una gran oportunidad para que el equipo de salud facilite que la mujer se empodere de su rol, que sienta y crea en todas las potencialidades para desarrollar su rol de madre, con la confianza necesaria para poder iniciar una lactancia materna exitosa con grandes beneficios para su hijo(a), para ella, la familia y la sociedad.

#### **3.1 ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y/O CONSEJERÍA**

Dentro de los objetivos de la atención del parto están:

- Abordar a la mujer embarazada y a su familia como seres humanos integrales, quienes provienen de un entorno sociocultural específico.

- Desarrollar con la mujer embarazada, su pareja y familia acciones informativas, de educación y consejería para lograr su participación activa y de colaboración en el proceso del parto y la crianza. (5)

### **3.1.1 Contacto piel con piel.**

Existen estudios que muestran que aquellos niños que permanecieron por lo menos la primera hora de vida en CPP sin interrupciones mostraron al año de vida mejor tolerancia a las frustraciones y a la angustia de separación con respecto a los niños que fueron separados de sus madres. Aún más, en las madres se observó mayor desarrollo de conductas de apego, lo que protege a los niños del abandono o el maltrato. (3)

Dentro del abordaje para la atención del parto se debe tomar en cuenta que:

- Se debe promover la participación activa de la gestante y del miembro de su grupo familiar que la acompaña.
- Se debe promover el contacto piel a piel con el recién nacido y el inicio de la lactancia materna.
- Promover con la madre y su grupo familiar la importancia del registro oportuno del recién nacido en la alcaldía correspondiente. (5)

De conformidad con las disposiciones de la Ley Nacer con Cariño, los derechos de las niñas y niños recién nacidos son: A realizar apego seguro inmediato, mediante el contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento que le permita amamantarlo y cargarlo exceptuando situaciones en las cuales la salud de la madre y/o del recién nacido no lo permitan. En caso de que la madre no pueda tener el contacto piel a piel por una situación médica, se permitirá lo haga con el acompañante o con quien ella decida. (4)

### **3.1.2 Lactancia materna inmediata al nacimiento.**




Según UNICEF, las investigaciones demuestran que la demora en el inicio de la lactancia materna incrementa la mortalidad infantil. Las recomendaciones son concluyentes, la lactancia materna previene el 16% de las muertes neonatales si se establece el primer día de vida y el

22% si se establece en la primera hora de vida. Los niños que permanecen en CPP se acoplan en la posición correcta al pecho materno en el 63%, mientras que en los que fueron separados esto ocurre en el 22%. El momento del nacimiento, y no luego, parece ser el indicado para un inicio exitoso de la lactancia materna, con menos probabilidad de dificultades posteriores. (3)

Dentro de las acciones educativas que se brindará a la madre según los protocolos de asistencia de la Ley Nacer con Cariño son:

1. Empoderar a la madre sobre el cuidado de su hijo/hija.
2. Promover los beneficios del calostro.
3. Aconsejar sobre cuidados básicos de las mamas e higiene. (ALAS: aire, lubricación con una gota de la propia leche, agua para higiene y sol en tomas de pocos minutos).
4. Detectar tempranamente grietas, fisuras y pezones dolorosos u otra condición que pueda dificultar la lactancia (pezón invertido, prótesis mamarias, antecedente de reducción mamaria, etc.)
5. Vigilar que la prendida sea correcta a fin de evitar grietas y corregirla de detectarse alguna falla.
6. Detectar precozmente a las mujeres con antecedentes o factores desfavorables para la lactancia materna a fin de realizar oportunamente la consejería individualizada.
7. Asesorar a las madres acerca de las técnicas, posiciones y cuidados generales en todo al proceso. Las posiciones para amamantar más recomendadas se encuentran en la tabla 1.
8. Brindar información acerca de la "bajada de la leche" y la importancia de la lactancia a libre demanda.
9. Asesorar acerca de signos y síntomas de ingurgitación mamaria. mastitis, taponamiento de conductos, etc.

**Tabla 1: Posiciones de amamantamiento.**

Posicion	Descripcion	Ilustracion
Posición acostada	Es la posición más cómoda después del parto y durante la siesta o por la noche.	
Posición de sandía	Es una buena posición para después de una cesárea y para amamantar gemelos.	
Posición sentada	Apoyar la espalda sobre un buen respaldo para estar lo más cómoda posible.	

Fuente: Elaboracion propia.

10. Previa al alta, informar acerca de las redes de apoyo disponibles en el sistema de salud para una lactancia feliz. (3) Las redes de apoyo disponibles a nivel nacional son las unidades comunitarias de salud familiar (UCSF) a través de los grupos de mujeres embarazadas, los hospitales de segundo y tercer nivel con maternidad a través del personal de salud materno infantil, Instituto Crecer Juntos, Salas de lactancia Materna, centros recolectores de leche humana (CRLH), Centros de Espera Materna, la Oficina para el fomento, protección, y




apoyo a la lactancia materna, además de instituciones no gubernamentales como Centro de apoyo a la lactancia materna (CALMA), entre otros.

A continuación, se detalla puntos clave al realizar la educación o consejería en lactancia materna a la madre en el momento del tercer estadio del parto:

- Es importante ponerlo al pecho inmediatamente después de nacer porque hay que darle la seguridad, el calor y la protección que el niño o niña busca y necesita.
- El calostro es la primera leche que produce la madre inmediatamente después del parto. El calostro es espeso; puede ser transparente o amarillo pegajoso.
- Su composición especial es de gran ayuda para mejorar la digestión del alimento y ayuda a la expulsión de las primeras deposiciones (meconio)
- El calostro es una leche muy valiosa porque:
  - Tiene todos los elementos necesarios para nutrir al niño o niña desde su nacimiento
  - Protege al niño o niña contra infecciones y otras enfermedades
  - Tiene las dosis de vitamina A y otros micronutrientes que son necesarios desde el nacimiento
  - Protege al niño o niña contra infecciones y otras enfermedades a las cuales la madre ha sido expuesta
  - Es un purgante natural porque limpia el estómago del recién nacido.
- Ventajas para la madre:
  - La placenta sale con más facilidad y rápidamente.
  - La hemorragia es menor. Disminuye el riesgo de anemia.
  - El útero recupera rápidamente su tamaño normal.
  - La madre tendrá pechos menos congestionados cuando baje la leche.
  - La leche baja más rápido dentro de los primeros días cuando el niño o niña mama desde que nace.
  - La lactancia facilita e incrementa el amor de la madre a su hijo o hija. (18)

- Técnica de amamantamiento: Posición y agarre adecuada de la madre y su hijo: (Tabla 2). (5)
  - Labios bien evertidos (sobre todo el inferior).
  - La barbilla pegada contra el pecho, y la nariz apoyada ligeramente sobre él.
  - Gran parte de la areola dentro de la boca (se ve más areola por encima de la boca que por debajo).
  - Las mejillas del bebé están redondeadas y se mueve mandíbula, sien y oreja.
  - La madre no tiene sensación dolorosa.
  - Soltará el pecho espontáneamente.
  - No hace ruido de “chasquidos” al mamar, ni se le hunden las mejillas. (19)

**Tabla 2: Técnica de amamantamiento.**

	Ejemplo
<p><b>Puntos básicos de posición adecuada de la madre y el niño</b></p> <p>1- La cabeza y el cuerpo del niño o niña deben estar en línea recta</p>	
<p>2.Su cara debe mirar el pecho, con la nariz frente al pezón</p>	
<p>3.La madre debe mantener del cuerpo del bebé cerca de ella</p> <p>4. Si el niño o niña es recién nacido, debe darle apoyo de la cabeza a las nalgas</p>	
<p><b>Puntos básicos agarre adecuado del bebé</b></p> <p>1. El pezón y la areola se estiran hasta alcanzar la oro faringe del niño o niña.</p> <p>2. Los conductos largos que yacen debajo de la areola están dentro la boca del niño o niña.</p> <p>3. La lengua del bebé se estira hacia adelante por encima de la encía inferior para que pueda comprimir el pecho y de esta manera extraer la leche. Esto se llama succión.</p> <p>3. Cuando un bebé agarra el pecho dentro su boca de esta manera, el niño o niña está bien pegado y puede obtener la leche fácilmente.</p>	

Comité Técnico 2020

Fuente: Salvador MdSE. asp.salud.gob.sv. [Online].; 2021.

### 3.1.3 Métodos anti fecundativos intraparto.

Para las mujeres que desean anticoncepción, se dispone de diversos métodos anticonceptivos eficaces. En las madres en fase de lactación, los anticonceptivos a base sólo de progestágeno son la opción preferida para la mayoría de los casos. Además, se han recomendado los dispositivos intrauterinos para la mujer sexualmente activa en fase de lactación.

Los implantes y los dispositivos intrauterinos se encuentran en el nivel superior. Son eficaces para disminuir las tasas de embarazo no deseado y se consideran una anticoncepción reversible a largo plazo. (12)

De conformidad con los Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción (2016), se resume en la tabla 3, los métodos anti fecundativos recomendados en el post parto y que no afectan la lactancia materna.

**Tabla 3. Anticonceptivos recomendados en el puerperio y lactancia**

Orden de preferencia	Tipo de método anti fecundativo
Primera opción: No hormonales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métodos naturales:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Método de lactancia y amenorrea (MELA)</li> </ul> </li> <li>• Métodos de barrera:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Condón masculino</li> <li>✓ Condón femenino</li> </ul> </li> <li>• Dispositivos Intrauterinos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ DIU T de cobre</li> </ul> </li> </ul>
Segunda opción: Hormonales solo de progestina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticonceptivos orales solo de progestina (AOPS)</li> <li>• Anticonceptivos inyectables sólo de progestina (inyección trimestral)</li> <li>• Anticonceptivos subdérmicos solo de progestina (Implante: Jadelle o Norplant).</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

De cada uno de los métodos anti fecundativos de detallará a la usuaria la definición, mecanismo de acción, duración del efecto anticonceptivo, beneficios, modo de uso, entre otros. La finalidad es que la usuaria voluntariamente elija un método anti fecundativo a través de la educación y/o consejería brindada.

## CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos de la investigación se concluye que:

- El manejo técnico-científico del tercer estadio del parto es sustancial que el personal de salud lo conozca para así ofrecer la atención humanizada y respetuosa con calidad y calidez, porque permitirá mantener la vigilancia de factores de riesgo ante las complicaciones tras parto y ejecutar las acciones asistenciales y/o educativas dirigidas a la madre y recién nacido/a. Esto se logra por medio del conocimiento de la fisiología del tercer período del parto, conociendo el inicio y finalización, los signos de desprendimiento placentario y los mecanismos del alumbramiento. Además del manejo activo del tercer período del parto (MATEP) por medio de la aplicación oxitocina, el pinzamiento tardío del cordón umbilical y la tracción controlada del mismo; el cual será el manejo del alumbramiento según los protocolos de asistencia de la Ley Nacer con Cariño. Asimismo, el manejo de las hemorragias post parto.
  
- Las actividades asistenciales humanizadas y respetuosas en el tercer estadio del parto estarán dirigidas en dos aspectos:
  - Primero, las actividades dirigidas a la madre, basadas en la prevención de complicaciones y/o hemorragias post parto, mediante la administración de un uterotónico. Consecutivamente el pinzamiento tardío del cordón umbilical una vez cesen los latidos y trascurren entre 1 minuto y medio y 3 minutos. Posteriormente se la tracción controlada del cordón umbilical observando sin tirar de él para prevenir la inversión uterina. Si el útero permanece firme y no existe hemorragia abundante, no se aplicará masaje.
  
  - Segundo, las actividades dirigidas al recién nacido/a, las cuales están basadas en brindar las condiciones ópticas para su adaptación inmediata a la vida extrauterina, las cuales serán que inmediatamente al nacimiento será colocado/a piel con piel con la madre, para

promover el apego seguro y el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de vida. La aspiración nasal u oral no se realizará de rutina a menos que sea necesario.

- Las actividades educativas y/o consejería a la mujer y su pareja o acompañante durante el tercer estadio del parto, están dirigidas a las necesidades identificadas. Mientras transcurre el tercer período del parto se brindará educación a la madre y su pareja o acompañante sobre la importancia del contacto piel con piel con el recién nacido/a. De la misma manera se promoverá la lactancia materna inmediatamente al nacimiento. Con respecto a los métodos anti fecundativos, se brindará la información de aquellos que pueden ser utilizados inmediatamente tras el parto como el método de lactancia y amenorrea (MELA), los implantes subdérmicos (solo de progestina) y los dispositivos intrauterinos (T de cobre), los cuales según las OMS son más eficaces en la disminución de las tasas de embarazo no deseado y son reversibles a largo plazo. También los de larga duración como la esterilización quirúrgica femenina. Todas estas actividades se realizarán con el apoyo de material didáctico de fácil comprensión y tamaño adecuado preelaborado o diseñado por el/la profesional en salud.

## RECOMENDACIONES

- Continuar con la actualización de investigaciones sobre la atención humanizada y respetuosa del tercer período del parto, así como de las actividades y acciones dirigidas a la madre, recién nacido/a, pareja o acompañante, por medio de investigaciones de campo o documentales, para fortalecer el manejo técnico científico de los estadios del parto.
- Mantener la continua capacitación del personal de salud en la atención humanizada y respetuosa de los períodos del parto, en especial del tercer estadio sobre el manejo técnico-científico, la fisiología, para la toma de decisiones sobre el manejo del alumbramiento, detección de factores de riesgo y la prevención de las complicaciones y hemorragias post parto, mediante la coordinación con el Ministerio de Salud y los hospitales con unidad de parto y a través de los directores de los hospitales con los servicios de unidad de parto y puerperio.
- Enfatizar en el cumplimiento de las nuevas actualizaciones de leyes, lineamientos, protocolos a nivel nacional e internacional que indican cuales son las actividades asistenciales, educativas y/o consejería a aplicar en el tercer estadio del parto, esto a través de la capacitación del personal de salud sobre estos documentos.
- Fortalecer las estrategias de educación y/o consejería a la madre y su pareja o acompañante de acuerdo con las necesidades identificadas para brindar las recomendaciones, técnicas, detección de factores de riesgo, entre otros, para la madre y su recién nacido/a, a través de la promoción de salud haciendo uso de teoría con base científica de los beneficios de las acciones a realizar con el recién nacido/a y la mujer en el puerperio.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Vite JAAGHJGRVV. www.gob.mx. [Online].; 2012 [cited 2023 Julio 26. Available from: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>.
2. Salvador PplDdIDHE. Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos El Salvador. [Online].; 2020 [cited 2022 Noviembre 11. Available from: <https://www.pddh.gob.sv/file/index.php?dwfile=MjAyMC8wOS8yMF8wNV8yOF9TYWx1ZF9tdWplci0xLnBkZg==#:~:text=El%20Salvador%20ha%20presentado%20avances,cada%20100%20mil%20nacidos%20vivos%C2%B9.>
3. Ministerio de Salud GdES. crecerjuntos.gob.sv. [Online].; 2022 [cited 2023 julio 25. Available from: [https://crecerjuntos.gob.sv/dist/documents/PROTOCOLO\\_NACER\\_CON\\_CARINO.pdf](https://crecerjuntos.gob.sv/dist/documents/PROTOCOLO_NACER_CON_CARINO.pdf).
4. Ministerio de Salud de El Salvador ALdES. crecerjuntos.gob.sv. [Online].; 2021 [cited 2023 Octubre 25. Available from: [https://crecerjuntos.gob.sv/dist/documents/Ley\\_nacer\\_con\\_carino.pdf](https://crecerjuntos.gob.sv/dist/documents/Ley_nacer_con_carino.pdf).
5. Salvador MdSE. asp.salud.gob.sv. [Online].; 2021 [cited 2022 noviembre 11. Available from: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos\\_atencion\\_preconcepcional\\_v2.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_preconcepcional_v2.pdf).
6. Encargado Principal del Informe Técnico:Patricia Stephenson U. saludecuador.org. [Online].; 2016 [cited 2023 abril 30. Available from: <http://saludecuador.org/maternoinfantil/archivos/A34.PDF>.
7. Enrique Guevara Ríos Médico Ginecólogo Obstetra INMPPOdIFdMUNMdSMCdATdIdSPLP. Guevara Ríos, E. (2022). Manejo activo de la tercera etapa del parto salva vidas. Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal, 11(2), 7–8. <https://doi.org/10.33421/inmp.2022282>. [Online].; 2017 [cited 2023 abril 30. Available from: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/282>.

8. ORMUSA. <https://ormusa.org>. [Online].; 2022 [cited 2023 Diciembre 3. Available from: <https://ormusa.org/wp-content/uploads/2023/05/Informe-DSDR-2021-Final-vf.pdf>.
9. Salvador MdsdE. [www.transparencia.gob.sv](http://www.transparencia.gob.sv). [Online].; 2019 [cited 2023 Diciembre 3. Available from: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/320823/download>.
10. Ricardo Schwarcz RFCD. [booksmedicos.org](http://booksmedicos.org). [Online].; 2005 [cited 2023 Octubre 17. Available from: <https://booksmedicos.org/obstetricia-schwarcz-6a-edicion/>.
11. Romeral Iribarren Gracia FdEyFUdL. [repositori.udl.cat](http://repositori.udl.cat). [Online].; 2016 [cited 2023 Octubre 23. Available from: <https://repositori.udl.cat/server/api/core/bitstreams/24d0b9f9-bda1-490c-8e2c-233186ca6f92/content>.
12. F. Gary Cunningham M, Kenneth J. Leveno M, Steven L. Bloom M, Catherine Y. Spong M, Jodi S. Dashe M, Barbara L. Hoffman M, et al. [booksmedicos.org](http://booksmedicos.org). [Online].; 2015 [cited 2023 Octubre 20. Available from: <https://booksmedicos.org/williams-obstetrics-24th-edition/>.
13. Neri-Mejía M 1PAAGyOdm. [www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com). [Online].; 2016 [cited 2023 Octubre 25. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom165f.pdf>.
14. José PAM, Elena CSM, Mercedes GG. [www.huvn.es](http://www.huvn.es), ginecología y obstetricia. [Online].; 2017 [cited 2023 Octubre 25. Available from: [https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/actividad\\_docente\\_e\\_investigadora/jornada\\_partos/Jornada%20I/3\\_tercera\\_fase\\_del\\_parto.pdf](https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/actividad_docente_e_investigadora/jornada_partos/Jornada%20I/3_tercera_fase_del_parto.pdf).
15. Obstetricia FIdGy. [www.figo.org](http://www.figo.org). [Online].; 2012 [cited 2024 enero 16. Available from: [https://www.figo.org/sites/default/files/2020-07/Pautas%20de%20la%20FIGO\\_Prevenci%C3%B3n%20y%20tratamiento%20de%20la%20hemorragia%20postparto\\_Spanish.pdf](https://www.figo.org/sites/default/files/2020-07/Pautas%20de%20la%20FIGO_Prevenci%C3%B3n%20y%20tratamiento%20de%20la%20hemorragia%20postparto_Spanish.pdf).

16. El Salvador MdSVdPdS. [www.transparencia.gob.sv](http://www.transparencia.gob.sv). [Online].; 2019 [cited 2023 Octubre 31. Available from: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/301464/download>.
17. Quintana-Zavala MO. [www.scielo.org.mx](http://www.scielo.org.mx). [Online].; 2023 [cited 2023 octubre 31. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592022000100137](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592022000100137).
18. (UNICEF) FdlNUplI. [www.unicef.org](http://www.unicef.org). [Online].; 2013 [cited 2023 Octubre 31. Available from: <https://www.unicef.org/ecuador/media/2611/file/Lactancia%20materna.pdf>.
19. Gobierno de La Rioja CdSySSRAdMdLR(GAAHARdPdAP(. [www.aeped.es](http://www.aeped.es). [Online].; 2014 [cited 2023 Octubre 31. Available from: [https://www.aeped.es/sites/default/files/guia-lactancia-2014\\_la\\_rioja.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/guia-lactancia-2014_la_rioja.pdf).
20. lineamientos\_operativo\_estrategia\_parto.pdf Mds. Ministerio de Salud. [Online].; 2011 [cited 2023 julio 25. Available from: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos\\_operativo\\_estrategia\\_parto.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_operativo_estrategia_parto.pdf).
21. (OMS) OMdIS. Andromaco.com. [Online].; 2018 [cited 2023 Octubre 23. Available from: <https://www.andromaco.com/publicaciones/revista-conexion/articulo/134-recomendaciones-de-la-oms-para-un-parto-humanizado>.

# ANEXOS

### ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Año 2023										
	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Elaboración del plan de trabajo de monografía											
Entrega de plan de trabajo de monografía											
Recolección de información											
Elaboración de informe final de monografía											
Entrega de informe final de monografía											
Defensa de informe final de monografía											

## ANEXO 2. PRESUPUESTO

INSUMOS REQUERIDOS	COSTE UNITARIO	CANTIDAD	COSTE TOTAL
<b>1. EQUIPO</b>			
Laptop + internet	\$30.00 mensual	9 meses	\$270.00
<b>2. SERVICIOS (PERSONALES / PROFESIONALES)</b>			
Asesorías	\$20	5	\$ 100.00
		SUBTOTAL DE	\$370.00
		SERVICIOS	
		TOTAL	\$370.00
		IMPREVISTOS 10%	\$37.00
		COSTE FINAL	\$407.00

**ANEXO 3. FORMATO DE FICHA DE TRABAJO**

<b>Dimensión</b>	<b>Subdimensión</b>	<b>Indicador</b>
<b>Resumen:</b>		
<b>Referencia:</b>		