



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA



RESOLUCIÓN REGIONAL SECTORIAL N° 118 - 2015 - GR.CAJ/DRS - DESP

Cajamarca, 09 FEB 2015

VISTO:

El Oficio N° 021 de fecha 06 de febrero, de aprobación de la Directiva Sanitaria sobre Atención del Parto Complicado, en la Región Cajamarca.

CONSIDERANDO:

Que el numeral 11 del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud señala "Que la protección de la Salud es de interés público, por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla".

Que según el Artículo 1° del Reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos, establece las obligaciones, procedimientos y para la atención médico quirúrgica en casos de emergencia y partos en situación de emergencia obstétrica, en todos los establecimientos de salud a nivel nacional, públicos, no públicos y privados, así como los mecanismos para su supervisión a fin de proteger la vida y la salud de las personas.

Que la Resolución Ministerial N° 665-2006/MINSA, aprueba la "Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para el manejo de las Emergencias Obstétricas según nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 anexos".

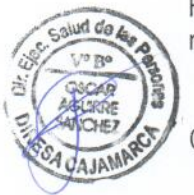
Que la Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, de fecha 24 de Diciembre del 2014, aprueba la Norma Técnica Sanitaria N° 105/2013.DGSP.V.01 "Norma Técnica de Salud para la atención de Salud Materna".

Que mediante Oficio N°021-2015-GR.CAJ/DRS-DESP "Atención de Parto Complicado" de la Dirección Regional de Salud Cajamarca, con la finalidad de contribuir a la reducción de la morbilidad materna y neonatal en la Región Cajamarca.

Que, dentro del contexto es necesaria la aprobación de la Directiva Sanitaria "Atención de Parto Complicado" en la Región Cajamarca.

Estando de acuerdo a lo propuesto por la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas y con opinión favorable de la Oficina de Asesoría Jurídica, y lo dispuesto por la Dirección General de la Dirección Regional de Salud Cajamarca, y;

Con las atribuciones conferidas mediante Ley N° 27783 – Ley de Bases de la Descentralización y la Resolución Ejecutiva Regional N° 729 – 2003 –GR.CAJ/P-Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cajamarca; y la Resolución Ejecutiva Regional N° 37-2011-GR-CAJ/P;





GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA



RESOLUCIÓN REGIONAL SECTORIAL N° 118-2015- GR.CAJ/DRS - DESP.

Cajamarca, **09 FEB 2015**

SE RESUELVE:

ARTICULO ÚNICO.- APROBAR partir de la fecha la Directiva Sanitaria N°003-2015-GR.CAJ/DRS-DESP que establece la "Atención de Parto Complicado" en la Región Cajamarca.....

Regístrese y Comuníquese

**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA**
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

D^o Segundo Carlos Zapatel Gordillo
DIRECTOR GENERAL

**Dir. Elec. Salud de las Personas**
Vº 3º
OSCAR AGUIRRE SANCHEZ
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA

**ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD**
COORDINACIÓN
P.P. MATERNO NEONATAL

DIRECTIVA SANITARIA REGIONAL N°003-2015-GR.CAJ/DRS/DESP



**ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO
EN LA REGIÓN CAJAMARCA**

VERSION 01



Cajamarca, Febrero 2015



**DIRECTIVA SANITARIA REGIONAL N°003-2015-GR.CAJ/DRS/DESP
ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO EN LA REGIÓN CAJAMARCA VERSION 01**

I. FINALIDAD

Contribuir a la reducción de la morbimortalidad materna perinatal y neonatal en la Región Cajamarca a través de la atención estandarizada del parto complicado.

II. OBJETIVOS:

2.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer el protocolo de atención del parto complicado en los establecimientos de salud de la Región Cajamarca.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Establecer responsabilidades según nivel de resolución frente a la atención del parto complicado.
- 2.2.2 Fortalecer procesos y procedimientos para la identificación y atención oportuna del parto complicado.
- 2.2.2 Garantizar el seguimiento a la puerpera y al recién nacido post atención del parto complicado.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todos los establecimientos públicos como privados que brinden servicios de salud en el ámbito de la Dirección Regional de Salud Cajamarca.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27867 – Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo 276 " Ley de Bases de la Carrera Administrativa y Remuneraciones del Sector Público y su Reglamento DS N° 005-90-PCM.
- Decreto Supremo N° 013-2006 SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos del Sector Salud "Reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, y sus modificatorias".
- Decreto Supremo N° 01-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley Marco del Aseguramiento Universal de Salud.
- Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva".
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, NT N° 018-MINSA/DGSP- V.01 "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud" .





- Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA; NT N° 033-MINSA/DGSP – V.01 “Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural”.
- Resolución Ministerial N° 536-2005/MINSA; NT N° 032-MINSA/DGSP – V.01 “Norma Técnica de Planificación Familiar”.
- Resolución Ministerial N° 511-2005/MINSA “Guías de Práctica Clínica en Emergencia en Pediatría”.
- Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA. Que aprueba la NTS N° 042-MINSA/DGSP V.01, “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia”.
- Resolución Ministerial N° 453-2006/MINSA; Reglamento de Funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Neonatal.
- Resolución Ministerial N° 290-2006/MINSA “Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva”.
- Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA Guía Técnica, “Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutoria”.
- Resolución Ministerial N° 579-2006/MINSA, que aprobó la NT N° 022-MINSA/DGSP-V-02: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
- Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA Documento Técnico Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con las Funciones Obstétricas y Neonatales.
- Resolución Ministerial N° 365-2008/MINSA. Que aprueba la NTS N° 067-MINSA/DGSP V.01, “Norma Técnica de Salud en Telesalud”.
- Resolución Ministerial N° 207-2009/MINSA Documento Técnico Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015.
- Resolución Ministerial N°464-2011/MINSA. Que aprueba el Documento Técnico “Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad”
- Resolución Ministerial N°546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA. Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP V.02, “Directiva Sanitaria Para la evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprueba la NTS N°105-MINSA/DGSP-V.01.”Norma Técnica de Salud para la atención Integral de Salud Materna”
- Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprueba la NTS N°106-MINSA/DGSP-V.01.”Norma Técnica de Salud para la atención Integral de Salud Neonatal”
- Resolución Ministerial N° 099-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 197-MINSA/DGSP-V.01: “Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud”.



V. DISPOSICIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

PARTO

Es la expulsión o extracción fuera del útero de del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas).

PARTO EUTÓCICO

Proceso de inicio y evolución espontánea, con una duración adecuada y en el que los factores del trabajo de parto interactúan de forma normal, culminando con la expulsión por vía vaginal del producto de la concepción único, en presentación cefálica de vertex, con sus anexos completos.

PARTO INSTITUCIONAL

Parto ocurrido en un establecimiento de salud (Hospital, centro o puesto de salud) que incluye el parto vaginal y abdominal (cesárea).

PARTO EXTRA INSTITUCIONAL

Parto ocurrido fuera de un establecimiento de salud.

PARTO DOMICILIARIO

Parto ocurrido dentro de una vivienda, atendido por personal de salud, agente comunitario de salud, familiares u otros. Incluye los partos ocurridos en la casa materna.

PARTO EN EL TRAYECTO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Parto ocurrido durante el proceso de traslado de la gestante de un establecimiento de salud a otro establecimiento de salud. Con fines de información, el parto en el trayecto corresponde al establecimiento que refiere, si el traslado es desde una vivienda, es considerado como parto domiciliario.

PARTO VERTICAL

Es el parto en el cual la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud se coloca delante o detrás de la gestante para atender el parto.

PARTO VAGINAL

Es aquel nacimiento por vía vaginal .Puede ser sin complicaciones (eutócico) o con complicaciones (distócico), pero que termina por vía vaginal.

PARTO ABDOMINAL

Es aquel nacimiento por intervención quirúrgica (cesárea).

ATENCIÓN INSTITUCIONAL Y CALIFICADA DEL PARTO

Conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que realizan profesionales calificados para la atención del parto.





PARTO DISTÓCICO

Parto con progreso anormal debido a inadecuada interacción de los factores que intervienen en él y que culmina por vía vaginal y/o abdominal.

TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

Detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por encima de las 12 horas. Se manifiesta porque la curva de alerta del partograma se desvía hacia la derecha.

Alteraciones de la fase latente

Mediante el tacto vaginal se pueden detectar la progresión de la dilatación y el descenso en mayor tiempo del promedio.

Fase latente prolongada

Evidencia de actividad uterina sin inicio de la fase activa por un periodo mayor de 20 horas en primíparas y 14 horas en multíparas.

Alteraciones de la fase activa

Mediante el tacto vaginal y la lectura del partograma con curva de alerta se pueden detectar las siguientes alteraciones:

Por enlentecimiento

- Fase Activa Lenta o Prolongada: Es aquella en que la dilatación cervical avanza con una velocidad menor de 1 cm/hora, durante la fase activa del trabajo de parto. En promedio se considera si esta fase dura más de 12 horas en primíparas y 8 horas en multíparas.
- Retraso del Descenso o Descenso lento: Cuando la presentación fetal desciende menos de 1 cm/hora en nulíparas y menos de 2 cm/hora en multíparas, durante la fase activa del trabajo de parto.

Por detención

- Detención de la Dilatación: Es aquella en la cual la dilatación se interrumpe o detiene en la fase activa en dos horas o más.
- Detención del Descenso: Es aquella en que no existe progreso del descenso del polo fetal en una hora o más tanto en nulíparas o multíparas, fundamentalmente en el expulsivo.

Alteraciones del expulsivo

- Expulsivo prolongado:
 - Más de 2 horas en nulíparas.
 - Más de 1 hora en multíparas.

INCOMPATIBILIDAD FETO PÉLVICA Y ESTRECHEZ PÉLVICA

Desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el pasaje del mismo sin riesgos por el canal pélvico.



Se denomina pelvis estrecha cuando las medidas de la pelvis son menores a lo normal, pudiendo ser detectable al examen obstétrico o por falta de descenso de la presentación dentro de las últimas 2 semanas para las primerizas, o por falta de progresión del trabajo de parto, tanto en la fase activa como en el expulsivo.

Pelvis estrecha

Examen vaginal:

- Promontorio tactable menor de 12 cm.
- Curvatura sacrocoxígea con exostosis.
- Diámetro bicíatico < 9.5 cm.
- Diámetro bisquiático < 8 cm.
- Angulo subpúbico < 90 gr.

Desproporción céfalo-pélvica

El principal signo es el trabajo de parto prolongado al que se agrega lo siguiente:

Examen obstétrico:

- Altura uterina > 35 cm.
- Ponderación fetal mayor de 4 kilos por examen clínico.
- Cabeza fetal por encima de la sínfisis del pubis que no se consigue proyectar dentro de la pelvis a la presión del fondo uterino.
- Moldeamiento 3 (sutura superpuesta y no reducible).
- Caput succedaneum.
- Regresión de la dilatación.
- Deflexión y asinclitismo de la cabeza fetal.
- Presentaciones mixtas.

Examen ecográfico-fetal

- Diámetro biparietal > 95 mm.
- Ponderado fetal > 4,000 gr.

PARTO PODÁLICO

Es el parto en el cual el polo de presentación es la pelvis del feto, comprende las variedades de nalgas puras y las variedades: completa en donde se presentan las nalgas y ambos miembros inferiores y la incompleta en que se presentan los miembros inferiores.

Grupo de signos y síntomas relacionados con la patología.

Examen obstétrico completo referido a:

- Maniobras de Leopold.
- Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) por encima del ombligo (con estetoscopio de Pinard).

Examen vaginal:

- Tactar partes fetales: nalga o miembros inferiores.
- Presencia de meconio.

Examen ecográfico fetal:

- Presentación podálica.



VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 DE LA ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO

6.1.1. A nivel del FONP:

- Se debe instalar una vía EV segura: Na Cl 9%o 1000cc con catéter N° 16 ó 18, estabilizar y referir a la gestante en las mejores condiciones a un establecimiento con FONB o FONE.
- Atender el parto inminente.
- De darse el caso, referir al establecimiento con FONE a toda paciente que supere las 2 horas de expulsivo o éste tienda a prolongarse.
- Si la gestante presenta factores de riesgo o signos de alarma para desproporción feto pélvica, talla menor de 1.40 cm, referir antes de las 37 semanas al establecimiento con FONB.
- Considerar la posibilidad de alojamiento en casa materna.
- Detectar precozmente la presentación podálica y referirla al establecimiento con FONE para la programación de cesárea con la debida anticipación.
- De encontrarse el parto podálico en periodo expulsivo, sin posibilidades de llegar oportunamente al nivel FONE, considerar la atención del parto por vía vaginal, según descripción de la "Guía de Práctica Clínica para el manejo de las Emergencias Obstétricas y Neonatales".



6.1.2 A nivel del FONB

- Debe diagnosticar, estabilizar y referir en condiciones óptimas a la Gestante.
- La atención del parto eutócico debe realizarse en este nivel, teniendo en consideración:
 - Evaluación general: Ectoscopia, estado general, estado nutricional, peso, talla, funciones vitales.
 - Evaluación obstétrica: Determinación de la edad gestacional, altura uterina, ponderación fetal, situación, posición, presentación, dilatación, incorporación, altura de presentación, variedad de posición y pelvimetría.
 - Detección de factores de riesgo.
 - Signos de alarma.
 - Determinación de la hora probable de inicio de parto.
 - Referencia de los casos de desproporción céfalo pélvica o estrechez a partir de las 37 semanas al nivel FONE.
 - Considerar el alojamiento en la casa materna.
- Detectar precozmente la presentación podálica y referirla al establecimiento con FONE para la programación de cesárea con la debida anticipación.
- De encontrarse el parto podálico en periodo expulsivo, sin posibilidades de llegar oportunamente al nivel FONE,





considerar la atención del parto por vía vaginal, según descripción de la Guía de práctica Clínica para el manejo de las Emergencias Obstétricas y Neonatales.

6.1.3 A nivel de FONE

- Todo parto distócico con prolongación del tiempo debe atenderse en este nivel.
- El nivel FONE debe resolver el caso según lo indicado en el manejo de las "Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas" según nivel de capacidad resolutive.
- Confirmar los hallazgos encontrados en el nivel FONB.
- Solicitar los exámenes de laboratorio correspondientes.
- Realizar cesárea.

6.2 DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Se deberán tomar las acciones necesarias para garantizar la continuidad de la atención según niveles de complejidad.

6.2.1 Fortalecer la Red Obstétrica en la Región Cajamarca.

6.2.2 Asegurar la disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y equipamiento básico para la atención del parto complicado y del recién nacido.

6.2.3 Operativizar las Claves Roja, Amarilla y Azul para el Manejo de las Emergencias Obstétricas, las cuales deben ser conocidas y manejadas por todo el personal de salud. En el caso de los Puestos de Salud, las claves deberán de estar ubicados en tópico de emergencia y en los Centros de Salud en sala de partos y servicio de emergencia (claves habilitadas no necesariamente en maletines). Cada maletín deberá describir en una lista los insumos, fármacos y equipos del contenido indicando la cantidad, presentación, fecha de vencimiento, fecha de verificación y observaciones. Además todos los establecimientos de salud deberán contar con un Maletín General de Emergencia para la atención de parto.

6.2.4 Garantizar el transporte adecuado de la gestante en condición de emergencia.

6.2.5 Las ambulancias deben de contar con equipamiento básico exclusivo de acuerdo a normatividad, mantenimiento y personal capacitado.

6.2.6 Garantizar la atención de parto y de las emergencias obstétricas y neonatales por el equipo de salud con competencias y según perfil profesional.



6.2.7 Implementar estrategias para la inducción y fortalecimiento del recurso humano en la atención del parto complicado.

6.2.8 Toda atención a gestante, puérpera y recién nacido se realiza según las guías de atención de prácticas clínicas, las cuales deben ser registrados en la historia clínica de forma completa e integrada.

6.3 DEL SEGUIMIENTO A LA PUÉRPERA

6.3.1 Se realizarán dos visitas domiciliarias a las puérperas a los 7 días y 30 días post parto, enfatizando en cada visita en los signos de peligro durante el puerperio y del recién nacido.

6.3.2 Las visitas de las puérperas y de los recién nacidos, se realizarán en forma simultánea.

VII. RESPONSABILIDADES

7.1 A NIVEL DE LA DIRESA

Las diferentes direcciones tendrán las siguientes responsabilidades:

7.1.1 DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD

- La Estrategia Regional de Salud Sexual y Reproductiva monitorizará y evaluará el cumplimiento de la presente directiva.
- La Estrategia Regional de Salud Sexual y Reproductiva brindará asistencia técnica a Redes y Hospitales para el adecuado cumplimiento de la presente directiva.

7.1.2 DIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD

- Garantizar la operatividad del sistema de Referencia y Contrarreferencia en forma constante continua e integral, según la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud.

7.1.3 DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

- Garantizar el abastecimiento oportuno de los medicamentos contemplados dentro de las Claves para el Manejo de las Emergencias Obstétricas y de atención de parto, según requerimiento real de los establecimientos de salud.

7.1.4 DIRECCION DE PROMOCION DE LA SALUD

- Desarrollará intervenciones promocionales, fortaleciendo la atención del parto institucional.





7.2 A NIVEL DE REDES

- Son responsables de implementar y socializar en los establecimientos de salud del ámbito de su jurisdicción y verificar la aplicación de la presente directiva.
- Desarrollar competencias y brindar asistencia técnica al personal de salud de los establecimientos de salud en la atención del parto complicado.

7.3 A NIVEL DE LAS MICROREDES

- Realizar el monitoreo a nivel de los establecimientos de salud de su ámbito verificando el cumplimiento de la presente directiva.

7.4 A NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

- Aplicar correctamente lo dispuesto en la presente directiva la misma que se enmarca dentro de las Guías de Práctica Clínica para el manejo de las Emergencias Obstétricas.
- Realizar la correcta evaluación de la gestante identificando factores de riesgo para un parto complicado.
- Realizar la referencia oportuna hacia el FONB o FONE según nivel de capacidad resolutive.
- Fomentar reuniones para el mejoramiento del desempeño frente al manejo de un parto complicado.
- Realizar las visitas domiciliarias según lo dispuesto en la presente directiva a la púérpera y recién nacido, producto de un parto complicado.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

Las Direcciones Sub regionales de Salud, las Direcciones de Redes, Microredes, la Dirección o Jefatura de cada establecimiento de salud, según el nivel de complejidad, son responsables de la difusión de la Directiva Sanitaria en su respectiva jurisdicción, así mismo de su implementación monitoreo y supervisión.



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
[Signature]
Dr. Segundo Carlos Zapatel Gordillo
DIRECTOR GENERAL