

RESPUESTAS A CUESTIONARIO: PROYECTO DE LEY PARA PARTO EN CASA

COMISIÓN SÉPTIMA DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES

Abril 10 de 2021

1. ¿Qué es partería y que categorías existen? Cuántas parteras hay en Colombia y si puede indicar número por departamento.

En Colombia nunca ha existido un sistema de atención de partos por parteras y realmente la atención tradicional de parteras ha sobrevivido gracias a la baja cobertura de la atención de los eventos relacionados con la gestación, el parto y el puerperio por el sistema formal (médico), y por factores de tipo cultural. Sin embargo, a pesar de la consolidación de la partería tradicional y la figura de la partera en las zonas rurales apartadas y las urbanas marginales, en el país persiste un desconocimiento científico de este evento que cobra trascendencia actual ya que es uno de los que interviene en la presentación de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal.

A pesar de los subregistros con este tema para el año 2006 según el Ministerio de la Protección Social el 97,1% de los partos fueron atendidos institucionalmente y un 1,7% por parteras tradicionales. Sin embargo, el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE, 2007) refirió que 7.139 nacimientos fueron atendidos por parteras tradicionales en el país durante el año 2007 y resalta su presentación principalmente en las áreas marginales urbanas y rurales donde los servicios de salud tenían bajas coberturas y el acceso de la población a los centros de salud era difícil. Esto desde varios puntos de vista a generado una relación directa entre la partería tradicional y el aumento de morbi-mortalidad materna y perinatal en el país. Estas han sido razones suficientes para que la Organización Panamericana de la Salud en 2003 propusiera un acercamiento entre el sistema de salud y las parteras que pudiera disminuir la morbi-mortalidad y mantuviera los valores culturales. Se reconocen dos acercamientos a saber: En 1984, el Ministerio de salud creó el Programa de capacitación formal de parteras. Este se estableció como una estrategia para mejorar las coberturas de la atención y disminuir la morbilidad y mortalidad materna perinatal, ya que para ese momento, la tercera parte de los partos en las áreas marginales y rurales del país eran atendidos por parteras tradicionales y otro en 2009, el Instituto Nacional de Salud (INS 2009), dentro de las acciones de vigilancia epidemiológica del evento de la mortalidad materna propuso incluir en las acciones de vigilancia comunitaria, como medidas encaminadas a la detección y seguimiento de las alteraciones de la mujer gestante, la participación de líderes de las comunidades, resaltando la figura de la partera tradicional.

La Ley 19 de 2009 "Por medio del cual se reconoce y regula la actividad de las parteras" y en los artículos 1 y 2 dice que "Para todos los efectos de esta ley se entiende por partera, matrona o comadrona, la persona que asiste a las madres durante el embarazo, parto y el posparto y que inicialmente adquieren destrezas a partir de sus propios partos o a través del aprendizaje de otras parteras. Además que se reconoce a las parteras como proveedora primaria de servicios de salud dirigidos a las necesidades individuales de cada madre y bebé y regular el ejercicio de su labor a través de capacitación". Por último, solicita la necesidad de registro para el ejercicio de la partería en el país.

Desconozco en este momento cuántas parteras existen en Colombia y menos aún cuántas por Departamento por las razones previamente expuestas.

Index Enferm vol.21 no.1-2 Granada ene./jun. 2012

*Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia
versión On-line ISSN 1699-5988 versión impresa ISSN 1132-1296*

Celmira Laza Vásquez¹

¹División de Investigaciones-Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital San José. Bogotá, Colombia

2. ¿Qué formación profesional o técnica deberían tener las parteras? ¿Las parteras pueden aplicar medicamentos? En caso afirmativo sírvase indicar cuales

En la situación actual de las parteras en Colombia no pueden administrar ningún de mdicamentos ya que su conocimiento acerca de biología, trabajo de parto, fisiología materna y perinatal es nulo.

En estado Unidos hay dos vías para lograr ser partera. Uno está conformado por las enfermeras que una vez han logrado el grado de enfermería deciden especializarse en parteras (conocidas como {CNM} certified nurse-midwives) y las personas que deciden se parteras (conocidas como {CM} certified midwives), esto según el American College of Nurse-Midwives. Esto implica que las parteras en Estados Unidos son el producto de un programa formal, reconocido que hoy por hoy tiene además la posibilidad de que después de cumplir con los requerimientos propios de una universidad puede aplicar a ser Doctoras en partería (Doctorate in Midwifery).

*Midwifery Education. Trends report. 2019
American College of Nurse-Midwives.
Accreditation Commission for Midwifery Education*

3. ¿Quiénes expiden las certificaciones de nacimiento actualmente?

Los certificados de nacido vivo son expedidos por los médicos que atienden los partos/cesáreas en las diferentes instituciones de salud habilitadas para tal atención, mediante un usuario y una contraseña que se les otorga para poder ingresar a la plataforma RUAF (Registro único de afiliados) para que los padres del recién nacido cuando salgan de la institución de salud puedan ir a diligenciar el registro civil de nacimiento de su hijo en una notaría.

4. ¿Existe alguna guía sobre parto en casa? Si es así ¿cuál es su opinión técnica al respecto?

No hay una guía sobre el parto en casa en Colombia. En otros países como por ejemplo España, Reino Unido y Estados Unidos, existen guías que tiene en común la necesidad que haya sistemas y estructuras construídas y organizadas para dar completo apoyo a este servicio del parto en casa. Sería deseable que existieran equipos multidisciplinarios con protocolos consensuados que refuercen el compromiso con las elecciones informadas de las pacientes, en el que la paciente sepa a que se está enfrentando cuando decide tener su parto en casa.

5. ¿Qué requisitos se debe cumplir para la atención de un parto y salvaguarda de los pacientes madre e hijo?

La atención de un parto hospitalario para salvaguardar tanto a la madre como al producto de la concepción son:

- Experticia de los profesionales que atienden el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato de la paciente.
- Experticia de los profesionales que atiende al recién nacido.
- Oxígeno
- Líquidos endovenosos como el Lactato Ringer.
- Medicamentos tales como:
 - Oxitocina
 - Misoprostol
 - Acido Tranexámico
 - Metilergonovina
 - Acetaminofén

- Insumos tales como:
 - Venocath
 - Clorhexidina
 - Anestesia local (Lidocaína)
 - Vicryl
 - Tijeras
 - Pinzas
 - Compresas
 - Tensiómetro
 - Fonendoscopio
 - Monitor fetal
- Partograma
- Posibilidad de solicitar con premura componentes sanguíneos o en su lugar posibilidad de una remisión adecuada y oportuna a un hospital de mayor complejidad en caso de necesidad.
- Posibilidad de solicitar la intervención de un anestesiólogo para la administración de analgesia regional (peridural) para manejar el dolor de la paciente y/o su intervención para una cirugía de urgencia que puede ser desde una cesárea para intervenir un sufrimiento fetal agudo, hasta una histerectomía para manejar una atonía uterina cuando el manejo médico no fue exitoso. Debemos recordar en este espacio que una paciente de bajo riesgo tiene la posibilidad durante el parto de convertirse en una paciente de alto riesgo entre 5 a 12%.

En relación con el componente pediátrico de este interrogante, los requisitos necesarios para tener disponibles en la adaptación neonatal al nacimiento son:

- Equipo de succión
 - Succionador mecánico
 - Pera de caucho
 - Sondas para succión
 - Aspirador
- Equipo de vía aérea
 - Máscaras para recién nacidos prematuros y a término
 - Fuente de oxígeno con flujómetro
 - Laringoscopio con hojas rectas
 - Tubos endotraqueales
 - Guantes y tapabocas desechables
 - Suturas
- Medicamentos
 - Adrenalina
 - Naloxona
 - Líquidos endovenosos
- Otros
 - Lámpara de calor radiante
 - Estetoscopio
 - Micropore
 - Jeringas y agujas
 - Llave de tres vías
 - Pulso-oxímetro
 - Monitor
 - Sondas de alimentación
 - Catéteres umbilicales

6. ¿Qué cuidados se deben tener al momento del nacimiento para la protección del bebé y para la protección de la madre?

Las adecuadas condiciones de asepsia y antisepsia para evitar la infección posterior ya que un parto representa una atención limpia contaminada, lo cual se representa en una situación clínica que aumenta las probabilidades de infección puerperal.

Es fundamental contar con una camilla ginecológica que permita la posición de litotomía para poder hacer un examen en el postparto inmediato que nos permita estar seguros de que la paciente no tenga un desgarro a nivel de cuello, paredes vaginales o esfínter anal que deba ser suturado de inmediato, ya que estas son complicaciones posibles y frecuentes en cualquier parto independientemente de la persona que se encarga de la atención de la paciente. Recordemos que este tipo de complicaciones son posibles y no necesariamente implican una mala atención y por otro lado, tampoco corresponden a situaciones propias de pacientes de alto riesgo sino que se presentan en pacientes de bajo y alto riesgo. Asociado a esto, nuevamente insisto en la posibilidad de que una paciente de bajo riesgo se convierta en paciente de alto riesgo durante la atención del parto en una probabilidad que está entre el 5 a 12%, en cuyo caso debemos contar con componentes sanguíneos, posibilidad de ser controlada en una unidad de cuidado intensivo y desde luego de poder ser pasada a cirugía de urgencia, por lo cual se necesita un quirófano con todos los insumos que implica este (máquina de anestesia y medicamentos especializados) y el recurso humano necesario para que funcione adecuada y oportunamente.

En los países donde la partería es parte del sistema de salud, se cuenta con una red de vías terrestres y aéreas mediante helicópteros medicalizados que permiten la georreferenciación previa de la paciente que decide tener el parto en casa para que en caso de necesidad pueda ser trasladada al hospital para salvar su vida y la de su bebé.

Es importante hacer énfasis en que algo que nunca va a tener la paciente que tiene su atención en casa es la posibilidad de la analgesia peridural, ya que este procedimiento se ofrece con la competencia de un anestesiólogo en los hospitales de nuestro país.

En relación con el componente pediátrico de este interrogante, los cuidados al nacimiento son:

- Se debe contar con un entorno limpio y organizado para el cuidado del recién nacido, por lo cual es de gran importancia un adecuado lavado de manos con agua y jabón antes de sujetar, alzar o cambiar al neonato. Así mismo contar con muda de ropa, pañal etapa 0 y cobija.
 - Ante alguna complicación el área de adaptación neonatal debe tener facilidad para un rápido traslado a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, la cual corresponde al espacio dentro de los hospitales destinado al cuidado y la atención especializada de neonatos que tengan riesgo o presenten alguna condición que pueda comprometer su vida o su desarrollo.
-
- *American Academy of Pediatrics. HealthyChildren.Org. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/>*
 - *Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. 2013. IETS – CINETS – Ministerio de Salud y Protección Social. ISBN: 978-958-8838-29-8*

7. ¿Existen casos de muertes por mala praxis en partos caseros? Sírvase remitir las cifras o reportes

Si partimos del hecho de que la partería no es una actividad controlada en nuestro país, pues es imposible solicitar actualmente estadísticas con respecto a los resultados de la actividad, ya que

si vemos la situación desde la óptica técnica, actualmente constituye una actividad ilegal y sin control técnico-científico.

8. ¿Cuáles son los efectos reales del parto en casa para la madre y el bebé?

En relación con el componente pediátrico de este interrogante, la Academia Americana de Pediatría (del inglés American Academy of Pediatrics – AAP), el pasado año 2020 actualizó sus recomendaciones sobre este tema, originalmente expuestas en el año 2013, donde nuevamente hace énfasis y reitera que resulta más seguro para el bienestar del recién nacido, la atención del parto dentro de una institución hospitalaria; incluso a pesar de la actual pandemia de coronavirus. En la actualidad, según dicho informe, en los Estados Unidos, el parto en casa se asocia con un aumento del doble al triple en mortalidad infantil, así como también con mayores riesgos de complicaciones médicas en el recién nacido.

Hay dos situaciones fundamentales para hacer la comparación entre el parto en casa y el parto institucional:

- La adecuada selección de las pacientes para que tengan parto en casa. Es decir, esto no depende únicamente del deseo de la madre sino de que sea completamente de bajo riesgo para que las posibilidades de complicaciones disminuyan con la atención en casa. Por otro lado, la paciente debe estar correctamente informada de que asumiendo esta decisión está asumiendo también la posibilidad de que existan complicaciones propias del parto que no dependen de haber tenido un control prenatal normal y haberse mantenido como de bajo riesgo hasta el momento del parto.
- La adecuada instrucción previa de las parteras para que puedan ser categorizadas como profesionales de su trabajo y no mujeres que tradicionalmente se han dedicado a tal actividad sin ningún tipo de preparación. Insisto que la preparación en los países donde está instaurada esta oferta de atención, existe un adecuado vínculo con el sistema de salud y una preparación a nivel universitario.

Las mujeres que han estado en atención domiciliaria del parto ponen de presente la comodidad de su hogar como un evento familiar en el que participan las personas que ellas han decidido previamente. Situación esta que con la tendencia clara de nuestro país en los últimos años de humanizar el proceso de parto en las instituciones de salud, hemos podido solventar de alguna manera, tal y como se encuentra descrito en la Resolución 3280 de 2018, mediante la cual se identifican las RIAS (Ruta integral de atención en salud) para las madres y sus productos y la circular 016 de 2017 cuyo objetivo es fortalecer las acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada de las maternas en el territorio nacional. Estos dos documentos y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, están rigiendo las acciones médicas e institucionales en lo concerniente a la atención de trabajo de parto, parto y puerperio en nuestros hospitales actualmente. Esto además, hace que la argumentación de que el único tipo de parto humanizado que se puede tener es en la casa es una afirmación falsa por cuanto ya estamos implementando acciones en las instituciones de salud donde se atienden partos, encaminadas a humanizar la práctica y ofrecer a las pacientes una atención técnicamente adecuada y oportuna dentro de un contexto de humanización, tal y como puede explorarse con las pacientes mismas y los indicadores juiciosos de dichas prácticas, que permiten trascender del voz a voz y de las impresiones personales a los planos tangible y demostrables.

- *American Academy of Pediatrics. HealthyChildren.Org. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/>*
- *Resolución 3280 del 2018. Ministerio de Salud y Protección Social.*
- *Circular 016 de 2017. Ministerio de Salud y Protección Social.*

9. Sírvase informar ¿Qué riesgos y de qué tipo estarían expuestos tanto la madre como el bebé en el parto?

En relación con el componente pediátrico de este interrogante, en un parto atendido por personal idóneo en un centro de salud, existen los siguientes riesgos, a pesar de la adecuada atención y de un control del embarazo adecuadamente realizado:

- Afecciones respiratorias
- Procesos infecciosos
- Traumas
- Sangrados
- Trastornos metabólicos

- Alteraciones hematológicas
- Lesiones neurológicas

En el ámbito obstétrico la paciente está expuesta a situaciones tales como:

- Hipertensión inducida por el embarazo (Preeclampsia)
- Desgarros perineales durante el parto
- Desgarros del cuello uterino
- Sufrimiento fetal agudo por compresión del cordón umbilical o por posiciones del cordón alrededor del cuello fetal.
- Necesidad de intervenir quirúrgicamente a la paciente de urgencia por situaciones tales como:
 - Desprendimiento de placenta antes del parto (Abruptio)
 - Detención en el descenso de la presentación fetal o de la dilatación del cuello materno
 - Oxigenación inadecuada del feto por efecto de las contracciones uterinas que provocan estados fetales insatisfactorios que deben intervenirse por vía cesárea con urgencia
 - Atonia uterina dentro de las 2 primeras horas después del parto que debe tratarse médicamente y en caso de que este tratamiento sea infructuoso se deba intervenir para la realización de histerectomía abdominal de urgencia
- *Díaz J, Baeza M, Dalmau Serra J, Díaz Gómez M. Guía práctica para padres desde el nacimiento hasta los 3 años. Asociación Española de Pediatría; 2014.*
- *Stanford Children's Health. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/en/for-health-professionals?>*
- *Williams Obstetricia. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Catherine Y. Spong. Edición 25. 2018. ISBN: 978-1-4562-6736-0*

10. ¿Cuáles son las condiciones de salubridad e higiene que se deben tener durante el parto para la salvaguarda de la vida de la madre y el bebé? Explique cuál es el procedimiento o exigencias que debe tener quien atiende el parto

En relación con el componente pediátrico de este interrogante, los requisitos necesarios para tener disponibles en la adaptación neonatal al nacimiento son:

- Equipo de succión
 - Succionador mecánico
 - Pera de caucho
 - Sondas para succión
 - Aspirador
- Equipo de vía aérea
 - Máscaras para recién nacidos prematuros y a término
 - Fuente de oxígeno con flujómetro
 - Laringoscopio con hojas rectas
 - Tubos endotraqueales
 - Guantes y tapabocas desechables
 - Suturas
- Medicamentos
 - Adrenalina
 - Naloxona
 - Líquidos endovenosos
- Otros

- Lámpara de calor radiante
- Estetoscopio
- Micropore
- Jeringas y agujas
- Llave de tres vías
- Pulso-oxímetro
- Monitor
- Sondas de alimentación
- Catéteres umbilicales

En obstetricia como en las demás áreas de la medicina, la normatividad con respecto a las normas de asepsia y antisepsia son fundamentales por eso el lavado de manos hace parte de la experticia técnica que debe tener la persona que se encarga de atender un parto. Además de un medio aséptico, que implica los insumos descritos previamente sumados al traje quirúrgico, guantes estériles, elementos de protección personal para protegerse y proteger a la paciente de contaminación por bacterias o virus, jabón quirúrgico, compresas.

Los pasos para una técnica correcta de lavado de manos según la OMS. Octubre de 2017
<https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/los-pasos-para-una-tecnica-correcta-de-lavado-de-manos-segun-la-oms>

11. ¿Qué requisitos debe tener el personal que atiende un parto?

En Colombia quienes atienden partos son:

- Médico general: Es entrenado durante el período de pregrado (usualmente 6 años) para la atención de partos de bajo riesgo y la identificación de pacientes con factores de alto riesgo para que se encargue de una adecuada y oportuna remisión a un institución que responda a las necesidades de la paciente.
- Médico especialista (Ginecólogo y Obstetra) es entrenado durante 3 o 4 años, después de graduarse como médico general para que atienda todo tipo de partos (Bajo y alto riesgo) y vele por las patologías propias del sistema reproductor femenino durante las diferentes etapas de la mujer.
- Enfermera jefe: Solo en caso de necesidad extrema en sitios donde no es posible que la paciente sea atendida por un médico.

Todos tienen formación profesional y en el caso de los ginecólogos y obstetras, un entrenamiento adicional formal y avalado por el Ministerio de Educación a través de una universidad.

12. ¿Qué estudios académicos se han llevado a cabo en el país en relación con el parto en casa?

Existen artículos como los referenciados previamente, pero teniendo en cuenta que la actividad no está controlada por ningún estamento administrativo, educativo o de salud, es imposible tener referencias serias de seguimiento a la actividad.

Index Enferm vol.21 no.1-2 Granada ene./jun. 2012
Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia
 versión On-line ISSN 1699-5988 versión impresa ISSN 1132-1296
 Celmira Laza Vásquez¹

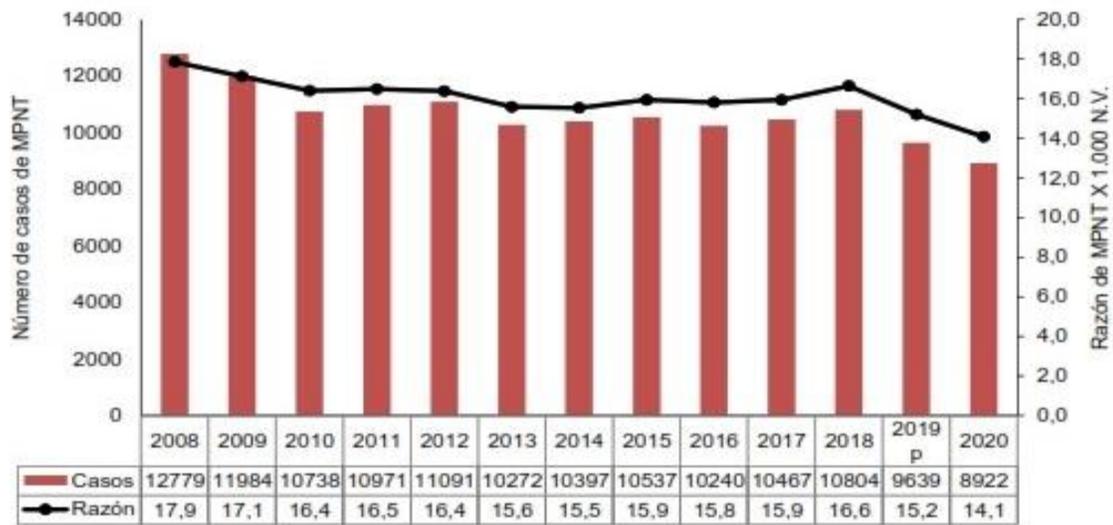
¹División de Investigaciones-Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital San José. Bogotá, Colombia

13. ¿Existe alguna relación en la disminución de la mortalidad de madres como de bebés por la atención del parto en centros de salud?

En relación con el componente pediátrico de este interrogante, es necesario tener claridad en estas dos definiciones:

- Una muerte perinatal es la que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas de gestación y los siete días después del nacimiento.
- La muerte neonatal es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida. Se dividen en:
 - Muertes neonatales tempranas: son las ocurridas durante los primeros 7 días de vida.
 - Muertes neonatales tardías: son las ocurridas después de los 7 días hasta antes del 28º día de vida.

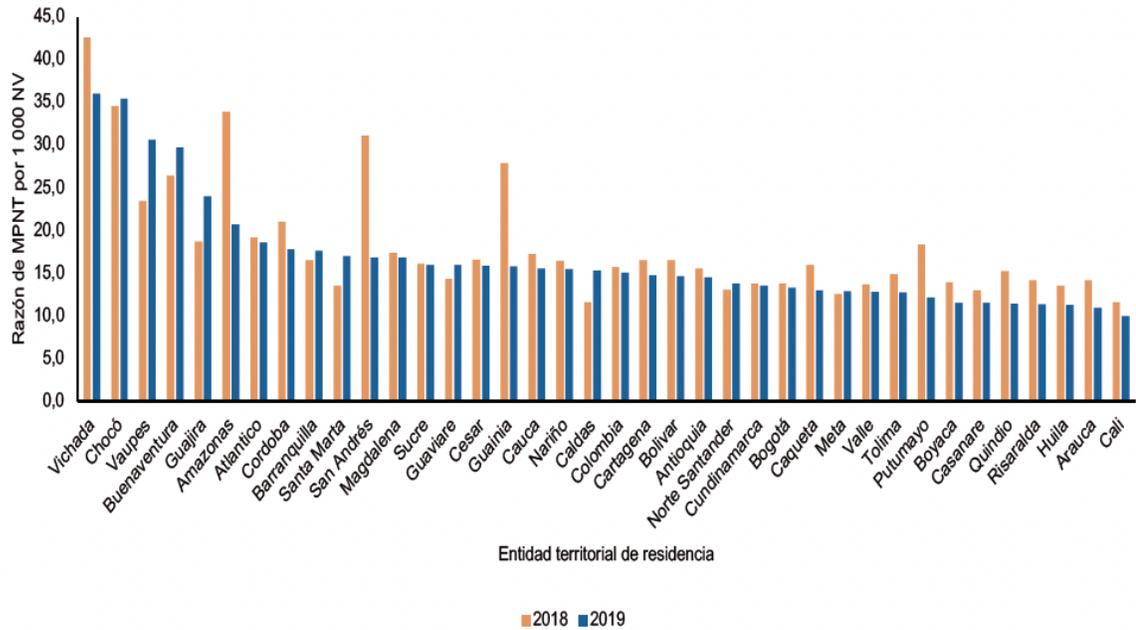
De esta manera se evidencia en la siguiente figura que existe desde el año 2008 un estabilidad o disminución en la mortalidad perinatal y neonatal, asociado a las mejores condiciones de salud de la población, las cuales en este tema en particular se refieren a todas las variables de la atención en relación con la gestante, incluyendo la atención del parto en un centro de salud con personal idóneo para tal fin.



Tendencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia 2008 – Periodo Epidemiológico XIII 2020.
Fuente: DANE 2008-2018. Sivigila 2019 - 2020

En el Boletín epidemiológico del Instituto Nacional de Salud de Febrero de 2020, vemos como hay una tendencia clara de disminución de la mortalidad materna en los diferentes departamentos de Colombia, incluso en aquellos donde esta ha sido una característica por las situaciones propias del departamento (Territorios Nacionales).

Figura 2. Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, 2018-2019



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018, 2019.
DANE, Estadísticas Vitales, Cifras preliminares nacimientos 2018.

- American Academy of Pediatrics. HealthyChildren.Org. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/>
- Díaz J, Baeza M, Dalmau Serra J, Díaz Gómez M. Guía práctica para padres desde el nacimiento hasta los 3 años. Asociación Española de Pediatría; 2014.
- Stanford Children's Health. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/en/for-health-professionals>
- Boletín epidemiológico semanal (BES) Semana 9. 23 al 29 de Febrero de 2020. Instituto Nacional de Salud.

14. ¿Cuál es el protocolo y requisitos de ingreso de la información y datos de la madre y él bebé en historia clínica en el proceso gestacional y parto?

La estructura de toda historia clínica implica:

- Identificación de la paciente
 - Nombre y apellidos completos
 - Identificación
 - Teléfonos de contacto
 - Dirección
 - Profesión
 - Cobertura de salud (EPS)
- Motivo de consulta
 - Motivo por el cual la paciente acude al hospital
- Enfermedad actual

- Signos y síntomas y hallazgos clínicos expresados por la paciente y convertidos por el médico en lenguaje técnico-científico
- Revisión por sistemas
 - El médico hace un registro de los demás sistemas del organismo de la paciente que no ha sido referidos por ella en el motivo de consulta o en la enfermedad actual
- Antecedentes
 - Personales
 - En caso de la paciente gineco-obstétrica
 - Edad de la primera menstruación
 - Fecha de última menstruación
 - Número de embarazos, partos vaginales y/o cesáreas, abortos, ectópicos, nacidos vivos, nacidos muertos
 - Enfermedades de transmisión sexual
 - Métodos de planificación
 - Fecha de última citología vaginal y resultado
 - Edad de inicio de vida sexual activa
 - Número de Compañeros sexuales
 - Número de controles prenatales
 - Resultados de los exámenes propios del control prenatal
 - Reportes de ecografías
 - Quirúrgicos
 - Patológicos
 - Tóxico-alérgicos
 - Vacunas durante el embarazo
 - Medicamentos
 - Transfusionales
 - Familiares
 - Enfermedades hereditarias
 - Enfermedades de tendencia familiar
- Examen Físico
 - Se describen los siguientes hallazgos de:
 - Signos vitales
 - Estado de consciencia
 - Cuello
 - Cardio-pulmonar
 - Abdomen (Situación, presentación, número de fetos, dorso, vitalidad dada por la fetocardia)
 - Genitales externos
 - Tacto vaginal (Descripción de dilatación, borramiento, estado de las membranas, variedad de posición de la presentación fetal)
 - Especuloscopia
- Impresiones diagnósticas
- Plan de manejo
 - Solicitud de exámenes
 - Explicación del manejo intra o extrahospitalario
 - Medicamentos
 - Explicación a la paciente y su familia del plan de manejo
 - Firma de consentimientos informados en caso de hospitalización

Posterior a la hospitalización de una paciente en trabajo de parto se hacen evoluciones periódicas cada 2 o 3 horas describiendo la evolución clínica de la paciente y las intervenciones médicas, incluyendo el partograma (registro gráfico de la dilatación, borramiento y estación fetal con relación al tiempo del trabajo de parto).

Una vez se atiende el parto debe diligenciarse la plataforma del RUAF para que quede registro de la atención y pueda la madre gestionar a través de la notaria el registro civil de nacimiento.

JAVIER ARDILA MONTEALEGRE

Director Departamento de Ciencias de la Reproducción
Universidad del Rosario

JOSÉ MIGUEL SUESCÚN VARGAS

Jefe Departamento de Pediatría
Universidad del Rosario