

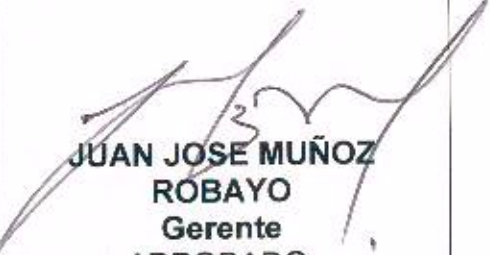
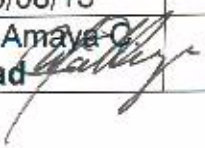




	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 1 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO

 ELABORO: LUCY PALOMA Enfermera Jefe	 REVISÓ: MARIA DANELA SOGAMOSO Subgerente Asistencial	 JUAN JOSE MUÑOZ ROBAYO Gerente APROBADO: RESOLUCIÓN No. 476 de 2020/08/19
FECHA: 2020/08/13	FECHA: 2020/08/14	
Vo.Bo: Martha E. Amaya-O Oficina de Calidad 	FECHA: 2020/08/18	

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 2 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

CONTENIDO

1.	OBJETIVO	3
2.	ALCANCES Y RESPONSABLES.....	3
3.	GENERALIDADES.....	3
3.1	ATENCIÓN	6
3.1.1	ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO:.....	6
3.1.2	CRITERIOS DE REMISION:.....	7
3.1.3	ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO (DILATACIÓN Y BORRAMIENTO).....	10
3.1.4	ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO (EXPULSIVO).....	12
3.1.5	PINZAMIENTO CORDÓN UMBILICAL.....	13
3.1.6	ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO O TERCER PERIODO	14
3.1.7	ATENCIÓN DEL PUERPERIO	15
3.1.7.1	PUERPERIO INMEDIATO	15
3.1.7.2	ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO MEDIATO.....	16
3.2	ATENCIÓN PARA LA SALIDA DE LA MADRE Y SU NEONATO.	17
3.3	INFORMACION SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:.....	19
3.4	CONTROLES DE RIESGOS.....	21
3.5	GARANTIA DE ATENCION DE PARTO SEGURO	22
3.6	ELABORACION DE INFORMES.....	22
3.7	EVALUACION Y SOCIALIZACION DE RESULTADOS	23
3.8	ELABORACION DE PLAN DE MEJORAMIENTO	23
3.9	EPISIOTOMIA Y EPISIORRAFIA	23
3.9.1	SUTURA DE LA EPISIOTOMÍA O EPISIORRAFIA.....	25
3.10	COMPLICACIONES DE LA ATENCION DEL PARTO.....	25
3.11	MANEJO COMPLICACIONES INTRAPARTO E INSTRUMENTACION	26
3.11.1	PASOS PREVIOS PARA EL PARTO INSTRUMENTAL	26
3.11.2	REALIZACIÓN DE PARTO INSTRUMENTAL	28
3.12	CUIDADOS POSTERIORES AL PARTO INSTRUMENTAL.....	30
3.13	RESOLUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS.	31
4.	FLUJOGRAMA.....	35
4.1	SOLICITUD DE LA ATENCION DE PARTO	36
4.2	ADMISION DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO.....	37
4.3	ATENCIÓN DE PRIMERA FASE DE TRABAJO DE PARTO.....	39
4.4	ATENCIÓN EN SEGUNDA FASE DE TRABAJO DE PARTO O EXPULSIVO	41
4.5	ATENCIÓN DE LA MATERNA EN POSPARTO	43
5.	ANEXOS	44
6.	TERMINOS Y DEFINICIONES.....	47
7.	NORMATIVIDAD.....	47
8.	BIBLIOGRAFIA.....	48
9.	REGISTRO DE CALIDAD.....	48
10.	CONTROLES.....	48

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 3 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

1. OBJETIVO

Dar a conocer las herramientas mediante este documento para los Centros de Atención Solución Salud de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, E.S.E "SOLUCION SALUD" a cerca de una adecuada atención del parto para pacientes con bajo riesgo obstétrico o con problemas menores que se puedan manejar en I nivel de atención por el médico general, todo esto identificado mediante una exhaustiva historia clínica, detección de factores de riesgo, antecedentes obstétricos, para así brindar un acompañamiento a la gestante y su familia en el proceso del trabajo de parto y parto humanizado y seguro con enfoque de derechos.

Reducir y controlar complicaciones del proceso del parto y prevenir las complicaciones del alumbramiento y el puerperio, como la hemorragia posparto, la retención de restos y la infección puerperal.

2. ALCANCES Y RESPONSABLES



Las actividades, procedimientos e intervenciones a realizar deberán ser realizadas por el equipo asistencial liderado por medicina quien será el responsable, enfermería y auxiliares de enfermería y laboratorio de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, E.S.E "SOLUCION SALUD"

La instrumentación del parto deberá ser realizada solo por profesionales de la medicina **que tengan la experticia para hacerlo y solo en un caso de urgencia vital** en los Centros de Atención que conforman la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, E.S.E "SOLUCION SALUD", como responsables de la atención de las gestantes.

Todas las maternas que estén catalogadas con algún riesgo se deben remitir para la atención a un segundo nivel de complejidad.

3. GENERALIDADES

La atención de parto comprende el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia de las mujeres en gestación y sus familias o acompañantes para el proceso fisiológico del parto.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 4 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

Durante el control prenatal se ha dado el procedimiento de plan de parto que involucra las decisiones respecto de la institución y el proveedor que asistirá el parto. Adicionalmente la mujer, su familia o acompañante deberá tener clara la información acerca de los trámites o elementos que deberá llevar el día de la admisión, así mismo, la información sobre los signos de alarma para acudir al servicio de urgencias. Esta información debe ser provista por escrito por parte de la EPS a la usuaria y deberá reposar junto a su carnet perinatal. En este carnet también debe reposar la evidencia sobre la consejería anticonceptiva y el método elegido.

Si la madre no cuenta con buena accesibilidad a la institución de parto, se debe gestionar con la EPS la ubicación en albergues temporales a la mujer y su acompañante espere la indicación de hospitalización para el parto.

Las salas de parto, deberán también permanecer siempre esterilizadas y listas equipadas para la atención de un parto y recién nacido, con disponibilidad permanente del recurso humano para la atención del binomio madre hijo.

Los médicos de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, E.S.E "SOLUCION SALUD", serán los responsables de todos los procesos para la atención del parto, incluyendo el diligenciamiento completo de las historias clínicas con elaboración de las curvas del partograma.

Toda materna al ingreso se le debe aplicar la valoración de riesgo, para determinar inmediatamente la conducta para atención de parto.

Se debe realizar formato FR-GQA-49 consentimiento informado para atención de parto debidamente, explicando detalladamente a la usuaria sobre el procedimiento a realizar.

Permitir el acompañamiento permanente de un familiar a la mujer en trabajo de parto.

Registrar inmediatamente la información de lo observado para evitar olvidos o confusiones.

No se cobrarán copagos ni cuotas moderadoras a las afiliadas al régimen subsidiado o vinculadas y se dará cumplimiento a lo estipulado para el régimen contributivo.

Lavarse las manos antes de atender al usuario

Las enfermeras supervisarán el cumplimiento de las normas de asepsia de la sala de partos.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 5 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

Las auxiliares de enfermería deberán mantener la sala de partos lista en todo momento para la atención de un parto, con revisión de stocks de los medicamentos y equipos necesarios para el mismo en cada turno, llevando el inventario de los mismos.

Las auxiliares de enfermería deberán diligenciar los registros de todos los partos atendidos, recién nacidos con sus certificados de nacido vivo y tsh, en cada turno.



La enfermera revisará semanalmente los stocks de medicamentos, insumos y filtros para TSH, así como los registros realizados.

La enfermera revisará todas las historias clínicas de los partos y nacimientos y realizara su devolución en caso de encontrarlos incompletos, al responsable de su registro.

FACTURACION

Los facturadores deberán aplicar los códigos CUPS para el programa, facturando el procedimiento de acuerdo con la atención del caso y con la frecuencia, se factura:

ACTIVIDAD	CODIGO	FINALIDAD	CAUSA EXTERNA
Consulta de Urgencias	890701	Atención del Parto, 01	No Aplica, 15
Atención del parto	735910		Protección específica, 03
Consulta de control por medico a las 72 horas pos parto	890201	Atención del parto, 01	No Aplica, 15
Prueba treponémica o Serología RPR	906916	Protección específica,03	
Prueba rápida para VIH (ELISA)		Protección específica, 03	
Gota gruesa en zona endémica de malaria.		Protección específica,03	
Hematocrito y hemoglobina		Protección específica, 03	
Hemoclasificación*			*Si la gestante no tuvo control prenatal
Vacunación doble viral* Si no hay no se factura	993520	Protección específica, 03	
SALA DE PARTO			
HOSPITALIZACION			

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 6 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

Si la materna no tiene la vacuna de Triple viral previa o doble viral, durante su gestación se debe notificar a la Secretaria de Salud para que le entreguen la dosis necesaria.



3.1 ATENCIÓN

3.1.1 ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO:

En todo caso, se deberá realizar una historia clínica completa que incluya como mínimo:

Anamnesis

- Identificación, motivo de consulta, fecha probable del parto, inicio de las contracciones, percepción de movimientos fetales, expulsión de tapón mucoso, ruptura de membranas y sangrado.
- Indagar por la presencia o ausencia de síntomas premonitorios de preeclampsia (cefalea, visión borrosa, tinnitus, fosfenos, epigastralgia, vómitos en el III trimestre).
- Antecedentes patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos, farmacológicos y familiares.
- Revisión completa por sistemas.
- Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas.
- Examen físico
- Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación, estado de conciencia.
- Valoración del estado nutricional.
- Toma de signos vitales.
- Examen completo por sistemas, incluida la valoración neurológica.
- Valoración del estado mental.
- Valoración obstétrica que incluye la frecuencia e intensidad de la actividad uterina, la posición, situación y estación del feto, frecuencia cardíaca fetal, la altura uterina, el número de fetos y la estimación del tamaño fetal.
- Valoración ginecológica que incluye la valoración de los genitales externos y la exploración genital incluyendo la especuloscopia y el tacto vaginal para evaluar sangrado, presencia del cordón umbilical, condiciones del cuello uterino (masas, maduración, dilatación y borramiento cervical), estado de las membranas, presentación, estación y variedad de posición fetal y la pelvimetría clínica.
- Solicitud de exámenes paraclínicos
- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL o RPR.
- Hemoclasificación, si la gestante no tuvo control prenatal.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 7 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

- Prueba para VIH (prueba rápida) en caso de no haberse realizado en el tercer trimestre.
- Gota gruesa en zona endémica de malaria.
- Hematocrito y hemoglobina.
- Antígeno de superficie de hepatitis B si no cuenta con tamizaje durante la consulta para el cuidado prenatal

Se debe considerar la admisión de la gestante a la IPS para la atención del parto cuando se cumplan los siguientes criterios:

- Dinámica uterina regular.
- Borramiento cervical >50%
- Dilatación de 4 cm.

Valorar el riesgo obstétrico y las condiciones de acceso (distancia al domicilio, condiciones y disponibilidad de transporte, etc.), socioeconómicas, cognitivas y de aseguramiento de la gestante para la toma de decisiones sobre la observación, albergue o la hospitalización de las pacientes que no cumplan con los criterios de admisión en el trabajo de parto.

Quienes no estén en condiciones para la admisión, deberán recibir información sobre signos para observar, cambios para analizar e indicaciones muy precisas de regresar al hospital cuando ocurran estos cambios (inicio de actividad uterina, sangrado genital, amniorrea, disminución en la percepción de los movimientos fetales, epigastalgia, visión borrosa, fosfenos, tinitus, cefalea intensa).



Considerar de acuerdo a criterio médico, los factores de riesgo maternos o fetales identificados para la admisión de la gestante.

En caso de presentar alguna de las siguientes condiciones que pone en riesgo la salud de la gestante o del niño, se debe remitir a la gestante al prestador complementario.

3.1.2 CRITERIOS DE REMISION:

Condiciones para remitir a mayor nivel de cuidado obstetrico de mayor complejidad

- Cualquier enfermedad cardiaca confirmada
- Cualquier trastorno hipertensivo
- Asma bronquial no controlada
- Fibrosis quística
- Hemoglobinopatías o trastornos hematológicos como: Anemia con hemoglobina menor de 11.0 g/dl al nivel del mar o en en limite inferior según el valor corregido por la altura sobre el nivel del mar; enfermedad de células falciformes, beta-talasemia mayor; antecedentes de trastornos tromboembólicos; purpura

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 8 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		



trombocitopenica inmune u otro trastorno de plaquetas con plaquetas por debajo de 150.000; enfermedad de von Willebrand; trastorno de la coagulación de la mujer o el feto.

- Anticuerpos que conllevan riesgo de de enfermedad hemolítica del recién nacido.
- Hepatitis B / C
- Portador de infección por el VIH
- Sospecha de toxoplasmosis fetal o mujeres que reciben tratamiento
- Infección actual activa o sospechada de sífilis/ varicela / rubeola/ herpes genital en la mujer, el bebe.
- Tuberculosis
- Lupus eritematoso sistémico inmune
- Esclerodermia
- Enfermedades no específicas del tejido conjuntivo
- Hipotiroidismo no controlado
- Hipertiroidismo
- Diabetes
- Pacientes con función renal anormal
- Enfermedad renal crónica que requiere supervisión de especialista
- Epilepsia
- Miastenia gravis
- Accidente cerebrovascular previo
- Enfermedades gastrointestinales como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa
- Enfermedad hepática con pruebas de función hepática normales o anormales
- Anomalías esqueléticas o neurológicas como antecedente de fractura de pelvis o déficit neurológico
- Trastornos psiquiátricos que requieren atención hospitalaria actual
- Uso de drogas psicoactivas
- Abuso de sustancias o la dependencia del alcohol
- Antecedente o presencia de cáncer en cualquier localización
- Multiparidad mayor de 4 partos
- Gestante menores de 15 años o mayores de 38 años
- Ausencia de control prenatal
- Ausencia de apoyo económico y emocional de la familia
- Hemorragia anteparto de origen desconocido (episodio único después de 24 semanas de gestación)
- Índice de masa corporal en la admisión superior a 30 kg/m²
- Embarazo múltiple
- Placenta previa
- Preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 9 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

- Trabajo de parto prematuro o ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto
- Desprendimiento de placenta
- Muerte intrauterina confirmada
- Inducción del parto
- Diabetes gestacional
- Distocias de presentación (ejemplo: presentación de pelvis o situación trasversa).
- Hemorragia anteparto recurrente
- Feto pequeño para la edad gestacional (menos del percentil diez o reducción de la velocidad de crecimiento en la ecografía)
- Frecuencia cardiaca fetal anormal (FCF) / Dopler anormal
- Ultrasonido diagnóstico de oligo/polihidramnios
- Antecedentes de complicaciones como: Historia de bebe anterior de mas de 4.0 Kg
- Muerte fetal / muerte neonatal inexplicable o en relación con dificultad intraparto
- Muerte fetal / muerte neonatal con causas conocidas no concurrentes
- Bebe con encefalopatía neonatal
- Bebe anterior a termino con ictericia que requirió exanguino trasfusion
- Preeclampsia
- Eclampsia
- Ruptura uterina
- Hemorragia posparto primaria que haya requerido un tratamiento adicional o transfusión
- Placenta retenida que haya requerido la extracción manual
- Cesárea previa
- Distosia de hombros
- Historia de laceración vaginal amplia, desgarró cervical o trauma perineal de tercer o cuarto grado
- Antecedente de conización o escisión con asa de la zona de transformación
- Presencia de miomas o fibromas uterinos
- Antecedente de miomectomía
- Antecedente de histerotomía
- Cesárea previa por riesgo de ruptura uterina.

La presencia de factores de riesgo condicionará la necesidad de una remisión a un centro de mayor complejidad, si el momento del trabajo de parto lo permite. En la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos, informes de ecografías y la causa de la remisión, asegurando su ingreso en el otro organismo de referencia.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 10 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

Las usuarias que hallan decidido remitir se deberá hacer seguimiento al proceso de referencia y se registran notas sobre el mismo cada 30 minutos. En todo caso la remisión

Al final de la consulta y de acuerdo con los hallazgos, se debe atender de acuerdo a lo descrito o en su defecto remitir al segundo nivel para su atención, con los registros debidamente diligenciados **en ninguna circunstancia se podrá remitir una usuaria en trabajo de parto en forma ambulatoria**, hacia la Institución que habrá de complementar la atención si se trata de una cesárea o atención de parto complicado o de alto riesgo.

3.1.3 ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO (DILATACIÓN Y BORRAMIENTO).

Una vez decidida la hospitalización, se le explica a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe hacerse énfasis en el apoyo psicológico a fin de tranquilizarla y obtener su colaboración, el auxiliar de enfermería hará presencia continua y acompañamiento a la gestante. Posteriormente, se procede a efectuar las siguientes medidas:

La fase latente entre en inicio de trabajo de parto hasta los 6cm de dilatación y trabajo de parto fase activa >6cm hasta 10 cms.

- Durante el periodo dilatante se deberá alentar y ayudar a las mujeres, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo y a movilizarse si así lo desean.
- La materna debe ser acompañada por un familiar o por la persona que ella elija de manera continua.
- Tomar signos vitales a la madre cada hora: Frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.
- Diligenciar partograma a todas las gestantes, en el partograma se registrarán la posición materna, signos vitales maternos, frecuencia cardiaca fetal, dilatación, borramiento, estación, estado de membranas, variedad de posición de la presentación, junto con la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas y métodos empleados para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.
- Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en el partograma.



	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 11 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

- Se recomienda evitar las exploraciones vaginales antes de 4 horas excepto en las mujeres con alteraciones del progreso del parto o según el criterio médico, ante la sospecha o la presencia de complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujos; Se sugiere realizar un máximo de 3 (tres) tactos vaginales con el objetivo de no aumentar el riesgo de complicaciones infecciosas en el postparto. El examen pélvico también puede realizarse a solicitud de la gestante en circunstancias en las que se considere conveniente.
- Se debe auscultar la frecuencia cardíaca fetal en reposo y luego de finalizada la contracción de manera intermitente. Cada medición de la frecuencia cardíaca fetal debe tomarse durante un minuto completo cada 30 minutos durante la fase activa del trabajo de parto y cada 5 minutos durante el segundo periodo del parto (periodo expulsivo).
- No se debe realizar amniotomía ni administración de oxitócicos de rutina para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo.
- Toda mujer tiene derecho a recibir métodos eficaces y seguros para el alivio del dolor durante el trabajo de parto (ello incluye la analgesia neuro axial); la solicitud de la gestante es indicación suficiente para proveerle métodos adecuados para el alivio del dolor. Las contraindicaciones de la analgesia neuro axial durante el trabajo de parto son: rechazo de la madre, coagulopatía, infección local o sistémica o hipovolemia no corregida.
- No se deben aplicar enemas o rasurados rutinarios a las gestantes en trabajo de parto. Al alcanzarse la fase activa del expulsivo, la gestante debe trasladarse a la sala de partos o acondicionar el sitio apropiado para el nacimiento.
- Se recomienda evitar la deshidratación durante el trabajo de parto, administrar líquidos orales y canalizar una vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente lactato de Ringer o solución salina, evitar la Dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del recién nacido.
- Realizar un trato humanizado y evitar frases o expresiones que afecten la dignidad de la mujer o de la adolescente. En ningún momento es permitido censurarla con motivo de su embarazo.

Al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a la sala de partos para el nacimiento. El parto debe ser atendido por el médico y asistido por personal de enfermería.

Los factores causantes de distocia en el primer período del parto, pueden dividirse en dos grandes grupos:

Distocia mecánica: en la mayoría de los casos hace referencia a la desproporción cefalo-pélvica. Si la gestante no progresa significativamente luego

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 12 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

de la prueba de encajamiento y existe la sospecha de desproporción cefalopélvica, se debe remitir a la gestante a un nivel de mayor complejidad

Distocia dinámica: En este caso, los factores afectan el mecanismo de la contracción en presencia de una relación cefalo-pélvica adecuada. Los factores que se deben descartar son: Mal control del dolor, Hipodinamia uterina, Deshidratación e Infección amniótica. El tratamiento a instaurar deberá corregir el factor identificado. Si luego de aplicadas las medidas correctivas, no se logra progresión, se debe evaluar la capacidad resolutive de la institución y en caso necesario remitir a un nivel de mayor complejidad.

3.1.4 ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO (EXPULSIVO)

La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez, se subdivide en dos fases:

- Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.
- Periodo expulsivo activo, cuando el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa.

Durante este período es de capital importancia el contacto visual y verbal con la gestante para disminuir su ansiedad, así como la vigilancia estrecha de la fetocardia.

En el expulsivo deberá evaluarse el bienestar fetal por los medios que se tengan disponibles.

Inicialmente es preciso evaluar el estado de las membranas, si se encuentran íntegras, se procede a la amniotomía y al examen del líquido amniótico.

El pujo voluntario sólo debe estimularse durante el expulsivo y en las contracciones.

Si el líquido amniótico se encuentra meconiado y si no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión, si estas son favorables la gestante deberá ser remitida al nivel de mayor complejidad bajo cuidado médico.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 13 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

El pujo voluntario sólo debe estimularse durante la fase activa del expulsivo y en el momento de las contracciones. Durante este periodo, debe permitirse que las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.

No se debe realizar de forma rutinaria presión fúndica para acelerar el expulsivo (maniobra de Kristeller). Del mismo modo, la episiotomía no está indicada de forma rutinaria.

Una vez se da el nacimiento, se debe permitir inmediatamente el contacto piel a piel de la madre con el recién nacido. En los casos en que no esté indicado el pinzamiento inmediato se deberá realizar un pinzamiento tardío del cordón umbilical. Este se realizará tras constatar los siguientes criterios

- Interrupción del latido del cordón umbilical.
- Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical.
- Satisfactoria perfusión de la piel del recién nacido.
- Realizarlo entre 2 y 3 minutos después del nacimiento.

Por otro lado, se adoptan las siguientes indicaciones para pinzamiento inmediato:

- Desprendimiento de placenta.
- Placenta previa.
- Ruptura uterina.
- Desgarro del cordón.
- Paro cardíaco materno.
- Los demás criterios recomendados en la Guía de Práctica Clínica de Recién Nacidos vigente.



La mujer en trabajo de parto vaginal no instrumentado y sin complicaciones debe ser acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija, siempre y cuando la haya acompañado durante su proceso.

3.1.5 PINZAMIENTO CORDÓN UMBILICAL

Una vez el nacimiento se debe permitir el contacto piel a piel de la madre con el recién nacido, en los casos que este indicado el pinzamiento tardío se debe hacer mediante los siguientes criterios:

- Interrupción el latido del cordón umbilical
- Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical
- Satisfactoria perfusión de la piel del recién nacido

Realizarlo entre 2 y 3 minutos después del nacimiento

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 14 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

Indicaciones para pinzamiento inmediato del cordón umbilical

- Desprendimiento de placenta
- Placenta previa
- Desgarro del cordón
- Paro cardíaco materno
- Código rojo

Tabla 1. Tipos de Pinzamiento del cordón Umbilical

habitual	inmediato	precoz	diferido
las condiciones clínicas que indican el pinzamiento habitual del cordón son: interrupción de la palpitación de las arterias umbilicales disminución de la ingurgitación de la vena umbilical satisfactoria perfusión de la piel	las condiciones clínicas que indican el pinzamiento inmediato del cordón son: Placenta previa o abrupción, para interrumpir la pérdida de sangre del recién nacido.	las condiciones clínicas que indican el pinzamiento precoz del cordón son: recién nacidos hijos de madres toxémicas o diabéticas, para reducir el riesgo de poliglobulia isoimmunización materno-fetal miastenia gravis para disminuir el paso de anticuerpos maternos.	las condiciones clínicas que indican el pinzamiento diferido del cordón son: prolapso y prociencia del cordón parto en presentación de pelvis Ruptura prolongada de membranas.
realizar entre 1 y 2 minutos después del nacimiento	realizar inmediatamente	realizar entre 30 segundos y 1 minuto después del nacimiento	realizar con posterioridad a los dos minutos después del nacimiento

3.1.6 ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO O TERCER PERIODO

En este periodo se debe realizar lo que se ha denominado manejo activo del alumbramiento, que consiste en:

- Dentro de un minuto del nacimiento se palpa el abdomen para descartar la presencia de otro feto y se administra un medicamento uterotónico:
- Administrar oxitocina 10 UI por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal.
- Cuando exista un acceso venoso permeable, puede administrarse oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10 ml de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos.
- Se recomienda el uso de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual para profilaxis durante el alumbramiento cuando la oxitocina no esté disponible. No se recomienda la administración por vía intrarectal.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 15 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

- Tracción controlada del cordón, solo cuando verifique que el útero esté bien contraído.
- Pinzamiento teniendo en cuenta los criterios presentados en la sección anterior.
- Verificar cada 15 minutos que el útero esté contraído.

Al visualizar la placenta, tomarla con las dos manos, realizar un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa (maniobra de Dublín). Debe revisarse la placenta tanto por su cara materna (observar su integridad) como por su cara fetal (presencia de infartos, quistes, etcétera).

También debe verificarse la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos (lo normal, dos arterias y una vena). Ante la duda de que haya alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos.

Se considera normal una pérdida de 500 cc de sangre luego del parto vaginal normal. Si la madre lo ha elegido, se puede proceder a aplicar el DIU posparto. Este debe aplicarse antes de hacer las suturas perineales; si no es posible, se hará dentro de las primeras 48 horas del posparto. El personal que atiende el parto debe estar entrenado en la aplicación del DIU.

Suturar desgarros de cuello y/o perineales y episiorrafia en forma anatómica por planos, con materiales sintéticos absorbibles, y sin dejar espacios muertos o hemorragia activa.



Durante los siguientes minutos luego del parto se producen la mayoría de las hemorragias, por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Signos vitales maternos cada 15 minutos.
- Globo de seguridad, (tono uterino) revisar cada 15 minutos.
- Sangrado genital.
- Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas.

En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutoria de la institución y, si es necesario, deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia.

3.1.7 ATENCIÓN DEL PUERPERIO

3.1.7.1 PUERPERIO INMEDIATO

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 16 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

Este período comprende las **2 primeras horas** postparto. Durante éste, se producen la mayoría de hemorragias por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Signos vitales maternos
- Globo de seguridad
- Sangrado genital
- Episiotomía para descartar la formación de hematomas.

Si no se producen alteraciones en este período, la madre debe trasladarse al sector de alojamiento conjunto y allí se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda, vacunación, puericultura, signos de alarma, consulta de puerperio y demás temática pertinente.

En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutoria de la institución y, si es necesario, deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia.

Este periodo debe estar registrado tanto por el auxiliar de enfermería los seguimientos cada 15 minutos y por medico a las 2 horas.

3.1.7.2 ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO MEDIATO

Este período comprende desde las primeras **2 hasta las 48 horas** postparto. Las siguientes acciones deben incluirse durante este período, además de las acciones descritas en el puerperio inmediato:

- Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.
- Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia, infección puerperal, taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Deambulación temprana.
- Alimentación adecuada a la madre.

Si no se han presentado complicaciones se puede dar de alta a la madre con su recién nacido.

Finalmente se incluye la consulta ambulatoria post parto que deberá llevarse a cabo entre el 3° y el 5° días post parto, para la cual se dará la respectiva cita a la gestante y a su recién nacido (una cita para cada uno).

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 17 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

3.2 ATENCIÓN PARA LA SALIDA DE LA MADRE Y SU NEONATO.

El alta hospitalaria se debe dar a las **24 horas** de un parto vaginal.



Se deberá monitorear de manera frecuente la temperatura corporal de la madre, la presión arterial, el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la perfusión y el estado de conciencia. Además, deben valorarse la posibilidad de atonía uterina, de un sangrado excesivo o la presencia de signos de hemorragia, de distensión de la vejiga, o de disnea o de dolor pleurítico como síntoma de alerta de un embolismo pulmonar. Durante las 2 primeras horas se debe hacer seguimiento de signos vitales y signos de sangrado cada 15 minutos. Se adopta la escala de alerta temprana (Maternal Early Obstetric Warning Score) adaptada para Colombia la cual se anexa con instructivo. Es obligatoria la valoración clínica del estado general de la mujer en el puerperio por el médico o personal encargado de la atención del parto de bajo riesgo al menos dentro de las primeras 2 horas de puerperio.

Se debe monitorizar la aparición de fiebre en el posparto definida como una temperatura superior a los 38° C a excepción de las 24 primeras horas tras el parto. En caso de fiebre, debe indagarse la aplicación de misoprostol como causa de la fiebre en caso de ser negativo el antecedente, debe realizarse una exploración para identificar el foco de una posible infección del tracto urinario, de la herida quirúrgica, mastitis, endometritis, tromboflebitis pélvica séptica, una reacción adversa a un fármaco o complicaciones derivadas de la episiotomía.

Se debe realizar un tamizaje para depresión posparto. Se sugiere que en las diferentes visitas con la mujer tras el parto se le realicen las siguientes preguntas para identificar la posibilidad de una depresión posparto:

- “Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?”
- “Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?”

Quienes hayan respondido afirmativamente estas dos preguntas deberán tener un acompañamiento de personal de psicología y psiquiatría para hacer diagnóstico confirmatorio de la Depresión y brindar apoyo terapéutico que se requiera. Se deberá realizar un seguimiento por el equipo de salud mental posterior al alta a aquellas mujeres que tengan un puntaje mayor a 12 puntos en la Escala de depresión posnatal de Edimburgo EPDS, la cual se anexa.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 18 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

En toda paciente en puerperio inmediato, se debe reevaluar el riesgo de presentar eventos tromboembólicos venosos e iniciar medidas para la prevención de dichas complicaciones.

Antes del alta hospitalaria es el momento ideal para completar el esquema de inmunizaciones a las mujeres con aquellas vacunas que no se hayan podido administrar durante la gestación, como el toxoide tetánico.

Se deberá suministrar inmunoglobulina anti-D dentro de las 72 horas después del parto a todas las mujeres Rh negativo, sin anticuerpos anti-D, quienes tuvieron un recién nacido Rh positivo.

Para conseguir el alivio del dolor derivado de la involución uterina, administrar AINES de acción corta como el ibuprofeno de 600 mg o acetaminofén en dosis que no excedan los 4.000 mg al día. El dolor cede espontáneamente al final de la primera semana tras el parto.

En cuanto a la dificultad miccional la retención de orina tras el parto es habitual y se produce cuando no se consigue una micción espontánea seis horas después del parto. Se sugiere un tratamiento con analgesia oral, además de animar a la mujer que intente ir al baño cuando esté relajada o que tome un baño de agua caliente.

Del mismo modo es conveniente que antes del alta, se informe a la madre sobre una serie de aspectos pertinentes para sus cuidados domiciliarios.

Signos de alarma de la madre para consulta en el posparto:

- Presencia de loquios con mal olor, sangrados abundantes o hemorragia.
- Síntomas premonitorios: cefalea, visión borrosa, tinitus, fosfenos, alteraciones visuales, convulsiones, epigastralgia.
- Fiebre.
- Sangrado genital abundante.
- Dolor en hipogastrio, vómito, diarrea.
- Un empeoramiento o la experiencia de nuevos dolores perianales o uterinos.
- Dolores agudos (cefaleas, torácico o abdominal).
- Disuria (micción dolorosa, incompleta o dificultosa).
- Problemas con las mamas (enrojecimiento, dolor, calor).
- Dolor o hinchazón en las piernas.
- Estado de ánimo que afecta a la relación con el recién nacido, con los demás o que no permite una actividad normal.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 19 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

En caso de presentarse alguno de ellos debe regresar a la institución. Se debe, además:

Informar sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, puericultura básica, alimentación balanceada adecuada para la madre, fortalecimiento de los vínculos afectivos (la importancia del contacto piel a piel y la lactancia materna temprana, como los principales factores que permiten el establecimiento de vínculo afectivo), la autoestima y el autocuidado, la importancia de la actividad física progresiva para promover la recuperación del tono muscular de la mujer y de la actividad de la vida diaria (por ejemplo con paseos diarios); así mismo, se informará sobre las diferentes formas de violencia de género y sexual y los mecanismos de denuncia de las mismas, Información sobre los hábitos de sueño y descanso:



Entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata.

3.3 INFORMACION SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

Asesorar sobre anticoncepción y Proveer los anticonceptivos antes del alta hospitalaria se deberá partir de anteriores asesorías anticonceptiva que debieron hacerse como parte de los controles antenatales).

Es importante resaltar que cada individuo tiene diferentes necesidades, diferentes circunstancias, diferentes condiciones económicas y condiciones socios culturales para tomar una decisión, lo que lleva al personal de salud a brindar una atención individualizada. Esto incluye:

- Valorar la intención reproductiva, indagar sobre requerimientos anticonceptivos de la mujer de acuerdo con su necesidad, dirigir la asesoría de acuerdo con necesidades y expectativas (las mujeres con antecedentes de morbilidad materna extrema, y adolescentes menores de 15 años, son prioritarias para anticoncepción post-evento obstétricos).
- Describir todos los métodos anticonceptivos comenzando por los más efectivos y recomendados en postevento obstétrico, sin omitir ningún método. (Incluye mecanismo de acción, efectividad, duración, modo de uso, efectos secundarios y beneficios; despejar dudas sobre mitos frente al uso de Anticonceptivos). Para esto se adoptan criterios médicos de elegibilidad de la OMS vigentes para condiciones médicas especiales
- Acompañar a la consultante en el desarrollo de la elección informada (permitir que se elija el método más adecuado de acuerdo con los elementos brindados en la consejería).

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 20 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

- Diligenciar, de acuerdo con normas institucionales, el formato de consentimiento informado y la historia clínica de anticoncepción.
- Suministrar anticonceptivos, antes del alta hospitalaria si bajo decisión informada se ha optado por ello:
- Inserción de DIU posparto según elección de la mujer y criterios de elegibilidad. Realizar procedimiento de acuerdo con el protocolo.
- Realización de procedimiento de oclusión tubárica bilateral.
- Aplicación de implante subdérmico de progestina
- Suministro y colocación de inyección de Acetato de Medroxiprogesterona
- Entrega de método hormonal oral de solo Progestina127, con indicaciones de uso e inicio de tratamiento.
- Entrega de condones, según necesidades de la mujer.
- Otros anticonceptivos no incluidos en el plan de beneficios en condiciones médicas específicas.
- La IPS hospitalaria entregará como parte de la atención del puerperio los métodos anticonceptivos elegidos con una cobertura de al menos 3 meses, siempre con la orden de control ambulatorio de acuerdo con el método elegido.
- Informar a la usuaria sobre los signos de alarma frente al uso del método, manejo en casa de posibles efectos secundarios y cuándo regresar a consulta de control.
- Hay que recordar que los métodos anticonceptivos no protegen contra VIH/SIDA y otras ITS. proveer condones y resaltar la necesidad de doble protección.
- Recordar la posibilidad de uso de anticoncepción de emergencia en caso de:
 - Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo
 - Uso incorrecto de un método anticonceptivo
 - Ruptura, filtración, deslizamiento o retención del condón masculino
 - Desplazamiento o retiro temprano del condón masculino
 - Expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino.
 - Relaciones en el período fértil sin protección
 - Olvido de una o varias dosis anticonceptivas
- En caso de violencia sexual, si la mujer no está usando un método anticonceptivo.

Se deberá agendar la cita de control del posparto como parte de las actividades en el ámbito intrahospitalario, que deberá realizarse entre el tercer y el quinto día posparto. Esta consulta se deberá enfocar especialmente en:

- Indagar el estado de ánimo y el bienestar emocional
- Indagar y fortalecer cuidado del recién nacido y lactancia
- Indagar e Informar sobre sexualidad en el posparto

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 21 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

- Indagar intención reproductiva y recomendar embarazo en no menos de 18 meses.
- Hacer seguimiento al uso del método elegido en el puerperio inmediato y ofrecer métodos anticonceptivos si no fue elegido ningún método.
- Indagar sobre patrón de sueño y recomendar el compromiso de la red de cuidado en los cuidados del recién nacido.
- Revisar las cicatrices de cesárea o episiotomía.
- Manejar de enfermedades crónicas.
- Revisar vacunación y completar el esquema para mujeres en edad fértil.
- Tomar Tensión arterial y buscar signos de anemia.
- Informar sobre signos de alarma para consultar por el servicio de urgencias, especialmente para hemorragia posparto, infección, Preeclampsia, eclampsia y tromboembolismo.

3.4 CONTROLES DE RIESGOS



SEGUIMIENTO A USUARIAS GESTANTES

Toda materna que haya tenido un parto se deberá garantizar una cita de control de posparto a **las 72 horas** posterior a su egreso, en caso de inasistencia se hará visita domiciliaria.

Debido al inicio de los procesos en su mayoría en horas nocturnas y por ubicación de las gestantes en el área rural para garantizar la atención institucional se necesita que la Institución de Salud mantenga un vínculo estrecho con la administración municipal para concertar acciones complementarias que puedan implementarse para garantizar transporte o alojamiento de las maternas en la última semana de la gestación y primera semana del posparto, acciones que pueden plantearse en los Planes Locales de Salud Pública.

La remisión de toda gestante por riesgo a un segundo nivel debe realizar acciones de seguimiento para garantizar la continuidad del proceso, por lo que se deben notificar a la EPS desde la semana 36 de gestación para evitar la llegada de usuarias de alto riesgo en expulsivo y con la necesidad de traslado vital, esta acción se realizará semanalmente y se registrará, se hará verificación de cumplimiento por parte de la EPS.

Cuando hay inasistencia de una usuaria a un control de embarazo, al finalizar el mes se debe realizar una lista de todas los inasistentes y se debe entregar el listado a cada promotor de las aseguradoras para que ayuden a su búsqueda,

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 22 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

además se debe realizar una visita para investigar las causas de la inasistencia y dar una nueva cita.

Los casos solamente se cerrarán por cambio de domicilio y fallecimiento, se deben agotar todos los esfuerzos por garantizar la permanencia de las usuarias en el programa.

3.5 GARANTIA DE ATENCIÓN DE PARTO SEGURO

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, E.S.E "SOLUCION SALUD", con el fin de garantizar la atención del parto seguro ha realizado, listas de chequeo de atención segura FR-GQA-05, el cual debe ser diligenciado por las auxiliares con cada una de las gestantes ingresadas para atención de parto.

Este documento será recogido por la jefe de enfermería y evaluado en el comité de mortalidad materno perinatal, se harán las respectivas solicitudes de adherencia a la norma por parte de quien incumpla.

En segunda instancia se considera la atención de parto seguro es el seguimiento a los stocks de la sala de partos para garantizar la dotación de los medicamentos y elementos requeridos para la atención de las emergencias obstétricas según lo determinado por la Resolución 3280 del 2018.



Una tercera lista que complementa el servicio es la de limpieza y desinfección terminal que deberán realizar luego de cada atención de parto.

Se aplicará a la totalidad de partos atendidos la Lista de chequeo para auditoria de partos de historias clínicas de partos FR-GQA-40.

3.6 ELABORACION DE INFORMES

Se llevará una base de datos de Atención del Parto de Bajo riesgo, y de las maternas remitidas para el segundo nivel, el cual deberá ser diligenciado de manera completa, con la totalidad de actividades realizadas durante la atención y las observaciones de seguimiento.

Informe de Ejecución mensual: consiste en la sumatoria de los partos atendidos en el mes, las serologías realizadas y los controles de puerperio realizados. Se tendrán en cuenta las remisiones para atención de parto en el segundo nivel, la

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 23 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

cual se informará como una observación. Estos datos obtenidos se comparan contra la meta esperada y se evalúa.

Informe de Programa de Atención del Parto de Bajo Riesgo, consiste en el análisis del movimiento del programa comparado con el mes anterior, cumplimiento por métodos utilizados y hallazgos, remisiones, inasistentes, etc.

3.7 EVALUACION Y SOCIALIZACION DE RESULTADOS

De acuerdo con los informes realizados se evaluará el programa y sus resultados se socializaran en la reunión del COVE y en el comité materno perinatal de las IPS.

3.8 ELABORACION DE PLAN DE MEJORAMIENTO

Las acciones de mejora para cada uno de los hallazgos se dirigirá a la persona que no este cumpliendo con los item evaluados a quien el comité le escribirá las hallazgos.

3.9 EPISIOTOMIA Y EPISIORRAFIA



Consiste en una incisión que se hace en el periné a fin de ayudar en el momento de la salida del recién nacido. Es muy frecuente hacerla en el primer parto. Evita que los tejidos del periné se desgarran en el momento del parto: la episiotomía es un corte limpio, que no compromete estructuras importantes (esfínter anal, uretra) y que facilita la reconstrucción del suelo de la pelvis mediante la sutura. De esta manera asegura en el futuro una buena musculatura perineal, una perfecta continencia urinaria y una relación sexual sin problemas La OMS recomienda el uso de episiotomía **solo en el caso de sufrimiento fetal agudo o parto instrumental**. E incluso en partos instrumentales, hay profesionales que son capaces de evitar la episiotomía.

Indicaciones

No se puede hablar de indicaciones absolutas, sino que el medico hace una evaluación en el momento del período expulsivo y decide si hará la incisión.

Los casos en que puede realizarse la episiotomía son:

1. Resistencia de partes blandas
2. bebé grande
3. ampliar el canal del parto para terminar rápido la extracción del bebé, por un sufrimiento fetal agudo (disminución del oxígeno que le llega al feto)

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 24 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

4. distocia de hombros (dificultad en el desprendimiento de los hombros luego de la salida al exterior de la cabeza fetal).

Tipos de episiotomía



- mediana: la incisión o corte se realiza desde la horquilla vulvar hasta las proximidades del ano, en sentido vertical. Tiene el inconveniente de que si se extiende produce el desgarramiento del esfínter anal, con la posibilidad de que le quede a la mujer como secuela una incontinencia de materia fecal.
- mediolateral o diagonal: se extiende desde la parte posterior de la horquilla vulvar hacia fuera y abajo, en un ángulo de 45 grados. Es la más elegida por los obstetras, porque hay menor riesgo de lesionar del esfínter del ano (músculo que cumple la función de cerrar el ano y se inserta en la parte inferior del recto).



TECNICA

Generalmente se hace durante una contracción uterina, para que la embarazada no se de cuenta que le están haciendo el corte.

- Romper membranas si precisa con las tijeras.
- Infiltrar la zona del periné donde hace la episiotomía (con lidocaína sin epinefrina, como anestésico local) previa aplicación en la zona donde se hará la incisión de un líquido antimicrobiano para prevenir la infección, en abanico y durante una contracción previa aspiración para descartar la inyección intravascular.
- Episiotomía de preferencia mediolateral (desde la horquilla vulvar, con una tijera o bisturí, procurando no lesionar la cabeza fetal), cuando se visualicen 4 cm de cabeza fetal a través del introito. La mano libre del medico protege la cabeza del bebé, para evitar lesiones en la misma, y lo hace interponiendo los dedos índice y medio entre los tejidos maternos y la cabeza fetal.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 25 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

- d. Desde este momento se protege el periné con una mano y se controla con la otra la salida de la cabeza.
- e. Liberar circulares de cordón y esperar la rotación espontánea de la cabeza fetal a transversa.
- f. Tracción continua y suave de la cabeza (con las palmas de las manos) hacia abajo hasta la salida del hombro anterior por debajo de la sínfisis.
- g. Tracción hacia arriba para la salida del hombro posterior, tras el que saldrá el resto del cilindro fetal rápidamente y sin dificultades.
- h. Se liga y corta el cordón si no se hizo antes y mientras esperamos el alumbramiento espontáneo atiende al recién nacido.

3.9.1 SUTURA DE LA EPISIOTOMÍA O EPISIORRAFIA

La reparación de la episiotomía (episiorrafia) debe iniciarse después del alumbramiento, para que en caso de que haya que sacar la placenta con la mano por alguna anomalía de este período, no se altere la integridad de la sutura.



Si no sangra, o si se puede controlar su sangrado con un taponamiento, derivarla (se puede diferir la sutura entre 6-12 horas) al hospital, en caso contrario seguir los siguientes puntos:

- Asepsia de la herida.
- Poner tapón vaginal profundo para evitar "babeo uterino".
- Suturar con catgut del "00" ó del "0" con aguja curva, comenzando por mucosa vaginal (ángulo interno) cuidando de que no quede ningún vaso sanguíneo sangrando que produzca después un hematoma. Primero se sutura los músculos, Dar puntos fuertes sobre los músculos elevadores, en segundo lugar la mucosa vaginal y por último se aproximan los bordes de la piel, procurando enfrentar correctamente los bordes de la herida. Para disminuir la incomodidad que producen los puntos de sutura a ese nivel, emplear una técnica que sutura los tejidos en varios planos, el último de los cuales, la piel, se lo realiza con sutura continua (como si fuese un hilván), evitando los molestos nudos sobre la piel.
- Desgarro del canal del parto (vagina/cérvix) que no se puede suturar: intentar taponamiento vaginal.
- Trastornos de coagulación. Ante una hemorragia lo ideal sería coger una vía y pasar expansores de plasma, con la medicación intravenosa.

3.10 COMPLICACIONES DE LA ATENCIÓN DEL PARTO

Infección de la episiotomía

1. Conceptos generales: es relativamente frecuente en:

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 26 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

Episiotomías prolongadas o complicadas con desgarros atípicos.
Sutura efectuada con cuidados de asepsia insuficientes y con técnica defectuosa.

2. Clínica:

Eritema e induración en los alrededores de la herida.
Hipersensibilidad de la zona.

3. Conducta:

Limpieza de la región.
Punción cuidadosa de la herida, procurando la evacuación y drenaje de posibles secreciones purulentas.
Administración de analgésicos antiinflamatorios.

ANEXO:

Guía de Práctica Clínica - Parto instrumental

NOTA: ESTE ANEXO SE REALIZA A SOLICITUD DE LA SECRETARIA DE SALUD, NO SE INCLUYE COMO UN PROCEDIMIENTO HABITUAL EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, E.S.E "SOLUCION SALUD" SOLUCION SALUD, TODA VEZ QUE DEBE SER REALIZADO POR PERSONAL EXPERTO.

3.11 MANEJO COMPLICACIONES INTRAPARTO E INSTRUMENTACION

3.11.1 PASOS PREVIOS PARA EL PARTO INSTRUMENTAL

Todas las mujeres deben ser alentadas a contar con el acompañamiento continuo durante el parto. El uso del partograma, la adopción de posiciones verticales o laterales y evitar la analgesia peridural, reducirá la necesidad de PI.



La oxitocina en las nulíparas con analgesia peridural disminuirá la necesidad de PI. Los pujos tardíos en mujeres nulíparas con una analgesia peridural reduce el riesgo de PI con rotación y de PI medios.

El uso del partograma conduce a menos PI y a un menor uso de oxitocina. En las mujeres nulíparas con anestesia peridural, comenzar con oxitocina en el expulsivo puede reducir la necesidad de fórceps.

Extrema precaución debe tomarse antes de usar oxitocina para la segunda etapa en las mujeres múltiparas. Cada mujer debe ser evaluada individualmente para el manejo de la segunda etapa.

¿Cuándo debe indicarse el parto instrumental?

Los obstetras deben ser conscientes de que ninguna indicación es absoluta.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 27 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

El uso del parto instrumental no está recomendado en instituciones que no tengan la posibilidad de realizar una cesárea inmediata, por lo que **no se recomienda su ejecución en ningún Centro** de Atención de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, E.S.E "SOLUCION SALUD" SOLUCION SALUD. El PI se utiliza para acortar la segunda fase del parto. Puede estar indicado para patologías del feto o de la madre.

Bajo

- El punto mas declive de la presentación (no el caput) esta entre el piso de la pelvis y + 2 cm de las espinas ciáticas o a. rotación de 45 grados o menos o b. rotación de más de 45 grados

Medio

- La presentación es 1 / 5 palpable por el abdomen
- El punto mas declive está por encima de +2 cm de las espinas ciáticas o a rotación de 45 grados o menos o b rotación de más de 45 grados

Alto

- No se incluye en la clasificación

Dos estudios de observación informaron un mínimo riesgo de hemorragia fetal si la cazoleta se aplica tras el muestreo de sangre fetal o la aplicación de un electrodo con espiral en el cuero cabelludo.

Sin embargo, ningún sangrado se informó de dos ensayos aleatorios que comparan fórceps con vacuum.

Condiciones esenciales para la seguridad del parto instrumental



El PI seguro requiere una evaluación cuidadosa de la situación clínica, información clara a la madre y experiencia en el personal elegido.

Como en cualquier intervención quirúrgica es importante una adecuada preparación y planificación.

Indicaciones del parto instrumental

(La indicación no es absoluta y cada caso debe considerarse individualmente)

- Presunto compromiso fetal
- maternas o Indicaciones médicas para evitar Valsalva (por ejemplo, la enfermedad cardíaca de clase III o IV, una crisis hipertensiva, enfermedad vascular cerebral , las malformaciones vasculares cerebrales no corregidas, miastenia grave, lesión de la médula espinal) o falta de progresión
- Mujeres nulíparas: periodo expulsivo mayor de **tres horas** con anestesia regional, **o dos horas** sin anestesia regional

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 28 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

- Mujeres multíparas: período expulsivo mayor de dos horas con anestesia regional, o una hora sin anestesia regional o fatiga o agotamiento

3.11.2 REALIZACIÓN DE PARTO INSTRUMENTAL

El operador debe tener el conocimiento, experiencia y habilidades necesarias para utilizar los instrumentos y resolver las complicaciones que puedan surgir.

Los obstetras deben adquirir experiencia en el parto vaginal espontáneo antes de comenzar el entrenamiento en parto instrumental.

El objetivo de parto instrumental es imitar el parto vaginal espontáneo con un mínimo de morbilidad materna y neonatal. Los fórceps medio y los que llevan rotación, independiente del tipo de instrumento utilizado, necesitan un alto nivel de habilidad técnica y el operador deberá haber sido objeto de adecuado adiestramiento.

Condiciones para el parto quirúrgico vaginal

- Examen vaginal o cabeza se palpa en $\leq 1 / 5$ por el abdomen o presentación de vértice o cuello uterino completamente dilatado y rotura de las membranas o variedad de posición exactamente determinada para lograr la colocación adecuada del instrumento o pelvis adecuada
- Madre

Consentimiento informado con explicación clara

Bloqueo regional de preferencia

Bloqueo pudendo puede ser apropiado particularmente en el parto urgente

Vejiga materna vacía y sonda vesical removida o globo desinflado

Asepsia en la técnica

Personal

Operador con conocimiento, experiencia y habilidades necesarias para utilizar los instrumentos

Instalación adecuada y personal de apoyo disponible

Plan alternativo en caso de fracaso

Preparación para las complicaciones que puedan surgir (distocia de hombros, hemorragia posparto)



Personal capacitado en reanimación neonatal

Se debe realizar el PI

El parto instrumental deberá llevarse a cabo en un lugar donde se pueda realizar una cesárea en forma inmediata.

Un profesional con experiencia deberá estar presente en todos los procedimientos con rotación o en fórceps medio.

Las mayores tasas de fracaso están asociadas con:

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 29 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

- Índice de masa corporal superior a 30
- peso fetal estimado mayor de 4000 g
- Variedades posteriores
- Fórceps medios o cuando se palpa 1 / 5 de la cabeza por el abdomen.

En el fórceps medio el diámetro biparietal está todavía por encima del nivel de las espinas ciáticas. Las tasas de fallo son más altas en esta altura. Alto índice de masa corporal de la madre (mayor de 30), peso al nacer mayor de 4000 g, y variedades posteriores también son indicadores del aumento de fallas. (24)
Las lesiones fetales se han atribuido a un retardo en el tiempo entre el parto instrumental fracasado y la cesárea (25)

Instrumentos deben utilizarse para el parto instrumental

El operador debe elegir el instrumento más adecuado para las circunstancias clínicas y su nivel de habilidad. Fórceps y vacuum están asociados con diferentes beneficios y riesgos.

En fórceps de desprendimiento es aconsejable el de Simpson. En fórceps bajos con rotación debería usarse el Zweifel en primera elección y el Tarnier como segunda opción, en fórceps medio el Tarnier debería ser el elegido. La habilidad del operador puede reducir la necesidad de cesárea en un segundo tiempo.

En vista de la reducción de la morbilidad materna por lesiones del suelo pélvico, el vacuum se ha definido como el instrumento de primera elección. La desventaja de este instrumento es el mayor riesgo de falla y el uso secuencial de los instrumentos (vacuum seguido de fórceps), con riesgos adicionales a la madre y el niño. El operador debe seleccionar el instrumento más adecuado para cada individuo según las circunstancias.



Cuándo se debe abandonar el PI

El parto instrumental no se debe intentar si no se cumplen las condiciones para el mismo.

El PI debe ser abandonado cuando no hay descenso progresivo cada vez que la paciente puja o cuando el parto no es inminente luego de tres tracciones de un instrumento aplicado correctamente por un operador experimentado.

Hay un lugar para el uso secuencial de los instrumentos

El uso de instrumentos en forma secuencial se asocia con un mayor riesgo de trauma para el niño. Sin embargo, el operador debe balancear los riesgos de una cesárea después de la falla de un vacuum con el riesgo de un parto con fórceps siguiendo al vacuum.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 30 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

Cuál es el papel de la episiotomía en el PI

El papel de la episiotomía rutinaria para el PI esta poco evaluado y requiere más investigación.

El PI con y sin el uso de la episiotomía se realiza en la práctica clínica sin evaluación formal. Se requiere investigación adicional.

En qué casos deben darse antibióticos profilácticos?

No hay datos suficientes para hacer recomendaciones acerca de antibióticos profilácticos en el PI.

Se recomienda los buenos estándares de higiene y las técnicas de asepsia.

Una revisión Cochrane incluyó sólo un ensayo aleatorio de 393 participantes. Hubo siete mujeres con endometritis en el grupo sin antibióticos y ninguno en el grupo con tratamiento profiláctico de antibióticos.

3.12 CUIDADOS POSTERIORES AL PARTO INSTRUMENTAL

¿En qué caso debe realizarse la tromboprofilaxis?

Las mujeres deben ser evaluadas de nuevo después de un PI para los factores de riesgo de tromboembolismo venoso.


El fórceps medio, el parto prolongado y la inmovilidad son factores de riesgo de tromboembolismo. Las mujeres deben ser evaluadas de nuevo después del PI para los factores de riesgo de tromboembolismo venoso y considerar la tromboprofilaxis si es necesaria.

Analgesia se debe dar después del parto

El paracetamol y el diclofenaco deberían considerarse después de un PI en la ausencia de contraindicaciones.

El paracetamol y el diclofenaco han demostrado ser beneficiosos después de la cesárea y para dolor perineal. Deben ser considerados (en ausencia de contraindicaciones) después de un PI.

Precauciones se deben tomar para el cuidado de la vejiga después del parto Después de un PI se debe realizar control horario del volumen urinario.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 31 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

Todas las mujeres sometidas a un PI deben tener vigilancia del balance de líquidos por lo menos durante 24 horas para detectar la retención urinaria después del parto.

Las mujeres que han recibido anestesia espinal o anestesia peridural pueden estar en mayor riesgo de retención y se les debe ofrecer una sonda permanente, que se mantenga por lo menos 12 horas después del parto para prevenir retenciones asintomáticas de la vejiga.

A las mujeres se les debe ofrecer fisioterapia como una de las estrategias para prevenir la incontinencia urinaria.

La retención de orina con sobredistensión de la vejiga se debe evitar, sobre todo en mujeres que han tenido bloqueo peridural o espinal. El PI, el trabajo de parto prolongado y la analgesia peridural pueden predisponer a la retención urinaria después del parto, que puede estar asociada con la disfunción vesical a largo plazo.

Como mínimo se debe medir la primera evacuación y, si la retención es una posibilidad, una orina residual debe medirse para garantizar que la retención no pase desapercibida. A las mujeres que han recibido anestesia espinal o peridural se les debe ofrecer un catéter durante al menos 12 horas después del parto para prevenir retenciones asintomáticas de la vejiga. También se deben medir líquidos para asegurar un buen equilibrio de volúmenes.

Podemos reducir la morbilidad psicológica para la madre



Los obstetras deben revisar a la mujer antes del alta hospitalaria y discutir la indicación de parto quirúrgico, el manejo de las complicaciones y el pronóstico para los partos futuros.

El parto instrumental puede estar asociado con el miedo al parto posterior y en una forma grave se puede manifestar como un síndrome de estrés postraumático denominado «tocofobia».

El seguimiento de una cohorte de tres años después de un PI informó que el 50% de las mujeres no tenía planes de tener un hijo más y casi la mitad de estas mujeres atribuyeron el miedo al parto como la principal razón para evitar el embarazo.

3.13 RESOLUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS.

Las complicaciones maternas más frecuentes son:

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 32 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

- Laceraciones cervicales
- Desgarros vaginales
- Prolongación de la episiotomía
- Anemia por sangrado excesivo
- Retención urinaria en puerperio inmediato
- Desgarros perineales

Los desgarros vaginales se ven más cuando se utiliza un fórceps curvo y/o se realiza rotación.

Puede ocurrir anemia por sangrado excesivo cuando hay lesiones periuretrales y en cara anterior de vagina.

La retención de orina en el puerperio inmediato es frecuente por el edema y la formación de hematomas alrededor de la uretra.

Los desgarros perineales y/o la prolongación de la episiotomía pueden producir lesiones del esfínter y de la mucosa rectal y se puede presentar debilidad, incompetencia y fístulas. Estas complicaciones pueden presentarse en circunstancias en las que la rotación digital ha fracasado y cuando están presentes los factores que aumentan el riesgo de morbilidad en el parto instrumental.

El riesgo general de lesión obstétrica del esfínter anal es del 1% de todos los nacimientos vaginales.

Clasificación de las lesiones obstétricas perineales (aprobada y adoptada por la ICI y el RCOG)(61)

- Desgarro de primer grado: Lesión perineal que sólo afecta la piel
- Desgarro de segundo grado: Lesión que afecta los músculos perineales sin compromiso del esfínter anal
- Desgarro de tercer grado: Afecta músculos perineales y esfínter anal
 - 3a: Desgarro < 50% del EAE (esfínter anal externo)
 - 3b: Desgarro > 50% del EAE
 - 3c: Desgarro de ambos esfínteres externo e interno
- Desgarro de cuarto grado: Participación del complejo esfinteriano y mucosa anorrectal

Merece mención aparte la rotura que implica sólo la mucosa rectal con complejo esfinteriano indemne (desgarro en ojal) que, debe ser identificada, reconocida y documentada como una entidad separada y reparada para evitar fístulas recto-vaginales futuras.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 33 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

Puede predecirse y prevenirse una lesión obstétrica del esfínter anal. Los factores asociados con un aumento del riesgo de un desgarro perineal de tercer grado, en orden decreciente, son:

- Parto forcipal
- Nuliparidad
- Distocia de hombros
- Periodo expulsivo > a 1 hora
- Episiotomía medial
- Variedad de posición posterior persistente
- Inducción del Trabajo de parto
- Analgesia peridural
- Peso al nacer > a 4000 g

La mayoría de los factores de riesgo identificados no pueden utilizarse para predecir o prevenir la ocurrencia de un desgarro de tercer o cuarto grado (62)

Diagnóstico de las lesiones obstétricas del esfínter anal

Las pacientes que tuvieron un parto vaginal con lesión del TGI deben ser examinadas sistemáticamente para evaluar la gravedad del daño antes de la sutura.

Las pacientes que tuvieron un parto instrumental o una lesión perineal obstétrica deben ser examinadas por un médico experimentado en el reconocimiento y manejo de desgarros perineales.



Técnica quirúrgica

El esfínter anal externo (EAE) puede repararse utilizando el método de superposición o el método de aproximación cabo a cabo (o extremo a extremo) con similares resultados. El esfínter anal interno (EAI), una vez identificado (lo que es muy difícil), se repara individualmente con puntos separados.

En una revisión sistemática (RS) sobre la técnica de reparación de desgarros de tercer grado, se examinaron tres ensayos que incluían 279 pacientes (63).

No hubo diferencia significativa entre las dos técnicas a los 12 meses en:

- Dolor perineal
- Dispareunia
- Incontinencia a gases
- Incontinencia fecal

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 34 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

Se observó una diferencia significativa a favor de la técnica de superposición en:

- Urgencia fecal
- Incontinencia anal (luego de 12 meses)

No se observaron diferencias significativas en la calidad de vida (NEIb)

Materiales de sutura

Se pueden utilizar, tanto para reparar el EAE como el EAI, hilos de sutura monofilamento como el polydioxanone (PDS II ®) o hilo trenzado como es la poliglactina (Vicryl ®), con similares resultados.

Al reparar el EAI, la utilización de un hilo de sutura fino, 2-0 ó 3-0, puede causar menor irritación y/o malestar.

En la reparación de un desgarro de tercer grado, ocultar los nudos debajo de los músculos perineales superficiales para evitar la migración del nudo hacia la piel.

En la reparación de un desgarro de cuarto grado, los nudos no deben quedar hacia la luz rectal.

Se debe advertir a la paciente sobre la posible migración del nudo hacia la superficie perineal.

La reparación debe ser realizada por un profesional debidamente entrenado.

Intentar la reparación del esfínter anal sin tener experiencia, puede contribuir a la morbilidad materna, en especial una incontinencia anal posterior.

Manejo posoperatorio

El manejo del posoperatorio puede ser el siguiente:

- Uso de laxantes osmóticos por 10 días
- Antibioticoterapia de amplio espectro incluyendo metronidazol
- Fisioterapia y ejercicios del piso pelviano 6-12 semanas
- Examen realizado por tocoginecólogo 6-12 semanas postparto
- Si hay incontinencia o dolor en el seguimiento, se debe realizar una ecografía rectal y manometría anorrectal

Nacimientos futuros

Se debe informar a la paciente sobre el riesgo de incontinencia anal o empeoramiento de los síntomas con un parto vaginal posterior

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 35 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

No hay evidencia para realizar episiotomía profiláctica en un parto posterior
Las pacientes sintomáticas o con ecografía rectal y/o manometría anormales deben ser aconsejadas sobre la opción de un nacimiento por cesárea electiva.

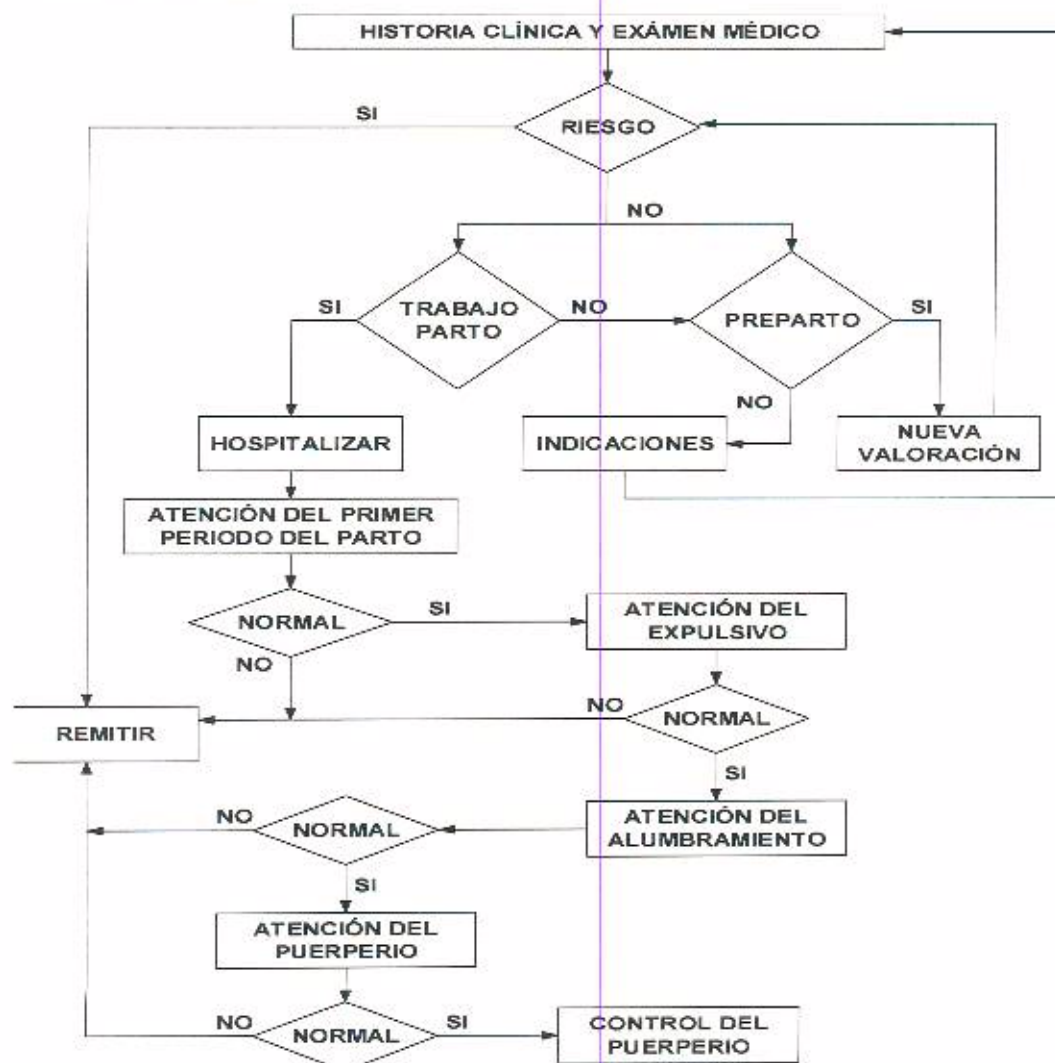
Manejo de riesgo

Se debe documentar claramente:

- Estructuras anatómicas implicadas
- Método de reparación
- Materiales de sutura utilizados

Se debe informar debidamente a la paciente sobre la naturaleza de la lesión y los beneficios del seguimiento



4. FLUJOGRAMA



	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 36 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

4.1 SOLICITUD DE LA ATENCIÓN DE PARTO

PROCESO:	ATENCIÓN DE PARTO				
PROCEDIMIENTO	SOLICITUD DE LA ATENCIÓN DE PARTO				
	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1	Inicio				
2	La gestante llega al servicio de urgencias y solicita la atención. Es recepcionado inmediatamente	Medico de turno	Existe orden médica de hospitalización	Urgencias	Revisión de Historia Clínica y ordenes médicas
3	Se realiza una breve anamnesis sobre el motivo de consulta y toma signos vitales. Con esta información hace una clasificación inicial del caso. Si requiere atención inmediata se da pronta atención por el médico. Si no requiere atención inmediata, se prosigue con los siguientes pasos.	Medico de turno	Recibe paciente	Urgencias	Selecciono unidad y asigna marca
4	Se revisa la documentación Y fotocopia del carné de salud. Y fotocopia del documento de identidad y Autorización del servicio a pacientes de la policía y ejercito. Fotocopia de autoliquidación a pacientes con régimen contributivo	Auxiliar de Enfermería de turno	El paciente está en la unidad	Hospitalización	Revisa historia clínica y constata signos vitales
5	Diligencia el RIPS y el usuario o el acompañante lo firmará, anexando la hoja de atención de urgencias y hoja de Epicrisis de atención.	Auxiliar de Enfermería de turno	Luego de haber atendido al paciente	Estar de enfermería	Registrando fecha, hora de ingreso y estado del paciente
6	Esta papelería se pasa al consultorio médico	Auxiliar de Enfermería de turno	Revisa ordenes medicas	Estar de enfermería	Diligenciando tarjeta
7	FIN DE LA ADMISION				

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 37 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

4.2 ADMISION DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO



PROCESO:	ATENCIÓN DE PARTO				
PROCEDIMIENTO	ADMISION DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO				
	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1	Inicio				
2	La gestante es recepcionada en el consultorio médico, quien recibe amablemente.	Medico de turno	La materna solicita el servicio	Urgencias	Revisión de Carnet materno y/o Historia Clínica y ordenes médicas
3	Confirmar si está en trabajo de parto y en qué periodo	Medico de turno	Se evalúa	Urgencias	Evaluar si hay dinámica uterina regular (2 a 5 contracciones en 10 minutos) y dilatación mayor de 2 centímetros. Si el personal de salud no esta capacitado para realizar una evaluación pélvica considere la remisión.
4	Revisar la historia clínica perinatal base (HCPB) o su carné perinatal	Medico de turno	Inicia la atención	Urgencias	Si no ha sido controlada, hacer la historia clínica perinatal base.
5	Revisar si tiene factores de riesgo.	Medico de turno	Evalúa a la gestante	Consultorio Urgencias	Y los contemplados en la lista de riesgos maternos, Biológicos: - Primigestante adolescente (<16 años) - Primigestante Mayor (>35 años) - Gran múltipara (Más de 4 partos) - Historia obstétrica adversa - Antecedente de cirugía uterina (cesárea previa o miomectomía) - Edad gestacional no confiable o no confirmada - Ausencia de control prenatal - Edad gestacional pretérmino o prolongado - Paraclínicos o ecografías con hallazgos anormales - Fiebre - Hipertensión arterial - Edema o Anasarca - Disnea - Altura uterina mayor a 35 cm. o menor a 30 cm. - Embarazo múltiple - Taquicardia o bradicardia fetal - Distocia de presentación - Prolapso de cordón - Obstrucciones del canal del parto - Presencia de condiloma

					<ul style="list-style-type: none"> - Sangrado genital - Ruptura de membranas - Líquido amniótico meconiado - Psico-sociales - Inicio tardío del control prenatal - Falta de apoyo social, familiar o del compañero - Tensión emocional - Alteraciones de la esfera mental. - Dificultades para el acceso a los servicios de salud.
6	Realizar examen gineco-obstétrico	Medico de turno	Informa a la gestante que la va a revisar	Consultorio Urgencias	Maniobras de Leopold, auscultar latidos fetales, tacto vaginal para determinar dilatación, altura de la presentación, variedad de la presentación e integridad de las membranas. Descartar signos de alerta.
7	Considerar internamiento, dependiendo del grado de accesibilidad al servicio.	Medico de turno	Ha evaluado a la gestante	Urgencias	Gestante que vive a más de 30 minutos de distancia del establecimiento, debe quedarse
8	Elaboración de la Historia Clínica completa: · Identificación Motivo de consulta y anamnesis: - Fecha probable del parto - Iniciación de las contracciones - Percepción de movimientos fetales - Expulsión de tapón mucoso y ruptura de membranas. - Sangrado. Antecedentes: Personales: Patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos y farmacológicos. Familiares.	Medico de turno	El paciente está en la unidad	Hospitalización	Se revisa la documentación y fotocopia del carné de salud. Y fotocopia del documento de identidad. Solicitud de Autorización del servicio a pacientes de la policía y ejército. Fotocopia de autoliquidación a pacientes con régimen contributivo o subsidiado por evento.
9	FIN				

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 39 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

4.3 ATENCIÓN DE PRIMERA FASE DE TRABAJO DE PARTO

PROCESO:	ATENCIÓN DE PARTO				
PROCEDIMIENTO:	ATENCIÓN EN PRIMERA FASE DE TRABAJO DE PARTO				
	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1	INICIO				
2	Una vez decidida la hospitalización, se le explica a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe hacerse énfasis en el apoyo psicológico a fin de tranquilizarla y obtener su colaboración.	Médico de turno	La matema solicita el servicio	Urgencias	Revisión de Historia Clínica y ordenes médicas
3	Evaluar presión arterial, pulso materno, temperatura; identificar factores de riesgo de hemorragia postparto.	Médico de turno	Se evalúa	Urgencias	Tomando signos vitales, TA, pulso y temperatura Cada hora, excepto en casos de patologías que obliguen a un control más seguido.
4	Evaluar dinámica uterina	Médico de turno	Se evalúa	En urgencias	Evaluar tono, frecuencia, duración e intensidad cada 30 minutos. Tono normal: se palpa las partes fetales o se deprime el útero entre contracciones. Frecuencia normal: 2 a 5 en diez minutos, que permite una curva de dilatación apropiada sin signos de sufrimiento fetal. Duración: entre 20 a 50 segundos • Intensidad normal: el útero no se deprime en el acmé (cuando la contracción está en su mayor intensidad)
5	Evaluar latidos fetales	Médico de turno	Se evalúa	Hospitalización	Identificar cual es la frecuencia cardiaca fetal basal, luego controlar antes, durante y después de la contracción, con un intervalo de cada 10 minutos (frecuencia normal=120-160 por minuto). Si no hay signos de alerta, podría realizarse los controles cada 30 minutos. Existen caídas de la frecuencia fetal durante el trabajo de parto, se les denomina DIPs (desaceleraciones).
		Médico de turno	Se evalúa	Hospitalización	DIP I: cuando son sincrónicas con la contracción.



	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 40 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

		Médico de turno			DIP Variable: de duración, amplitud y momento de comienzo de variable
		Médico de turno	Se evalúa	Hospitalización	DIP II: cuando se producen inmediatamente después de la contracción. Considerarlo signo de sufrimiento fetal. Remitir inmediatamente.
		Médico de turno	Se evalúa	Hospitalización	De existir dinámica uterina, se debe evaluar la frecuencia cardiaca fetal luego que termine la contracción. Si existe una disminución de la frecuencia en más de 20 latidos por minuto, hay que considerar sufrimiento fetal. Remitir inmediatamente.
6	Realizar tacto vaginal	Médico de turno	Se evalúa		Evaluar dilatación, altura de la presentación, variedad de presentación y características de la pelvis. En caso de no estar capacitado para evaluar las características del cérvix, mantenga el control de los latidos fetales y espere el tiempo prudencial. A través de las maniobras de Leopold, asegúrese que está en presentación cefálica y que la cabeza este encajada. Si existe alguna duda sobre la presentación y no hay sangrado vaginal, es preferible realizar un tacto vaginal para palpar si la presentación es cefálica y si esta flotante, si no es cefálica y esta flotante, remitir inmediatamente.
7	Graficar partograma	Médico de turno	Se evalúa	Obstetricia	<p>Manejar según curvas de alerta del partograma del CLAP. De no estar capacitado para evaluar las características del cérvix, es preferible no realizar el examen y solo continúe realizando los pasos 2 y 3; espere que cumpla 12 horas de trabajo de parto. Si al término de 12 horas no se ha producido el parto, transferir a la parturienta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar el registro en el partograma y si se encuentra en fase activa, trazar la curva de alerta. - Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en el partograma. - Evaluar la fetocardia en reposo y postcontracción y registrarlas en el partograma. - Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. Consignar en el partograma los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de presentación. Si las membranas están rotas, se debe evitar en lo posible el tacto vaginal. Al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a la sala de partos para el nacimiento. - Cuando la curva de alerta registrada en el partograma sea cruzada por la curva de progresión (prolongación anormal de la dilatación), debe hacerse un esfuerzo por encontrar y corregir el factor causante

					<p>Si la gestante no progresa significativamente luego de la prueba de encajamiento y existe la sospecha de desproporción cefalo-pélvica, se debe remitir a la gestante a un nivel de mayor complejidad.</p> <p>En caso de Distocia dinámica, los factores que se deben descartar son: Mal control del dolor, Hipodinamia uterina, Deshidratación e Infección amniótica. El tratamiento a instaurar deberá corregir el factor identificado. Si luego de aplicadas las medidas correctivas, no se logra progresión, se debe evaluar la capacidad resolutive de la institución y en caso necesario remitir a un nivel de mayor complejidad</p> <p>Si con el tratamiento se corrige satisfactoriamente los trastornos de dilatación y progresa hasta el periodo expulsivo, se llevará a la sala de parto para la atención respectiva.</p>
8	Asegurar la administración de medicamentos	Auxiliar de enfermería	Cuando el médico ha dado la orden	Consultorio o Urgencias	Canalizar vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente Lactato de Ringer o Solución de Hartmann. Debe evitarse dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del Recién Nacido.
9	Al completar dilatación, pasar a sala de partos				Ver segundo periodo expulsivo
10	FIN				

4.4 ATENCION EN SEGUNDA FASE DE TRABAJO DE PARTO O EXPULSIVO

PROCESO: ATENCIÓN DE PARTO					
PROCEDIMIENTO: ATENCION EN SEGUNDA FASE DE TRABAJO DE PARTO O EXPULSIVO					
	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1	INICIO	ESTA FASE NO DEBE DURAR MAS DE UNA HORA			
2	Evaluar la posición más apropiada para la parturienta.	Médico	Cuando hay dilatación completa y estación +2	Sala de Partos	La posición puede ser:
		Médico	Se evalúa	Sala de Partos	Semidesnuda (respaldo de la cama de 110 a 120° y con taloneras para apoyar los pies).
				Sala de Partos	Sentada (en cama de partos con respaldo en ángulo de 90° o en silla).



	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 42 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

				Sala de Partos	En cuclillas, preferida culturalmente por las usuarias.
				Sala de Partos	La posición de litotomía o ginecológica clásica, así como las piernas colgando, no son muy apropiadas y deben ser evitadas, porque no permiten un punto de apoyo apropiado para ayudar en el pujo.
3	Observar normas de asepsia	Médico	Se evalúa	Sala de Partos	Ver módulo de prevención de infecciones.
4	Control de la dinámica uterina, progreso de la presentación y frecuencia cardíaca fetal.	Médico	Se evalúa	Sala de Partos	Se debe descartar:
				Sala de Partos	Detención del trabajo de parto (ver manejo de parto obstruido)
				Sala de Partos	Hipoxia fetal (ver manejo de sufrimiento fetal)
5	Considerar episiotomía si el periné no se distiende adecuadamente.	Médico	Se evalúa	Sala de Partos	Realizarla previa valoración de periné y solo en caso necesario.
					La episiotomía efectuada muy temprano resulta en sangrado excesivo. Debe efectuarse solamente cuando la cabeza distienda el periné.
6	Descartar presencia de líquido meconial	Médico	Se evalúa	Sala de Partos	De existir líquido meconial, aspirar al recién nacido en canal de parto
7	Promover contacto precoz madre-niño por 30 minutos.	Médico	Se evalúa	Sala de Partos	Ayuda a mejorar la relación madre-niño y el inicio de la lactancia materna precoz.
8	FIN				

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 43 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

4.5 ATENCIÓN DE LA MATERNA EN POSPARTO

PROCESO:	ATENCIÓN DE PARTO				
PROCEDIMIENTO	ATENCIÓN DE LA MATERNA EN POSPARTO				
	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1	INICIO				
2	Control pérdida hemática	Medico	A partir del momento en que concluye la sutura perineal	Sala de Partos	Control de TA. y pulso, observar el aspecto general de la paciente (coloración, conciencia, etc.).
3	traslado a la sala de posparto	Auxiliar de Enfermería	Pasados 30 minutos de la atención del parto	Camilla	Previo aseo general de la materna, especial el perine con aplicación de toalla materna, se realiza movimiento de traslado con sábanas, evaluando con anticipación si la pérdida de sangre ha sido inferior a 500 ml, el sangrado actual es normal, existe un buen globo de seguridad
				Sala de Partos	Las constantes (T.A. y pulso) están dentro de la normalidad, la paciente está despierta y orientada.
4	Control de cada 15 a 30 minutos	Auxiliar de Enfermería	Una vez en la habitación	posparto	Pérdida hemática. Debe avisarse al médico si la paciente expulsa coágulos grandes o empapa la compresa o toalla materna cada 10 minutos.
					Globo de seguridad. Será considerado anormal cuando el útero rebase el ombligo.
					Las constantes deben mantenerse prácticamente invariables durante este tiempo. Si desciende la TA. Máxima por debajo de 90 mm. Hg o el pulso se eleva por encima de 100/min. Se debe notificar al médico.
5	Control de cada hora	Auxiliar de Enfermería	Pasadas las primeras dos horas después del parto	posparto	Control de TA. y pulso, observar el aspecto general de la paciente (coloración, conciencia, etc.).
					Globo de seguridad. Será considerado anormal cuando el útero rebase el ombligo.
					Revisión de episiorrafia en caso de tenerla.
6	Control cada 2 horas	Auxiliar de enfermería	Pasadas las primeras 6 horas de posparto	posparto	Control de TA. y pulso, observar el aspecto general de la paciente (coloración, conciencia, etc.).
					Globo de seguridad. Será considerado anormal cuando el útero rebase el ombligo.
					Revisión de episiorrafia en caso de tenerla.
7	Dar información y educación a la materna	Auxiliar de enfermería	Pasadas las primeras 6 horas de posparto	posparto	Medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido. Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito, diarrea. En caso de presentarse alguno de

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 44 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

					ellos debe regresar a la institución. Importancia de la lactancia materna exclusiva Puericultura básica Alimentación balanceada adecuada para la madre.
8		Auxiliar de enfermería o enfermera		Posparto	Informar, dar consejería y suministrar el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en la Norma
9	Atención en planificación familiar	Médico o Enfermera	Posparto mediato	posparto	Técnica de Atención para Planificación familiar en Hombres y Mujeres. Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento y desarrollo y vacunación. Estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
10	Diligenciar RUAF	Medico	Posparto mediato	posparto	Diligenciar el registro de nacido vivo y hacer el respectivo registro en el RUAF promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata.
11	Dar citas de control de posparto y Recién nacido	Servicio al ciudadano	Posparto mediato	posparto	La auxiliar de enfermería tramitara con servicio al ciudadano las citas de control de posparto para la gestante y el recién nacido a las 72 horas de posparto o una semana según posibilidad de la gestante.
12	Diligenciar Registros	Auxiliar de Enfermería	Al terminar el turno	Central de enfermería	Registrar en el libro de partos los datos completos del mismo Diligenciar todos los registros de gastos y notas de enfermería en la historia clínica de acuerdo con el orden cronológico
13	FIN				

5. ANEXOS

ANEXO 1. Escala de depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS)

Versión validada en español (adaptado de Garcia-Esteve 2003)

Instrucciones: Como usted ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría saber cómo se siente ahora. Por favor, **SUBRAYE** la respuesta que encuentre más adecuada en relación a cómo se ha sentido durante la semana pasada.



	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 45 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

En los pasados 7 días:

<ol style="list-style-type: none"> 1. He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas <ul style="list-style-type: none"> • Igual que siempre • Ahora, no tanto como siempre • Ahora, mucho menos • No, nada en absoluto 2. He mirado las cosas con ilusión <ul style="list-style-type: none"> • Igual que siempre • Algo menos de lo que es habitual en mí • Bastante menos de lo que es habitual en mí • Mucho menos que antes 3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal <ul style="list-style-type: none"> • Si, la mayor parte del tiempo • Si, a veces • No muy a menudo • No, en ningún momento 4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo <ul style="list-style-type: none"> • No, en ningún momento • Casi nunca • Si, algunas veces • Si con mucha frecuencia 5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo <ul style="list-style-type: none"> • Si, bastante • Si, a veces • No, no mucho • No, en absoluto 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Las cosas me han agobiado <ul style="list-style-type: none"> • Si, la mayor de las veces no he sido capaz de afrontarlas • Si, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre • No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien • No, he afrontado las cosas tan bien como siempre 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir <ul style="list-style-type: none"> • Si, la mayor parte del tiempo • Si, a veces • No muy a menudo • No, en ningún momento 8. Me he sentido triste o desgraciada <ul style="list-style-type: none"> • Si, la mayor parte del tiempo • Si, bastante a menudo • No con mucha frecuencia • No, en ningún momento 9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando <ul style="list-style-type: none"> • Si, la mayor parte del tiempo • Si, bastante a menudo • Sólo en alguna ocasión • No, en ningún momento 10. He tenido pensamientos de hacerme daño <ul style="list-style-type: none"> • Si, bastante a menudo • A veces • Casi nunca • En ningún momento
--	---

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 46 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el —0— para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

ANEXO 2. Escala Obstétrica de alerta temprana

Sistema de alerta temprana para desarrollar a lo cabecera de la paciente
Utiliza un código de colores de acuerdo a los signos identificados como de alarma y sus variaciones
Los signos Deben ser documentados por el personal de enfermería



Parámetro	3	2	1	0	1	2	3
Presión Arterial Sistólica (PAS) mmHg	> 160	80-95		90-135	140-145	100-135	< 90
Presión Arterial Diastólica (PAD) mmHg				< 90	90-99	100-105	> 105
Frecuencia respiratoria (FR) minutos	> 30			10-17	18-24	25-29	< 10
Frecuencia cardíaca (FC) minutos	> 130			60-110		111-140	< 60
%O2 requerido para mantener una saturación > 95%				Aire ambiente	24-32%		> 32%
Temperatura °C	> 38.0		34.0-35.0	35.1-37.3	38.0-38.0		< 35.0
Estado de consciencia				Alerta			Inconsciente

Se deberá asignar puntuación a cada categoría y hacer la sumatoria general para definir la respuesta de acuerdo a la siguiente tabla:

Puntuación	Grado de Respuesta
0	OBSERVACIÓN DE RUTINA
Sumatoria de 1 a 3	OBSERVACIÓN - Mínima cada 4 hrs. LLAMADO - Enfermería a cargo
Un parámetro con puntuación 3 o sumatoria = 4	OBSERVACIÓN - mínima cada hora LLAMADO - Urgente al equipo médico a cargo de la paciente y al personal con las competencias para manejo de la enfermedad aguda
Sumatoria = 5	Requerir atención inmediata, traslado de emergencia al servicio de emergencia LLAMADO - Urgente al equipo con competencias en cuidados críticos y traslado para el diagnóstico

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 47 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		



6. TERMINOS Y DEFINICIONES

ATENCIÓN DEL PARTO: La atención de parto comprende el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia de las mujeres en gestación y sus familias o acompañantes para el proceso fisiológico del parto.

PI: PARTO INSTRUMENTADO: es aquel que en el momento del expulsivo requiere de la utilización de un instrumento, ya sea ventosa, espátula o fórceps

7. NORMATIVIDAD.

NORMA	ARTÍCULOS	TEMA(S)
Constitución Política de 1991	1, 2	De los principios fundamentales
	11, 12, 13, 18, 23	De los derechos, las garantías y los deberes
	42, 50, 64	De los derechos sociales, económicos y culturales
	78, 79	De los derechos colectivos y del ambiente
	86, 87, 88, 89	De la protección y aplicación de los derechos
	95	De los deberes y obligaciones
Ley 100 de 1993	49	
Ley 100 de 1993	185	Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.
Acuerdo 117 de 1998	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.	
Resolución 3384 de 2000	Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000.	
Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2003		
Acuerdo 306 de 2005	Por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.	
Decreto 1011 de 2006	Reglamenta el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud.	
Acuerdo 380 de 2007		
Decreto 3039 de 2007	Plan Nacional de Salud Pública	
Resolución 3280 de 2018	Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación".	

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 48 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

8. BIBLIOGRAFIA.

Dr. Votta, Roberto- Compendio de Obstetricia- Edición año 2000
 British Medical Journal 2002; 324: 945-946 Altabe, F; Bilizán,J; Bregel,E
 Resolución 3280 del 2018 Ministerio de Salud y Protección Social.


9. REGISTRO DE CALIDAD.

Nombre formato	Código	Proceso	Responsable del Almacenamiento	Tiempo de Retención	Disposición Final
Historia Clínica de Atención del parto		Atención del parto	Archivo de Historias Clínicas	Indefinido	Archivo
Partograma	FR-HOS-09	Atención del parto	Archivo de Historias Clínicas	Indefinido	Archivo
Libro de programa		Atención del parto	Auxiliar de Promoción y Prevención	Indefinido	Destrucción
Informe de Ejecución		Atención del parto	Enfermera/o Jefe	20 Años	Destrucción
Lista de chequeo de parto seguro	FR-GQA-05	Atención del parto	Enfermera/o Jefe	Indefinido	Destrucción
Lista de chequeo de seguridad binomio madre-hijo	FR-GQA-04	Atención del parto	Enfermera/o Jefe	Indefinido	Destrucción
Planilla de Inducción a la demanda	FR-PYP-30	Atención del parto	Auxiliar de Promoción y Prevención	20 Años	Destrucción
Lista de chequeo para auditoria de historias clínicas	FR-GQA-40	Atención del parto	Enfermera/o Jefe	Indefinido	Destrucción
Consentimiento informado para atención del parto	FR-GQA-49	Atención del parto	Enfermera/o Jefe	Indefinido	Destrucción

10. CONTROLES

Las auxiliares de enfermería aplicarían la lista de chequeo de atención segura FR-GQA-05, el cual debe ser diligenciado por cada una de las gestantes ingresadas para atención de parto. Este documento será recogido por la jefe de enfermería y evaluado en el comité de mortalidad materno perinatal, se harán las respectivas solicitudes de adherencia a la norma por parte de quien incumpla.

En segunda instancia se considera la atención de parto seguro es el seguimiento a los stocks de la sala de partos para garantizar la dotación de los medicamentos y

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-HOS-02	Página 49 de 49	
	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO	Fecha Vigencia 2020/08/19	Documento Controlado		

elementos requeridos para la atención de las emergencias obstétricas según lo determinado por la Resolución 3280 del 2018.

Una tercera lista que complementa el servicio es la de limpieza y desinfección terminal que deberán realizar luego de cada atención de parto. FR-

Se aplicará a la totalidad de partos atendidos la Lista de chequeo para auditoria de partos de historias clínicas de partos FR-GQA-40.

CONTROL DE CAMBIO

VERSIÓN No	DESCRIPCIÓN U ORIGEN DEL CAMBIO	APROBÓ	FECHA
1	Se elabora la primera versión de atención del parto y puerperio	Gerencia	2020/08/19

