

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INSTRUCTIVO ATENCIÓN DEL NACIMIENTO HUMANIZADO	CÓDIGO: MI-GH-I-129-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA	PÁGINA: 1 DE 13
		FECHA: 17/06/2021

ATENCIÓN DEL NACIMIENTO HUMANIZADO

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

	INSTRUCTIVO ATENCIÓN DEL NACIMIENTO HUMANIZADO	CÓDIGO: MI-GH-I-129-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA	PÁGINA: 2 DE 13
		FECHA: 17/06/2021

CONTENIDO

1. OBJETIVO GENERAL	3
2. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN.....	3
3. DESARROLLO.....	3
3.1. Justificación.....	3
3.2. Definiciones.....	4
3.3. Historia Clínica	5
3.4. Procedimiento para la atención del parto humanizado	5
3.5. FLUJOGRAMA.....	12
4. BIBLIOGRAFÍA	13

	INSTRUCTIVO ATENCIÓN DEL NACIMIENTO HUMANIZADO	CÓDIGO: MI-GH-I-129-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA	PÁGINA: 3 DE 13
		FECHA: 17/06/2021

1. OBJETIVO GENERAL

Reconocer el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto y posparto, duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, consciencia y respeto; así como garantizar los derechos de los recién nacidos, estableciendo criterios básicos para la atención del nacimiento humanizado, facilitando al personal de salud los conceptos y orientaciones generales en el desarrollo de la prestación de los servicios de salud desde un enfoque diferencial que permita una experiencia para la familia gestante

2. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

Es para todas las mujeres gestantes, sus familias y el talento humano que participa en la atención del parto humanizado en las unidades de atención de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.

3. DESARROLLO

La Integralidad de la atención en salud prenatal, atención de partos de bajo riesgo o alto riesgo y atención de recién nacidos, debe contar talento humano en salud suficiente, permanente e interdisciplinario, con insumos tecnológicos esenciales en buen estado y demás equipamiento, que permitan la atención oportuna, digna y segura a las mujeres, familias y a los recién nacidos durante la gestación, el trabajo de parto, parto, alojamiento conjunto y posparto, teniendo en cuenta dentro de los procesos de atención el enfoque diferencial y la interculturalidad, utilizando las diferentes terapias alternativas que den a lugar a este proceso.

Este documento ofrece el marco conceptual y técnico- científico para la atención del parto y su objetivo principal es disminuir los riesgos de morbilidad materna y perinatal relacionados con el parto y puerperio bajo la política de un nacimiento humanizado dentro de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.

3.1. Justificación

La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE., adopta la modalidad desde La atención institucional del nacimiento, como medida primordial para disminuir la morbilidad materna y perinatal, se lleva a cabo siguiendo los Lineamientos de Nacimiento Humanizado con la normatividad vigente de la “...Resolución 3280 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social... señala la Ruta Integral de Atención en Salud para las madres...” así mismo, se enmarca en la Política **parto humanizado**, que se caracteriza por el respeto a los derechos de los padres y los niños, en el momento del nacimiento, considera los valores de la mujer, sus creencias y sentimientos, respetando su dignidad y autonomía durante el proceso de dar a luz, dando la importancia de la familia gestante en este momento.

La estrategia de nacimiento humanizado consiste en brindar una atención personalizada, en armonía con las necesidades y deseos de la familia que va a dar a luz. Cuando se habla de nacimiento humanizado, se habla de generar un espacio familiar donde la Mamá y su bebé sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible.

	INSTRUCTIVO ATENCIÓN DEL NACIMIENTO HUMANIZADO	CÓDIGO: MI-GH-I-129-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA	PÁGINA: 4 DE 13
		FECHA: 17/06/2021

3.2. Definiciones

Nacimiento respetado y humanizado: Es el parto vaginal o cesárea en el cual se respeta la fisiología y ritmo del proceso, se interviene solo de ser necesario con base en la evidencia científica actualizada y en las condiciones particulares de salud, se identifican, comprenden y respetan los aspectos socioculturales de la mujer, se le brinda apoyo emocional, se le da poder de decisión, y se le garantiza su autonomía y privacidad, con un enfoque holístico y basado en el respeto por los derechos humanos.

Trabajo de Parto: Proceso fisiológico y natural que comprende una serie de contracciones progresivas y continuas que ayudan a que se dilate y afine el cuello del útero para permitirle al feto pasar por el canal de parto.

Parto fisiológico: Es el parto vaginal, proceso natural, dinámico, trascendental y único con el que la mujer finaliza su gestación, que involucra factores psicológicos y socioculturales y deja una impronta en la mujer y en el recién nacido. Su inicio es espontáneo, se desarrolla sin complicaciones y culmina con el alumbramiento de la placenta.

Cesárea Humanizada: Es el procedimiento efectuado con base en evidencia científica actualizada, recomendada únicamente por la necesidad de la condición de salud de la mujer o del feto, protegiendo el vínculo afectivo por medio del contacto piel con piel, y del inicio del amamantamiento dentro de la primera hora del posparto, así como respetando su derecho a permanecer acompañada, si así lo desea mínimo por una persona de su elección y confianza durante todo el proceso, con información clara y suficiente sobre el estado de salud, sin obstaculizar el campo visual del nacimiento si así lo desea la mujer y con apoyo emocional.

Enfoque diferencial: Es la estrategia que permite la inclusión de los sujetos de especial protección constitucional mediante acciones, programas y proyectos adoptados con el fin de garantizar la igualdad, la equidad y la no discriminación.

Duelo gestacional: Es el proceso que se puede sufrir con motivo de la muerte del feto durante la etapa de gestación.

Duelo perinatal: Es el proceso que se puede sufrir con motivo de la muerte del feto o recién nacido durante el trabajo de parto, el parto o el posparto.

Posparto: Periodo de transición y adaptación necesario, que inicia después del parto. Este período es esencial para el desarrollo de los recién nacidos, para la recuperación de la mujer, para el reconocimiento de las funciones parentales y para que se establezca el vínculo afectivo entre los recién nacidos y sus padres.

Plan de parto: Documento realizado por la mujer, con destino a los agentes de salud encargados de la atención del trabajo de parto, parto y posparto, en el que se establece un diálogo de necesidades, preferencias y expectativas de la mujer con respecto a la atención.

Terapias alternativas: Conjunto de técnicas que se encuentran dentro del ámbito de la medicina tradicional. Han sido reconocidas por la Organización Mundial de la Salud. Entre estas terapias son pertinentes para este proceso: masajes, meditación, yoga, aromaterapia y musicoterapia.

	INSTRUCTIVO ATENCIÓN DEL NACIMIENTO HUMANIZADO	CÓDIGO: MI-GH-I-129-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA	PÁGINA: 5 DE 13
		FECHA: 17/06/2021

3.3. Historia Clínica

- Elaborar una historia completa, según la normatividad vigente resolución 1995 de 1999.
- Revisar TODOS los laboratorios y medios diagnósticos de Control prenatal: especialmente, revisar Hepatitis B, prueba treponémica, Hemoclasificación y HIV.
- Solicitar prueba treponema, el día del ingreso.
- Solicitar Hemoclasificación, si no hay reporte escrito de laboratorio.
- Solicitar prueba rápida para HIV, si no se cuenta con el del III trimestre de gestación
- Solicitar prueba rápida Hepatitis B, si no tiene reporte durante el control prenatal si la gestante tuvo control prenatal, solicitar y analizar los datos del carné materno.
- En TODAS las pacientes se debe registrar la asesoría en regulación de la fecundidad y el método escogido por la usuaria en la consulta si es hospitalaria o ambulatoria. Si escoge ligadura de trompas, solicitar la autorización para Pomeroy postparto, si la usuaria no desea ningún método de regulación previo al egreso, esta nota debe quedar en historia clínica
- Se debe registrar la asesoría en lactancia materna realizada a la familia gestante desde el servicio ambulatorio y hospitalario.
- Registro de las practicas humanizantes: (acompañamiento al trabajo de parto, parto y alojamiento conjunto, contacto piel a piel, pinzamiento del cordón umbilical, asesoría e inicio temprano de lactancia materna, cuidados del recién nacido, signos de alarma, cita pos parto).
- Clasificar riesgo biopsicosocial, en historia clínica. Un puntaje de 3 o más es alto riesgo y debe solicitar intervención con trabajo social.
- Diligenciar consentimiento informado para atención de parto y en caso de cesárea uno nuevo.

3.4. Procedimiento para la atención del parto humanizado

Teniendo en cuenta las recomendaciones emitidas desde la Organización Mundial de la Salud, frente a los cuidados durante el parto, los cuales son definidos por la imagen a continuación:

Imagen 1. Recomendaciones para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva.



Fuente: Organización Mundial de la Salud 2018

	INSTRUCTIVO ATENCIÓN DEL NACIMIENTO HUMANIZADO	CÓDIGO: MI-GH-I-129-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA	PÁGINA: 6 DE 13
		FECHA: 17/06/2021

Habilidades comunicativas

El talento humano que interviene en el proceso de nacimiento humanizado debe contar con las siguientes habilidades que permitirán una experiencia humana enfocada en derechos así:

- ✓ Una vez se ingresa al servicio de nacimiento humanizado, se dará a conocer los derechos y deberes de la familia gestante; si alguno de los dos formula una pregunta, podrá encontrar un receptor que responda de manera cordial.
- ✓ La atención que se brinde debe reconocer el protagonismo de la gestante y su familia en este evento.
- ✓ El proceso de atención debe contar con comunicación efectiva, la cual se caracteriza por contener un 90% de lenguaje no verbal, que se acompaña con contacto físico. El acompañante y el personal de salud que participan en el proceso, apoyaran a la gestante para que exprese sus necesidades de forma física o verbal.
- ✓ La información debe ser clara, precisa y oportuna: se le debe informar a la madre en todo momento sobre la evolución del trabajo parto y su proyección, en términos comprensibles para ella y su familia.
- ✓ Durante el trabajo de parto, es importante que la gestante lidere el nacimiento; que pueda decidir la postura que más comodidad le brinde, que pueda tener ese contacto inmediato piel a piel y el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida.
- ✓ La mujer gestante puede pedir la analgesia en cualquier fase del trabajo de parto, siempre y cuando el equipo médico así lo considere.
- ✓ Se debe informar a la gestante y su familia que tienen derecho a solicitar la placenta.
- ✓ La comunicación en todo momento debe ser asertiva y cálida.

Cuadro clínico

Confirmar que la gestante está en trabajo de parto: La paciente está en trabajo activo si presenta al menos tres contracciones espontáneas en 10 minutos y tiene uno de los siguientes criterios:

- Membranas rotas
- Borramiento del cérvix
- Dilatación cervical mayor o igual a 3 cm.

Las gestantes quienes no están en trabajo de parto deben recibir información, con instrucciones de egreso, signos de alarma, y ser citadas a control previa verificación de bienestar fetal (toma de monitoría fetal y/o Ecografía) se debe salvaguardar siempre el acceso fácil de la paciente al servicio de salud, para brindarle una atención rápida y oportuna.

Evolución

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. Se promoverá el acompañamiento por un familiar, entrenado, que brinde apoyo emocional, psicológico y físico a la paciente durante todo el trabajo de parto y parto.

	INSTRUCTIVO ATENCIÓN DEL NACIMIENTO HUMANIZADO	CÓDIGO: MI-GH-I-129-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA	PÁGINA: 7 DE 13
		FECHA: 17/06/2021

Partograma

Evaluación del progreso del trabajo de parto. Una vez diagnosticado el trabajo de parto, su evolución se evalúa mediante: la medición de la tasa de dilatación del cuello uterino y del descenso fetal durante la fase activa y la evaluación del descenso fetal adicional durante el segundo periodo.

- Se debe realizar partograma a todas las pacientes al inicio de la fase activa del trabajo de parto.
- Tomar signos vitales a la madre cada media hora: Frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.
- Registrar la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de posición.
- Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones, cada hora.
- Evaluar fetocardia cada 30 minutos, en reposo y post contracción.
- Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. Si las membranas están rotas, se deber restringir el número de exámenes vaginales.

Se le debe ofrecer analgesia Peridural a todas las pacientes, excepto que exista contraindicación médica o negación de la paciente.

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.

Preparación del acompañante

El acompañante es la persona que estará durante el proceso de nacimiento humanizado, definido por la gestante previo al mismo; esta persona debe participar activamente en todo el proceso de gestación, es decir desde la identificación del embarazo, valoraciones rutinarias del embarazo, toma de ecografías, laboratorios clínicos y curso para la preparación de la maternidad y paternidad, donde se asesoran acerca del rol que cada persona cumple en el proceso del nacimiento, se brinda educación e información acerca de proceso de gestación, signos y síntomas de alarma, lactancia materna, parto y trabajo de parto, alojamiento conjunto, puericultura, fortalecimiento del vínculo de la familia gestante; de otra parte se informa acerca de los elementos que deben tener disponibles para este momento.

En caso de que el nacimiento sea derivado de una urgencia ginecológica y/o que el acompañante no haya participado del proceso antenatal, el cuerpo de enfermería del grupo de ginecología, brinda un curso exprés con la misma información del tradicional; para ello se cuenta con piezas comunicativas e informativas.

Manejo Activo Trabajo de Parto

El manejo activo del trabajo de parto disminuye la tasa de cesáreas sin aumentar los desenlaces adversos fetales o maternos.

Amniotomía: Se debe realizar amniotomía rutinaria durante la fase activa del trabajo de parto para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo.

Oxitocina: 6 unidades en 500 cc de Lactato Ringer, iniciar a 20 cc /hora y continuar de acuerdo a guía de inducción.

	INSTRUCTIVO ATENCIÓN DEL NACIMIENTO HUMANIZADO	CÓDIGO: MI-GH-I-129-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA	PÁGINA: 8 DE 13
		FECHA: 17/06/2021

Las terapias alternativas pertinentes para esta etapa son el masaje con aceites en caderas y espalda, aromaterapia con olores cítricos con tonalidades naranjas, con música que permita la relajación preferiblemente sonidos de naturaleza viento y agua, con colores cálidos y suaves que permitan una vivencia única.

Respecto a la alimentación durante el trabajo de parto se puede brindar líquidos y dieta blanda a las gestantes que no tengan contraindicación médica.

Atención del Segundo Periodo del Parto (Expulsivo)

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

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

La episiotomía no debe hacerse en forma rutinaria, debe hacerse sólo por indicación, ver Protocolo de episiotomía y episiorrafia.

No está recomendado el rasurado durante el parto.

No se debe realizar de forma rutinaria presión fúndica para acelerar el expulsivo (Maniobra de Kristeller).

Parto Normal

Expulsión de la cabeza. Pídale a la gestante que jadee o que dé solo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé. Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque los dedos de una mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionada. Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del bebé se expulsa. Una vez que se ha expulsado la cabeza, pídale a la gestante que deje de pujar. Limpie la boca y la nariz del bebé. Tantee con los dedos alrededor del cuello del bebé para verificar si encuentra el cordón umbilical: Si el cordón umbilical está alrededor del cuello, pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé. Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncelo dos veces y córtelo antes de desenrollarlo del cuello.

Finalización del parto: Permita que la cabeza del bebé gire espontáneamente. Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza, dígle a la gestante que puje suavemente con la próxima contracción. Reduzca la posibilidad de desgarros extrayendo un hombro a la vez. Mueva hacia atrás la cabeza del bebé para extraer el hombro anterior. Coloque 10 unidades de Oxitocina IV. Levante la cabeza del bebé hacia delante para extraer el hombro posterior. Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras éste se desliza hacia fuera.

Coloque al recién nacido sobre el abdomen de la madre con contacto piel a piel de la madre con el recién nacido. Seque al recién nacido por completo, límpiele los ojos y evalúe su respiración.

	INSTRUCTIVO ATENCIÓN DEL NACIMIENTO HUMANIZADO	CÓDIGO: MI-GH-I-129-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA	PÁGINA: 9 DE 13
		FECHA: 17/06/2021

Pinzamiento del cordón umbilical.

Con base en lo establecido en el Instructivo Pinzamiento Oportuno del Cordón Umbilical, realice el pinzamiento del Cordón Umbilical de acuerdo a la siguiente tabla:

Pinzamiento del Cordón Umbilical			
Habitual	Inmediato	Precoz	Diferido
- Interrupción de la palpación de las arterias umbilicales - Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical - Satisfactoria perfusión de la piel REALIZAR ENTRE 1 Y 2 MINUTOS DESPUÉS DEL NACIMIENTO	Placenta previa o abrupción, para interrumpir la pérdida de sangre del recién nacido REALIZAR INMEDIATAMENTE	- Recién nacidos hijos de madres toxémicas o diabéticas, para reducir el riesgo de Poliglobulia - Isoinmunización materno-fetal - Miastenia Gravis para disminuir el paso de Anticuerpos maternos. REALIZAR ENTRE 30 SEGUNDOS Y 1 MINUTO DESPUÉS DEL NACIMIENTO	- Prolapso y procidencia del cordón - Parto en presentación de pelvis - Ruptura prolongada de membranas REALIZAR POSTERIOR A 3 MIN DEL NACIMIENTO

Fuente: Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de complicaciones, parto o puerperio. Guía 115 de 2013 de Ministerio de Salud

Los criterios para pinzamiento precoz prevalecen sobre los de pinzamiento diferido cuando coexisten como indicaciones

Entregue el recién nacido al pediatra para su valoración. Tomar sangre del extremo placentario del cordón. Palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros fetos y proceda con el manejo activo del tercer periodo.

Atención del alumbramiento

Se debe realizar manejo activo del alumbramiento en vez del manejo expectante. El manejo activo consiste en lo siguiente:

- Oxitocina 10 unidades en el momento del nacimiento del hombro anterior. Pinzamiento precoz o habitual del cordón umbilical.
- Aplicar tracción controlada del cordón para obtener lentamente el parto de la placenta, mientras que se estabiliza el útero aplicando contratracción por encima del pubis para prevenir la inversión uterina.

Tan pronto como ocurra el parto de la placenta hacer masaje uterino hasta que esté bien contraído. Al visualizar la placenta, se toma con las dos manos, se inicia un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa. Debe revisarse la placenta tanto por su cara

	INSTRUCTIVO ATENCIÓN DEL NACIMIENTO HUMANIZADO	CÓDIGO: MI-GH-I-129-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA	PÁGINA: 10 DE 13
		FECHA: 17/06/2021

materna (observar su integridad), como por su cara fetal (presencia de infartos, quistes, etc.). También debe verificarse la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos. Ante la duda de que haya alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos.

- Suturar los desgarros de cuello y/o perineales o la episiotomía en forma anatómica por planos sin dejar espacios muertos o hemorragia activa.

No se recomienda la revisión uterina de rutina. Se recomienda la revisión restrictiva de la revisión uterina (sospecha de retención de restos placentarios o de membranas, hemorragia posparto, corioamnionitis, parto pretérmino).

- Después del alumbramiento se deja goteo de Lactato Ringer más 10 unidades de Oxitocina a 100 cc hora.

Atención del Puerperio Inmediato

Este período comprende las dos primeras horas posparto. 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 cada 30 minutosGlobo de seguridad y sangrado genital

Revisar las suturas vulvares o el sitio de la 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.

Puerperio mediato

Este período va desde 2 hasta las 48 horas posparto. Controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.

Detectar tempranamente las complicaciones: hemorragia e infección puerperal, taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.

Ambulación temprana junto con una alimentación adecuada a la madre.

Duración de la observación: En caso de evolución satisfactoria y ausencia de factores de riesgo, se puede dar salida a la madre cuando hayan transcurrido al menos 12 horas de observación posparto. Esta decisión deberá ser individualizada.

Antes del egreso y posterior a un parto normal con recién nacido sin aparentes hallazgos mórbidos, se deberá brindar asesoría en planificación familiar, registrando en la Historia Clínica el método escogido por la paciente y realizar esterilización quirúrgica posparto a todas las pacientes con paridad satisfecha que la hayan solicitado previamente, siempre y cuando no existan dudas en la seguridad de su decisión (como puede ser el caso de menores de edad, o pacientes que hayan decidido solicitar el procedimiento en el momento intra parto en donde se pueden encontrar bajo condiciones de tensión emocional), y las circunstancias clínicas lo permitan.

	INSTRUCTIVO ATENCIÓN DEL NACIMIENTO HUMANIZADO	CÓDIGO: MI-GH-I-129-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA	PÁGINA: 11 DE 13
		FECHA: 17/06/2021

Actividades para el egreso de la madre y su neonato

Educación materna

- 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 estos signos debe regresar ala institución. Entregar información por escrito.
- Importancia de la lactancia materna exclusiva, posiciones y recolección de leche
- Informar, dar consejería y suministrar el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en los documentos institucionales para la atención de planificación familiar en hombres y mujeres
- Sugerir alojamiento conjunto hasta los 3 meses de nacimiento

Puericultura básica.

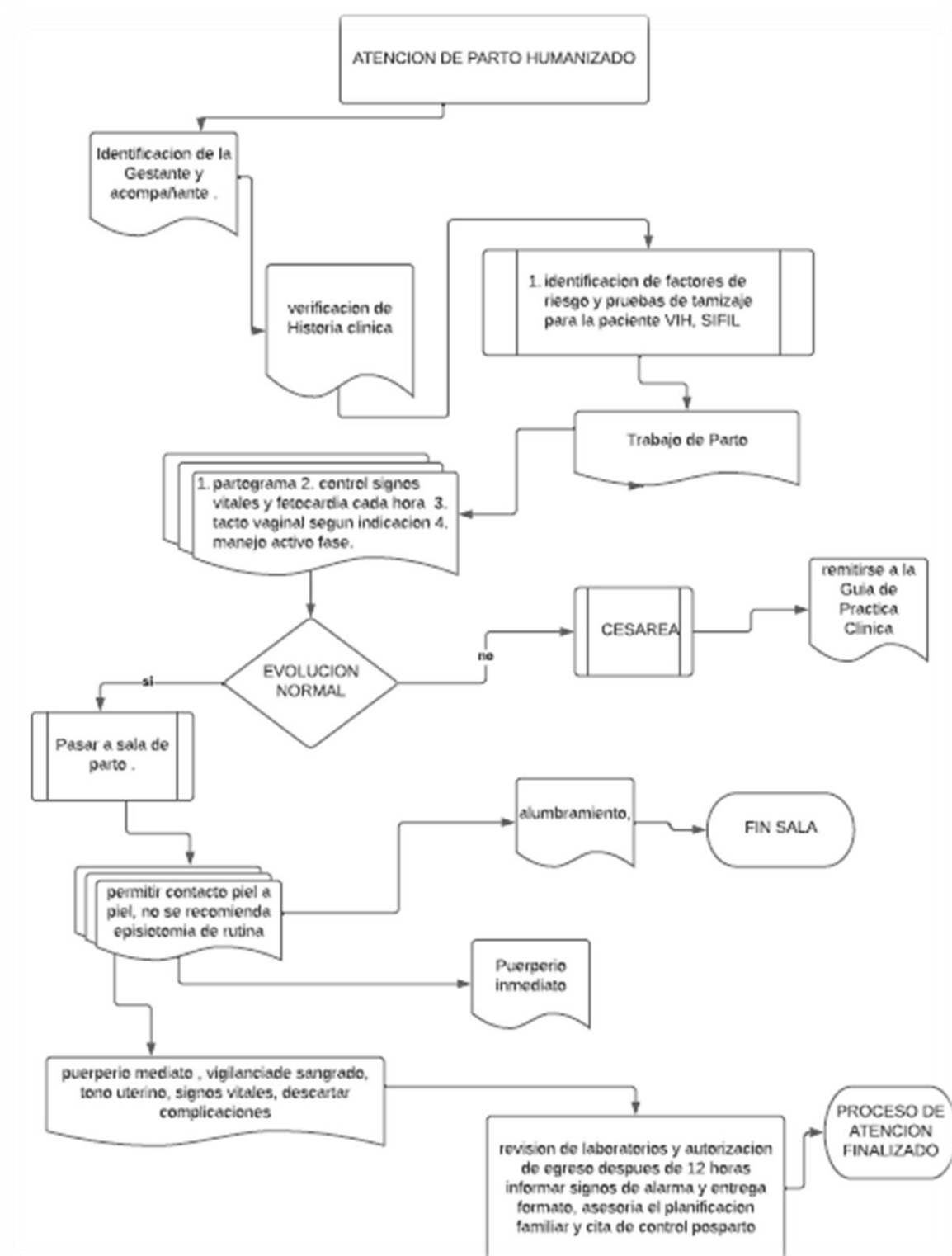
- Alimentación balanceada adecuada para la madre.
- Signos de alarma del recién nacido: fiebre, ictericia (color amarillo), distensión abdominal, signos de irritación como llanto o movimientos bruscos; irritación en área de ombligo; en caso de presentarse alguno de estos signos debe regresar ala institución. Entregar información por escrito
- Dar información sobre los programas de crecimiento, desarrollo, vacunación y regulación de la fecundidad, en caso de egreso con morbilidad materna extrema serán derivadas a la ruta de cardio cerebro vascular metabólica.
- Registro oportuno y correcta en RUAF ND: entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata, para la afiliación al asegurador correspondiente.
- Se debe administrar la vacuna triple viral MMR (sarampión, rubéola y parotiditis) a las mujeres en el posparto de acuerdo con el estado de inmunización materna.
- La mujer y su recién nacido debe egresar con una cita de control ya establecida a fin de seguir el puerperio dentro de los primeros 7 días del parto, emitiendo recomendaciones pertinentes para acudir o consultar a urgencias.
- Se debe instruir a la madre, con respecto a la importancia de conocer los resultados de la Hemoclasificación del recién nacido y del tamizaje del hipotiroidismo congénito. La madre debe consultar oportunamente para conocer el resultado del tamizaje, llevando el resultado al respectivo control del neonato.

Complicaciones

Infección puerperal, Hemorragia postparto, dehiscencia episiorrafia, trombosis venosa profunda, trombo embolismo pulmonar, necesidad de cirugías como cesárea e histerectomía abdominal, muerte materna.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INSTRUCTIVO ATENCIÓN DEL NACIMIENTO HUMANIZADO	CÓDIGO: MI-GH-I-129-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA	PÁGINA: 12 DE 13
		FECHA: 17/06/2021

3.5. FLUJOGRAMA



	INSTRUCTIVO ATENCIÓN DEL NACIMIENTO HUMANIZADO	CÓDIGO: MI-GH-I-129-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA	PÁGINA: 13 DE 13
		FECHA: 17/06/2021

4. BIBLIOGRAFÍA

- Lineamientos de Nacimiento Humanizado Bogotá 2015
- OMS, FNUAP, UNICEF, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetrices y médicos, OMS. Traducido del original en inglés por la OPS. 2002
- Hodnett, ED. Support from caregivers during childbirth. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
- Pattinson RC, Howarth GR, Mdluli W, Macdonald AP, Makin JD, Funk M. Aggressive or expectant management of labour: a randomised clinical trial. BJOG 2003; 110(5): 457-61
- Lavender T, Alfirevic Z, Walkinshaw S. 1998 Lavender T, Alfirevic Z, Walkinshaw S. Partogram action line study: a randomised trial. BJOG 1998; 105 (9): 976-80.
- Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
- Cuervo LG, Rodriguez MN, Delgado MB. Enema vs no enema during labor. (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
- Carroli G, Belizan J, Stamp G. Episiotomy policies in vaginal births. (Cochrane Review) en: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998
- Prendiville WJ, Elbourne D, Mc Donald S. Active versus expectant management of the third stage of labour. Cochrane Review. En: The Cochrane Library, issue 2, 1998.
- Kettle C, Johanson RB. Absorbable Synthetic vs. Catgut Suture Material for Perineal Repair. (Cochrane Review) En: The Cochrane Library, Issue 2, Oxford (Software), 1998.

CONTROL DEL DOCUMENTO			
Versión	Fecha	Descripción de la modificación	Elaborado por:
1	03/03/2018	Creación	Nombre: Néstor Giraldo Cargo: Gestor Gineco-Obstetricia
2	17/06/2021	Se modifica: objetivo, alcance, desarrollo, definiciones y flujograma.	Nombre: Yeimy Valbuena Mojica – Adriana Valbuena Cruz Cargo: Líder ruta materno perinatal – Gestora RIAS – P y M

Revisado por:	Aval Oficina de Calidad:	Aval de Gestión Documental:	Aprobó:
Nombre: Yeimy Valbuena Mojica – Adriana Valbuena Cruz	Nombre: Johana Patricia Sabogal Enríquez	Nombre: Martha Ligia Castillo Díaz	Nombre: Jaime Humberto García Hurtado
Cargo: Líder ruta materno perinatal – Gestora RIAS – P y M	Cargo: Jefe Oficina de Calidad	Cargo: Líder Gestión Documental	Cargo: Gerente
ORIGINAL FIRMADO			