



***NORMA DE ATENCIÓN PARTO Y
PUERPERIO***

Nivel de evidencia	COOMEVA	Nivel de evidencia	GAI
1	Revisión sistemática de estudios clínicos controlados y ensayos clínicos controlados con intervalos de confianza estrecho.	1++ 1+ 1-	<p>1++ Meta análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.</p> <p>1+ Meta análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.</p> <p>1- Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.</p>
2	Revisión sistemática de estudios de cohortes o estudio individual de cohortes.	2++	<p>2++ Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.</p>
3	Revisión sistemática de casos y controles, estudio individual de casos y controles.	2+ 2-	<p>2+ Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.</p> <p>2- Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.</p>
4	Series de casos, estudios de cohorte/casos y controles de baja calidad	3	<p>3 Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.</p>
5	Opiniones de expertos basados en revisión no sistemática de resultados o esquemas fisiopatológicos.	4	<p>4 Opinión de expertos.</p>

Grados de recomendación	COOM EVA
A	Extremadamente recomendable
B	Recomendación favorable
C	Recomendación favorable pero no concluyente
D	Ni se recomienda ni se desaprueba

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	
A	Al menos un meta análisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+. Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alto potencial de sesgo.

Estructura del protocolo de Atención Parto y Puerperio – COOMEVA EPS

Admisión de la gestante a Trabajo de Parto

Atención del primer período

Atención del segundo período

Alumbramiento

Puerperio inmediato

Puerperio mediato

Salida de la madre y el neonato

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

COOMEVA

Admisión de la gestante a T de "P"

– Criterios para la admisión

- ~~Sin factores de riesgo: en fase activa~~
- Verificar acceso al hospital
- Cesárea anterior o miomectomía
- ~~Factores de riesgo en fase latente.~~

Prueba de bienestar fetal (MEF)
Signos de alarma por escrito
Citar para revaloración

GAI

2. ¿Cuáles son los factores de riesgo que deben ser incluidos para determinar el lugar más adecuado para la atención del parto?

D Se recomienda la identificación de las siguientes condiciones y factores de riesgo para la determinación del lugar o nivel de atención del parto, aplicando el criterio médico para aquellas condiciones que escapan al siguiente listado, el cual se considera una lista orientadora y no exhaustiva de las condiciones o factores que inciden sobre la decisión de remitir a la gestante a una unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad (Nivel II o superior):

3. ¿Cuándo se debe admitir a la paciente para la atención institucional?

√ Se recomienda que la admisión se realice cuando se cumplan los siguientes criterios: dinámica uterina regular, borramiento cervical > 50% y una dilatación de 3-4 cm.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

COOMEVA

Admisión de la gestante a T de "P"

– Criterios para la admisión

- Sin factores de riesgo: en fase activa
- Verificar acceso al hospital
- Cesárea anterior o miomectomía
- Factores de riesgo en fase latente.

Prueba de bienestar fetal (MEF)
Signos de alarma por escrito
Citar para revaloración

GAI

3. ¿Cuándo se debe admitir a la paciente para la atención institucional?

√ Se recomienda 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 o la hospitalización de las pacientes que no cumplan con los criterios de admisión en el trabajo de parto.

√ Se recomienda que las gestantes permanezcan en observación al menos dos horas y se realice un nuevo examen médico antes de dejar la institución.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

COOMEVA

- **Atención del primer período del parto:**
 - Explicar
 - Apoyo continuo (A1)
 - SV y paraclínicos
 - Cristaloides.
 - Posición vertical
 - Permitir ingesta
 - Partograma
 - Evaluar actividad uterina clínicamente

GAI

10. ¿Se requiere canalizar rutinariamente una vena periférica a toda gestante en el período de dilatación, borramiento

D

Se sugiere mantener un acceso venoso permeable con un catéter venoso o heparinizado de al menos calibre 18G, durante todo el trabajo de parto y el expulsivo.

23. ¿Cuál es la posición recomendada para la gestante durante el período dilatante y el parto?

A



Se recomienda alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del período de dilatación y a moverse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.

A



Se recomienda que durante el expulsivo, las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

COOMEVA

- **Atención del primer período del parto:**
 - Explicar
 - Apoyo continuo (A1)
 - SV y paraclínicos
 - Cristaloides.
 - Posición vertical
 - Permitir ingesta
 - Partograma
 - Evaluar actividad uterina clínicamente

GAI

9. ¿Cuál es la mejor vía para garantizar el aporte calórico durante el trabajo de parto?

A Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros durante el parto en pequeñas cantidades para la prevención de la cetosis.

14. ¿El partograma mejora los resultados perinatales?

A Se recomienda el partograma de líneas de alerta del Centro Latinoamericano Perinatología (CLAP). En ausencia de este, se sugiere usar partogramas con una línea de acción de 4 horas.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

COOMEVA

Atención del primer período del parto:

- Monitoreo intermitente de FCF(C3)
- MEF no rutinario en bajo riesgo(A1)
- MEF si anomalia en la FCF (FCF normal, 110-160 x min)
- Amniotomia no rutinaria para acortar (A1)
- Manejo activo solo por distocia de contraccion
- Analgesica según necesidad (A1)
- No enema – no rasurado (A1)
- Consignar en historia clinica intervenciones

GAI

4. ¿Cuáles son los exámenes paraclínicos que deben ser solicitados al momento de la admisión de la gestante?

A No se recomienda el uso rutinario de la monitoría fetal electrónica ni la medición del índice de líquido amniótico en la admisión de pacientes con embarazo de bajo riesgo.

7. ¿Cuál (es) método(s) de vigilancia fetal mejora(n) los resultados perinatales?

A Tanto la monitoría electrónica fetal continua (MEFC) como la monitoría electrónica fetal intermitente (MEFI) acompañada de auscultación intermitente son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

COOMEVA

Atención del primer período del parto:

- Monitoreo intermitente de FCF(C3)
- MEF no rutinario en bajo riesgo(A1)
- MEF si anomalia en la FCF (FCF normal, 110-160 x min)
- Amniotomía no rutinaria para acortar (A1)
- Manejo activo solo por distocia de contraccion
- Analgesia según necesidad (A1)
- No enema – no rasurado (A1)
- Consignar en historia clinica intervenciones

GAI

17. ¿Cuáles son las recomendaciones relacionadas con el uso de la amniotomía?

A	Se recomienda no realizar amniotomía ni perfusión de oxitocina rutinarias en los trabajos de parto que progresan de forma normal.
√	Se sugiere el uso de la amniotomía cuando se considere necesario evaluar el aspecto del líquido amniótico ante sospecha de alteración del bienestar fetal, desprendimiento de placenta o como parte del manejo del primer periodo del parto prolongado.

20. ¿Cuáles son las medidas más efectivas para el manejo de las alteraciones de la duración del primer período del trabajo de parto?

A	No se recomienda el uso de oxitocina en fase latente del trabajo de parto ni su utilización a dosis altas.
---	--

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

COOMEVA

Atención del primer período del parto:

- Monitoreo intermitente de FCF(C3)
- MEF no rutinario en bajo riesgo(A1)
- MEF si anomalia en la FCF (FCF normal, 110-160 x min)
- Amniotomia no rutinaria para acortar (A1)
- Manejo activo solo por distocia de contraccion
- Analgesia según necesidad (A1)
- No enema – no rasurado (A1)
- Consignar en historia clinica intervenciones

GAI

15. ¿En qué casos está indicada la analgesia durante el trabajo de parto?

D



Toda mujer tiene derecho a recibir métodos eficaces y seguros para el alivio del dolor durante el trabajo de parto; la solicitud de la gestante es indicación suficiente para proveerle métodos adecuados para el alivio del dolor.

5. ¿Se recomienda el enema rutinario y el rasurado al momento de la admisión de la gestante?

A

Se recomienda no usar rutinariamente enemas durante el trabajo de parto.

√

No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

COOMEVA

Atención del segundo período del parto

- Descenso y encajamiento tardíos
- Diferente primíparas, multiparas
- Infraestructura
- Contacto visual
- FCF
- Tiempos estandarizados
- Pujo voluntario

GAI

6. ¿Cuál es la definición de trabajo de parto y la duración de los diferentes períodos del trabajo de parto (dilatación

D



Se recomienda adoptar la definición de la fase latente como el período del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 4 cm. de dilatación.

Se recomienda adoptar la definición de la fase activa como el período del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 4 y hasta los 10 cm. y se acompaña de dinámica regular.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

COOMEVA

Atención del segundo período del parto

- Pujo voluntario
- Episiotomía restrictiva (A1)
- Evitar kristeller
- Pizamiento del cordón habitual
- Atención de neonato por la norma
- Contacto madre- RN (B2)
- Mortinato. Estudio con placenta y/o necropsia
- Registrar en historia clínica..

GAI

25. ¿Cuáles son las intervenciones probadamente benéficas y cuáles no durante el expulsivo en un parto normal?

A	No se recomienda la realización del masaje perineal durante el segundo periodo del parto.
A	Se recomienda posibilitar la aplicación de compresas calientes durante el segundo periodo del parto.
A	Se recomienda el pujo espontáneo durante el expulsivo. En ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva del segundo periodo del parto.
A	Se recomienda no utilizar la aplicación de anestésico local en spray como método para reducir el dolor perineal durante la segunda etapa del parto.
A	No se recomienda practicar episiotomía de rutina en el parto espontáneo.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

COOMEVA

Atención del segundo período del parto

- Pujo voluntario
- Episiotomía restrictiva (A1)
- Evitar kristeller
- Pizamiento del cordón habitual
- Atención de neonato por la norma
- Contacto madre- RN (B2)
- Mortinato. Estudio con placenta y/o necropsia
- Registrar en historia clínica..

GAI

29. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el manejo del expulsivo prolongado?

28. ¿Cuáles son los beneficios del contacto piel a piel de la madre y el recién nacido?

A

Se recomienda que las mujeres mantengan el contacto piel a piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

COOMEVA

Atención del segundo período del parto

- Evitar kristeller
- Pizamiento del cordón habitual
- Atención de neonato por la norma
- Contacto madre- RN (B2)
- Mortinato. Estudio con placenta y/o necropsia
- Registrar en historia clínica..

GAI

25. ¿Cuáles son las intervenciones probadamente benéficas y cuáles no durante el expulsivo en un parto normal?

A

No se recomienda realizar la maniobra de Kristeller.

27. En gestantes en quienes no exista indicación para pinzamiento inmediato ¿cuál es el momento adecuado para el pinzamiento del cordón umbilical?

A

Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical.

B

Se sugiere el pinzamiento del cordón a partir del segundo minuto o tras el cese del latido de cordón umbilical.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

COOMEVA

Alumbramiento

- Manejo activo (A1)
- Revisión de placenta
- Evaluar magnitud del sangrado
- Revisar y corregir canal del parto
- DIU si lo elige
- No revisión uterina rutinaria
- Consignar en historia clínica

GAI

1. ¿Cuáles son las intervenciones efectivas para prevenir la hemorragia posparto al finalizar el segundo período del parto?

A



Se recomienda realizar manejo activo del alumbramiento para disminuir la pérdida de sangre materna y reducir el riesgo de hemorragia posparto.

A

Se recomienda utilizar de forma rutinaria oxitócicos profilácticos en el manejo del alumbramiento en todas las mujeres.

A

Se recomienda la administración de oxitocina 5 UI o 10 UI (según la presentación de oxitocina disponible) por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal.

PREVENCION Y DETECCION TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

COOMEVA

Puerperio inmediato

- 4 HORAS
 - Area recuperacion supervisada
 - Signos vitales maternos
 - Globo de seguridad
 - Sangrado genital
 - Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiorrafia para descartar la formación de hematomas.
 - Traslado conjunto
 - Si Hemorragia: oxitocina. Derivado de ergot – PG. (remision).

GAI

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

COOMEVA

Puerperio mediato

– 4 A 48 HORAS

- Involución uterina, loquios, SV, fiebre.
- Deambulación temprana
- Ingesta calórica
- Lactancia (A1)
- Ig anti D si estuviera indicado
- Historia clínica, modulo de puerperio

GAI

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

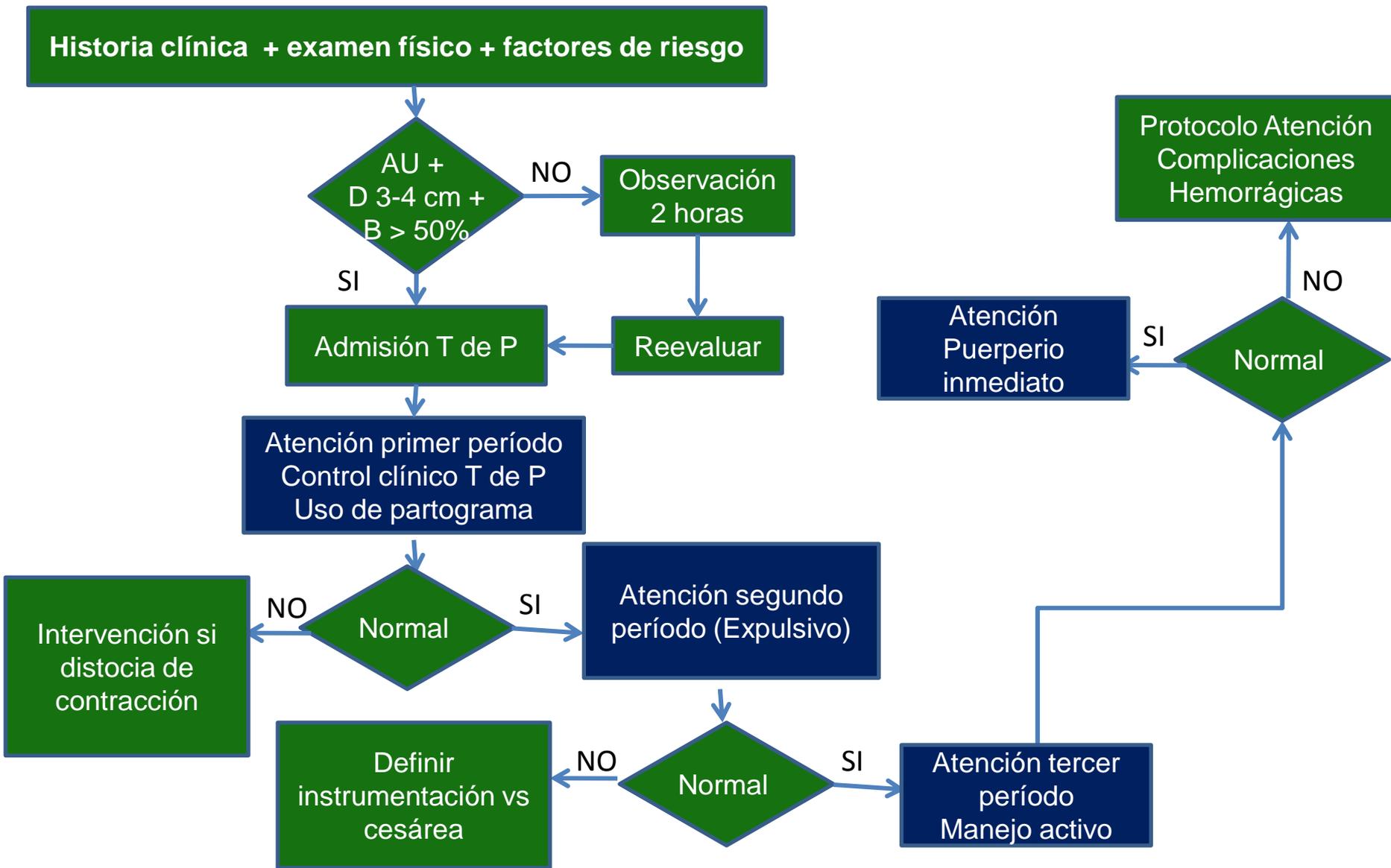
COOMEVA

Alta

- 24 horas por lo menos
 - Medidas higiénicas
 - Signos de alarma
 - Lactancia
 - Puericultura
 - Anticoncepción
 - C y D
 - Vínculos afectivos
 - Registro NV
 - MMR a mujeres
 - Hemoclasificación y TSH neonatal
 - Control postparto, 7 días
 - Registros en la historia clínica

GAI

Flujograma Protocolo Atención Parto y Puerperio



- **Gracias por la atención prestada...**

