

# “ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE-HIJO”

22 DE MARZO DE 2013



**“GARANTIZAR LA ATENCION SEGURA  
DEL BINOMIO MADRE-HIJO”**



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia



**PAQUETES INSTRUCCIONALES**

GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”

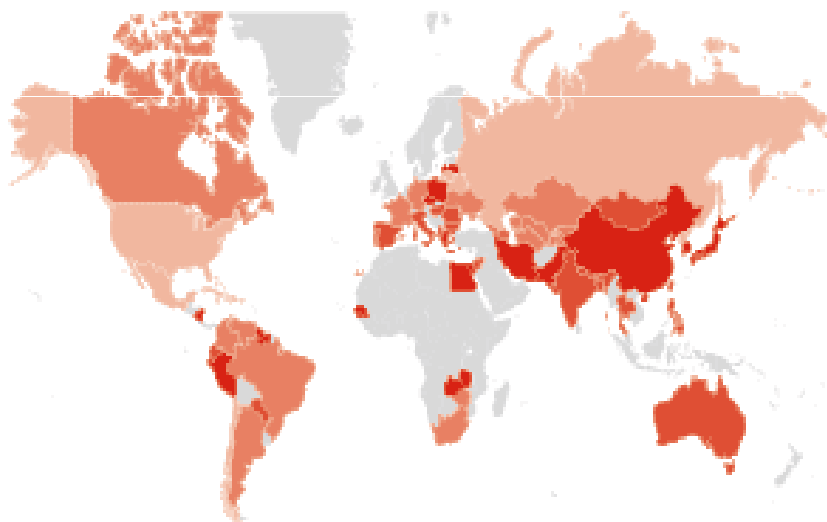
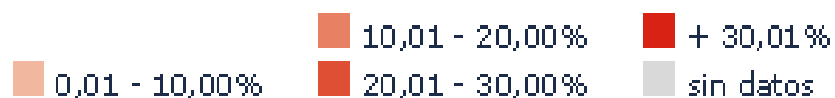
# JUSTIFICACION

La mortalidad materna es un indicador altamente sensible para evaluar el desempeño de los sistemas de salud:

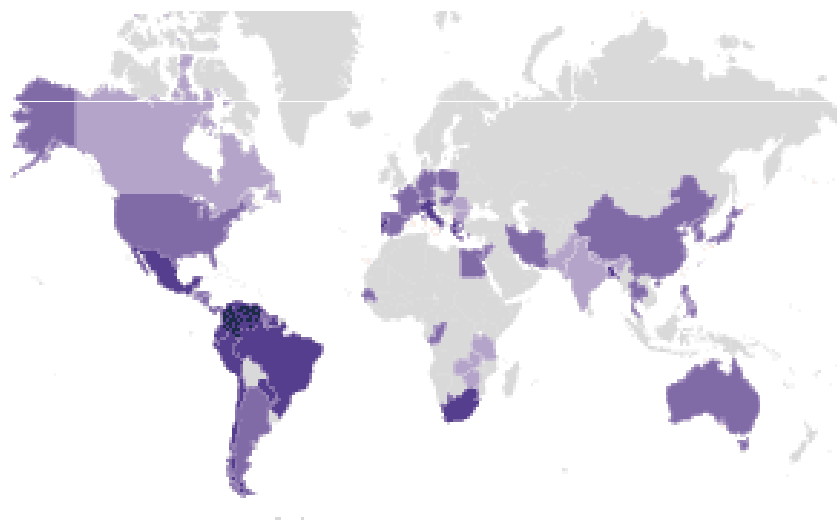
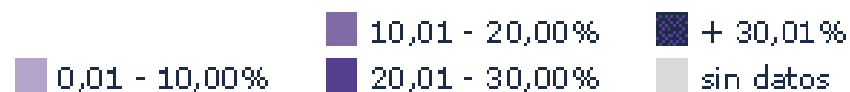
- cuestiona el desarrollo de sus funciones
  - la posibilidad de alcanzar los objetivos de capacidad de respuesta
  - equidad
- La muerte materna permite evidenciar el grado de desarrollo de los países, ya que las tasas más altas de muerte materna se encuentran en zonas pobres, deprimidas, de difícil acceso y en donde las mujeres no tienen un trato social igualitario con los hombres.
- La mayor parte de las muertes maternas en el mundo y en Colombia, se deben a:
- pérdida excesiva de sangre
  - infecciones
  - trastornos de hipertensión
  - las complicaciones por abortos en condiciones inseguras
- La excesiva medicalización de la atención, desmotiva a las mujeres a utilizar los servicios de salud, especialmente en áreas dispersas y en grupos especiales.

# PRINCIPALES MUERTES MATERNAS EN EL MUNDO

## Por hemorragia



## Por desórdenes hipertensivos



Fuente: The Lancet

elmundo.es

**EN GENERAL, EL 99% DE LAS MUERTES MATERNAS OCURREN EN PAISES EN DESARROLLO.**

OMS, Mayo 2012

## QUINTO OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO

- Los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en un 47%.
- Entre 1990 y 2010 la razón de mortalidad materna mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo ha disminuido en un 3,1% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5% anual necesaria para alcanzar el ODM5.

## LAS FALLAS EN LA ATENCION DEL BINOMIO MADRE - HIJO COMO EVENTOS ADVERSOS

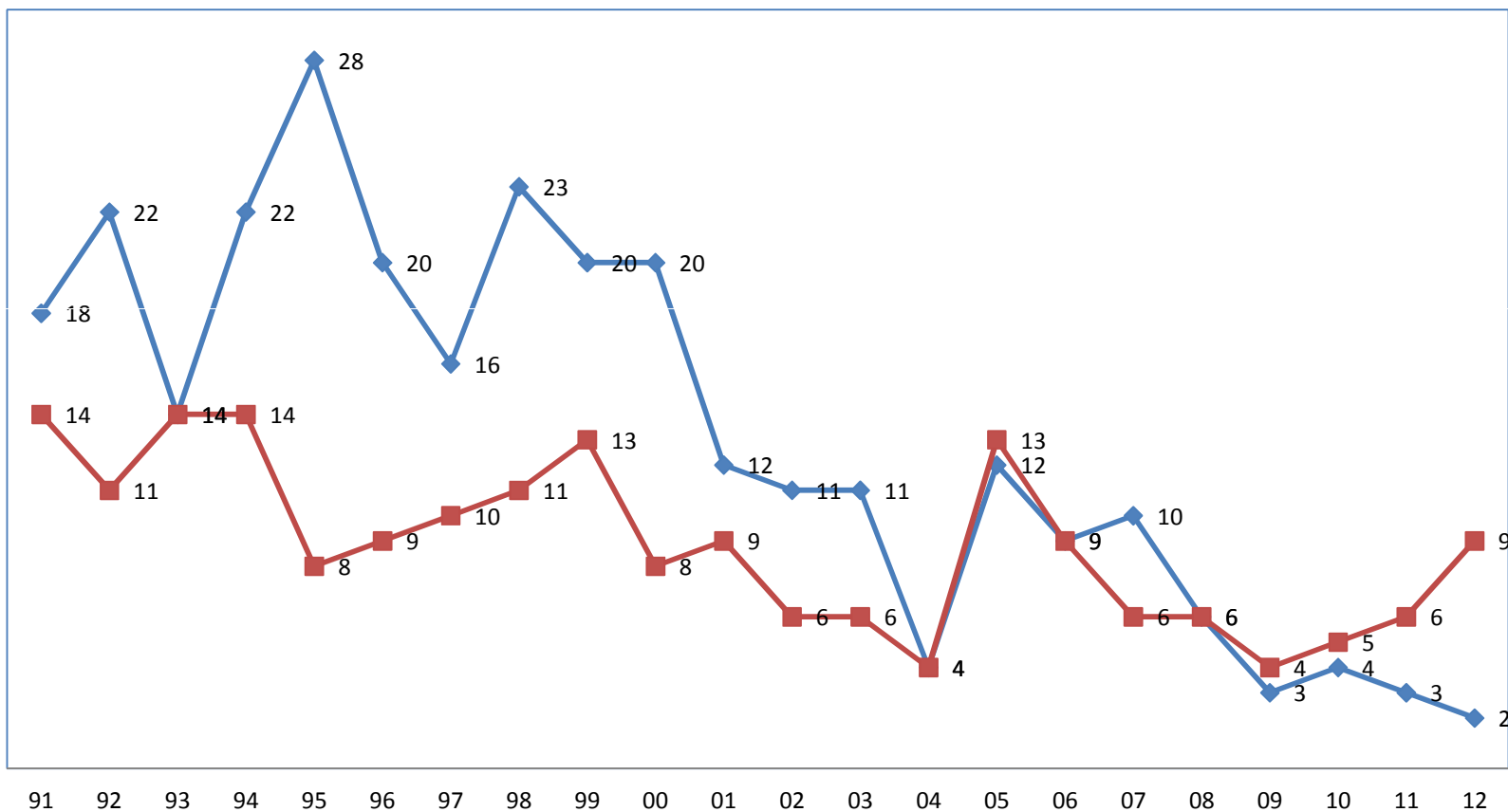
En el mundo a diario se estima que mueren 1500 mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

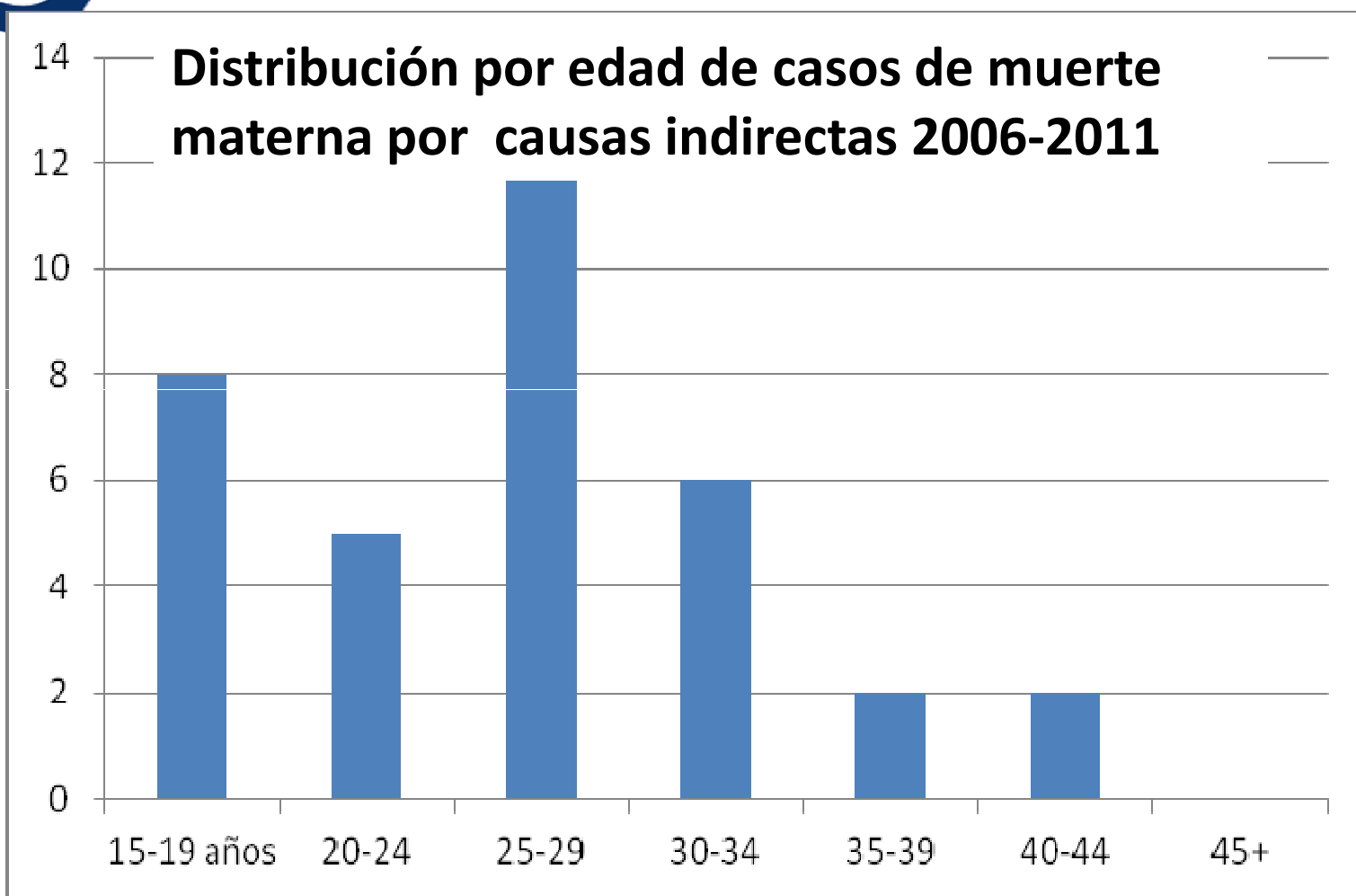
Para el año 2005 se calculó que a nivel mundial ocurrieron 536,000 muertes maternas. La mayoría pertenecía a los países en desarrollo, y pudieron evitarse. Cada minuto en algún lugar del mundo ocho niños mueren en el primer mes de vida, ocho en la primera semana y ocho nacen muertos.

En Colombia, la Pre- Eclampsia se constituye en la principal causa de mortalidad materna con 38% de fallecimientos atribuibles a esta causa; se asocia con una mortalidad perinatal cinco veces mayor.

# TENDENCIA DE MUERTES DE EMBARAZADAS SEGÚN CAUSAS 1991-2012 CALI

—◆— DIRECTAS —■— INDIRECTAS







- Para que un sistema de atención en salud sea seguro, es necesaria la participación responsable de los diversos actores involucrados en él.
- Cuando ocurre un evento adverso o se presenta un incidente, no solo se genera daño al paciente, sino al personal de salud encargado de la atención.

**SENTIDO DE CORRESPONSABILIDAD**

## A QUIEN ESTA DIRIGIDO??

A todo el personal profesional de enfermería, medicina, nutrición y rehabilitación, así como a los auxiliares de enfermería, camilleros y todo el personal que participa directamente durante el servicio de atención hospitalaria al paciente dentro de la institución.

## OBJETIVO GENERAL

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con el tema de la atención segura del binomio madre hijo, para prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir los riesgos de dicha atención.



## OBJETIVO ESPECIFICOS

- Detectar errores o fallas en la atención del Binomio madre-hijo.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la ocurrencia de Atención Segura del Binomio Madre Hijo, en la atención del paciente.
- Conocer barreras de seguridad que favorecen la atención segura del binomio madre-hijo.
- Implementar buenas prácticas para prevenir eventos adversos y contribuir a una atención segura del Binomio Madre Hijo.

## ACCIONES INSEGURAS

1. NO ATENCION A LA GESTANTE POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS.
2. ATENCION DEL PARTO Y PUERPERIO POR PERSONAL NO CALIFICADO Y SIN ENTORNO HABILITANTE( ELEMENTOS, PARTOGRAMA).
3. UTILIZACION INADECUADA DE INSUMOS DURANTE GESTACION, PARTO O PUERPERIO
4. ATENCION DE LA MATERNA EN UN NIVEL INFERIOR AL REQUERIDO.
5. ATENCION DE LAS MATERNAS SIN CONTAR CON UN SISTEMA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTE ANTE UNA EMERGENCIA



## RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCION

- Definir Política institucional que establezca los requisitos que deben cumplir los profesionales para la atención del binomio, desde la etapa preconcepcional, prenatal, parto y postparto.
- Definir políticas institucionales sobre qué tipo de procedimientos en la atención del parto, requiere la presencia de ayudante quirúrgico y cuáles serían los requisitos mínimos que debe cumplir éste.
- Definir políticas institucionales de coordinación con los Aseguradores y otras IPS de diferente nivel para garantizar la remisión de los pacientes.
- Atender oportuna e integralmente al recién nacido desde la sala de partos.

## RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCION

- Identificar al recién nacido de alto riesgo.
- Conocer y aplicar los principales protocolos de manejo en neonatología.
- Aplicar los criterios clínicos para el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales.
- Asegurar un traslado óptimo a otra unidad.
- Normas de seguridad institucional.
- Verificar con lista de chequeo los insumos necesarios para el manejo de emergencias obstétricas(kits de emerg. obstétrica)
- Verificar con lista de chequeo los insumos y dispositivos necesarios para la atención del parto.
- Elaborar partograma a toda materna en trabajo de parto.

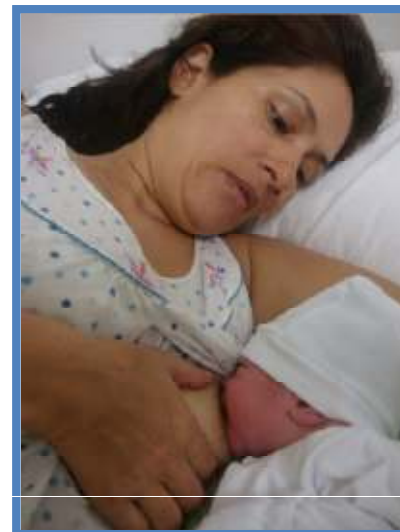
## RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCION

- Transmisión efectiva de la información dentro del equipo de cirugía
- Lista de chequeo por parte del Anestesiólogo con el fin de verificar el funcionamiento de equipos y los Insumos necesarios, corroborar el paciente correcto y la técnica de anestesia correcta.
- Lista de chequeo quirúrgica antes, durante y después de los procedimientos quirúrgicos (lista quirúrgica de la OMS)
- Lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato



Implementar indicadores en el Nivel de Monitoría de la Institución para hacer el seguimiento en los procesos para garantizar la atención segura del binomio Madre Hijo ej.:

- ***Razón de Mortalidad Perinatal***
- ***Razon de Mortalidad Materna***



ATENCION SEGURA DEL BINOMIO MADRE-HIJO

**COMO LOGRARLO??**

## A) DETERMINACIÓN DEL RIESGO OBSTETRICO

- ⊙ ENFOQUE DE RIESGO (método epidemiológico):  
Prioridades de atención a grupos específicos
  
- ⊙ RIESGO REPRODUCTIVO: Probabilidad de sufrir  
daño frente embarazo potencial
  
- ⊙ FACTORES DE RIESGO (biológico, ambiental,  
social)
  - > CONSULTA PRECONCEPCIONAL
  - > CONTROL PRENATAL

**Todos los encuentros de mujeres en edad reproductiva y los profesionales de la salud se consideran una oportunidad para la atención preconcepcional**

- \* Condiciones Medicas (Riesgos)
  - \* Hábitos
  - \* Nutrición

## B) DURANTE EL EMBARAZO

- Control prenatal → Consulta de embarazo de ARO. Equipo con otros especialistas.
- Inducción a la anticoncepción.
- Consulta de urgencias.
- Definición de los cuidados, vía de terminación del embarazo y nivel de atención.

## **INSTRUMENTOS QUE USAMOS DEFINIR RIESGO OBSTETRICO**

- Historia Clínica Perinatal Base (CLAP)
- Entrevista Enfermera (Enfoque Psicosocial)
- Conformación Equipo de Salud Materno  
Cohesionado en el Nivel I ( Enfermera, Medico Gral.,  
Ginecobstetra)
- Guías de Atención Materno perinatal

# HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE

SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA  
CLAP - OPS/OMS H2 TORIA CLINICA PERINATAL ESTABLECIMIENTO N° H.C.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES: FAMILIARES, PERSONALES, GINECOLOGICOS, OBSTETRICOS, QUIRURGICOS, ENFERMEDADES CRONICAS, ALERGIAS, ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ENFERMEDADES MENTALES, ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO, ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO, ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO, ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO, ENFERMEDADES DEL APARATO REPRODUCTIVO, ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELETICO, ENFERMEDADES DEL APARATO DERMATOLOGICO, ENFERMEDADES DEL APARATO OLFATIVO, ENFERMEDADES DEL APARATO AUDITIVO, ENFERMEDADES DEL APARATO VISIVO, ENFERMEDADES DEL APARATO TACTIL, ENFERMEDADES DEL APARATO GUSTATIVO, ENFERMEDADES DEL APARATO OLFATIVO, ENFERMEDADES DEL APARATO AUDITIVO, ENFERMEDADES DEL APARATO VISIVO, ENFERMEDADES DEL APARATO TACTIL, ENFERMEDADES DEL APARATO GUSTATIVO.

EMBARAZO ACTUAL: FECHA DE INICIO, FECHA DE TERMINACION, TIPO DE EMBARAZO, RESULTADOS DE EXAMENES, TRATAMIENTO, COMPLICACIONES, PARTO, ABORTO, RESULTADOS DE EXAMENES, TRATAMIENTO, COMPLICACIONES.

PARTO O ABORTO: TIPO DE PARTO, DURACION, PESO DEL BEBE, LONGITUD DEL CORDON, PESO DE LA PLACENTA, RESULTADOS DE EXAMENES, TRATAMIENTO, COMPLICACIONES.

RECIENTE NACIDO: PESO AL NACER, LONGITUD DEL CORDON, PESO DE LA PLACENTA, RESULTADOS DE EXAMENES, TRATAMIENTO, COMPLICACIONES.

EGRESO R.N. EGRESO MATERNO: FECHA DE EGRESO, TIPO DE EGRESO, RESULTADOS DE EXAMENES, TRATAMIENTO, COMPLICACIONES.

Identificación

Antecedentes

Embarazo actual

Parto o Aborto

Recién nacido  
Puerperio

Egreso R.N.  
Egreso Materno

# DETERMINACION DEL RIESGO EN CONTROL PRENATAL

- ✘ Definición por Md Gral. en el primer CP/GO consultor
- ✘ Riesgo Bajo: control prenatal Enfermera profesional hasta ss 36. supervisión Md. Gral.
- ✘ Riesgo Bajo: control prenatal Md Gral. evaluación x GO a la semana 34-36
- ✘ Riesgo Alto: evaluación y CP. Por GO. puede delegarse al Md Gral. acorde situación. Puede requerir intervención de otras especialidades medicas
- ✘ Muy Alto Riesgo Obstétrico: (MARO). control GO. /otras especialidades y subespecialidades nivel III-IV



## C) DURANTE EL PARTO

- En la historia clínica y el carné perinatal debe quedar constancia de los cuidados que deben tenerse en los períodos críticos durante el embarazo, parto y puerperio de acuerdo con la patología de base de la gestante.
- Garantizar la presencia de los especialistas requeridos (Pediatra o Ginecólogo)
- Manejo Activo del 3er. Periodo del parto.
- Kits de Emergencia Obstétrica.
- Aplicación de método anticonceptivo temporal o definitivo sin barreras.
- Asegurar Referencia y Contrarreferencia.

# NORMAS DE SEGURIDAD INSTITUCIONAL.

Prevención del cambio o robo de recién nacidos, se recomienda que todo establecimiento que tenga servicio de atención materno- neonatal, aplique las presentes Normas de Seguridad Institucional.

## En todo el hospital:

- ✓ Establecer un “programa de seguridad” , especialmente en las áreas de atención obstétrica y neonatológica, a través de una política escrita de “prevención del robo de niños”.
- ✓ Control de accesos. Examinar y evaluar las salidas del hospital a fin de implementar métodos de seguridad adecuados (cerrar con llave las salidas lejanas, colocar personal de seguridad en todos los accesos, si es posible instalar sistemas detectores electrónicos, etc.).
- ✓ Alertar al personal del hospital para que comunique cualquier anomalía e identifique a personas en actitud sospechosa.
- ✓ Todo el personal deberá llevar una Tarjeta de Identificación con su fotografía.

## EN EL ÁREA DE MATERNIDAD Y NEONATOLOGÍA:

- ✓ Deberán contar con la mínima cantidad de puertas de acceso o instalación de detectores electrónicos. (Sensores electrónicos en la pulsera del recién nacido, que activan una alarma cuando pasan por un campo magnético instalado en la puerta de salida).
- ✓ Desarrollar una “política de visitas” que aumente la seguridad de la sala.
- ✓ Evitar la separación del niño de su madre (Alojamiento conjunto).
- ✓ Tomar las medidas necesarias a fin de limitar el transporte intrainstitucional de neonatos que no sean acompañados por su madre.
- ✓ Asegurar que ningún neonato sea transportado en brazos dentro del establecimiento sino únicamente en cunas rodantes.
- ✓ Proporcionar una identificación clara y evidente al personal autorizado para retirar y transportar recién nacidos sin su madre.
- ✓ Educar a los padres en las medidas de seguridad generales y particulares establecidas por la organización. (entrega de folletos o guías para evitar el robo de niños)

## METODOLOGÍAS QUE FACILITAN EL RECONOCIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO EN FORMA INMEDIATA COMO:

- Ⓜ *Mostración detallada de los rasgos del recién nacido a la madre y sus familiares: Todo recién nacido debe mostrarse inmediatamente a su madre, informando de las características generales del bebé, como peso, sexo, color, largo del pelo, etc. con el fin de facilitar su reconocimiento ante una posible confusión en establecimientos con gran número de partos.*
- Ⓜ *Búsqueda de señas particulares: La búsqueda y reconocimiento de características especiales en el recién nacido, como manchas epidérmicas, para ayudar en el reconocimiento posterior del neonato, debiéndose dejar constancia de las mismas en la historia clínica neonatal.*
- Ⓜ *Vestido del recién nacido con ropas proporcionadas por la familia: Las ropas del bebé, preparadas por la familia para un acto de tanta trascendencia como es el nacimiento, son fácilmente reconocidas por la madre y sus familiares y esto contribuye de alguna manera al reconocimiento del niño.*
- Ⓜ *Fotografía del recién nacido: El registro fotográfico inmediato del recién nacido, efectuado con sistemas de revelado instantáneo y archivado en la Historia Clínica, método de seguridad recomendable.*
- Ⓜ *Guardar sangre del cordón: La muestra permitirá efectuar determinaciones (autoanticuerpos maternos AbP, ADN, etc.) que permitan la Identificación posterior del binomio madre hijo si se considera necesario.*

### **Obj. En las Salas de Parto:**

Se deberá asegurar la integridad del binomio madre-hijo mas allá de toda duda, mediante procedimientos de “reconocimiento evidente”, de fácil interpretación fuera de la sala por personal no entrenado perteneciente a enfermería general, vigilancia, portería, etc.

## SISTEMAS DE “RECONOCIMIENTO EVIDENTE”

### ❖ **Bandas plásticas codificadas inviolables:**

Juegos de pulseras o brazaletes, presentadas en forma de bandas plásticas adheridas entre sí, que llevan una numeración idéntica y un cierre inviolable que obliga a cortarlas si se las quiere retirar una vez cerradas. Además estas pulseras permiten escribir en ellas.

Existen en el mercado juegos de pulseras que incluyen una tercer banda adherida a las otras, a fin de ser colocada en el tobillo del recién nacido, lo que permite ser cortada y retirada por el personal de “identificadores”, en el momento de la toma de las impresiones y ser adherida al formulario del establecimiento.



### ❖ **Clamps de cordón numerados:**

Clamp para el cordón umbilical, también inviolable una vez cerrado y con idéntica codificación, lo que incrementa la seguridad.



## SISTEMAS DE “RECONOCIMIENTO EVIDENTE”

### ❖ Sellos con tintas indelebles:

Se trata de tintas indelebles al agua que pueden persistir en la piel más de una semana, pudiendo ser borradas con alcohol. Su uso se efectúa mediante sellos idénticos colocados en la madre y el niño y que permitan una gama de números suficiente.

### ❖ Obleas autoadhesivas a prueba de agua (simil tatuaje):

Son pares de etiquetas autoadhesivas con igual numeración entre sí, inalterables al agua y también sensibles al alcohol, comercializados como “símil tatuajes” cuyo diseño puede ser elegido por la organización.

- ❖ Cada organización podrá seleccionar el método de reconocimiento evidente al que pueda acceder, recomendándose asociarlos con las normas de seguridad institucional descritas, →garantizar la indemnidad del vínculo madre hijo.



## RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EVITAR LA MALA PRÁCTICA EN NEONATOLOGÍA:

### **Atender oportuna e integralmente al RN desde la sala de partos:**

- Contar idealmente con entrenamiento en reanimación neonatal.
- Conocer y valorar los factores de riesgo del binomio materno-fetal y detectar oportunamente el sufrimiento fetal.
- Verificar antes del nacimiento la existencia de material y equipo para enfrentar cualquier situación imprevista.
- Valorar el estado de salud integral del RN: mediante exploración física, valoración de Apgar y Silverman.
- Identificar oportunamente mediante una exploración física completa las anomalías congénitas y adoptar las medidas correspondientes.
- Realizar las maniobras de evaluación y corrección para asegurar una buena vía aérea, ventilación y circulación.
- Informar al familiar las condiciones de salud del RN y obtener el consentimiento informado para procedimientos subsecuentes.
- Documentar la atención médica prestada.

## **Conocer y aplicar los principales protocolos de manejo en neonatología:**

- Líquidos y electrolitos.
- Tamiz metabólico neonatal.
- Isoinmunización materno-fetal grupo sanguíneo y Rh.
- Profilaxis ocular y administración de vitamina k.
- Inmunizaciones del periodo neonatal.
- Reanimación neonatal y cardio-pulmonar básica y avanzada en pediatría.
- Procedimientos para el manejo del recién nacido: catéteres vasculares, intubación endotraqueal y ventilación asistida, punción pleural y lumbar y exsanguíneo transfusión.

## **Identificar al recién nacido de alto riesgo en:**

- Madre con toxemia gravídica (preclampsia y eclampsia) o Diabetes mellitus
- Ruptura prematura de membranas o placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Isoimmunización materno-fetal.
- Madre con antecedentes de aborto y muerte fetal.
- Madres con adicciones.
- Madre con productos de bajo peso o con desnutrición o enfermedades intercurrentes .
- Anomalías congénitas o Infección materna (TORCHS, vulvovaginitis, corioamnioitis, IVU y VIH)
- Madre sin control prenatal.



## **Aplicar los criterios clínicos para el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales:**

- Asistencia ventilatoria
- Insuficiencia orgánica y choque que requieren apoyo para mantener la homeostasis.
- Uso de amins presoras y otros medicamentos que requieren vigilancia y monitoreo continuo
- Neonato pretérmino (menor a 36ss) o de muy bajo peso al nacer( < 1000 gr.)
- Malformación congénita grave.
- Postoperado de cirugía mayor.

### **Asegurar un traslado óptimo a otra unidad**

- Realizar las maniobras necesarias para estabilizar al recién nacido antes de su traslado.
- Establecer comunicación con la unidad receptora que cuente con los recursos necesarios para recibir.
- Garantizar la participación de un médico o personal de salud calificado durante el mismo.
- Contar con el transporte, insumos y equipo necesarios para asegurar la vía aérea, oxigenación, acceso vascular y control de la T° durante su traslado en incubadora.
- Elaborar y enviar la documentación de traslado, y detallar la evolución clínica, tto. administrado, e incidentes ocurridos. Adjuntar exámenes de laboratorio realizados .
- Comunicar a los padres, y exponerles las razones del traslado, con explicaciones claras acerca del diagnóstico, riesgo de traslado, y posibles medidas terapéuticas.
- Favorecer que el familiar vaya a la Institución de destino.
- Documentar la atención médica durante el traslado en ambulancia.

**TODO  
ESTARÁ  
BIEN!!**



## D) VISITA POST PARTO

- Entre los 3 y 5 días post parto.
- Detección de complicaciones
- Verificación de método anticonceptivo
- Estimular la lactancia materna exclusiva

## CONSULTA POST PARTO

- Primer mes.
- Por especialistas.
- Evaluación resultado del embarazo.
- Verificación método anticonceptivo.
- Educación sobre los riesgos de enfermedades posteriores.
- Seguimiento de acuerdo patología de base y complicaciones.

# MODELO DE ATENCION A LA GESTANTE SALA DE PARTOS HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS



## OBJETIVO GENERAL

Asegurar una atención integral a la gestante y el RN en la sala de partos de la Red de Salud del Centro E.S.E., contribuyendo a la disminución de la morbilidad materna y perinatal en el municipio de Santiago de Cali.



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Atender a las gestantes con pertinencia bajo protocolos existentes.
- Disminuir las remisiones de gestantes con patologías de manejo en nivel 1.
- Fortalecer la atención brindada por el personal asistencial del servicio.
- Promover la garantía de la calidad de la atención a la gestante.
- Fortalecer la estrategia de vigilancia a través de SIVIGILA y seguimiento de los casos reportados.
- Fortalecer la gestión institucional para contribuir en la reducción de la mortalidad materna y perinatal como evento centinela de la calidad de la atención a la gestante.
- Humanizar la atención del parto.
- Garantizar la continuidad de la atención al binomio madre-hijo en la Red .



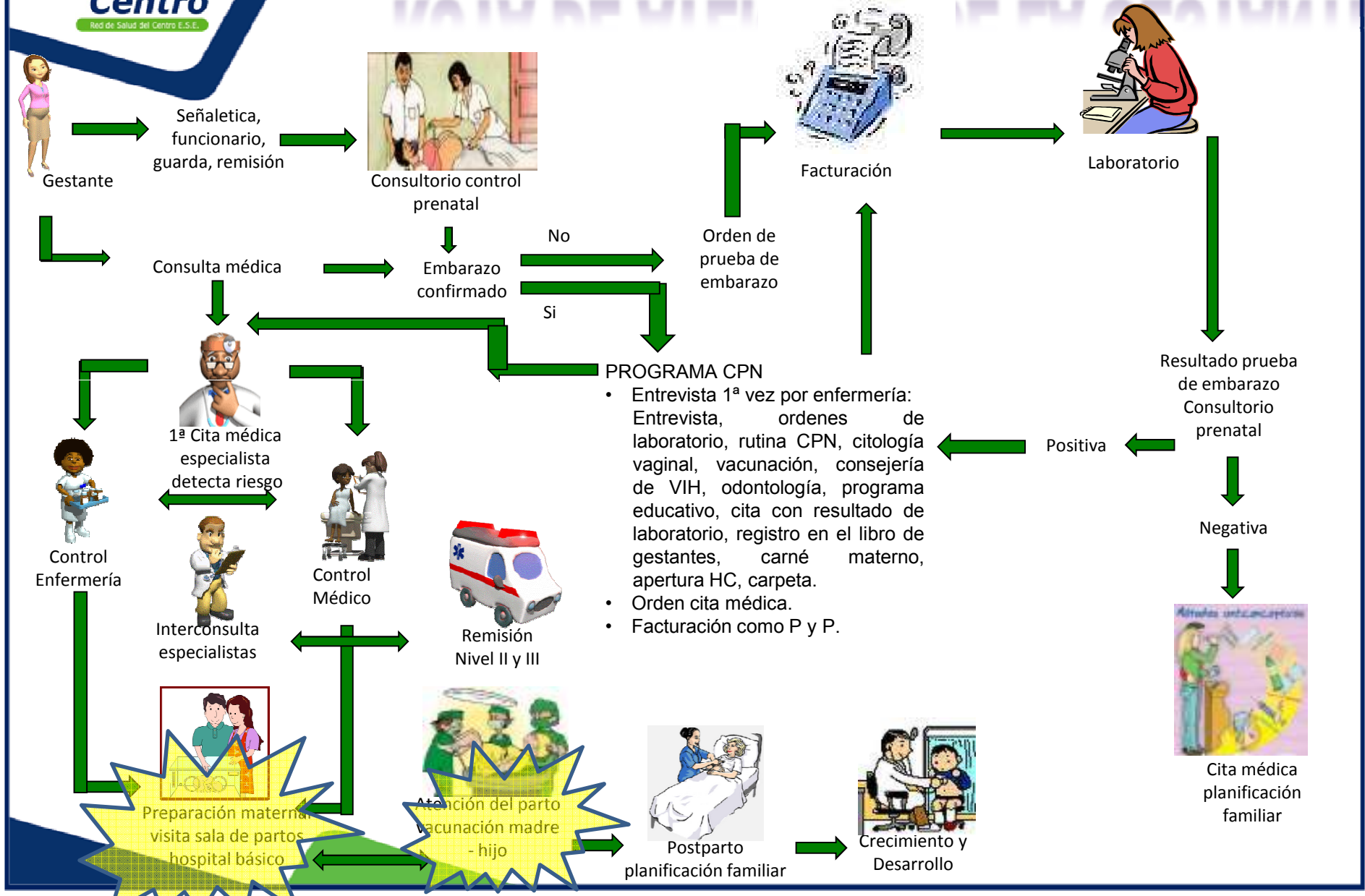
# DESARROLLO DEL MODELO

## 1. MANEJO DESDE CPN

### Qué buscamos?

1. Continuidad en la atención a la Gestante.
2. Preparación de la Gestante para el momento del parto
3. Confianza en el personal de la Sala de Partos
4. Adherencia a la Sala de Partos
5. Disminución de la Morbi-mortalidad materna y perinatal

# RUTA DE ATENCION DE LA GESTANTE



## CURSO DE PREPARACION PARA EL PARTO O PSICOPROFILAXIS

OBJ: PREPARAR A LA GESTANTE Y SU FAMILIA PARA EL PARTO

- Enfermera del Programa de CPN
- El conyugue o compañero o algún adulto significativo para la paciente.
- Haber asistido al menos a 3 de las sesiones ( Son 3 Talleres y 5 sesiones educativas).
- Presentar evidencia de la asistencia al curso en la sala de partos.
- Entregar Lista de elementos requeridos para el parto.



## VISITA A LA SALA DE PARTOS

**OBJETIVO: DISMINUIR EL STRESS Y APORTAR CONFIANZA Y  
TRANQUILIDAD A LA GESTANTE Y SU FAMILIA**

1. Gestantes de 36 ss de Gestación en adelante.
2. De Lunes a Viernes de 2:00 a 5:00 pm
3. Acompañamiento de la Auxiliar Administrativa de la Sala con el apoyo del personal de salud.
4. Ruta y explicación por todos los servicios en los que será atendida en caso de parto.
5. Entrega de folleto con recomendaciones para asistir a la sala (Signos de Alarma, Lista de elementos a traer, número telefónico del pool y de la sala)
6. Entrega de souvenir.



## 2. MANEJO EN SALA DE PARTOS

### Que buscamos?

1. Detección temprana de Riesgo o complicación.
2. Atención oportuna y pertinente.
3. Atención humanizada, amable y cálida.
4. Aumentar el número de partos y la productividad de la sala.
5. Madres y RN sanos y seguros.

# RUTA DE ADMISION PARA GESTANTES



Gestante con  
necesidades y  
expectativas



Recepción de la  
gestante por  
Facturadora del  
servicio de 7am-5pm  
En otro horario se hará  
en Caja de Urgencias.

Validación de  
Deberes y Derechos,  
SIEMPRE SE  
ATIENDE sin importar  
aseguramiento

Atención de la usuaria  
por parte de trabajo  
social si se requiere



La Enfermera realiza  
Clasificación de la  
gestante



Ingresa  
inmediatamente a  
atención médica –  
Triage 1



Apertura de  
Facturación



Gestante lista  
para ser atendida



Espera de turno -  
Triage 2

# RUTA DE ATENCION EN SALA DE PARTOS



Gestante lista para ser atendida espera turno o prioridad



Medico realiza consulta de acuerdo a guías de atención



Envía a casa



Cierra factura



(G/O)



Hospitaliza



Atención del parto



Salida de paciente con Dx y conducta definida



Los usuarios son evaluados permanentemente durante su estadía



Se asigna cama en sala de trabajo de partos, postparto u hospitalización obstétrica



Observación



Se cierran facturas



Medico ordena salida



Medico Evoluciona paciente



# RUTA DE ATENCIÓN.



## 1. Admisión:

1. Todas las Gestantes que asistan al servicio (Grupo vulnerable) serán valoradas por médico sin importar el tipo de afiliación al SGSSS.

## 2. Triage:

1. Todas la Gestantes deberán ser clasificadas por la Enfermera o médico del servicio.
2. Toda Gestante será clasificada como Triage 2 como mínimo.

## 3. Atención Médica - Consulta:

### Durante la consulta:

1. Se le solicitará el carnet o carpeta del control prenatal y se registrarán en la HC los datos de Gravidéz, EG por FUM y Ecografías, Número de Controles prenatales, Hemoclasificación, última serología, resultado de VIH, datos relevantes de las Ecografías.
2. Se realizará una anamnesis exhaustiva, preguntar siempre por: Genitorragias, Amniorrea, Movimientos fetales, Actividad uterina, Síntomas premonitorios.
3. El examen físico deberá ser completo, siempre valorar y registrar: Signos vitales, Peso, Altura uterina, FCF, tono uterino, Maniobras de Leopold, exámen ginecológico completo, determinar Bishop, buscar edemas.
4. La conducta siempre deberá estar escrita en el espacio de Ordenes médicas.



# CONDUCTA

a) **A casa:**

- Explicar claramente su diagnóstico y evolución.
- Dar los signos de alarma escritos para re-consultar: amniorrea, genitorragias, disminución de movimientos fetales, síntomas premonitorios, edemas, actividad uterina 3x10', EG= 40ss.

b) **Remisión:**

- La justificación de la remisión dependerá siempre del protocolo.
- Antes de cualquier remisión deberá comentarse siempre con el Ginecólogo, a menos que se trate de una Urgencia vital, caso en el cual se procederá a gestionar la remisión y luego se comentará el caso con el ginecólogo.

c) **Observación:**

- Dejar órdenes médicas claras y la razón del periodo de observación claramente descrita en la HC.
- Verificar cumplimiento de ordenes médicas a las 2h.
- Evolución permanente de la paciente a través del equipo de salud y definir conducta a las 6h.

d) **Hospitalización:**

**Para Tto médico:**

- Ordenes médicas claras, razón y objetivo de la hospitalización claramente descritas en la HC.

**Para Atención de Parto:**

- Ordenes médicas claras con toma de Serología materna intraparto
- Dieta líquida clara durante el Trabajo de parto.
- Control de T. de P. cada hora por médico, en partograma y nota médica de evolución.
- Control de T. de P. cada hora por enfermería, en partograma y nota de enfermería en HC.
- Ante desviaciones, interconsulta con Ginecólogo.

## 4. Evolución médica:

Todas las pacientes deberán tener una manilla blanca en su mano derecha con mínimo 2 datos de identificación.

A todas las pacientes se les entregará y explicará el Manual de Paciente Hospitalizado.

Revista diaria del Ginecólogo con grupo de estudiantes ( También de llamado)

### a. Si Pte. Para Tto médico:

- Explicar a la pte y su flia la razón de su hospitalización, la Conducta a seguir , evolución y recomendaciones
- Evolución médica diaria, como mínimo.
- Evolución de enfermería con cada turno.
- Si llegan resultados de exámenes deberán ser valorados por el médico inmediatamente.
- Definir a los 3 días la salida de la paciente , si más → VoBo por estancia prolongada.
- Si la paciente esta en postparto para tto médico, permitir lactancia materna periódica.

### b. Si Pte en Trabajo de Parto.

- Permitir parto acompañado.
- Permitir deambulacion de la paciente si su clínica lo permite.
- Explicar a la pte y su flia: el proceso de T de P, las recomendaciones y signos de alarma, evolución.
- Canalizar a todas las pacientes ( venoclisis o tapón heparinizado).
- No rasurado, no enema de rutina.
- Brindar apoyo permanente, diálogo.
- Controles del T de P cada 30 minutos, médico y enfermería intercalados.

### Si Pte en Postparto:

- Promover Lactancia materna temprana
- Alojamiento conjunto – RN con manilla que tiene datos de la madre (sala de partos).
- Valoración médica a las 2h postparto
- Educación en puericultura
- Valoración por parte de Planificación familiar antes de la salida de la madre.
- Se permite visita según programación de la sala.
- Salida a las 24 horas si la madre y el RN están bien y han sido valorados por el médico, aplicando siempre las recomendaciones de IAMI.



# SALIDA

## **5. Salida.**

- a. La usuaria egresará con formula médica, recomendaciones, continuidad en programas de PyP, signos de alarma, también se le entregara folleto con información de la sala.
- b. Visita domiciliaria a las 72 horas por Grupo Extramural
- c. Programar cita de control postparto a la semana postparto en la Sala de partos: Madre y RN.
- d. Traslado a casa en ambulancia del Pool previa solicitud al Coordinador operativo del pool todos los días de 8am a 4 pm.





*Muchas Gracias!*



