

Tema 61

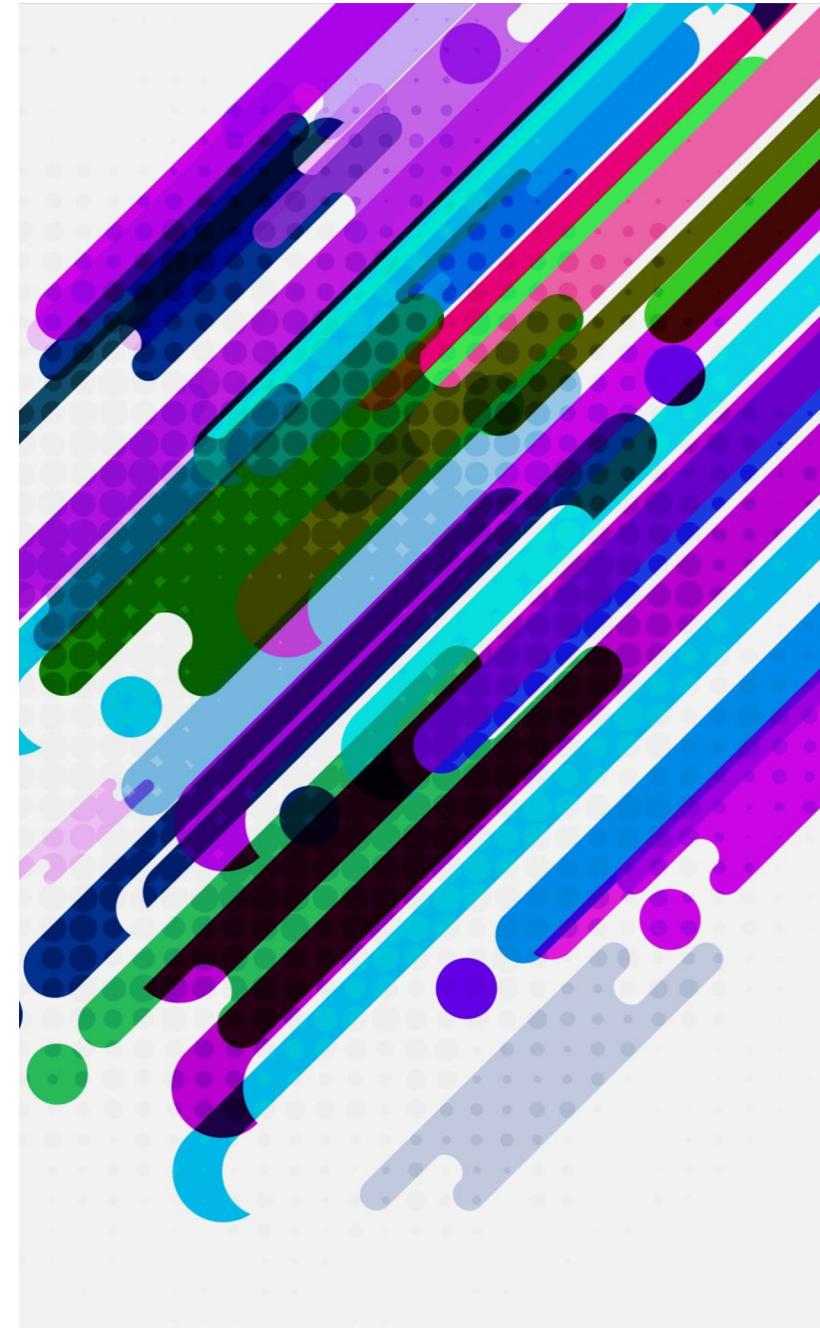
PROYECTO DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL EN ANDALUCÍA.

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSEJERÍA
DE SALUD ANDALUCÍA.

ACTUACIONES DEL PROYECTO.
PLAN DE PARTO.

BUENAS PRACTICAS EN LA ATENCIÓN
PERINATAL. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN
AL PARTO NORMAL

Rosalía Mancheño M.
Matrona



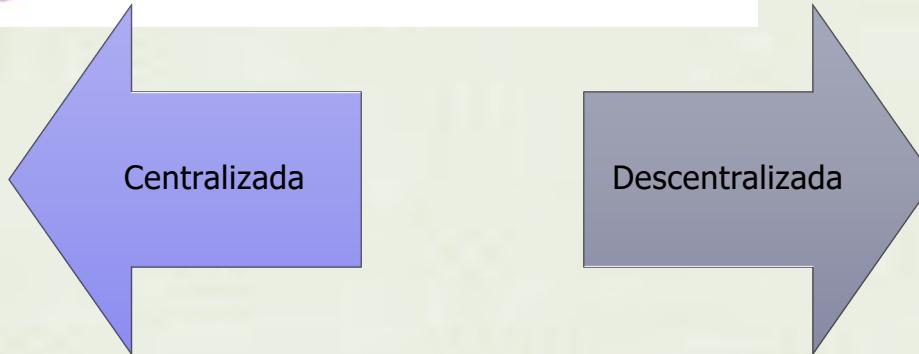
Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía.

- Inicia desarrollo año 2006.
- **Convenio de colaboración entre la consejería de salud y el ministerio de sanidad para impulsar la estrategia de Atención al parto normal y de salud sexual y reproductiva**
- Modelo de atención al proceso de nacer más humanizado.
- Combinando uso de la tecnología para la seguridad de la mujer y RN con la participación de mujer y pareja en durante el nacimiento de hijos e hijas.
- Abordaje distintas perspectivas : sanitaria, social, cultural.
- Sujetos de derecho : mujer, pareja , RN mantener el mejor vinculo cuidando el entorno mas adecuado.
- Implicar instituciones de salud, profesionales y la ciudadanía.
- Condiciones : **base científica de la práctica , enfoque de genero protagonismo a la mujer , equidad y mejora de la accesibilidad en situaciones de vulnerabilidad**

- Consejería de salud
- Servicio Andaluz de Salud (áreas gestión sanitaria, hospitales, distritos de Atención Primaria)
- Fondos para la cohesión territorial Ministerio de sanidad para el desarrollo de estrategias en salud perinatal 2006-2009.
- Convenio de colaboración entre el Ministerio de sanidad y la consejería de salud de la junta de Andalucía, para el desarrollo e las Recomendaciones establecidas EAPN en el sistema nacional

Proyecto financiado

3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE HUMANIZACIÓN: ACTUACIONES



- Act.organizativas (equipo interdisciplinar)
- Sistema de evaluación e información (100 indicadores)
- Dotación de recursos (taburetes, bañeras..)
- Formación desde 2008

35 centros, adaptado a su población.

- Cursos de formación (parto,RN yLM)
- Jornadas ccas
- Protocolo y GPC
- Investigación
- LM
- Indicadores
- Sistemas registros
- Divulgación ,información
- Multicultural
- Continuidad asistencial
- Mejor equipamiento

MARCO NORMATIVO



Sindicato
de Enfermería
Andalucía

- LEY 2/98 DE SALUD ANDALUCIA.
- III PLAN ANDALUZ SALUD
- PROGRAMA DE SALUD MATERO-INFANTIL.
- DECRETO 101/1995 DERECHOS PADRES Y NIÑOS DURANTE EL PROCESO DE NACIMIENTO.
- ACUERDO DEL PLENO PARLAMENTO ANDALUZ
 - la proposición no de ley relativa Protección y fomento Lactancia materna.
- Plan integral de atención a la inmigración Andalucía
- Plan integral de la obesidad en Andalucía.
- **DECRETO 246/2005 DERECHO DE LAS PERSONAS MENORES DE EDAD A RECIBIR ASISTENCIA SANITARIA. DERECHO ACOMPAÑAMIENTO.**

¿POR QUÉ SURGE EL PROYECTO?



Sindicato
de Enfermería
Andalucía

El Proyecto para la Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía se desarrolla en el marco del Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para impulsar la Estrategia de Atención al Parto Normal así como la humanización de todo el proceso de atención perinatal desde una perspectiva de género.

OBJETIVOS GENERALES

- **Impulsar la atención humanizada al parto normal** como una de las prestaciones de los Servicios Sanitarios Públicos en la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- **Mejorar la calidad de la atención al proceso de nacimiento, con una perspectiva de género**, incrementando el protagonismo de la mujer durante su propio parto, implicando a la pareja de forma activa en todo el proceso de nacimiento y crianza, potenciando el vínculo entre la madre y su hijo/a recién nacido/a, fomentando el contacto permanente desde el mismo momento del nacimiento y la lactancia materna.
- **Garantizar la asistencia prestada en base a la evidencia científica, en el mejor conocimiento disponible y en ejemplos de buenas prácticas.**
- Ofrecer a las gestantes sin factores de riesgo o con bajo riesgo, una **asistencia al parto de forma natural, con la mínima intervención posible, garantizando la vigilancia materno-fetal** necesaria para evitar riesgos no deseados y respetando en todo momento el derecho a la autonomía, información e intimidad de la mujer y su pareja.
- Actuar de forma específica en la **mejora de la accesibilidad, equidad y calidad de la atención a mujeres en situaciones de vulnerabilidad**.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Coordinación de las actuaciones, estableciendo un **protocolo de atención al parto que incluya las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal** y regule las condiciones básicas y la coordinación de los dispositivos asistenciales y las prácticas profesionales en Andalucía.

Fomentar el **vínculo afectivo madre-hijo/a**, facilitando el contacto precoz piel con piel y la no separación durante el periodo de hospitalización.

Promover la **lactancia materna**, desde el respeto a las decisiones informadas. Difusión de la **Iniciativa Hospital Amigo de los Niños**. Fomentar y propiciar la puesta en marcha de la donación segura de leche materna mediante la creación de un banco de leche en Andalucía

Humanizar el proceso de atención neonatológica, con respeto al derecho del recién nacido/a a estar acompañado por sus progenitores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluación, identificar fuentes de **buenas prácticas** clínicas y buen trato, **indicadores** de seguimiento. Realizar estudios y encuestas.

Elaborar **guías y materiales sobre preparación al nacimiento** para profesionales y usuarias/os que recojan las últimas evidencias científicas así como la participación activa de la mujer y su pareja en todo el proceso. Deben incorporar herramientas para la atención en un contexto intercultural.

Publicar **catálogos bibliográficos** actualizados en diferentes soportes (Web, Cd, papel) sobre atención perinatal.



Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía

Ud. está en el sistema como Francisco José Pérez Ramos. (Salir)

CampusAbierto ► PHAPA

Cambiar rol a... Activar edición

Personas

Participantes

Usuarios en línea

(últimos 5 minutos)
Francisco José Pérez
Ramos

Actividades

Chats
Foros
Recursos
Tareas

Administración

Activar edición
Configuración
Asignar roles
Grupos
Copia de seguridad
Restaurar
Importar
Reiniciar
Informes
Preguntas
Niveles
Archivos
Calificaciones
Quitar de PHAPA

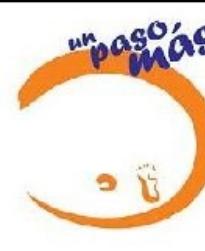
Mis actividades

Proyecto de
Humanización de la
Atención Perinatal en
Andalucía
General
Atención al parto

Diagrama de temas



proyecto de
humanización
de la atención perinatal
en Andalucía



Dirección General de Salud Pública y Participación
Consejería de Salud

Dirección General de Asistencia Sanitaria
Servicio Andaluz de Salud

1 Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía.

Descripción y objetivos del proyecto

Documento presentación PHAPA 2007

2 Foros

Foros de uso general

General

Atención al parto

Buscar en los foros

Búsqueda avanzada

Mensajes

No hay mensajes en espera
Mensajes...

Calendario

Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
				1	2	3
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Eventos globales Eventos de curso
Eventos de grupo Eventos de usuario

Eventos próximos

Módulo V
Ayer (00:00)
Wednesday, 12 December (00:00)

Chat - Cita diaria - Revisable
Hoy (10:00)

CHAT

4. PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO. SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA



Un plan de parto y nacimiento es un documento escrito que la mujer embarazada utiliza para manifestar sus deseos y expectativas en relación al desarrollo de estos acontecimientos.

El mismo debe servir de orientación al equipo de profesionales responsables de su atención durante la estancia en el hospital. Si bien puede elaborarse en cualquier momento de la gestación, es aconsejable hacerlo entre las semanas 28 y 32.

https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af95867899a7_plan_parto_nacimiento_19_10_2016.pdf

Atención sanitaria recogidas en el plan de parto

- Acompañamiento
- Espacio físico y confort
- Discapacidad
- Intimidad
- Información y toma de decisiones
- Procedimientos
- Administración de medicamentos
- Tactos vaginales, Sondaje Vesical
- Rotura de membranas
- Episiotomia, pujos
- Corte del cordón.
- Condiciones para el desarrollo del parto
- Multiculturalidad e inmigración
- Atencion R.N.
- puerperio

5. BUENAS PRÁCTICAS EN ATENCIÓN PERINATAL

- La implantación de iniciativas de atención humanizada al parto normal .
- La implantación de iniciativas para la promoción de la lactancia materna
- La implantación de protocolos basados en la evidencia científica en la atención al embarazo, parto y puerperio
- La implantación de iniciativas para promover “Hogares Libres de Humo”
- La implantación de iniciativas para la atención a la mujer embarazada fumadora y su pareja
- La implantación de iniciativas de atención multicultural
- La implantación de intervenciones de apoyo para la participación de los hombres.



Para su consecución se indican las siguientes actividades:

- ✓ Realización de un catálogo de indicadores
- ✓ Mejora de los sistemas de registro y bases de datos
- ✓ Realización de un catálogo de “buenas prácticas”
- ✓ Elaboración de un programa de seguimiento y evaluación

[http://www.perinatalandalucia.es/file.php/1/BBPP
Atencino_Perinatal.pdf](http://www.perinatalandalucia.es/file.php/1/BBPP_Atencino_Perinatal.pdf)

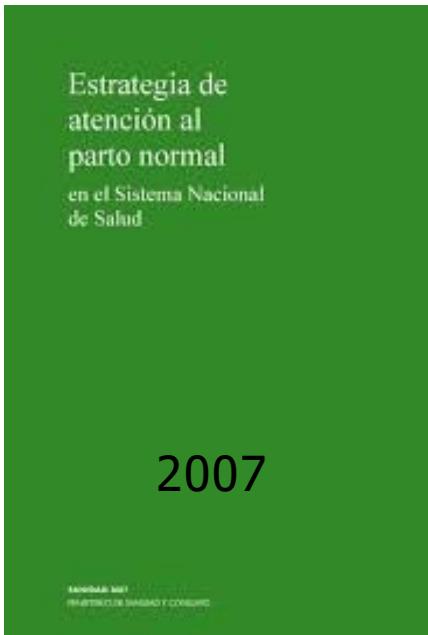
6. Estrategia de atención al parto normal

El objetivo general de la EAPN es potenciar la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales.

La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que las y los profesionales sanitarios que participan atendiendo el parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres.

Estrategia de atención
al parto normal
en el Sistema
Nacional de Salud

5. BUENAS PRÁCTICAS EN ATENCIÓN PERINATAL



Podríamos definir como Buenas Prácticas en Atención Perinatal aquellas que van acordes con el nivel de conocimiento científico- técnico en una estructura donde la humanización es el hilo conductor

Que responden a **necesidades sociales** y se adecuan al nivel socioeconómico disponible. En un servicio público de salud han de tener una dimensión universal y de justicia social.

Todo ello en **un contexto ético de respeto a las personas, a la autonomía de la mujer y a los derechos de la persona recién nacida**

8.- RECOMENDACIONES OMS 2018 PARA LOS CUIDADOS DURANTE EL PARTO



Recomendaciones de la OMS **Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva**

Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/
WHO-RHR-18.12-
spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1)

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento		
Atención respetuosa de la maternidad	1. Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.	Recomendado
Comunicación efectiva	2. Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.	Recomendado
Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto	3. Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.	Recomendado
Continuidad de la atención	4. Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras – consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto – se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces. ²	Recomendación específica en función del contexto

Período de dilatación		
Definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación	<p>5. Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación.</p> <ul style="list-style-type: none"> — La fase latente del período de dilatación es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes — El período de dilatación activa es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino a partir de los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes 	<p>Recomendado</p> <p>5cm</p> <p>GPC 4 cm</p>
Duración del período de dilatación	<p>6. Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (a partir de los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes.</p>	<p>Recomendado</p> <p>12h</p> <p>10h</p> <p>GPC 8-18 5-12</p>

Progreso del período de dilatación	<p>7. Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del período de dilatación (como se muestra en la línea de alerta del partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito.</p> <p>8. Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante todo la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica.</p>	<p>No recomendado</p> <p>No recomendado</p>
------------------------------------	--	---

GPC diag. De retraso en la Dilatacion(RAM valorar 2h)

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
	<p>9. Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre.</p>	<p>No recomendado</p>

Política de ingreso en la sala de prepardo	10.	Para las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demora del ingreso a la sala de prepardo hasta el período de dilatación activa, únicamente en el contexto de la investigación rigurosa.	Recomendación en función del contexto de investigación
Pelvimetría clínica en el ingreso	11.	No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas.	No recomendado
Evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto	12.	No se recomienda la cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo.	No recomendado
	13.	Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto.	<u>Recomendado</u>
Rasurado púbico o perineal	14.	No se recomienda el rasurado público o perineal de rutina antes del parto vaginal. ^a	No recomendado
Enema en el ingreso	15.	No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto. ^b	No recomendado
Tacto vaginal	16.	Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo. ^b	Recomendado
Cardiotocografía continua durante el trabajo de parto	17.	No se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo.	No recomendado
Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto	18.	Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto.	Recomendado

Anestesia peridural para el alivio del dolor	19.	Se recomienda la anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Opioides para el alivio del dolor	20.	Los opioides de administración parenteral, como fenatilo, diamorfina y petidina, son opciones recomendadas para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor	21.	Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Técnicas manuales para el tratamiento del dolor	22.	Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Alivio del dolor para prevenir el retraso del trabajo de parto	23.	No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto. ^b	No recomendado

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Líquido y alimentos por vía oral	24. Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto. ^a	Recomendado
Movilidad y posición de la madre	25. Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo. ^a	Recomendado
Limpieza vaginal	26. No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina durante el trabajo de parto para prevenir infecciones. ^b	No recomendado
Manejo activo del trabajo de parto	27. No se recomienda aplicar un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto. ^c	No recomendado
Amniotomía de rutina	28. No se recomienda el uso aislado de amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto. ^b	No recomendado
Amniotomía temprana y oxitocina	29. No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto. ^b	No recomendado
Oxitocina para mujeres con anestesia peridural	30. No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia peridural. ^b	No recomendado
Antiespasmódicos	31. No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto. ^b	No recomendado
Fluidos por vía intravenosa para prevenir el retraso del trabajo de parto	32. No se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abbreviar la duración del trabajo de parto. ^b	No recomendado

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Técnicas para prevenir el traumatismo perineal	38. En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendado
Política para la episiotomía	39. No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.	No recomendado
Presión del fondo uterino	40. No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo.	No recomendado
Alumbramiento		
Uterotónicos profilácticos	41. Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento. ^a	Recomendado
	42. La oxitocina (10 UI, IM/IV) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP). ^a	Recomendado
	43. Para los entornos en los que la oxitocina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergometrina/metilergometrina o la politerapia fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol por vía oral (600 µg). ^a	Recomendado
Pinzamiento tardío del cordón umbilical	44. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé. ^b	Recomendado
Tracción controlada del cordón (TCC)	45. Para los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes. ^a	Recomendado
Masaje uterino	46. No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica. ^a	No recomendado

Atención del recién nacido

Aspiración nasal u oral de rutina	47. En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz. ^c	No recomendado
Contacto piel con piel	48. Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia. ^d	Recomendado
Lactancia	49. Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos. ^e	Recomendado
Vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica	50. Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el lactante debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia). ^d	Recomendado

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido	51. El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día. ^a	Recomendado

Periodo expulsivo

Definición y duración del periodo expulsivo	33.	<p>Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del periodo expulsivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> — El periodo expulsivo es el periodo comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas. — Se debe informar a las mujeres que la duración del periodo expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas. 	Recomendado 3h 2h
Posición para dar a luz (para mujeres sin anestesia peridural)	34.	Para las mujeres sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.	Recomendado
Posición para dar a luz (para mujeres con anestesia peridural)	35.	Para las mujeres con anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.	Recomendado
Método para pujar	36.	Se debe alentar y asistir a las mujeres en el periodo expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar.	Recomendado
Método para pujar (para mujeres con anestesia peridural)	37.	En el caso de mujeres con anestesia peridural en el periodo expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar durante una a dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos que cuenten con recursos disponibles para prolongar el periodo expulsivo y evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal.	Recomendación específica en función del contexto

Atención de la mujer tras el nacimiento

Evaluación del tono muscular del útero	52. Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina. ^b	Recomendado
Antibióticos para parto vaginal sin complicaciones	53. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones. ^c	No recomendado
Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía	54. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con episiotomía. ^c	No recomendado
Evaluación materna de rutina después del parto	55. Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas. ^d	Recomendado
Alta posnatal después del parto vaginal sin complicaciones	56. Despues de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento. ^{d,e}	Recomendado

Indica cuál de las siguientes opciones NO es una recomendación de la OMS 2018 para los cuidados del parto normal:

Seleccione una:

- a. Fase activa del parto a partir de los 5 cm.
- b. Establece una duración total de 12 horas en primíparas y 10 horas en multiparas.
- c. Se recomienda ingreso en fase activa de dilatación, no siendo necesario RCTG continuo.
- d. Una velocidad de dilatación <1cm/h no debe ser indicador de rutina para la intervención obstétrica.

Según las últimas recomendaciones de la OMS 2018 para los cuidados del parto normal:

Seleccione una:

- a. La OMS establece un periodo de expulsivo de 3 horas en multiparas y 2 horas en primíparas
- b. La OMS establece un periodo de expulsivo de 3 horas en primíparas y 2 horas en multiparas.
- c. La OMS no recoge periodo de tiempo del expulsivo
- d. La OMS establece un periodo de tiempo de 2 horas en multiparas y primíparas

GRACIAS

