

**RESUMEN**  
**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE PARTO, PUERPERIO Y RECIEN NACIDO CON**  
**PERTINENCIA CULTURAL MAPUCHE**

**1. OBJETIVOS**

**1.1. OBJETIVO GENERAL**

Establecer lineamientos de atención para la implementación de la Unidad de Partos del Hospital intercultural Kallvu Llanka de Cañete, que incorpore las directrices del Ministerio de Salud, así como la visión y demandas de las comunidades mapuche de este hospital con el fin de contribuir a un proceso de parto respetuoso, personalizado, pertinente y de calidad.

**1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Facilitar que las madres, padres y familias vivencien el proceso de parto de manera íntima y personalizada, que promueva la vinculación de apego con su hijo o hija.

Facilitar que las madres tengan un proceso de parto grato, sin temor y con el mínimo dolor posible.

Favorecer un proceso de comunicación empática, asertiva entre la madre, padre y la familia que acuden a la unidad de partos, con el equipo de salud que acompaña el proceso.

Asegurar el apoyo informativo, emocional e instrumental a padres y madres, por parte de su familia y el equipo de salud.

Promover un ambiente físico de la sala de parto que incorpore las necesidades culturales de la madre y el padre, en el marco de las normativas sanitarias de atención.

Asegurar a padres y madres un proceso de parto de calidad, que permita detectar y manejar precozmente cualquier riesgo para la salud de la madre y su hijo/a.

## **2. ALCANCE**

Este protocolo deberá aplicarse las usuarias en trabajo de parto y puérperas que se encuentren en nuestro hospital.

Este protocolo deberá ser conocido y aplicado por todos los médicos especialistas en obstetricia y ginecología, Médicos generales, Matronas, Tens y Auxiliares de servicio que trabajan en el Hospital.

## **3. RESPONSABLES**

De la indicación: Ginecólogos, médicos y matronas

De la ejecución: Matronas, Tens.

De la evaluación periódica: Subdirección medica – Matrón Coordinador

Del monitoreo: Encargada de calidad y seguridad del paciente.

#### **4. EJES TRANSVERSALES A TODO EL PROCESO**

Desde que el padre y la madre ingresan a este hospital y hasta el día en que egresen de este, hay ejes transversales que se respetarán durante todo el proceso. Estos son:

##### **4.1. Trato y Comunicación:**

Se promoverá una comunicación empática y asertiva entre la familia gestante y el equipo de salud que asiste el proceso. Esto implica una disposición corporal y psicológica, abierta a acoger las inquietudes entre ambos, para que sean resueltas de la mejor manera posible.

Quedarán absolutamente prohibidos todo tipo de comentario o mensajes (verbales o no verbales) descalificativos, irónicos o que conlleven algún grado de menosprecio por la parturienta, su pareja, acompañante o funcionario de salud.

##### **4.2. Acompañamiento permanente:**

Se favorecerá la participación del padre o persona significativa durante todo el proceso del parto fisiológico, por un lado, como un apoyo a la gestante, pero por otro, como un actor que vivencia el nacimiento de su hijo o hija.

Se promoverá la participación de una acompañante (además del padre), elegida por la gestante, quien cumplirá un rol de apoyo práctico y emocional para esta. Dado que culturalmente el proceso de parto ha sido un tema de manejo principalmente de mujeres, se incentivará a que esta acompañante sea alguna mujer significativa para la gestante, quien idealmente haya experimentado el proceso de parto (madre, abuela, partera, puñeñelcheve, etc.). Este acompañamiento será permanente desde el ingreso hasta el puerperio inmediato, con posibilidad de mantener el acompañamiento hasta 24 horas postparto (por una mujer), la cual deberá mantener el respeto por las normas internas del establecimiento.

En el caso de la presencia de partera su rol es del acompañamiento, en el proceso.

#### 4.3. Ambiente privado que fomente la vinculación.

Se promoverá un ambiente de privacidad para la gestante, para lo cual contamos con salas de parto integrales, donde la gestante hará ingreso con trabajo de parto y se mantendrá hasta dos horas post parto junto a su hijo o hija en apego piel a piel. El equipo de salud intervendrá solo cuando sea necesario y cada una hora para realizar el control de signos vitales y obstétrico, atentos de acoger y responder a las inquietudes y requerimientos de la gestante.

Se motivará al padre y/o acompañante a tener un rol proactivo como apoyo para la mujer durante el proceso de parto, a través de la aplicación de medidas no farmacológicas como la masoterapia, el uso de balón, la contención emocional, ejercicios de respiración y el cuidado del hijo/a posterior al parto. Se favorecerá la formación de vínculos seguros entre padre-madres con su hijo/a al momento del nacimiento, evitando la interrupción y exceso de intervencionismo durante las primeras dos horas de vida del recién nacido, siempre y cuando la condición médica de la madre y del mismo lo permita.

#### 4.4. Apoyo (informativo, emocional, instrumental)

Los tipos de apoyo que se pudieran dar son tres:

##### 4.4.1. Informativo:

Informar a la mujer, pareja o acompañante la condición materna y fetal de cada etapa del proceso de trabajo de parto, parto o puerperio.

Informar a la mujer, pareja o acompañante los procedimientos que se realizarán.

Informar de Garantía GES, sobre Analgesia en el trabajo de parto y disponibilidad local del uso de analgesia inhalatoria, a petición de la parturienta (consentimiento informado).

Enfatizar que en caso de solicitar analgesia peridural, se debe avisar a medico de turno, y se debe informar a la usuaria del traslado a Curanilahue o Concepción dependiendo de la disponibilidad de anestesista.

#### 4.4.2. Emocional:

Evaluar la condición emocional de la gestante y del padre, y dar contención emocional en todo momento. En los casos donde exista riesgo vincular, se coordinará el apoyo con el equipo psicosocial del programa Chile Crece Contigo para aplicar acciones que favorezcan el vínculo de apego seguro durante el proceso de parto y puerperio. De no estar presente estas profesionales, será la matrona de turno en parto quien asuma estas funciones.

#### 4.4.3. Instrumental:

Brindar apoyo físico mediante técnicas que alivian el dolor y la incomodidad del trabajo de parto, métodos no farmacológicos de alivio del dolor, como cambios de posición, rebozo, masajes, calor local, descanso, realizar ejercicios de respiración, relajación y perineales con el balón kinésico, bajo la supervisión de personal capacitado y según tolerancia de la parturienta.

Estimular la deambulación y la adopción de diferentes posiciones para la mujer, evitando imponer según nuestro criterio como equipo de salud, tener en consideración que ante posibles complicaciones el equipo clínico puede solicitar a la usuaria adoptar alguna posición en particular.

También se promoverá el apoyo a padres y madres, en los cuidados del recién nacido/a durante el puerperio.

## **5. INGRESO A UNIDAD DE PARTOS**

### 5.1. Aspectos Generales

El ingreso a la Unidad de Atención Integral se realiza cuando la usuaria se encuentra en trabajo de parto activo.

La OMS recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación.

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 dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.

De acuerdo a nuestra realidad local se determinará que ingresaran con 4 cm de dilatación sin hacer diferencia la paridad, con membranas integra o rotas.

Asignación de 1 Unidad Integral de atención; se deberá ofrecer a todas las usuarias las dos opciones: la Unidad de Atención Integral y la Unidad de Atención Integral con pertinencia cultural Mapuche.

Las puertas de entrada pueden ser:

Desde su hogar a través de Urgencia.

Desde Hospitalización de Maternidad por indicación de matrona de turno. Desde otros centros de APS, Poli ARO y

Casa de acogida a través de la Urgencia.

## 5.2. Entrega de información a usuaria y familia

Al ingreso a la unidad de partos, el equipo de turno (Matrona/ón, Técnico de enfermería TENS y Auxiliar de servicio) se presentará a la familia gestante.

El matrán/a quien realice la primera acogida de la usuaria y su familia, procurará al menos la entrega de la siguiente información:

- Tiempos y espacios donde se desarrollará el trabajo de parto, parto y puerperio (inmediato y tardío), explicitar la posibilidad de elección de una sala de partos con pertinencia cultural.
- Posibilidad de acompañamiento de pareja y otro acompañante (mujer), las condiciones para esto y las respectivas vestimentas que serán facilitadas por el equipo.
- La disponibilidad de una sala para el acompañamiento de la familia.
- Horarios de visita.
- Insumos necesarios durante la hospitalización.
- Posibilidades de Analgesia en el parto y consentimiento para su uso.
- Factibilidad de entrega de placenta y condiciones. (Entrega de dístico)
- Factibilidad de incorporar elementos culturales mapuches en la atención del partoy recién nacido, si la familia así lo solicita.

### 5.3. Procedimientos a realizar

- Anamnesis de ingreso para la recopilación de antecedentes clínicos.
- Control de signos vitales, talla y peso (presión arterial, temperatura, saturación y pulso)
- Evaluación Obstétrica: maniobras de Leopold, medición de altura uterina, auscultación de latidos cardíacos fetales, especuloscopia (si corresponde) y tacto vaginal de ingreso
- Se deberá instalar a la usuaria al monitor cardíaco fetal al menos por 20 minutos. En el caso que la usuaria al momento de ingresar a prepartos, trae un RBNE reactivo, realizado hace menos de dos horas, se omite el registro al ingreso del preparto y se le deberá realizar un RBNE de al menos 20 minutos de duración, al momento del segundo control del preparto.
- Instalación de pulsera de identificación de la usuaria.
- Ofrecer a usuaria camisola institucional. (Opcional)
- Instalación de vía venosa permeable con llave de tres pasos. Toma de exámenes, en el caso que no venga con resultados desde APS.
- Informar respecto a analgesia y acompañamiento durante el proceso, firma de consentimientos informados y constancia GES.
- Permitir y promover el libre movimiento y deambulación de la usuaria.
- Ofrecer medidas no farmacológicas del dolor: Balón, Masajes, Tina, calor local, rebozo, Otros.
- Favorecer ambiente personalizado según requerimientos de la familia gestante, aromaterapia, elementos significativos, música, etc.
- Se ofrecerá a usuaria y familia (de cualquier origen y cultura) la posibilidad de parto con pertinencia cultural mapuche, en caso de que lo solicite deberá firmar un documento de respaldo que incluya las acciones pertinentes que solicita. (anexo 3)



## **6. TRABAJO DE PARTO:**

### 6.1. Aspectos Generales:

#### 6.1.1. Ingreso

Se considerará trabajo de parto desde el ingreso de la usuaria (con los requisitos señalados anteriormente), hasta que la dilatación del cuello uterino alcance los 10 cm y el 100% de borramiento.

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.

Un principio fundamental es la asistencia personalizada del trabajo de parto. Para esto se debe estar atento a los requerimientos de la mujer y satisfacer en forma oportuna sus demandas, por lo anterior se dejará plena libertad de posición y de expresión mientras esté en trabajo de parto, cumpliendo con ley de derecho y deberes de pacientes.

Estimular la participación activa de la pareja o acompañante, de acuerdo a las necesidades de la parturienta y de las decisiones de ambos.

Identificar tempranamente la presencia de riesgos que pudieran complicar la salud materno perinatal, de tal forma de poder brindar una atención médica oportuna y adecuada, ya sea en este hospital u otro de la red.

### 6.1.2. Acompañamiento:

Durante el periodo que dura el trabajo de parto la usuaria podrá elegir 2 acompañantes (máximo), que se mantendrán en la Unidad Integral de Atención.

Al momento del ingreso de los acompañantes, la matrona o matrócn de turno deberá explicar claramente el protocolo de acompañamiento y las condiciones de este.

Se les explicara a los acompañantes, el rol que deben cumplir y la importancia demantener una actitud de respeto en todo momento.

Los demás acompañantes deberán permanecer en la Sala de espera de familiares, Lugar donde podrán instalarse con sus insumos y se hacen responsables de su uso. Serán periódicamente informados del estado de salud de la gestante y su hijo o hija, de acuerdo a la disponibilidad de tiempo del equipo de turno.

### 6.1.3. Alimentación:

Toda usuaria en trabajo de parto se puede alimentar si ella lo desea.

Podrán ingerir aguas de hierbas ofrecidas por el servicio o traídas por familiares o acompañantes., previa firma de consentimiento informado, según protocolo existente.

Si la usuaria llega en horario no hábil, se gestionará alimentación por medio de una colación, con central de alimentación.

Se aceptará que la usuaria consuma cazuela de ave, si ella y su familia la entrega,previo acuerdo y siguiendo protocolo de alimentación actualmente implementado.

#### 6.1.4. Ambientación:

Se permitirá la reproducción de melodías y ritmos en la sala de parto integral, ya sea a través de dispositivos de música envasada, como también con acompañamiento de instrumentos musicales en vivo, por acompañantes autorizados, siempre y cuando no incomoden a otras pacientes.

Se permitirá la incorporación de elementos significativos para la mujer y su familia, como manta, aromas, u otros, previo acuerdo con equipo de salud.

Procurar que el ambiente de la sala de partos sea privado, acogedor, temperado, con luz tenue, con música o sonidos si la usuaria así lo desea.

#### 6.1.5. Medidas no farmacológicas de manejo del stress y el dolor

Se le debe ofrecer a la usuaria el uso del balón kinésico, previa educación, que explique los beneficios de este y como utilizarlo.

La Unidad de Atención Integral cuenta con una bañera para ofrecer a las usuarias (lo que no tiene la Unidad con pertinencia cultural). Esta se debe ofrecer a las pacientes desde los 5 cms de dilatación para un buen progreso del trabajo de parto. La paciente debe dejar la bañera si tiene sensación de pujo o se encuentra con dilatación mayor o igual 8 cms.

Para el uso de Bañera no existe contraindicación en usuarias con membranas rotas menor a 12 horas ni portadora de Estreptococo Grupo B (SGB). No se debe utilizar en caso de múltiparas (5 o más partos vaginales), cervicorragia, sin set de exámenes completo (2doVIH y 3er RPR).

Se debe preparar la bañera con agua tibia a gusto de la usuaria, y existirá en el servicio ropa adecuada para esta actividad, como así también bata, toalla y camisola seca para salir de ella. Una vez tomada la decisión de cuál de las salas de parto se utilizará, no se podrá cambiar de Unidad Integral.

Estarán permitidas al interior de las Unidades de Atención Integral el uso de otras medidas no farmacológicas, como masajes, guatero de semillas, balón, rebozo, entre otros.

## 6.2. Procedimientos

### 6.2.1. Control de signos vitales:

Se realizará control de seguimiento del trabajo de parto cada 1 hora de acuerdo a la normativa vigente, donde deberá evaluarse:

- Presión Arterial: se deberá tomar la presión arterial, sin contracción uterina.
- Pulso: Se debe controlar pulso materno, sin contracción uterina.
- Saturometría: se debe controlar sin contracción uterina.
- Posición materna: consignar el tipo de posición en la que se encuentra la usuaria, durante su trabajo de parto (sentada, deambula, lateralizada, genupectoral, vertical, balón, etc.)
- LCF: Auscultación de latidos cardíacos fetales horarios.
- Dinámica uterina: Se debe realizar de forma manual, durante 10 minutos cada 2 horas.
- Dolor: se debe evaluar el nivel de dolor, por medio de la aplicación de la escala de EVA.
- Líquido amniótico: Consignar las características del líquido amniótico (tiempo de rotura de membranas, color y cantidad).
- Analgesia: Consignar tipo de analgesia.

### 6.2.2. Monitorización fetal intraparto – Registro Estresante

Durante todo el trabajo de parto fisiológico, la monitorización es intermitente, dependiendo de la progresión de la usuaria y criterios clínicos, se podrá realizar 1 monitoreo (además del ingreso), en el momento que determine la profesional matrona a cargo según criterios clínicos de cada usuaria, excepto en casos que el profesional considere estrictamente necesario.

Se sugiere que si tiene monitoreo de ingreso, se realice monitorización de al menos 20 minutos luego de 3 a 4 horas del monitoreo de ingreso, en un trabajo de parto fisiológico.

### 6.2.3. Tactos vaginales

La OMS, recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.

Se establece como criterio general idealmente no más de 4 tactos vaginales durante todo el trabajo de parto, en caso contrario se deberá realizar prevención de endometritis según protocolo local. Recomendación 1 gr Cefazolina c/8 horas hasta el parto, en caso de alergia avisar a médico para cambio de esquema.

### Administración Antibióticos

La OMS No recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones.

Realizar profilaxis de estreptococo grupo B, según protocolo.

## 7. **ATENCION DEL EXPULSIVO**

### 7.1. Aspectos Generales

La OMS recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del período expulsivo.

- El período expulsivo es el período 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 período 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. De acuerdo a normativa provincial se debe solicitar evaluación médica a los 30 minutos de expulsivo.

Cuando la usuaria este “completa” es decir con condiciones de cuello uterino borrado al 100%, dilatación del mismo de 10 cms y deseo espontaneo de pujo, se procederá primeramente a informar de esta situación a la parturienta y acompañantes en sala. Si los tiempos lo permiten, alguien del equipo informara también a los familiares de la sala de acompañamiento.

Quedaran dentro de la Unidad de Atención Integral el o los acompañantes que la mujer haya elegido para este momento.

Sera de libre elección la posición que la gestante ocupara para poder tener a su hijo o hija, según las disponibilidades de la sala en que se encuentre (cuclillas, parto vertical, parto en taburete, de cuatro puntos, rodillas, de pie, etc.)

Reconocer y respetar el reflejo de expulsión fetal, el cual se expresa por una necesidad imperiosa de pujar en un momento dado y que la mujer no puede controlar, (la asistencia de un parto fisiológico no debe interferir este reflejo).

No dirigir el pujo, la mujer debe pujar sin estimularla y lo hará por el estímulo fisiológico de la contracción uterina y la presión de la cabeza fetal sobre el piso pelviano, el cual es mayor en posición vertical.

Depende de la condición materna y fetal, si el criterio médico variar a un manejo más activo, esto solo si la condición lo amerita, donde la valoración intermitente de los latidos cardiorfetales determinara dicha condición. (Situación de urgencia obstétrica)

## 7.2. Procedimientos: Asistencia de parto

Preparación del campo obstétrico: aseo del periné con agua tibia.

La/el profesional que asistirá el parto, procede lavado quirúrgico de manos y atención de parto con técnica estéril.

Todo el personal del sector debe ceñirse por las normas vigentes que rigen el funcionamiento de la sala de parto.

Mantener luz tenue en sala de parto, ambiente de respeto y silencio (música solo si la usuaria está de acuerdo).

Favorecer intimidad, evitar exceso de personal en la sala de partos. No ubicarse delante de la usuaria visualizando los genitales, solo el matrn o matrona se ubica por delante, el resto del equipo en los costados o detrs.

Se deben evaluar los siguientes parmetros:

- Estado general de la mujer
- Signos vitales solo en casos de sospecha de complicaciones
- Características de las contracciones y eficacia de los pujos.
- LCF según evolución, cada 15 min si FCF normal.
- Progreso del descenso y rotación de la presentación.
- Evitar la realización de amniotomía de rutina, se realizará solo si las condicionesfetales así lo requieren.

Se sugiere la aplicación de compresas tibias sobre el periné en el período expulsivo.Recordar que cuando la presentación corona, ésta emerge gradualmente con cada contracción uterina, se debe proteger el periné siempre, favoreciendo el cuidado del piso pélvico.

Evitar la realización de episiotomía, Realizar solo si es estrictamente necesaria; si no está con anestesia peridural realizar infiltración de anestesia local (Lidocaína al 2%).

Una vez que emerge la cabeza fetal, evaluar la presencia de circulares de cordón, reducir las si es posible, de lo contrario cortar de inmediato el cordón.

Limpiar las secreciones que acompañan la expulsión de la cabeza fetal, con una compresa, suavemente.

Esperar la siguiente contracción para que sea expulsado el resto del cuerpo fetal, no rotar ni traccionar, favorecer la expulsión fisiológica.

### 7.3. Procedimientos: Nacimiento del Recién nacido/a

En el momento del nacimiento, se limpia suavemente con una compresa la cara y boca del recién nacido y se deja de inmediato sobre el vientre materno en contacto piel a piel, luego será cubierto con paños secos y tibios, indicándole a la madre y/o padre que lo sequen y lo cubran. Simultáneamente la matrona a cargo estimulará al RN (solo si es necesario), evaluará el Apgar y se mantendrá atenta/a ante eventual necesidad de maniobras de asistencia neonatal.

Se permitirá que sea el padre, acompañante o la misma mujer, quien realice el corte de cordón umbilical del recién nacido (a). Este corte se realizará a los 3 minutos de vida o una vez que deje de latir el cordón umbilical, dejando de una longitud de 2 cm, excepto en los niños o niñas mapuche en quienes el cordón podrá tener mayor longitud, según solicitud de la familia. En el caso de niños y niñas mapuche se sugiere además del clamp, realizar una atadura en la punta de este con cordón rojo, el cual estará disponible en nuestro servicio.

El corte y clampeo del cordón umbilical será inmediato en caso de indicaciones absolutas, como Rh negativo sensibilizado, RN de madre con VIH positivo, RN no vigoroso, u otras situaciones clínicas en que el profesional a cargo lo estime necesario.

Se tomará examen de Grupo y RH y Coombs directo de cordón.

Solicitar evaluación médica si la condición materna perinatal lo amerita.

Se favorecerá luz tenue, un ambiente de respeto y silencio, ya que en el momento del nacimiento y durante la primera hora de vida se produce el enamoramiento entre el binomio y marca el vínculo entre la madre y su hijo o hija para toda la vida.

La matrona o matrn evaluará el apgar sin realizar intervencin en el momento del piel a piel y mantendr una actitud expectante y de respeto en este proceso, mientras espera el alumbramiento.



Instalación de brazalete de identificación de recién nacido, mientras se encuentra piela piel, de manera suave, sin mayor intervención e informándole a los padres.

## 8. **ALUMBRAMIENTO**

### 8.1. Aspectos Generales:

Durante la manipulación de la placenta, mantener una actitud de respeto permanente, por la connotación espiritual que esta tiene para la cultura mapuche.

La OMS recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento, indicando que la oxitocina (10 UI,IM/IV) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP).

#### Procedimientos

- Realizar alumbramiento dirigido según protocolo local.
- Se recomienda: Colocar una pinza kocher en el cordón umbilical a nivel de la horquillavulvar para evaluar signos de desprendimiento placentario.
- Mantener actitud de respeto y expectante, Evaluar pérdida de sangre.
- La placenta se exterioriza por su propio peso, siendo recibida por quien asiste el proceso, quién la hace rotar sin traccionar sobre sí misma, para exteriorizar las membranas.
- Efectuar reconocimiento cuidadoso de la integridad placentaria y de los anexos ovulares (integridad, malformaciones, quistes, número de vasos del cordón). Mostrar a la mujer si así lo desea.
- Debe ser entregada a la TENS para ser pesada y consignar este dato en la ficha clínica.
- En caso de solicitud de placenta por parte de la usuaria se debe examinar, pesar, poner en bolsa plástica y luego dejar en un cooler disponible para estas situaciones, acompañado por 2 unidades refrigerantes. Este cooler debe quedar rotulado con; nombre de la usuaria, contenido y peso y se dejará guardado en sala de placentas, hasta que sea retirado, según protocolo local.
- Inmediatamente post salida de la placenta se debe tomar la presión arterial a la usuaria, solicitar

- a una TENS dicho procedimiento, y de acuerdo al resultado continuar conducta correspondiente.
- Efectuar reconocimiento de la integridad del canal del parto.
  - Si la situación lo amerita, realizar sutura de episiotomía o lesión genital (desgarros y/o fisuras sangrantes), previa infiltración de Lidocaína al 2%.
  - Informar a la mujer y su pareja o acompañante sobre signos o síntomas esperados en este período y procedimiento a realizar en caso de sutura.
  - Realizar aseo genital, solo con agua, luego ubicar en cama a ambos, manteniendo el contacto piel a piel, favoreciendo la lactancia precoz, para dar inicio a la vigilancia del puerperio inmediato.
  - Si transcurrido 30 minutos después del parto no ha ocurrido el alumbramiento, se debe solicitar evaluación médica.
  - Comprobar el desprendimiento de la placenta con suave presión del fondo uterino através del abdomen.

Avisar a medico de turno

Siempre que la condición materna o neonatal salga de los parámetros fisiológicos, en estos casos la asistencia variará de expectante a activa, para dar atención oportuna, segura y de calidad. Aportando con manejo clínico biomédico que favorezca el bienestar materno fetal. De acuerdo a dicha evaluación se puede requerir otros procedimiento y eventual traslado.

## **9. PUERPERIO INMEDIATO:**

### 9.1. Aspectos Generales:

La OMS recomienda mantener al recién nacido sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con su madre durante la primera hora después del nacimiento para prevenirla hipotermia y promover la lactancia.

Mantener un ambiente de respeto e intimidad a favor de la madre, el padre y su recién nacido/a (apego), idealmente de 2 horas.

En el período post-parto inmediato se vigila atentamente el proceso de recuperación de la mujer y los signos que aseguran la normalización del proceso. (Signos vitales, retracción uterina, sangrado).

Los procedimientos en este periodo deben realizarse con el mayor respeto, silencio, sigilo y rapidez, procurando no interrumpir la lactancia y el proceso de bonding del recién nacido-madre /padre.

## 9.2. Procedimientos:

### 9.2.1. Cuidados de la Puérpera:

- Control de pulso, presión arterial, saturación 10 minutos post control de alumbramiento y luego cada 30 minutos por 2 horas (5 controles) en condiciones fisiológicas.
- Observación permanente de signos generales: calor, humedad de la piel, grado de conciencia y conexión con el ambiente, sensación de bienestar y confort.
- Valoración de retracción uterina, sangrado genital cada 30 minutos por dos horas.
- Evaluar estado de episiorrafia o sutura.
- Solicitar evaluación médica ante la sospecha o presencia de alteraciones.
- Luego de haber cumplido los 5 controles de puérpera, en buenas condiciones, la usuaria estaría en condiciones de ser trasladada a sala junto a su recién nacido, posterior a la evaluación médica de este.
- Realizar aseo genital con agua, cambio de apósito y camisola, favoreciendo el confort de la usuaria.
- Indicar analgésicos y/o medidas físicas para alivio del dolor genital, según presencia de edema o sutura. Control EVA Cada 30 min.

### 9.2.2. Cuidados del recién nacido/a:

Controlar cada 30 minutos; estado general, tono, saturación, frecuencia cardíaca, temperatura, orina y deposiciones.

El recién nacido debe ser evaluado por el médico de turno a través de examen físico general y segmentario antes de su traslado a sala de hospitalización a las dos horas de vida.

Luego de completado el tiempo de apego la matrona o matró n le realizará la atención de recién nacido, se ofrecerá realizar en compañía del padre o persona significativa:

- Antropometría: Peso, talla, circunferencia craneana
- Profilaxis con vitamina K, fitoquinona 1mg/ IM. En pierna derecha.
- Aseo ocular y profilaxis con Cloranfenicol 0,5 mg Vía Oftálmica, una gota en cada ojo, por una vez.
- Aseo de cordón umbilical con alcohol 70%
- Remoción suavemente de unto, solo si existiera en exceso.
- Vacuna Hepatitis B IM en Pierna izquierda. En caso de RN menor de 2000 gr inestable, se debe diferir hasta indicación médica.
- Muda y vestimenta.

## 10. **PUERPERIO MEDIATO**

### 10.1 Aspectos Generales

Se considera Puerperio Mediato al periodo comprendido desde el fin del puerperio inmediato (2 horas post parto) y el alta médica al hogar, que debiera hacerse efectiva 48hrs. post parto normal, con evolución de puerperio fisiológico para la madre y el recién nacido según indicación médica.

Este periodo se lleva a cabo en las salas de hospitalización del 3º piso, donde se trasladará a la usuaria, el recién nacido y se le asignará una Unidad de Hospitalización, en habitaciones compartidas, que constará de: 1 cama, 1 velador, 1 silla y 1 cuna.

Durante las primeras 24 hrs post parto (vaginal o cesárea) se permitirá el acompañamiento de 1 persona significativa de sexo femenino para la usuaria, quien podrá estar en silla al lado de la cama, acompañando y ayudando en los cuidados iniciales del recién nacido, además de la visita en los horarios habituales.

Posterior a estas 24 hrs post parto, la usuaria podrá recibir visitas en forma normal, de acuerdo al reglamento para visitas del establecimiento.

Desde la primera comida post parto, normada por la central de alimentación (desayuno, almuerzo, once o cena) se permitirá a la puérpera alimentarse con una cazuela o sopa, preparada por sus familiares, de acuerdo a la cultura familiar.

Respecto a la alimentación, consultar protocolo de alimentación y ley local.

Se respetarán las enseñanzas e instrucciones entregadas por la familia o partera en relación con la técnica de lactancia y cuidados del recién nacido

Se respetará la decisión de la usuaria y familia en relación con dar pequeñas dosis (gotas o 1 cucharadita) de agua hervida, la cual debe ser solicitada en maternidad y será entregada por sedile en contenedor estéril (hasta 10 ml).

El equipo de salud debe conocer y validar algunas medidas utilizadas cotidianamente por mujeres mapuches para prevenir el "sobreparto", tales como, cubrirse la cabeza, evitar la ducha y lavado de pelo con agua directa sobre el cuerpo y los cambios bruscos de temperatura.

Ante cualquier inquietud o consulta que se presente para el equipo de salud o para la mujer o su familia, el equipo debe tomar contacto con la facilitadora intercultural en primer lugar o con el equipo de la subunidad de salud sexual y reproductiva.

El equipo de turno deberá estar atentos en todo momento, para brindar respuesta a las necesidades de la madre y del recién nacido.

## 10.2. Procedimientos

- Al ingreso a la sala de hospitalización, el equipo debe realizar control completo de la puérpera (estado general, presión, temperatura axilar, pulso, saturometría, estado mamas, retracción uterina, estado de episiorrafia o sutura si corresponde, valorar sangrado, diuresis, deposiciones) y del recién nacido (estado general, temperatura, saturometría, estado cordón umbilical, succión, tono, orina y deposiciones).
- Este control se repetirá cada 8 horas, es decir a las 14 hrs, 22 hrs y 06 hrs, mientras dure la hospitalización, al menos que cambie la condición de fisiología.
- Control del dolor según escala EVA en todos los controles de signos vitales.
- Cada 6 hrs se realizará la limpieza de cordón umbilical del recién nacido, por técnica de enfermería de sala, con alcohol al 70% y técnica aséptica.
- La puérpera recibirá diariamente la visita y evaluación del médico a cargo de la sala, quien entregará indicaciones específicas de acuerdo al estado de salud de cada usuaria.
- Se realizará un aseo parcial segmentario a todos los recién nacidos durante el primer día de vida, siempre y cuando la madre este de acuerdo, el cual consiste en remoción del unto sebáceo, lavado de pelo y educación a la madre. (no es por inmersión)
- Se tomará examen de recuento globular y VDRL a todas las puérperas, al cumplir 24hrs. post parto.
- Se tomará muestra de examen de TSH –PKU a todos los recién nacidos mayores a 37 semanas gestación entre las 40 y las 48 hrs de vida. En los recién nacidos prematuros de 36-37 semanas solo se tomará a los 7 días de vida y en caso de menores a 36 semanas se tomará a los 7 y 15 días de vida.

- Se tomarán exámenes adicionales a los mencionados, solo si la condición médica de la puérpera o recién nacido lo ameriten, de acuerdo a indicación médica.
- Se realizará la Vacuna BCG durante la hospitalización en dosis 0.05 ml por vía intradérmica.
- El recién nacido debe ser examinado por el médico de Pediatría antes de su alta.
- Al alta, el equipo de salud deber dejar coordinadas horas de control, exámenes complementarios e interconsultas si existieran, entregar ajuar, realizar educaciones pertinentes y fomentar el cuidado del binomio y la lactancia materna exclusiva