

3. Norma técnica para la atención del parto

Tabla de Contenido

| | |
|--|---|
| 1. Justificación | 3 |
| 2. Definición | 3 |
| 3. Objetivos | 3 |
| 3.1 General | 3 |
| 3.2 Específicos | 3 |
| 4. Población objeto | 3 |
| 5. Características del servicio | 3 |
| 5.1 Admisión de la gestante en trabajo de parto | 3 |
| 5.1.1 Elaboración de la historia clínica completa | 3 |
| 5.1.2 Examen físico. | 3 |
| 5.1.3 Solicitud de exámenes paraclínicos. | 4 |
| 5.1.4 Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas. | 4 |
| 5.2 Atención del primer periodo del parto (dilatación y borramiento). | 4 |
| 5.3 Atención del segundo periodo del parto (expulsivo) | 5 |
| 5.3.1 Pinzamiento del cordón umbilical. | 6 |
| 5.4 Atención del alumbramiento | 6 |
| 5.5 Atención del puerperio inmediato | 7 |
| 5.6 Atención durante el puerperio mediano | 7 |

| | |
|--|----|
| 5.7 Atención para la salida de la madre y su neonato. | 7 |
| 6. Flujograma | 9 |
| 7. Bibliografía | 10 |

3. Norma técnica para la atención del parto

Tabla de Contenido

| | |
|---|-----|
| 1. Introducción | 11 |
| 2. Objetivos | 12 |
| 3. Alcance | 13 |
| 4. Definiciones | 14 |
| 5. Descripción de la atención del parto | 15 |
| 5.1. Evaluación de la mujer en el parto | 15 |
| 5.2. Evaluación de la mujer en el parto | 16 |
| 5.3. Evaluación de la mujer en el parto | 17 |
| 5.4. Evaluación de la mujer en el parto | 18 |
| 5.5. Evaluación de la mujer en el parto | 19 |
| 5.6. Evaluación de la mujer en el parto | 20 |
| 5.7. Evaluación de la mujer en el parto | 21 |
| 5.8. Evaluación de la mujer en el parto | 22 |
| 5.9. Evaluación de la mujer en el parto | 23 |
| 5.10. Evaluación de la mujer en el parto | 24 |
| 5.11. Evaluación de la mujer en el parto | 25 |
| 5.12. Evaluación de la mujer en el parto | 26 |
| 5.13. Evaluación de la mujer en el parto | 27 |
| 5.14. Evaluación de la mujer en el parto | 28 |
| 5.15. Evaluación de la mujer en el parto | 29 |
| 5.16. Evaluación de la mujer en el parto | 30 |
| 5.17. Evaluación de la mujer en el parto | 31 |
| 5.18. Evaluación de la mujer en el parto | 32 |
| 5.19. Evaluación de la mujer en el parto | 33 |
| 5.20. Evaluación de la mujer en el parto | 34 |
| 5.21. Evaluación de la mujer en el parto | 35 |
| 5.22. Evaluación de la mujer en el parto | 36 |
| 5.23. Evaluación de la mujer en el parto | 37 |
| 5.24. Evaluación de la mujer en el parto | 38 |
| 5.25. Evaluación de la mujer en el parto | 39 |
| 5.26. Evaluación de la mujer en el parto | 40 |
| 5.27. Evaluación de la mujer en el parto | 41 |
| 5.28. Evaluación de la mujer en el parto | 42 |
| 5.29. Evaluación de la mujer en el parto | 43 |
| 5.30. Evaluación de la mujer en el parto | 44 |
| 5.31. Evaluación de la mujer en el parto | 45 |
| 5.32. Evaluación de la mujer en el parto | 46 |
| 5.33. Evaluación de la mujer en el parto | 47 |
| 5.34. Evaluación de la mujer en el parto | 48 |
| 5.35. Evaluación de la mujer en el parto | 49 |
| 5.36. Evaluación de la mujer en el parto | 50 |
| 5.37. Evaluación de la mujer en el parto | 51 |
| 5.38. Evaluación de la mujer en el parto | 52 |
| 5.39. Evaluación de la mujer en el parto | 53 |
| 5.40. Evaluación de la mujer en el parto | 54 |
| 5.41. Evaluación de la mujer en el parto | 55 |
| 5.42. Evaluación de la mujer en el parto | 56 |
| 5.43. Evaluación de la mujer en el parto | 57 |
| 5.44. Evaluación de la mujer en el parto | 58 |
| 5.45. Evaluación de la mujer en el parto | 59 |
| 5.46. Evaluación de la mujer en el parto | 60 |
| 5.47. Evaluación de la mujer en el parto | 61 |
| 5.48. Evaluación de la mujer en el parto | 62 |
| 5.49. Evaluación de la mujer en el parto | 63 |
| 5.50. Evaluación de la mujer en el parto | 64 |
| 5.51. Evaluación de la mujer en el parto | 65 |
| 5.52. Evaluación de la mujer en el parto | 66 |
| 5.53. Evaluación de la mujer en el parto | 67 |
| 5.54. Evaluación de la mujer en el parto | 68 |
| 5.55. Evaluación de la mujer en el parto | 69 |
| 5.56. Evaluación de la mujer en el parto | 70 |
| 5.57. Evaluación de la mujer en el parto | 71 |
| 5.58. Evaluación de la mujer en el parto | 72 |
| 5.59. Evaluación de la mujer en el parto | 73 |
| 5.60. Evaluación de la mujer en el parto | 74 |
| 5.61. Evaluación de la mujer en el parto | 75 |
| 5.62. Evaluación de la mujer en el parto | 76 |
| 5.63. Evaluación de la mujer en el parto | 77 |
| 5.64. Evaluación de la mujer en el parto | 78 |
| 5.65. Evaluación de la mujer en el parto | 79 |
| 5.66. Evaluación de la mujer en el parto | 80 |
| 5.67. Evaluación de la mujer en el parto | 81 |
| 5.68. Evaluación de la mujer en el parto | 82 |
| 5.69. Evaluación de la mujer en el parto | 83 |
| 5.70. Evaluación de la mujer en el parto | 84 |
| 5.71. Evaluación de la mujer en el parto | 85 |
| 5.72. Evaluación de la mujer en el parto | 86 |
| 5.73. Evaluación de la mujer en el parto | 87 |
| 5.74. Evaluación de la mujer en el parto | 88 |
| 5.75. Evaluación de la mujer en el parto | 89 |
| 5.76. Evaluación de la mujer en el parto | 90 |
| 5.77. Evaluación de la mujer en el parto | 91 |
| 5.78. Evaluación de la mujer en el parto | 92 |
| 5.79. Evaluación de la mujer en el parto | 93 |
| 5.80. Evaluación de la mujer en el parto | 94 |
| 5.81. Evaluación de la mujer en el parto | 95 |
| 5.82. Evaluación de la mujer en el parto | 96 |
| 5.83. Evaluación de la mujer en el parto | 97 |
| 5.84. Evaluación de la mujer en el parto | 98 |
| 5.85. Evaluación de la mujer en el parto | 99 |
| 5.86. Evaluación de la mujer en el parto | 100 |
| 5.87. Evaluación de la mujer en el parto | 101 |
| 5.88. Evaluación de la mujer en el parto | 102 |
| 5.89. Evaluación de la mujer en el parto | 103 |
| 5.90. Evaluación de la mujer en el parto | 104 |
| 5.91. Evaluación de la mujer en el parto | 105 |
| 5.92. Evaluación de la mujer en el parto | 106 |
| 5.93. Evaluación de la mujer en el parto | 107 |
| 5.94. Evaluación de la mujer en el parto | 108 |
| 5.95. Evaluación de la mujer en el parto | 109 |
| 5.96. Evaluación de la mujer en el parto | 110 |
| 5.97. Evaluación de la mujer en el parto | 111 |
| 5.98. Evaluación de la mujer en el parto | 112 |
| 5.99. Evaluación de la mujer en el parto | 113 |
| 5.100. Evaluación de la mujer en el parto | 114 |

1. Justificación

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

2. Definición

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato.

3. Objetivos

3.1 General

Disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la mujer y del producto del embarazo y optimizar el pronóstico de los mismos a través de la oportuna y adecuada atención intrahospitalaria del parto.

3.2 Específicos

- ❖ Disminuir las tasas de morbilidad materna y perinatales.
- ❖ Disminuir la frecuencia de encefalopatía hipóxica perinatal y sus secuelas.
- ❖ Reducir y controlar complicaciones del proceso del parto.
- ❖ Prevenir la hemorragia postparto.

4. Población objeto

Las beneficiarias de ésta norma son todas las mujeres gestantes que se encuentran en trabajo de parto afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado.

5. Características del servicio

La codificación de éste procedimiento en la Resolución 365 CUPS corresponde al Parto asistido manualmente 73.5.

5.1 Admisión de la gestante en trabajo de parto

Si la gestante tuvo control prenatal, solicitar y analizar los datos del carné materno.

5.1.1 Elaboración de la Historia Clínica completa

- ❖ Identificación.
- ❖ Motivo de consulta y anamnesis.
 - Fecha probable del parto.
 - Iniciación de las contracciones.
 - Percepción de movimientos fetales.
 - Expulsión de tapón mucoso y ruptura de membranas.
 - Sangrado.
- ❖ Antecedentes.
 - Personales: Patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos y farmacológicos.
 - Familiares.

5.1.2 Examen Físico

- ❖ Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación.
- ❖ Toma de signos vitales.
- ❖ Revisión completa por sistemas.

- ❖ Número de fetos.
- ❖ Estado de las membranas.
- ❖ Pelvimetría.

5.1.3 Solicitud de exámenes paraclínicos

- ❖ VDRL.
- ❖ Hemoclasificación, si la gestante no tuvo control prenatal.

5.1.4 Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas

- ❖ Biológicos.
 - Primigestante adolescente (<16 años).
 - Primigestante Mayor (>35 años).
 - Gran múltipara (más de 4 partos).
 - Historia obstétrica adversa.
 - Antecedente de cirugía uterina (cesárea previa o miomectomía).
 - Edad gestacional no confiable o no confirmada.
 - Ausencia de control prenatal.
 - Edad gestacional, pretérmino o prolongado.
 - Paraclínicos o ecografías con hallazgos anormales.
 - Fiebre.
 - Hipertensión arterial.
 - Edema o Anasarca.
 - Disnea.
 - Altura uterina mayor a 35 cm o menor a 30 cm.
 - Embarazo múltiple.
 - Taquicardia o bradicardia fetal.
 - Distocia de presentación.
 - Prolapso de cordón.
 - Obstrucciones del canal del parto.

- Presencia de condiloma.
- Sangrado genital.
- Ruptura de membranas.
- Líquido amniótico meconiado.

- ❖ Psico-sociales.
 - Inicio tardío del control prenatal.
 - Falta de apoyo social, familiar o del compañero.
 - Tensión emocional.
 - Alteraciones de la esfera mental.
 - Dificultades para el acceso a los servicios de salud.

La presencia de factores de riesgo condicionarán la necesidad de una remisión a un centro de mayor complejidad, si el momento del trabajo de parto lo permite. En la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión, asegurando su ingreso en el otro organismo de referencia.

Las actividades realizadas en la fase de admisión deben permitir definir si la gestante se encuentra en verdadero trabajo de parto o si por el contrario, se halla aún en el preparto. Si la conclusión es que no se encuentra en trabajo de parto, es preciso evaluar las condiciones de accesibilidad de las mujeres al servicio y en consecuencia indicar deambulación y un nuevo examen, según criterio médico, en un período no superior a dos horas. En caso contrario se debe hospitalizar.

5.2 Atención del primer periodo del parto (dilatación y borramiento)

Una vez decidida la hospitalización, se le explica a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe hacerse énfasis en el apoyo psicológico a fin de tranquilizarla y obtener su colaboración.

Posteriormente, se procede a efectuar las siguientes medidas:

- ❖ Canalizar vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente Lactato de Ringer o Solución de Hartmann. Debe evitarse dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del Recién Nacido.
- ❖ Tomar signos vitales a la madre cada hora: Frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.
- ❖ Iniciar el registro en el partograma y si se encuentra en fase activa, trazar la curva de alerta.
- ❖ Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en el partograma.
- ❖ Evaluar la fetocardia en reposo y postcontracción y registrarlas en el partograma.
- ❖ Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. Consignar en el partograma los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de presentación. Si las membranas están rotas, se debe evitar en lo posible el tacto vaginal.

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

La amniotomía no tiene indicación como maniobra habitual durante el trabajo de parto.

Cuando la curva de alerta registrada en el partograma sea cruzada por la curva de progresión (prolongación anormal de la dilatación), debe hacerse un esfuerzo por encontrar y corregir el factor causante. Los factores causantes de distocia en el primer período del parto, pueden dividirse en dos grandes grupos:

- ❖ **Distocia mecánica:** en la mayoría de los casos hace referencia a la desproporción cefalo-

pélvica. Si la gestante no progresa significativamente luego de la prueba de encajamiento y existe la sospecha de desproporción cefalo-pélvica, se debe remitir a la gestante a un nivel de mayor complejidad

- ❖ **Distocia dinámica:** En este caso, los factores afectan el mecanismo de la contracción en presencia de una relación cefalo-pélvica adecuada. Los factores que se deben descartar son: Mal control del dolor, Hipodinamia uterina, Deshidratación y Infección amniótica. El tratamiento a instaurar deberá corregir el factor identificado. Si luego de aplicadas las medidas correctivas, no se logra progresión, se debe evaluar la capacidad resolutive de la institución y en caso necesario remitir a un nivel de mayor complejidad.

5.3 Atención del segundo periodo del parto (expulsivo)

El descenso y posterior encajamiento de la presentación, son fenómenos relativamente tardíos en relación con la dilatación cervical; esta circunstancia es particularmente válida en las primíparas más que en las multíparas. Por otro lado, estas últimas tienden a exhibir mayores velocidades de dilatación y descenso. Durante este período es de capital importancia el contacto visual y verbal con la gestante a fin de disminuir su ansiedad; así como la vigilancia estrecha de la fetocardia.

Inicialmente es preciso evaluar el estado de las membranas, si se encuentran íntegras, se procede a la amniotomía y al examen del líquido amniótico.

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

Si el líquido amniótico se encuentra meconiado y si no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión, si estas son favorables la gestante deberá ser remitida al nivel de mayor complejidad bajo cuidado médico.

Actualmente no se indica la episiotomía de rutina y sólo debe practicarse a juicio del médico.

En caso de mortinato, remitir con la placenta a patología para estudio anatomopatológico

La atención del recién nacido debe hacerse de acuerdo con la Norma Técnica para la Atención del Recién Nacido.

5.3.1 Pinzamiento del cordón umbilical.

Tabla 1. Tipos de Pinzamiento del cordón Umbilical

| <i>Habitual</i> | <i>Inmediato</i> | <i>Precoz</i> | <i>Diferido</i> |
|--|--|---|---|
| <p>Las condiciones clínicas que indican el pinzamiento habitual del cordón son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Interrupción de la palpación de las arterias umbilicales ❖ Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical ❖ Satisfactoria perfusión de la piel | <p>Las condiciones clínicas que indican el pinzamiento inmediato del cordón son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Placenta previa o abruptio, para interrumpir la pérdida de sangre del recién nacido | <p>Las condiciones clínicas que indican el pinzamiento precoz del cordón son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Recién nacidos hijos de madres toxémicas o diabéticas, para reducir el riesgo de poliglobulia ❖ Izoinmunización materno-fetal ❖ Miastenia gravis para disminuir el paso de anticuerpos maternos | <p>Las condiciones clínicas que indican el pinzamiento diferido del cordón son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Prolapso y procidencia del cordón ❖ Parto en presentación de pelvis ❖ Ruptura prolongada de membranas |
| Realizar entre 1 y 2 minutos después del nacimiento | Realizar inmediatamente | Realizar entre 30 segundos y 1 minuto después del nacimiento | Realizar con posterioridad a los dos minutos después del nacimiento |

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

5.4 Atención del alumbramiento

Generalmente la placenta se desprende de la pared uterina y se expulsa de manera espontánea. La atención en este período comprende:

Esperar a que se presenten los signos de desprendimiento de la placenta para traccionar el cordón. Estos signos son:

- ❖ Contracción del fondo uterino.
- ❖ Formación del globo de seguridad.
- ❖ Expulsión súbita de sangre por genitales.
- ❖ Descenso de la pinza señal (descenso del cordón umbilical).
- ❖ Reparición de contracciones dolorosas.

- ❖ Palpación de la placenta en la vagina.
- ❖ Signo del pescador: tracción leve del cordón para valorar el descenso del fondo uterino si no ha ocurrido el desprendimiento.
- ❖ Signo del pistón: Tracción cefálica del segmento para valorar el ascenso del cordón cuando no ha ocurrido el desprendimiento.

Al visualizar la placenta, se toma con las dos manos, se inicia un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa.

Es importante tener en cuenta que durante este período del parto ocurre el mayor número de complicaciones graves y eventualmente fatales, por lo que este proceso debe vigilarse estrechamente.

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

Normalmente el útero se contrae adecuadamente una vez ha ocurrido el alumbramiento, pero se administra una infusión I.V. de 5-10 Unidades de Oxitocina diluidas en 500 o 1.000 cc de Cristaloideos para prevenir la hemorragia postparto por atonía uterina. Se considera normal una pérdida de 500 cc de sangre luego del parto vaginal normal.

Aplicar el DIU postparto si la madre lo ha elegido. Éste debe aplicarse antes de la episiorrafia o de la sutura de un desgarro perineal; si no es posible se hará dentro de las primeras 48 horas del postparto.

Suturar desgarros de cuello y/o perineales y episiorrafia en forma anatómica por planos, con materiales sintéticos absorbibles, y sin dejar espacios muertos o hemorragia activa.

El médico que atiende el parto debe diligenciar la historia clínica materna y del recién nacido, el certificado de nacido vivo y el carné materno

5.5 Atención del puerperio inmediato

Este período comprende las dos primeras horas postparto. Durante éste, se producen la mayoría de hemorragias por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- ❖ Signos vitales maternos
- ❖ Globo de seguridad
- ❖ Sangrado genital

- ❖ Episiotomía para descartar la formación de hematomas.

Si no se producen alteraciones en este período, la madre debe trasladarse al sector de alojamiento conjunto y allí se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda.

En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutoria de la institución y si es necesario deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia.

5.6 Atención durante el puerperio mediato

Este período comprende desde las primeras 2 hasta las 48 horas postparto. Las siguientes acciones deben incluirse durante este período, además de las acciones descritas en el puerperio inmediato:

- ❖ Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.
- ❖ Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia, infección puerperal, taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- ❖ Deambulación temprana.
- ❖ Alimentación adecuada a la madre.

Si no se han presentado complicaciones se puede dar de alta a la madre con su recién nacido.

5.7 Atención para la salida de la madre y su neonato

En esta fase es preciso dar información a la madre sobre:

- ❖ Medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido.
- ❖ Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en

área perineal, vómito, diarrea. En caso de presentarse alguno de ellos debe regresar a la institución.

- ❖ Importancia de la lactancia materna exclusiva.
- ❖ Puericultura básica.
- ❖ Alimentación balanceada adecuada para la madre.
- ❖ Informar, dar consejería y suministrar el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en la Norma Técnica de Atención para Planificación familiar en Hombres y Mujeres.

- ❖ Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento y desarrollo y vacunación.
- ❖ Estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
- ❖ Entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata.

La gestante debe egresar con una cita médica ya establecida a fin de controlar el puerperio después de los primeros 7 días del parto.

2.6 Atención durante el puerperio inmediato

El puerperio inmediato es el período que transcurre desde el parto hasta las primeras 24 horas posteriores. Durante este tiempo, la mujer y el recién nacido están en riesgo de complicaciones que pueden ser prevenidas mediante una atención adecuada.

El objetivo principal de la atención durante el puerperio inmediato es garantizar la salud física y emocional de la mujer y del recién nacido.

Las actividades principales de la atención durante el puerperio inmediato son:

- Observar y registrar los signos vitales de la madre y del recién nacido.
- Realizar la higiene adecuada de la madre y del recién nacido.
- Proporcionar apoyo emocional y psicológico a la madre.
- Educar a la madre sobre los cuidados que debe tener durante el puerperio.

La atención durante el puerperio inmediato debe ser realizada por personal capacitado y debe ser realizada en un ambiente limpio y seguro.

La atención durante el puerperio inmediato debe ser realizada de acuerdo con el protocolo establecido en la Norma Técnica de Atención para Planificación familiar en Hombres y Mujeres.

2.7 Atención para la salida de la madre y su neonato

El objetivo principal de la atención para la salida de la madre y su neonato es garantizar la salud física y emocional de la madre y del recién nacido.

Las actividades principales de la atención para la salida de la madre y su neonato son:

- Realizar la higiene adecuada de la madre y del recién nacido.
- Proporcionar apoyo emocional y psicológico a la madre.
- Educar a la madre sobre los cuidados que debe tener durante el puerperio.

La atención para la salida de la madre y su neonato debe ser realizada por personal capacitado y debe ser realizada en un ambiente limpio y seguro.

2.7 Atención del puerperio inmediato

El puerperio inmediato es el período que transcurre desde el parto hasta las primeras 24 horas posteriores. Durante este tiempo, la mujer y el recién nacido están en riesgo de complicaciones que pueden ser prevenidas mediante una atención adecuada.

El objetivo principal de la atención durante el puerperio inmediato es garantizar la salud física y emocional de la mujer y del recién nacido.

Las actividades principales de la atención durante el puerperio inmediato son:

- Observar y registrar los signos vitales de la madre y del recién nacido.
- Realizar la higiene adecuada de la madre y del recién nacido.
- Proporcionar apoyo emocional y psicológico a la madre.
- Educar a la madre sobre los cuidados que debe tener durante el puerperio.