

ANEXO I

LISTA DE OBSERVACIONES DE TRABAJO DE PARTO Y EXPULSIÓN

△ **OBSERVADOR(A):** PRESÉNTESE Y OBTENGA PERMISO DEL PROVEEDOR DE SALUD Y DE LA PACIENTE ANTES DE INICIAR LA OBSERVACIÓN. ASEGÚRESE DE QUE EL PROVEEDOR SEPA QUE NO LO(A) ESTA EVALUANDO Y QUE USTED NO ES UN “EXPERTO” A QUIÉN PUEDA CONSULTAR DURANTE LA SESION

No.	PREGUNTA	CÓDIGO DE RESPUESTA	PATRÓN DE SALTO
<b>SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE LA CARÁTULA</b>			
101	NOMBRE DEL (DE LA) OBSERVADOR(A)		
102	CÓDIGO DEL (DE LA) OBSERVADOR(A)	[ ] [ ] [ ]	
103	NOMBRE DEL HOSPITAL		
104	CÓDIGO DEL HOSPITAL	[ ] [ ] [ ]	
105	IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
106	FECHA DE LA OBSERVACIÓN	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] DD MM AA	
107	HORA DEL DÍA EN LA CUAL OCURRIÓ EL PARTO	①. MATUTINO ②. VESPERTINO ③. NOCTURNO	
108	RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN	①. COMPLETADA	→FIN
	▶ COMPLETAR UNA VEZ FINALIZADA LA OBSERVACIÓN	②. PARCIALMENTE COMPLETADA	→FIN
③. RECHAZADA		→FIN	
④. OTRA		→FIN	
109	HORA EN LA QUE INICIA LA OBSERVACIÓN	HORAS [ ] [ ]	
	▶ UTILICE EL RELOJ DE 24 HORAS	MINUTOS [ ] [ ]	

TdP: Trabajo de parto

ANEXO I

LISTA DE OBSERVACIONES DE TRABAJO DE PARTO Y EXPULSIÓN

No.	PREGUNTA/ ACCIÓN	CÓDIGO DE RESPUESTA	SALTAR A
<b>SECCIÓN 2: OBSERVACIÓN DE LA EVALUACION INICIAL DE LA PACIENTE</b>			
△	REGISTRE SI EL PROVEEDOR DE SALUD REALIZÓ LAS SIGUIENTES ACCIONES Y/O EXÁMENES (ALGUNOS PUEDEN REALIZARSE DE FORMA SIMULTÁNEA O POR MÁS DE UN PROVEEDOR)		
200	¿SE OBSERVÓ ESTA SECCIÓN?	①.SÍ ②.NO	②→300
201	Registre la edad de la mujer	<input type="text"/>	
202	Registre la paridad de la mujer, <b>previo</b> a este parto	<input type="text"/>	
203	¿La mujer ha sido referida de otra institución de salud?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
204	HORA DE ADMISIÓN A LA SALA DE PARTO ► Utilice el reloj de 24 horas	HORAS <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/>	
205	¿Se alienta a la mujer para que tenga un acompañante presente a lo largo del trabajo de parto y expulsión?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
206	¿Se revisa si la mujer tiene VIH (revisa el expediente clínico o se le pregunta a la mujer)?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
207	¿Se ofrece a la mujer una prueba de VIH?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
208	¿Se realiza una prueba de VIH?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
209	¿Se lava las manos con agua y jabón o utiliza un antiséptico antes de cada exploración a la mujer?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
210	¿Se explican los procedimientos a la mujer (acompañante) antes de realizarlos?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
211	¿Se toma la temperatura?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
212	¿Se toma el pulso?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
213	¿Se toma la tensión arterial?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
214	¿Se toma muestra de orina para evaluar presencia de proteínas?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
215	Exploración abdominal – ¿Se toma la frecuencia cardiaca fetal con fetoscopio/ doppler/ ultrasonido?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
216	¿Se realiza tacto vaginal?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	②→300
217	¿Utiliza guantes desinfectados o estériles para realizar el tacto vaginal?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	

ANEXO I

LISTA DE OBSERVACIONES DE TRABAJO DE PARTO Y EXPULSIÓN

No.	PREGUNTA/ ACCIÓN	CÓDIGO DE RESPUESTA	SALTAR A
<b>SECCIÓN 3: OBSERVACIÓN DE LA PRIMERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO</b>			
△	REGISTRE SI EL PROVEEDOR DE SALUD REALIZÓ LAS SIGUIENTES ACCIONES Y/O EXÁMENES (ALGUNOS PUEDEN REALIZARSE DE FORMA SIMULTÁNEA O POR MÁS DE UN PROVEEDOR)		
300	¿SE OBSERVÓ ESTA SECCIÓN?	①. SÍ ②. NO	②→400
301	Se induce el trabajo de parto con un uterotónico?	①. SÍ ②. NO ⑧. NO SABE	②→303 ⑧→303
302	Vía de administración del uterotónico	①. IV ②. IM	
303	¿El trabajo de parto se lleva a cabo con un uterotónico?	①. SÍ ②. NO ⑧. NO SABE	②→305 ⑧→305
304	Vía de administración del uterotónico	①. IV ②. IM	
305	¿Se lleva a cabo la rotura artificial de membranas? (Amniotomía)	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
306	Alienta / ayuda a la mujer a caminar durante el trabajo de parto, al menos en una ocasión	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
307	Alienta / ayuda a la mujer a adoptar diferentes posiciones durante el trabajo de parto, al menos en una ocasión	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
308	Alienta / ayuda a la mujer a beber líquidos o comer, al menos en una ocasión	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
309	Alienta a la mujer para que tenga un acompañante presente a lo largo del trabajo de parto y expulsión	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
310	Está presente un acompañante en algún momento del trabajo de parto	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
311	Se lava las manos con agua y jabón o utiliza un antiséptico antes de cada exploración a la mujer	①.SÍ ②. NO ⑧. NO SABE	
312	Utiliza guantes desinfectados o estériles	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
313	¿Cuál fue el PRINCIPAL PROVEEDOR DE SALUD que atendió EL TRABAJO DE PARTO?  ► Por favor especificar solo la persona principal que atendió el trabajo de parto.	①. MÉDICO ②. MÉDICO GINECÓLOGO ③. MÉDICO RESIDENTE ④. MÉDICO INTERNO ⑤. ESTUDIANTE DE MEDICINA ⑥. ENFERMERA ⑦. PASANTE DE ENFERMERÍA ⑧. ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA ⑨. PARTERA ⑩. OTRO ESPECIFICAR: .....	
314	¿Hubieron OTROS PROVEEDORES DE SALUD que atendieron EL TRABAJO DE PARTO?  ► Enliste todos los proveedores que atendieron el trabajo de parto aparte de la persona principal.	①. MÉDICO ②. MÉDICO GINECÓLOGO ③. MÉDICO RESIDENTE ④. MÉDICO INTERNO ⑤. ESTUDIANTE DE MEDICINA ⑥. ENFERMERA ⑦. PASANTE DE ENFERMERÍA ⑧. ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA ⑨. PARTERA ⑩. OTRO ESPECIFICAR: .....	
315	¿Cuántos proveedores, en total, atendieron el parto?	<input type="text"/>	

**ANEXO I**

**LISTA DE OBSERVACIONES DE TRABAJO DE PARTO Y EXPULSIÓN**

No.	PREGUNTA/ ACCIÓN	CÓDIGO DE RESPUESTA	SALTAR A
<b>SECCIÓN 4: OBSERVACIÓN CONTINUA DE LA SEGUNDA Y TERCERA ETAPA DEL PARTO</b>			
△	REGISTRE SI EL PROVEEDOR DE SALUD REALIZÓ LAS SIGUIENTES ACCIONES Y/O EXAMENES (ALGUNOS PUEDEN REALIZARSE DE FORMA SIMULTÁNEA O POR MÁS DE UN PROVEEDOR)		
400	¿SE OBSERVÓ ESTA SECCIÓN?	①. SÍ ②. NO	②→500
401	¿Se realizó una episiotomía?	①. SÍ ②. NO ⑧. NO SABE	
402	OBSERVADOR(A): Anote la hora del parto ► Utilice el reloj de 24 horas	HORAS <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/>	
403	Presencia de segundo bebé	①. SÍ (gemelar) ②. NO (producto único)	
404	Peso al nacimiento (en gramos); registre 9999 si no está disponible	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
405	Uterotónico administrado	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	②→411 ⑧→411
406	OBSERVADOR(A): Anote la hora de administración del uterotónico ► Utilice el reloj de 24 horas	HORAS <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/>	
407	Anotar el momento en que se administró el uterotónico: a. Al nacimiento, hombro anterior b. Dentro del primer minuto posterior al nacimiento del bebé c. Dentro de los primeros 3 minutos posteriores al nacimiento del bebé d. Más de 3 minutos después de nacido el bebé y ANTES de la expulsión de la placenta e. Más de 3 minutos después de nacido el bebé Y DESPUES de la expulsión de la placenta	①. Hombro anterior ②. 1 MIN POSTERIOR NAC. ③. 3 MINS POSTERIOR NAC. ④. +3 ANTES DE PLACENTA ⑤. +3 DESPUÉS DE PLACENTA ⑧. NO SABE	
408	¿Que uterotónico se administró?: a. Oxitocina b. Ergonovina c. Sintometrína d. Prostaglandina	①. OXITOCINA ②. ERGONOVINA ③. SINTOMETRINA ④. PROSTAGLANDINAS ⑧. NO SABE	
409	DOSIS Y UNIDADES (e.j. UI, mg) del uterotónico administrado ► En caso necesario, preguntar/ revisar después	DOSIS <input type="text"/> UNIDADES ①. UI ②. mg ③. ml ④. mcg	
410	Vía de administración del uterotónico	①. IM ②. IV EN BOLO ③. IV POR GOTEO ④. IV POR GOTEO MÁS IM ⑤. ORAL ⑥. VAGINAL ⑦. SUBLINGUAL ⑧. RECTAL	

ANEXO I

LISTA DE OBSERVACIONES DE TRABAJO DE PARTO Y EXPULSIÓN

No.	PREGUNTA/ ACCIÓN	CÓDIGO DE RESPUESTA	SALTAR A
<b>SECCIÓN 4: OBSERVACIÓN CONTINUA DE LA SEGUNDA Y TERCERA ETAPA DEL PARTO</b>			
△	REGISTRE SI EL PROVEEDOR DE SALUD REALIZÓ LAS SIGUIENTES ACCIONES Y/O EXÁMENES (ALGUNOS PUEDEN REALIZARSE DE FORMA SIMULTÁNEA O POR MÁS DE UN PROVEEDOR)		
411	OBSERVADOR(A): Anote la hora en que se pinzó el cordón umbilical ► Utilice el reloj de 24 horas	HORAS <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
412	Aplica tracción al cordón umbilical mientras realiza contracción (presión) suprapúbica	①.SÍ ②.NO ③.NO SABE	
413	Realiza masaje uterino inmediatamente después del parto	①.SÍ ②.NO ③.NO SABE	
414	Evalúa que la placenta y membranas estén completas	①.SÍ ②.NO ③.NO SABE	
415	Evalúa la presencia de laceraciones perineales y vaginales	①.SÍ ②.NO ③.NO SABE	
416	¿Participó más de un proveedor de salud en la atención del parto?	①.SÍ ②.NO	
417	¿Cuál fue el PRINCIPAL PROVEEDOR DE SALUD que atendió EL PARTO? ► Por favor especificar solo la persona principal que atendió el parto.	①. MÉDICO ②. MÉDICO GINECÓLOGO ③. MÉDICO RESIDENTE ④. MÉDICO INTERNO ⑤. ESTUDIANTE DE MEDICINA ⑥. ENFERMERA ⑦. PASANTE DE ENFERMERÍA ⑧. ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA ⑨. PARTERA ⑩. OTRO ESPECIFICAR: .....	
418	¿Hubieron otros PROVEEDORES DE SALUD que atendieron EL PARTO? ► Enliste todos los proveedores que atendieron el parto aparte de la persona principal.	①. MÉDICO ②. MÉDICO GINECÓLOGO ③. MÉDICO RESIDENTE ④. MÉDICO INTERNO ⑤. ESTUDIANTE DE MEDICINA ⑥. ENFERMERA ⑦. PASANTE DE ENFERMERÍA ⑧. ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA ⑨. PARTERA ⑩. OTRO ESPECIFICAR: .....	
419	¿Quién fue el PRINCIPAL PROVEEDOR DE SALUD que la atendió CUANDO NACIÓ SU BEBÉ (QUIÉN RECIBIÓ AL BEBÉ)? ► Esperar respuesta espontánea de la mujer. ► Por favor especificar solo la persona principal que la atendió cuando su bebé nació (quién recibió al bebé).	①. MÉDICO ②. MÉDICO GINECÓLOGO ③. MÉDICO RESIDENTE ④. MÉDICO INTERNO ⑤. ESTUDIANTE DE MEDICINA ⑥. ENFERMERA ⑦. PASANTE DE ENFERMERÍA ⑧. ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA ⑨. PARTERA ⑩. OTRO ESPECIFICAR: .....	

ANEXO I

LISTA DE OBSERVACIONES DE TRABAJO DE PARTO Y EXPULSIÓN

No.	PREGUNTA/ ACCIÓN	CÓDIGO DE RESPUESTA	SALTAR A
<b>SECCIÓN 4: OBSERVACIÓN CONTINUA DE LA SEGUNDA Y TERCERA ETAPA DEL PARTO</b>			
△	REGISTRE SI EL PROVEEDOR DE SALUD REALIZÓ LAS SIGUIENTES ACCIONES Y/O EXÁMENES (ALGUNOS PUEDEN REALIZARSE DE FORMA SIMULTÁNEA O POR MÁS DE UN PROVEEDOR)		
420	¿Cuántos proveedores, en total, atendieron el parto?	<input type="text"/>	
421	¿En qué posición parió la mujer?	①. BOCA ARRIBA (LITOTOMIA) ②. SEMI-SENTADA ③. DECUBITO LATERAL IZQ. ④. SOBRE MANOS Y RODILLAS ⑤. EN CUCLILLAS ⑥. OTRO ESPECIFICAR: .....	
<b>SECCIÓN 5: OBSERVACIÓN DE CUIDADOS NEONATALES INMEDIATOS, POSTNATALES Y DEL POSPARTO</b>			
△	REGISTRE SI EL PROVEEDOR DE SALUD REALIZÓ LAS SIGUIENTES ACCIONES Y/O EXÁMENES (ALGUNOS PUEDEN REALIZARSE DE FORMA SIMULTÁNEA O POR MÁS DE UN PROVEEDOR)		
500	¿SE OBSERVO ESTA SECCIÓN?	①.SÍ ②.NO	②→600
501	Se encuentra presente un acompañante de la mujer durante el parto	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
502	Se seca al bebé de forma inmediata con una toalla / tela	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
503	¿El bebé está respirando / llorando?	①.SÍ ②.NO	②→514
504	¿Se entrega el bebé a la madre de forma inmediata al parto o pocos minutos después?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
505	¿Se coloca al recién nacido en el abdomen de la mujer, haciendo contacto “piel con piel”?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	②→507
506	¿Se cubre al bebé con una toalla (o campo) seca?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
507	Si no es colocado “piel con piel”, ¿se envuelve al bebé con una toalla (o campo) seca?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
508	¿Se amarra o pinza el cordón umbilical cuando las pulsaciones se detienen o a los 2-3 minutos después del parto (no de forma inmediata posterior a la expulsión)?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
509	¿Se corta el cordón umbilical con una navaja o tijeras limpias?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
510	¿Se inicia la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
511	Además de leche materna, ¿se le dio al bebé algún líquido para tomar dentro de la primera hora después del nacimiento? ► Observador(a): por favor contar líquidos aparte de leche materna.	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
512	¿Se bañó al bebé dentro de la primera hora después de nacido?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	
513	¿Se mantuvo al bebé en contacto “piel con piel” con la madre durante la primera hora después de nacido?	①.SÍ ②.NO ⑧.NO SABE	

ANEXO I

LISTA DE OBSERVACIONES DE TRABAJO DE PARTO Y EXPULSIÓN

No.	PREGUNTA/ ACCIÓN	CÓDIGO DE RESPUESTA	SALTAR A
△	<b>SECCIÓN 5: OBSERVACIÓN DE CUIDADOS NEONATALES INMEDIATOS, POSTNATALES Y DEL POSPARTO</b> REGISTRE SI EL PROVEEDOR DE SALUD REALIZÓ LAS SIGUIENTES ACCIONES Y/O EXÁMENES (ALGUNOS PUEDEN REALIZARSE DE FORMA SIMULTÁNEA O POR MÁS DE UN PROVEEDOR)		
514	¿Se toman los signos vitales de la madre a los 15 minutos después del parto?	①.SÍ ②.NO ③.NO SABE	
515	¿Se realiza una palpación del útero a los 15 minutos después de la expulsión de la placenta?	①.SÍ ②.NO ③.NO SABE	
516	Durante la primera exploración después del parto – durante o después de la 4 <sup>ta</sup> etapa del parto- ¿el proveedor busco o interrogó a la mujer sobre presencia de sangrado?	①.SÍ ②.NO ③.NO SABE	
517	Durante la primera exploración después del parto – durante o después de la 4 <sup>ta</sup> etapa del parto- ¿el proveedor examinó el periné?	①.SÍ ②.NO ③.NO SABE	
518	Durante la primera exploración después del parto - durante o después de la 4 <sup>ta</sup> etapa del parto- ¿el proveedor le tomó la temperatura a la mujer?	①.SÍ ②.NO ③.NO SABE	
519	Durante la primera exploración después del parto – durante o después de la 4 <sup>ta</sup> etapa del parto- ¿el proveedor le tomó la presión a la mujer?	①.SÍ ②.NO ③.NO SABE	
520	Durante la primera exploración después del parto – durante o después de la 4 <sup>ta</sup> etapa del parto- ¿el proveedor revisó la involución uterina?	①.SÍ ②.NO ③.NO SABE	
521	<b>Hora en la que se realiza la primera exploración física a la mujer después del parto</b> ► Utilice el reloj de 24 horas	HORAS <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
522	<b>Hora de admisión a la sala de recuperación</b> ► Utilice el reloj de 24 horas	HORAS <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>	

**ANEXO I**

**LISTA DE OBSERVACIONES DE TRABAJO DE PARTO Y EXPULSIÓN**

No.	PREGUNTA/ ACCIÓN	CÓDIGO DE RESPUESTA	SALTAR A
<b>SECCIÓN 6: REVISIÓN DE LA OBSERVACIÓN DE LABOR Y PARTO</b>			
△	EN CASO NECESARIO, REVISAR EL EXPEDIENTE CLÍNICO/ PREGUNTAR AL PROVEEDOR DESPUÉS DE LA OBSERVACIÓN		
600	¿El proveedor completó un registro de la atención materna / neonatal?	①.SÍ ②.NO ③.NO SABE	
601	¿El proveedor utilizó un partograma?	①.SÍ ②.NO ③.NO SABE	②→603
602	El partograma no se utilizó debido a que la mujer llegó al hospital en la segunda etapa del parto	①.SÍ ②.NO ③.NO SABE	
603	OBSERVADOR: ¿vio si el proveedor llenó el partograma después del parto? (con información que debió completar durante el trabajo de parto)	①.SÍ ②.NO ③.NO SABE	
604	Registro del estado/ Resultado de la madre: a. Enviada a sala de recuperación b. Referida a un especialista en el mismo hospital c. Entra a cirugía en el mismo hospital d. Referida a otro hospital e. Muerte materna	①. SALA DE RECUPERACIÓN ②. REFERIDA, MISMO HOSP. ③. CIRUGÍA ④. REFERIDA, OTRO HOSP. ⑤. FALLECIMIENTO	
605	Registro del estado/ Resultado del bebé: a. Enviada a cunero normal b. Referido a un especialista en el mismo hospital c. Referido a otro hospital d. Enviado a la habitación con su madre e. Muerte neonatal f. Óbito reciente g. Óbito macerado	①. CUNERO ②. REFERIDO, MISMO HOSP. ③. REFERIDO, OTRO HOSP. ④. ALOJAMIENTO C/MADRE ⑤. MUERTE NEONATAL ⑥. ÓBITO RECIENTE ⑦. ÓBITO MACERADO	
606	Registre el tipo de nacimiento	①. VAGINAL ②. ASISTIDO, FORCEPS ③. ASISTIDO, VENTOSA ④. CESÁREA ⑤. NO SABE	①→611 ②→611 ③→611 ⑤→611
607	¿La cesárea se realizó antes o después de iniciado el trabajo de parto?	①. ANTES DE INICIADO TdP ②. DESPUÉS DE INICADO TdP ③. NO SABE	
608	¿Cuál fue la indicación para realizar la cesarea?	①. SANGRADO EXCESIVO ②. PARTO OBSTRUIDO ③. PARTO PROLONGADO ④. RUPTURA UTERINA ⑤. MALA PRESENTACIÓN ⑥. SUFRIMIENTO FETAL ⑦. OTRO ESPECIFICAR: ..... ⑧. NO HUBO RAZÓN MÉDICA ⑨. NO SABE	
609	¿En qué momento se tomó la decisión de realizar una cesárea?	①. ANTES DE INICIADO EL TdP ②. DESPUÉS DE INICIADO EL TdP ③. NO SABE	



**ANEXO I**

**LISTA DE OBSERVACIONES DE TRABAJO DE PARTO Y EXPULSIÓN**

No.	PREGUNTA/ ACCIÓN	CÓDIGO DE RESPUESTA	SALTAR A
<b>SECCIÓN 6: REVISIÓN DE LA OBSERVACIÓN DE LABOR Y PARTO</b>			
△	EN CASO NECESARIO, REVISAR EL EXPEDIENTE CLÍNICO/ PREGUNTAR AL PROVEEDOR DESPUÉS DE LA OBSERVACIÓN		
610	¿Quién decidió que se realizaría una cesárea?	①. DOCTOR/ PROVEEDOR ②. MUJER ③. NO SABE	
611	Registre si la madre tuvo alguna de la siguientes complicaciones: a. Preeclampsia/eclampsia b. Hemorragia c. Obstrucción del canal de parto d. Parto prolongado e. Ruptura uterina f. Infección puerperal	①. PE/E ②. HEMORRAGIA ③. OBSTRUCCIÓN ④. PARTO PROLONGADO ⑤. RUPTURA UTERINA ⑥. SEPSIS ⑦. OTRA ESPECIFICAR: ..... ⑧. NINGUNA COMPLICACIÓN ⑨. NO SABE	⑨→613
612	¿En qué etapa del trabajo de parto ocurrió la complicación?	①. ANTES DEL PARTO ②. DURANTE EL PARTO ③. POST PARTO ④. NO SABE	
613	¿Se administraron hemoderivados para manejo de hemorragia durante el trabajo de parto, parto o puerperio inmediato?	①. SÍ ②. NO ③. NO SABE	
614	¿Solicitó la mujer algún medicamento para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, parto o puerperio inmediato?	①. SÍ ②. NO ③. NO SABE	
615	¿Recibió la mujer algún medicamento para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, parto o puerperio inmediato?	①. SÍ ②. NO ③. NO SABE	
616	¿Recibió la mujer algún antibiótico durante el trabajo de parto, parto o puerperio inmediato?	①. SÍ ②. NO ③. NO SABE	
617	<b>Hora en que finaliza la observación de labor y parto</b> ► Utilice el reloj de 24 horas	HORAS <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
618	NOTAS ESCRITAS DEL (DE LA) OBSERVADOR(A). En particular, comentar sobre lo siguiente:  • ¿La mujer fue tratada con respeto? ¿Se le informó de los procedimientos para ella y para su bebé? • ¿Cómo describiría la situación: caótica o calmada y ordenada? • ¿Hubieron demoras para recibir tratamiento/manejo necesario? En caso afirmativo, ¿para qué tipo de procedimientos (madre o bebé) y por qué? ¿Estuvieron involucrados múltiples proveedores de salud? ¿Quiénes? • En caso de que el bebé haya muerto, ¿se dio consejería a la madre? • En caso de que no se haya completado la observación, explique por qué.		

