

Normativa 011, Segunda Edición

**“NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA
ATENCIÓN PRENATAL, PARTO,
RECIÉN NACIDO/A Y PUERPERIO
DE BAJO RIESGO”**

Managua, Noviembre 2015



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

Normativa 011, Segunda Edición

“NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN PRENATAL, PARTO, RECIÉN NACIDO/A Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO”

— Managua, Noviembre 2015 —

Ficha Bibliografica Elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud

N Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad
WB Nacional. Ministerio de Salud. Normativa 0-11: 39 Normativa 0-11: "Normas
y protocolos para la aten-
0164 ción prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio
2015 de bajo riesgo". Managua: MINSA, 2015.

208 p. tab, ilus

(Contiene Acuerdo Ministerial No. ---- y Soporte
Jurídico)

- 1.- Atención Perinatal^normas
- 2.- Atención Prenatal^normas
- 3.- Atención Posnatal^normas
- 4.- Factores de Riesgo
- 5.- Eclampsia^diag
- 6.- Eclampsia^prev
- 7.- Eclampsia^diag
- 8.- Eclampsia^prev
- 9.- Pre eclampsia
- 10.- Clasificación de Riesgo de Atención Prenatal
- 11.- Protocolo de Atención del parto de Bajo Riesgo
- 12.- Protocolo de Atención del Recién Nacido de Bajo Riesgo
- 13.- Protocolo de Atención del Puerperio de Bajo Riesgo
- 14.- Diagnóstico del Embarazo
- 15.- Examen Físico General Completo

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	8
ANTECEDENTES	9
JUSTIFICACIÓN.....	10
ACRONIMOS	11
SOPORTE JURÍDICO.....	12
DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES.....	15
OBJETO	19
UNIVERSO.....	19
CAMPO DE APLICACIÓN.....	19
GENERALIDADES DE LAS NORMAS	20
ANEXOS.....	27
“PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN PRENATAL DE BAJO RIESGO”	49
INTRODUCCION.....	51
Objetivo	52
Población Diana.....	52
Actividades a Realizar	52
NUEVA CLASIFICACION DE RIESGO DE ATENCIÓN PRENATAL	52
Bajo Riesgo:	52
Alto Riesgo:	53
FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR PRE ECLAMPSIA.....	71
PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL	85
SEGUNDA ATENCIÓN PRENATAL.....	90
TERCERA ATENCIÓN PRENATAL	92
CUARTA ATENCION PRENATAL.....	93
ANEXOS	97

<u>“PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO DE BAJO RIESGO”</u>	101
<u>INTRODUCCIÓN</u>	103
<u>OBJETIVO</u>	104
<u>POBLACIÓN DIANA</u>	104
<u>ACTIVIDADES A REALIZAR</u>	104
<u>DEFINICIÓN</u>	104
<u>FACTORES DE RIESGO</u>	104
<u>CLASIFICACIÓN</u>	105
<u>MANEJO</u>	108
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	126
<u>ANEXOS</u>	127
<u>“PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO (a) DE BAJO RIESGO”</u>	137
<u>INTRODUCCIÓN</u>	139
<u>OBJETIVO</u>	140
<u>POBLACIÓN DIANA</u>	140
<u>ACTIVIDADES A REALIZAR</u>	140
<u>DEFINICIÓN</u>	140
<u>ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO</u>	140
<u>“PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PUERPERIO DE BAJO RIESGO”</u>	153
<u>INTRODUCCIÓN</u>	155
<u>OBJETIVO</u>	156
<u>POBLACIÓN DIANA</u>	156
<u>ACTIVIDADES A REALIZAR</u>	156
<u>DEFINICIÓN</u>	156
<u>MANEJO CLÍNICO</u>	159
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	164

INTRODUCCION

El Ministerio de Salud, en su calidad de ente Rector del sector salud, a fin de dar cumplimiento a los compromisos del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, de proveer salud gratuita y atención oportuna a los nicaragüenses, continúa impulsando intervenciones que contribuyan a mejorar la salud de la mujer, la familia y la comunidad, mediante acciones concretas que operativizan los lineamientos orientados en la Política Nacional de Salud.

Así mismo el Ministerio viene trabajando, en el desarrollo de los pilares de la maternidad segura¹ como una estrategia para mejorar la salud materna y perinatal del país, cuyos objetivos son: reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo; reducir el número de complicaciones obstétricas; reducir la mortalidad materna por complicaciones obstétricas y reducir la tasa de mortalidad perinatal y neonatal.

La atención perinatal determina que la embarazada, la puérpera y la /el recién nacido/a sean atendidos en el nivel de complejidad de acuerdo a su clasificación de riesgo y aunque esto se cumpla, se hace necesario estandarizar todas las actividades.

La presente Norma y Protocolos de ATENCION PRENATAL, PARTO, RECIEN NACIDO/A Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO, están dirigidas a todas y todos los Trabajadores de la Salud, en los diferentes niveles de atención, con el propósito de poner en práctica una serie de acciones que permitan mejorar la calidad de atención y garantizar la seguridad de las pacientes que demandan los servicios.

Por ende el MINSa pone a disposición este documento normativo que se convierte en un documento de referencia basado en la evidencia científica disponible que contribuye a la actualización de los conocimientos científicos, a la estandarización del manejo de Atención Prenatal, Parto, Puerperio de Bajo Riesgo, y de la Atención Inmediata del Recién Nacido/a normal, con el fin de incidir en la reducción de la morbi mortalidad materna y perinatal.

1 Los Pilares de la Maternidad Segura son: Atención Prenatal, Planificación Familiar, Parto Seguro y Atención de las Complicaciones Obstétricas, tomado del Marco Conceptual de la Normativa 104 Manual de Organización y Funcionamiento del Plan de Parto para la Maternidad Segura. MINSa. Año 2012.

ANTECEDENTES

A más de dos décadas después del lanzamiento de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos, la mortalidad y morbilidad relacionadas con el embarazo siguen siendo un serio problema para los países en desarrollo. La experiencia de los países desarrollados, y de los de bajos y medianos ingresos, que han logrado disminuir sus niveles de mortalidad materna, sugiere que el acceso a una atención de buena calidad constituye un factor crítico. De ahí que el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud materna en todo el mundo fuera la recomendación clave de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos de 1987 (Nairobi), de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 (Cairo), de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 (Beijing) y de las Metas de Desarrollo del Milenio de 2000 (Naciones Unidas).

La atención prenatal fue concebida como un espacio de oportunidad para la identificación temprana de complicaciones durante el embarazo y, por ende, como un coadyuvante en la disminución de la mortalidad materna. Para ello se han promovido acciones comunitarias y la atención de calidad de las emergencias obstétricas.

El Ministerio de Salud de Nicaragua, elaboró en el año 2009 la Normativa 011 "Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido (a) de Bajo Riesgo; dicho documento se presenta actualizado e incluye las mejores intervenciones basadas en evidencia para la reducción de la mortalidad materna y perinatal y hace énfasis en el enfoque de detección de riesgo como una de las principales intervenciones para combatirlas.

JUSTIFICACIÓN

A pesar que en Nicaragua, en los últimos 5 años se ha venido observando un incremento en la cobertura de los diferentes servicios de salud, evidenciado por el incremento en indicadores de proceso de las acciones prenatal, parto, puerperio y recién nacidos; es necesario implementar estrategias y desarrollar diferentes intervenciones que permitan fortalecer la estandarización y calidad de atención que se brinda a la población, razón por la cual se procedió a realizar la revisión y actualización de la presente norma y protocolo, incorporando en ellas intervenciones basadas en evidencias, las cuales permitirán desarrollar acciones más costo efectivas en beneficio de la salud de la población.

Un objetivo básico del GRUN es mejorar la salud materno-infantil porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. Por ello se busca contribuir al cumplimiento a las metas propuestas que contribuyan a la reducción de la razón de Muerte Materna, la mortalidad neonatal y lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto desde el enfoque preventivo desde la atención primaria mediante la promoción la salud sexual y reproductiva responsable e impulsar una política integral de prevención y atención de enfermedades desde la etapa perinatal.

Ante este escenario, es vital incrementar esfuerzos y dar un renovado impulso al fortalecimiento de los servicios de salud, mejorando su normatividad, organización, cobertura y calidad, a fin de avanzar más rápidamente en el logro de las metas, satisfacer de manera más equitativa las necesidades de salud materno-infantil de la población.

En este contexto, se incorporan a esta Norma aspectos relevantes enfocados a la prevención de morbilidad y complicaciones obstétricas mediante intervenciones durante el embarazo, parto y puerperio. Es fundamental destacar la necesidad de mejorar la calidad de la atención prenatal desde las primeras 12 semanas de embarazo con la finalidad de identificar factores de riesgo en forma oportuna para iniciar tratamiento o traslado a unidades de atención a la emergencia obstétrica; la detección oportuna de diabetes gestacional mediante tamices basados en la evidencia científica, que impactarán en el crecimiento y desarrollo del feto y mejorarán también el pronóstico de la mujer una vez finalizado su embarazo. Así mismo se pretende disminuir la interrupción de la transmisión perinatal por sífilis y por VIH, mediante la detección oportuna y tratamiento adecuado. La promoción de una adecuada nutrición, la prescripción de hierro, ácido fólico, y evitar el uso y abuso de sustancias tóxicas y adictivas para prevenir los defectos y el peso bajo al nacimiento.

En esta norma se puntualizan las acciones a cumplir en cada consulta, y que éstas deban realizarse meticulosamente con un análisis e interpretación correcta de los resultados que se obtengan de pruebas rápidas, de laboratorio y, en su caso, de gabinete. Al mejorar la atención prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles complicaciones en una fase temprana y, por lo tanto, a la solución médica o quirúrgica más indicada, con mínimas secuelas y con una evolución satisfactoria.

ACRONIMOS

APN	Atención Prenatal
APP	Antecedentes personales patológicos
APF	Antecedente familiares patológicos
COE	Complicaciones Obstétricas de Emergencia
DM	Diabetes mellitus
HTAC	Hipertensión arterial crónica
IMC	Índice de masa corporal
FPP	Fecha de probable de parto
FUM	Fecha de última menstruación
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
RPR	Reagina plasmática rápida
Grs	Gramos
PA	Presión arterial
KG	Kilogramos
PGR	Perdida gestacional recurrente
RN	Recién Nacido (a)
RPM	Ruptura prematura de membranas
RCIU	Restricción del crecimiento intrauterino
IVU	Infección de vías urinarias
PO	Por vía oral
NPO	Nada por vía oral
SNC	Sistema nervioso central
PF	Planificación Familiar

SOPORTE JURÍDICO

Constitución de Nicaragua: Arto. 59.- Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

Ley 423 Ley General de Salud: Título I, Capítulo I, Arto 4 "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar acciones de salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo preparado en disposiciones legales especiales".

En su título II, Capítulo I, Arto7, Numeral 6 "Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las instituciones proveedoras de los servicios de salud de naturaleza pública".

En su Sección 3, Arto 108, "Para la elaboración y validación de protocolos de atención se conformarán grupos de expertos adscritos a la instancia que atiendan los servicios de salud".

Ley 820 – Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y Sida, para su Prevención y Atención. Capítulo IV - Derechos y Deberes de las personas con VIH y Sida. **Capítulo IV DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS CON VIH y Sida**

Art. 13 Derechos

- **Inciso i) Al Tratamiento:** De acuerdo a lo establecido en la Constitución Política de la República de Nicaragua y la Ley No. 423, "Ley General de Salud", publicada en La Gaceta, Diario Oficial No. 91 del 17 de mayo de 2005, el Estado garantizará a las personas con VIH y a sus familiares, atención médica integral incluyendo los medicamentos antirretrovirales y el tratamiento de las ITS y enfermedades oportunistas según las necesidades del paciente y de acuerdo con las normas, protocolos y guías de atención para las personas con VIH, establecidas por el Ministerio de Salud.
- **Inciso l) A los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva:** El Estado garantizará a todas las embarazadas el acceso a atención integral en cuidados prenatales, incluyendo diagnóstico, tratamiento antirretroviral, cesárea electiva y cuidado post parto, para la prevención de la transmisión vertical y garantizar la salud de la madre y del recién nacido.

Ley No. 641 Código Penal. Capítulo II Delitos contra la libertad e integridad sexual:

• Art. 168 Violación a menores de catorce años

Quien tenga acceso carnal o se haga acceder con o por persona menor de catorce años o quien con fines sexuales le introduzca o la obligue a que se introduzca dedo, objeto o instrumento por vía vaginal, anal o bucal, con o sin su consentimiento, será sancionado con pena de doce a quince años de prisión.

Ley 779. Ley Integral contra la Violencia hacia las Mujeres y de Reformas a la Ley No. 641 "Código Penal".

TÍTULO II DE LOS DELITOS Y DE LAS PENAS.

Capítulo Único Delitos de violencia contra las mujeres y sus penas

- **Art. 17. Omisión de denunciar**

Las personas que de acuerdo a la legislación procesal penal tengan obligación de denunciar los delitos de acción pública, una vez que tengan conocimiento que una mujer, niño, niña o adolescente ha sido víctima de violencia, deberán denunciar el hecho ante la Policía Nacional o al Ministerio Público dentro del término de cuarenta y ocho horas. El que incurra en esta omisión se sancionará con pena de doscientos a quinientos días multa.

- **Art. 18. Obligación de denunciar acto de acoso sexual**

Toda autoridad jerárquica en centros de empleo, de educación o de cualquier otra índole, que tenga conocimiento de hechos de acoso sexual realizados por personas que estén bajo su responsabilidad o dirección y no lo denuncie a la Policía Nacional o al Ministerio Público, será sancionada con pena de cincuenta a cien días multa.

TÍTULO VI DEL PROCEDIMIENTO PENAL EN LOS DELITOS REGULADOS EN LA PRESENTE LEY

Capítulo I Del régimen en el procedimiento

- **Art. 41. Víctima menor de edad**

Cuando la víctima fuere menor de edad o discapacitado, los hechos podrán ser denunciados por sus representantes legales, por la víctima o por las instituciones asistenciales, sociales y educativas o cualquier autoridad o persona que tenga conocimiento de los hechos.

LEY No. 870 CÓDIGO DE FAMILIA

CAPÍTULO II VIOLENCIA DOMÉSTICA O INTRAFAMILIAR

- **Art. 51 Obligación de denunciar la violencia doméstica o intrafamiliar**

Toda persona que tenga conocimiento de un hecho constitutivo de violencia doméstica o intrafamiliar, deberá denunciarlo o dar aviso a la Policía Nacional. La denuncia puede hacerse de manera escrita, verbal o mediante lenguaje de señas. Cuando la denuncia sea verbal o mediante lenguaje de señas, esta se hará constar en acta que levantará el agente policial.

Ley 295, Ley de promoción, protección y mantenimiento de la lactancia materna y regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna.

En su **Capítulo II / Generalidades.**

- **Arto. 3. Definiciones:**

- **Servicio de Salud:** d) Es toda institución u organización gubernamental o no gubernamental privada dedicada a prestar servicios de salud directa o indirectamente

con énfasis en la salud de la mujer gestante, madre lactante y de las niñas y niños menores de dos años de edad incluyendo los de desarrollo infantil cualquier otro que brinde este tipo de servicio.

- **Profesional e) y Agente de Salud:** Son profesionales de la salud, los médicos, enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales, administradores de servicios de salud o cualquier otro profesional que realice acciones de promoción, protección, prevención, curación y rehabilitación de salud. Son agentes de salud las personas que trabajan en un servicio de salud, ya se profesional o no, incluyendo trabajadores voluntarios.

En su **Capítulo IV / De la Promoción. Arto. 10.** El Gobierno de la República de Nicaragua, por intermedio del Ministerio de Salud y con la cooperación de otras instituciones y organismos no gubernamentales, tiene la responsabilidad de implementar y consolidar iniciativas públicas y privadas con el fin de promover, proteger y mantener la lactancia materna como un medio eficaz para salvaguardar la vida de niñas, niños y mujeres.

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Año 2008

El Ministerio de Salud, como instancia rectora del sector salud, formuló la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), que constituye un instrumento normativo y orientador en la búsqueda de equidad en el sector salud, reducir las brechas en SSR existentes, sobre todo en los grupos más excluidos socialmente y poner a su disposición un abanico de opciones para mejorar el nivel y calidad de su vida sexual y reproductiva en todo su ciclo de vida.

Compromisos de país a nivel internacional:

La Conferencia mundial de población celebrada en Bucarest en 1974 declaró que: "Todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos.

En varias convenciones y conferencias en los campos de derechos humanos y de la mujer se ha ratificado el derecho a la planificación familiar.

En Diciembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

En 1984 en la Ciudad de México, en la Conferencia Internacional sobre Población en 1985, en Nairobi, en la Tercera Conferencia sobre la Mujer;

En 1989 en Ámsterdam en el Foro Internacional sobre Población en el siglo XXI.

En 1993, en Viena, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos.

En 1994, La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, constituyó un espacio de reflexión de la Comunidad Internacional acerca de los Derechos de las Personas en relación a la reproducción y el significado de los mismos en la promoción del desarrollo humano.

Por primera vez los Gobiernos reconocieron internacionalmente los Derechos Reproductivos contenidos en documentos internacionales sobre los derechos humanos.

DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

- **Aborto:** Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 22 semanas de gestación.
- **Apego Precoz¹:** Es el contacto temprano piel a piel (madre – bebe) y consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el pecho desnudo de la madre después del parto para dar inicio al amamantamiento. La primera hora después del parto, es el momento más importante para que se establezca un lazo estrecho y fundamental para el éxito de la lactancia y un buen desarrollo físico y psico-emocional del bebe.
- **Atención Prenatal:** Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal, con el objetivo de monitorear la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del-a recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad.

En la Atención Prenatal de Bajo Riesgo se realizarán cuatro atenciones programadas, lo que permitirá el cumplimiento de las actividades necesarias. La captación (primera atención) debe ser lo más precoz posible siendo lo normado efectuarla en el primer trimestre de embarazo.

La atención prenatal óptima debe de cumplir con los siguientes requisitos básicos:

- **Precoz:** Es cuando la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses de embarazo.
 - **Periódica:** Es la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a las unidades de Salud.
 - **Continua:** Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida.
 - **Completa:** Es cuando el contenido de las atenciones garantizan el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.
- **Amplia cobertura:** Es el porcentaje de población embarazada que recibe atención prenatal.
 - **Calidad:** Que las atenciones brindadas sean realizadas con base en estándares internacionales en relación a actividades clínicas a desarrollar y que sean susceptibles de comparación y evaluación en relación a esos estándares, gerenciales y de adecuada satisfacción a las embarazadas.
 - **Calidad de atención:** Secuencia de actividades normadas que relacionan al proveedor de los servicios con el usuario (a), y con resultados satisfactorios.
 - **Capacidad técnica:** Conocimientos, habilidades y destrezas que poseen los recursos humanos y que son puestos en función de la atención para garantizar la resolución de los problemas de salud de la población que demanda los servicios de salud.

- **Continuidad:** Es la capacidad que posee la institución de salud, para garantizar la atención y seguimiento del usuario (a) de su atención, sea ésta de nivel ambulatorio o de internamiento.
- **Consulta Especializada²:** Es la atención que imparten los médicos especialistas a pacientes ambulatorios en las cuatro especialidades médicas básicas y todas las subespecialidades que de ellas se derivan.
- **Consulta Externa:** Es la atención médica, en la cual mediante interrogatorio y exploración del paciente se llega a un diagnóstico.
- **Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales:** es una estrategia operativa para reducir la mortalidad materna y en recién nacidos, que integra una red de servicios de salud apta para la atención de madres y recién nacidos, articulada con sistemas activos de referencia y respuesta de la red de servicios y también desde la comunidad e inmersa en el sistema de conducción y gestión local en salud.
- **Distocia:** Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.
- **Eutocia:** Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al feto.
- **Equidad:** Los prestadores de servicios de salud deben garantizar a través del sistema sanitario todas las actividades por igual que garanticen a las usuarias acceder y utilizar los servicios de salud a través de la educación, tratamiento, comunicación y la promoción de actividades médicas y de enfermería.
- **Edad gestacional:** Duración del embarazo calculada desde **el primer día de la última menstruación caracterizada como normal por la paciente** hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.
- **Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos:** Es una estrategia comunitaria que permita mejorar el acceso al servicio de planificación familiar de mujeres, hombres y adolescentes que habitan en comunidades y barrios con dificultades de accesibilidad para recibir atención integral en los servicios de salud.
- **Embarazo normal:** Es una condición de la mujer Feto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal de la paciente.²
- **Embarazo de alto riesgo:** Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del feto.
- **Embarazo de bajo riesgo:** Aquel en la que no existen estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto y que por tanto los peligros para la salud de la madre o del feto son mínimos.

² Normativa 094: Manual de Organización, Funciones y Procedimientos de las oficinas de Estadísticas del MINSA. Managua. Julio 2012.

- **Enfoque de riesgo:** Es un método que permite establecer criterios de clasificación en la embarazada con el fin de poder determinar las necesidades y actividades a desarrollar de acuerdo a sus riesgos de complicaciones durante la gestación y de esa manera reorganizar los servicios de atención en salud redirigiendo y utilizando de manera óptima los recursos técnicos y materiales para obtener mejores resultados.
- **Emergencia obstétrica:** Condición de complicación de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.
- **Lactancia Materna:** Alimentación natural del recién nacido que consiste en que un bebé se alimente con la leche de su madre que le proporciona los nutrientes necesarios que garantizan su crecimiento y desarrollo. Además proporciona protección contra enfermedades víricas o bacterianas por medio del traspaso de anticuerpos maternos.
- **Muerte Materna (Defunción Materna):** Es el fallecimiento de toda mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Se considera defunción materna tardía cuando la muerte de la mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de 1 año de la terminación del embarazo
- **Mortalidad (o Defunción) materna por causas obstétricas directas:** Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
- **Mortalidad (o Defunción) Materna de causas obstetricias indirectas:** Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.
- **Nacimiento:** Expulsión completa o extracción del organismo materno del Feto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.
- **Periodo Neonatal:** Periodo que transcurre desde el nacimiento y termina a los 28 días de nacido. Se subdivide en neonatal precoz (0-7 días) y neonatal tardío (8-27 días).
- **Periodo intergenésico:** Periodo de tiempo que se extiende desde el último embarazo (parto o aborto), y el inicio del siguiente embarazo.
- **Perdida gestacional recurrente:** Es la pérdida de tres o más embarazos consecutivos antes de las 22 semanas de gestación sin incluir embarazos ectópicos ni mola hidatidiforme.
- **Plan de Parto para la Maternidad Segura (PPMS):** Es una estrategia en la que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el

equipo profesional que atiende en el momento del parto, facilitará la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial.

- **Riesgo:** Es la posibilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño.
- **Riesgo reproductivo:** Es la probabilidad (grado de peligro) que tienen tanto la mujer no embarazada en edad fértil, como su Feto potencial de experimentar lesión, daño o muerte en caso de presentarse un embarazo.
- **Satisfacción del usuario (a):** Es la percepción de los usuarios (as) Feto de su relación con los diferentes recursos o condiciones brindadas durante el proceso de atención.
- **Tres demoras en Mortalidad (o Defunción) Materna:** Es el análisis de las circunstancias que acompañan a las muertes maternas, como resultado de un conjunto de factores que al enlazarse forman una cadena fatal de "demoras" que impiden prevenir riesgos durante los embarazos y que las mujeres accedan a servicios de salud de calidad. Cada demora incide en que transcurran horas, días y hasta las semanas, entre el inicio de los primeros síntomas y el momento de la atención, lo que ocasiona que las complicaciones se agraven y se reduzcan drásticamente las posibilidades de que las mujeres salven sus vidas. Se usan: demora en buscar atención, demora en identificar y acceder a un servicio de salud y demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno.

OBJETO

La presente Norma y Protocolo, tiene por objeto, establecer los criterios y pautas para vigilar y atender la salud de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio, así como al/la recién nacido/a, institucionalizando prácticas sanitarias que se ha demostrado son más seguras, más efectivas, más eficaces y menos costosas, que puedan ser aplicadas en establecimientos de menor capacidad resolutive, permitiendo la articulación con niveles de mayor capacidad de resolución.

UNIVERSO

Esta norma será aplicada a mujeres en edad fértil, embarazadas, parturientas, puérperas y recién nacidos/as sin complicaciones del país.

CAMPO DE APLICACIÓN

El cumplimiento de esta norma es de carácter obligatorio y será aplicada en todos los establecimientos públicos y privados del sector salud del país que brinden este tipo de servicios.

GENERALIDADES DE LAS NORMAS

NORMA PARA LA ATENCIÓN PRENATAL

1. Dimensiones de la calidad: Competencia Técnica

- **Norma:** La Atención Prenatal, del parto, puerperio y del/la recién nacido/a, será realizada por personal médico o de enfermería, que se encuentre capacitado por el órgano rector.

Indicador: % de personal de salud asistencial que ha sido capacitado en las Normas y protocolos de APN, Parto de Bajo Riesgo, Puerperio y Atención Inmediata al/la recién nacido/a.

Umbral: 100%.

2. Dimensiones de la calidad. Acceso a los servicios y Oportunidad

- **Norma:** El personal de salud garantizará que el 80% de los embarazos esperados del o los sectores bajo su responsabilidad, sean captados en un período de tiempo no mayor de doce semanas de gestación (captación precoz).

Indicador: % de embarazadas captadas precozmente.

Umbral: 80%.

- **Norma:** El personal de salud garantizará que todas las embarazadas captadas provenientes de sector rural, cuenten con Plan de Parto.

Indicador: % de embarazadas captadas en APN, provenientes del sector rural que cuentan con su plan de parto.

Umbral: 100%.

- **Norma:** El personal de salud, garantizará que el 100% de los embarazos con captación temprana del o los sectores bajo su responsabilidad, obtengan un mínimo de cuatro atenciones prenatales en los siguientes períodos de gestación: menos de 12 semanas, entre las 20 y 24 semanas; entre las 28 y 32 semanas; entre las 36 y 38 semanas.

Indicador: % de embarazadas con cuatro atenciones prenatales.

Umbral: 100%.

- **Norma:** El equipo de dirección municipal, garantizará que la primera y la cuarta atención prenatal sean realizadas por personal de salud médico y/o enfermeras obstetras; según disponibilidad de recursos existentes.

Indicador: % de primeras y cuartas atenciones prenatales realizadas por médicos y/o enfermeras obstetras.

Umbral: 100%.

- **Norma:** El personal de salud, garantizará que toda embarazada durante su atención prenatal reciba consejería sobre importancia de las APN, Uso de la Casa Materna, Parto Institucional, Planificación Familiar, Lactancia Materna Exclusiva, Identificación de Señales de Peligro durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del/la RN.

Indicador: % de embarazadas en atención prenatal que reciben consejería sobre importancia de las APN, Alimentación y Nutrición durante el embarazo, Uso de la Casa Materna, Parto Institucional, Planificación Familiar, Lactancia Materna Exclusiva, Identificación de Señales de Peligro durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del/la RN.

Umbral: 100%.

3. *Dimensión de la calidad: Eficacia*

- **Norma:** El personal de salud, garantizará que toda embarazada durante su atención prenatal en la que se identifique uno o más factores de riesgo reales, según el formulario de Clasificación de Riesgo de la OMS, debe ser referida en el periodo de tiempo y al nivel que corresponda.

Indicador: % de embarazadas en atención prenatal en las que se detectaron factores de riesgo reales, según formulario de Clasificación de Riesgo de la OMS y que fueron referidas en el periodo de tiempo y al nivel que corresponda según protocolo aprobado por el órgano rector.

Umbral: 100%.

4. *Dimensión de la calidad: Continuidad*

- **Norma:** El personal de salud, garantizará que toda embarazada captada para APN, deberá ser registrada de inmediato en el censo gerencial de la embarazada, púerpera y postnatal garantizando el seguimiento de ésta, para Planificación Familiar, Lactancia Materna e ingreso al VPCD hasta un año después de su parto.

Indicador: % de embarazadas y postnatales captadas y registradas en el censo gerencial de la embarazada.

Umbral: 100%.

- **Norma:** El personal de salud, garantizará que toda embarazada que fue manejada como bajo riesgo, al realizársele su última atención prenatal, deberá ser referida y notificada a la casa materna o unidad de salud correspondiente, para asegurar la atención institucional del parto.

Indicador: % de embarazadas provenientes del sector rural, referidas oportunamente a la casa materna o unidad de salud correspondiente, para asegurar la atención institucional del parto.

Umbral: 100%.

5. Dimensión de la calidad: Accesibilidad

- **Norma:** Toda paciente referida para la atención de su parto, al ingresar a la casa materna o unidad de salud, será atendida inmediatamente.

Indicador: % de pacientes referida para la atención de su parto y atendidas en periodo de tiempo no mayor de 30 minutos a partir de su recepción.

Umbral: 100%.

6. Dimensiones de la calidad: Trato y Relaciones Interpersonales

- **Norma:** Toda paciente que asiste a su atención prenatal expresa sentirse satisfecha con la atención recibida.

Indicador: % de pacientes satisfechas por la atención recibida en las unidades de salud.

Umbral: 90 – 100 %.

NORMA DE ATENCIÓN DEL PARTO DE BAJO RIESGO

1. Dimensión de la calidad: Competencia técnica

- **Norma:** El personal de salud garantizará que toda mujer en trabajo de parto al ingresar a los establecimientos de Salud, sea atendida inmediatamente.

Indicador: % de embarazadas en inicio de trabajo de parto atendidas en un periodo de tiempo no mayor de 30 minutos.

Umbral: 100%.

- **Norma:** El Personal de salud cumple los estándares básicos de la atención humanizada del parto³.

Indicador: Porcentaje de cumplimiento de los estándares básicos de la atención humanizada del parto.

Umbral: 100%

2. Dimensión de la calidad: Seguridad

- **Norma:** Los equipos de dirección de SILAIS y Hospitales, garantizarán que el índice de cesárea de la población de su sector no será mayor del 15% de la totalidad de partos atendidos en el establecimiento de salud.

³ Los estándares básicos en la atención humanizada del parto son: (i) Respeto a la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento; (ii) Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, semi-sentada, o como desee); (iii) Respetar la necesidad de elección de la mujer de las personas que la acompañará en el parto (cónyuge, familiar); (iv) Cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido, evitando someter al niño a cualquier maniobra o exámenes innecesarios. Tomado de la Norma 042: Norma de Humanización del Parto Institucional. MINSA. Año 2010.

Indicador: % de pacientes por unidad de salud, cuyos partos fueron finalizados a través de cesáreas.

Umbral: 10-15%.

3. *Dimensión de calidad: Continuidad*

- **Norma:** Los equipos de dirección de los establecimientos de salud, garantizarán que su personal asegure la existencia de insumos críticos que sean necesarios para la aplicación de medidas terapéuticas según protocolo establecido por el órgano rector.

Indicador: % de unidades de salud que garantizan la atención según protocolo establecido por el órgano rector.

Umbral: 80-90%.

- **Norma:** El personal de salud, garantizará que toda paciente cuyo trabajo de parto/parto/ puerperio se complique, sea atendida, estabilizada y referida a la unidad de mayor resolución de acuerdo a la guía de traslado aprobado por el Ministerio de Salud.

Indicador: % de pacientes atendidas y referidas según guías de traslado establecidas por el Ministerio de Salud.

Umbral: 100%.

- **Norma:** El personal de salud, garantizará que tanto la madre como el niño al egresar, sean referidos a la unidad de salud de su localidad, para control y seguimiento.

Indicador: % de pacientes referidos a la unidad de salud de su localidad, para control y seguimiento.

Umbral: 100%.

4. *Dimensión de la calidad: Satisfacción de la Paciente*

- **Norma:** El personal de salud, garantizará que toda paciente atendida al egresar de las unidades de salud, exprese sentirse satisfecha por la atención brindada.

Indicador: % de pacientes que expresan sentirse satisfechas con la atención recibida.

Umbral: 80-90%.

NORMA DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO (A)

1. *Dimensión de la calidad: Competencia profesional*

- **Norma:** Personal de salud con competencias que realiza la atención del Recién Nacido (a), será mayor o igual al 90%.

Indicador: % de personal de salud, que cuenta con una evaluación mayor o igual al 90%.

Umbral: 90-100%.

2. *Dimensión de la calidad: Acceso y Oportunidad*

- **Norma:** El personal de salud, garantizará que todo recién nacido (a) vivo sea atendido de acuerdo a protocolo establecido.

Indicador: % de niños(as) atendidas según protocolo de atención.

Umbral: 90-100%.

- **Norma:** El personal de salud garantizará que todo recién nacido(a) vivo al ingresar a los establecimientos de Salud, sea atendido inmediatamente.

Indicador: % de recién nacidos referidos y atendidos en un periodo de tiempo, no mayor de 30 minutos.

Umbral: 100%.

- **Norma:** El personal de salud garantizará que todo recién nacido (a) al egresar de la unidad de salud, sea referido y le sean realizados los controles establecidos según protocolo de atención establecido por el órgano rector.

Indicador: % de recién nacidos referidos para su control de VPCD.

Umbral: 90-100%.

3. *Dimensión de la calidad: Continuidad*

- **Norma:** El personal de salud garantizará que todo recién nacido (a) cuyo parto fue atendido a nivel domiciliario, sea captado e incorporado al programa de VPCD, para sus controles.

Indicador: % de trabajadores que garantiza el control y seguimiento del/la recién nacido(a) atendidos a nivel domiciliario

Umbral: 100%.

4. *Dimensión de la calidad: Satisfacción de la Paciente*

- **Norma:** El establecimiento de salud garantizará que el ambiente de atención del recién nacido (a) cuente con los requerimientos necesarios a fin de que realice un efectivo alojamiento conjunto madre - bebe y aseguramiento de la lactancia materna precoz.

Indicador: % de personal de salud que garantiza las condiciones de atención óptima para el alojamiento conjunto efectivo y el apego precoz.

Umbral: 100%.

- **Norma:** El equipo de dirección de los establecimientos de salud donde se atienden partos deberá evaluar satisfacción de pacientes a través de diferentes modalidades.

Indicador: % de paciente que al egresar exprese sentirse satisfecha con la atención recibida.

Umbral: 80-100%.

NORMA DE ATENCIÓN DEL PUERPERIO DE BAJO RIESGO

1. Dimensión de la calidad: Continuidad

- **Norma:** El personal de salud garantizará que toda puérpera al egresar sea referida al establecimiento de salud de su sector correspondiente para que se le brinden controles sistemáticos según protocolo de atención aprobado.

Indicador: % de pacientes referidas a los establecimientos de salud de su sector correspondiente para su control y seguimiento.

Umbral: 100%.

- **Norma:** El personal de salud de los establecimientos de salud, deberán garantizar la continuidad de la atención de la paciente y el recién nacido, utilizando el registro del Censo Gerencial de la Embarazada, Puérpera y Postnatal, hasta por un año.

Indicador: % de pacientes y recién que fueron referidas posterior a la atención del parto y que su seguimiento se realiza utilizando el formato de registro del censo de la embarazada, puérpera y postnatal, hasta por un año posterior al parto.

Umbral: 70%.

2. Dimensión de calidad: Eficacia

- **Norma:** A toda mujer que egresa por un evento obstétrico se le garantizara consejería y MAC de su elección informada y voluntaria.
 - **Indicador 3.1:** Porcentaje de usuarias Postevento obstétrico que recibieron consejería en PF antes de su egreso.
 - **Indicador 3.2:** Porcentaje de usuarias Postevento obstétrico que egresaron con un método artificial de PF.
 - **Indicador 3.3:** Porcentaje de usuarias Postevento obstétrico que recibieron consejería en PF y pueden mencionar al menos dos beneficios y dos cuidados del MAC seleccionado.

ANEXOS

Estándares e Indicadores de Calidad de Procesos de Atención de Salud Materna y Recién Nacido

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
SALUD MATERNA							
A toda embarazada que acude a su Atención Prenatal (APN) se le deberá de llenar la Historia Clínica Perinatal (HCP) Registrándose e interpretando las 12 actividades normadas.	Porcentaje de embarazadas en las que en su APN se le llenó su HCP y se registró e interpretó las 12 actividades normadas	No. de embarazadas que acudieron a su APN, se les llenó su HCP y se registró e interpretó las 12 actividades normadas/ No. de embarazadas a las que se les valoró el llenado e interpretación de la HCPX100.	12 actividades normadas para registrar en la HCP e interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • Antec. Personales y Obstétricos • Medición de talla • Examen de mamas • Semanas de amenorrea • Medición del peso • Determinación e Interpretación de PA • Medición de Altura Uterina • Auscultación de FCF (A partir de las 20SG) • Mov. Fetales (Después de 18 SG) • Aplicación de vacuna antitetánica • Exámenes de laboratorio (Grupo y Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO, Hb, consejería y prueba voluntaria de VIH) • Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal pregestacional o de las primeras 12 semanas de gestación 	HCP Expedientes clínicos	Mensual	Revisión de Expedientes Clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las Listas de Chequeo
A toda embarazada en trabajo de parto se le deberá llenar e interpretar correctamente el partograma con curva de alerta.	Porcentaje de embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente.	No. de embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente / No. de embarazadas en trabajo de parto revisadas en el periodo X 100.	Partograma bien llenado e interpretado se considera cuando al aplicar el instrumento de monitoreo se obtiene en promedio de todos los 17 ítems al menos el 90%.	Partogramas Expedientes clínicos	Mensual	Revisión de Expedientes Clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las Listas de Chequeo
A todo parto (vaginal/cesárea), inmediato al nacimiento del bebé se deberá aplicar Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP), a fin de prevenir la hemorragia postparto.	Porcentaje de embarazadas con Infección Urinaria clasificadas y tratadas correctamente	Numerador: No. de embarazadas con Infección Urinaria clasificadas y tratadas conforme a la Guía de Diagnóstico y Tratamiento del MINSA Denominador: No. de embarazadas diagnosticadas con Infección Urinaria revisadas Fórmula: $\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100$	Clasificación de Infección Urinaria de acuerdo a la ausencia o presencia de síntomas: Asintomática, Sintomatología Leve, Sintomatología Severa. El tratamiento de antimicrobianos debe estar indicado según lo establecido en el protocolo de ARO.	HCP Expedientes Clínicos	Mensual	Revisión de Expedientes clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de chequeo

<p>A todo parto (vaginal/cesárea), inmediato al nacimiento del bebé se deberá aplicar Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP), a fin de prevenir la hemorragia posparto.</p>	<p>Porcentaje de parturientas (vaginal / cesárea) a quienes se les realizó Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP), a fin de reducir la Hemorragia Postparto.</p>	<p>No. de parturientas (vaginal/cesárea) a quienes se les realizó Manejo Activo del Tercer Período del Parto / No. de partos (vaginal/ cesárea) revisados en el periodo X 100.</p>	<p>MATEP incluye: 1-Se aplicó a la parturienta (parto/cesárea) 10 UI IM de Oxitocina inmediato al nacimiento del bebé, tan pronto como sea posible dentro del 1er minuto, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente Oxitocina para inductoconducción. 2-Pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar. 3-Tensión controlada del cordón umbilical (aprovechando la contracción uterina) con contra tracción (rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina). 4-Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 mins durante las primeras 2 horas.</p>	<p>Observación Directa</p>	<p>Trimestral</p>	<p>Observación Directa de partos/cesáreas atendidos</p>	<p>El cumplimiento se verifica utilizando las Listas de Chequeo</p>
<p>A toda mujer atendidas por parto se le cumplirá los estándares básicos de la atención humanizada del parto</p>	<p>Porcentaje de mujeres atendidas por parto que se les cumplen los estándares básicos de la atención humanizada del parto</p>	<p>Numerador: número de mujeres atendidas por parto a las que se les cumplen los estándares básicos de humanización del parto Denominador: Número total de expedientes clínicos revisados en la muestra x 100</p>	<p>Los estándares básicos en la atención humanizada del parto son: (i) Respeto a la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento; (ii) Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, semi-sentada, o como desee); (iii) Respetar la necesidad de elección de la mujer de las personas que la acompañará en el parto (cónyuge, familiar); (iv) Cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido, evitando someter al niño a cualquier maniobra o exámenes innecesarios.</p>	<p>Expedientes clínicos</p>	<p>Mensual</p>	<p>Revisión de 20 Expedientes Clínicos por mes</p>	<p>El cumplimiento se verifica utilizando las Listas de Chequeo</p>
<p>A toda mujer en puerperio inmediato (post parto o post cesárea) se le deberá vigilar, registrar (en la HCP) e interpretar las actividades seleccionadas de acuerdo a Protocolos del MINSA.</p>	<p>Porcentaje de puérperas inmediatas (post parto o post cesárea) con vigilancia según protocolos del MINSA.</p>	<p>No. de puérperas inmediatas post parto/ post cesárea vigiladas adecuadamente / No. de puérperas inmediatas post parto/post cesárea Revisadas en el periodo X 100.</p>	<p>Cumple con el protocolo, sí y sólo sí se vigilan cada 30 minutos en las primeras 2 hrs posparto / postcesárea y luego por turno de enfermería los 6 parámetros establecidos en el estándar: hora, temperatura corporal, pulso, presión arterial, involución uterina y características de loquios.</p>	<p>Expedientes clínicos</p>	<p>Mensual</p>	<p>Revisión de Expedientes Clínicos</p>	<p>El cumplimiento se verifica utilizando las Listas de Chequeo</p>

A toda mujer que egresa por un evento obstétrico (posaborto, mola, ectópico, parto o cesárea) se le garantizará consejería y un método artificial de planificación familiar de su elección informada y voluntaria	Porcentaje de usuarias (post aborto, mola, ectópico, parto o cesárea) que recibieron consejería en Planificación Familiar antes de su egreso.	Mujeres (postaborto, mola, ectópico, parto o cesárea) que recibieron consejería/ Total de puérperas egresadas X 100	Toda puérpera para ser Egresada de la unidad de salud, debe recibir consejería en planificación familiar.	HCP Cuaderno de registro de PF.	Mensual	Revisión de Expedientes Clínicos. Cuaderno de registro de PF.	El cumplimiento se verifica utilizando las Listas de Chequeo
	Porcentaje de puérperas (pos aborto, mola, ectópico, parto o cesárea) que egresaron con un método artificial de planificación familiar.	Mujeres (postaborto, mola, ectópico, parto o cesárea) que recibieron un método anticonceptivo artificial/ Total de puérperas egresadas X 100	Toda puérpera deberá recibir un método artificial de planificación familiar.	HCP SIGLIM. Cuaderno de registro de PF.	Mensual	Revisión de Expedientes Clínicos. Cuaderno de registro de PF.	El cumplimiento se verifica utilizando las Listas de Chequeo
	Porcentaje de usuarias Postevento obstétrico que recibieron consejería en PF y pueden mencionar al menos dos beneficios y dos cuidados del MAC seleccionado	Numerador: Usuarías que mencionaron 2 beneficios y 2 cuidados del MAC seleccionado Denominador: Total de usuarias encuestadas. $\frac{\text{Numerador} \times 100}{\text{Denominador}}$	En la consejería se orienta a la usuaria para que realice una elección voluntaria del método anticonceptivo que más conviene a sus necesidades reproductivas y a su salud, por lo que se brinda información sobre beneficios y riesgos acerca de todos los métodos ofertados por el MINSA.	Encuestas	Trimestral	Encuestas Transcriba el dato de la dimensión de la calidad referida al conocimiento, indagando en la encuesta de satisfacción de las usuarias	Responsable de Salud Materna o Jefe de Servicio de PF

RECIEN NACIDO (A)							
<p>A todo Recién Nacido al momento de nacer se le deberá de aplicar el protocolo de atención inmediata establecido</p>	<p>Porcentaje de recién nacidos a quienes se les aplicó el protocolo de atención inmediata establecido.</p>	<p>Numerador: No. de recién nacidos a quienes se les aplicó protocolo de atención establecido. Denominador: Total de casos de recién nacidos revisados en el mes.</p>	<p><u>Protocolo de Atención Inmediata para todo recién nacido.</u> 1. Se proporciona calor local. 2. Se posiciona la cabeza del recién nacido con ligera extensión del cuello (olfateo). 3. Se despeja y limpia la vía aérea si es necesario (líquido amniótico o sangre) primero la boca y después la nariz. 4. Se realiza secado del recién nacido (cefalo caudal), de preferencia con paños secos absorbentes y tibios y se cambian los húmedos por secos. 5. Se realiza estimulación a través del secado o bien mediante golpecitos en las plantas de los pies o frotando suavemente la espalda. 6. Se retira el paño húmedo que está en contacto con el neonato. 7. Se evalúa la respiración, FC y color. 8. Se proporciona oxígeno a flujo libre en caso de FC mayor de 100 y presencia de cianosis central. 9. Se promueve el apego precoz. 10. Lactancia materna en la primera hora posterior al nacimiento.</p>	<p>Expedientes clínicos. Lista de chequeo de monitoreo mensual</p>	<p>Mensual</p>	<p>Revisión de expedientes Clínicos. Observación directa. Aplicación de la lista de chequeo de habilidades y destreza en atención inmediata</p>	<p><u>Cómo se realiza la limpieza de vía aérea:</u> a) Colocación de la cabeza del recién nacido con ligera extensión del cuello. b) Despeja las vías aéreas si es necesario (líquido amniótico o sangre) primero la boca y después la nariz. <u>El término Vigoroso:</u> Se define como: buen esfuerzo respiratorio, buen tono muscular, y frecuencia cardíaca mayor de 100lpm. <u>Ventilación a presión positiva con bolsa y máscara.</u> Si el recién nacido no está respirando adecuadamente (tiene apnea o está boqueando), tiene una frecuencia cardíaca menor a 100 latidos por minutos (lpm) ó está azulado (cianótico). <u>Masaje cardíaco.</u> Cuando el recién nacido tiene una frecuencia cardíaca menor de 60 minutos a pesar de la estimulación y de los 30 segundos de ventilación a presión positiva. <u>Adrenalina</u> se administra adrenalina cuando el recién nacido tiene una frecuencia cardíaca menor de 60 por minutos a pesar de la ventilación a presión positiva y el masaje cardíaco.</p>

<p>A todo Recién Nacido (a) se le deben brindar los cuidados de rutina establecidos en el protocolo.</p>	<p>Porcentaje de recién nacidos a quienes se les aplicó correctamente los cuidados de rutina según protocolo de atención establecido.</p>	<p>Numerador: No. de recién nacidos a quienes se les aplicó correctamente los cuidados de rutina según protocolo de atención establecido.</p> <p>Denominador: Total de casos de recién nacidos revisados en el periodo</p>	<p><u>Cuidados de rutina:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se vigila la respiración, actividad y coloración del recién nacido. 2. Se cubre al recién nacido con una sábana seca y limpia. 3. Se inicia lactancia materna en la primera hora de nacimiento. 4. Se administra vitamina K, aplicar 1mg IM en una sola dosis. 5. Se aplica profilaxis oftálmica con oxitetraciclina o cloranfenicol. 6. Se realiza cura umbilical con agua y clorhexidina (hibiscrub). 7. Se toman y registran los signos vitales (temperatura, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria). 8. Se miden y registran: el peso, el perímetro cefálico y la talla. 9. Se determina la edad gestacional a través del método de Capurro o Ballard modificado. 	<p>Expedientes Clínicos</p>	<p>Mensual</p>	<p>Revisión de expedientes clínicos,</p> <p>Lista de chequeo.</p> <p>Observación directa.</p> <p>Entrevista a la madre sobre lactancia y de las condiciones del egreso del recién nacido.</p>	<p><u>Administración de vitamina K.</u></p> <p>-RN sano mayor de 1500grs: aplicar 1mg IM en una sola dosis.</p> <p>-RN en riesgo (asfisia, pretermino, patología neonatal): aplicar 1mg. IM o IV con dosis posteriores según estado clínico.</p> <p>-Menor de 1500grs: 0.5 mg IM.</p> <p><u>Apego Precoz:</u> Se refiere al contacto piel con piel de la madre – recién nacido y el inicio de la lactancia materna durante la primera hora después del parto.</p>
--	---	--	--	-----------------------------	----------------	---	---

<p>A todo Recién Nacido que egresa de la Unidad de Salud y/o sala de Alojamiento Conjunto a nivel hospitalario debe cumplir con los criterios establecidos en el protocolo de atención.</p>	<p>Porcentaje de recién nacidos a quienes se les cumplió con todos los criterios establecidos en el protocolo de atención.</p>	<p>Numerador: No de Recién Nacidos que egresaron cumpliendo los criterios establecidos en el protocolo. Denominador: Totalde egresos de recién nacidos revisados enel periodo.</p>	<p>Criterios parael egreso del RN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El recién nacido succiona vigorosamente el pecho materno (al menos que haya succionado en 4 ocasiones) antes del egreso. 2. Se observa y registra la tolerancia oral. 3. Se verifica que los signos vitales estén normales (temperatura, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria). 4. Se observa y registra la coloración. 5. Se le enseña a la madre como realizar la cura o limpieza del cordón umbilical con agua y jabón. 6. Se verifica y registra que el recién nacido haya miccionado antes del egreso. 7. Se verifica y registra que el recién nacido haya defecado antes del egreso. 8. Se administra a todo recién nacido con un peso mayor o igual a los 2500 grs, su vacuna de BCG. 9. Se verifica y registra la administración de vitamina K. 10. Se registran todos los datos del egreso en la HCP los segmentos correspondientes a: el nacimiento y el egreso. 11. Se da cita de seguimiento en 3 días al hospital o la unidad de salud más cercana. 	<p>Expedientes Clínicos</p>	<p>Mensual</p>	<p>Revisión de expedientes clínicos, Lista de chequeo. Observación directa. Entrevista a la madre sobre lactanciayde las condiciones del egreso del recién nacido.</p>	<p><u>Cura umbilical ó limpieza del cordón</u> umbilical. Lavar con agua y jabón en forma concéntrica del centro hacia fuera. <u>Administración de la BCG.</u> Atodo recién nacido con un peso mayor o igual a los 2000grs. <u>Registrar los datos en</u> Segmento de la HCP correspondiente al nacimiento y al egreso del recién nacido.</p>
---	--	---	---	-----------------------------	----------------	---	---

<p>Todo Recién nacido que durante el nacimiento presente depresión respiratoria severa se le deberá aplicar el protocolo de atención post-reanimación.</p>	<p>Porcentaje de Recién nacidos con diagnóstico de depresión respiratoria severa a quienes se les aplicó el protocolo de reanimación establecido.</p>	<p>Numerador: No. de Recién nacidos que nacieron con depresión respiratoria y se les aplicó el protocolo de atención establecido.</p> <p>Denominador: Total de casos de recién nacidos con depresión respiratoria revisados en el período.</p>	<p><u>Protocolo de Atención:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se identificó previo al nacimiento del recién nacido los factores de riesgo materno para asfixia 2. Se comentan en el expediente y se hacen intervenciones oportunas con relación a los factores de riesgo materno identificados 3. Se brindan los cuidados de la atención inmediata. 4. Se evalúa la respiración, FC y color 5. Se provee ventilación a presión positiva durante 30 segundos con bolsa y máscara y oxígeno al 100% en caso de apnea o FC menor de 100 lpm 6. Se aplica masaje cardiaco durante 30 seg. cuando la ventilación a presión positiva es inefectiva y la FC es menor de 60 lpm 7. Se administra adrenalina cuando el masaje cardiaco y la ventilación es inefectiva y la FC es menor de 60 lpm 8. Se ingresa a un área de mayor vigilancia 9. Se deja en ayuno en 24-72 horas según evolución clínica 10. Monitoreo continuo de signos vitales (FC, FR, Temperatura) cada 30 minutos hasta estabilizar 11. Se administran líquidos IV a requerimientos según peso, edad y condición clínica del niño(a) 12. Se proporciona oxígeno suplementario a 3-5 litros por minuto para mantener una saturación de oxígeno entre el 88 y 92% en el RN prematuro y el 94 y 98% en el RN a término. 13. Se realiza control de la glucemia cada 12 horas (mantener normoglu- cemia) 14. Se monitorea apnea 15. Se monitorea el gasto urinario 16. Se realiza radiografía de tórax, está valorada y comentada en el expediente 17. Se vigila por hipo o hipertermia 	<p>Expedientes Clínicos</p>	<p>Mensual</p>	<p>Revisión de expedientes clínicos</p>	
--	---	--	--	---------------------------------	----------------	---	--

Instrumentos para el Monitoreo de Indicadores de Calidad de Procesos de Atención de Salud

1.-Porcentaje de embarazadas en las que en su Atención Prenatal (APN) se llenó e interpretó la Historia Clínica Perinatal (HCP).

ATENCIÓN PRENATAL: <i>Basado en Normas de Atención Prenatal. MINSA.</i>																					
Cada número corresponde a un expediente de APN monitoreado. Registre el número del expediente. Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se Cumple), anotar 0 . Registrar NA (No Aplica) , en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de Expediente Cumple , se marcará con 1 solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El Promedio Global , se obtiene de dividir el Total de Expediente Cumple (1) , entre el Total de Expedientes Monitoreados X 100 . El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejora Continua, de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).																					
CRITERIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Prom
Antecedentes Personales y Obstétricos																					
Medición de Talla																					
Examen de Mamas																					
Semanas de Amenorrea																					
Medición del Peso																					
Determinación e Interpretación de Presión Arterial																					
Medición de la Altura Uterina																					
Auscultación de FCF a partir de las 20 SG.																					
Movimientos Fetales después de 18 SG																					
Aplicación de Vacuna Antitetánica																					
Exámenes de Laboratorio (Grupoy Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO, Hemoglobina, Consejería y prueba voluntaria de VIH).																					
Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal pregestacional o de las primeras 12 semanas de gestación																					
EXPEDIENTE CUMPLE :																					
Promedio Global:																					

2.-Porcentaje de embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente

REPÚBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD

HOJA DE MONITOREO PARA EL PARTOGRAMA CON CURVA DE
ALERTA

SILAIS: _____ Municipio: _____ Unidad de Salud: _____

Monitor/Supervisor: _____ # Partogramas Revisados: _____

Periodo Monitoreado: _____ Total Partos Atendidos en el Periodo: _____

Porcentaje de Partos Atendidos a los cuales se les realizó Partograma: _____

Partograma: Registre el número del expediente monitoreado. Anotar **1** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se cumple), anotar **0**. Registrar **NA** (No Aplica) en caso de que el criterio no sea aplicable.

El **promedio del partograma** se obtiene de dividir el total Criterios Cumplidos entre el total de Criterios Aplicables multiplicado por 100.
El **Promedio Global** se obtiene de dividir el total de **Partogramas que Obtuvieron un Promedio de 90** entre el total de **Partogramas Monitoreados** multiplicado por **100**. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejora Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

Número Expediente																						
No	CRITERIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Prom
1	Llena adecuadamente los Datos Generales de identificación de la paciente.																					
2	Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma.																					
3	Selección adecuada del Patrón de Construcción de la curva de alerta (Columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales del progreso de la dilatación).																					
4	Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento.																					
5	Grafica adecuadamente la curva de alerta.																					
6	Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta.																					
7	Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge.																					
8	Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación.																					
9	Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal.																					
10	Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal.																					
11	Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas.																					
12	Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas.																					
13	Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de Membranas (RAM).																					
14	Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas).																					
15	Llena adecuadamente la información complementaria de las Casillas: Tensión Arterial, Pulso, Posición Materna, Intensidad de Contracciones, Localización e Intensidad del Dolor).																					
16	Interpreta adecuadamente esta información.																					
17	Utiliza adecuadamente las Casillas de Observaciones (a,b,c), para: registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc.																					
Promedio por partograma:																						
Promedio Global:																						
OBSERVACIONES (limitantes encontradas, acuerdos, compromisos, etc.):																						

3.-Porcentaje de parturientas (vaginal o cesárea) a quienes se les realizó Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (MATEP), a fin de reducir la Hemorragia Post Parto.

<p>MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO (MATEP): Basado en Normas de Atención Prenatal. MINSA.</p> <p>Cada número corresponde a un expediente de Parto Vaginal o Cesárea monitoreado. Registre el número del expediente. Anotar <u>1</u> en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se Cumple), anotar 0. Registrar NA (No Aplica), en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de Expediente Cumple, se marcará con <u>1</u> solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El Promedio Global, se obtiene de dividir el Total de Expediente Cumple (1) entre el Total de Expedientes Monitoreados X 100. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejora Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).</p>																					
CRITERIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Prom
1-Se aplicó a la parturienta (parto/cesárea) 10 UI IM de Oxitocina inmediato al nacimiento del bebé, tan pronto como sea posible dentro del 1er minuto, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente Oxitocina para inductoconducción.																					
2-Pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar.																					
3-Tensión controlada del cordón umbilical (aprovechando la contracción uterina) con contra tracción(rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina).																					
4-Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 mins durante las primeras 2 horas.																					
EXPEDIENTE CUMPLE :																					
PromedioGlobal:																					

4.-Porcentaje de Puérperas Inmediatas con Vigilancia según Protocolos del MINSA.

PUÉRPERAS INMEDIATAS CON VIGILANCIA DE ACUERDO A PROTOCOLOS: *Basado en Normas de Atención Prenatal. MINSA.*

Cada número corresponde aun expediente de **Parto Vaginal o Cesárea** monitoreado. Registre el número del expediente. Anotar **1** en la casilla correspondiente, si el criterio evaluado es satisfactorio (**Se Cumple**). Si el criterio no es satisfactorio (**No Se Cumple**), anotar **0**. Registrar **NA (No Aplica)**, en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de **Expediente Cumple**, se marcará con **1** solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El **Promedio Global**, se obtiene de dividir el **Total de Expediente Cumple (1)** entre el **Total de Expedientes Monitoreados X 100**. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejora Continua de los criterios que no estamos cumpliendo (**Fallos de la Calidad de Atención**).

CRITERIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Prom
Hora																					
Temperatura Corporal																					
Pulso																					
Presión Arterial																					
Involución Uterina																					
Loquios																					
EXPEDIENTE CUMPLE :																					
PromedioGlobal:																					

4.1-Porcentaje de puérperas (postaborto, mola, ectópico, parto o cesárea) que recibieron Consejería en Planificación Familiar antes de su egreso.

PUÉRPERAS QUE RECIBIERON CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR: *Basado en Normas de Atención Prenatal. MINSA.*

Cada número corresponde aun expediente de **Puérpera (postaborto, mola, ectópico, parto o cesárea)** monitoreado. Registre el número del expediente. Anotar **1** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (**Se Cumple**). Si el criterio no es satisfactorio (**No Se Cumple**), anotar **0**. El **Promedio**, se obtiene de dividir el **Total de Expediente Cumple (1)** entre el **Total de Expedientes Monitoreados X 100**. Este promedio nos servirá para la realización de Ciclos Rápidos de Mejoría Continua y superar los **Fallos de la Calidad de Atención**.

CRITERIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Prom
Recibió consejería en planificación familiar en la unidad de salud, antes de su egreso.																					

4.2-Porcentaje de puérperas (postaborto, mola, ectópico, parto o cesárea) que Egresaron con un Método Artificial de Planificación Familiar.

PUÉRPERAS QUE EGRESARON CON UN MÉTODO ARTIFICIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: *Basado en Normas de Atención Prenatal. MINSA.*

Cada número corresponde aun expediente de **Puérpera (postaborto, mola, ectópico, parto o cesárea)** monitoreado. Registre el número del expediente. Anotar **1** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (**Se Cumple**). Si el criterio no es satisfactorio (**No Se Cumple**), anotar **0**. El **Promedio**, se obtiene de dividir el **Total de Expediente Cumple (1)** entre el **Total de Expedientes Monitoreados X 100**. Este promedio nos servirá para la realización de Ciclos Rápidos de Mejora Continua y superar los **Fallos de la Calidad de Atención**.

CRITERIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Prom
Recibió método/s de planificación familiar en la Unidad de salud, antes de su egreso.																					

5.-Porcentaje de cumplimiento de los estándares básicos de la atención humanizada del parto según Normativa 042: Norma de Humanización del Parto Institucional del MINSA.

<p>MUJERES ATENDIDAS POR PARTO DE ACUERDO A PROTOCOLOS: <i>Basado en Normas de Humanización del parto Institucional. MINSA,</i> Cada número corresponde aun expediente de Parto Vaginal monitoreado. Registre el número del expediente. Anotar 1 en la casilla correspondiente, si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se Cumple), anotar 0. Registrar NA (No Aplica), en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de Expediente Cumple, se marcará con 1 solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El Promedio Global, se obtiene de dividir el Total de Expediente Cumple (1) entre el Total de Expedientes Monitoreados X 100. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejora Continua de los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).</p>																					
CRITERIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Prom
Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, semi-sentada, o como desee)																					
Respetar la necesidad de elección de la mujer de las personas que la acompañará en el parto (cónyuge, familiar)																					
EXPEDIENTE CUMPLE :																					
PromedioGlobal:																					

INSTRUMENTOS DE MONITOREO DEL RECIÉN NACIDO (A)

6.- Porcentaje de recién nacidos (a) a quienes se les aplicó el protocolo de Atención Inmediata establecido.

Unidad de Salud _____ Mes Evaluado _____

Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Promedio	
1. Se proporciona calor local.																						
2. Se posiciona la cabeza del recién nacido con ligera extensión del cuello (olfateo).																						
3. Se despeja y limpia la vía aérea si es necesario (líquido amniótico o sangre) primero la boca y después la nariz.																						
4. Se realiza secado del recién nacido (cefalo caudal), de preferencia con paños secos absorbentes y tibios y se cambian los húmedos por secos.																						
5. Se realiza estimulación a través del secado o bien mediante golpecitos en las plantas de los pies o frotando suavemente la espalda.																						
6. Se retira el paño húmedo que está en contacto con el neonato.																						
7. Se evalúa la respiración, FC y color.																						
8. Se proporciona oxígeno a flujo libre en caso de FC mayor de 100 y presencia de cianosis central.																						
9. Se promueve el apego precoz.																						
10. Lactancia materna en la primera hora posterior al nacimiento.																						
Expediente cumple:																						
Promedio Global																						

7.- Porcentaje de recién nacidos (a) a quienes se les aplicó correctamente los Cuidados de Rutina según protocolo de atención establecido.

Unidad de Salud _____ Mes Evaluado _____

Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Promedio	
1. Se vigila la respiración, actividad y coloración del recién nacido.																						
2. Se cubre al recién nacido con una sábana seca y limpia.																						
3. Se inicia lactancia materna en la primera hora de nacimiento.																						
4. Se administra vitamina K, aplicar 1mg IM en una sola dosis.																						
5. Se aplica profilaxis oftálmica con oxitetraciclina o cloranfenicol.																						
6. Se realiza cura umbilical con agua y clorhexidina (hibiscrub).																						
7. Se toman y registran los signos vitales (temperatura, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria).																						
8. Se miden y registran: el peso, el perímetro cefálico y la talla.																						
9. Se determina la edad gestacional a través del método de Capurro o Ballard modificado.																						
Expediente Cumple																						
Promedio Global																						

8.- Porcentaje de recién nacidos a quienes se les cumplió con todos los Criterios establecidos para el Egreso en el Protocolo de Atención.

Unidad de Salud _____ Mes Evaluado _____

Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Promedio	
1. El recién nacido succiona vigorosamente el pecho materno (al menos que haya succionado en 4 ocasiones) antes del egreso.																						
2. Se observa y registra la tolerancia oral.																						
3. Se verifica que los signos vitales estén normales (temperatura, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria).																						
4. Se observa y registra la coloración.																						
5. Se le enseña a la madre como realizar la cura o limpieza del cordón umbilical con agua y jabón.																						
6. Se verifica y registra que el recién nacido haya miccionado antes del egreso.																						
7. Se verifica y registra que el recién nacido haya defecado antes del egreso.																						
8. Se administra a todo recién nacido con un peso mayor o igual a los 2500 grs, su vacuna de BCG.																						
9. Se verifica y registra la administración de vitamina K.																						
10. Se registran todos los datos del egreso en la HCP los segmentos correspondientes a: el nacimiento y el egreso.																						
11. Se da cita de seguimiento en 3 días al hospital o la unidad de salud más cercana.																						
Expediente Cumple																						
Promedio Global																						

9.- Porcentaje de recién nacidos que durante el nacimiento presentaron asfixia severa y se les aplicó el protocolo de atención establecido.

Unidad de Salud _____ Mes Evaluado _____

Crterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Promedio	
1. Se identificó previo al nacimiento del recién nacido los factores de riesgo materno para asfixia																						
2. Se comentan en el expediente y se hacen intervenciones oportunas con relación a los factores de riesgo materno identificados																						
3. Se brindan los cuidados de la atención Inmediata.																						
4. Se evalúa la respiración, FC y color																						
5. Se provee ventilación a presión positiva durante 30 segundos con bolsa y máscara y oxígeno al 100% en caso de apnea o FC menor de 100 lpm																						
6. Se aplica masaje cardiaco durante 30 seg. cuando la ventilación a presión positiva es inefectiva y la FC es menor de 60 lpm																						
7. Se administra adrenalina cuando el masaje cardiaco y la ventilación es inefectiva y la FC es menor de 60 lpm																						
8. Se ingresa a un área de mayor vigilancia																						
9. Se deja en ayuno en 24-72 horas según evolución clínica																						
10. Monitoreo continuo de signos vitales (FC,FR, Temperatura) cada 30 minutos hasta estabilizar																						
11. Se administran líquidos IV a requerimientos según peso, edad y condición clínica del niño(a)																						
12. Se proporciona oxígeno suplementario a 3-5 litros por minuto para mantener una saturación de oxígeno entre el 88 y 92% en el RN prematuro y el 94 y 98% en el RN a término.																						
13. Se realiza control de la glucemia cada 12 horas (mantener normogluccemia)																						
14. Se monitorea apnea																						
15. Se monitorea el gasto urinario																						
16. Se realiza radiografía de tórax, está valorada y comentada en el expediente																						
17. Se vigila por hipo o hipertermia																						
Expediente Cumple																						
Promedio Global																						

Bases de datos de los Estándares de Calidad de Salud Materna

Son matrices diseñadas en Excel, que recogen la información relacionada a las pacientes que acceden a la Atención Prenatal, Complicaciones Obstétricas de Emergencia, Vigilancia del Parto, MATEP, Humanización y Adecuación Cultural del Parto y la Atención del Puerperio, en la unidad de salud. Esta información debe consolidarse mensualmente y posteriormente reportarla a su nivel superior de forma sistemática.

Los gerentes de las unidades de salud y los equipos de calidad serán los encargados de analizar los resultados del monitoreo, del registro de los datos en la base electrónica y de enviar un informe del análisis realizado, al el/la responsable del Programa de Salud Materna del SILAIS, en los primeros cinco días de cada mes. Esta persona tendrá la responsabilidad de dar seguimiento a los resultados del monitoreo con su respectivo análisis así como a las intervenciones planificadas.

Instructivo para el Llenado de la Base de Datos en Excel de Estandares de Calidad de Salud Materna

La siguiente base electrónica contiene 3 partes:

1: Hoja de vaciamiento de datos

Cada pestaña corresponde a un Municipio u hospital del SILAIS

Contiene celdas que contiene numerador, denominador e indicador cada una con un color que las diferencia :

Numerador (color celeste),



Cumplimiento

0-69.99 %

Denominador (color verde)



70-85.99 %

Indicador expresado en porcentaje (color amarillo).



86-100 %

Primero Usted debe ingresar los datos del Numerador, segundo el dato que corresponde al Denominador, automáticamente se calculará el cumplimiento del indicador expresado en porcentaje.

tanto el Numerador como Denominador deben anotarse en la celda correspondiente al mes monitoreado.

Automáticamente se registra el porcentaje que corresponde al Indicador.

Recuerde no manipular la celda correspondiente al cálculo del indicador. Puede borrar la fórmula. La base permite el monitoreo mensual de los indicadores.

2: Hoja de consolidado

Esta hoja es la que antecede a los gráficos en la base de datos y en ella se consolida automáticamente los datos ingresados en cada hoja electrónica correspondiente a cada departamento del país, no se debe manipular porque de ella se generan automáticamente los datos para los gráficos.

3. Gráficos:

Se encuentran diseñados gráficos para cada uno de los estándares e indicadores de calidad. Permiten además conocer el numerador y denominador del indicador graficado. Pueden accederse por el nombre anotado en la pestaña del Archivo Excel, e imprimirse si se considera necesario.

Sistema Informático Perinatal (SIP)

La Historia Clínica Perinatal constituye la fuente de datos más valiosa para conocer las características de la población usuaria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar investigaciones operativas. Para que este propósito se pueda lograr, es indispensable que existan mecanismos que faciliten el rápido almacenamiento y aprovechamiento de los datos y que sean factibles de ser utilizados por el personal de salud.

El Ministerio de Salud con apoyo de OPS han implementado el Sistema Informático Perinatal, que contempla los aspectos mencionados anteriormente. Esta es constituido por la Historia Clínica Perinatal (HCP), el Carnet Perinatal (CP) y el sistema computarizado con programas para el procesamiento de la información.



La HCP cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos de consenso universal que resumen la información mínima indispensable para la adecuada atención de la embarazada y el recién nacido (a).

“PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN PRENATAL DE BAJO RIESGO”

INTRODUCCION

Cada día cobra más importancia en el campo de la obstetricia la vigilancia de la mujer durante el desarrollo del embarazo. La medicina preventiva es la más efectiva a la que podemos aspirar y esto hace importante la vigilancia prenatal, ya que su función primordial es evitar alteraciones en el desarrollo normal del embarazo, que al suceder esto, sean detectadas las alteraciones en sus fases iniciales para ofrecer tempranamente el tratamiento adecuado y con ello obtener madres y productos más sanos y abatir las tasas de mortalidad materna y perinatal.

En los últimos años se han logrado grandes adelantos en estudio de la fisiología materna y fetal, de la unidad funcional feto – placentaria y en el diagnóstico, fisiopatogenia y tratamientos propios del embarazo como son la isoimmunización materno fetal y la toxemia gravídica; también hay avances importantes en la evaluación de la paciente con padecimientos concomitantes que afectan o son afectados en su evolución, en relación con el embarazo, como son la diabetes, la hipertensión arterial, nefropatías, etc. Estos avances han permitido, aplicados en la atención prenatal madre y productos en buenas condiciones en aquellos casos en que hace tan solo algunos años se veía morir a la madre o hijo irremediadamente.

La Atención Prenatal precoz, se inicia desde el momento en que la madre sospecha la gestación, debiéndose garantizar cuatro atenciones prenatales. Siendo importante enfatizar en los aspectos de calidad, que constituye un componente importante para poder identificar e interpretar de forma óptima los hallazgos encontrados y poder realizar de forma oportuna las intervenciones necesarias tanto diagnósticas como de atención inmediata y de referencia.

Por ende el Ministerio de Salud, para garantizar una oportuna y calidad de la atención prenatal, diseñó el presente protocolo, el cual pretende homogenizar el accionar del personal profesional y técnico con el propósito de unificar el proceso de atención y fortalecer la capacidad del personal de los servicios de salud.

OBJETIVO

El objetivo de este protocolo es estandarizar las técnicas de atención prenatal que se brindarán a la embarazada a fin de realizar la vigilancia del proceso de la gestación, prevenir, detectar, tratar o anular factores de riesgo, iniciar manejo de las complicaciones y, referir al nivel de mayor resolución cuando corresponda.

POBLACIÓN DIANA

Serán consideradas como Población diana a TODA embarazada que asista a demandar atención en las unidades y establecimientos de salud públicas y privadas.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Las actividades a realizar están relacionadas con el objetivo del cuidado prenatal. Para lograr que el embarazo tenga una buena evolución y término. Se garantizará:

- El estudio de las condiciones socioeconómicas y detección de patologías que aumentan la posibilidad de complicaciones o resultados adversos para ella y su hijo-a.
- Intervenciones terapéuticas comprobadas como beneficiosas.
- Vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal, la disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Educación de las embarazadas sobre los signos de peligro durante el embarazo y cómo identificarlas, su preparación para el parto y puerperio.

NUEVA CLASIFICACION DE RIESGO DE ATENCIÓN PRENATAL

Esta clasificación se basa en Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control³. En principio, el **nuevo modelo de control prenatal** divide a las mujeres embarazadas en dos grupos:

1. Aquellas elegibles para recibir el APN de rutina **llamado componente básico ("BAJO RIESGO")**
2. Y aquellas que necesitan **cuidados especiales ("ALTO RIESGO")** determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo.

BAJO RIESGO:

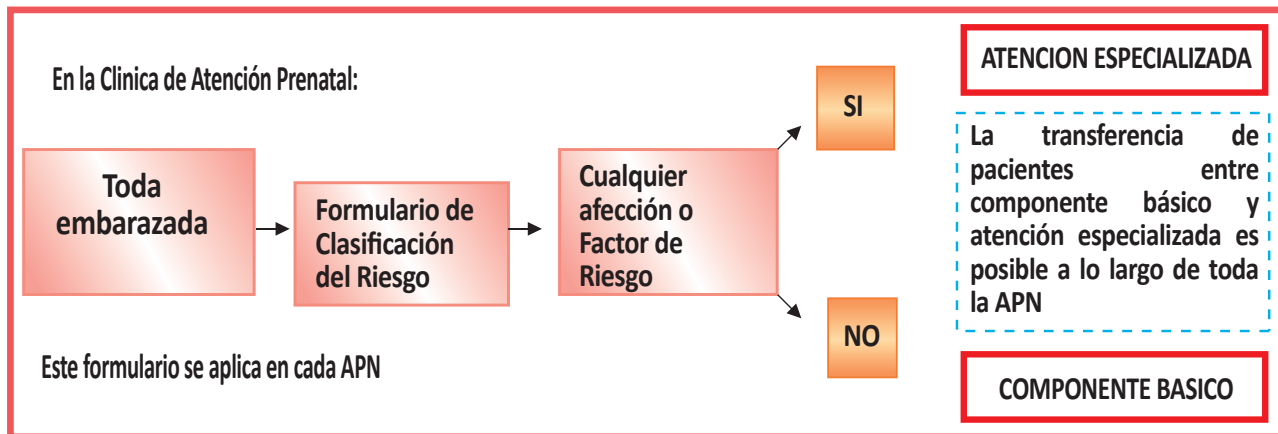
- ✓ Determinado una vez que se aplique el formulario de clasificación de riesgo.
- ✓ No requieren otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional.
- ✓ Máximo **cuatro atenciones prenatales** durante la gestación.
- ✓ Se realiza evaluación (**aplicación de formulario de clasificación del riesgo**) antes de cada atención prenatal y se decide si continua en componente básico o se refiere a cuidados especiales.

ALTO RIESGO:

- ✓ Constituyen en promedio el **25% de todas las mujeres** que inician Atención prenatal.
- ✓ Se le brindan las acciones del componente básico + los **cuidados especiales** de acuerdo a los requeridos por la patología materna.
- ✓ Las **atenciones prenatales** en este grupo de riesgo **son un máximo de siete consultas**.
- ✓ La vigilancia de la **comorbilidad** es mediante consultas y evaluaciones periódicas sin que estas se consideren atención prenatal (debiendo designarse oportunamente el motivo de consulta si es **Atención Prenatal ó Consulta Médica por Patología / Seguimiento de Patologías**).
- ✓ **Es importante mencionar que si por alguna razón la paciente acude a una consulta medica (que no sea APN) y se le encuentre alguna prueba de laboratorio alterada que requiera re clasificación, se llena la casilla correspondiente DE CLASIFICACIÓN DEL RIESGO y se pasa al grupo de ARO para siguiente atención prenatal y su flujo se cumple de acuerdo a lo establecido (por ejemplo una curva de tolerancia oral a la glucosa positiva, una prueba de VIH positiva, etc).**

No obstante en cada consulta, se le deben de realizar las **actividades que son de realización obligatoria** con el fin de que se garantice estabilidad y vigilancia fetal y deben de interrogarse y dejarse establecido en la evaluación médica en el expediente clínico, como los (**signos vitales, Frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales, evaluación de datos de alarma, peso y análisis del incrementodel mismo**).

Algoritmo No. 1 Clasificación de riesgo en la Atención Prenatal



Para determinar el Nivel de riesgo de la embarazada. Se utilizará el formulario de clasificación de Riesgo.

- ✓ En la primera atención prenatal aplicar el formulario: 18 preguntas con respuestas cerradas si/no.
- ✓ Si responden si a cualquiera de las 18 preguntas se deberá de clasificar como **Embarazada de ALTO RIESGO**.
- ✓ Se clasifica el riesgo y se designa tipo de atención a desarrollarse: **básico** (Este concepto de **básico** equivale a decir **Embarazo del Bajo Riesgo** y **cuidados especiales** es igual a **Embarazo de Alto Riesgo**).
- ✓ El **formulario debe de aplicarse en cada atención prenatal** y de acuerdo a resultados la paciente puede continuar en **BAJO RIESGO** o progresar a **ALTO RIESGO**.

RECUERDE:

- Una mujer que inicialmente es derivada a un nivel de atención superior debido a una patología identificada en el formulario de clasificación del riesgo, **posteriormente puede ser considerada apta para seguir el componente básico**. El especialista debe determinar el manejo de seguimiento en la hoja de contra referencia, así mismo garantizar y recomendar referencia oportuna a casa materna.
- Así mismo si una paciente está en el grupo de **cuidados especiales "ALTO RIESGO OBSTETRICO"** debe de cumplir un máximo de 7 atenciones prenatales, si por alguna patología o comorbilidad debe de evaluarse con mayor periodicidad se deberá de consignar **Consulta Médica por Patología o Seguimiento de Patologías** (a criterio del médico tratante) y eso deberá de consignarse como motivo de consulta, **no es correcto establecer como APN a aquellas pacientes que se valoran de forma semanal o quincenal** en seguimiento por una causa distinta a la atención prenatal.
- Las consultas médicas por patologías no deben de registrarse en el **SIVIEMB**.

Tabla No. 1 Formulario de Clasificación del Riesgo Criterios para Clasificar el Riesgo en la Atención Prenatal

Nombres y Apellidos: _____ Número de Expediente Clínico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas marcando con una **X** en la casilla correspondiente en cada Atención Prenatal...

		1er APN		2° APN		3er APN		4 ° APN	
Antecedentes Obstétricos		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
1	Muerte fetal o muerte neonatal previas (28 SG - 7 días de vida)								
2	Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos								
3	Peso al nacer del último bebé menor de 2500 g								
4	Peso al nacer del último bebé mayor de 4500 g								
5	¿Estuvo internada por hipertensión arterial o pre eclampsia / eclampsia en el último embarazo?								
6	Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical)/ Cesárea previa referir a las 36 SG								
Embarazo Actual		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
7	Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple								
8	Menos de 20 años de edad								
9	Más de 35 años de edad								
10	Isoinmunización Rh Negativa en el embarazo actual o en embarazos anteriores (Realizar Coombs en II y III trimestre)								
11	Sangrado vaginal								
12	Masa pélvica								
13	Presión Arterial Diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos								
Historia Clínica General		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
14	Diabetes mellitus insulino dependiente								
15	Nefropatía								
16	Cardiopatía								
17	Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol)								
18	Cualquier enfermedad o afección médica severa. Por favor, especifique _____								

Una respuesta **Si** en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir una cruz en cualquier casilla amarilla/sombreada) significa que la embarazada se debe de clasificar como **Atención Prenatal de Alto Riesgo**.

¿Es elegible para Atención Prenatal de Alto Riesgo?	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
--	----	----	----	----	----	----	----	----

Si la respuesta es NO, será atendida en atención de Bajo Riesgo.

Fecha: _____ Nombre: _____ Firma: _____

(Personal responsable de APN)

INSTRUCTIVO Y ELEMENTOS DE ANALISIS PARA LLENADO DE FORMULARIO DE CLASIFICACION DEL RIESGO EN LA ATENCION PRENATAL

El concepto de **ARO** debe de quedar **bien establecido, se discontinuará el termino ARO Potencial o ARO Real**. De acuerdo al formulario de clasificación de riesgo para la embarazada, si **no tiene ningún factor de riesgo** es clasificada **como Bajo Riesgo Obstetrico** y la paciente embarazada que tiene un factor de riesgo **es una paciente de Alto Riesgo que requiere cuidados especiales**.

1. Muerte fetal o Muerte neonatal previa.

Marcar **SI** en caso que la Muerte fetal haya ocurrido en el **periodo perinatal comprendido entre las 28 semanas de gestación y 7 días de vida neonatal**. En el abordaje obstétrico se deben de definir posibles causas, eventos obstétricos e infecciosos asociados, si se identificó causa, lugar y personal responsable de la atención u otras patologías asociadas. Algunas variables que más se asocian a muerte fetal son: anoxia intrauterina (por patologías como Pre eclampsia, diabetes e hipertensión), las malformaciones congénitas y la prematuridad¹. El antecedente de una **muerte fetal o neonatal previa** incrementa el **riesgo hasta 8 veces** de un nuevo desenlace perinatal adverso. **La muerte fetal es más frecuente en las madres que no reciben atención prenatal adecuada, por lo que debe haber un mayor énfasis en la atención prenatal.**

Clasificar como ARO. Referir al siguiente nivel de resolución

2. Antecedentes de 3 o más abortos consecutivos

Es factor de riesgo para **clasificarse como ALTO RIESGO** la pérdida gestacional recurrente (**PGR**) que se define como la pérdida **de 3 o más embarazos consecutivos** antes de las 22 semanas. Los embarazos previos (**3 o más**) deben de tener algún método de referencia que permita confirmar la perdida del mismo con anterioridad, uno de los métodos serian ultrasonido, subunidad beta o reporte de patología, de no ser posible al menos realizar una adecuada historia clínica bien exhaustiva y dirigida que permita confirmar la existencia de una perdida previa. **No se incluyen** embarazo ectópico ni la enfermedad trofoblástica gestacional.

No deben de incluirse como ARO a la paciente con uno o 2 abortos previos. La probabilidad de una recurrencia después tres pérdidas es de 35%².

Clasificar como ARO. Referir al siguiente nivel de resolución

3. Peso al nacer del último recién nacido (a) menor a 2,500 gramos.

Los neonatos que pesan menos de 2,500 gramos al nacer son aproximadamente **20 veces más propensos a morir y tienen mayor morbilidad que los de mayor peso**³, así mismo se incrementa **4 veces el riesgo** de que se presente en una nueva gestación el bajo peso cuando es secundario a procesos placentarios. El bajo peso al nacer es el mayor determinante de la mortalidad neonatal. Según la OMS, el índice global a nivel mundial de incidencia de bajo peso es de 17%. Se debe de interrogar a la paciente para definir peso anterior.

Este peso menor a 2,500 gramos, como factor de riesgo, es sólo si al momento del nacimiento el recién nacido curso con alguna comorbilidad importante (ingreso a cuidados intensivos, alternaciones médicas de importancia, hospitalizaciones), de lo contrario, si tuvo un peso en este rango sin morbilidad No debe de considerarse como factor de riesgo.

Clasificar como ARO. Continúa en I nivel y referir al siguiente nivel de resolución después de las 34 semanas de gestación o antes si clínicamente se observa que hay sospecha clínica de un feto pequeño para edad gestacional.

4. Peso al nacer del último recién nacido mayor a 4,500 gramos.

Para fines de riesgo de nuestra población (características latinas de talla baja) este factor será considerado cuando exista la historia de peso mayor a 4,000 gramos.

Es necesario poder establecer claramente el peso previo, condiciones metabólicas de la madre y que dichos factores pueden estar presentes en gestación actual con el fin de poder detectar y prevenir⁴ de forma oportuna el excesivo crecimiento fetal. Se debe de interrogar a la paciente para definir peso anterior.

Las complicaciones maternas que debieran hacernos pensar en macrosomía fetal son ganancia ponderal excesiva, anemia, amenaza de aborto, placenta previa, polihidramnios, hipertensión arterial asociada con ruptura prematura de membranas, diabetes mellitus.

Este peso menor a 4,000 gramos, como factor de riesgo, es solo si al momento del nacimiento el recién nacido cursó con alguna comorbilidad importante (ingreso a cuidados intensivos, hipoglicemia, distoca de partes blandas, alguna lesión durante el parto, etc, hospitalizaciones), de lo contrario, si tuvo un peso en este rango sin morbilidad NO debe de considerarse como factor de riesgo.

Clasificar como ARO. Continúa en I nivel y referir al siguiente nivel de resolución después de las 34 semanas de gestación o antes si clínicamente se observa que hay sospecha clínica de un feto pequeño para edad gestacional.

5. Tuvo una hospitalización por hipertensión o Pre eclampsia/eclampsia en el último embarazo?

Clasificar como ARO. Continúa en I nivel y Referir al siguiente nivel de resolución después de las 24 semanas de gestación si clínicamente se observa uno o más de los siguientes criterios: ganancia excesiva de peso más allá del esperado para la edad gestacional, datos clínicos de proceso hipertensivo gestacional (incremento de presión arterial) o presencia de proteinuria en cinta de uro análisis.

Existe una alta susceptibilidad a los trastornos hipertensivos en el embarazo actual en aquellas mujeres nacidas de madres o con hermanas con estos mismos antecedentes; se incrementa severamente el riesgo hasta 3 veces cuando la embarazada sufrió en gestaciones previas dicho problema.⁵

6. Cirugías previas en el tracto reproductivo

La cirugía en el tracto reproductivo o cualquier procedimiento quirúrgico como diagnóstico y/o tratamiento (miomectomía, resección de tabique, conización, cesárea clásica) no **constituye un riesgo incrementado para el desarrollo de complicaciones en el embarazo actual** y su importancia está **relacionada con el momento de la finalización de la gestación** para decidir cuál es la vía ideal para la resolución del embarazo, por tanto se debe de clasificar como paciente ARO y continuará su vigilancia en el I nivel de atención y referir al II nivel al final del III trimestre.

En el caso de **cesáreas previas** sin otro factor de riesgo **se debe de referir a II nivel a las 36 semanas para determinar vía de nacimiento a partir de las 39 semanas (Esta es la edad óptima para programar cesarea sino hay otra morbilidad asociada)**

Clasificar como ARO. Continuar en I nivel y referir al siguiente nivel de resolución después de las 36 semanas de gestación.

7. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple

La mortalidad perinatal en gemelos es aproximadamente **cinco veces mayor** que en embarazos únicos. Este aumento de la mortalidad, debido principalmente a complicaciones derivadas de la prematuridad, es mayor en los embarazos gemelares monocoriales (5%) que en los bicoriales, de igual manera se incrementa el riesgo de diabetes, síndrome hipertensivo gestacional⁶ y las complicaciones derivadas del tipo de gemelos (monocorionico) síndrome de transfusión feto feto, restricción selectiva del crecimiento y secuencia TRAP.

Toda **sospecha o confirmación de embarazo múltiple debe ser referida** a valoración especializada. **Todo embarazo gemelar debe ser considerado de alto riesgo.**

Clasificar como ARO. Referir al siguiente nivel de resolución

8. y 9. Menos de 20 años y más de 35 años

El embarazo en los extremos de la edad fértil (adolescente y embarazo mayor a 35 años) es un factor de riesgo de morbimortalidad materna, perinatal e infantil; estudios internacionales han comprobado esta asociación⁷⁸. Las investigaciones que evalúan el pronóstico reproductivo en mujeres de 40 o más años, señalan el mayor riesgo de muerte materna, perinatal e infantil y de bajo peso al nacer y en el grupo de adolescentes el incremento está a expensas de la morbilidad asociada al estado gestacional. Lo importante a resaltar que lo que el incremento del riesgo reproductivo está asociado a la morbilidad de la paciente y factores externos asociados (hábitos tóxicos, estado nutricional pre gestacional, condiciones socioeconómicas y de salubridad, patologías, historia médica familiar y personal). Para fines de manejo de población de riesgo se **deberá de establecer la connotación que estas pacientes son de riesgo para el desarrollo de patologías** y que deben de establecerse todas las estrategias y medidas para detectar de forma temprana y oportuna todas aquellos datos que puedan hacernos sospechar la aparición de complicaciones de forma temprana.

Clasificar como ARO. Continúa en I nivel y Referir al siguiente nivel de resolución si existe otro factor asociado o algún otro factor de riesgo de los establecidos en este formulario. (Ejemplo adolescente + embarazo múltiple se debe de referir inmediatamente a valoración especializada/ Edad mayor de 35 años + Hipertensión crónica).

Para fines de Incrementar la captación de pacientes con mayores riesgos en el embarazo y con el objetivo de disminuir las morbilidad, se deberá de Clasificar como ARO, con solo la edad sin otro factor de riesgo asociado a las **Pacientes menores o iguales a 16 años y pacientes de 40 años o más**, porque este grupo de pacientes tienen condiciones psicosociales, familiares y de pareja que pueden asociarse a un incremento de la morbi mortalidad.

10. Isoinmunización Rh Negativa en embarazo actual o embarazos anteriores

Como premisa inicial, una paciente primigesta (sin evento obstetrico previo: aborto o parto y/o cesárea), es decir la paciente NULÍPARA con Rh negativo **NO DEBE SER** considerada como Alto Riesgo dado que en este momento hay una poca cantidad de antígenos que no son capaces de atravesar la barrera placentaria y provocar una respuesta inmune.

Si una embarazada se detecta que es Rh negativa (y después del segundo evento obstétrico) debe realizarse una búsqueda de anticuerpos anti D (Coombs Indirecto), y si esta prueba resulta positiva clasificar como ARO. El Coombs se deberá de realizar en II y III trimestre (se envía después de las 18 semanas de gestación, antes **NO** tiene utilidad clínica).

En la primera visita prenatal se deberá conocer el grupo sanguíneo ABO y Rh de la gestante. **Se recomienda difundir entre todo el personal de salud la importancia de la tipificación del grupo sanguíneo ABO y Rh tanto de la embarazada como de su pareja desde la primer consulta prenatal que se lleve a cabo, incluyendo el primer nivel de atención.**

Esta acción permitirá definir el **riesgo de aloinmunización**. Dicho fenómeno se deberá considerar de riesgo en pacientes no tratadas con Anti D, tener antecedente de un evento obstétrico sin vacuna o desconocer estado de sensibilización.

No aplica como factor de riesgo a aquellas pacientes que se les haya administrado previamente la Inmunoglobulina Anti D en evento obstétrico previo (inmediato anterior) o con prueba de Coombs negativa.

Clasificar como ARO. Continuar en I nivel y Referir al siguiente nivel de resolución si presenta Coombs indirecto positivo.

11. Sangrado vaginal

Todo fenómeno de sangrado de cualquier trimestre del embarazo (de acuerdo a características clínicas ya establecidas y edad gestacional) se debe de manejar de acuerdo a Protocolo para la atención de Complicaciones Obstétricas y ser referido para valoración especializada.

Clasificar como ARO. Referir al siguiente nivel de resolución

12. Masa pélvica

Toda masa pélvica ginecológica o no, con sospecha o no de malignidad debe de ser enviada a evaluación especializada⁹. Uno de cada 600 embarazos son complicados con la presencia de masas

anexiales (1:442 hasta 1:1,300)¹⁰. Siendo en un 2% a un 5% de estas malignas, resultando en un riesgo de malignidad de 1 por 5,000 a 1 por 18,000 nacimientos.

Clasificar como ARO. Referir al siguiente nivel de resolución

13. Presión arterial diastólica de 90 mmHg o más durante el registro de datos.

Toda paciente captada antes de las 20 semanas con presión arterial diastólica > o igual a 90 mmhg debe ser referida para su estudio y valoración y si es mayor a 20 semanas de gestación manejar de acuerdo a Protocolo para la atención de Complicaciones Obstétricas.

La hipertensión gestacional sigue siendo en nuestro país la segunda causa de muerte materna y tiene diferentes síntomas y signos que nos pueden ayudar a realizar detección temprana de proceso hipertensivo.

Clasificar como ARO. Referir al siguiente nivel de resolución si es menor de 20 semanas.

14,15 y 16. Diabetes, Nefropatía y cardiopatía.

Cualquier patología crónica (con diagnóstico previamente confirmado) compensada o no debe de enviarse a evaluación especializada. Una vez que se ha estabilizado la paciente puede regresar al I nivel y continuar vigilancia de Alto Riesgo obstétrico y su debida referencia en el momento oportuno según lo establezca el especialista.

Clasificar como ARO. Referir al siguiente nivel de resolución

17. Uso de Drogas

Cualquier **uso actual** de sustancia estupefaciente requiere evaluación especializada. Si hay evento agudo de uso de cualquier droga, alcohol y/o cigarrillos referir para valoración especializada.

Clasificar como ARO. Referir al siguiente nivel de resolución

18. Cualquier otra enfermedad o condición médica severa

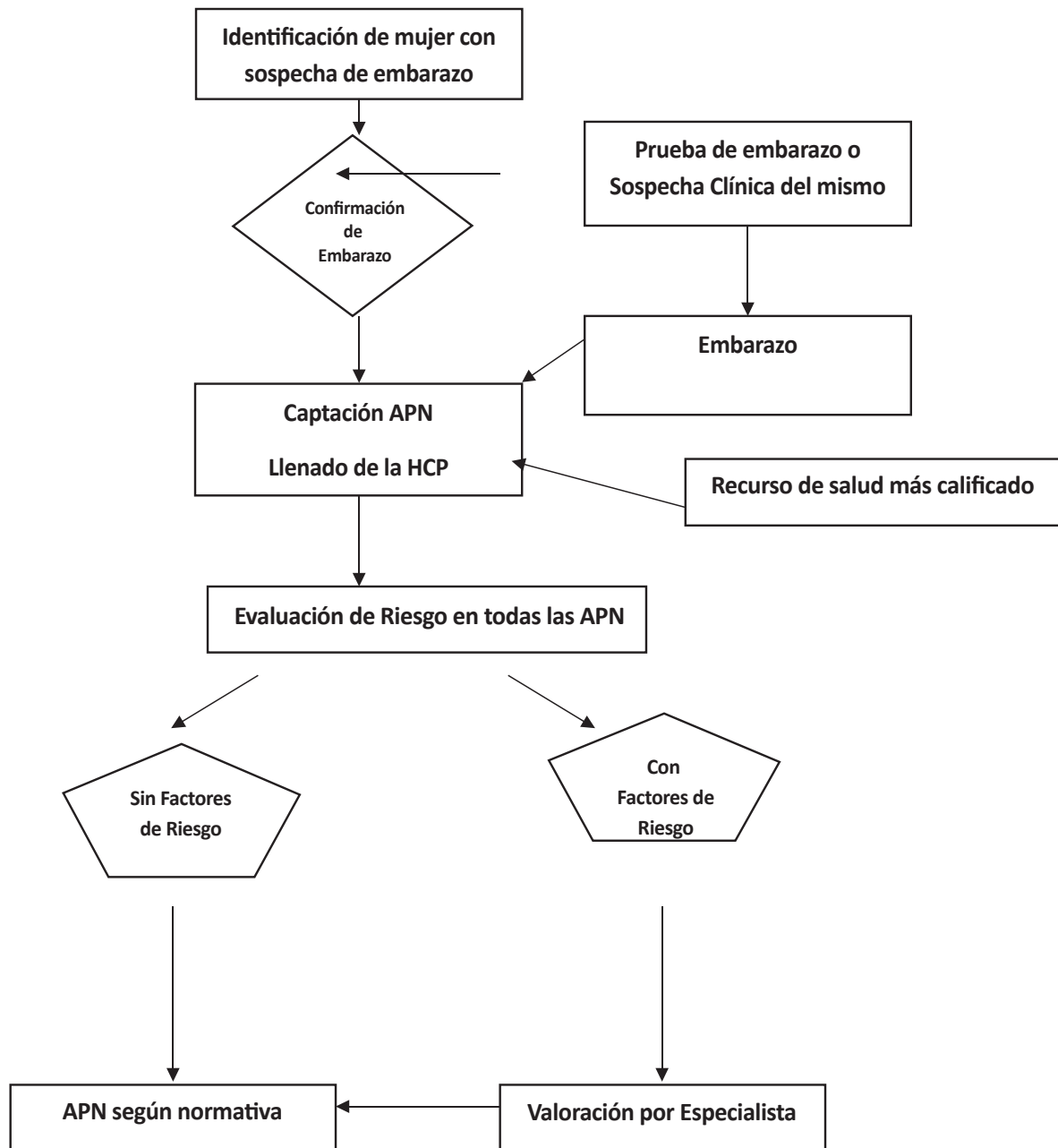
Cualquier otra patología que se considere de riesgo debe de consignarse aquí y especificar la razón y su debido seguimiento para poder establecer las pautas de manejo. (Aquí se incluyen **hiperémesis gravídica no controlable, anemias con grados de alteración hemodinámica, enfermedades endémicas en fase aguda, psicopatologías, PVVS, adolescentes con riesgos activos**).

Clasificar como ARO. Manejar de acuerdo a patologías según Normas y Protocolos.

ATENCIÓN PRENATAL EN LA ADOLESCENTE

De acuerdo a la Guía práctica para evaluar la atención prenatal y adolescentes del Ministerio de Salud, se conserva algoritmo de atención a toda paciente adolescente embarazada.¹¹

Algoritmo No. 2 Clasificación de riesgo en la Atención Prenatal



DIAGNOSTICO DE EMBARAZO

El diagnóstico de embarazo se establece por síntomas referidos por la paciente y los signos detectados por el prestador del servicio, sin embargo en algunos casos se requiere la ayuda de métodos diagnósticos.

Preguntar:

- Tiene relaciones sexuales:
- Ha estado planificando
- Desea un embarazo:

Y de acuerdo a las respuestas recabadas se debería de sospechar que la paciente puede estarembrazada y hay que averiguar los aspectos clínicos.

Síntomas: Se clasifican: **presuntivos, de probabilidad y de certeza**. Los presuntivos y probables aparecen en etapas tempranas, los de certeza hacen su aparición más tardíamente.

Signos y síntomas del embarazo

Presuntivos: Aparecen al final de la cuarta semana de gestación y desaparecen en el curso de la 18 ava semana de gestación. Son de tipo subjetivo y se conocen como trastornos simpáticos, el valor de estos síntomas para el diagnóstico del embarazo son relativos.

Signos Presuntivos

- | | |
|--|----------------------------------|
| ✓ Sialorrea | ✓ Tristeza |
| ✓ Nauseas | ✓ Disuria y polaquiuria |
| ✓ Vómito | ✓ Congestión e hipersensibilidad |
| ✓ Modificaciones del apetito y del gusto | ✓ Pigmentaciones de los senos |
| ✓ Anorexia | ✓ Várices |
| ✓ Cambiodelcarácter | ✓ Desgano |
| ✓ Mareos | ✓ Palpitaciones |
| ✓ Lipotimia | ✓ Somnolencia |

- **Probabilidad:** Estos cambios se encuentran en el útero y en los genitales externos. Los Principales son: amenorrea y cambios en la forma y tamaño de utero.
- **Certeza:** Se pueden encontrar entre la dieciséis y la vigésima semana de embarazo. Están: **movimientos activos fetales** (percibidos por la madre o palpados por el proveedor), **los latidos fetales** (al principio se pueden localizar en la región supra púbica, al final del embarazo se puede localizar en los cuadrantes superior inferior según sea la posición de la cabeza) **y la percepción por palpación de partes fetales.**

Métodos de Diagnóstico

Se confirma diagnóstico de embarazo con pruebas (las que estén disponibles en las unidades de salud de acuerdo a fabricante) rápidas en suero y orina (Sub unidad B de HCG). Se sugiere realizar desde 1 día después de la fecha en que corresponde que se presente el nuevo ciclo menstrual.

Actividades básicas para todas las Atenciones

A continuación se presenta las actividades básicas que se deben cumplirse en **TODAS** las atenciones prenatales y su contenido; posteriormente se describe las actividades definidas en las cuatro atenciones prenatales que se brindan a la embarazada que asiste a las unidades de salud públicas o privadas.

Tabla No. 2 Actividades básicas que se deben cumplir en TODAS las atenciones prenatales

No.	Actividades	I APN Captación Antes de las 12 Semanas	II APN A las 26 semanas	III APN A las 32 semanas	IV APN A las 38 semanas
1	Llenado del Expediente Clínico, HCP y resto de formularios. Historia integral de la/el Adolescentes y resto de instrumentos adolescentes	X	X	X	X
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja) •Evaluar la situación psicoemocional	X	X	X	X
3	Ingreso y seguimiento al Censo Gerencial de las Embarazadas, Puérperas y Postnatales	X	X	X	X
4	Antecedentes Familiares y Personales y Antecedentes Obstétricos	X			
5	Medición de la Talla	X			
6	Medición del Peso	X	X	X	X
7	Examen Odontológico y de Mamas	X			
8	Edad Gestacional	X	X	X	X
9	Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal	X			
10	Evaluación del Estado Nutricional en base al Incremento de Peso Materno		X	X	X
11	Determinar Esquema Vigente de dT: Mujeres a los 20 años (o primer embarazo). 1 Dosis (0.5cc) Una dosis a los 10 años y los 20 años o primer embarazo en las mujeres. Si no se tiene registro de haber recibido el esquema básico, aplicar una segunda dosis con intervalo de 4 semanas, una tercera dosis a los 6 meses, una cuarta dosis un año después de la tercera y una quinta dosis un año después de la cuarta dosis. Esto más que todo para personas mayores de 20 años.	X	X		
12	Determinación de la Presión Arterial (Registro, Análisis e Interpretación) y resto de signos vitales (FR, FC, T°)	X	X	X	X
13	Exámenes de Laboratorio:				

	➤ Grupo y Rh	X			
	➤ PAP	X			
	➤ VDRL/RPR	X	X		X (De ser necesario realizara en el Trabajo de Parto cuando la madre ingresa sin atenciones prenatales previas o muy alejados del ingreso)
	➤ Hemoglobina o BHC	X	X	X	X
	➤ Glicemia	X	X	X	X
	➤ Examen General de Orina	X	X	X	X
	➤ Cintas Reactivas de Uroanálisis (por cada APN y cuando exista sospecha clínica).	EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)	EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)	EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)	EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)
	➤ Aplicar esquema de tratamiento de la IVU:				
	▪ Esquema A: Nitrofurantoína con cubierta entérica (cápsulas) 100 mg PO c/12 horas x 7 días o Nitrofuantoína sin cubierta entérica (tabletas) 100 mg PO c/8 horas x 7 días.				
	▪ Esquema B: Cefalexina 500 mg PO c/6 h por 7 días o cefadroxilo 500 mg PO c/12 h por 7 días.	EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)
	➤ Consejería y Prueba voluntaria de VIH	X (antes de las 20S/G)	X (después de las 20 S/G)	Consejería e indicar la prueba si no se ha realizado	X (De ser necesario realizara en el Trabajo de Parto cuando la madre ingresa sin atenciones prenatales previas o muy alejados del ingreso)
	➤ PCR, Gota Gruesa y Chagas(según patología o endemicidad de la zona)	X	X	X	X
14	Medición de la Altura Uterina		X	X	X
15	Auscultación de FCF a partir de las 20 SG		X	X	X
16	Movimientos Fetales después de 18 SG		X	X	X
17	Presentación/Situación fetal			X	X
18	Clasificación de Alto Riesgo Obstétrico	X	X	X	X
19	Consejería en Lactancia Materna y Planificación Familiar (Anticoncepción Postevento Obstétrico - ECMAC), Cuidados del Recién Nacido/a	X	X	X	X

20	<p>Suplemento con Sulfato Ferroso + Acido Fólico: Las dosis están expresadas en mg de hierro elemental. <u>Profilaxis de la anemia ferropénica</u> MUJERES EMBARAZADAS: 1 tableta (60 mg + 0.4 mg/d) hasta el final del embarazo. <u>Tratamiento de la anemia ferropénica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de pacientes con Anemia leve y moderada deberán de recibir: 60 - 120 mg (1 a 2 tabletas) de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses. Las pacientes con Anemia severa deberán de recibir: 120 - 200 (2 a 3 tabletas) mg de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses. 	X	X	X	X
21	<p>Suplemento con Ácido Fólico:</p> <p>Prevención de ocurrencia (primera vez): <u>4 mg de ácido fólico desde 3 meses antes hasta 3 meses después del parto y a toda paciente que esté planeando embarazarse.</u></p> <p>Prevención de recurrencia en mujeres con alto riesgo para defecto de cierre de tubo neural: (historia familiar de Defecto de cierre de Tubo Neural, tratamiento antiepiléptico o metrotexate, diabetes, Obesidad con IMC \geq 30 Kg/m², Madre con anemia por células falciformes o talasemia. Mujeres con bajo cumplimiento en la toma de medicamentos (Acido Fólico y/o Multivitaminas) y bajo consumo de una dieta rica en Acido Fólico, consumo de teratógenos (alcohol, tabaco). Dosis: <u>4-5 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 semanas después.</u></p>	X	X	X	X
22	<p>Prevención de la Pre-eclampsia y sus complicaciones Prescribe Aspirina y Calcio según Riesgo para Pre-eclampsia (P-E):</p>				
	<p>Factores de Alto Riesgo para desarrollar Pre-eclampsia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pre eclampsia previa Anticuerpos anti fosfolípidos Hipertensión arterial, enfermedad renal y/o Diabetes pre existente IMC > 29 Kg/m² Historia de madre/hermana con pre eclampsia (Factores genéticos 37% en hermanas, 26% en hijas y 16% en las nietas) Extremos de edades (menores de 20 y mayores de 35 años) Periodo intergenésico mayor a 10 años Migraña Tabaquismo 	<p>NO INGERIR EL CALCIO Y EL HIERRO EN LA MISMA HORA, YA QUE SON ANTAGÓNICOS</p>	<p>X Aspirina 100 mg/Diario (Antes de acostarse, a partir de las 12 S/G) Recordar que iniciar la aspirina después de las 16 SG no agrega beneficio</p> <p>Calcio 3 tabletas por día (1800 mg/día), a partir de las 12 S/G</p> <ul style="list-style-type: none"> Vía oral Abstención de alcohol. Dejar de Fumar. Realizar Doppler de arteria uterina a las 12 S/G, confirmado en S/G 20 a 24 para el diagnóstico precoz. 		
23	Prescribe Albendazol: Dosis de 400mg		X		X
24	Consejería en signos y síntomas de peligro de la Pre-eclampsia y Eclampsia principalmente, durante el embarazo, parto y puerperio.	X	X	X	X
25	Negociar Plan de Parto	X	X	X	X
26	Referencia a otro nivel de atención o Casa Materna, Consejería en Parto Asistido o si presenta alguna COE	X	X	X	X
27	Confirmar o Descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según Guía para la Atención de ITS, Manejo Síndromico N-113, MINSA.	X	X	X	X

28	<p>En casos de Amenaza de Parto Prematuro;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar Dexametazona (amp 4mg u 8mg) De acuerdo a disponibilidad del fabricante. 2. Nifedipina: presentación de tabletas de 10 mg. 			<p style="text-align: center;">X</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dexametazona: 6mg IM c/12 horas x 4 dosis (ciclo único) a partir de las 24 hasta las 34.6S/G (antes de las 35) 2. Nifedipina: La dosis de ATAQUE a utilizar es: tabletas de 10 mg PO cada 20 minutos por 3 dosis previa valoración de la actividad uterina y si no hay actividad suspenderla. <ul style="list-style-type: none"> o Indicar como tratamiento de mantenimiento 20 mg PO cada 8 horas por 3 días. 7 o SOLO hay dos contraindicaciones para uso de Nifedipina: Si hay hipotensión arterial o si No existe disponibilidad en la Institución de Salud. o NO debe de inducirse a la paciente en trabajo de parto, se recomienda dejar en evolución espontanea. o No utilizar Nifedipina sublingual por sus efectos adversos (produce hipotensión severa). o No indicar betas m i m é t i c o s Intravenoso ni orales de mantenimiento. 	
29	<p>Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN y COE Básico</p>	X	X	X	X
<p>Manejo y almacenamiento de las cintas de uroanálisis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las Cintas de Uroanálisis traen reflejado tanto en su empaque primario como empaque secundario la temperatura adecuada para su almacenamiento la cual va de 2 a 30 °C, sin embargo se ha observado que las almohadillas que contiene la tira reaccionan por los cambios de temperatura por lo cual se ha sugerido dejarlas a temperatura ambiente desde su almacenamiento en el CIPS suponiendo que las bodegas están debidamente ventiladas. ▪ Conserve las cintas en su envase original. ▪ No utilice las cintas después de la fecha de caducidad impresa en la etiqueta del envase. ▪ Un envase nuevo de cintas de uro análisis puede usarse durante 6 meses. ▪ Anotar en la parte de afuera del envase la fecha en que lo abrió por primera vez. ▪ No saque del envase la bolsita de desecante que proporciona el fabricante. ▪ Saque las cintas del envase solo si van a utilizar de inmediato. <p>Terminos COE: El almacenamiento de los insumos dependerá del fabricante y los requerimientos para su conservación. Estos terminos son los mismos terminos que se manejan en las unidades de salud (Rango de temperatura entre 2 a 8 °C, Proteger de la luz y No congelar)⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oxitocina ▪ Ergonovina/Ergometrina ▪ Hidralazina (ampolla) ▪ Cintas de Uro análisis (Revisar indicaciones de almacenamiento orientado en el prospecto) <p>Garantizar la existencia de otros insumos COE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sulfato de magnesio ▪ Nifedipina ▪ Clotrimazol ▪ Metronidazol ▪ Labetalol 					

Llenado y análisis de formularios de atención prenatal. Los que se utilizan son¹²: historia clínica perinatal, carné perinatal, formulario de clasificación de riesgo modificado y los relacionados del expediente clínico, se realizará llenado de HCP¹³ y carné según las indicaciones que aparecen en Anexos Correspondientes¹⁴.

⁴ Centro de Insumos para la Salud. Lista de productos que necesitan almacenamiento en cuarto frio. Corte 31 de agosto 2013.

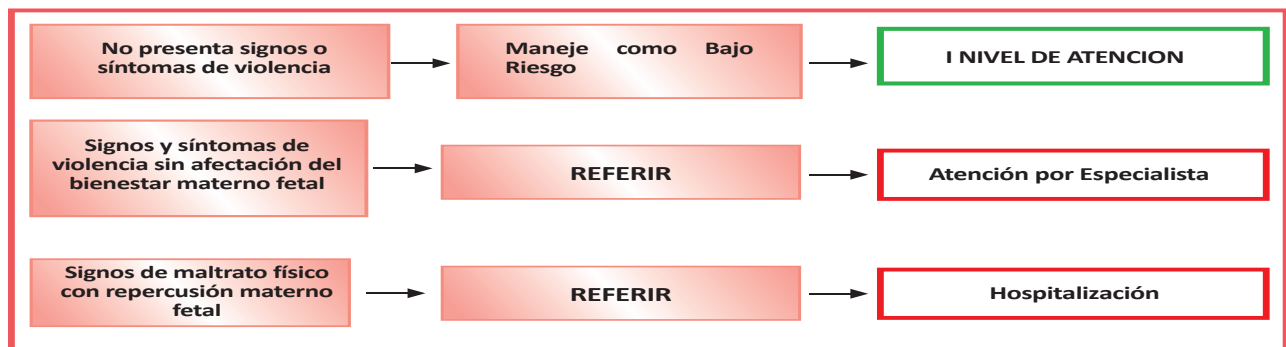
Tabla No. 3
Conducta ante análisis de Formulario de Historia Clínica en AP



Clasificación de embarazo de Bajo o Alto Riesgo. Esta actividad debe ser **SIEMPRE** realizada en cada atención prenatal, basados en **Formulario de Clasificación de Riesgo**.

Indagar sobre Violencia. A través del interrogatorio identificar si la embarazada es o ha sido víctima de algún tipo de violencia: Física, Psicológica o Emocional, Sexual, Económica y por negligencia o descuido. Proceda a evaluar los efectos en la respectiva visita, proceda a realizar abordaje con ética, confidencialidad y evite la re victimización. Oriéntela sobre las alternativas tanto médicas, como psicológicas y judiciales existentes. Refiérala según corresponda de acuerdo a **NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL** y referir según Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género.

Tabla No. 4
Conducta ante pacientes Víctimas de Violencia de Género



*La detección o sospecha de **Abuso Sexual** en las **adolescentes embarazadas menores de 14 años**, debe ser notificado **Obligatoriamente** a la Comisaría de la Mujer, Niñez y Adolescencia de su localidad. Brindar acompañamiento e informar al Ministerio de la Familia, Niñez y Adolescencia, para su seguimiento conjunto, abordaje integral y protección especial.*

Calculo de edad gestacional: Existen 2 métodos para asignar edad gestacional promedio: clínicos y ecográfico.

- ✓ **La amenorrea** debe de ser confiable y tiene mayor valor en aquellas pacientes con uso de método de planificación familiar, ciclos regulares. Debe de calcularse a partir del **Primer día de la última menstruación**.

Clínicamente es posible partir de la altura de fondo uterino para cálculo de edad gestacional:

Información Resumida de la Cinta Obstétrica y Gestograma del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. CLAP OPS/OMS.							
Semanas amenorrea cumplidas	Valores Mínimos y Máximos Normales					Valores Máximos Normales	
	Altura Uterina (cms) (*) P10-P90	Ganancia de peso materno (kg) P25-P90	Perímetro Abdominal Fetal por ECO, mm. P5-P95 (G)	Talla Fetal en cms P50 (G)	Peso fetal estimado (Kg)	Contracc. uterinas por hora P90	
13	8-12	0.4-3.5					
14	9-14	1.2-4.8					
15	10-15	1.3-4.9	64-113				
16	12-17	1.8-5.1	78-120				
17	13-18	2.4-6.4	94-127				
18	14-19	2.6-7.0	107-139				
19	14-20	2.9-8.1	118-152				
20	15-21	3.2-8.2	128-166	24	0.2-0.6		
21	16-22	4.1-8.6	140-177	26.2	0.24-0.7		
22	17-23	4.4-9.2	153-189	27.9	0.3-0.74		
23	18-23	4.7-10.5	159-199	29.5	0.36-0.8		
24	19-24	5.1-10.8	168-215	31.2	0.4-0.98		
25	20-25	5.6-11.3	179-225	32.8	0.47-1.0		
26	20-26	5.9-11.6	192-235	35	0.56-1.1	1	
27	21-27	6.0-11.7	201-247	36	0.6-1.3	3	
28	22-27	6.2-11.9	208-261	37	0.7-1.55	5	
29	23-28	6.9-12.7	220-277	39	0.8-1.8	7	
30	24-29	7.3-13.5	231-287	40.3	1.0-2.0	8	
31	24-30	7.6-13.9	244-298	41.6	1.1-2.2	8	
32	25-30	7.9-14.5	253-308	43.2	1.3-2.4	8	
33	26-31	8.1-14.7	263-319	44.7	1.5-2.6	8	
34	26-32	8.2-15.0	272-332	45.8	1.8-2.9	9	
35	27-33	8.2-15.4	282-345	46.7	2.0-3.2	9	
36	28-33	8.2-15.7	295-356	47.4	2.3-3.5	9	
37	29-34	8.2-16.0	305-362	49	2.5-3.7	9	
38	30-34	8.2-15.9	314-367	50	2.7-3.8		
39	31-35	8.2-16.0	322-378	50.2	2.8-3.9		
40	31-35	8.2-16.0	330-385	50.2	2.9-4.0		

(*): Fijar el 0 de la Cinta Obstétrica en el borde superior de la sínfisis púbica, deslizar la cinta entre el dedo índice y medio, hasta alcanzar el fondo uterino con el borde cubital de la mano.

(G): Información proveniente del Gestograma del CLAP.



Altura Uterina para la Amenorrea:

-Menor que la esperada puede indicar: Menor edad gestacional, retardo en crecimiento fetal, oligoamnios, muerte fetal.

-Mayor que la esperada puede indicar: Mayor edad gestacional, macrosomía, polihidramnios, gemelares, miomatosis.

Presión Arterial Normal: Todo el embarazo, madre sentada, en brazo derecho.

P5-P95 Sistólica: 95-135 mm Hg. **Diastólica:** 55-90 mm Hg

No. de Movimientos Fetales Percibidos por la madre en 2 horas (suma de 4 períodos de 30 min. En 1 día). **Valor Mínimo Normal entre 30-40 sem.:** 10 Movs.

El parto prolongado incrementa la mortalidad perinatal hasta 5 veces en comparación con parto a término. Por lo cual se debe de precisar con exactitud Edad gestacional e ingresar de forma temprana.

Toda embarazada que llegue a las 40 semanas se deberá de valorar su ingreso para inducción y/o conducción de trabajo de parto.

Medición de Signos Vitales. Realizar medición de frecuencia cardiaca materna, pulso, temperatura axilar, frecuencia respiratoria y presión arterial (P/A).

Para la toma de presión arterial (P/A) cumpla los siguientes aspectos: Asegúrese de que la embarazada no ha tenido actividad física reciente (durante los 20 minutos previos) y que esté hidratada, medir la P/A con la embarazada en posición sentada o acostada y fuera de las contracciones uterinas, para una nueva toma confirmatoria subsecuente verifique que el tensiómetro marque cero, no desinflar la válvula rápidamente pues da lecturas incorrectas.

TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL

La presión arterial varía en las personas a lo largo de las 24 horas. Los factores que influyen son las emociones, la actividad física, la presencia de dolor, estimulantes como el café, tabaco, algunas drogas, etc.

Los tipos de brazaletes más empleados tienen las siguientes dimensiones de la cámara hinchable:

Adultos:

- ✓ 12 cm (anchura) x 23-24 cm (longitud). Para brazos normales.
- ✓ 15 x 31 cm o 15 x 39 cm: para personas obesas.
- ✓ 18 x 36 a 50 cm: para personas muy obesas o para tomar la PA en las piernas.
- ✓ Un manguito pequeño sobreestima las cifras de PA y un manguito demasiado grande las infravalora. En caso de duda es preferible utilizar un manguito tan grande como sea posible.

TÉCNICAS TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL

Consideraciones previas:

- ✓ Sentar cómodamente (posición recomendada para las tomas habituales) o bien, acostarse poniendo el brazo donde vaya a medir la TA apoyado y horizontal a la altura del corazón.
- ✓ Esperar en esta posición 5 minutos.
- ✓ En embarazadas a partir de las 20 semanas, se recomienda medir la TA con la paciente colocada en decúbito lateral izquierdo o sentada.
- ✓ El paciente no debe hablar mientras se toma la TA.
- ✓ Exprese correctamente la TA como cifras de (TAS/TAD) y en ese orden (ej: 120/70 mm Hg).

Método auscultatorio:

- ✓ Determine el tamaño adecuado del manguito del esfigmomanómetro: anchura: 2/3 partes de la longitud del brazo.
- ✓ Palpe la arteria braquial en la flexura del brazo (fosa antecubital, cara interna).
- ✓ Coloque el manguito por encima de la flexión a (a 2-3 cm sobre ésta), centrando la flechas marcadas sobre el mismo a lo largo de la arteria braquial y ajustándolo perfectamente al brazo desnudo del paciente (**no lo ponga encima de la ropa del paciente**).
- ✓ **Retire prendas que compriman el brazo y evite extremidades con vía IV, fístula**

arteriovenosa, traumatismos, zona de mastectomía, o zona de parálisis o paresia después de un EVCA (Enfermedad Vasculo-Cerebral Aguda).

- ✓ Desinfle el manguito completamente y envuelva con él la parte superior del brazo de forma uniforme y cómoda.
- ✓ Palpe la arteria braquial, sitúe el diafragma del estetoscopio sobre ella y sujételo con los dedos 2º y 3º de su mano (No sujete la campana del estetoscopio con el manguito). Cierre la válvula del esfigmomanómetro en la dirección de las agujas del reloj. Infle el manguito rápidamente hasta que llegue a una presión aproximada de 200 mmHg. Abra la válvula lentamente, a un ritmo de descenso de la aguja de entre 2 y 3 mmHg por segundo (desinflar demasiado rápido el manguito puede dar una infraestimación de la PAS y una sobrevaloración de la PAD).
- ✓ Anote el punto del manómetro en el que se escuchan los primeros sonidos claros (Presión Sistólica: PAS), y el momento en que se amortiguan o desaparecen (Presión Diastólica: PAD).
- ✓ Si al abrir la válvula comienza inmediatamente a escuchar los primeros sonidos, desinfe rápidamente el manguito y comience de nuevo, aumentando la presión del manguito por encima de los 200 mmHg, ya que la Presión Sistólica estará por encima de dicha cifra.

Método por palpación:

- ✓ Utilice este método sólo si las condiciones de trabajo o del paciente no permiten utilizar el método auscultatorio. □
- ✓ Palpe la arteria braquial o radial y mantenga sus dedos en el punto mientras infla el manguito, hasta 20-30 mmHg por encima del punto en que deje de sentir el pulso.
- ✓ Desinfe el manguito lentamente hasta que note la reaparición del pulso. Esta será la Presión Sistólica.

La presión arterial diastólica por sí sola es un indicador exacto de **hipertensión en el embarazo**, la presión arterial elevada y la proteinuria definen la **pre eclampsia**.

Si existe:	Conducta a seguir:	Refiera a:
➤ P. A. normal:120/60	➤ Continuar en atención APN de bajo riesgo	
➤ Presión arterial mayor o igual a 140/90, o ➤ Presión diastólica (o mínima) es de 90mmhg o más, en posición sentada luego de reposo por 10 minutos en dos lecturas consecutivas tomadas con un intervalo de 4 horas. ➤ Presión diastólica mayor de 90mmHg + Proteinuria: Es indicativo de PREECLAMPSIA MODERADA .	➤ Se deberá de abordar como lo indican los Protocolos para la Atención de las complicaciones Obstétricas.	Traslado inmediato para atención especializada

Si existe:	Conducta a seguir:	Refiera a:
<p>➤ Presión diastólica igual o mayor a 110mmhg. + Proteínas (+++) Es indicativo de PREECLAMPSIA GRAVE</p>	<p>Inicie tratamiento (Ver Manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional en la Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas) para reducir la presión Diastólica a menos de 100mmhg pero NO por debajo de 90mmhg para evitar hipoperfusión placentaria y hemorragia cerebral.</p> <p>▪ Si no puede trasladarla: Maneje en la misma forma que intrahospitalariamente (Ver Manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional en la Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas).</p>	<p>Hospitalización</p>

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR PRE ECLAMPSIA

En todas las pacientes embarazadas debe de establecerse en la historia clínica **aquellos factores que están relacionados de acuerdo a Medicina Basada en Evidencia a un mayor riesgo de Síndrome Hipertensivo Gestacional** para su debida clasificación.

Tabla No. 5 Factores de alto Riesgo de desarrollar Pre eclampsia

Historia	Factor de Riesgo	Incremento de riesgo en número de veces
Antecedentes obstétricos	Pre eclampsia previa	7 veces
	Anticuerpos anti fosfolípidos	10 veces
	Hipertensión arterial, enfermedad renal y/o Diabetes pre existente	4 veces
	IMC > 29 Kg/m2	2.4 veces
	Historia de madre/hermana con pre eclampsia (Factores genéticos 37% en hermanas, 26% en hijas y 16%en las nietas)	4 veces
Embarazo actual	Edad materna (extremo de edades)	2.9 veces
	Periodo Intergenésico mayor a 10 años	2.5 veces
	Migraña	
	Tabaquismo	

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLO DE PRE ECLAMPSIA EN LAS EMBARAZADAS QUE REQUIEREN USO DE ASPIRINA¹⁵

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud el **uso de Aspirina reduce** ¹⁶ :

- ✓ **El riesgo de preeclampsia** (17 veces).
- ✓ Alto riesgo de **formas graves de pre eclampsia** (25 veces).
- ✓ Parto pretermino (8 veces).
- ✓ Mortalidad perinatal (14 veces).
- ✓ Recién nacidos pequeños para edad gestacional (10 veces).
- ✓ Y recién nacidos que requerían uso de ventilación mecánica (21 veces).

Sin embargo **para la reducción de riesgo para desarrollo de pre eclampsia se hace necesario instaurar tratamiento a base de aspirina solo en aquellos grupos que presentan determinadas características que incrementan la posibilidad de desarrollar la enfermedad**, por tanto tomando como punto de partida lo reportado por la Organización Mundial de la salud¹⁷ **la administración de aspirina se prescribirá de la siguiente manera:**

De acuerdo a los riesgos encontrados se deberá de clasificar en **RIESGO ALTO o RIESGO INTERMEDIO** para desarrollar síndrome hipertensivo gestacional y eso ser la pauta para la administración de Aspirina y/o calcio.

Embarazadas con RIESGO ALTO para desarrollo de Síndrome Hipertensivo Gestacional

1. Enfermedad hipertensiva en embarazo previo (paciente con pre eclampsia en embarazo anterior).
2. Enfermedad renal crónica.
3. Enfermedad autoinmune previa o diagnosticada durante el embarazo actual (Síndrome Antifosfolípido y/o Lupus Eritematoso Sistémico).
4. Diabetes mellitus (Tipo 1 o Tipo 2).

Embarazadas con RIESGO INTERMEDIO para desarrollo de Síndrome Hipertensivo Gestacional

1. Periodo Inter-genésico mayor a 10 años.
2. Índice de masa corporal mayor o igual a 29 kg/m²
3. Historia familiar de Pre eclampsia (madre y hermana de paciente).
4. Embarazo múltiple.
5. Extremos de edades (menor a 20 años o mayores a 35 años) **CON UNO O MAS** de los criterios anteriormente mencionados.

Prescripción de Aspirina:

- Embarazada con **RIESGO INTERMEDIO de Pre eclampsia: Aspirina tableta de 100 mg/día** oral antes de acostarse. Iniciar mínimo a las 12 sem, máximo hasta las 16 semanas, continuar hasta las 36 semanas de gestación. **Iniciar aspirina después de esta etapa no tiene ningún beneficio ni utilidad clínica.**
- Embarazada **ALTO riesgo de Pre eclampsia. Aspirina tableta de 100 mg/día (Estudios basados en evidencia señalan que en este grupo se podrían usar hasta 150 mg/día, quedando a criterio del especialista el uso de esta dosis)** oral antes de acostarse, desde las 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas, continuar hasta las 36 semanas de gestación.

➤ **El fármaco ideal para la prevención de pre eclampsia es la aspirina. Nivel de Evidencia la Grado de Recomendación A.**

La dosis a recibir son 100 mg diario antes de acostarse. Iniciar mínimo a las 12 sem, máximo hasta las 16 semanas, continuar hasta las 36 semanas de gestación.

- **Iniciar aspirina después de las 16 semanas no tienen ningún beneficio ni utilidad clínica.**
- **Si la paciente debuta con enfermedad hipertensiva tardíamente y es captada por primera vez por personal de salud después de las 20 semanas NO iniciar aspirina por el pobre beneficio demostrado).**
- **En segundo nivel una vez que se establece la enfermedad hipertensiva discontinuar uso del calcio y aspirina, porque ya no tiene utilidad su fin preventivo.**

Prescripción de Calcio:

- ✓ En el grupo de pacientes con **ALTO Riesgo de pre eclampsia** se prescribirá calcio via oral 1,800 mg/día a partir de la 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas y se cumplirá hasta las 36 semanas (**la evidencia demuestra que esta estrategia tiene una mayor utilidad en aquel grupo con baja ingesta de calcio**)¹⁷, por tanto se **deberá evitar** su uso generalizado en todas las embarazadas. **Iniciar calcio después de las 16 semanas no tiene ningún beneficio ni utilidad clínica.**

Es importante mencionar que de acuerdo a los estudios basados en la mejor evidencia la **ESTRATEGIA DEMOSTRADA QU TIENE MAYOR UTILIDAD CLINICA para la prevención de la pre eclampsia es la ADMINISTRACION DE ASPIRINA**. El calcio sigue siendo únicamente de mayor utilidad en el **grupo poblacional de baja ingesta de calcio**. En las unidades de salud donde se disponga de los dos productos podrá hacerse uso de ambos (calcio y aspirina) en el grupo de **RIESGO ALTO**, en el grupo de **RIESGO INTERMEDIO solo usar aspirina**.

Medición de Peso, llenado y vigilancia de curva de Incremento de Peso Materno (IPM).

Existen dos situaciones para el cálculo de peso materno:

- ✓ **Si conoce el peso pre gestacional o si la embarazada fue captada en las primeras 12 semanas de embarazo**
 - ✓ **No conoce el peso pre gestacional o la embarazada fue captada después de 12 semanas de embarazo**
1. Si se **conoce peso gestacional previamente**, o si paciente fue captada en las primeras 12 semanas, usar esta tabla de percentiles para **evaluar ganancia de peso materno**:

Incremento del Peso Materno en Kg Percentilos		Semanas	Altura Uterina ** en cms Percentilos	
25	90		10	90
0.4	3.5	13	8.0	12.0
1.2	4.8	14	9.0	14.0
1.3	4.9	15	10.0	15.0
1.8	5.1	16	12.0	17.0
2.4	6.4	17	13.0	18.0
2.6	7.0	18	14.0	19.0
2.9	8.1	19	14.0	20.0
3.2	8.2	20	15.0	21.0
4.1	8.6	21	16.0	22.0
4.4	9.2	22	17.0	23.0
4.7	10.5	23	18.0	23.0
5.1	10.8	24	19.0	24.0
5.6	11.3	25	20.0	25.0
5.9	11.6	26	20.0	26.0
6.0	11.7	27	21.0	27.0
6.2	11.9	28	22.0	27.0
6.9	12.7	29	23.0	28.0
7.3	13.5	30	24.0	29.0
7.6	13.9	31	24.0	30.0
7.9	14.5	32	25.0	30.0
8.1	14.7	33	26.0	31.0
8.2	15.0	34	26.0	32.0
8.2	15.4	35	27.0	33.0
8.2	15.7	36	28.0	33.0
8.2	15.7	37	29.0	34.0
8.2	15.9	38	30.0	34.0
8.2	16.0	39	31.0	35.0
8.2	16.0	40	31.0	35.0

En kilogramos (con un decimal), de la embarazada descalza, con ropa liviana. Grafique de inmediato en el reverso de la HCP y del Carné Perinatal, el incremento de peso materno con un punto. Una con línea continua los puntos de los valores del peso registrados en las APN realizadas.

Los valores de incremento de peso normal a utilizar están entre los **percentiles 25 y 90** (parte oscura del gráfico). Las mismas curvas nos dicen cuánto es el aumento normal de peso de la embarazada. Por ejemplo, a las **16 Semanas de Gestación**, el rango de incremento de peso normal es de **entre 1.8 y 5.1 Kg**, a las 20 SG es de entre 3.2 y 8.2 Kg, a las 28 SG entre 6.2 y 11.9, a las 36 SG entre 8.2 y 15.7 Kg. Analice y tome decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o de referencia cuando haya un incremento exagerado de peso, cuando haya disminución del peso o la línea se haga plana.

2. No se conoce peso pre gestacional y fue captada después de las 12 semanas.

Los valores de incremento de peso normal están entre los percentiles 10 y 90 (parte oscura más la parte clara del gráfico). Para saber en dónde graficar, debe utilizar para cada APN la tabla Peso para la talla según la edad gestacional (Talla en centímetros).

Por ejemplo, si la gestante mide entre 152-154 cms de talla, a las 16 SG debería pesar entre 47.3 y 61.4 Kg, a las 20 SG entre 51.0 y 62.4 Kg, a las 28 SG entre 54.6 y 65.0 Kg y a las 36 SG entre 56.2 y 66.6 Kg. Si la gestante mide entre 161-163 cms de talla, a las 16 SG debería pesar entre 52.4 y 68.0 Kg, a las 20 SG entre 56.4 y 69.1, a las 28 SG entre 60.5 y 72.0 Kg y a las 36 SG entre 62.2 y 73.7 Kg.

Peso para la Talla según la Edad Gestacional (Talla en cms)											
Sem	Per cent	140	143	146	149	152	155	158	161	164	167
		142	145	148	151	154	157	160	163	166	169
13	10	38.6	40.0	41.3	42.8	42.8	42.2	45.6	47.2	49.0	52.2
	90	51.3	53.1	54.9	57.0	58.8	60.7	62.7	65.1	67.2	69.4
14	10	39.5	40.9	42.3	43.8	45.2	46.7	48.3	50.1	51.8	53.4
	90	52.7	54.5	56.4	58.5	60.3	62.3	64.4	66.8	69.0	71.2
15	10	40.4	41.8	43.3	44.9	46.3	47.8	49.4	51.3	53.0	54.6
	90	53.1	55.0	56.9	59.0	60.8	62.8	64.9	67.4	69.6	71.8
16	10	41.3	42.8	44.2	45.9	47.3	48.9	50.5	52.4	54.1	55.9
	90	53.6	55.5	57.3	59.5	61.4	63.4	65.5	68.0	70.2	72.5
17	10	42.4	43.7	45.2	46.9	48.4	49.9	51.6	53.6	55.3	56.1
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
18	10	42.7	44.2	45.7	47.4	48.9	50.5	52.2	54.1	55.9	57.7
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
19	10	43.6	45.1	46.1	48.4	49.9	51.6	53.3	55.3	57.1	58.9
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.6	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
20	10	44.5	46.1	47.6	49.4	51.0	52.6	54.4	56.4	58.3	60.2
	90	51.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
21	10	45.4	47.0	48.6	50.4	52.0	53.7	55.5	57.6	59.5	61.4
	90	54.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
22	10	45.9	47.5	49.1	50.9	52.5	54.2	56.1	58.2	60.1	62.0
	90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
23	10	46.3	47.9	49.6	51.4	53.0	54.8	56.6	58.2	60.7	62.6
	90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
24	10	46.8	43.4	50.1	51.9	53.6	55.3	57.2	59.3	61.3	63.2
	90	55.4	57.3	59.3	61.5	63.4	65.5	67.7	70.3	72.6	74.9
25	10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	90	55.8	57.8	59.8	62.0	64.0	66.1	68.5	70.8	73.2	75.5
26	10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
27	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
28	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
29	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
30	10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.6	63.1	65.1
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
31	10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.1	63.1	65.1
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
32	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
33	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
34	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	90	59.9	59.7	61.7	64.0	66.0	68.2	70.5	73.2	75.6	78.0
35	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
36	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
37	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	90	58.6	60.6	62.7	65.0	67.1	69.3	71.6	74.3	76.8	79.2
38	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
	90	59.0	61.1	63.2	65.5	67.6	69.8	72.1	74.9	77.3	80.7
39	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
	90	59.5	61.6	63.7	66.0	68.1	70.3	72.7	75.5	77.9	81.4

Observe estos dos ejemplos de gestantes de 152 a 154 cms de talla, en quienes se desconoce su peso pre gestacional y que fueron captadas a las 16 SG con citas subsecuentes para APN similares. En el ejemplo 1 hay buen progreso en la ganancia del peso materno. En el ejemplo 2, la gestante tenía malnutrición, la que mejoró en las dos APN siguientes, pero esta ganancia de peso se detuvo en el último periodo.

Ejemplo 1: Talla de la gestante: 152-154 cms		Ejemplo 2: Talla de la gestante: 152-154 cms	
Peso para esa talla APN	Peso en esta APN	Peso para esa talla APN	Peso en esta APN
16 SG: 47.3 - 61.4 Kg	54.3 Kg	16 SG: 47.3 - 61.4 Kg	48.0 Kg
20 SG: 51.0 - 62.4 Kg	56.7 Kg	20 SG: 51.0 - 62.4 Kg	55.0 Kg
28 SG: 54.6 - 65.0 Kg	59.8 Kg	28 SG: 54.6 - 65.0 Kg	59.8 Kg
36 SG: 56.2 - 66.6 Kg	61.4 Kg	36 SG: 56.2 - 66.6 Kg	59.8 Kg

Incremento de peso materno vs edad gestacional (Ejemplo 1)

Incremento de peso materno vs edad gestacional (Ejemplo 2)

De acuerdo a la Clasificación de la Organización Mundial de Salud (OMS) y el Instituto Médico de Nutrición durante el embarazo¹⁸ (IOM), el incremento de peso debe de clasificarse de acuerdo al IMC. **Formula: Peso en Kg/ Talla en m²**

- ✓ **Desnutrición:** (< 18.5 Kg/m²)
- ✓ **Peso normal, Eutrófica:** (18.5 – 24.9 Kg/m²)
- ✓ **Sobrepeso:** (25 – 29.9 Kg/m²)
- ✓ **Obesidad:** (> 30 Kg/m²)

La ganancia de peso recomendada durante el embarazo, según IMC pre-embarazo (recomendaciones del IOM):

Peso Pre – Embarazo	IMC (Kg/m ²)	Ganancia de Peso en Libras	Peso recomendado Kg
Desnutrida	<18.5	28 – 40	12.5 – 18
Peso normal	18.5 - 24.9	25 – 35	11.5 – 16
Sobrepeso	25 -29.9	15 – 25	7 - 11.5
Obesa	> 30	11 - 20	5 -9
Embarazo gemelar	Independiente de IMC	35 – 45	15.9 - 20.4

Es importante una adecuada clasificación de IMC y valoración de incremento de peso materno durante la gestación por los riesgos que esto conlleva:

1. El riesgo de defectos congénitos aumenta significativamente en mujeres obesas¹⁹:

Los 10 defectos del recién nacido más frecuentes encontrados en mujeres con obesidad son: Fisura palatina sin labio hendido, hernia diafragmática, hidrocefalia sin espina bífida, síndrome de corazón izquierdo hipoplásico, atresia y estenosis de la válvula pulmonar, estenosis pilórica, atresia/estenosis de intestino grueso y recto, transposición de grandes arterias, tetralogía de Fallot y defectos del septo ventricular.

EL 70% de estos defectos están asociados a una alta tasa de mortalidad en el periodo perinatal, siendo mayor las que se producen de manera tardía al final del embarazo y las que se reportan en las primeras horas de vida neonatal. GR B. Recomendaciones.

2. El riesgo de pre-eclampsia aumenta significativamente en mujeres con IMC mayor a 30%²⁰:

El Sobrepeso/obesidad incrementa hasta 4 veces en comparación con mujeres con IMC normal.
Nivel de Evidencia B.

La evaluación del IMC es importante en la Primera Atención Prenatal (antes de las 12 semanas) para detectar el punto de inicio y luego el incremento de peso en las APN subsecuentes, con el debido análisis e interpretación de la misma. Con el fin de poder ir integrando cada uno de los factores de riesgo y la aparición de complicaciones en cada una de las etapas de la gestación con el fin de realizar las medidas correctivas permanentes.

A. EXAMEN FÍSICO GENERAL COMPLETO

Este debe seguir el orden céfalo-caudal, es importante no olvidar efectuar revisión de cavidad bucal, examen clínico de Mamas y revisar Genitales internos.

Se recomienda una revisión ginecológica durante el embarazo²¹, idealmente al momento de la captación para determinar elementos clínicos de infección, y alteraciones locales. Esto incluye tomar una muestra para el Papanicolaou si el mismo no ha sido realizado en el último año.

Dado el alto riesgo de morbilidad en las embarazadas por presencia de infecciones vaginales a repetición y su alto impacto negativo en resultados neonatales adversos por infecciones congénitas y/o al nacimiento, **SE SUGIERE** sensibilizar a la embarazada para la realización de especuloscopia en sus atenciones prenatales para detección precoz de fenómenos infecciosos y/o reacionados a alteraciones en el canal del parto. **En aquellos casos en los que la paciente refiere sintomatología genital, la especulosocpia, es de estricto cumplimiento debiendo quedar consignada en el expediente dicha revisión.**

Si en la APN de rutina no se acepta el tacto vaginal se debe informar y sensibilizar sobre la importancia de la misma con énfasis en aquellas mujeres con antecedentes de: aborto espontáneo en el segundo trimestre, parto prematuro o síntomas de sangrado vaginal, pérdida de líquido y/o dolor abdominal.

En las mujeres que informan sangrado en el presente embarazo, el tactovaginal para determinar la causa puede realizarse en la unidad de salud sólo durante el primer trimestre y la referencia de la paciente a un nivel de mayor resolución depende del cuadro clínico. Después del primer trimestre, el tacto vaginal en las mujeres con sangrado vaginal no debería hacerse en la unidad de salud; en cambio, se debería referir a la paciente inmediatamente a un hospital para descartar placenta previa u otra patología.

B. ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

Es importante desde la primera atención prenatal **referir a la embarazada a los servicios de Salud bucal**, con el fin de hacer revisión general y diagnosticar y/o tratar procesos infecciosos y/o demás alteraciones odontológicas.

La prevención y el tratamiento periodontal²² **reduce hasta 35 veces el nacimiento pretermino y hasta 47 veces el riesgo de bajo peso al nacimiento**²³. **Grado de Recomendación A.**

La enfermedad Periodontal 6 meses antes o durante el embarazo **fue 4 veces mayor riesgo para preeclampsia severa**²⁴.

Toda paciente debe ser referida a valoración bucal en cualquier consulta prenatal.

C. EXAMEN OBSTÉTRICO:

- **Medición de Altura de Fondo Uterino (AFU), llenado y evaluación de Curva del Crecimiento Fetal.** La altura se mide en centímetros con la cinta obstétrica desde el pubis hasta el fondo uterino determinado por palpación. El extremo de la cinta métrica se fija en el borde superior del pubis con los dedos de una mano, mientras entre el dedo índice y mayor de la otra mano se desliza la cinta hasta que el borde cubital de esa misma mano alcance el fondo uterino.

Luego proceder a graficar el valor obtenido en la Curva de Crecimiento Uterino

- **Aplicación de vacuna antitetánica.** Se administra a cualquier edad gestacional. La embarazada se considera inmunizada cuando ha recibido dos dosis, con intervalos entre 4 a 8 semanas.

El Ministerio de Salud basado en la información publicada por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomendó²⁵ en su publicación actualizada.

- Mujeres a los 20 años (o primer embarazo). 1 Dosis (0.5cc) Una dosis a los 10 años y los 20 años o primer embarazo en las mujeres. Si no se tiene registro de haber recibido el esquema básico, aplicar una segunda dosis con intervalo de 4 semanas, una tercera dosis a los 6 meses, una cuarta dosis un año después de la tercera y una quinta dosis un año después de la cuarta dosis.
- Esto más que todo para personas mayores de 20 años.
- **Hacer prueba de hemoglobina:** La anemia es un problema de salud pública por las consecuencias que tiene sobre la salud humana especialmente en el embarazo donde se asocia con aumento del riesgo de mortalidad materna, mortalidad perinatal (en especial en casos de anemia severa); prematuridad, bajo peso al nacer y RCIU.

Se considera que una gestante padece anemia cuando el valor de hemoglobina es **menor a 11,0 g/dl** (durante el primer o el tercer trimestre) o cuando el valor de la hemoglobina durante el segundo trimestre es menor a 10,5 g/dl²⁶.

La Organización Mundial de la Salud define:

- ✓ Anemia leve: 10 - < 11 gr/dl
- ✓ Anemia moderada: 7- < 10 gr/dl
- ✓ Anemia severa: < 7 gr/dl

➤ Tratamiento de pacientes con Anemia leve y moderada deberán de recibir: **60-120 mg (1 a 2 tabletas) de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico** diario por 6 meses.

➤ Las pacientes con Anemia severa deberán de recibir: **120-200 (2 a 3 tabletas) mg de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico** diario por 6 meses. **Grado de recomendación B.**

➤ **Referir al Hospital si está descompensada (descompensación cardiopulmonar, disnea, pulso >90 x min, taquicardia -palpitaciones); o con anemia severa o con EG >34 sem o con falta de respuesta al tratamiento.**

➤ En estudios revisados se encontró que el uso de suplementos de hierro en mujeres embarazadas no anémicas no debería ser ofrecido de manera rutinaria dado que no se beneficia la salud del feto o la madre y puede tener efectos desagradables secundarios.²⁷, así mismo no existe evidencia alguna que justifique usar sulfato ferros 2 o 3 veces al día por incremento de reacciones adversas sin mostrar mayor benéfico. **Para fines de cumplimiento en la norma se orienta:**

➤ **Pacientes con valores de hemoglobina normal (Mayor a 12 gr/dl): Prescribir 1 tableta sulfato ferroso (60 mg) + ácido fólico (0.4 mg) diaria.**

Dar hierro elemental y ácido fólico reduce en las embarazadas: anemia al término, deficiencia de hierro, recién nacidos de bajo peso al nacer, mortalidad infantil, neuroblastoma y leucemia.

Administrar entre las comidas o antes de acostarse para evitar el efecto de la alcalinización de los alimentos y aprovechar la acidez gástrica alta en la noche.

Una buena respuesta al tratamiento es la **elevación en 2 g/dl o más de Hb y/o el hematocrito debe normalizarse después de 2-3 meses** de terapia con hierro, pero debe continuarse por otros 3-6 meses para reponer las reservas corporales de hierro en la médula ósea. Además se debe recomendar los alimentos ricos en hierro: carnes rojas (el hígado es la fuente más alta), huevos (yema), pescados, legumbres (arvejas y frijoles), carne de aves, uvas pasas, pan integral. La vitamina C (jugos de cítricos, tomate) favorece la absorción de hierro mientras el café, té, gaseosas, leche, calcio, magnesio, quinolonas, tetraciclinas y antiácidos la disminuyen. **El más recomendable de los suplementos de hierro es el sulfato ferroso.**

- **Administración de ácido fólico**

La administración de ácido fólico además de tratar anemias carenciales juega su papel importante en la prevención de defectos de tubo neural: disminución en la prevención de ocurrencia de defectos de tubo neural un 72% y disminución de la recurrencia en un 68%²⁸. El Ácido Fólico preconcepcional

por un año o más, redujo significativamente el riesgo de nacimiento pretérmino espontáneo en el 70 % entre las 20-28 semanas de gestación y en 50 % entre las 28-32 semanas. La administración periconcepcional de multivitaminas redujo en 71 % (estadísticamente significativo) el riesgo de nacimientos pretérmino < 34 semanas y en mujeres no obesas redujo en 46 % los recién nacidos pequeños para la edad gestacional. En estudios recientes multivitaminas más ácido fólico periconcepcional reducen significativamente en 46%, además de los DTN, otras MFC: labio y paladar hendido, cardíacas, de extremidades, tracto urinario e hidrocefalias.

- ✓ **Prevención de ocurrencia (primera vez) 4 mg de ácido fólico desde 3 meses antes hasta 3 meses después del parto** y a toda paciente que esté planeando embarazarse.
- ✓ **Prevención de recurrencia** en mujeres con alto riesgo para defecto de cierre de tubo neural (historia familiar de Defecto de cierre de Tubo Neural, tratamiento antiepiléptico o metrotexate, diabetes, Obesidad con IMC ≥ 30 Kg/m², . Madre con anemia por células falciformes o talasemia. Mujeres con bajo cumplimiento en la toma de medicamentos (Acido Fólico y/o Multivitaminas) y bajo consumo de una dieta rica en Acido Fólico, consumo de teratógenos (alcohol, tabaco) **4-5 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 semanas después.**

- **Administración de Albendazol**

Albendazol 400 mg (si parasitosis intestinal >30% y/o anemia >20%)²⁹ en el 2º y 3er trimestre. Este disminuye el **bajo peso al nacer, la mortalidad infantil al 6to mes de vida**³⁰. Para fines de evaluación de cumplimiento del estándar el albendazol se puede administrar en **II y III trimestre con una diferencia de 6 semanas** y aprovechar cualquier contacto con embarazada para cumplimiento de ambas dosis.

- **Control de glucosa:**

Recientes estudios demuestran que el tratamiento de la diabetes gestacional reduciría en forma importante la morbilidad perinatal y mejoraría la calidad de vida de las mujeres a los tres meses del nacimiento. Otros estudios epidemiológicos han mostrado que la prevalencia de diabetes gestacional es mayor en mujeres indígenas e hispanas cuando se las compara contra mujeres anglo-sajonas. Estas dos razones se suman para justificar la realización de estudios de tamizaje para diabetes gestacional en nuestra Región.³¹

Glucemia en ayunas: Aunque no existe acuerdo sobre la utilidad de efectuar glucemias en ayunas para diagnosticar una diabetes gestacional hay evidencias que sugieren que muestras aisladas de glucemia podrían ser tan sensibles como una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) para diagnosticar diabetes gestacional. En general se recomienda hasta que no haya evidencias firmes que lo rechacen, realizar una glucemia en ayunas en la primera visita antenatal.

En la primera consulta debe realizarse una valoración del riesgo de diabetes gestacional, para eso será necesario efectuar una correcta anamnesis y examen físico, intentando buscar o descartar factores de riesgo.

En aquellos entornos en los que no se cuente con la posibilidad de efectuar una PTOG entre las 24 y 28 semanas la glucemia en ayunas podrá ser la mejor alternativa para despistar la existencia de una diabetes gestacional.

Prueba de tolerancia oral a la glucosa, **se debe realizar una Curva de Tolerancia Oral a la Glucosa entre las 24 y 28 semanas de gestación como prueba de tamizaje para la diabetes gestacional.**³²

Las glucemias postprandiales no son procedimientos aceptables para confirmación diagnóstica.

Las Guías Internacionales³³ establecen en **que grupos de riesgo específicamente se debería de realizar de rutina la PTOG como método de Screening para Diabetes**, dentro de los que se incluyen:

- ✓ Obesidad previa al embarazo IMC > 30
- ✓ Diabetes gestacional previa
- ✓ Antecedentes familiares de diabetes
- ✓ Feto anterior macrosómico > 4,500 grs.
- ✓ Incremento de peso mayor al esperado para la edad gestacional
- ✓ Fumadora.

- **Envío de Prueba para diagnóstico de sífilis:**

Se deben de registrar dos controles para el tamizaje de la sífilis de acuerdo a los que recomiendan las mejores evidencias y en concordancia con la mayoría de las guías normativas de la Región. La secuencia cronológica recomendada consiste en:

- ✓ efectuar la primera prueba al momento de la captación (antes de las 20 semanas)
- ✓ realizar siguiente en el tercer trimestre.

Se considera sífilis cuando el resultado de **cualquier prueba disponible (treponémica o no treponémica) sea positiva/reactiva**. Un resultado positivo no significa necesariamente que una mujer tiene sífilis ya que las pruebas no pueden distinguir entre una y otra trepanomatosis³⁴. **Durante el embarazo se tratara a todas las mujeres cuya prueba sea positiva (de acuerdo a titulación), independiente de los antecedentes de tratamiento en un embarazo anterior.**

- ✓ **Si el resultado de la prueba RPR es inferior a 1:8** se trata de un **resultado negativo**, no se tiene la sífilis aunque hay que hacer seguimiento de nueva titulación en 8 semanas. Si valores continúan menor a 1:8 paciente no es portadora de enfermedad y es solo un valor con falso positivo.
- ✓ Si se tiene resultado **igual o mayor de 1:8 es positivo** y sí que se tiene la sífilis y hay que aplicar el tratamiento correspondiente. Es decir, que se considera diagnóstico positivo de sífilis los resultados iguales o superiores a 1:8. Es aconsejable enviar **titulaciones cuantitativas** en 6-8 semanas, considerar a la paciente tratada si titulaciones nuevas aunque aún continúen positivas sean menores de 1:8, esto debido a los procesos de memoria en los que las titulaciones pueden permanecer positivas hasta 12 semanas después de aplicado el tratamiento.
- ✓ No Reactivo: Resultado negativo, NO tienes la sífilis.
- ✓ Reactivo 1:2 o 1:4 - Resultado negativo, NO tienes la sífilis. Es posible una huella serológica si hubo el antecedente de la enfermedad (aunque haya sido curado). Hay que realizar seguimiento para ver si los títulos son estables y se mantienen en el tiempo.

La Guía de Intervenciones Basadas en Evidencia que reducen la morbilidad y mortalidad perinatal y publicada en el 2014: Prevención y Tratamiento de la Sífilis Congénita:

Criterio diagnóstico y serológico:

Toda prueba serológica treponémica o no treponémica (VDRL o RPR) que reaccione será considerada positiva independiente de los títulos. Desde la perspectiva epidemiológica y programática, toda serología positiva será considerado diagnóstico presuntivo (posible) para asegurar el tratamiento temprano.

Para fines prácticos y de acuerdo a recomendación de OMS se aplicara esta estrategia sin dejar de considerar la posibilidad de Falsos positivos en las titulaciones menores a 1: 8.

Tratamiento de la sífilis

Cualquiera que sea la edad gestacional y el estadio de la sífilis, la penicilina continua siendo el fármaco de elección ya que cura a la mujer, previene la transmisión vertical y trata al recién nacido³⁵. Grado de recomendación B.

El tratamiento de la sífilis en la embarazada debe iniciarse de inmediato después de obtener el resultado de una prueba de tamizaje positiva, preferiblemente en el primer nivel de atención a menos que las condiciones de la mujer requieran una atención de mayor complejidad. Para la prevención de la sífilis congénita se considera adecuado si se realiza un mes antes del parto.

El tratamiento para sífilis primaria, secundaria y sífilis latente temprana consiste en una dosis única de 2.4 millones de unidades de penicilina benzatínica G por vía intramuscular (B-I).

El tratamiento para la sífilis latente tardía o sífilis latente de duración desconocida consiste en 7.2 millones de unidades de penicilina benzatínica G en total, administradas en tres dosis (una por semana) de 2.4 millones de unidades de penicilina benzatínica G por vía intramuscular.

En el embarazo es tan importante el tratamiento de la embarazada, como el de su pareja. La falta de tratamiento de la pareja, es la principal fuente de reinfección durante el embarazo.

En todas las visitas se debe proporcionar consejería a fin de reducir el riesgo de adquirir sífilis o VIH durante el embarazo. Se recomienda en aquellas situaciones en que se sospecha que no habrá continuidad en el control prenatal (siempre que haya disponibilidad) realizar pruebas rápidas, para contar con un diagnóstico inmediato.

- **Envío de Prueba de VIH:**

Se debería ofrecer la prueba de detección de la infección por VIH a todas las mujeres que acuden a los servicios de atención materno infantil. Asegurando: Confidencialidad, Consejería, y Realización de la prueba únicamente después de obtener consentimiento informado.

- ✓ efectuar la primera prueba al momento de la captación (antes de las 20 semanas)
- ✓ realizar siguiente en el tercer trimestre.

La OPS ha publicado una guía clínica para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe que presenta las pautas de tratamiento completas. (Publ. CLAP N° 1U70).

- **Examen de orina:**

La orina de la mujer embarazada sufre modificaciones que son consideradas fisiológicas. Entre esas modificaciones es posible encontrar una disminución progresiva de la diuresis y de la densidad urinaria; también es relativamente frecuente identificar una glucosuria, y hasta es factible observar una proteinuria de 0,3 g/L en la orina de 24 horas. Por el contrario el sedimento urinario no se modifica sustancialmente.

Se solicitan al menos tres evaluaciones de orina en la atención prenatal:

- ✓ Un examen de orina en la primera consulta para descartar la existencia lesiones renales (hematuria, proteinuria, cilindruria, etc.) y de diabetes (glucosuria).
- ✓ Un segundo examen próximo a las 28 semanas que tendrá como principal finalidad la detección de proteínas para descartar una pre-eclampsia.
- ✓ Un tercer examen de orina entre las 33 y 35 semanas podrá hacer sospechar cualquiera de las tres condiciones patológicas señaladas, aunque su principal finalidad sea descartar pre-eclampsia. También será útil para descartar una infección urinaria.

Estudios preventivos en Atención Prenatal

Es importante mencionar el desarrollo de nuevos conceptos y cambios de paradigmas en la atención prenatal enfocándose en los elementos claves de prevención y atención de la embarazadas.

A continuación se detallan algunas actividades que ya se están recomendando a nivel internacional, sin embargo por limitaciones desde el punto de vista técnico y personal humano calificado solo están disponibles en niveles superiores.

Es una meta de Nuestro Gobierno ir implementando estas políticas de prevención a nivel nacional con el fin de que todas las pacientes tengan acceso a este tipo de estudios y en la medida que se estratifique el riesgo podrá ser extensiva a toda la población.

Solicitud de US: (Solo en lugares que se encuentre disponible)

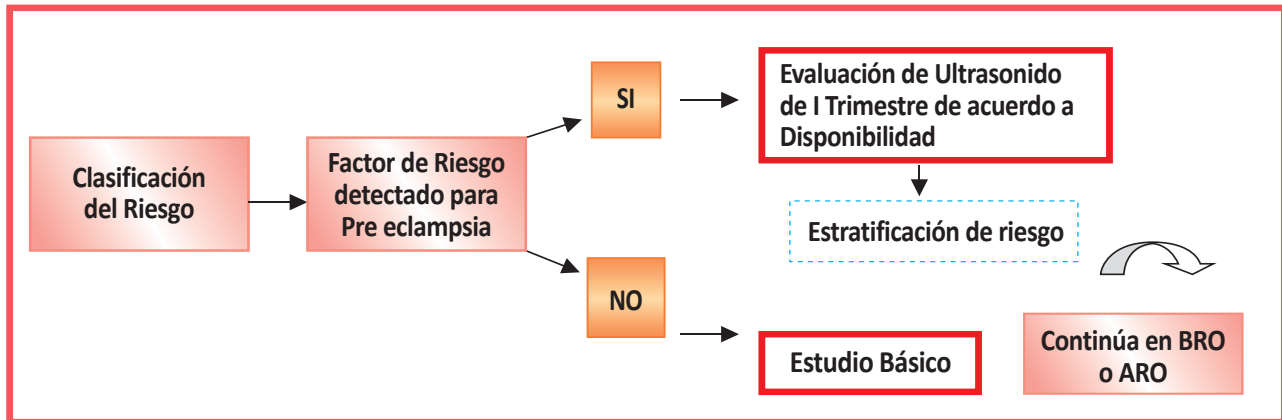
- **El tamizaje prenatal del primer trimestre (11 semanas a 13 semanas 6 días) tiene un índice de detección para aneuploidias mayor que el tamiz del segundo trimestre³⁶**

En aquellas unidades de salud donde se disponga de equipo y personal entrenado poder solicitar US DE I TRIMESTRE el cual ha demostrado utilidad para³⁷:

1. Detección de anomalías cromosómicas de forma temprana
2. Diagnóstico de anomalías estructurales
3. Predicción de parto pretermino
4. Predicción de Síndrome Hipertensivo
5. Predicción de RCIU
6. Estratificación de Riesgo

Así mismo la Predicción de síndrome hipertensivo se basa en:

- **Correlación lineal entre IP medio de Arteria uterinas alterado, Tension Arterial, Indice de masa corporal y peso materno**
- **Detección 96% o una adecuada sensibilidad (<34sd)**



Orientaciones básicas de cada APN

RECUERDE HABLAR SOBRE:

- ✓ Signos o síntomas de peligro: sangrado, dolor de parto, expulsión de líquido a través de la vagina, fiebre.
- ✓ Se deberá de explicar que hacer y donde acudir.
- ✓ La importancia de cumplir orientaciones verbales, exámenes indicados o prescripción de medicina.
- ✓ Los hábitos personales de higiene, alimentación, vestimenta, relacionales sexuales, sexo seguro para prevenir ITS/VIH-Sida, automedicación durante el embarazo, ingesta de alcohol, fumado, aplicación de drogas.

• Indicación de próxima cita de APN

Después de terminar la atención prenatal escribir en la HCP y decirle a la embarazada cuando debe regresar para la siguiente atención, escribirlo además en el Carné Perinatal.

La interacción individual entre la paciente y el médico es un elemento esencial del nuevo modelo de APN. Como el componente básico del nuevo modelo incluye sólo cuatro visitas, se debe dedicar el tiempo suficiente durante cada visita a la discusión del embarazo y temas relacionados con la paciente. La instrucción debería incluir información general sobre el embarazo y el parto así como cualquier respuesta específica a las preguntas de la paciente. La información transmitida en estas visitas debería focalizarse sobre los signos y síntomas de emergencia relacionados con el embarazo y cómo tratarlos, es decir, si la paciente sufre sangrado vaginal, a quién debería llamar y dónde debería concurrir para su asistencia.

PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL

La primera atención debe ser siempre brindada por el recurso más calificado disponible que exista en la Unidad de Salud, se espera que dure entre 30 a 40 minutos.

El recurso debe entregar a la mujer embarazada su carnet perinatal y explicar la utilidad e importancia del mismo; así como su obligatoriedad de portación para toda consulta.

Debe realizarse durante el primer trimestre preferentemente antes de la semana 12 de embarazo, sin embargo, se puede efectuar según la edad gestacional que se identifique en la embarazada en el momento de la primera atención.

Interrogatorio

Es importante preguntar a la embarazada sobre ciertos factores de Riesgo: tener empleo o no, el tipo de trabajo o la exposición a agentes teratogénicos (metales pesados, químicos tóxicos, radiación ionizante), vivienda (tipo- tamaño – número de ocupantes), condiciones sanitarias, disponibilidad de servicios básicos (agua potable, luz eléctrica, letrina-inodoro). Investigar sobre malaria o hepatitis en áreas endémicas, además averiguar sobre alergia, uso actual de medicamentos, trombosis o embolia, desprendimiento o placenta previa en embarazos anteriores, partos distócicos anteriores, retardo del crecimiento uterino, y también sobre si es portadora del VIH y Sida, ya que éstos pueden significar un riesgo para desarrollar complicaciones durante el embarazo por lo que deberá ser referida al especialista para que sea atendida según normativa.

La detección o sospecha de Abuso Sexual en las adolescentes embarazadas menores de 14 años, debe ser notificado Obligatoriamente a la Comisaría de la Mujer, Niñez y Adolescencia de su localidad. Brindar acompañamiento e informar al Ministerio de la Familia, Niñez y Adolescencia, para su seguimiento conjunto, abordaje integral y protección especial.

Examen Físico

- ⇒ Efectuar medición de Talla materna.
- ⇒ Determinar el Índice de Masa Corporal (IMC). El índice se obtiene del cálculo del peso en Kg entre la talla en metros cuadrados se expresa en Kg/m². Es importante además relacionar el IMC con el Incremento de Peso Materno ya que sus valores son directamente proporcionales, es decir, a mayor IMC mayor será el IPM.
- ⇒ Buscar signos clínicos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral y punta de lengua, falta de aire.
- ⇒ Se recomienda un examen vaginal de rutina durante el embarazo (durante la primera visita), utilizando un espéculo para revisar el estado del cuello uterino, presencia de infecciones de transmisión sexual o efectuar toma de muestra de citología exfoliativa (o Papanicolaou, si no ha sido realizado el control anual) con consentimiento de la embarazada y si su condición clínica lo permite. Si la embarazada no lo acepta durante la primera visita, deberá quedar consignado en el expediente y brindar consejería para persuadirla y poder realizárselo posteriormente.

Exámenes de Laboratorio

- ⇒ En orina: Examen general de orina (EGO).
- ⇒ En sangre: Prueba de VIH-Sida previa consejería y consentimiento informado de la embarazada, RPR, Hemoglobina (Hb), Tipo y Rh, Glucemia.

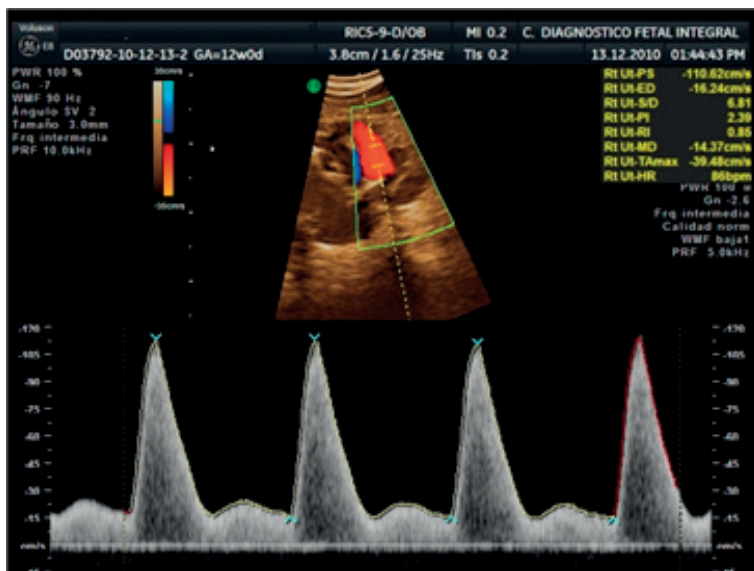
Estos estudios quedaran consignados en las Normativa y solo se realizaran en aquellos lugares donde se disponga de personal calificado y entrenado y equipo de ultrasonido adecuado.

El Ultrasonido de I trimestre se enviara para realizar tamizaje de Arterias uterinas y Medición de Longitud de cuello para predicción de proceso hipertensivo gestacional y parto pretermino.

1. US I trimestre y marcadores bioquímicos
 2. Identificación de mujeres con riesgo (Historia materna: 30%)
 3. Diagnostico precoz
 4. Acceso oportuno al tratamiento preventivo
 5. Estimación de riesgo individual
- ✓ Doppler Arterias uterinas I y II Trimestre
 - ✓ Para diagnsotico preventivo del síndrome hipertensivo gestacional

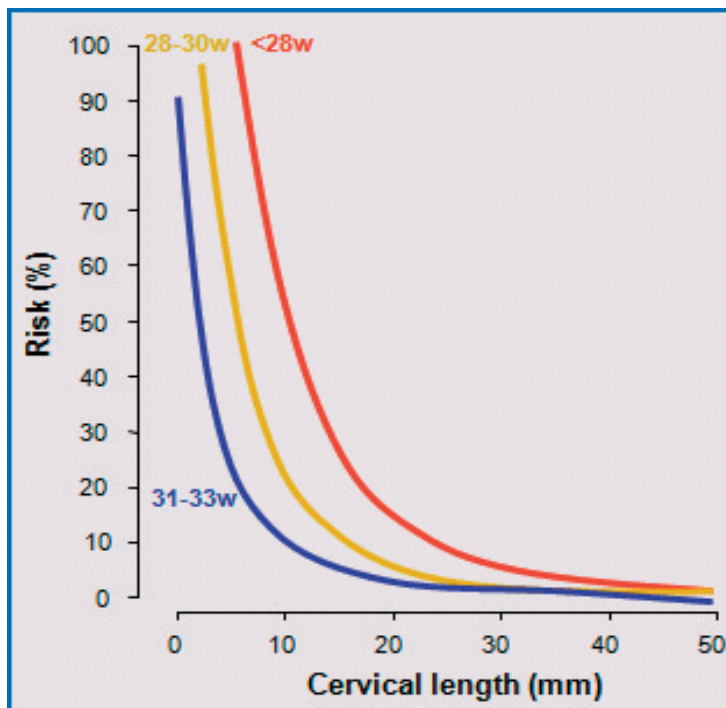
ARTERIAS UTERINAS EN SEGUNDO TRIMESTRE

Excelente utilidad diagnóstica aunque no existen estrategias de prevención en esta etapa, por lo que el momento ideal de realización es en el primer trimestre.



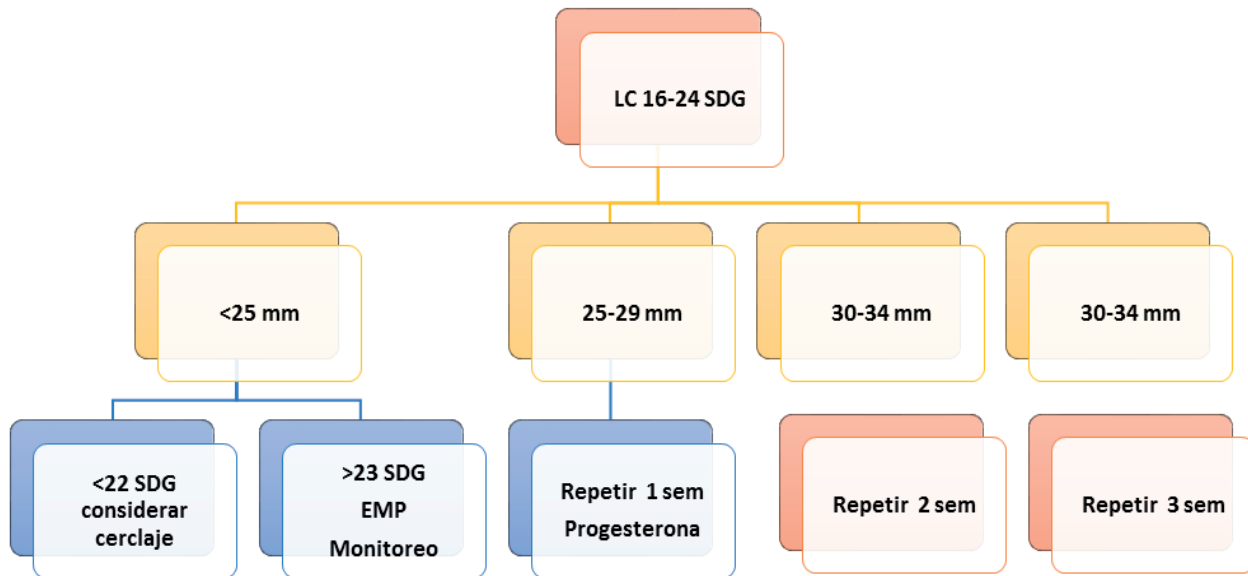
UTILIDAD CLINICA DE MEDICION DE LONGITUD CERVICAL

1. Predicción de parto prematuro.
 - ⇒ En las mujeres con antecedentes de PP=medición entre 14 y 24 sdg cada 2 sem
 - ⇒ En mujeres sin historia de PP = medición de las 20-24 sem
2. Predicción de PP dentro de los siguientes 7 días en mujeres con APP.
3. En embarazos con polihidramnios la medición es útil para decidir si se debe llevar a cabo amniodrenaje.
4. En las mujeres con una cesárea previa la medición cervical puede servir para decidir la vía de resolución del embarazo.
5. Ayuda a predecir la probabilidad de parto en mujeres en pre inducción
 - Longitud Cervical es inversamente proporcional al Riesgo de Parto pretermino
 - Exponencial <15 mm en aprox. 1% de las mujeres (30% mujeres PP antes 34 SDG)
 - En Gemelares y triples el corte para aumento exponencial en el riesgo es de 25 mm.



Celik et al, Ultrasound Obstet Gynecol 2008;31:549.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO



USO DE PROGESTERONA MICRONIZADA EN PACIENTES CON RIESGO DE PARTO PRETERMINO

- Estudios clínicos aleatorizados indican que en mujeres con embarazos únicos, sin parto pretermino previo y longitud cervical menor a **20 mm** a la semana 24 de gestación, el uso de progesterona vaginal ya sea en gel 90 miligramos o en óvulos de 200 miligramos se asocia a una reducción de parto pretermino y morbilidad - mortalidad perinatal.³⁸

NO USAR PROGESTERONA, MIENTRAS NO SE CUENTE CON MEDICIÓN DE LONGITUD DE CERVIX.

El ultrasonido de I trimestre no debe ser indicado de rutina en la evaluación de un embarazo sin riesgo, cuando exista **ALGÚN FACTOR DE RIESGO SEGÚN EL FORMULARIO DE CLASIFICACIÓN Y FACTORES DE RIESGO DE HCP** referir a **médico especialista** quien la valorará y decidirá su ABORDAJE CLÍNICO.

Encaso de bacteriuria positiva: explique a la paciente sobre el cuadro clínico, los riesgos en el embarazo y la importancia de cumplir el tratamiento. (Referir a Normativa 077 Normas y Protocolos de Patologías de Alto Riesgo Obstetrico mas frecuentes en el embarazo)

- Reposo según el cuadro clínico.
- Ingesta de líquido (3 a 4 litros por día).
- Explique que debe acudir a la unidad de salud si los síntomas persisten después de 3 ó 4 días.
- Evalúe presencia de dinámica uterina, en caso de trabajo de parto inicie tratamiento útero inhibitor y maduración pulmonar según esquema del Protocolo de Atención al Parto Pretérmino (Normativa 077).
- Inicie antibiótico terapia:

- Nitrofurantoina con cubierta entérica (capsula) 100 mg por vía oral cada 12 horas por 10 días. **(De primera línea / Para resto de manejo se Refiere a Normativa 077 Normas y Protocolos de principales patologías de Alto Riesgo Obstetrico).**
- Agregar analgésico: Acetaminofén 500mg cada 6 horas por vía oral. Una semana después de finalizado el tratamiento debe realizarse un examen de orina con cintas cualitativas buscando nitritos. Si existen síntomas sugestivos de infección de vías urinarias es necesario hacer uro cultivo y antibiograma.

Si el urocultivo sigue siendo positivo repita el tratamiento por 10 días más y administre:

- Nitrofurantoina en terapia supresora: Nitrofurantoina 50 mg por día hasta completarlos 30 días o hasta el final del parto según el cuadro clínico y tolerancia de la paciente.
- Urocultivo según norma.
- Identifique esquema según sensibilidad de antibiograma.
- Repita el uro cultivo al terminar el tratamiento.
- Si el uro cultivo es positivo repita el esquema.

Identifique factores de riesgo del embarazo actual

- Infecciones vaginales recurrentes (candidiasis, vaginosis).
- Sospecha de diabetes gestacional.
- Explorar especialmente en adolescentes sentimientos, inquietudes y dudas relacionadas con el embarazo. Así como la relación de apoyo de la pareja y/o la familia.
- Pedirle a la embarazada que registre cuando nota los primeros movimientos fetales (según el trimestre en que se realice la primera Atención Prenatal).
- Preguntar por algunos signos y síntomas que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso:
 - Náuseas y vómitos frecuentes, orientar comer 3-4 galletas simples o rosquillas antes de levantarse (enlacama); sugerir alimentación blanda de lo que guste y tolere, ingerido en pequeñas cantidades, cada 2 a 3 horas; tomar líquidos en pocas cantidades en intervalos de cada hora; evitar comidas grasosas, ácidas y condimentadas. Se puede indicar Dimenhidrinato 1 tableta antes de las comidas principales.
 - Várices, aconsejar reposo en decúbito dorsal o lateral por 15 minutos cada 4 horas con las piernas elevadas; caminar de puntillas varias veces al día, usar medias elásticas.
 - Cefalea (recordar es un signo de peligro para síndrome hipertensivo) investigar causa, analgésico oral como Acetaminofén 300mg. cada 6 u 8 horas.
 - Acidez, indicar comer poca cantidad de dulce; comer de espacio; indicar el hidróxido de aluminio o leche después de cada comida;

Situaciones especiales

- En el caso de que el actual embarazo es producto de abuso sexual, **ACTUAR SEGÚN NORMA DE VIOLENCIA VIGENTE** abordar en conjunto con un equipo interdisciplinario donde exista

esta probabilidad, de no haber posibilidad realizar una referencia oportuna a las redes de apoyo.

- Consejos, preguntas, respuestas y programación de próxima atención.

SEGUNDA ATENCIÓN PRENATAL

La **segunda visita** debe programarse cerca de la semana 26 de embarazo. Se estima una duración aproximada de 20 minutos como mínimo.

Se debe actualizar el Formulario de Clasificación del Riesgo.

Interrogatorio

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la primera atención prenatal relacionados o no con la Historia Clínica Perinatal (HCP).
- Preguntar acerca de la fecha en que la madre tuvo el primer reconocimiento de los movimientos fetales para registrarlo en el expediente clínico.
- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la primera atención, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico.
- Interpretar y dar a conocer a embarazada los resultados de exámenes prescritos en la primera atención prenatal.

Examen Físico

- Además de lo realizado en la primera atención prenatal, efectuar lo siguiente:
- Determinar la presentación del feto según maniobras de Leopold.
- Auscultar latidos fetales.
- Considerar el examen vaginal utilizando un espéculo únicamente si no fue realizado en la primera visita. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo y referirla. Si el/la proveedor es especialista lo puede efectuar y realizar manejo según Protocolo de Emergencias Obstétricas.
- Revisar la presencia de edema generalizado.

Pruebas de Laboratorio

- Sangre: repetir indicación de Hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención.
- Indicar nuevamente el resto de exámenes (VIH/Sida, RPR, Tipo y Rh, Glucemia) sino se los ha realizado aún.

Identifique factores de riesgo del embarazo actual

Lo principal a indagarse en esta atención prenatal es lo relacionado a: dolor, sangrado, flujo vaginal (líquido amniótico, ITS), signos y síntomas de anemia severa.

Conducta según evidencia en 2da. Atención prenatal

Evidencia	Conducta a Seguir	REFIERAA
Ausencia de signos y síntomas de peligro	Atención de bajo riesgo	
<ul style="list-style-type: none"> Si no se perciben movimientos ni latidos fetales. Salida de líquido o sangrado transvaginal. 	Referencia	Especialista
<ul style="list-style-type: none"> Si se dispone de Doppler manual confirmar su auscultación con este medio, de no escucharlos referir a hospitalización. Si tiene actividad uterina. 	Referencia	Hospitalización

Implementar las siguientes intervenciones

- Revisar realización de exámenes de laboratorio indicados en la primera atención.
- Dar tratamiento para resultados positivos de EGOy RPR.

Resultados de exámenes de Laboratorio y 2da atención prenatal

Exámenes	Conducta a seguir	REFIERA A
VIH/Sida (+): Resultado positivo de Prueba Rápida o WesternBlot. Orientar sobre práctica de sexo seguro (uso del preservativo). RPR (+): Indicar tratamiento.	Referenciaa nivel mayor resolución.	Especialista
<ul style="list-style-type: none"> Sida (+): En última APN para iniciar terapia de prevención de transmisión vertical madre - hijo periparto. Orientar sobre práctica de sexo seguro (uso del preservativo). Rh negativo (+) y trabajo de parto. 	Referencia	Hospitalización

- Indicar Albendazol 400 mg. Vía oral, dosis única.
- Si tiene antecedentes de cesárea previa y cursa con embarazo actual de 32 semanas de gestación, enfatizar que el parto debe ser hospitalario.
- Consejos preguntas, respuestas y programación de la próxima atención.
- Además de lo realizado en la primera atención, revisarlo relacionado a:
 - Edemas en pies manos y cara: se debe indicar examen general de orina, orientar reposo con elevación de miembros inferiores.
 - Calambres: ingerir jugo de naranjas, bananos, caminar en puntillas antes de acostarse por un minuto, si hay temperaturas ambientales frías tener cuidado de abrigarse bien.

TERCERA ATENCIÓN PRENATAL

La **tercera atención** debe realizarse a las 32 semanas de embarazo o alrededor de esa fecha y su *duración es de 20 minutos como mínimo*. Si no asistió a la segunda atención, esta atención debe incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse el tiempo que sea necesario.

Algunas embarazadas tendrán su parto antes de la siguiente atención programada. Se debe aconsejar a la embarazada sobre los síntomas y signos de los prodromos del trabajo de parto normal o de un parto pretérmino, y la asociación de éste último con alta mortalidad perinatal, que hacer en caso de pérdida de líquido amniótico, dolor abdominal, sangrado vaginal.

Interrogatorio

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la segunda atención prenatal hasta la actual estén o no relacionados con la Historia Clínica Perinatal (HCP).
- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la segunda atención, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico.

Examen Físico

- Determinar la presentación (cefálica-pélvica), posición (derecha o izquierda) y situación (longitudinal, transversa, oblicua) del feto según maniobras de Leopold.
- Auscultar latidos fetales.
- Considerar el examen vaginal (utilizando un espéculo) únicamente si no ha sido realizado en la primera y segunda atención prenatal. Si la embarazada está sangrando no realizarlo y referirla. Si el especialista lo puede efectuar y realizar intervenciones según Protocolo de Emergencias Obstétricas.

Exámenes de Laboratorio

- Sangre: repetir indicación de Hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11 g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención.
- Indicar nuevamente el resto de exámenes (Tipo y Rh, Glucemia) si no se los ha realizado aún.
- Indicar RPR.
- Indicar VIH.

Identifique factores de riesgo del embarazo actual

- Revisar los factores relacionados con: dolor abdominal o lumbar (trabajo de parto prematuro), sangrado o flujo vaginal (líquido amniótico, sangre), movimientos fetales aumentados o disminuidos, sospecha de parto gemelar.

Signos de peligro	Conducta a seguir	Refiera a:
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Trabajo de parto en curso menor de 37 semanas. ⇒ Disminución o ausencia de movimientos fetales. ⇒ Hemorragia vaginal. ⇒ Ruptura prematura de membranas. ⇒ Convulsiones-visión borrosa-pérdida de conciencia- cefalea intensa, cambios en la frecuencia cardíaca fetal, hinchazón en manos- cara-piernas. 	⇒ Referencia	⇒ Especialista
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Embarazo mayor de 41 semanas. ⇒ Trabajo de parto prematuro. ⇒ Ruptura Prematura de Membranas. 	⇒ Referencia	⇒ Especialista

Implementar las siguientes intervenciones

- Además de lo realizado en la primera y segunda atención prenatal, revisar lo relacionado a:
- Indicar Albendazol 400 mg. Vía Oral, dosis única sino se indicó en atención prenatal anterior.
- Consejos, preguntas, respuestas y programación de la próxima atención.
- Orientar sobre la aparición de signos y síntomas de alarma: contracciones uterinas, salida de sangre-líquido-tapón mucoso transvaginal y movimientos fetales anormales que pueden significar amenaza o trabajo de parto, dar consejos sobre las medidas a tomar.
- Orientaciones sobre Parto Psicoprofiláctico y Plan de Parto.
- Brindar recomendaciones sobre lactancia materna, anticoncepción y la importancia de la atención post parto.
- En el caso de los y las adolescentes hablar de Maternidad y Paternidad responsable, continuidad de proyectos de vida después del parto.
- Preguntar por algunos signos y síntomas que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso: además de los mencionados en la primer y segunda atención, se pueden presentar:
 - Dispepsia, orientar que mastique lentamente los alimentos.-

CUARTA ATENCIÓN PRENATAL

La cuarta atención, puede ser la última, tiene lugar entre la semana 36 y 38 semanas de gestación. En esta atención es extremadamente importante detectar aquellas embarazadas con fetos en presentaciones anómalas para su referencia a un nivel superior a fin de realizarles evaluación obstétrica.

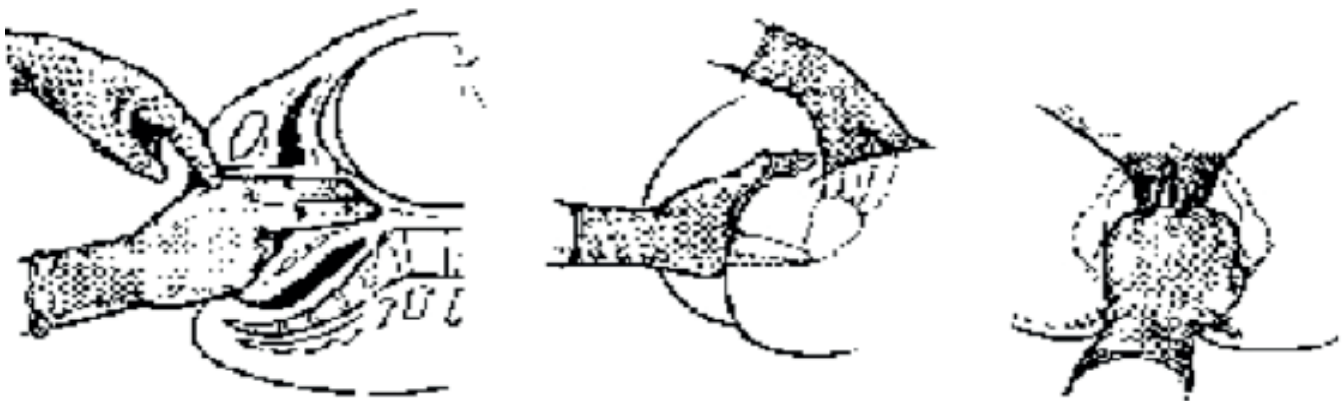
Durante esta atención se debe informar nuevamente a la embarazada sobre los beneficios del parto institucional, de la lactancia materna exclusiva y la anticoncepción, así como, la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el consultorio para las puérperas.

Interrogatorio

Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que sehan presentado desde la última atención prenatal hasta la actual estén o no relacionados con la Historia Clínica Perinatal (HCP), por ejemplo: salida de líquido amniótico, dolor abdominal o lumbar, contracciones uterinas, sangrado, movimientos fetales.

Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones realizadas en su atención prenatal anterior, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro, ácido fólico, calcio y aspirina.

Examen Físico



- Determinar la presentación (cefálica-pélvica), posición (derecha o izquierda) y situación (longitudinal, transversa, oblicua) del feto según maniobras de Leopold.
- Auscultar latidos fetales.
- Considerar el examen vaginal (utilizando un espéculo) únicamente si no fue realizado en la primera visita. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo y referirla. El/la especialista lo puede efectuar y realizar intervenciones según Protocolo de Emergencias Obstétricas.
- Relación feto-pélvica a través de examen pélvico en unidades de salud donde se encuentre recurso con esta calificación o especialista para evaluar posibilidades de Desproporción Feto-pélvica Relación Feto-Pélvica.

Exámenes de Laboratorio

- Sangre: Hemoglobina cuando se detecte signos de anemia severa en el examen físico control de tratamiento.
- Indicar nuevamente el resto de exámenes (VIH/Sida, RPR, Tipo y Rh, Glucemia) sino se los ha realizado aún y orientarle que los lleve en cuanto tenga los resultados de los mismos.

Identifique factores de riesgo del embarazo actual

Explicar a las embarazadas que, si no han tenido su parto para el final de la semana 41 (41 semanas completas o 290 días), si completada la fecha anterior no hay pródromos de trabajo de parto,

indicar que acudan nuevamente a la atención prenatal para realizar referencia hacia nivel de mayor resolución según sea el caso.

Signos de peligro	Conducta a seguir	REFIERA A
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de parto en curso menor de 37 semanas. • Disminución o ausencia de movimientos fetales. • Hemorragia vaginal. • Ruptura prematura de membranas. Convulsiones - visión borrosa - pérdida de conciencia - cefalea intensa, cambios en la frecuencia cardíaca fetal, hinchazón en manos - cara - piernas. 	Referencia	Especialista
<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo mayor de 41 semanas. • Trabajo de parto prematuro. • Ruptura prematura de membranas. 	Referencia	Especialista

Preguntar por algunos signos y síntomas que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso: además de los mencionados en la primera, segunda y tercera atención, se puede presentar:

- Embarazo prolongado, roturas espontáneas de la bolsa de líquido amniótico, por lo que oriente y refiera.
- Si hay signos y síntomas de Inicio de Trabajo de Parto.
- Muerte fetal intrauterina.

Implementar las siguientes intervenciones

- Reforzar las orientaciones sobre Parto Psicoprofiláctico.
- Estrategias para Plan de Parto: Esta estrategia está encaminada a orientar la organización, la atención precoz y el seguimiento de la misma, con la finalidad de mejorar el estado de salud de la embarazada al fin de disminuir la mortalidad materna domiciliar.
- Consejos, preguntas, respuestas.
 1. Enfatizar en el inicio del cumplimiento de las medidas a tomar en caso de trabajo de parto (o amenaza de parto prematuro).
 2. Orientar sobre la importancia de llevar el carné perinatal para la atención del parto institucional.
 3. Preparación para el momento del parto y amamantamiento.
 4. Higiene y cuidados del puerperio y del recién nacido (a).
 5. Importancia de la asistencia de los controles del niño-a.
 6. Espaciamiento del periodo Intergenesico.

Durante la Atención Prenatal se pueden presentar situaciones en las que se hace necesario la hospitalización o traslado de la embarazada. Ante esta situación hay que tener en cuenta las acciones para referir a hospitalización a embarazadas”.

Acciones para referir a Hospitalización a embarazada

Enfatizar en garantizar:

- **Plan de referencia:** Disponibilidad de transporte de la unidad de salud solicitarlo a otra institución, personal de apoyo, medio de comunicación, equipo.
- **Coordinación previa:** Notificara unidad de salud a donde será enviada, informar a familiar o acompañante sobre la condición de la embarazada, lenar adecuadamente hoja de referencia.
- **Condiciones del traslado:** Embarazada canalizada con bránula 16 o de mayor calibre si se trata de hemorragia asegure dos vías, oxígeno de 4 a 6 litros por minuto por catéter nasal, personal de salud con capacidad técnica resolutiva que acompañe para monitoreo de signos vitales y evitando la pérdida de la vía permeable vascular.
- **Condiciones especiales:** En hemorragia por sospecha de placenta previa conservar posición de Trendelemburg; en el caso de convulsiones protegerla de golpes o de mordedura de su lengua.

ANEXOS

HISTORIA CLINICA PERINATAL

Para el Llenado Correcto de Historia Clínica Perinatal, revisar la Normativa No. 106 "Manual para el Llenado de la Historia Clínica"

HISTORIA CLINICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA

FECHA DE NACIMIENTO: día mes año

ETNIA: blanca, indígena, mestiza, negra, otra

ALFA BETA: ninguno, primaria, secund., univers., otra

ESTUDIOS: ninguno, primario, secund., univers., otra

ESTADO CIVIL: casada, unión estable, soltera, otro, vive sola

Lugar del control prenatal: []

Lugar del parto/aborto: []

N° Identidad: []

DATOS DE FAMILIA

FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, preclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave

PERSONALES: cirujía genito-urina, infertilidad, cardiopat., nefropat., violencia, VIH+

OBSTETRICOS: gestas previas, abortos, nacidos vivos, nacidos muertos

ULTIMO PREVIO: n/c, <2500g, normal, ≥4000g, emb. ectópico

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año <2 años, >5 años

EMBARAZO PLANEADO: no, si

FRACASO METODO ANTICONCEP.: no barrera, DIU, hormo, emier, natural, usaba, gencia

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: [] Kg

IMC: []

TALLA (cm): []

EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s. []

FUMACT. FUMAPAS. DROGAS ALCOHOL VIOLENCIA ANTIRUBEOLA ANTITETANICA EX. NORMAL

CERVIX: insp. visual, PAP, COLP

GRUPO Rh Inmuniz. TOXOPLASMOSIS: <20sem IgG, ≥20sem IgG, 1° consulta IgM

Hb <20 sem. Fe/FOLATOS indicados Hb ≥20 sem. VIH - Diag - Tratamiento

SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento

GLUCEMIA EN AYUNAS: <24 sem, ≥24 sem

ESTREPTOCOCO B 35-37 semanas PREPARACION PARA EL PARTO CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA

ATENCIÓNES PRENATALES

diagrama de días/mes/año para: día mes año, peso (kg), P A, altura uterina, presen tación, FCF (lpm), movim. fetales, protei nuria, signos de alarma, exámenes, tratamientos, Iniciales personal de salud, próxima cita

PARTO ABORTO

FECHA DE INGRESO: día mes año

CONSULTAS PRE-NATALES: total []

LUGAR DEL PARTO: Institucional, Domiciliar, Otros

HOSPITALIZ. en EMBARAZO: no, si

CORTICOIDES ANTENATALES: completo, incompl., ninguna, n/c

INICIO espontáneo, inducido, cesar. elect.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA: <37 sem, ≥18 hs, temp. ≥38°C

EDAD GEST. al parto: [] semanas, días

PRESENTACION SITUACION: cefálica, pélvica, transversa

TAMANO FETAL ACORDE: []

ACOMPANANTE TDP P: pareja, familiar, otro, ninguno

TRABAJO DE PARTO

diagrama de días/hora/min para: hora min, posición de la madre, PA, pulso, contr./10', dilatación, altura present., variedad posic., meconio, FCF/dips

ENFERMEDADES

HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes

infec. ovular, infec. urinaria, amenaza parto preter., R.C.I.U., rotura prem. de membranas, anemia, otra cond. grave

HEMORRAGIA: 1° trim., 2° trim., 3° trim., postparto

TDP Prueba: VIH, Sifilis

NACIMIENTO

VIVO, MUERTO anteparto, parto, ignora morfoento

MULTIPLE: orden []

TERMINACION: espont., cesárea, otra

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: []

POSICION PARTO

sentada, acostada, cucillas

DESCARGOS Grado (1 a 4): []

OCITOCICOS: presulmbr., postalsulmbr., no, si

PLACENTA: completa, no, si, retenida

LIGADURA CORDON: precoz, no, si

MEDECION RECIBIDA: []

anest. antibiot., analgesia, anest. local, anest. region., anest. gral., transusión, no, si, medic 1, medic 2, otros especificar

RECIEN NACIDO

SEXO: f, m

PESO AL NACER: [] g

LONGITUD: [] cm

ESTIMADA: [] g

CUIDADOS AL RECIEN NACIDO: vitamina K, Profilaxis ocular, Apego precoz

APGAR (min): 1°, 5°

REANIMACION: estimulac., aspiración, máscara, oxígeno, masaje, tubo

FALLECE en LUGAR de PARTO: []

REFERIDO: []

ATENCION medico obst. enf. auxil. estud. empir. otro

NEONATO: día hora T°C P A pulso invol. uter. loquios

DEFECTOS CONGENITOS

menor, mayor

VIH en RN: Expuesto Tto. []

TAMIZAJE NEONATAL: VDRL Tto., TSH Hbpatia Bilirrub Toxo IgM

Meconio 1° día: []

Antirubeola post parto, yglobulina anti D

EGRESO RN

vivo, fallece, traslado, fallece durante o en lugar de traslado

EDAD AL EGRESO: días completos, <1 día

ALIMENTO AL ALTA: lact., parcial, artificial

Boca arriba, BCG

PESO AL EGRESO: [] g

EGRESO MATERNO: traslado, lugar, día mes año

viva, fallece, fallece durante o en lugar de traslado

METODO ELEGIDO: DIU post-evento, DIU natural, barrera, otro, hormonal, ninguno

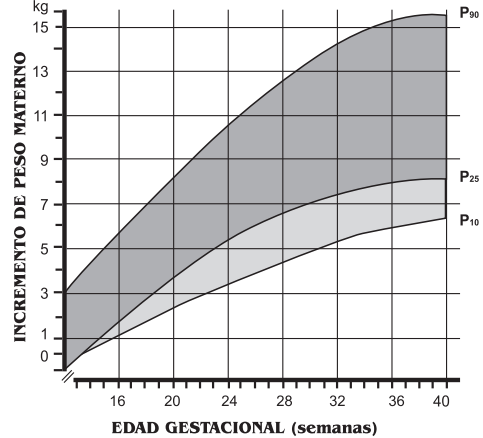
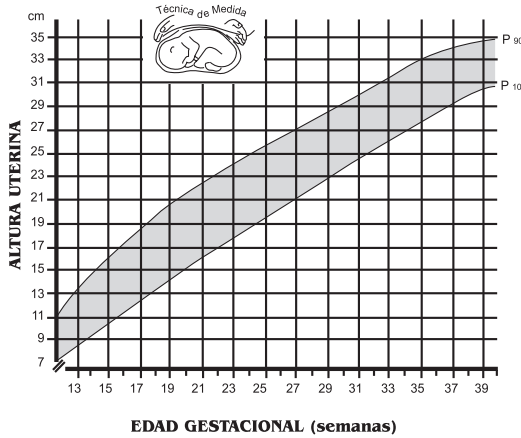
ANTICONCEPCION

CONSEJERIA: []

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

Descripción de códigos en el reverso

HCRESAVP (Nicaragua) 2011



CLAP/SMR (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal **LISTADO DE CÓDIGOS** Historia Clínica Perinatal

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)

- 50 GESTACION MULTIPLE O30
- 51 HIPERTENSION PREVIA O10
- 01 Hipertensión previa esencial complicando EPP O10.0
- 02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP O10.4
- 52 PRECLAMPSIA O13, O14
- 04 Hipertensión transitoria del embarazo O16
- 05 Preeclampsia leve O13
- 06 Preeclampsia severa y moderada O14
- 53 Hipertensión previa con proteinuria sobregregada O11
- 54 ECLAMPSIA O15
- 55 CARDIOPATIA Z86,7
- 56 DIABETES O24
- 57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa O24.0
- 58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa O24.1
- 59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo O24.4
- 07 Test de tolerancia a la glucosa anormal R73.0
- 60 INFECCION URINAR O23.0-O23.4
- 08 Bacteriuria asintomática del embarazo R82.7
- 61 OTRAS INFECCIONES O98, B06, B50-B54, A60
- 62 Infecciones del tracto genital en el embarazo O23.5
- 09 Sífilis complicando EPP O98.1
- 10 Gonorrea complicando EPP O98.2
- 11 Malaria B50-B54
- 12 Infección herpética anogenital (herpes simplex) A60
- 63 Hepatitis viral O98.4
- 64 TBC complicando EPP O98.0
- 08 Rubéola complicando EPP B06.0, B06.8 y B06.9
- 65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP O98.8
- 77 Chagas O98.6
- 78 Toxiasmosis O98.6
- 66 RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO P05
- 67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO) O60
- 13 Incompetencia cervical O34.3
- 68 DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA O64, O65, O69
- 14 Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto O64
- 15 Parto obstruido debido a anomalía pélvica materna O65
- 16 Otros partos obstruidos por causa fetal O66
- 69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE O01
- 17 Mola hidatiforme O01
- 18 Aborto espontáneo y aborto retenido O02.1, O03
- 19 Embarazo ectópico O00
- 20 Aborto inducido y terapéutico O06, O04
- 21 Amenaza de aborto O02.0
- 70 HEMORRAGIA DEL 2º Y 3º TRIMESTRE O44.1
- 22 Placenta previa con hemorragia O45
- 23 Desprendimiento prematuro de placenta O46.0
- 24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación O46.0

- 25 Ruptura uterina antes o durante el parto O71.0, O71.1
- 26 Laceración obstétrica del cuello del útero O71.3
- 71 ANEMIA O98.0
- 27 Anemia por deficiencia de hierro D50
- 79 Anemia falciforme D57.0-D57.2 y D57.8
- 72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS O41.1
- 73 INFECCION PUERPERAL O85, O86
- 29 Sepsis puerperal O85
- 30 Infección mamaria asociada al nacimiento O91
- 74 HEMORRAGIA POSTPARTO O72.0, O72.2
- 31 Placenta retenida O72.1
- 32 Útero atónico O70.0, O70.1
- 33 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado O70.2, O70.3
- 34 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado (resto de O00-O99) O44.0
- 35 Placenta previa sin hemorragia O41.1
- 36 Hipertensión gravídica O21
- 37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión O26.8, O99.8 (condiciones en N00-N99)
- 38 Dependencia de drogas F10-F19
- 39 Sufrimiento fetal O40
- 40 Polihidramnios O41.0
- 41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas) O69
- 42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical O74
- 43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio O98
- 44 Embolismo obstétrico O90.0
- 45 Falla de cierre de la herida de cesárea O90.1
- 46 Falla de cierre de la episiotomía O90.1
- 47 SIDA B20-B24
- 76 HIV positivo O90.1
- 48 Neoplasia maligna del cuello uterino C53
- 49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria C60

- HEMORRAGIAS**
- 07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido P53
- 55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal P26
- 56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia) P51
- HIPERBILIRRUBINEMIAS**
- 08 Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh P55.0
- 09 Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO P55.1
- 10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino P59.0
- HEMATOLÓGICAS (excluyendo P50-P59)**
- 11 Policitemia neonatal P61.1
- 12 Anemia congénita P61.3
- 79 Anemia falciforme D57.0-D57.2 y D57.8
- 13 Otras afecciones hematológicas (P35-P39, A09, G00, A54.3)
- INFECCIONES**
- 14 Diarrea G00
- 15 Meningitis P38
- 16 Onfalitis P39.1, A54.3
- 17 Conjuntivitis P38.4, L00
- 59 Infecciones de la piel del recién nacido P36
- 18 Septicemia (resto del P35-P39)
- 20 Enterocolitis necrotizante (ECN) P77
- 49 Tétanos neonatal A33
- 60 Sífilis congénita A50
- 61 Enfermedades congénitas virales P35
- 68 Síndrome de Rubéola congénita (SRC) P35.5
- 69 Citomegalovirus (CMV) P35.1
- 70 Toxoplasmosis congénita P37.1
- 39 HIV positivo R75
- 08 Chagas B57
- 19 Otras infecciones del periodo perinatal (resto de P60-P61)
- NEUROLÓGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)**
- 33 Hidrocefalia adquirida G91
- 34 Leucoencefalía periventricular y cerebral P91.1, P91.2
- 35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico P10, P11, P14
- 36 Hemorragia intracranéana no traumática P52
- 37 Convulsiones P90
- 71 Encefalopatía hipóxico isquémica P91
- 38 Otras afecciones del estado cerebral P21
- METABOLICA/NUTRICIONAL**
- 43 Síndrome de "hijo de diabética" P70.0, P70.1
- 45 Hipoglucemia P70.3, P70.4, E16.2
- 46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales P75-P78
- OTRAS PATOLOGÍAS RN**
- 40 Retinopatía de la prematuridad H35
- 41 Hernia inguinal K40
- 65 Síndrome de daño por frío P80.0 (excluye hipotermia leve P80.8)

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION

- 01 Cesárea previa
- 02 Sufrimiento fetal agudo
- 03 Desproporción cefalo-pélvica
- 04 Alteración de la contractilidad
- 05 Parto prolongado
- 06 Fracaso de la inducción
- 07 Descenso detenido de la presentación
- 08 Embarazo múltiple
- 09 R.C.I.L.
- 10 Parto de pretérmino
- 11 Parto de postérmino
- 12 Presentación podálica
- 13 Posición posterior
- 14 Posición transversa
- 15 Ruptura prematura de membranas
- 16 Infección ovular (sospechada o confirmada)
- 17 Placenta Previa
- 18 Abrupto placentae
- 19 Ruptura uterina
- 20 Preeclampsia y eclampsia
- 21 Herpes anogenital
- 22 Condilomatosis genital
- 23 Otras enfermedades maternas
- 24 Muerte fetal
- 25 Madre exhausta
- 26 Otras

ANOMALIAS CONGENITAS

- 120 Anencefalia Q00.0
- 121 Espina bífida/Meningocele Q05, Q07.0
- 122 Hidrocefalia Q04.3
- 123 Hidrocefalia Q03
- 124 Microcefalia Q02
- 125 Holoprosencefalia Q04.2
- 127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central Q04, Q06
- 128 Tronco arterioso Q20.0
- 129 Transposición grandes vasos Q20.3
- 130 Tetralogía de Fallot Q21.3
- 131 Ventriculo único Q20.4
- 132 Doble tracto de salida de vent. derecho Q20.1
- 133 Canal atiro-vent., completo Q21.2
- 134 Atresia pulmonar Q22.0
- 135 Atresia tricuspíde Q22.4
- 136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo Q23.4
- 137 Coartación de aorta Q25.1
- 138 Retorno venoso pulmonar anómalo total Q26.2
- 139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias Q24, 28, 34
- 140 Paladar hendido Q35
- 141 Fístula traqueo-esofágica Q39.1
- 142 Atresia esofágica Q39.0, Q39.1
- 143 Atresia de colon y recto Q42.0, Q42.1, Q42.8, 42.9
- 144 Ano imperforado Q42.3
- 145 Onfalocete Q79.2
- 146 Gastrosquisis Q79.3
- 147 Atresia duodenal Q41.0
- 148 Atresia yeyunal Q41.1
- 149 Atresia ileal Q41.2
- 150 Otras anomalías gastrointestinales Q40, 43, 45
- 151 Genitales malformados Q50-Q56
- 152 Agnesia Renal bilateral Q60.1
- 153 Riñones polo o multiquísticos o dispásicos Q61.1-61.9
- 154 Hidronefrosis congénita Q62.0
- 155 Extrofia de la vejiga Q54
- 156 Otras anomalías nefrouriñarias Q63.64
- 157 Trisomía 13 Q91.4, Q91.5, Q91.6
- 158 Trisomía 18 Q91.0, Q91.1, Q91.2
- 159 Síndrome de Down Q90
- 160 Otras anomalías cromosómicas Q92, 97-99
- 162 Labio hendido Q36
- 161 Paladar hendido Q69
- 162 Sindactilia Q77.8
- 163 Displasia esquelética Q66.8
- 164 Pes equinovarus / talovalgus (Pie Bot) Q79.0
- 165 Hernia Diafragmática Q79.0
- 166 Hidrops fetal P56, P83.2
- 167 Oligoamnios severo P01.2
- 168 Otras anomalías musculoesqueléticas Q68, 74, 75, 79
- 169 Anomalías tegumentarias Q82, 84

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

- 01 Lidocaina o similar
- 02 Aminas simpatomiméticas
- 03 Gases anestésicos (pentrane-fluorano-ox. nitroso)
- 04 Barbitúricos
- 05 Relajantes musculares
- 06 Diazepóxidos
- 07 Meperidina
- 08 Espasmolíticos
- 09 Oxitocina
- 10 Prostaglandinas
- 11 Betalactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)
- 12 Aminoglucósidos (gentamicina-amykacina)
- 13 Entrotrónica
- 14 Metronidazol
- 15 Betamiméticos
- 16 Inhibidores de Prostaglandinas
- 17 Antagonistas del calcio
- 18 Sulfato de magnesio
- 19 Hidralazina
- 20 Beta bloqueantes
- 21 Otros antihipertensivos
- 22 Sangre y derivados
- 23 Heparina
- 24 Corticoides
- 25 Cardiotónicos
- 26 Diuréticos
- 27 Aminofilina
- 28 Insulina
- 29 Difenilhidantoina
- 30 Otros
- 31 Antiretrovirales
- 32 Sulfadoxina-Pirimetamina
- 33 Cloroquinas

“PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO DE BAJO RIESGO”

INTRODUCCIÓN

La salud materna se desarrolla dentro de la estrategia de atención primaria en salud, permite priorizar el desarrollo de acciones y servicios de promoción, prevención y protección que contribuye al fortalecimiento de conductas saludables.

Actualmente la información científica es más accesible que nunca, sin embargo el gran volumen de información requiere del uso de herramientas dirigidas al apoyo de la toma de decisiones clínicas adecuadas, eficientes y seguras, y de profesionales con conocimientos y habilidades actualizados.

Para la Atención calificada del parto se garantiza que todas las personas que atienden el parto tengan los conocimientos, aptitudes, el equipo y tecnología necesaria (Partograma) para realizarlo en una forma limpia y segura y que a su vez tengan los medios para referir de forma oportuna si se presenta una complicación obstétrica. (Se sugiere revisar Norma 042: Norma de Humanización del Parto Institucional). Para garantizar los cuidados obstétricos se requiere contar además de los insumos y la organización de la atención por niveles, con la competencia de los recursos humanos para la atención garantizando la necesidad de promover e impulsar el nacimiento por vía vaginal, con una adecuada clasificación de factores de riesgos, con un apropiado conocimiento del mecanismo de trabajo de parto y con la preparación oportuna de la embarazada y el familiar de acuerdo al Modelo de Salud Familiar y comunitario con el propósito de brindar una atención óptima, con calidad, humanizada y basada en los estándares internacionales para obtener excelentes resultados perinatales.

Para lograr esto se hace necesario la promoción y estimulación al nacimiento por vía vaginal para contribuir a reducir un número significativo de cesáreas innecesarias que incrementan costos y morbilidad en la paciente sin obtener diferencias significativas en resultados perinatales, la humanización del parto por vía vaginal viene a constituir una de las maravillosas transiciones del ser humano y deben de garantizarse en óptimas condiciones con el fin de poder tener iguales opciones y oportunidades de desarrollo humano, social y cultural.

OBJETIVO

Definir procedimientos y estrategias para la atención calificada del parto a fin de contribuir en la prestación de servicios de calidad y consecuentemente disminuir la morbi mortalidad materno y perinatal.

POBLACIÓN DIANA

Será considerada como población diana y susceptible a toda embarazada que asista a demandar servicios para atención del parto en las unidades de salud públicas y privadas, garantizando posteriormente las actividades que promuevan la continuidad de la atención sanitaria integral.

ACTIVIDADES A REALIZAR

- Vigilar la salud materna y fetal.
- Evaluar la evolución del trabajo de parto.

DEFINICIÓN

Se considera parto de bajo riesgo, el de toda embarazada que al iniciar trabajo de parto espontáneo, cumple con 37 a 41 semanas cumplidas de gestación, si se estima que el peso fetal es de entre 2,500 y 4,000 gramos, si en el interrogatorio y examen físico no se determinan complicaciones médicas u obstétricas, ni factores de riesgo de muerte perinatal o asfixia, contando además con un niño/a en presentación cefálica y con membranas íntegras.

FACTORES DE RIESGO

Tabla No. 1 Factores de Riesgo relacionados al parto

Antecedentes personales	Situaciones relacionadas al parto
Edad materna (< 20 años y > 35 años). Talla baja (< 1.50 cm). Multiparidad (> 4 hijos). Periodo intergenésico corto (Menor de 24 meses). Factores del embarazo actual: Rh (-), PVVS, RPR positivo. Patologías del embarazo (anemia, post-término). Poco o excesiva ganancia de peso durante el embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la intensidad de las contracciones uterinas (Hipertonía, Atonía uterina). • Cambios en la frecuencia de las contracciones uterinas (Pólisistolia, oligosistolia). • Estado Psíquico de la parturienta. • Alteraciones en el Borramiento y dilatación del cuello. • Variaciones de la frecuencia cardiaca fetal durante el parto • Trabajo de Parto detenido. • Ruptura Prematura de Membranas. • Corioamnioititis. • Coagulación Intravascular Diseminada. • Sospecha clínica de DCP. • Desviación de la curva real del Partograma.

CLASIFICACIÓN

Tabla No. 2 Clasificación del Parto de acuerdo a:

Edad gestacional al momento del parto	Intervención o no de agentes externos	Evolución fisiológica	Presentación del feto	Vía del nacimiento	Número de fetos
<p>Pretérmino: Parto que ocurre entre las 22 y 36 semanas de amenorrea.</p> <p>A Término temprano: 37 a 38.6 semanas cumplidas.</p> <p>Término completo: 39 a 40.6 semanas cumplidas.</p> <p>Prolongado: 41 semanas en adelante.</p> <p>Postérmino: 42 semanas o más.</p>	<p>Espontáneo (sin intervención).</p> <p>Provocado o Inducido (con intervención).</p>	<p>Normal o Eutócico.</p> <p>Distócico (hay alteración contráctil o del mecanismo del parto).</p>	<p>Cefálico (vértice, cara y frente).</p> <p>Pélvico (franco de nalgas).</p> <p>Incompleto o completo (de nalgas).</p>	<p>Vaginal (espontáneo o instrumental-fórceps, vacuum extractor).</p> <p>Abdominal (cesárea)</p>	<p>Único</p> <p>Múltiple</p>

A. ADMISION EN EMERGENCIA Y/O LABOR Y PARTO

La valoración inicial de las gestantes que acudan refiriendo dinámica uterina o sensación de hidrorrea, se realizará en el área de urgencias. Se realizarán en todos los casos las siguientes exploraciones:

- ✓ TA, Pulso, Temperatura materna.
- ✓ Exploración de las condiciones cervicales.
- ✓ Auscultación de la FCF en gestantes de bajo riesgo y registro cardiotocográfico (RCTG) en pacientes de alto riesgo en aquellos lugares donde este disponible dicha tecnología y aplicando los principios ya establecidos en Normativa 077.

En general, estará indicado sólo el ingreso de aquellas gestantes que cumplan criterios de parto (dinámica uterina regular, acortamiento cervical superior al 50% y dilatación igual o superior a 3 cm.) siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas nacionales e internacionales

Si no se cumplen estas condiciones, pueden darse orientaciones generales sobre datos de alarma, adecuada hidratación y alimentación durante esta etapa.

Las gestantes que acudan presentando otros síntomas (ruptura de membranas, sangrado vaginal) requieren una evaluación específica.

B. INGRESO

Si la gestante ingresa, se procederá desde urgencias a:

1. Revisión de la Historia Clínica (HCP).
2. Evaluación del grado de riesgo consignado en HCP
3. Se ingresará preferentemente en la Sala de Hospitalización de alto o bajo riesgo de acuerdo con los criterios establecido.

4. Evaluación del plan de parto/nacimiento
5. Cumplir llenado de Partograma y tome decisiones.
6. Explicar características de las características sobre el dolor del parto y los tipos de contracciones.
7. Abordar con la paciente el parto humanizado y la adecuación cultural.
8. Converse con la usuaria sobre el uso de un anticonceptivo postevento obstétrico.

DIAGNÓSTICO DEL TRABAJO DE PARTO

El parto tiene tres períodos que son:

Tabla No. 3 Signos y Síntomas según los periodos del parto

Primer Periodo Borramiento y dilatación del cuello uterino	Segundo Periodo Descenso y Expulsión del feto	Tercer Periodo Salida de los anexos fetales (placenta y membranas)
Cuello uterino dilatado menos de 4 cms	Cuello uterino totalmente dilatado (10 cms) Continúa el descenso de la presentación fetal. No hay deseos de pujar.	Nacimiento del feto y termina una vez que se han expulsado los anexos (membranas y placenta)
Cuello uterino dilatado de 4-9 cms. Velocidad de dilatación característica de 1 cm por hora o más. Comienza el descenso de la presentación fetal.	Cuello uterino totalmente dilatado (10 cms) La parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis. La mujer tiene deseos de pujar.	Involución uterina y Globo de seguridad de Pinard

Las acciones para la atención están encaminadas a determinar la evolución del trabajo de parto e incluye las siguientes acciones que se deberán realizar:

1. Confirmación del trabajo de Parto
2. Identificación de la posición y presentación del feto
3. Evaluación del encajamiento y descenso del feto

1. Confirmación del Trabajo de Parto

a) Pródromos de trabajo de parto

Cuello uterino Dilatación < de 3 cms y cuello grueso con borramiento de 50% o menos. Dinámica uterina irregular.

b) Inicio del trabajo de parto

- **En Nulíparas:** Borramiento del 100% y Dilatación de 4 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40- 45 segundos de duración cada una.
- **En Multíparas:** Borramiento del 50%, Dilatación de 3 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración cada una.

c) Trabajo de Parto

Borramiento: 50-100%, dilatación: 5-10 cm, (cuello uterino se dilata 1 cm por hora), contracciones uterinas regulares, comienza descenso de la presentación fetal. **En promedio la duración del trabajo de parto es de 8 a 12 horas en la nulípara y de 6 a 8 horas en la múltipara.**

2. Identificación de la Posición y presentación del feto

En este primer momento se debe de identificación de la posición, presentación y variedad de posición.

a. Presentación

La **presentación** es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis, ocupándolo en gran parte, y que tiene por sí misma mecanismo de parto, son dos: cefálica y pelviana.

b. Situación

La **situación** es la relación que guarda el eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre. Puede ser longitudinal, transverso y oblicuo.

c. Posición

Mediante la realización de las Maniobras de Leopold, se realiza el diagnóstico de la **posición** del feto en el útero, ésta es la relación que guarda el punto guía con el lado derecho o izquierdo de la pelvis materna, son dos las posiciones: derecha e izquierda.

d. Variedad de Posición

Es la relación que guarda el occipucio con la extremidad de los principales diámetros maternos. El occipucio puede estar en contacto con la eminencia iliopectínea, la extremidad del diámetro transverso, la articulación sacroilíaca, el pubis o el sacro, resultando la variedad de posición anterior, transversa, posterior, púbica o sacra respectivamente, es decir es la relación de la parte fetal que se presenta, con la posición anterior, transversa o posterior de la pelvis. Se valora por medio del examen ginecológico.

Las siguientes presentaciones anómalas producen la mayor mortalidad del feto. Ej.: modalidad de cara, modalidad de frente, modalidad de Bregma, presentación pelviana, situación transversa, por lo que la conducta a seguir es la operación Cesárea.

3. Evaluación del encajamiento y descenso del feto

Las contracciones uterinas y los pujos propulsan al feto haciéndolo avanzar por el canal del parto hasta su expulsión.

El encajamiento corresponde al momento en que la circunferencia máxima de la presentación franquea el estrecho superior de la pelvis para su penetración progresiva en el canal pelviano.

Se debe auxiliar de los Planos de Hodge para determinar el plano en el que se encuentra la presentación.

Planos de Hodge: Son planos paralelos que parten de formaciones anatomopélvicas fáciles de determinar el descenso en el canal de parto, o sea, el "encajamiento" de la cabeza fetal en determinado puntos de la pelvis materna, permiten conocer a que altura de la pelvis se encuentra el polo fetal.

Figura No 1. Planos de Hodge

El punto de referencia de los Planos de Hodge es el diámetro biparietal del polo fetal

Primer plano. Promontorio a borde superior de la sínfisis púbica, coincide con el estrecho superior. Cuando el polo fetal llega a este Plano, la presentación está móvil.

Segundo plano. Es paralelo al anterior. Va desde el borde inferior de la sínfisis del pubis hasta la segunda vértebra sacra. Cuando la presentación lo alcanza está fija.

Tercer plano. Paralelo al anterior, está a nivel de las espinas ciáticas. Cuando la presentación llega a este plano se considerará encajada.

Cuarto plano. Paralelo al anterior, a la altura de la punta del cóccix no retropulsado. La Presentación está profundamente encajada, aquí es donde se produce la rotación interna del feto.

La cabeza fetal se encaja normalmente en la pelvis materna en una posición transversa y trota después al diámetro oblicuo, es decir, con el occipucio del feto en el oblicuo izquierdo de la pelvis.

Al descender, la cabeza fetal rota de modo que el occipucio del feto queda hacia el pubis de la pelvis materna.

MANEJO

El manejo clínico se basa en la valoración del interrogatorio y examen físico (incluyendo examen obstétrico y examen ginecológico).

A continuación se presentan las acciones a realizar para la atención según los servicios de cada unidad de atención del parto.

1) ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

El servicio de emergencia general ú obstétrica, es el primer contacto que realiza la parturienta con las unidades de atención del parto y se brinda en unidades de salud pública y privada.

Los objetivos de la atención obstétrica en este período son diagnosticar el trabajo de parto e identificar el grado de riesgo del parto.

En este servicio se debe tener en cuenta que el proceso del avance del trabajo de parto es dinámico por lo que la persona prestadora del servicio debe tomar en cuenta que una valoración es vital para la madre y la /él bebe.

El personal de salud involucrado en este proceso son los Médicos/as, enfermera/o y auxiliar de enfermería previamente capacitada/o.

Para lograr estos objetivos Los pasos para la valoración son los siguientes:

- **Interrogatorio**

Solicitar carnet de Historia Clínica Perinatal, leer e interpretar datos de las atenciones prenatales realizadas. Proceder a completar las secciones de PARTO y ABORTO según corresponda.

- **Corroborar edad gestacional**

Indagar fecha de última menstruación, valorar confiabilidad de la misma, revisar ultrasonidos tempranos del I trimestre y si están acorde a evaluación clínica y por FUM con el fin de poder establecer de manera concreta edad del embarazo y basado en eso tomar la conducta del manejo.

- **Características de las contracciones**

Indagar sobre características de las contracciones y las pérdidas vaginales de líquidos (sangre, mucosidad, líquido claro) si las hay.

Evaluar la existencia de factores de riesgo (Ver Sección 6) para determinar si el parto será atendido en esa unidad de salud o hay que realizar referencia para atención especializada o en unidades del segundo nivel.

- **Examen Físico General**

Ver Estado o apariencia general, color e hidratación de la piel y mucosas, valoración de estado neurológico.

Signos vitales (Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca materna, Temperatura, Frecuencia Respiratoria).
Peso y talla.

- **Examen Obstétrico**

Efectuar Maniobras de Leopolds para determinar: Presentación, posición, situación, número de fetos y grado de encajamiento del feto.

Figura No. 2 Maniobras de Leopolds



La vitalidad fetal se evalúa mediante la determinación de los movimientos activos del feto y su frecuencia cardiaca fetal.

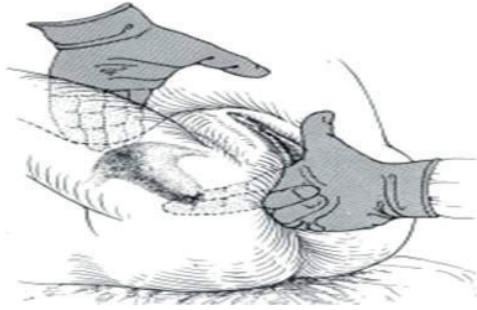
Caracterizar contracciones uterinas (frecuencia y duración).

Determinar volumen uterino (medición de altura uterina con cinta obstétrica).

• Examen Ginecológico

- Indagar sobre existencia de infecciones o lesiones de vulva, vagina y cérvix.
- Realizar antes de cada procedimiento un correcto lavado de manos y aplicación del alcohol gel.
- Valorar amplitud y elasticidad de partes blandas.
- Dilatación, borramiento y posición cervical.
- Salida de líquido transvaginal e Integridad de las membranas ovulares. En el caso de ruptura de éstas examinar cantidad-color-olor ruptura de membranas, cuando es sangre realizar abordaje según Protocolo de Emergencias Obstétricas.
- Presentación, variedad de posición y altura de la presentación.
- Proporción feto-pélvica según existencia de recurso especializado para efectuar valoración clínica de la pelvis a fin de confirmar su forma y dimensión para el paso del feto (Arco subpúbico, línea innominada, concavidad del sacro, espinas ciáticas, tuberosidades isquiáticas, consistencia del periné, diámetros internos de la pelvis).

Los exámenes vaginales (Ver Figura 3) se deben realizar por lo menos una vez cada 4 horas durante el **primer período** del trabajo de parto y **después de la rotura de las membranas**, realizar los estrictamente necesarios (**RESTRINGIR REALIZACIÓN DE TACTOS VAGINALES**) y siempre realizarlos bajo el cumplimiento de la Normativa de lavado de manos antes de cada procedimiento. Registrar gráficamente los hallazgos en el Partograma.

Figura 3. Modo de Realizar examen vaginal

2) ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE LABOR Y PARTO

La embarazada en Trabajo de Parto se ingresa a sala de Labor y Parto. Revisar las características a cumplir para lograr un parto seguro y humanizado. Se debe garantizar la evaluación del estado de la mujer y su hijo/a, así como, también la vigilancia de la evolución de los Periodos de Trabajo de Parto utilizando como instrumento el Partograma.

El partograma es un instrumento indispensable para evaluar el curso y la calidad da atención del parto de forma individual. Este instrumento determina cuando la evolución del parto es normal o no, además contribuye al diagnóstico de la necesidad de oxitócicos y la realización de procedimientos como el parto instrumental o la cesárea.

Con la paciente ingresada a sala de Labor Iniciar el llenado del Partograma con Curva de Alerta, tan pronto se considere que la parturienta ha iniciado Trabajo de Parto.

Cuidados materno-fetales

- Toma de Signos Vitales incluyendo estado de hidratación materno:
- Si se detecta hipotensión, administrar infusión de Solución Salina.
- En caso de presentarse cefaleas, fosfenos, acúfenos evaluar inminencia de Eclampsia de acuerdo a controles previos de Presion arterial.
- Investigar signos u otros síntomas acompañantes.
- Embarazada en la primera etapa debe de deambular si no hay ruptura de membranas con adecuada aliementacion.
- Orientar a embarazada a que modifique su respiración entre y durante las contracciones. Si la embarazada ha asistido a cursos de parto psicoprofiláctico o sin temor, aliéntela a aplicar las técnicas aprendidas.
- Si se sospecha progreso insatisfactorio del trabajo de parto o trabajo de parto prolongado refiera a especialista, hospitalización o manejo según protocolo de Emergencias Obstétricas.

Prácticas basadas en evidencia a aplicarse durante Vigilancia durante Trabajo de Parto de acuerdo a Organización Mundial de la Salud.³⁹

1. La duración del período dilatante del trabajo de parto puede estar reducida en aproximadamente una hora en las mujeres que mantienen la posición vertical y caminan, no se ha encontrado ningún efecto adverso asociado con la permanencia en la posición vertical, los profesionales de la salud y los centros de atención de la salud pueden promover en las mujeres en trabajo de parto a adoptar posiciones en las que se sientan más cómodas.⁴⁰
2. Motivar la micción espontánea (evitar cateterismo) para contrarrestar su acción Inhibidora sobre la contractilidad.
3. Los estudios indican que los enemas tienen un efecto considerable negativo sobre las tasas de infección en las heridas perineales u otras infecciones neonatales, así como altamente desagradable y molesto para la paciente. Estas pruebas no apoyan el uso habitual de los enemas durante el trabajo de parto; por lo tanto, se debe eliminar dicha práctica. De igual manera el rasurado de vulva sin ningún beneficio adicional por lo que estas practicas se encuentran en desuso.
4. La administración de soluciones glucosadas hipertónicas así como Oxígeno por cánula o catéter nasal son altamente nocivas para el proceso de intercambio a nivel del espacio intervelloso e incrementan los procesos de acidosis a nivel fetal por lo que ambas practicas deben de suprimirse, por no reportar ningún beneficio adicional.
5. La práctica sistemática de la amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto en primigrávidas o multíparas de acuerdo a revisiones sistemáticas se ha encontrado que este procedimiento incrementan riesgos de procesos infecciosos y aumentan la necesidad de otras intervenciones como la cesárea, por lo que no existe justificación para realizarlo salvo excepciones médicas y deberá de estar consignado en el expediente clínico.
6. El apoyo continuo y acompañamiento de la paciente por familiares reduce la duración del trabajo de parto, aumenta las probabilidades de parto vaginal espontáneo y reduce de la necesidad de analgesia intraparto, y **de acuerdo a lo establecido en la Norma 042 Norma de Humanización del Parto Institucional**. Las mujeres que reciben apoyo continuo tienen menos probabilidades de manifestar insatisfacción con sus experiencias de parto. Este comentario argumenta que las objeciones frecuentes a la implementación de esta intervención pueden resolverse fácilmente.
7. La cardiotocografía (NST) como una forma de monitoreo electrónico para la evaluación fetal durante no reporto beneficios a corto o largo plazo y además su uso está asociado a aumentos significativos en los índices de cesáreas y de partos vaginales asistidos.

Complicaciones del Primer Periodo

- Distocias por disminución o aumento de la contractilidad uterina (Hipodinamia e Hiperdinamia).
- Distocias óseas.
- Distocias de partes blandas.
- Hipertonía uterina.

- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Eclampsia, preeclampsia.
- Presentaciones anómalas del feto.
- Ausencia del descenso del feto.
- Trabajo de parto prolongado.
- Presencia de líquido amniótico con manchas de meconio, proceder de acuerdo a Normativa de Emergencias Obstétricas.

Evaluación del segundo periodo del trabajo del parto: Descenso y Desprendimiento Fetal

En este período se detecta y evalúa las desviaciones de los límites fisiológicos que se pudieran identificar, prevenir traumatismos obstétricos y/o prevenir hipoxia fetal.

El segundo período comprende el descenso, la rotación interna y el desprendimiento fetal, los hallazgos que sugieren un **progreso satisfactorio** en el segundo período del trabajo de parto son:

- El descenso constante de la presentación fetal por el canal del parto.
- La realización de la rotación interna de la cabeza fetal.
- El desprendimiento del feto, sin dificultades en el moldeamiento de la cabeza fetal.
- Monitorear y tomar decisiones con el Partograma.

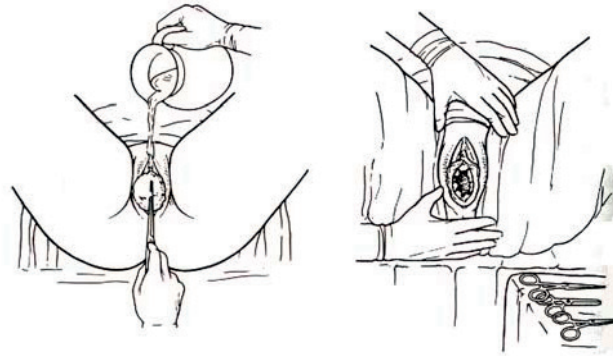
La expresión clínica de estas tres condiciones se manifiesta en el deseo de pujar de la mujer, se debe alentar una adecuada realización de los pujos en este momento, coincidiendo con el acmé de la contracción.

El moldeamiento de la cabeza fetal se evalúa a través de la valoración de la sutura sagital, pudiéndose encontrar:

- Sutura sagital palpable en toda su longitud sin cabalgamiento.
- Sutura sagital con cabalgamiento pero reducibles.
- Suturas superpuestas con cabalgamiento pero no reducibles (Sospecha de Desproporción Cefalo Pelvica).
- Sutura con cabalgamiento mayor de 2cm (sospechar muerte fetal).¹⁷

Cuidados materno-fetales.

La utilización de ropa limpia y estéril, instrumental necesario, correcto uso de mascarillas y asepsia de región perineal son fundamentales para favorecer las condiciones de asepsia en el nacimiento del-a niño-a, según se muestra en la figura 6. Cuyo propósito es: remover secreciones vaginales y/o rectales y preparar ambiente limpio para el nacimiento.

Figura 4. Lavado Perineal para la Atención del Expulsivo**Equipo:**

- Agente antiséptico (clorhexidina al 4%)
- Gasas estériles o "swap" con agente antiséptico.
- Instrumento para sujetar gasas (pinza de anillo)
- Guantes estériles.
- Solución para enjuagar (agua + clorhexidina al 4%).

Procedimiento:

- Identificación de la paciente.
- Colocar cliente posición de litotomía.
- Reunir equipo.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Realizar lavado de manos.
- Aplicar agente antiséptico a las gasas estériles.
- Usando movimiento de zig-zag limpie con una gasa desde el clítoris hasta parte baja del abdomen (sobre la línea del vello pubico). Luego descartar gasa. (1)
- Usando movimiento de zig-zag con otra gasa limpie parte interior la mitad del muslo entre la cadera y antes de la rodilla. Descarte gasa. (2)
- Repita el paso al otro muslo con otra gasa. Descarte gasa. (3)
- Utilizando otra gasa y con movimiento simple de arriba hacia abajo limpiar área de labio mayor. Descarte gasa. (4)
- Repita procedimiento en el otro labio mayor. (5)
- Utilizando otra gasa y con movimiento simple de arriba hacia abajo limpiar área clítoris hasta el ano. Repita de ser necesario utilizando otra gasa. (6)
- Enjuague.
- Documentar.

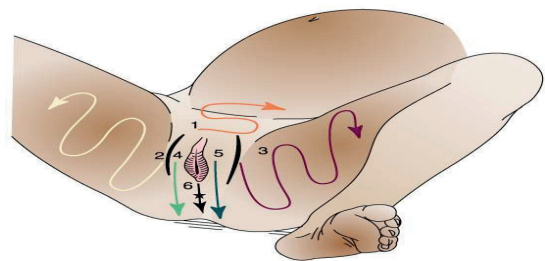


FIGURE 18-29 Pattern for cleaning perineum before birth. Cleaning from the birth canal outward moves bacteria away from, not into, the vagina. Numbers refer to steps of the procedure.
Copyright © 2014 Elsevier/Williams & Wilkins. *Illustration: Reprints: ©2014 American Academy of Pediatrics, Adolescent and Child Health Nursing: Care of the Childbearing and Childbearing Family, fourth edition.*

Aliente a la mujer para que adopte la posición adecuada que permita el pujo (cucullita, semisentada, sentada, ginecológica y otras posiciones; salvo si existiera contraindicación médica).

Si el pulso de la mujer se está acelerando, puede estar deshidratada, hipoglucémica o con dolor. Asegúrese de que reciba una adecuada hidratación, por vía oral o IV y administre la analgesia

adecuada relacionada con consejería, analgesia o farmacológica de acuerdo a las condiciones del trabajo de parto.

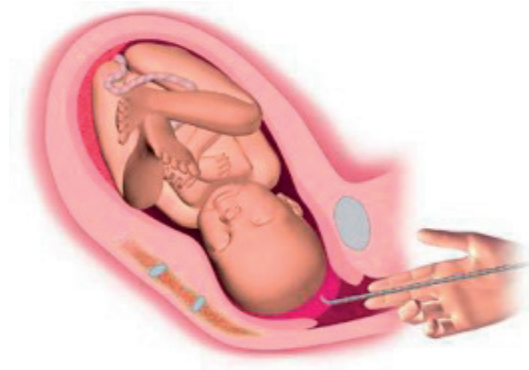
En las siguientes actividades proceder de acuerdo a Normativa de complicaciones obstétricas:

- Si la presión arterial de la mujer desciende o aumenta.
- Cualquier posición o presentación que no sea la occipito-anterior con un vértice bien flexionado, se considera una anomalía de posición o presentación.
- Si se sospecha progreso no satisfactorio del trabajo de parto o trabajo de parto prolongado, investigue y maneje la causa del progreso lento.
- Hacer interpretación y tomar decisión con el Partograma.

Es muy importante realizar y evaluar las siguientes actividades:

Controles de la contractilidad uterina y los pujos maternos

- Si hay *hipodinamia primitiva*, se debe tratar con estimulación oxitócica y si es *hipodinamia secundaria* se deberá tomar en cuenta las causas de las mismas para descartar contraindicación del uso de Oxitocina.
- Se deberá estimular una adecuada ventilación y relajación de la parturienta entre contracciones.
- Se recomienda no efectuar amniotomía, hasta alcanzar los 10 cms de dilatación y solo en casos necesarios, ya se comentaba que las buenas practicas establecen que no debe de constituir una actividad de rutina.

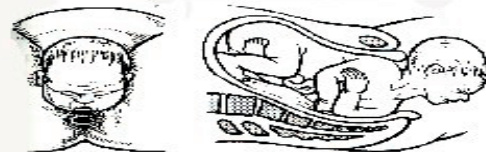


- Orientar a la parturienta la técnica correcta del pujo.
- Protección del periné a fin de evitar desgarros y laceraciones.
- Evaluar la elasticidad de los tejidos vulvares, perineales y vaginales y el tamaño de la presentación.
- Evaluar la velocidad del descenso de la presentación y el impulso proporcionado por el pujo materno según la paridad materna.

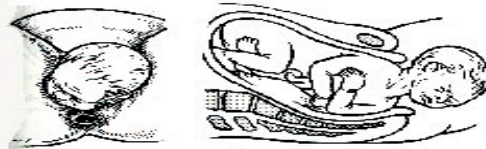
- Permitir el avance de la presentación manteniendo su flexión hasta que la circunferencia suboccipitobregmática haya traspasado el anillo vulvar distendido.
- Solicitar a la parturienta suspender los pujos y mantener su respiración jadeante.
- Favorecer el desprendimiento lento, apoyando la mano izquierda sobre la presentación para que la extensión se realice lentamente, a fin de distender los tejidos para evitar los desgarros.
- Colocar la mano derecha provista de una gasa estéril sobre el periné, abarcándolo entre el pulgar y un lado de los dedos restantes del otro, sosteniéndole la presentación para que no se efectúe su avance y extensión bruscamente, acercándose a su vez hacia el rafe perineal los tejidos laterales del periné, con lo que disminuye la tensión.
- Favorecer la expulsión, siempre con la máxima lentitud posible.

Figura 5. Período expulsivo

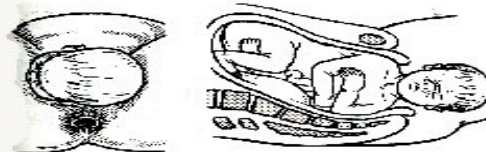
Expulsión cefálica



Restitución



Rotación Externa



Expulsión fetal

- Controle la cabeza y los hombros del bebé a medida que se expulsan, asegurándose de que los hombros hayan girado hacia la línea media para prevenir una extensión de la episiotomía. Simultáneamente pídale a la mujer que jadee o que realice pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé.
- Para controlar la expulsión de la cabeza coloque los dedos de una mano contra la cabeza del bebé, para dirigir el desprendimiento de la misma, con la otra mano proteja con delicadeza el periné para proteger los desgarros por el mentón fetal.
- Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, asegúrese que la misma haya cumplido la restitución y la rotación externa del trabajo de parto.²⁰
- Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebe pídale a la mujer que deje de pujar.

- aspire la boca y nariz del bebé solo si hay excesiva cantidad de líquido amniótico o presencia de meconio recordando no es necesario una aspiración vigorosa o profunda para no inducir reflejo vagal
- Revise con los dedos alrededor del cuello del bebé, para detectar presencia de circulares del cordón umbilical.
- Si el cordón umbilical se encuentra alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.
- Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, coloque dos pinzas en el mismo (a fin de asegurar los extremos del cordón seccionado) y córtelo antes de desenrollarlo del cuello. ²¹ Solo en aquellos casos que no es posible su reducción por hombro, se debe de recordar siempre la necesidad de un pinzamiento tardío de cordón para beneficio del recién nacido al disminuir el riesgo de anemia durante la infancia.
- Levante la cabeza del bebé hacia delante para extraer el hombro posterior, efectuando protección perineal de la salida del hombro posterior, para prevenir desgarros o extensión de la episiotomía cuando su práctica está indicada.
- Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras éste se desliza hacia fuera.
- Mantenga al bebé al nivel del periné hasta que el cordón deje de pulsar, inmediatamente después corte entre las pinzas el cordón.
- Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre después de pinzado y cortado el cordón y proceda a colocar clamp en el cordón umbilical dentro de los tres minutos de nacido.
 - Seque al bebé por completo, límpiéle la cara y aspire nuevamente la boca y nariz sólo si hay excesiva cantidad de líquido amniótico o presencia de meconio y evalúe su respiración.
- Si existe una dificultad en la extracción de los hombros, sospeche una distocia de hombros. **Anuncie hora de nacimiento y sexo del recién nacido.**
- La mayoría de los bebés comienzan a llorar después de los primeros 30 segundos de nacidos.
- Si el bebé llora o respira (ascenso del tórax por lo menos 30 veces por minutos), deje al bebé con la madre en la sala de parto si la madre está apta. EVALUACION DE PRIMER MINUTO DE APGAR.
- Si el bebé no respira dentro de los primeros 30 segundos, pida ayuda y adopte los pasos necesarios para reanimar al bebé.
- Asegúrese de que el bebé se mantenga tibio y en contacto piel a piel con la madre. Cubra al bebé y, asegúrese de que la cabeza esté cubierta para evitar enfriamiento.
- Si la madre no se encuentra en buenas condiciones deposite al bebé para su cuidado en el personal que apoya la atención del parto (pediatra, enfermera). **Promover lactancia materna exclusiva.**

Prevea la necesidad de reanimación y prepare un plan para conseguir ayuda para el bebé, especialmente si la madre tiene antecedentes de eclampsia, sangrado, trabajo de parto prolongado u obstruido, parto pretérmino o infección.

- Examine con cuidado para detectar extensiones y otros desgarros, para repararlos.
- Proporcione alojamiento conjunto.

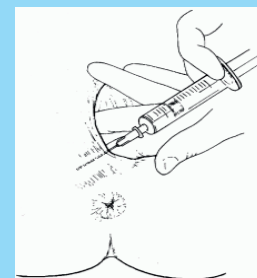
Realización de episiotomía solo si es imprescindible

- La episiotomía no se debe realizar como procedimiento de rutina.
- Si se estima que los factores que predisponen a desgarros son insuperables, se debe efectuar infiltración perineal con anestesia local antes de iniciado el desprendimiento, para posteriormente realizar una episiotomía.
- **La episiotomía debe considerarse sólo en los casos de:** Parto vaginal complicado: nulíparas con periné resistente, parto de nalgas (si llega en expulsivo), distocia de hombro, parto con fórceps, extracción por vacío (vacuum) o ventosa obstétrica, cicatrizaciones de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados, sufrimiento fetal en el periodo expulsivo.
- Brinde apoyo emocional y aliento.
- Use infiltración local con Lidocaína al 2%, pero antes asegúrese que no haya alergia conocida a la Lidocaína o a medicamentos relacionados (**ya debiendo estar documentado en la historia clínica al ingreso al servicio de Labor y partos**).

Tabla No. 4 Técnica de aplicación de Lidocaína al 2% y Uso de las Tijeras en Corte de Periné

Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el músculo perineal, utilizando alrededor de 10 ml de solución de Lidocaína al 2% como dosis máxima de infiltración.

Aspire (hale el émbolo) para asegurarse que no ha penetrado en un vaso sanguíneo, si sale sangre con la aspiración, extraiga la aguja. Vuelva a verificar la posición con cuidado e intente nuevamente. Nunca inyecte si aspira sangre. *La mujer puede sufrir convulsiones y morir si se produce inyección IV de Lidocaína.*



Al concluir la infiltración, espere 2 minutos y luego pellizque la incisión con una pinza. Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar.

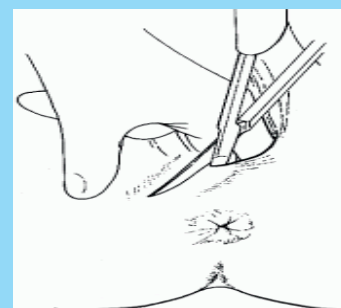
Coloque tempranamente el anestésico para permitir que tenga tiempo suficiente de producir efecto.

Espere para realizar la episiotomía hasta que se haya adelgazado el perineo y se vean 3-4 cms de la cabeza del bebé durante una contracción.

Al realizar una episiotomía se producirá sangrado. Por lo tanto, no debe hacerse con demasiada anticipación.

Provisto de guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel, coloque dos dedos entre la cabeza del bebé y el perineo.

Use las tijeras de Lister o Mayo recta para cortar el perineo cerca de 3-4 cms en dirección mediolateral.



Complicaciones del Segundo Período

- Fase expulsiva prolongada.
- Complicaciones de la Episiotomía:
 - Hematoma, abra y drene. Si no hay signos de infección y se ha detenido el sangrado, vuelva a cerrar la episiotomía.
 - Si hay signos de infección, abra y drene la herida. Retire las suturas infectadas y debride la herida.
 - Si la infección es leve, no se requiere antibióticos.
 - Si la infección es severa pero no involucra los tejidos profundos, referir para valoración. De acuerdo A Normativa de Complicaciones obstétricas.
 - Si la infección es profunda, involucra los músculos y está causando necrosis referir URGENTEMENTE para valoración e inicie administración de doble antibioticoterapia:
 - Dosis inicial o de carga: Ampicilina 4 gr. IV, o Penicilina Cristalina 4 millones unidades internacionales IV y refiera a la unidad de mayor resolución.
 - La Dosis de mantenimiento para estos casos será: Ampicilina 2 gm IV, cada 4 o 6 horas o Penicilina Cristalina 2 millones de unidades internacionales cada 4 o 6 horas.
 - Agregar a cada una de las opciones: Gentamicina 80 mg IV, cada 12 horas ó 160 mg IV, diaria (si existen problemas renales o peso menor de 60 kg, administrar 1.5 mg por Kg de peso cada 12 horas.
- En el caso de desgarros de segundo grado o prolongación de la episiotomía referir.
- Hemorragia. Canalice con bránula No.16 o de mayor calibre, estabilice hemodinámicamente con Solución Salina Normal al 0.9% o Ringer y valore traslado a unidad de salud de mayor resolución.

Evaluación del tercer periodo del trabajo de parto: Expulsión de placenta y membranas

El tercer periodo es normal si se observan los signos de desprendimiento de la placenta los cuales comienzan a aparecer posterior al nacimiento del bebé, La mujer siente fuertes contracciones uterinas, similares en intensidad y frecuencia menores a las del parto, indoloras al inicio, pero luego dolorosas lo que indica el desprendimiento placentario

Signos:

- El útero se ubica a nivel umbilical por unos momentos (ascenso del cuerpo uterino empujado por la placenta y el hematoma retroplacentario), y luego está a unos 2 cms por debajo del ombligo (producto de la salida de la placenta a la vagina), posterior a la expulsión el útero tiene consistencia leñosa.
- Hay salida de sangre de los genitales entre 300 y 500 ml.(de acuerdo al tipo de desprendimiento), siendo a veces un poco mayor en las multíparas. Esta se detiene en cuanto se expulsa la placenta y el útero se retrae.

Cuidados materno-fetales

- Vigilar cara (palidez, sudoración) y signos vitales después del nacimiento y alumbramiento.
- Vigilar la pérdida sanguínea.
- Actuar para recibir la salida de la placenta, girar sobre su eje o sostenerla en las manos al mismo tiempo que se trata de elevar el útero sobre el pubis (alumbramiento natural).
- Vigilar constitución de **globo de seguridad de Pinard** que es el signo de garantía de **hemostasia perfecta**.
- Realizar cuidadosa revisión de placenta y membranas, de éstas últimas caracterizar su integridad en extensión y espesor.
- **NO ABANDONE A LA PARTURIENTA Y REALIZAR VIGILANCIA ESTRICTA EN LAS PRIMERAS 2 HORAS: SIGNOS VITALES, GLOBO DE SEGURIDAD DE PINARD Y SANGRADO TRANSVAGINAL**

Manejo Activo: Tercer Período del parto

El manejo activo (expulsión activa de la placenta) pretende reducir el sangrado durante el alumbramiento y en el puerperio inmediato, por ende, prevenir la hemorragia post parto. Reduce los requerimientos de transfusión sanguínea y los tiempos de estancia por las complicaciones derivadas de su no utilización.

En el manejo activo se incluye:

1. La administración inmediata de 10 UI de Oxitocina intramuscular.
2. El pinzamiento y sección del cordón umbilical durante los tres minutos después del nacimiento o al cese de pulsaciones.
3. La tensión controlada y suave del cordón umbilical durante la contracción uterina.
4. El masaje uterino (fúndico suave) posterior a la extracción de la placenta.

1. Administración inmediata de 10 UI de Oxitocina IM.

- **A la salida del del bebé, previamente palpe al abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés y proceda a aplicación de 10 UI de Oxitocina IM aún cuando se ha utilizado Oxitocina para inducto-conducción.**
- Para este fin, al preparar el equipo de atención de partos, debe servirse también una jeringa descartable cargada con las 10 UI de Oxitocina. El sitio de aplicación puede ser en el brazo (músculo deltoides), si hubiese otro recurso de salud que lo esté apoyando, o con mayor frecuencia en el muslo (particularmente cuando se encuentra atendiendo el parto solo/a).
- La Oxitocina **es la primera opción**, se prefiere porque produce efecto 2-3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y se puede usar en todas las mujeres. Si no se dispone de Oxitocina, administre ergometrina 0.2 Mg. IM o Prostaglandinas (Misoprostol 600 µg PO u 800 µg sublingual)⁴. Antes de administrar estos medicamentos asegúrese de que no exista ningún otro bebé en la cavidad uterina.

4 Tomado de Formulario Nacional de Medicamentos. Séptima Edición. Año 2014. MINSa

- **No administrar** ergometrina a mujeres con preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.

Hay que estar seguros que la oxitocia (dependiendo del fabricante) o ergonovina han sido almacenadas en condiciones adecuadas de red de frío (o termos de vacunas).

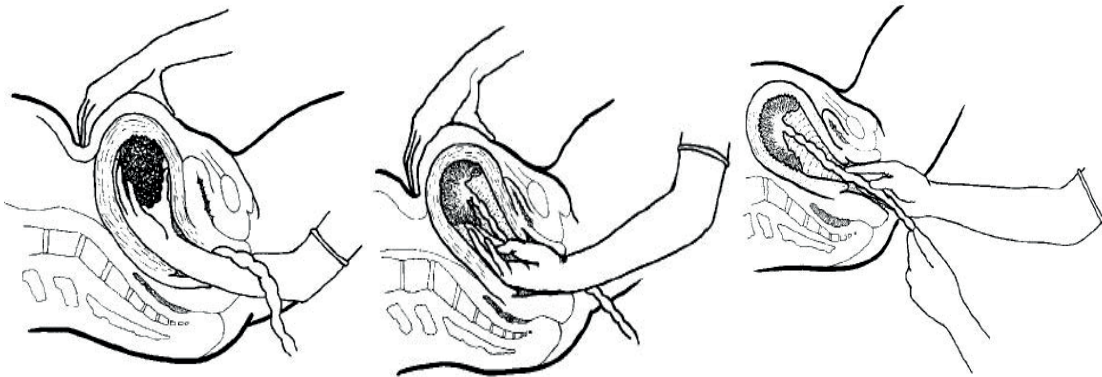
2. El pinzamiento y sección del cordón umbilical durante los tres minutos después del nacimiento. Tener presente que se debe pinzar el cordón umbilical a una distancia mínima de 10 cms de la base fetal.

3. Tensión controlada y suave del cordón umbilical durante la contracción uterina.

- Se realiza durante la contracción y después de haber observado los signos de desprendimiento. Si se efectúa sin contracción puede provocarse una eversión uterina.
- Pinze el cordón umbilical cerca del perineo, usando una pinza Forester (de ojo). Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.
- Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, establezca el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical, determine si al hacer tensión del cordón se transmite movimiento al cuerpo uterino, si éste no se moviliza significa que la placenta se ha desprendido y se puede continuar la tensión controlada del cordón. Si hay contracción uterina, mantenga firme el útero y ejerza contracción, mientras se efectúa la tensión leve del cordón umbilical. Esto ayuda a prevenir la inversión uterina.
- Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2-3 minutos). Cuando el útero se redondee o el cordón se alargue (signo de desprendimiento placentario), hale del cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta, ocurre pequeño sangrado transvaginal y hay contracción uterina. Con la otra mano, continúe ejerciendo contracción sobre el útero.
- Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón umbilical (es decir, si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón y efectúe lo siguiente:
 - Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente. Si es necesario, utilice una pinza de ojo para pinzar el cordón más cerca del perineo a medida que se alargue.
 - Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contracción.
 - Nunca aplique tracción al cordón umbilical (halón) sin aplicar la contracción (pujo) por encima del pubis con la otra mano.
- Al ser expulsada la placenta, las membranas delgadas pueden desgarrarse.
- Sostenga la placenta con las dos manos y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas queden retorcidas (Maniobra de Dublín).

- Hale lentamente para completar la extracción.
- Si las membranas se desgarran, examine con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino provisto de guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel y utilice una pinza de Forester o de ojo para retirar cualquier trozo de membrana retenido.
- Examine cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra.
- Primero revise la cara fetal y luego, invirtiéndola, examine la cara materna colocándola sobre una superficie plana, asegúrese que no le falte un cotiledón. Observe las membranas desde el sitio de rotura, tratando de reconstruir la bolsa amniótica. Si falta una porción de la superficie materna o hay desgarro de membranas vascularizadas, sospeche retención de fragmentos placentarios.
- Si se produce una inversión uterina, coloque el útero nuevamente en su posición.
- Si se ha arrancado el cordón umbilical, pudiese ser necesaria la remoción manual de la placenta con la realización inmediata de masaje uterino. ES UN ACTO DE EMERGENCIA a fin de EVITAR MUERTE MATERNA POR HEMORRAGIA (Ver Anexo 12 de Protocolo de Atención de Emergencias Obstétricas).

Figura 6. Remoción manual de la placenta



Remoción manual de la placenta

Las indicaciones para realizar la extracción manual de la placenta, es retención de esta por más de 15 minutos con manejo activo, y 30 minutos sin manejo activo, luego de producido el nacimiento (Realice abordaje según Protocolo de Emergencias Obstétricas, Anexo 12).

4. Masaje uterino

Practique periódicamente el masaje uterino con el fin de estimular la contracción uterina y la formación del globo de seguridad de Pinard. Debe orientarse a la parturienta a fin de que continúe practicándose el masaje uterino.

Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.

Asegúrese de que el útero no se relaje (ablande) después de detener el masaje uterino.

Revisión del canal del parto

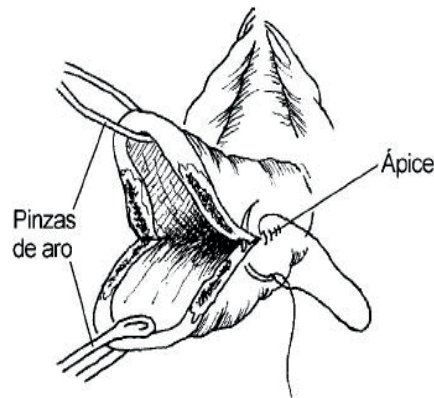
Se debe de garantizar una revisión completa del canal del parto a todas las pacientes que han tenido parto vaginal. Esta revisión debe realizarse inmediatamente despues del alumbramiento y para ello utilizar guantes esteriles y la pinza de Forester.

La pinza se coloca en labio cervical anterior con el fin de poder revisar todo el canal del parto que incluya también el cérvix, paredes laterales de vagina, las comisuras cervicales y vulva y perine en busca de laceraciones y/o desgarros. De igual manera se tracciona el labio cervical inferior para descartar desgarros de comisuras cervicales.

La cavidad uterina no se revisa de rutina, no es correcto realizar legrados instrumentales sin causas aparentes, ni insertar gasas con pinzas de anillo ni limpiar manualmente con gasas o con pinzas.

Examine cuidadosamente y repare cualquier desgarrro **antes** de realizar la episiorrafia. (Ver anexo No 15 de las complicaciones obstétricas) (Ver Figura 6).

Figura 7. Reparación de Desgarro Cervical

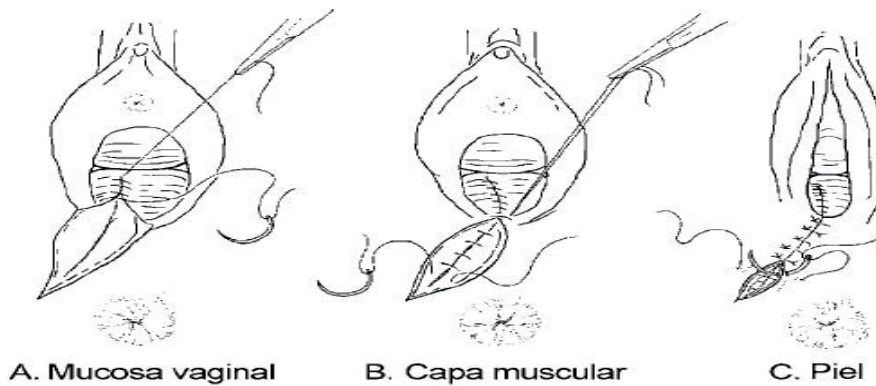


Reparación de la episiotomía:

- Es importante que se usen suturas absorbibles para el cierre. Las suturas de poliglicol (Vicryl) son preferibles a las de Catgut cromado debido a su fuerza de tensión, sus propiedades no alergénicas, su baja probabilidad de complicaciones infecciosas y dehiscencia de la episiotomía. El Catgut cromado es una alternativa aceptable, pero no es lo ideal.
- Aplique una solución antiséptica al área alrededor de la episiotomía.
- Si la episiotomía se extiende a través del esfínter anal o la mucosa rectal, maneje de igual manera que los desgarrros de tercer o cuarto grado, respectivamente Cierre la mucosa vaginal con una sutura continua 2-0.
- Comience la reparación cerca de 1 cm. por encima del ángulo (parte superior) de la episiotomía.
- Continúe la sutura hasta el nivel de la abertura vaginal.
- En la abertura de la vagina, junte los bordes cortados de la abertura vaginal.

- Lleve la aguja por debajo de la abertura vaginal y hágala pasar a través de la incisión y anude.
- Cierre el músculo perineal utilizando suturas interrumpidas con hilo Catgut 2-0 (o subcuticulares). (Ver Figura 7).
- Cierre la piel.

Figura 8. Episiorrafia por planos



Mientras realiza la episiorrafia brinde consejería acerca de:

- Cuidados e higiene de la episiorrafia, especialmente después de defecar.
- Abstinencia sexual no menor a 6 semanas.
- Consejería sobre planificación familiar pos evento obstétrico.
- Cuidados e higiene del recién nacido. Principalmente la vacunación, lactancia materna, cuidados del ombligo.
- Signos y síntomas de alarma maternos durante el puerperio.

Control y seguimiento inmediato (dos horas post parto):

Finalizada el alumbramiento dirigido y atención inmediata del recién nacido/a, se debe:

- Promover el Apego Precoz
- Tomar los Signos vitales de la madre cada 15 minutos.
- Vigilancia del sangrado cada 15 minutos. En las dos primeras horas postparto y luego por turno.
- Registro de los datos de la atención en el expediente. Llenando las casillas del puerperio y egreso materno.
- Evalúe el aspecto general: color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas.
- Asegurarse que hay buena involución uterina o sensibilidad uterina así como la presencia del globo de seguridad de Pinard.

El control de la parturienta después del parto se realizara cada 15 minutos durante dos horas en la sala de partos, con el propósito de detectar signos de alarma y prevenir la hemorragia por desgarros no diagnosticados, hematomas y atonía o inercia uterina en el post parto.

- Brinde consejería sobre: Abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado apego precoz, deambulación temprana, higiene personal y genital, curación de episiotomía si existiera.
- Exámenes de control: hematocrito, y examen general de orina (si es necesario).
- Detección precoz de signos de alarma.

Criterios de alta médica de labor y parto:

- 1) Toda puérpera que no presente sangrado, signos o síntomas de infección y signos vitales dentro de límites normales.
- 2) Todo recién nacido cuyos signos vitales se encuentren dentro de límites normales y sin evidencias de malformaciones congénitas que pongan en riesgo su vida.
- 3) Características de loquios no mal olientes y no hemorrágicos.
- 4) Involución uterina adecuada. Presencia del Globo de Seguridad de Pinard.
- 5) Ausencia de fiebre, taquicardia, presión arterial alta o baja.
- 6) Buena coloración de la piel.
- 7) Ausencia de dolor a la palpación del útero.²⁶

- ❖ **Si la paciente no aceptó un método anticonceptivo Postevento Obstétrico, orientar sobre la estrategia de Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC) en su comunidad.**
- ❖ **Promocionar el uso y albergue de las usuarias en las Casas Maternas.**
- ❖ **Promocionar la participación de la puerpera en los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna a nivel de local.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía para el abordaje de las Emergencias Obstétricas. UNICEF. 2004.
2. Matthews Mathai. Rasad Sanghvi. Richard J. Guidotti. Integrated Management of pregnancy and Childbirth. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para Obstetrices y Médicos. OMS. FNUAP. UNICEF. Banco Mundial.2002.
3. Ricardo L. Schwarcz. Carlos a. Diverges. A. Gonzalo Díaz Ricardo H. Fescina. Obstetricia. Cuarta Edición. Librería, Editorial e Inmobiliaria, Florida 340. Buenos Aires, Argentina, 2003.
4. Ministerio de salud. Republica de Nicaragua. Dirección de Regulación. Guía Metodologica para la elaboración de Protocolos. Managua, Nicaragua, Junio 2005.
5. Normas Nacionales para el embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo. República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Dirección del I Nivel de atención. 2005.
6. Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas.

ANEXOS

Anexo 1. Uso del partograma

El partograma es un instrumento indispensable para evaluar el curso y la calidad de la atención del parto de forma individual. Este instrumento determina cuando la evolución del parto es normal o no, además contribuye al diagnóstico de la necesidad de oxitócicos y la realización de procedimientos como el parto instrumental o la cesárea.

Con la paciente ingresada a sala de Labor Iniciar el llenado del Partograma con Curva de Alerta, tan pronto se considere que la parturienta ha iniciado Trabajo de Parto.

Llene en el partograma los datos generales de identificación de la usuaria: Nombres y Apellidos, número de expediente y fecha de elaboración del mismo.

En la hora real en que inicia la elaboración del mismo, registre la Tensión Arterial, pulso, posición materna {LD: Lateral Derecho, LI: Lateral Izquierdo, D: Dorsal (acostada boca arriba), SS: Semisentada, S: Sentada, PC: Parada o Caminando}}, intensidad de contracciones (+: débil, ++: normal, +++: fuerte), localización del dolor (SP: suprapúbico, S: sacro).

Si es requerido, utilizar las casillas de Observaciones; éstas casillas se encuentran en la parte inferior del partograma, con las letras **a, b, c, d...** hasta la letra **o**. Cada una de estas letras se corresponde con el tiempo real representado en el partograma. Si tuviese que anotar una observación, cuya interpretación lleve a una decisión de diagnóstico, de tratamiento y/o de referencia; marque con un asterisco la letra correspondiente. Por ejemplo, si a las **11:00 AM** realizó la primera valoración y hay observaciones que hacer, marque la letra **a** con un asterisco y en una hoja adicional en blanco registre los comentarios diagnósticos, de tratamiento y/o de referencia. Si 15 minutos después (**11:15 AM**) realizó otra valoración, no marque la letra **b** con asterisco, sino que utilice nuevamente la letra **a**, pero en esta ocasión regístrela como **a.2.**, siguientes valoraciones en la misma hora en tiempo real, pueden ser registradas como **a.3, a.4**, etc. Ejm: **a.2: 11:15 AM**. Se encuentra que la actividad uterina se ha detenido... (**Descripción de la situación encontrada**), por lo que consideramos que cursa con... (**Diagnóstico**), tomando la decisión de... (**Acción terapéutica y/o de referencia a otro nivel de atención**).

Otros elementos que debe valorar desde el inicio del trabajo de parto, en el Partograma son:

Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF), el cual se representa por un cuadrado en el tiempo real correspondiente, tomando como valores de referencia para graficar, los que se encuentran en la parte derecha del Partograma. En el Partograma se pueden graficar FCF que van desde 90 por minuto, hasta 200 por minuto. La frecuencia cardíaca fetal se debe tomar de la siguiente manera:

La Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) debe de medirse entre contracciones (período de relajación). Tome la FCF por un minuto completo y durante 15 segundos multiplicado por 4, para la búsqueda de dips tipo II, por lo menos una vez cada 30 minutos durante la fase activa (a partir de los 4-5 cms. De dilatación) y durante cada 5 minutos durante el segundo periodo (periodo expulsivo), cuando se investiga el dips II, éste debe considerarse positivo cuando una caída transitoria de la FCF con respecto a la basal tenga una amplitud mayor de 15 latidos por minuto. Si bien se considera normal FCF entre 120 y 160 por min., la variabilidad normal no debe exceder los 12 latidos; si hay bradicardia (FCF menor de 120) o taquicardia (FCF mayor de 160) en período de rebajamiento sospeche sufrimiento fetal. Debe anotarse e interpretarse además, las variaciones de FCF que correspondan a DIPS Tipo I, DIPS Tipo II y a DIPS Variables que se pueden auscultar e identificar durante las contracciones uterinas.

Actividad Uterina

La frecuencia de las contracciones uterinas en 10 minutos, se grafica utilizando un triangulito en el tiempo real del Partograma correspondiente a la valoración. Lo normal en el Trabajo de Parto, es que se produzcan 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos.

A medida que el trabajo de parto va progresando, las contracciones uterinas aumentan en frecuencia, intensidad y duración. **Las variaciones de las contracciones uterinas, deben interpretarse:** Si bien en el Trabajo de Parto, se considera normal 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos; de 40 a 60 segundos de duración y de intensidad normal (++) , variaciones en cualquiera de estos parámetros requieren una interpretación, que deben derivar en acciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la parturienta.

Dilatación Cervical

Se grafica utilizando un **Punto** en el tiempo real que se corresponde con la dilatación cervical. El graficar correctamente la dilatación cervical nos permite elaborar adecuadamente la **Curva Real y la Curva de Alerta**.

Recuerde, vigilancia del trabajo de parto no significa estar haciendo tactos vaginales, sino la valoración integral de la parturienta.

La utilización adecuada del Partograma, permite incluso reducir el número de tactos que se realizan a la parturienta, reduciendo las molestias y el riesgo de infecciones. –Si las membranas ovulares se hubiesen roto espontáneamente, en tiempo real debe registrarse (REM – Ruptura Espontánea de Membranas), o si sucediere al momento de realizar un tacto vaginal, ya sea accidentalmente o por una indicación precisa, en tiempo real debe registrarse (RAM – Ruptura Artificial de Membranas).

Al momento de realizar el tacto vaginal, además de precisar la dilatación cervical, se debe valorar la Variedad de Posición de la presentación. Recuerde que la variedad de posición de la presentación cefálica más frecuente, es la Occipito Izquierda Anterior (OIA), seguida por la Occipito Derecha Posterior; por lo tanto estas son las primeras variedades de posición que todo trabajador de la salud que atiende partos debe tratar de identificar.

Si se observa la salida de meconio de forma espontánea o se identifica éste al realizar el tacto vaginal, en el Partograma, en tiempo real, la presencia de Meconio debe registrarse **M**.

Los Planos Hodge, de acuerdo al grado de encajamiento y descenso de la presentación, deben graficarse según corresponda a cualquiera de los planos: I, II, III, IV.

Si la presentación fue graficada adecuadamente basado en un examen confiable, lo lógico es que en el avance del trabajo de parto se registre un descenso de la cabeza fetal, no un ascenso.

La Curva Real que debe elaborarse en todo Partograma, resulta de la unión con una línea continua de los diferentes puntos correspondiente a los tactos realizados por la persona que examina. La curva real debe elaborarse desde el primer contacto con la parturienta en trabajo de parto, hasta el momento del nacimiento. Al monitorear el Partograma con curva de alerta y no encontrar una curva real graficada hasta el momento del nacimiento traduce que:

A la parturienta le fue realizada una operación cesárea, por lo tanto no se graficó la curva real hasta el final, pero además en las notas se encontrará la descripción de por qué se decidió la realización de esta cirugía.

La parturienta fue referida a otra unidad de salud de mayor nivel de resolución. Una copia del Partograma con curva de alerta, debe acompañar toda referencia a otra unidad de salud, en donde se refleja el diagnóstico y motivo de traslado.

La Curva de Alerta (línea punteada) deberá iniciarse, en los casos de parturientas que llegan con poca dilatación, al momento que la **Curva Real** se intercepta con la **Línea de Base** (la línea de base es una línea continua impresa en el Partograma que se encuentra entre los 4 y 5 cms de dilatación cervical). Este punto de intersección deberá ser marcado no con un punto, ya que se confundiría con otro tacto realizado, sino con un cero pequeño (0) y que se denota como punto cero, punto de inicio o punto de partida. En situaciones en donde la parturienta llegue con trabajo de parto avanzado, la elaboración de la curva de alerta se iniciará según corresponda, de acuerdo a la información obtenida a través del tacto vaginal, es decir: 4.5 cms, 5 cms, 6 cms, 7 cms, 8 cms, 9 cms, 10 cms. Si llega en período expulsivo y el parto es inminente, puede realizarse posterior al nacimiento.

Elaboración de la Curva de Alerta: El recurso de salud que vigila el trabajo de parto o atiende partos, debe seleccionar de forma correcta, de acuerdo a las características de la parturienta, la columna correspondiente a ese caso particular en una de las 5 variantes: **Vertical:** Todas, con membranas íntegras, no importando la paridad (Vertical significa caminando, parada o sentada). **Horizontal:** hay 2 categorías **Múltiparas y Nulíparas;** cualquiera sea la paridad, puede estar con membranas ovulares íntegras o rotas. Este patrón de construcción puede seleccionarse mediante el uso de flechitas ascendentes o resaltando el contorno de la columna seleccionada.

Debe **compararse e interpretarse la curva real** que se va obteniendo en los diferentes tactos realizados, **con la curva de alerta previamente elaborada:** La Curva de Alerta es el tiempo máximo normal (en base al Percentil 10) que puede durar el trabajo de parto. Normalmente, en ninguna situación la Curva Real debe cruzar la Curva de Alerta (Trabajo de Parto Prolongado u Obstruido). Tampoco es normal que la Curva Real sea vertical y que se aleje demasiado de la Curva de Alerta (Trabajo de Parto Intempestivo o Parto Precipitado por hiperdinamia uterina inducida o espontánea), lo cual también trae serias complicaciones al binomio materno-fetal.

Los cambios de patrones en la curva de alerta deben graficarse en el Partograma: De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas. Cuando la parturienta cambia de posición vertical (caminando, de pie, sentada) a horizontal (acostada), o bien que se rompan las membranas; inmediatamente con la nueva valoración se debe cambiar el patrón de construcción de la curva de alerta por la nueva correspondiente, modificando la curva de alerta a partir de la dilatación graficada en la curva de alerta previa.

Anexo 2.

Prácticas que se deben brindar en la atención de un parto seguro y humanizado

Relacionadas con el servicio y proveedor/a

- Vigilar la buena evolución del parto y tome las decisiones que más convengan a la parturienta y a su hijo-a.
- Contar con lo necesario para atender el nacimiento y posibles complicaciones.
- Cumplir técnicas de asepsia y antisepsia en todos los procedimientos a realizar.
- Utilizar guantes estériles para realizar cada valoración ginecológica.
- Lavarse las manos con agua y jabón después de examen ginecológico si tuvo contacto con líquidos vaginales.
- Lavarse las manos con alcohol gel antes y después de cada examen ginecológico.
- No usar lavados rectales, no rasurar la región vulvar de forma rutinaria.
- Los exámenes vaginales deben realizarse una vez cada 4 horas previo lavado de áreas vulvar y perineal.
- No romper membranas ovulares innecesariamente.
- Ayudar a que la placenta salga a tiempo y completa.
- Examinar los genitales para asegurarse que no quedan desgarros sin reparar.
- Tratar con respeto y amabilidad a la parturienta y acompañante.
- No divulgar lo comunicado por la parturienta.
- Respetar las costumbres y creencias que benefician a la parturienta y su niño-a.
- Permitir que esté presente la persona que la parturienta elija para que la acompañe en la atención del parto, siempre y cuando no interfiera en los procedimientos a realizar.

Relacionados con la parturienta

- Motivar a la parturienta a ingerir líquidos azucarados y/o sopas durante los dolores de parto.
- Respetar el derecho de la parturienta a caminar (siempre y cuando las membranas ovulares estén íntegras) y buscar la posición más cómoda para su parto (si no existe ninguna contraindicación médica).
- Secar, abrigar y entregar el-la recién nacido-a a la madre en cuanto nazca.
- Asegurar valoración continua de la madre y su hijo-a en las primeras horas posteriores al parto para evitar y tratar las complicaciones.
- Proporcionar información a la parturienta y su familia sobre su salud y la de su hijo.

Anexo 3. Evalúe el estado del feto

- Ausculte la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) inmediatamente después de una contracción.
- Tome la FCF por un minuto completo, por lo menos una vez cada 30 minutos durante la fase activa (a partir de los 4-5 cms de dilatación) y cada 5 minutos durante el segundo período (período expulsivo, que inicia con la dilatación completa del cuello).
- Si hay irregularidades en la frecuencia cardíaca fetal (menos de 120 o más de 160 latidos por minuto), sospeche sufrimiento fetal.

Si hay rotura de membranas

- Observe y registre el color del líquido amniótico que se escurre:
 - o La presencia de meconio espeso indica la necesidad de monitoreo continuo y posible intervención para el manejo del sufrimiento fetal.
 - o La ausencia de salida de líquido después de la rotura de membranas, es una indicación de reducción del volumen del líquido amniótico que podría estar asociada a sufrimiento fetal.
- Brinde apoyo continuo durante el Trabajo de Parto (TdeP) y el Parto.
- Aliente a la parturienta para que cuente con el apoyo personal de una persona de su elección durante el Trabajo de Parto (TDP) y el parto.
- Aliente al acompañante elegido para el parto para que brinde su apoyo donde las condiciones de infraestructura física lo permitan.
- Proporcione a la persona acompañante un asiento al lado de la parturienta.
- Aliente a la persona acompañante para que brinde apoyo adecuado a la mujer durante el TdeP y el parto (frotarle la espalda, limpiarle la frente con un paño húmedo, ayudarla a moverse).
- Si la embarazada ha asistido a cursos de parto sin dolor, o psicoprofilaxis, aliéntela a aplicar las técnicas aprendidas.
- **Ponga en práctica medidas de asepsia para garantizar un parto seguro**
- Lave las áreas vulvar y perineal antes de cada examen.
- Lávese las manos con agua y jabón antes y después de cada examen.
- Asegúrese de la limpieza de las áreas de la unidad de salud destinadas al trabajo de parto y el parto.
- Limpie de inmediato todos los derrames que ocurran.
- **Asegure la movilidad**
- Aliente a la embarazada para que se mueva libremente (si no hay contraindicación para esta actividad).
- Manifieste su apoyo por la posición que la parturienta elige para el trabajo de parto y el parto, por ejemplo, deambulando, sentada, en cuclillas, etc.
- **Asegúrese de que exista comunicación y apoyo satisfactorios por parte del personal.**

- Explique a la embarazada todos los procedimientos, solicite la autorización correspondiente y converse con ella sobre los hallazgos.
- Cree una atmósfera de apoyo y aliento para el parto, con respecto hacia los deseos de la parturienta.
- Asegure la privacidad y la confidencialidad.
- Mantenga el aseo de la parturienta y del ambiente que la rodea.
- Oriente a la embarazada para que se lave, se bañe o se duche al inicio de Trabajo de Parto.
- Aliente a la parturienta para que vacíe su vejiga con regularidad.
- Aliente a la embarazada para que ingiera líquidos claros. Si la embarazada está visiblemente deshidratada o se cansa durante el trabajo de parto, asegúrese de que se le administren líquidos, esto es importante, aún en las etapas finales del trabajo de parto.
- Enséñele a la parturienta las técnicas respiratorias para el trabajo de parto y el parto. Aliéntela a que exhale con mayor lentitud que la habitual y a que se relaje con cada espiración.
- Asista a la embarazada que está ansiosa, atemorizada o con dolor durante el trabajo de parto: Elógiela, aliéntela y tranquilícela.
- Infórmele sobre el proceso y el progreso del trabajo de parto.
- Escúchela y sea sensible a sus sentimientos.

Si la mujer está muy afectada por el dolor

- Sugiera cambios de posición.
- Aliéntela a que se mueva.
- Aliente al acompañante para que le realice masajes en la espalda o le sostenga la mano y le pase una esponja por la cara entre una contracción y otra.
- Fomente el uso de las técnicas respiratorias.
- Aliéntela para que tome un baño o una ducha.

“PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO (A) DE BAJO RIESGO”

INTRODUCCIÓN

En América Latina y el Caribe la mortalidad neonatal representa el 60% de las muertes de la niñez menor de un año y el 36% de la mortalidad de los menores de cinco años. Y en Nicaragua, las tasas de mortalidad del menor de cinco años han venido descendiendo progresivamente en los últimos años, a expensas principalmente de la mortalidad infantil.

La mayoría de las muertes neonatales son evitables llevando a cabo intervenciones eficaces y basadas en la evidencia para la atención del recién nacido en los servicios de salud y en las comunidades.

Entre los principales factores que inciden en la mortalidad neonatal, se mencionan la falta de oportunidad de atención calificada del recién nacido (a) y en especial a la atención de los problemas que se presentan en el período perinatal, la calidad de atención del parto y el seguimiento oportuno del recién nacido tienen un peso importante en las causas de muertes perinatales.

El recién nacido (a) puede adquirir una infección a través de la madre antes del parto o dentro del mismo. Al nacer el bebé pasa de un medio estéril, dentro del útero de la madre, a otro lleno de microorganismos, a crecer dentro del bebé, y algunos de los microbios presentes en el ambiente pueden causarle enfermedades, por lo cual el cuidado y la higiene personal del niño es muy importante.

La atención del recién nacido (a), nos permitirá diagnosticar precozmente desviaciones de los límites fisiológicos y actuar en consecuencia a fin de prevenir mayores riesgos, todas estas maniobras deberán realizarse bajo rigurosas técnicas de asepsia; los controles van desde los más complejos hasta los más sencillos y deben ser aplicados en unidades de salud donde se brinda atención al niño de bajo riesgo.

Este protocolo, tiene por objeto estandarizar la atención inmediata que debe ser brindada al recién nacido (a) de bajo riesgo, valorar su estado general y detectar cualquier trastorno que pueda poner en peligro su vida.

OBJETIVO

El objetivo de este protocolo es estandarizar las técnicas de la atención inmediata del Recién Nacido (a) de bajo riesgo (primer y segundo nivel de atención), con el fin de prevenir complicaciones.

POBLACIÓN DIANA

Será considerada población diana a toda /o Recién Nacida/o de bajo riesgo.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Las actividades a realizar en este periodo (primeras 4-6 horas de vida) están en dos grandes aspectos:

1. La preparación del personal de salud para recibir al futuro bebé, ya que es aquí donde se producen una serie de cambios fisiológicos que son fundamentales para garantizar la sobre vivencia del nuevo ser.
2. El proceso de atención.

DEFINICIÓN

Recién nacido (a) vivo: es la expulsión o extracción del cuerpo de la madre del producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, que después de dicha separación respire o dé cualquier otra señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical y de que esté o no desprendida la placenta.

Recién Nacido (a) con peso adecuado para su edad gestacional: Producto de la concepción que nace con peso comprendido entre el percentil 10 y el 90 de la curva de peso intrauterino, de acuerdo a su edad gestacional, independientemente de la duración de la misma.

ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO

El 90 % de los recién nacidos no requieren ninguna intervención para hacer la transición de la vida intra a la extrauterina. En este periodo (primeras 4-6 horas de vida) es que se producen una serie de cambios fisiológicos que son fundamentales para garantizar la sobrevivencia del nuevo ser.

A. PREPARACIÓN

- El personal responsable del proceso de atención se deberá identificar y presentar con la madre y su familia, brindar apoyo emocional y establecer un proceso de comunicación fluido y constante centrado en las necesidades de los mismos.
- Antes del nacimiento, completar la historia clínica perinatal; obteniendo información a través de la Historia Clínica Perinatal y/o directamente por interrogatorio a la embarazada, familia y/o personal que atiende el parto, sobre la evolución del embarazo y del trabajo de parto (partograma).

- En cada nacimiento de Bajo Riesgo, debe estar presente una persona capacitada para iniciar la reanimación cardiopulmonar neonatal (RCP) y estar disponible inmediatamente otra persona capacitada en realizar la RCP completa, en caso de ser necesaria.
- Asegurar el cumplimiento de las normas de higiene, limpieza y desinfección en los servicios y equipos de atención a utilizar.
- Corroborar que la temperatura (T°) ambiental en sala de parto, quirófanos, se encuentre entre 26°-30° C (no < 25°C), si existe climatización.
- Preparar el equipo necesario para realizar la atención neonatal inmediata. Para muchos recién nacido (a) la reanimación no puede ser anticipada, por lo tanto, donde se atienden nacimientos debe mantenerse un medio ambiente limpio, cálido, con los medicamentos y equipamiento completo, a mano y en condiciones óptimas de funcionamiento.
- Es importante contar con una cuna térmica; en caso de no disponer, se puede utilizar una lámpara cuello de cisne (A UNA DISTANCIA DE 40 CMT), para evitar la pérdida de calor.
- Antes del nacimiento, el personal que atiende el parto y al neonato se deberá realizar higiene de manos según normativa vigente y utilizar las precauciones universales: ponerse bata, gorro y cubre boca limpia, guantes estériles (o al menos lavados con agua limpia y jabón).
- Se deberá utilizar guantes limpios al manipular a los recién nacidos, sobre todo si están en contacto con líquido amniótico, sangre, meconio, etc.

B. PROCESO DE ATENCIÓN

1. EVALUACIÓN RÁPIDA

Al nacer el RN debe ser sostenido unos segundos **a nivel del pubis materno**, mientras se hace **una evaluación rápida en los primeros 30 segundos**:

- ¿Es **de término**?
- ¿**Está respirando o llorando**?
- ¿Tiene **buen tono** muscular?

Si la respuesta es **Sí**, a todas las preguntas anteriores, es **una evaluación normal**, por lo que se continúa el proceso de atención a un RN sin asfixia:

- 1) Colocarlo de costado o boca arriba sobre el abdomen materno
- 2) Retirar de boca y nariz las secreciones o el líquido amniótico claro con una gasa o toalla limpia y se aspira sólo si es necesario.
- 3) Secarlo con sabanita limpia y previamente calentada, durante 5 min en fuente de calor. Cambiar la sábana mojada.

- 4) Dejar al RN sobre el tórax de la madre en contacto piel-piel para realizar el apego precoz y lactancia materna.
- 5) Se cubre con la misma sábana seca de la madre.

El RN con evaluación rápida normal **requiere solo cuidados de rutina (calor, limpieza de las vías aéreas solo si es necesario, y secado).**

A los RN, con respuesta **NO** a alguna de las preguntas de la evaluación rápida, **se les deben realizar los pasos iniciales de la reanimación neonatal: Mantener calor, posición de olfateo, aspirar secreciones si es necesaria, secar, estimular y reposicionar la cabeza.**

Inmediatamente después **se evalúa: Respiración, Frecuencia Cardíaca (FC).**

Si hay **respiraciones espontáneas, Evaluar FC, si la FC es > 100 lpm**, continuar los cuidados de rutina.

En el RN normal:

- La frecuencia respiratoria (FR) es de 40-60 x minuto,
- La frecuencia cardíaca (FC) en reposo es 120-160 lpm, el calor el nacer es con cianosis (saturación 60 - 65%, igual a la saturación intrauterina)
- A medida que aumenta la oxigenación, la piel del bebé cambia de gris azulada a rosada
- **NO REQUIERE SUPLEMENTACIÓN DE OXÍGENO**

Saturación de oxígeno preductal después del nacimiento	
Tiempo/minuto	Saturación oxihemoglobina
1	60 - 65%
2	65 - 70%
3	70 - 75%
4	75 - 80%
5	80 - 85%
10	85 - 95%

Realizar la segunda valoración del APGAR al quinto minuto de nacido.

2. MANEJO DEL CORDÓN UMBILICAL

Se debe esperar que el cordón umbilical deje de pulsar, entre 2 a 3 minutos, para realizar el **pinzamiento** y cortarlo a 5 cm de la inserción en el abdomen (base). Se continúa con el contacto piel-piel, entre el RN y su madre.

Beneficios inmediatos del retraso del pinzamiento del cordón umbilical

- **En el recién nacido de bajo peso o prematuro:** Disminuye el riesgo hemorragia intraventricular, sepsis neonatal, reduce la necesidad de transfusión sanguínea, surfactante y ventilación mecánica así como también favorece al incremento del hematocrito, hemoglobina, presión sanguínea y oxigenación cerebral.
- **En recién nacidos a término:** Brinda un volumen adecuado de sangre y de reservas de hierro al nacimiento.

Pinzar tempranamente el cordón umbilical, antes de los 30 seg., en casos de: eritroblastosis fetal por incompatibilidad Rh (para evitar más pase de anticuerpos maternos anti Rh) y asfixia severa.

En los **recién nacidos a término o prematuros** que no requieran ventilación con presión positiva, **el cordón no se debe pinzar antes de un minuto después del nacimiento.**

La ligadura del cordón se realiza a 2 cm de la piel con un clamp umbilical. Verificar la presencia de 2 arterias y 1 vena; seguidamente realizar la desinfección del muñón umbilical con clorhidrato de clorhexidina al 2 %, como segunda opción alcohol al 70% y luego cubrir con una gasa estéril seca.

El cordón se limpia con agua y jabón. Se debe dejar al descubierto, para que se seque al aire libre. Usualmente el cordón se desprende del abdomen entre los 6 y 14 días después del nacimiento.

3. APEGO PRECOZ

Si el niño y la madre están estables después del parto, se deben poner en contacto directo (piel a piel). Se coloca al RN a nivel de los ojos de la madre, realizar contacto con la mejilla, cara, labios, nariz, se le explica la importancia del inicio temprano de la lactancia materna (dentro de la primera hora de vida) y que le hable a su hijo(a), para estimular la alimentación. En este momento se aprovecha para darle información del estado general. Se debe observar el proceso de adaptación del RN a la vida extrauterina: función respiratoria, cardíaca y coloración cutánea.

En los nacidos por cesárea, con utilización anestesia regional, se puede y se debe iniciar el apego precoz, dentro de la primera hora de vida: **la lactancia debe iniciarse de inmediato.** Con anestesia general, puede iniciarse en cuanto la madre se recupera de la anestesia.

Mediante la lactancia materna desde el primer día de vida es posible evitar el 16% de las muertes neonatales y hasta un 22% si la lactancia materna comienza durante la primera hora después del nacimiento

4. EXAMEN FÍSICO GENERAL DEL RECIÉN NACIDO

El objetivo de realizar un examen físico general, es valorar el estado general y detectar cualquier anomalía que en forma inmediata, pueda poner en peligro la vida del niño. Esta exploración incluye: evaluación de la respiración, de la FC, del tono muscular, de la actividad y se verifica la permeabilidad anal con termómetro (en el mismo acto se toma la temperatura rectal).

Se hace una exploración ligera, que comprende:

Examen Físico	
Cabeza	Búsqueda de lesiones secundarias al nacimiento (capput succedaneum, cefalohematomas, fracturas, heridas, etc.), cabalgamiento de suturas, tamaño de las fontanelas.
Tórax	Buscar asimetría o deformación. Verificar por auscultación la entrada de aire en ambos campos pulmonares, o de ruidos extraños (peristalsis, en hernia diafragmática).
Cardiovascular	Localización del latido cardíaco, FC (normal 120-160 lpm), ritmo (Buscar arritmias) y buscar soplos cardíacos.
Abdomen	Morfología (distendido, excavado). El hígado se palpa habitualmente a 1 a 2 cm bajo el reborde costal derecho. Bazo de tamaño normal (hasta 1 cm) se podrá palpar durante la primera semana de vida. Determinar la presencia de tumoraciones o crecimientos anormales de otras vísceras.
Cordón umbilical	Verificar que no haya sangrado. Identificar una vena y dos arterias umbilicales.
Genitales	Observar de acuerdo a sexo y edad, permeabilidad anal y vaginal, malformaciones.
Extremidades	Tono, movilidad, pulsos femorales, fracturas
Actividad, Tono y postura	El RN normal tiene brazos y piernas en semi flexión, los dedos de las manos flexionados sobre el pulgar, con el puño apretado, realizando en esta posición movimientos de flexo- extensión.
Malformaciones Congénitas	Debe hacerse una revisión general de la cabeza a los pies para buscar defectos tales como: anencefalia, microcefalia, hidrocefalia, mielomeningocele, labio y paladar hendido, dismorfias, alteraciones del pabellón, implantación baja de éstos, falta de conductos auditivos externos (atresia), cataratas, pie zambo (equino) etc.

Descartar otras alteraciones:

- **Atresia de coanas**

Técnica para valorar la atresia de coanas: se cierra la fosa nasal izquierda y boca, constatando aleteo en la fosa nasal contralateral, de igual manera se hace con la fosa nasal derecha.

- **Atresia de Esófago**

Solamente cuando exista sospecha de atresia de esófago (polihidramnios y/o excesiva salivación) se justifica comprobar la permeabilidad del esófago, pasando por nariz hacia estomago una sonda de alimentación N°5. **Si no hay impedimento al pasar la sonda se descarta la atresia. Si hay duda se debe confirmar atresia esofágica con un estudio radiológico.**

Cuando haya sospecha de oclusión intestinal, se aspira suavemente por la sonda, usualmente se obtienen entre 5-25 ml de líquido amniótico blanco, un volumen mayor de 25 ml orienta al diagnóstico de obstrucción intestinal.

5. PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD HEMORRÁGICA DEL NEONATO

A los RN sanos administrarles 1 mg de Vit. K IM una sola dosis al nacer.

Todos los procedimientos dolorosos deberán posponerse hasta no haberse establecido el apego precoz dentro de la primera hora de vida.

6. PROFILAXIS DE INFECCIÓN OCULAR

Aplicar colirio o ungüento oftálmico de antibióticos tales como: tetraciclina al 1% (terramicina), o

nitrate de plata al 1% (gotas). Se aplican en ambos ojos dentro de la primera hora del nacimiento, abriendo los párpados con los dedos y aplicando las gotas o ungüento en el ángulo interno del párpado inferior.

7. IDENTIFICACIÓN

El brazalete debe llenarse antes del nacimiento y deberá contener la siguiente información: Nombre de la madre con sus dos apellidos de soltera, N° de expediente, sexo, peso, fecha y hora de nacimiento. Permitir el registro fotográfico del neonato, si es solicitado por la familia.

8. EVITAR LA HIPO E HIPERTERMIA

La Hipotermia es grave en el RN, se considera temperatura normal entre 36.5 a 37 grados centígrados axilar. Se deberá evitar el sobrecalentamiento en los RN colocados bajo fuentes de calor radiante.

9. VALORACIÓN DEL APGAR

El APGAR es una evaluación del estado general del RN, que se efectúa al 1° y 5° minuto de vida. La evaluación del 1er minuto, tiene valor diagnóstico y el que se hace a los 5 minutos tiene valor pronóstico, entre más baja es la puntuación de Apgar, peor pronóstico neurológico o mayor mortalidad perinatal. Si la puntuación es ≥ 8 (niño normal) se mantiene junto a la madre.

Valoración del recién nacido por el método de puntuación de APGAR			
Signos	Puntaje		
	0	1	2
Frecuencia Cardíaca	Ausente	< 100 latidos / min	> 100 latidos / min
Esfuerzo Respiratorio	Ausente	Llanto y respiración débil	Bueno, llanto fuerte
Tono Muscular	Flacidez	Cierta flexión de las extremidades	Movimiento activo, extremidades bien flexionadas
Irritabilidad refleja (respuesta a la estimulación de la planta del pie)	Sin respuesta	Muecas	Llanto
Color	Cianosis generalizada, palidez	Cuerpo Rosado, extremidades azules (acrocianosis)	RN totalmente rosado

Interpretación del Puntaje del Apgar:

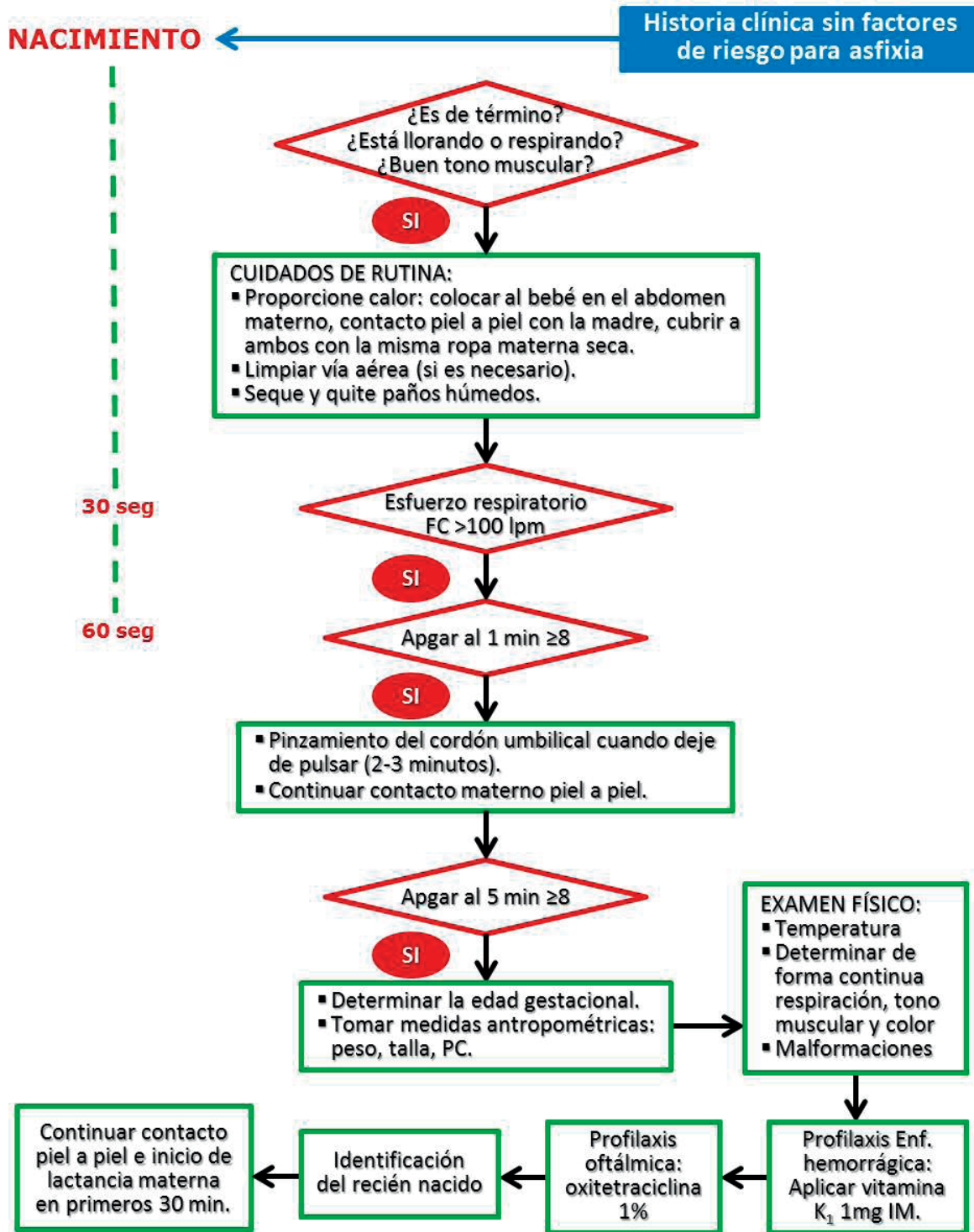
- 8-10 es normal.
- 4-7 depresión leve–moderada.
- 3 depresión severa.

Entre más baja la puntuación de Apgar, peor pronóstico neurológico o mayor mortalidad neonatal.

- Si la puntuación es > 8 se mantiene junto a la madre. Se continúa con el Apego Precoz.
- Si la puntuación es < 8 se ingresa a observación para su seguimiento.
- Al evaluar el Apgar al 5° minuto se aprovecha para medir la Temperatura y permeabilidad rectal.

- No se debe utilizar el APGAR para decidir intervención en el recién nacido, su mayor utilidad es como pronóstico de función neurológica
- **Para la intervención debemos utilizar: esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca**

ALGORITMO DE ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO SIN ASFIXIA



10. DETERMINACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL (EG)

Para calcularla se debe utilizar la fecha de última menstruación (FUM), si el dato brindado por la madre es confiable. Corroborar con métodos clínicos utilizando el test de Capurro.

a. Cálculo de edad gestacional utilizando la última menstruación:

Se cuentan los días transcurridos desde el primer día de la última menstruación hasta el día del nacimiento inclusive, **Ejemplo:** FUM 10 Febrero y fecha de nacimiento 18 Noviembre, suman 281 días, entre 7, corresponde a 40 semanas y 1 día, se reporta como un RN de 40 semanas cumplidas de gestación.

b. Edad gestacional mediante valoración de Capurro

Este método valora la edad gestacional del RN mediante exploración de parámetros somáticos y neurológicos. Es aplicable para niños de 29 semanas o más.

Existen dos variantes de este método:

- **El Capurro A**, aplicable a todo RN que no haya sufrido agresión que afecte su respuesta neuromuscular (anestesia, trauma, infección, etc.) y consta de 4 parámetros somáticos y 2 neurológicos.
- **El Capurro B**: es aplicable a todo niño de 1500 g ó más que no se pueda explorar adecuadamente (intubado, venoclisis, etc.) o en los que por cualquier otra causa esté afectada su respuesta neuromuscular.

CAPURRO "A"

Fecha: Hora:

TEXTURA de la PIEL (T. P.)	Muy fina gratinosa 0	Fina y lisa 5	Más gruesa discreta descamación superficial 10	Gruesa con grietas superficiales, descamación de manos y pies 15	Gruesa grietas profundas aperturadas 20
Forma de la OREJA (F. O.)	Aplanada, sin forma Incurvación en arco a nivel del Pabellón 0	Incurvación de una parte del borde del pabellón (superior) 8	Pabellón parcialmente incurvado en todo el borde superior 16	Pabellón totalmente incurvado 24	
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA (T. G. M.)	No palpable 0	Palpable menor de 5 mm. de diámetro 5	Diámetro entre 5 y 10 mm. 10	Diámetro mayor de 10 mm. 15	
PLIEGUES PLANTARES (P. P.)	Sin pliegues 0	Pliegues mal definidos sobre la mitad anterior 5	Pliegues bien definidos sobre la % anterior y surcos en % anterior 10	Surcos en la mitad anterior 15	Surcos en más de la mitad anterior 20
MANIOBRA DE LA BUFANDA (M. B.)	0	6	12	18	
POSICIÓN DE LA CABEZA (P. C.)	0	4	8	12	

1.- Si la valoración resulta entre dos cifras tomar el promedio.
 2.- Añádase a la suma total 200 y se obtiene en días la edad gestacional.
 (Formula $ES-200 + TP + FO + TGM + PP + MB + PC$)
 3.- Rango entre 208 y 302 días.

Resultado:

Médico que valoró: _____ Firma: _____

En el Capurro A se suman los puntos de las respuestas y se le agregan 200 puntos obteniéndose así la edad gestacional en días.

Fecha:

Capurro B

Hora:

Forma de la OREJA (F. O.)	Aplanada, sin forma Incurvación escasa o nula del Pabellón <input type="text" value="0"/>	Incurvación de una parte del borde del pabellón (superior) <input type="text" value="5"/>	Pabellón parcialmente incurvado en todo el borde superior <input type="text" value="10"/>	Pabellón totalmente incurvado <input type="text" value="15"/>	
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	No Palpable <input type="text" value="0"/>	Palpable menor de 5 mm. de diámetro <input type="text" value="5"/>	Diámetro entre 5 y 10 mm. <input type="text" value="10"/>	Diámetro mayor de 10 mm. <input type="text" value="15"/>	
Formación del PEZÓN	Pezón Apenas visible sin areola <input type="text" value="0"/>	Pezón más definido Areola lisa y chata. Diámetro menor de 7.5 mm. <input type="text" value="5"/>	Pezón bien definido Areola punteada Diámetro menor de 7.5 mm. <input type="text" value="10"/>	Pezón bien definido Areola punteada Diámetro mayor de 7.5 mm. <input type="text" value="15"/>	
TEXTURA de la PIEL (T. P.)	Muy fina gelatinosa <input type="text" value="0"/>	Fina y lisa <input type="text" value="5"/>	Más gruesa discreta descamación superficial <input type="text" value="10"/>	Gruesa con grietas superficiales, descamación de manos y pies <input type="text" value="15"/>	Gruesa grietas profundas apergaminadas <input type="text" value="20"/>
PLIEGUES PLANTARES (P. P.)	Sin pliegues <input type="text" value="0"/>	Pliegues mal definidos sobre la mitad anterior <input type="text" value="5"/>	Pliegues bien definidos sobre la 1/2 anterior y surcos en 1/2 anterior <input type="text" value="10"/>	Surcos en la mitad anterior <input type="text" value="15"/>	Surcos en más de la mitad anterior <input type="text" value="20"/>

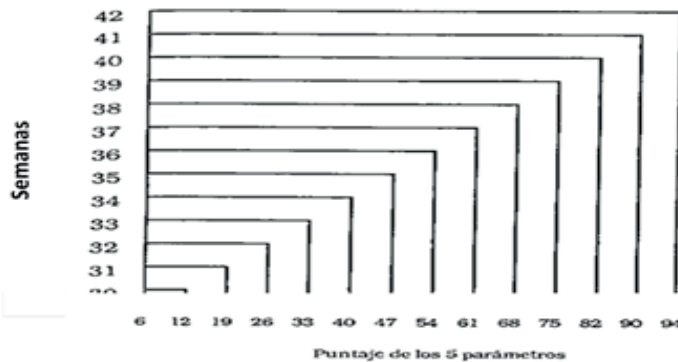
- 1.- Si la valoración resulta entre dos cifras tomar el promedio.
- 2.- Añádase a la suma total 208 y se obtiene en días la edad gestacional.
- 3.- Rango entre **200 y 208 días**

Resultado:

Médico que valoró: _____

En el caso del Capurro B se agregan 208 puntos a la suma de puntos de las respuestas. Para obtener la edad gestacional en semanas se divide la suma obtenida entre 7.

Para un cálculo más rápido sin tener que hacer operaciones matemáticas, utilice la tabla siguiente:



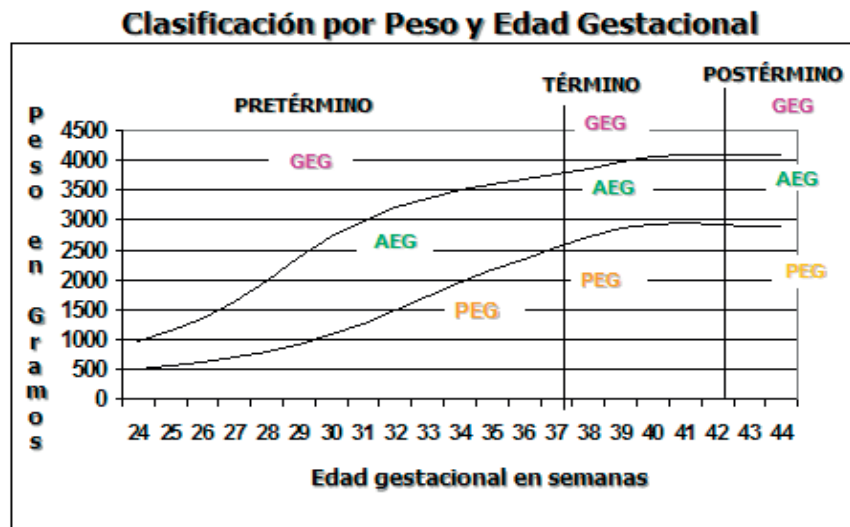
Cerezo R. Gráfico para calcular la edad gestacional en semanas, según el método de Capurro, 1976.

11. HIGIENE CORPORAL

La piel cabelluda se limpia cuidadosamente, así como el exceso de sangre, respetando el unto sebáceo, antes de ser presentado a la madre. En caso de estar cubiertos de sangre o meconio, se recomienda retirarlos, mediante algodón con agua tibia y eventualmente un jabón neutro, no antiséptico. En el caso de fetidez, amnionitis o sospecha de ella o materias fecales, se recomienda realizar higiene con jabón o un desinfectante de piel (clorhexidina 2%). Se deberá hacer una higiene cuidadosa de oídos, narinas, lugares de acumulación de sangre, unto y secreciones, que escapan a la limpieza habitual. El primer baño se deberá realizar después de haber confirmado que el recién nacido encuentra normo térmico (T° corporal entre $36,5-37^{\circ}$ C) y de preferencia después de las 24 horas de nacido.

12. SOMATOMETRIA

A todo RN debe pesarse desnudo, en la primera hora de vida, medir la talla y el perímetro cefálico (en la parte más prominente del occipucio y la glabella), y el largo del pie. Esto permite evaluar el estado nutricional, tomando en cuenta **el peso** y su edad gestacional. Se pueden obtener las siguientes categorías:



Cómo clasificar al recién nacido utilizando el gráfico de crecimiento intrauterino

Dependiendo de la edad gestacional, se clasifica de la manera siguiente:

- Pretérmino, se ubica en la curva entre la semana 24 hasta la semana 36 de gestación.
- Término, se ubica entre la semana 37 y 41 de gestación.
- Postérmino, se ubica después de la semana 41 de gestación.

Categorías de edad gestacional al nacimiento:

- Postérmino: ≥ 42 semanas
- Término: 37 – 41 semanas.
- Prematuro tardío: 34 – 36 semanas.
- Moderada: 30 – 33 semanas.
- Extrema: 26 – 29 semanas.
- Muy extrema: 22 – 25 semanas.

Peso al Nacer: Es la primera medida del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento. Para los nacidos vivos, el peso debe ser tomado preferiblemente dentro de la primera hora de vida antes de que ocurra cualquier pérdida significativa de peso.

- Sobrepeso o Grande para edad gestacional mayor a 4,000 gramos.
- Normal: con peso fetal entre 2500 – 4,000 gramos
- Bajo Peso al Nacer: Peso al Nacer menor de 2,500 gramos.
- Muy Bajo Peso al Nacer: Peso al Nacer menor de 1,500 gramos.
- Peso al Nacer extremadamente bajo: Peso al Nacer menor de 1,000 Gramos.

Nueva clasificación cronológica para las embarazadas está patrocinada por el ACOG y LA Sociedad de Medicina Materno-fetal:

- Término precoz: 37 a 38 semanas y 6 días.
- Término: entre 39 y 40 semanas y 6 días.
- Término tardío: entre 41 y 41 semanas y 6 días.
- Post-término: 42 o más semanas.

ACOG considera inconveniente hacer cesáreas antes de las 39 semanas si el curso del embarazo es normal.

Dependiendo de su edad y peso, se clasifica de la manera siguiente:

- RN Grandes (GEG): cuando el peso se ubica arriba del percentil 90 para su edad gestacional.
- RN Adecuados (AEG): el peso se ubica entre los percentiles 10 y 90 para su edad gestacional.
- RN Pequeños (PEG): peso y talla por debajo del percentil 10 para su edad gestacional.
- Bajo peso para la edad gestacional: peso por debajo y talla por encima del percentil 10.
- RN **Excepcionalmente grande:** con peso al nacer > 4,500 gramos.

Clasificación del recién nacido tomando en consideración peso al nacer y edad gestacional.

Conociendo el peso al nacer y la edad gestacional calculada en semanas, usándolas conjuntamente, se pueden obtener las siguientes categorías utilizándose las siglas correspondientes:

Clasificación peso al nacer y edad gestacional	
PR- GEG	Pretérmino grande para la edad gestacional.
PR- AEG	Pretérmino adecuado para la Edad gestacional.
PR - PEG	Pretérmino pequeño para la edad gestacional
T - GEG	A término grande para la edad gestacional
T-AEG	A término adecuado para la edad gestacional
T- PEG	A término pequeño para la edad gestacional
PT-GEG	Post-término grande para la edad gestacional
PT- AEG	Post -término adecuado para la edad gestacional
PT- PEG	Post-término pequeño para la edad gestacional

Una vez llenada la hoja de atención inmediata del recién nacido, la constancia de nacimiento, solicitudes de laboratorio clínico y que se ha garantizado el apego precoz se decide su traslado al nivel de atención correspondiente.

En caso de ser un RN que cumpla los criterios para ser dejado junto a su madre en alojamiento conjunto, se le informa a ella y resto de la familia sobre el proceso de atención y los resultados del nacimiento.

Brindar Cuidados de Rutina:

- **Observe:** respiración, actividad y coloración. Esto determinará la necesidad de intervención adicional.
- **Toma de signos vitales** cada 30 minutos en las primeras 2 horas de vida.
- Mantener Temperatura corporal normal.
- Continuar el Apego precoz (contacto piel a piel).
- Limpiar vía aérea, si es necesario (secar la boca y la nariz).
- Iniciar lactancia materna en la 1ª hora de vida.
- Observar succión y posición correcta. Pecho materno al menos 4 veces antes del alta.
- Verificar micción y defecación al menos 1 vez antes del alta.
- **Administrar** vacuna BCG antes de su egreso, determinar el grupo y Rh del bebé en caso de ser necesario (antecedentes de hiperbilirrubinemia o Isoinmunización en embarazos previos) del niño.
- Vigilar signos de alarma (**signos generales de peligro**)
- **El recién nacido debe ser valorado por el personal de salud durante toda su estancia en alojamiento conjunto y previo al alta.**

Signos de alarma en el RN	
Generales	Falta de movimientos uni o bilaterales, ausencia de llanto o llanto débil, falta de respuesta a estímulos, rigidez, hipotonía, cambios llamativos de peso, hipertermia o hipotermia, edemas.
Color	Ictericia, cianosis, palidez, gris terroso.
Respiratorios	Quejido, aleteo nasal, tiraje, taquipnea (más de 60 x minuto), respiración irregular, apneas.
Cardiovasculares	Soplos, taquicardia, arritmias, falta de pulsos femorales, mala perfusión periférica.
Gastrointestinales	Rechazo del alimento o falta de reclamo, dificultades en la succión/deglución, regurgitación por nariz, vómitos abundantes y/o amarillentos verdosos, falta de eliminación de meconio luego de las 48 hs, abdomen excavado o distendido, diarrea, sangre en las deposiciones.
Urinarios	Falta de micción pasadas las 48 hs, chorro fino, débil o entrecortado, hematuria (los cristales de uratos dan coloración rosada normal).
Neurológicos	Lengua que protruye, Moro asimétrico, incompleto o ausente, temblores exagerados, llanto agudo, convulsiones, sueño excesivo.
Musculoesqueléticos y de pie	Flaccidez o hipotonía, tumefacciones calientes, posiciones anormales de los miembros o inmovilidad, dolor a la movilización. Pústulas, petequias, hematomas, denudación de la piel, onfalitis.
Vínculo madre-padre-hijo	Problemas físicos, psíquicos o factores socioeconómicos del padre/madre que puedan afectar el establecimiento del vínculo. Madre que elude el contacto físico con el RN y/o rechaza la alimentación a pecho. Padre que no participa o no concurre a la visita.

Criterios para el alta temprana (24 horas después del nacimiento):

- RN de término, con peso adecuado para edad gestacional, sin complicaciones perinatales, examen físico normal y parto vaginal simple.
- Signos vitales estables por 12 horas previas al alta.
- El RN ha demostrado habilidad para succionar, ha orinado y defecado al menos una vez.
- Sin ictericia significativa en las primeras 24 horas de vida.
- Exámenes de laboratorio normales o negativos, incluyendo RPR materno si se realizó al momento del parto.

- La madre tiene conocimientos sobre lactancia materna, la higiene, posición de dormir y los cuidados generales que debe darle a su bebé y conoce las señales de peligro (letargo, pobre succión, coloración amarillenta de piel, sangrado del cordón umbilical, hipertermia o hipotermia). Estas instrucciones deben ser dadas por el personal de salud, previo al alta.
- Llenado completo de la HCP, la epicrisis neonatal y otros formatos establecidos.
- Dar cita de seguimiento temprano, a las 48 horas posterior a su egreso, con personal con experiencia en manejo de recién nacidos, para valorar: condición general, estado de hidratación, patrón y técnica de alimentación, datos de hiperbilirrubinemia, datos de infección, comprobar los patrones de evacuación y micción, descartar malformaciones, valorar la relación madre □ hijo y brindar consejería sobre alimentación, etc.

SECUENCIA DE EVALUACIÓN EN RECIÉN NACIDOS DE BAJO RIESGO	
AL NACER	Atención efectuado por la persona encargada de la recepción neonatal, en los primeros minutos de vida. El propósito de este examen es doble: <ol style="list-style-type: none"> Asegurar que no existen signos de inestabilidad cardiopulmonar importantes que requieran intervención. Identificar anomalías congénitas de consideración.
EN LAS PRIMERAS 12 HORAS DE VIDA	<ul style="list-style-type: none"> •Tiene como finalidad comprobar la adaptación cardiorrespiratoria y neurológica inmediata del RN, así como controlar la termorregulación, la lactancia y el relacionamiento padres-RN. •El examen puede limitarse a la observación del RN.
AL CUMPLIR 24 HORAS DE VIDA Y AL ALTA	<ul style="list-style-type: none"> •Se realiza nuevamente el control del peso y un examen físico y neurológico ordenado y completo. •Idealmente debe ser realizado en presencia de los padres, para evacuar todas las dudas de éstos y al mismo tiempo observar la interacción de éstos con el RN. •Informar a los padres sobre signos de alarma.
EN LAS PRIMERAS 48 - 72 HORAS DE VIDA	Tiene como objetivo evaluar hábitos fisiológicos y alimentación, observar el muñón umbilical y evaluar el vínculo madre/RN.
ENTRE LA 2 SEMANA Y EL MES DE VIDA	Tiene como objetivo evaluar la recuperación del peso de nacimiento, realizar un Examen Físico minucioso, se deberá evaluar el desarrollo y se aprovechará para seguir dando pautas de educación a los padres.

“PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PUERPERIO DE BAJO RIESGO”

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud de Nicaragua define en la Política Nacional de Salud el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud a través del desarrollo de acciones y servicios de promoción y prevención en todos los niveles de atención, con énfasis en salud reproductiva.

La muerte materna durante el puerperio equivale al 57% del total de las muertes; continua siendo elevada la domiciliar; a expensas principalmente por hemorragia; por ello se deberá de continuar haciendo esfuerzos mediante la atención de calidad del puerperio en la atención institucional y el trabajo con la comunidad en la atención domiciliar para disminuir la frecuencia de muerte materna durante este período.

En el área de intervención de Prevención de la Salud se enfatiza en evitar la aparición de daños, complicaciones, discapacidad y muerte mediante la ejecución de la estrategia de vigilancia y promoción del puerperio.

Es de vital importancia los cuidados brindados a la mujer durante este período de transformaciones progresivas posteriores al parto y garantizar la realización de actividades básicas que permitan disminuir las situaciones inconvenientes que sean peligrosos para su salud y la de su hijo (a).

OBJETIVO

El objetivo de este protocolo es estandarizar las técnicas de la atención inmediata posparto y puerperio fisiológico de mujeres en las unidades de salud públicas (primer y segundo nivel de atención), con el fin de prevenir las complicaciones que se producen durante este período enfatizando en la prevención de la hemorragia y sepsis.

POBLACIÓN DIANA

Serán consideradas como población diana y susceptible a TODA mujer que haya tenido un parto institucional o que asista en los 60 días posteriores al mismo y no se haya realizado ninguna atención puerperal en unidades y establecimientos de salud públicas y privadas.

ACTIVIDADES A REALIZAR

- Vigilancia de los cambios en el período inmediato y mediato.
- Incentivar inicio de la lactancia materna a través del apego precoz (contacto **piel con piel** de la madre y su hija/o).

DEFINICIÓN

Puerperio normal o fisiológico es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta casi regresarlas a su estado inicial, a excepción de la glándula mamaria pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad. El período del puerperio se extiende hasta los 60 días.

Atendiendo al tipo de evolución que puede tener el puerperio, debemos clasificarlo en:

- **Puerperio Fisiológico:** Cuando no se encuentran signos de peligro y su evolución es normal.
- **Puerperio Patológico:** Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia con la consecuente anemia, pero cualquier enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa pueden provocar una evolución patológica del puerperio. Entre sus principales síntomas se encuentran el sangrado anormal, fetidez, fiebre o dolor en bajo vientre.

A. CLASIFICACIÓN

La duración del puerperio se ha fijado en los 60 días posteriores al parto. Según el tiempo transcurrido después del parto se clasifica en:

- Inmediato (primeras 24 horas).
- Propiamente dicho (2do al 10mo día).
- Alejado (11avo al 45avo día y que finaliza muchas veces con el retorno de la menstruación).
- Tardío (45avo al 60avo día).

Para efectos de registro del MINSA se utiliza lo de hoja de "Registro Diario de Consultas y Atención Integral" considerándose como puerperio las pacientes que acuden para control en los primeros 42

días después del parto; donde puerperio inmediato son primeras 24 horas; puerperio mediato del 2do al 7 día y tardío al periodo que sigue del 8 día hasta el 42 día, después del alumbramiento.

B. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que se describen a continuación están relacionados con el efecto que pueden producir en el periodo del post parto: sepsis o hemorragia.

Tabla 1. Causas de HEMORRAGIA

Antenatales	
Anemia. Estado Nutricional deficitario. Inmunosupresión. Várices maternas. Macrosomía. Polihidramnios. Síndrome Hipertensivo Gestacional. Embarazo gemelar. Miomatosis Uterina.	Antecedentes de Coagulopatías (Púrpura Trombocitopénica) Ruptura Prematura de Membranas mayor de 6 horas (RPM), Inserción anormal de placenta. Incumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia previo a la atención del parto y puerperio.
Antes de la expulsión de la placenta	
Aumento en la frecuencia de tactos vaginales durante la atención del parto (más de cuatro). Parto Prolongado.	Retención de placenta. Laceraciones del útero y canal del parto (desgarro o rotura uterina, desgarro cervical, desgarro vaginal y perineal).
Después de la expulsión de la placenta	
Hipotonía o atonía uterina. Retención de restos placentarios o membranas. Laceraciones del canal del parto.	Coagulopatía materna. Rotura uterina. Inversión Uterina.

Tabla 2. Causas de SEPSIS

- Estados deficitarios maternos: Anemia, inmunosupresión, hemorragia.
- Aborto inducido en condiciones no seguras.
- Parto domiciliario.
- La rotura prematura de membranas.
- Múltiples tactos vaginales.
- Falta de cumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia. Parto patológico, los accidentes asociados a este evento y las intervenciones que se realizan para solucionarlos: Trabajo de parto prolongado, retención de restos placentarios, desgarros del canal del parto, extracción manual de la placenta.
- Infección de vías urinarias.

C. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del puerperio normal se basa en las manifestaciones clínicas que se presentan en la mujer según el tiempo transcurrido después del parto.

1) PUERPERIO INMEDIATO

Es el período de las primeras 24 horas después del alumbramiento.

Síntomas

Sensación de alivio y bienestar, dolor en la cara anterior e interna de los muslos por la fatiga muscular (generalmente sucede en periodos expulsivos largos), sensación de quemadura a nivel de la vulva aunque no exista ninguna lesión. El escalofrío es un aspecto que puede producirse, la puérpera es atacada por un temblor generalizado, casi siempre es benigno.

Signos

Su rostro se encuentra tranquilo, respira tranquilamente, el pulso es lleno- regular-amplio (60-70 por minuto), la presión arterial es normal y a veces algo baja, hay pérdida sanguínea con coágulos entre 100 y 400 ml. El globo de seguridad de Pinard es un índice de buena hemostasia y se produce después de la completa evacuación de la placenta, luego la matriz reduce su actividad disminuyendo primero la frecuencia de las contracciones y más tarde la intensidad de las mismas, a las 12 horas post parto la frecuencia llega a valores de una contracción cada 10 minutos. También hay que valorar su estado de conciencia, mamas, miembros inferiores y diuresis.

2) PUERPERIO PROPIAMENTE DICHO (2do al 10mo día)

Corresponde al período de máxima involución de los órganos genitales, de mayor derrame de loquios y de instalación de la secreción láctea.

Síntomas

Hay ligero malestar y sed, puede existir paresia fisiológica y temporal de evacuación intestinal y retención de orina en los 3 primeros días y poliuria posterior, desaparecen a los pocos días. Otras molestias son el dolor de la episorrafia y la presencia de hemorroides.

Signos

- En el examen físico general se puede observar que la puérpera tiene un aspecto tranquilo y su estado general es normal.
- El pulso y la presión arterial son normales.
- Disminuyen las pigmentaciones de la piel, cara, mamas son turgentes-duras-con red venosa visible, las estrías de abdomen pierden su color rojizo y se vuelven nacaradas.
- La glándula mamaria incrementa su volumen y produce el calostro, la secreción láctea se produce alrededor del 3ro o 4to día.
- Existe una asociación positiva entre el período de la lactancia y la amenorrea corta o larga de acuerdo con la duración de la alimentación al pecho. Se conoce que la mitad de las madres que lactan presentan amenorrea completa, un poco menos del 50% pueden menstruar y 3/5 partes tiene la probabilidad de quedar embarazadas durante la lactancia.
- Las modificaciones locales se caracterizan por la existencia de una capa de fibrina y de células deciduales que recubren la cavidad uterina y que son eliminadas en forma de loquios los cuales son flujos líquidos, son sanguíneos después del parto, a partir del 3ro-4to día la sangre se mezcla con los exudados y son serosanguinolentos, después del 7mo día se convierten en serosos, su olor es a hipoclorito de sodio y no son fétidos, pueden durar hasta 15 días.

- El útero tiene una ubicación abdominal; alrededor del 6to día está a la mitad de la distancia entre el ombligo y el borde superior del pubis, no es doloroso a la palpación. El cuello uterino recupera su consistencia y es casi normal al 3er día, el orificio interno se cierra alrededor del 12avo día y los genitales externos vuelven a su aspecto normal. La involución uterina se extiende hasta la aparición de la primera menstruación.
- Los entuertos son contracciones uterinas dolorosas en el puerperio, generalmente se producen en el momento en que el-la niño-a se pega al pecho materno, son intermitentes y seguidos de una pequeña pérdida vaginal, son más frecuentes en las multíparas que en las primíparas, debido a la disminución del tono uterino en las primeras.
- El ano puede presentar un rodete hemorroidal (sobre todo después de un expulsivo largo).

3) PUERPERIO ALEJADO (11vo a 45avo día)

Se concluye la involución genital y se alcanza, en términos generales, el estado pregravídico, si no se ha puesto en práctica la lactancia sobreviene la primera menstruación. El útero desaparece a la palpación abdominal y se encuentra pélvico.

4) PUERPERIO TARDIO (45avo a 60avo día)

Retorna la menstruación pero este signo es impreciso debido a la práctica de la lactancia materna.

MANEJO CLÍNICO

El manejo clínico se realiza a través del cumplimiento de las actividades previstas a realizar durante la vigilancia del puerperio inmediato que comprende las primeras 24 horas posteriores al parto previas al alta hospitalaria, y la atención puerperal en consulta externa.

1) ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO (Primera 24 horas)

En este periodo es sumamente importante realizar vigilancia estricta de las contracciones uterinas, el sangrado y los signos vitales en las primeras dos horas posteriores al parto en la sala de partos con el propósito de prevenir la hemorragia por desgarros no diagnosticados, hematomas y atonía o inercia uterina en el post parto, se considera de vital importancia para la identificación temprana de signos de peligro en esta etapa.

Según las Recomendaciones de la OMS sobre la conducta activa en el alumbramiento⁵ se debe evaluar inmediatamente el tono uterino para asegurar un útero contraído; continuar controlándolo cada 15 minutos durante 2 horas. Si hay atonía uterina, realizar un masaje en el fondo uterino y un monitoreo más frecuente.

Verifique y anote en HCP (sección PUERPERIO y EGRESO MATERNO) y expediente clínico cada 30 minutos:

- **Aspecto general.** Color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas.
- **Signos vitales**
- **Sangrado**
- **Loquios.** Después de 6 horas de la última toma, por turno y al alta.

⁵ Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. OMS. Año 2014.

- **Formación y persistencia del globo de seguridad de Pinard:** Palpación del útero a nivel o un poco por debajo del ombligo, con límites bien definidos, consistencia firme y elástica, que cambia a leñosa cuando vienen las contracciones. Si hay falta de contractilidad es útil colocar una bolsa de hielo en el hipogastrio luego de haber realizado estimulación de la contractilidad a través de masaje por palpación.

Sospechar de infección puerperal si hay: Aceleración permanente del pulso materno (signo precoz). Loquios fétidos, achocolatados o purulentos. Útero no involucionado- blando-poco delimitado y doloroso a la palpación. También sospechar si la mujer refiere dolor en bajo vientre, náuseas o vómitos.

Si se encuentra en unidades de salud del Primer Nivel de Atención aplique COE BASICO:

- Canalice una vía intravenosa con 1,000 ml de solución salina normal.
- Aplique dosis inicial de antibióticos (Penicilina Cristalina 2 millones UI IV más Gentamicina 160mg IV).
- Aplique dosis de dT según esquema de vacunación.
- Refiera de inmediato a especialista o a hospitalización.

Criterios de traslado de sala

Toda puérpera que no presente sangrado, signos o síntomas de infección y signos vitales dentro de límites normales.

Todo recién nacido cuyos signos vitales se encuentren dentro de límites normales y sin evidencias de malformaciones congénitas que pongan en riesgo su vida.

Características de loquios no mal olientes y no hemorrágicos.

Criterios de alta hospitalaria

De acuerdo a las Recomendaciones de la OMS, sobre el cuidado Postnatal de la Madre y del Recien Nacido⁶, se deberá evaluar a la madre en las Primeras 24 horas después del nacimiento, antes de dar alta a la puerpera.

Todas las mujeres después del parto deben tener una evaluación regular de sangrado vaginal, uterina la contracción, la altura uterina, la temperatura y la frecuencia cardíaca (pulso) de forma rutinaria durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora después del nacimiento.

Sin embargo en las instituciones donde exista una gran demanda de pacientes, se podrá dejar abierta la posibilidad de una vigilancia a la puerpera mínimo de 12 horas, siempre y cuando se cumplan los siguientes criterios valoradas previamente por el especialista.

- Parto eutócico.
- No presencia de hemorragia.
- No presencia de infección puerperal.
- No fiebre.
- Signos vitales dentro de límites normales.
- Hemodinamicamente estable.
- Acceso geográfico.
- Susceptible al seguimiento.
- Sin datos de peligro.

⁶ WHO Recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. Recommendation 8: Assessment of the mother, page 4. Año 2013.

Recomendaciones a brindar antes del egreso hospitalario:

- **Deambulación precoz.** Disminuye el riesgo de fenómenos tromboembólicos ya que activa la circulación de retorno, favorece la función intestinal y vesical, restablece la tonicidad de los músculos abdominales, favorece el derrame loquial.
- **Alimentación Balanceada** en calorías, proteínas, fibras y líquidos abundantes para favorecer la evacuación intestinal y suplir las necesidades nutricionales tanto de las púerperas que lactan como la de las que no lo hacen.
- **Higiene personal.** Recomendar baño en ducha (regadera) y no en inmersión, lavado externo con agua y jabón de la región perineo-vulvar una vez al día y de arriba hacia abajo, no realizarse lavados ni duchas vaginales, no colocarse apósitos de algodón y cambiar la toalla sanitaria varias veces al día. La episiorrafia debe mantenerse limpia y seca.
- **Lactancia Materna.** Educar sobre la importancia de brindar lactancia materna exclusiva y el cuidados de las mamas, éste último se basa en la limpieza de areola y del pezón antes y después de alimentar al niño/a, evita las infecciones cuya puerta de entrada son las grietas que se forman por las lesiones que puede presentarse durante la succión. Promover la participación de las madres en los Grupos de Apoyo de la Lactancia Materna presentes en la comunidad.
- **Relaciones sexuales.** Se pueden iniciar cuando haya desaparecido el sangrado y las molestias perineales. El tiempo no debe ser estricto y no se puede generalizar, dependerá de cada pareja y de la conducta sexual que se haya desarrollado.
- **Las opciones de métodos de planificación familiar de manera informada.** El propósito de la Anticoncepción Postevento Obstétrico (posparto, transcesárea y posaborto) es ampliar el intervalo intergenésico a por lo menos dos años, evitar el embarazo en adolescente que ha tenido un evento obstétrico, evitar el embarazo no deseado o no planificado, mejorar la calidad de vida, elevar su autoestima y autocuidado y disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Se debe impulsar la realización de acciones de información, educación y comunicación en temas de planificación familiar tanto en domicilio, como en el primer y segundo nivel de atención.
- Importancia de llevar a su hijo-a a **vigilancia y control del crecimiento y desarrollo** y signos-síntomas de alarma o peligro del bebé. Entregar el documento del certificado de nacimiento del niño-a y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata.
- **Citas** para asistir a atención del puerperio nuevamente, vacunación del niño o niña y para la evaluación de la púerpera.

Recordar que debe completarse el ítem de Egreso Materno de la Historia Clínica Perinatal.

2) ATENCIÓN DEL PUERPERIO PROPIAMENTE DICHO (2do 10mo día)

Esta es la atención que se realiza posterior al alta hospitalaria para efectuar control de la evolución del puerperio. Debe ser indicada a todas las mujeres cuyo puerperio fue normal.

Síntomas: Indagar sobre cambios en las mamas, la involución uterina, existencia de entuertos, características de loquios.

Si hay persistencia de entuertos después del 3er día sospechar de retención de restos placentarios.

Signos

- **Signos Vitales.** Hay pérdida de peso de 4 a 6 Kg. La temperatura es normal (37°C) e incrementarse un poco con la secreción láctea, puede existir una ligera hipotermia (36.4°C a 36.8°C), la presión arterial es normal o un poco baja, el pulso puede oscilar entre 60 y 70 latidos por minuto (excepto si ha habido hemorragia en el alumbramiento).

Conductas según situación

- Sospechar de infección puerperal si en los tres primeros días posteriores al alta hospitalaria hay:
 - Aceleración permanente del pulso materno (signo precoz).
 - Loquios fétidos, achocolatados o purulentos.
 - Útero no involucionado-blando-poco delimitado y doloroso a la palpación.
 - También sospechar si la mujer refiere dolor en bajo vientre, náuseas o vómitos.
 - Taquicardia, pulso acelerado
 - Fiebre
- Referir a especialista si...
- Referir a hospitalización si...
- Brindar orientaciones similares a las de egreso hospitalario
- Exámenes complementarios (solamente si se requieren):
 - Biometría Hemática.
 - Examen General de Orina.
 - Cultivo cervical.
 - Plaquetas.

Si se identifican alguna de las siguientes complicaciones realizar referencia a especialista o a hospitalización para su abordaje terapéutico. Si se cuenta con el recurso con competencia que sea éste quien realice el abordaje, de lo contrario proceda a referir a hospitalización garantizando las condiciones básicas de la misma.

- **Hematoma paragenital.** Ocurre cuando la hemostasia no es adecuada antes del cierre de la episiotomía, en ocasiones estos se infectan. La púerpera manifiesta sensación de cuerpo extraño y ardor en región vulvoperineal, a veces con dolor irradiado a muslo. Si son pequeños pueden reabsorberse, los grandes pueden abrirse al exterior por esfacelo de la pared y complica el pronóstico.
- **Trombosis venosa profunda:** Es debida a estasis del embarazo y al estado hipercoagulable por efecto del estrógeno. Para evitar este problema es importante la deambulacion temprana y el retraso del uso de píldoras anticonceptivos por vía oral hasta dos semanas o más reducen la frecuencia de esta complicación. Algunos signos y síntomas son: hinchazón de la pierna o a lo largo de una vena de la pierna, dolor que quizá solo se sienta al estar de pie o caminar, más calor en la zona que está hinchada o dolorosa y enrojecimiento o alteraciones del color de la piel de la pierna.
- **Dehiscencia:** La dehiscencia por herida es la separación de las capas de una herida quirúrgica. Signos y síntomas son: Herida expuesta, Edema en el área de la herida, Secreción serosa, Enrojecimiento del área, Ardor, Picazón, Sangrado excesivo, Ardor al contacto con la orina.

Algunas de las causas pueden ser: Infección en la herida. Presión sobre puntos de sutura. Sutures demasiado ajustadas. Lesión en el área de la herida. Tejido o músculo débil en el área de la herida. Técnica incorrecta de sutura usada para cerrar el área operatoria. Mala técnica de cerrado al momento de la cirugía.

Su abordaje es: Terapia de Medicamentos. Terapia Antibiótica. Cuando sea apropiado, cambios frecuentes en las vendas de la herida para prevenir infección. Cuando sea apropiado, exposición de la herida al aire para acelerar la curación y prevenir infección, y permitir el crecimiento de nuevo tejido desde debajo. Intervención Quirúrgica, y Resupuración.

- **Infección de la episiorrafia:** Si se trata de piel y fascia superficial, se utiliza un antibiótico de amplio espectro, si al cabo de 48 horas no responde al tratamiento, abrir la episiorrafia y debridar. Signos y síntomas: Enrojecimiento y edema del área, Secreción purulenta e Hipertermia.
- **Mastitis:** Complicación que se caracteriza por fiebre, tumefacción, edema y enrojecimiento de las mamas y que además son sensibles y dolorosos, además hay fiebre y ganglios axilares. Aplicar antibióticos orales, realizar drenaje de la leche materna, se administra **Dicloxacilina 500 mg**. P.O. cada 6 horas por 7 días.
- **Sepsis Puerperal:** Es una complicación de la infección del tracto genital después del parto o de un aborto, se caracteriza por presentar: dolor pelviano, fiebre igual o mayor a 38 grados centígrados por lo menos en una ocasión, taquicardia, secreción vaginal anormal purulenta, con mal olor o sangrado anormal, disminución del ritmo de involución uterina.

Dar antibioticoterapia (ver protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas). Realizar referencia a especialista o a hospitalización para su abordaje terapéutico.

Son indicaciones de abordaje quirúrgico:

- Desgarros del canal del parto.
- Sangrado anormal.
- Restos placentarios.
- Sepsis puerperal, previa impregnación con antibióticos.

3) ATENCIÓN DEL PUERPERIO ALEJADO (11vo a 45avo día)

Se recomienda realizar una revisión ginecológica postparto al finalizar la sexta semana. Es una consulta completa y detallada sobre la evolución de la lactancia, el estado del recién nacido (a) y los cambios maternos, se aprovechará para visualizar el cuello y tomar citología vaginal (de acuerdo a normativa de cáncer cervicouterino) si no se ha efectuado durante el embarazo, también se aprovecha para reorientar a la pareja sobre planificación familiar.

4) ATENCIÓN DEL PUERPERIO TARDIO (45avo a 60avo día)

La atención del puerperio tardío es igual a la atención del puerperio alejado, consiste en una revisión ginecológica post-parto al finalizar la décima primera semana. Es una consulta completa y detallada sobre la evolución de la lactancia, el estado del recién nacido (a) y los cambios maternos, se aprovechará para visualizar el cuello y tomar citología vaginal si no se ha efectuado durante el embarazo o en los controles previos, también se aprovecha para orientar a la pareja sobre planificación familiar.

BIBLIOGRAFIA

1. ACOG Committee Opinion 579, Noviembre de 2013.
2. ACOG Women's Health Care Physicians; Committee on Health Care for Underserved Women. Committee Opinion No. 569: oral health care during pregnancy and through the lifespan. *Obstet Gynecol.* ©2013 Aug; 122(2 Pt 1):417-22.
3. Autoconcepto en el embarazo de alto riesgo y en la pérdida gestacional recurrente. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(3):143-50. Guillermo González Campillo,* Claudia Sánchez Bravo,* María Eugenia Gómez López,* Evangelina Aldana Calva,* Francisco Morales Carmona.
4. Alzamora VA, Pastor BA, Oliveros DM y Livia BC. El Recien Nacido Macrosómico: Incidencia y Morbimortalidad. *Ginecología y Obstetricia N.º2* 1986; 30: 2429
5. Bustos JC, Vera E, Pérez A, Donoso E. El embarazo en la quinta década de la vida. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1986; 51: 402-11.
6. Block SR, et al. Maternal pre-pregnancy body mass index and risk of selected birth defects: evidence of a dose-response relationship. *Paediatr Perinat Epidemiol* ©2013 Nov;27(6):521-31.
7. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, No.5. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002.
8. Boggess KA, et al. Severe preeclampsia and maternal self-report of oral health, hygiene, and dental care.
9. Baneas O. G, Pineda B. E, Mejía N. L, Mortalidad neonatal en niños de neonatología del I.H.S.S. *Rev. ed. Post UNAH* 1998; 3:78-84.
10. Bystrova K, Widstrom AM, Mattiesen AS. Et al. Skin to skin contact may reduce negative consequences "of the stress of being born: a study of temperature of newborn infants, subjected to different ward routines in St Petersburg. *Acta Paediatr*, 2003;92(3)(Medline).
11. Berghella V, Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice *American Journal of Obstetrics & Gynecology* MAY 2012; 376-386
12. Collaborating Center for Womens and Childrens NICE. Clinical Guideline 62. Antenatal care. Routing care for the healthy pregnant woman. March 2008.
13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Updated recommendations for use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid, and acellular pertussis vaccine (Tdap) in pregnant women—Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2013;62:131–5
14. Czeizel AE, et al. *Ann Nutr Metab.* ©2011 Oct;58(4):263-71. Wang ZP, Shang XX, Zhao ZT. *J Matern Fetal Neonatal Med.* ©2012 Apr;25(4):389-94.
15. Duley L, et al. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Review content assessed as up-to-date: 6 February 2007. Edited (no change to conclusions), published in Issue 10, 2010. Copyright ©2010 The Cochrane Collaboration. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. WHO Guidelines Review Committee ©2011.
16. Donoso E, Becker J, Villarroel L. Embarazo en la adolescente chilena menor de 15 años. Análisis de la última década del siglo XX. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2001; 66: 391-6.
17. De-Regil LM, et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Up-to-date: 10 August 2010.
18. Derek Llewellyn Jones *Ginecología y Obstetricia. Séptima Edición.* Impresiones Harcourt. España 2000.
19. Estándares e indicadores de calidad en los procesos de atención en salud: Planificación Familiar, Salud Materna, Salud Neonatal y de la Niñez, VIH/Sida, y Uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos. MINSA. Año 2009.

20. Emiliano Soto Romo. Revista médica de Santiago. Sección anatómico-clínico. Sobre la muerte materna. Embolia de líquido Amniótico. Año 2000.
21. Evans G, Gutiérrez D, Poulsen R: Masas anexiales durante el embarazo. Rev Chil Obstet Ginecol 2001; 66(5): 410-13
22. Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. J. Guadalupe Panduro B. 1,3, J. Jesús Pérez M. 2, Elizabeth Guadalupe Panduro M. 1, Juan Francisco Castro H.2,3, María Dolores Vázquez G.
23. Goldbloom RB. Prophylaxis for gonococcal and chlamydial ophthalmia neonatorum. En: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination Canadian Guide to Clinical preventive Health Care Ottawa: health Canada 1994;168-75
24. Guía para el Cuidado del Neonato. Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua. Marzo 2013.
25. Guía para el manejo del Neonato. Nicaragua, Ministerio de Salud. 2006.
26. Grisaru D, Deutch V, Pick M, et al. Placing the newborn on the maternal abdomen after delivery increases the volume and CD34 cell content in the umbilical cord blood collected: an old maneuver with new applications. Am J Obstet Gynecol 1999 May; 180(5):1240-3.
27. Gautham K. Suresh, William H. Edwards Central Line-Associated Bloodstream Infections in Neonatal Intensive Care: Changing the Mental Model from Inevitability to Preventability. Amer J Perinatol 2012; 29(01): 57-64.
28. Guía para la Atención Integral de las y los Adolescentes. Normativa 0-95. MINSA. Año 2012.
29. George A, et al. Periodontal treatment during pregnancy and birth outcomes: a meta-analysis of randomised trials. Int J Evid Based Healthc. ©2011 Jun;9(2):122-47.
30. Guías para el Continuo de la Atención de la mujer y el Recién Nacido focalizada en APS. Fescina RH. Demucio B. Diaz Rossello. Centro Latinoamericano de Perinatología. N° 1577 – 2011
31. Hess LW, Peaceman A, O'Brien WF et al: Adnexal mass occurring with intrauterine pregnancy; report of fifty-four patient requiring laparotomy for definitive management. Am J Obstet Gynecol 1988; 158: 1029-34.
32. Haak M, Vugt V, Pathophysiology of Increased Fetal Nuchal Translucency a Review of literature, Human REproduction Update 2003, 9(2),175-184 IE 11.
33. Instructivo para el Llenado de la Historia Integral de la/el Adolescentes. Normativa 107. MINSA. Año 2012
34. J Periodontol. ©2013 Feb;84(2):143-51.
35. Karen M. Edmond, MMSc, FRCPCH, Charles Zandoh, MSc, Maria A. Quigley, Seeba Amenga-Etego, MSc, Seth Owusu-Agyei, PhD y Betty R. Kirkwood, MSc, FMedSci, "Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality" Pediatrics, 2006; 117: 380-386.
36. Ley General de Salud y su Reglamento. Ministerio de Salud Programa de Modernización. Managua, Nicaragua 2003.
37. Moster D, Lie R T, Markstad T. Joint association of Apgar scores and early neonatal symptoms with minor disabilities at school age. Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal. Edition 2003; 86: F16 (Medline).
38. Moster D, Lie RT, Irgrens LM, Bjerkedal T, Markestad T. The association En el RN normal: La frecuencia respiratoria (FR) es de 40-60 x minuto, la FC en reposo es 120-160 lpm, el color es rosado total (generalizado) o con acrocianosis of Apgar score with subsequent death and cerebral palsy: A population-based study in term infants. J Pediatr 2001 Jun; 138 (6):98-803. (Medline).
39. Ministerio de Salud. Cuadro de procedimientos atención integral a la niñez. Managua, Nicaragua: MINSA; 2009. p. 15-27. Disponibles en www.minsa.gob.ni
40. Mimoz O, Villeminey S, Ragot S, Dahyot-Fizelier C, Laksiri L, Petitpas F, et al. Chlorhexidine-

- based antiseptic solution vs. alcoholbased povidone-iodine for central venous catheter care. Arch Intern Med 2007; 167: 2066–72.
41. Milman N. Ann Hematol ©2011. • Christian P, et al. Lancet ©2004. • Imhoff-Kunsch B, Briggs V. Paediatr Perinat Epidemiol. ©2012 Jul.
 42. Ministerio de Salud Proyecto de Modernización del Sector Salud Atención Integral a la Mujer y la Niñez, Managua, Nicaragua, abril 1995.
 43. Ministerio de Salud Dirección General de atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia, Manual de salud Reproductiva. Managua, Nicaragua, 1996.
 44. Ministerio de Salud Programa de Modernización del Sector Salud, Hospital Alemán Nicaragüense, Protocolo de Prevención y Manejo de la Hemorragia Post-Parto–riesgo y puerperio, Managua, Nicaragua, Junio 1997.
 45. Ministerio de Salud Dirección de Atención Integral a la Mujer, Niñez y adolescente. Protocolos para la atención Obstétrica y Pediátrica, Managua, Nicaragua, Marzo 2001.
 46. Ministerio de Salud, Dirección General de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia. Normas para la atención prenatal, parto de bajo riesgo. 2005.
 47. Matthews Mathai. Rasad Sanghvi. Richard J. Guidotti. Integrated Management of pregnancy and Childbirth. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para Obstetrices y Médicos. OMS. FNUAP. UNICEF. Banco Mundial.2002 Normas para la planificación familiar. Ministerio de Salud. República de Nicaragua. Dirección de atención integral a la mujer. Noviembre2005.
 48. Miguel Margulies. Intervención para prevenir la muerte materna en mujeres de alto riesgo obstétrico.
 49. Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal. Normativa 106. MINSA. Año 2012.
 50. Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria. MINSA. Nicaragua. Año 2008.
 51. NICE. Diabetes in Pregnancy. Management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period. Clinical Guideline March 2008.
 52. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): Hypertension in pregnancy. The management of Hypertensive disorders during pregnancy. August 2010. Last modified January 2011.
 53. OMS. El uso de pruebas rápidas para sífilis. Organización Mundial de la Salud en nombre del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre enfermedades tropicales. TDR 2007.
 54. OPS/OMS. AIEPI Neonatal. Intervenciones Basadas en Evidencia. En el Contexto del continuo Materno-recien nacido-niño menor de 2 meses. OPS 2009.
 55. Oscar Flores Et al. Salud Sexual y reproductiva en Ginecología y Obstetricia. Universidad autónoma de Nicaragua. Facultad de ciencias medicas. UNAN. UNFPA.
 56. Puckett RM, Offringa M. Uso profiláctico de vitamina K para la hemorragia por deficiencia de vitamina K en recién nacidos. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus 2008
 57. Pruebas científicas de los 10 Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. OMS, Ginebra, 1998.
 58. Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Atkins DL, Chameides L, Goldsmith JP, et al. Part 11: Neonatal resuscitation: 2010 International consensus on Cardiopulmonary resuscitation and emergenc cardiovascular care science With treatment Recommendations. Circulation. 2010; 122: S516-S38
 59. Peña-Rosas JP, et al. Cochrane Database of Systematic Reviews ©2012, Issue 12. Martínez Guillén FI. Nicaragua Pediatr ©2013;1(1):27-31
 60. Ramakrishnan U, et al. Effect of women’s nutrition before and during early pregnancy on maternal and infant outcomes: a systematic review. Paediatr Perinat Epidemiol. ©2012 Jul;26

- Suppl 1:285-301.
61. Schwarcz Ricardo Duverges. Et. Al. Gineco Obstetricia Quinta Edición. Quinceava Reimpresión. Librería el Ateneo, BuenosAires, Argentina. 2003.
 62. Spong CY. Defining term pregnancy: recommendations from the Defining Term Pregnancy Workgroup. JAMA 2013;309: 2445-6.
 63. Salud materna e infantil en Nicaragua. Avances y desafíos 2005. Día mundial de la salud 2005. OPS. OMS. UNFPA. UNICEF. República de Nicaragua. Ministerio de Salud.
 64. Sebire NJ, Souka A, Carvalho M, Nicolaides KH. Inter-twin membrane folding as an early feature of developing twin-to-twin transfusion syndrome. Ultrasound Obstet Gynecol 1998b;11:324–27.
 65. Taller Regional: Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo do control prenatal. Department of Reproductive Health and Research (RHR), World Health Organization. 2009.
 66. The American College of Obstetricians and Gynecologist Committee on Obstetric Practice Society for Maternal Fetal Medicine. Definition of Termn Pregnancy. Number 579. November 2013. Committee of Opinion.
 67. Van Rheenen P. Delayed cord clamping and improved infant outcomes: enough evidence exists to encourage a routine change in practice. BMJ. 2011;343:d7127. doi:10.1136/BMJ.d7127.
 68. Valderrama. J. Eliminacion de la Sifilis Congénita en America Latina y el Caribe, marco de referencia para su implementación. Washington DC OPS. 2005.
 69. World Health Organization (WHO). Guidelines on basic newborn resuscitation. Geneva: World Health Organization, 2012.
 70. WHO Expert Committee recommended that pregnant women and children from 12 months to five years old be included in all worm control strategies. WHO Geneve Dec 2, 2004. Christian P, Antenatal anthelmntic treatment, birthweightand infant survival in rural Nepal. Lancet 11-17 Sep 2004 Vol 364(9438): 981-83
 71. WHO Recommendations for Prevention and treatment of pre eclampsia and eclampsia 2011.
 72. World Health Organization and Institute of Nutrition During Pregnancy and Lactation: An Implementation Guide. 2009
 73. 2014 by the American Diabetes Association. See <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nds> World Health Organization (WHO). Guidelines on basic newborn resuscitation. Geneva: World Health Organization, 2012.

1 Tabla 1.

North of England Evidence Based Guideline Development Project, 1996	
Categorización de la Evidencia	
I:	Ensayos clínicos controlados, metaanálisis o revisiones sistemáticas bien diseñados.
II:	Estudios controlados no aleatorizados bien diseñados (cohortes, casos y controles).
III:	Estudios no controlados o consenso.
Fuerza de las recomendaciones	
A	Basadas directamente en evidencia de categoría I.
B	Basadas directamente en evidencia de categoría II, o extrapoladas a partir de evidencia de categoría I.
C	Basadas directamente en evidencia de categoría III, o extrapoladas a partir de evidencia de categoría I o II.

Tabla 2.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developers' handbook (Section 6: Forming guideline recommendations), SIGN publication n° 50, 2001.	
Niveles de evidencia	
1 ⁺⁺	Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de de ensayos controlados y aleatorizados (ECA) o ECA con riesgo de sesgos muy bajo.
1 ⁺	Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ECA, o ECA con riesgo de sesgos bajo.
1 ⁻	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ECA, o ECA con riesgo de sesgos alto.
2 ⁺⁺	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o casos-controles. Estudios de cohortes o casos-controles con riesgo de sesgos muy bajo y alta probabilidad de que la relación sea causal.
2 ⁺	Estudios de cohortes y casos-controles bien realizados y con riesgo de sesgos bajo y probabilidad moderada de que la relación sea causal.
2 ⁻	Estudios de cohortes y casos-controles con riesgo de sesgos alto y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos (Ej. Serie de casos).
4	Opinión de expertos.
Fuerza de las recomendaciones	
A	Al menos un meta-análisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1 ⁺⁺ , directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1 ⁺ , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 ⁺⁺ , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1 ⁺⁺ o 1 ⁺ .
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 ⁺ , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2 ⁺⁺ .
D	Evidencia de nivel 3 ó 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2 ⁺ .

xlii Makuch MY. Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de febrero de 2010). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

xliii Roberts J. Maternal position during the first stage of labour. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJN eds. Effective care in pregnancy and childbirth. Vol. 2. Oxford: Oxford University Press; 1989: 883–892

