



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

Normativa 011 – Tercera Edición

NORMAS PARA LA ATENCION PRENATAL, PARTO, RECIEN NACIDO/A Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO

Y

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

Managua, diciembre 2020



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

Normativa 011 – Tercera Edición

NORMAS PARA LA ATENCIÓN PRENATAL, PARTO, RECIEN NACIDO/A Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO

Y

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

Managua, diciembre 2020

FICHA CATALOGGRAFICA

N WQ 175 0028 2020	Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional Ministerio de Salud. Normativa 011- Normas para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo y Protocolo para la atención prenatal, parto, recien nacido/a y puerperio de bajo riesgo. 3 ed. Managua, diciembre 2020. MINSA. 284 p. tablas, graficos, ilustraciones
<p>1.- Atención Prenatal^normas 2.- Atención Perinatal^Normas 3.- Atención Postnatal^normas 4.- Atención Perinatal 5.- Factores de Riesgo 6.- Eclampsia 7.- Prestación de Atención de Salud^métodos 8.- Prestación de Atención de Salud^normas 9.- Clasificación de Riesgo de Atención Prenatal 10.- Protocolo de Atención del Parto de Bajo Riesgo 11.- Protocolo de Atención del Recién Nacido de Bajo Riesgo 12.- Protocolo de Atención del Puerperio de bajo Riesgo 13.- Diagnóstico del Embarazo 14.- Exámen Físico General Completo</p>	

Ficha bibliográfica elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud

INDICE

SECCION I: "NORMAS PARA LA ATENCION PRENATAL, PARTO, RECIEN NACIDO Y PUEPERIO DE BAJO RIESGO".....	8
I. INTRODUCCION.....	10
II. ANTECEDENTES.....	11
III. JUSTIFICACIÓN	12
IV. SOPORTE JURÍDICO.....	13
V. DEFINICIONES Y ASPECTOS CONCEPTUALES	14
VI. DEFINICION DE LA NORMA	16
VII. OBJETO DE LA NORMA	16
VIII. CAMPO DE APLICACIÓN.....	16
IX. UNIVERSO DE LA NORMA	16
X. DISPOSICIONES DE LA NORMA	16
XI. DEFINICIÓN Y ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....	20
XII. BIBLIOGRAFIA	25
XIII. FLUJOGRAMA	26
XIV. ANEXOS.....	27
SECCION II: PROTOCOLOS PARA LA ATENCION PRENATAL, PARTO, RECIEN NACIDO Y PUEPERIO DE BAJO RIESGO	74
1. INTRODUCCION.....	76
2. OBJETIVOS	77
3. GLOSARIO DE TERMINOS.....	78
4. ACRONIMOS.....	82
5. POBLACIÓN DIANA.....	84
6. ACTIVIDADES A REALIZAR	84
"PROTOCOLO I: ATENCIÓN PRENATAL DE BAJO RIESGO".....	86
1. DEFINICION	88
2. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA EMBARAZADA DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL.....	89
3. FACTORES DE RIESGO.....	89
4. DIAGNOSTICO	93
5. PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTO Y PREVENCION DE COMPLICACIONES.....	94
PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL	98
SEGUNDA ATENCIÓN PRENATAL	161
TERCERA ATENCIÓN PRENATAL	162
CUARTA ATENCION PRENATAL	164

QUINTA ATENCION PRENATAL	167
SEXTA ATENCION PRENATAL	168
PRIMERA EVALUACIÓN INTEGRAL	170
SEGUNDA EVALUACION INTEGRAL	173
6. DEFINICION DE ROLES POR NIVEL DE ATENCION.....	174
7. EDUCACION, PROMOCION Y PREVENCION	174
8. ALGORITMO DE LA ATENCION PRENATAL.....	179
9. BIBLIOGRAFIA.....	180
10. ANEXOS.....	190
“PROTOCOLO II: ATENCIÓN DEL PARTO DE BAJO RIESGO”.....	206
1. DEFINICIÓN	208
2. CLASIFICACIÓN.....	208
3. FACTORES DE RIESGO.....	208
4. DIAGNÓSTICO Y CONFIRMACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	209
5. PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES.....	211
6. DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVELES DE ATENCIÓN	239
7. EDUCACION, PROMOCION Y PREVENCION	239
8. ALGORITMO DE LA EMBARAZADA EN TRABAJO DE PARTO	241
9. BIBLIOGRAFÍA.....	242
10. ANEXOS.....	244
“PROTOCOLO III: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO (a) DE BAJO RIESGO”.....	252
1. DEFINICION	254
2. FACTORES DE RIESGO.....	254
3. PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTO Y PREVENCION DE COMPLICACIONES.....	255
4. DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN.....	272
5. EDUCACIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	273
6. ALGORITMO	275
7. BIBLIOGRAFIA.....	276
“PROTOCOLO IV: ATENCIÓN DEL PUERPERIO DE BAJO RIESGO”.....	280
1. DEFINICIÓN	282
2. CLASIFICACIÓN	282
3. FACTORES DE RIESGO.....	282
4. DIAGNÓSTICO	284
5. PROCEDIMIENTOS – MANEJO CLINICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES	285
6. DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN.....	290

7.	EDUCACIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	291
8.	ALGORITMO DE LA ATENCIÓN DEL PUERPERIO.....	293
9.	BIBLIOGRAFIA.....	294
10.	ANEXOS	296

**SECCION I: “NORMAS PARA LA ATENCION PRENATAL, PARTO,
RECIEN NACIDO Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO”**

I. 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 universal a los servicios de salud a las y los nicaragüenses, implementa acciones que fortalecen la salud materna y neonatal, en el marco de los lineamientos de la Política Nacional de Salud.

El MINSA ha tenido importantes logros en la reducción de la morbi – mortalidad materna y perinatal a nivel nacional, el personal de salud ha sido actualizado sistemáticamente con la elaboración de dos normativas anteriores de atención prenatal (2009 y 2015), sumado a inversiones en infraestructura en salud desde el 2007¹, incorporación de nuevos equipos de alta tecnología como ultrasonidos para hospitales departamentales², equipamiento de laboratorios³, medicamentos para el manejo de las complicaciones obstétricas, además se ha triplicado la formación de recursos humanos como personal de enfermería, médicos, red de especialistas y subespecialistas en Medicina Perinatal⁴, implementación de clínicas móviles para mejorar el acceso de las poblaciones más vulnerable de las zonas rurales y otras estrategias institucionales y comunitarias.

Estos logros se han visibilizado con la reducción de la mortalidad materna de 93 x 100 mil NVR 2006 a 38.5 x 100 mil NVR en el 2016 y la disminución de la mortalidad perinatal de 16 a 13 x 1000 NVR. La ENDESA 2011/12 reporta que al 95 por ciento de las embarazadas se le brindó al menos una atención prenatal, siendo el sector público el que contribuye con 78.2%.

En base a la última evidencia científica se recomienda que el número de APN que debe tener la mujer con el profesional de la salud a lo largo del embarazo debe ser ocho, ya que se ha demostrado que una mayor frecuencia de APN se asocia a una disminución de la probabilidad de muertes perinatales hasta en 8 por cada 1000 nacimientos, en comparación con un mínimo de cuatro APN. Este esquema facilita la adopción de medidas preventivas y la detección oportuna de riesgos y reduciendo las complicaciones maternas-fetales. Sin embargo, en Nicaragua se adoptará esta recomendación, donde garantiza un mínimo de seis APN (la 1^{ra} antes de las 12, 2^{da} entre las 16-20, 3^{ra} entre las 24-26, 4^{ta} a las 30, 5^{ta} a las 34 y la 6^{ta} a las 36 SG) y dos evaluaciones integrales a las 38 y 40 SG.⁵

La presente Normativa 011 - Tercera Edición, reemplaza la segunda edición del año 2015 y fue validada con expertos en Gineco-Obstetricia y en la subespecialidad de Perinatología, y personal de salud del primer y segundo nivel de atención de los SILAIS. Esta contiene 5 secciones (*Norma y cuatro protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo*).

El MINSA pone a disposición este documento normativo actualizado en base a las últimas intervenciones basadas en evidencia, brindando las herramientas básicas para fortalecer las competencias del personal de salud del sector salud y convirtiéndose en un referente para estandarizar las prácticas clínicas con el propósito de permitir que la gestante experimente una experiencia positiva⁶, con la finalidad de contribuir en la reducción de la morbi mortalidad materna y perinatal en el marco de la cobertura universal.

¹<http://www.minsa.gob.ni/index.php/component/content/article/110-noticias-2020/5449-nicaragua-continua-millonaria-inversion-en-infraestructura-para-la-salud>

² <http://www.minsa.gob.ni/index.php/105-noticias-2016/3176-hospitales-del-pais-reciben-equipos-de-alta-resolucion-para-realizar-ultrasonidos>

³ <http://www.minsa.gob.ni/index.php/noticias-2017/3725-centros-de-salud-reciben-equipamiento-para-laboratorios>

⁴ <https://www.e119digital.com/articulos/ver/titulo:98771-nicaragua-contara-con-nuevos-especialistas-en-medicina-perinatal>.

⁵<https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who#:~:text=Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20atenci%C3%B3n%20prenatal&text=Una%20atenci%C3%B3n%20prenatal%20co,n%20un,un%20m%C3%ADmo%20de%20cuatro%20visitas>

⁶ Una experiencia de embarazo positiva se define como el mantenimiento de la normalidad física y sociocultural, el mantenimiento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido (incluida la prevención o el tratamiento de los riesgos, las enfermedades y la muerte), la

II. ANTECEDENTES

Una cantidad de estudios han demostrado la importancia de la atención prenatal (APN) para mejorar los resultados de salud materna, del niño y del lactante, ya que permite a los profesionales de la salud evitar, detectar y manejar complicaciones obstétricas y además se asocia a un menor riesgo de mortalidad materna, parto prematuro y bajo peso al nacer. Así mismo, la APN vincula a las mujeres a los servicios intraparto y posparto como la atención calificada del parto y la vacunación del niño.⁷

Nicaragua ha orientado desde el año 2009 (primera edición de la Normativa 011) la realización de al menos cuatro atenciones prenatales de bajo riesgo, siendo la primera atención antes de las 12 semanas de gestación. Es a partir del año 2015 (segunda edición) que se incluye el formulario para la clasificación del riesgo en los APN, dicho formulario basado en un ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS, divide a las embarazadas en dos grupos: 1) Aquellas elegibles para recibir el APN de rutina llamado componente básico (Bajo riesgo) y 2) Y aquéllas que necesitan cuidados especiales (Alto riesgo) determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo.

El MINSA en base a las últimas evidencias científicas disponibles que han demostrado la mejora de la calidad de la salud materno-perinatal, recomienda en esta tercera edición, aumentar la frecuencia de los APN, para mejorar la calidad de la atención prenatal y contribuir en la reducción de la mortalidad materna y perinatal en todas las poblaciones, incluidas las adolescentes y las mujeres que se encuentran en áreas de difícil acceso.⁸

De acuerdo al estudio sobre Cobertura y oportunidad de la atención prenatal en mujeres pobres de 6 países de Mesoamérica – BID del año 2017, Nicaragua reportó el promedio más elevado de consultas con profesionales calificados entre mujeres embarazadas (5.4), el 81% de las mujeres cumplieron con la norma de la OMS de por lo menos cuatro APN por personal calificado.⁹

Según la ENDESA 2011/12 la mortalidad neonatal es más de dos veces más alta en mujeres que no tuvieron controles prenatales que en los niños de madres que sí tuvieron controles, casi dos veces en la postneonatal y casi tres veces en la postinfantil, aunque todas tuvieron importantes reducciones durante el último quinquenio, igual situación se experimenta con la mortalidad de niños cuando la madre tuvo menos de cuatro visitas para hacerse control y en aquellas que tuvieron su control después del primer trimestre del embarazo o que nunca tuvieron. De modo significativo, la APN también ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades y brindarles apoyo en un momento decisivo de la vida de una mujer¹⁰.

realización de una transición efectiva hacia un parto y un nacimiento positivo, y la experiencia de una maternidad positiva (incluida la autoestima, la competencia y la autonomía maternas).

⁷ Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? Lancet. 2014;384:347 – 70

⁸<https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who#:~:text=Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20atenci%C3%B3n%20prenatal&text=Una%20atenci%C3%B3n%20prenatal%20co,n%20un,un%20m%C3%ADnimo%20de%20cuatro%20visitas>

⁹<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Cobertura-y-oportunidad-de-la-atenci%C3%B3n%20prenatal-en-mujeres-pobres-de-6-pa%C3%ADses-de-Mesoam%C3%A9rica.pdf>

¹⁰ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf?sequence=1>

III. JUSTIFICACIÓN

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 calificada 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.

A nivel mundial, más del 70% de las muertes maternas se deben a complicaciones del embarazo y el parto, entre las principales causas están la hemorragia, los trastornos hipertensivos, la sepsis y el aborto¹¹. Los estudios demuestran que la atención de calidad para prevenir y manejar complicaciones durante este período crítico puede reducir significativamente el número de muertes maternas, fetales y neonatales tempranas¹².

La prevención y manejo efectivo de afecciones al final del embarazo, parto y en el período temprano del recién nacido reducen el número de muertes maternas, anteparto y mortinatos relacionados con el parto y muertes neonatales tempranas significativamente. Por lo tanto, la mejora de la calidad de la atención preventiva y curativa durante este período crítico podría tener el mayor impacto en la supervivencia materna, fetal y neonatal.

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”*; la cual fue actualizada en el año 2015 (*Segunda Edición*), y a la luz de las nuevas evidencias científicas, se presenta la *Tercera Edición de la Normativa 011*, que incluye las mejores intervenciones basadas en evidencia costo-efectivas para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, entre ellas el incremento de las atenciones prenatales, pasando de cuatro a seis, y la realización de al menos una evaluación integral de las dos recomendadas a las 38 y 40 semanas de gestación. Otro aspecto que se mantiene es el enfoque de detección de riesgo para el abordaje integral y oportuna clasificación de la embarazada desde su captación y seguimiento durante el embarazo y así contribuir a la mejora de la salud materno-perinatal en beneficio de la salud de la población.

¹¹ Say L, Chou D, Gemmill A, Tuncalp O, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Global Health 2014;2: e323–e333.

¹² Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? Lancet 2014; 384:347–370.

IV. SOPORTE JURÍDICO

Constitución Política de la República de Nicaragua:

CAPÍTULO I Derechos individuales

Artículo 24.-Toda persona tiene deberes para con la familia, la comunidad, la patria y la humanidad. Los derechos de cada persona están limitados por los derechos de los demás, por la seguridad de todos y por las justas exigencias del bien común

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

Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen.

Ley 423 Ley General de Salud: Título I, Capítulo I

Arto 4.-Rectoria: 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 establecido en disposiciones legales especiales.

Artículo 32.- La atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud.

Decreto 001-2003 Reglamento de la Ley General de Salud

Artículo 211.- De la Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia.

La atención a la mujer, la niñez y la adolescencia se proveerá según lo dispuesto en los programas de atención integral a los grupos poblacionales de acuerdo a su ciclo de vida, según manuales y demás disposiciones complementarias.

LEY N°. 718, LEY ESPECIAL DE PROTECCIÓN A LAS FAMILIAS EN LAS QUE HAYA EMBARAZOS Y PARTOS MÚLTIPLES.

Art. 4 Responsabilidades Institucionales.

B) El Ministerio de Salud, dará atención prenatal a la mujer con embarazo múltiple como una entidad clínica de alto riesgo obstétrico. Asimismo, se dará atención en el parto, puerperio y la atención de los hijos hasta los doce años con el personal especializado, medicinas, equipos e instalaciones que posee el Ministerio de Salud en su red de servicios

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.

V. DEFINICIONES Y ASPECTOS CONCEPTUALES

Calidad de atención: secuencia de actividades y comportamientos normados que relacionan al proveedor de los servicios con el paciente, y con resultados satisfactorios. Sus dimensiones son¹³:

- **Efectiva:** prestar atención basada en la evidencia, la cual genera mejores resultados y se basa en las necesidades.
- **Eficiente:** prestar atención que maximiza el uso de los recursos y evita el desperdicio.
- **Accesible:** prestar atención que sea oportuna, geográficamente razonable, y brindada en un contexto donde las habilidades y recursos se adecuan a las necesidades médicas.
- **Aceptable/centrada en el paciente:** prestar atención que toma en consideración las preferencias y aspiraciones de los pacientes y la cultura de sus comunidades.
- **Equitativo:** prestar atención que no varíe en calidad debido a características personales como género, raza, etnicidad, ubicación geográfica, o situación socioeconómica.
- **Seguro:** prestar atención que minimice los riesgos y daños para los pacientes.

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.

Comodidades: características de los servicios de salud que no están directamente relacionados con la eficacia clínica, pero que agregan valor y acrecientan la satisfacción de la embarazada y su deseo de volver en el futuro.

Competencia técnica: nivel de conocimientos, habilidades, capacidad y desempeño actual del personal clínico, de apoyo técnico y administrativo.

Continuidad: grado en el cual los pacientes reciben la serie completa de servicios que necesitan sin sufrir interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.

Estándar: una descripción de lo que se espera que se brinde para lograr una atención de alta calidad en todo momento de parto. El estándar de atención tiene dos componentes principales: la declaración de calidad y la medida de calidad.

- *Declaración de calidad* establece los requisitos para lograr el cumplimiento con el estándar y las medidas de calidad proporcionan evidencia objetiva para determinar si o no han cumplido los requisitos. Las declaraciones de calidad son declaraciones concisas de prioridades para mejorar la calidad de cuidado alrededor del parto (adaptado de los estándares de calidad NICE¹⁴. Definen los marcadores de calidad derivada de la evidencia en el área temática y los recursos requeridos.
- *Medidas de calidad* son criterios para evaluar, medir y monitorear la calidad de la atención como especificado en la declaración de calidad. Son de tres tipos:
 - Insumos: lo que debe existir para que se brinde la atención deseada (por ejemplo, recursos físicos, recursos humanos, políticas, directrices),
 - Proceso: si el proceso de atención deseado se proporcionó como se esperaba y
 - Resultados: el efecto de la provisión y la experiencia de la atención en la salud y centrada en las personas resultados.

¹³ Dimensiones de la calidad OMS, Depto. de Prestación y Seguridad de los Servicios (2013)

¹⁴ National Institute for Health and Care Excellence. London (<https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators>) acceso 23 julio 2020).

En el marco de la calidad de la atención de la OMS, se han establecido ocho estándares para la atención materna – infantil¹⁵ formulados para definir las prioridades para la mejora de la calidad:

- ✓ Prácticas basadas en evidencia para la atención y el manejo de rutina
- ✓ Sistemas de información accionables
- ✓ Sistemas de referencia en funcionamiento
- ✓ Comunicación efectiva
- ✓ Respeto y preservación de la dignidad
- ✓ Apoyo emocional
- ✓ Personal competente y motivado y
- ✓ Disponibilidad de recursos físicos esenciales.

Indicador: un indicador permite medir y comparar cuantitativamente la situación real con la deseada. Los indicadores están constituidos por datos organizados para la toma de decisiones en las variaciones identificadas entre la situación real y la situación deseada. Estos pueden ser expresados en porcentajes, tasas, tiempo e índices.

Oportunidad, acceso y rapidez: es el grado en el cual el otorgamiento de los servicios de salud no es restringido por barreras geográficas, económicas, sociales, culturales organizacionales, gerenciales o lingüísticas.

Relaciones interpersonales: la calidad de la interacción entre proveedores y pacientes, gerentes y profesionales de salud, el equipo de salud y la comunidad.

Sistema: la suma de todos los procesos y a menudo elementos que interactúan entre sí para producir un resultado o producto común.

Umbral: es el rango o margen establecido de normalidad que se aceptará del desempeño o resultados de un proceso. El umbral equivale al límite máximo o mínimo que se determina para verificar si el desempeño y los resultados obtenidos de los procesos, es aceptado como normal o no. Generalmente para cada indicador es necesario definir un umbral, aunque en salud, existen indicadores en que no se permite un margen de normalidad o umbral.

Ejemplo:

- Norma: Todo parto de bajo riesgo será atendido por médico, Enfermera partera debidamente capacitado y certificado por el órgano rector.
- Indicador: porcentaje de partos atendidos por personas capacitado y certificado por el órgano rector.
- Umbral: 100% de cumplimiento.

Uso de las y los: En este documento se usará de forma genérica “El personal de salud, los recién nacidos, el bebé, el hijo, un acompañante, el compañero, etc.”, con el fin de evitar el desdoblamiento lingüístico y el principio de economía del lenguaje.

¹⁵ WHO. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. 2016

VI. DEFINICION DE LA NORMA

La *Norma y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo* establece los criterios técnicos para el manejo estandarizado y de calidad en la atención integral del embarazo, parto, recién nacido y puerperio basadas en la última evidencia científica disponibles que contribuyen a la mejora de la calidad y desempeño del personal de salud.

VII. OBJETO DE LA NORMA

La presente Norma y Protocolo, tiene por objeto, fortalecer las capacidades del personal de salud para identificar los riesgos y atender la salud de la mujer durante el embarazo, parto, recién nacido, puerperio, mediante el establecimiento de buenas prácticas que han demostrado son más seguras, más efectivas, más eficaces y menos costosas, que puedan ser aplicadas en establecimientos de menor capacidad resolutiva, permitiendo la articulación con niveles de mayor capacidad de resolución.

VIII. CAMPO DE APLICACIÓN

Será aplicada en todos los establecimientos públicos y privados del sector salud del país que brinden este tipo de servicios.

IX. UNIVERSO DE LA NORMA

Mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y recién nacidos/as sin complicaciones.

X. DISPOSICIONES DE LA NORMA

La presente normativa cuenta con cuatro protocolos de atención de bajo riesgo:

1. Protocolo para la atención prenatal de bajo riesgo
2. Protocolo para la atención del parto de bajo riesgo
3. Protocolo para la atención del recién nacido de bajo riesgo
4. Protocolo para la atención del puerperio de bajo riesgo

GENERALES

1. El Ministerio de Salud: Nivel central

- a) Coordina con las instituciones formadoras para que la presente normativa sea incluida en la currícula de las carreras de medicina y enfermería.

2. La Dirección General de Servicios de Salud:

- a) Garantiza la implementación y seguimiento de las disposiciones y las acciones a desarrollar en los establecimientos de salud para que se implemente la misma y con la promoción de la estrategia de humanización y adecuación del parto.

3. El director (a) del Sistema Local de Atención Integral en Salud (SILAIS):

- a) Garantiza la implementación de la normativa en los establecimientos de salud profesionales de servicios públicos y privados, del territorio bajo su responsabilidad.

- b) Evalúa y remite mensualmente a la Dirección General de Servicios de Salud, el cumplimiento de los indicadores de la normativa en los establecimientos de salud del territorio.
- c) Incorpora la evaluación del cumplimiento de la norma a las reuniones de análisis del equipo de Calidad del establecimiento proveedor de servicios de salud.

4. El representante del establecimiento de salud:

- a) Divulga la normativa a los trabajadores de la salud.
- b) Capacita al personal de salud y a la red comunitaria bajo su jurisdicción.
- c) Incluye en los temas de educación continua la presente normativa dirigida al personal en formación y personal de salud del establecimiento.
- d) Nombra un responsable para el monitoreo del cumplimiento de la presente normativa.
- e) Realiza reuniones de análisis con base a los resultados de monitoreo para implementar la mejora continua de la calidad.
- f) Incorpora la evaluación del cumplimiento de la norma a las reuniones de análisis del equipo de calidad del establecimiento proveedor de servicios de salud.
- g) Informa mensualmente el cumplimiento de esta normativa al SILAIS correspondiente.
- h) Cumple la normativa en el servicio de labor y parto del establecimiento.
- i) Garantiza la referencia y la contrarreferencia.

ESPECIFICAS

Atención prenatal de bajo riesgo

1. En todos los establecimientos de salud se realizan acciones de promoción y prevención en salud.
2. Realizar consejería previa al embarazo de la pareja (preconcepcional).
3. Garantizar la atención del embarazo, parto y puerperio y al recién nacido con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando.
4. Realiza la captación temprana de embarazadas, antes de las 12 semanas para la identificación temprana de los factores de riesgo.
5. La primera atención prenatal debe realizarla el recurso más calificado del establecimiento de salud.
6. A toda embarazada se le debe llenar la Historia Clínica Perinatal (HCP) y el Carné Perinatal, anotar además en el censo gerencial de embarazadas, puérperas y postnatales e iniciar consejería sobre la estrategia de Plan de Parto.
7. Ingresar toda HCP en el Sistema Informático Perinatal (SIP) Plus en tiempo real, revisando y completando todas aquellas variables aún no registradas.
8. Realizar el llenado e interpretación correcta del Formulario de Clasificación del Riesgo en cada atención prenatal.

9. Las embarazadas con 1 o más factores de riesgo o morbilidad materna, independiente del tiempo de la identificación del factor de riesgo; el medico GINECO – OBSTETRA es el responsable del seguimiento, evaluación y atención prenatal, parto y puerperio de alto riesgo.
10. Dar a conocer a toda embarazada que acude a la primera atención prenatal que existe la estrategia de humanización y adecuación del parto en el establecimiento de salud.
11. Brinda a toda gestante consejería con información completa, veraz, clara y oportuna sobre la importancia de la atención prenatal, los cambios en las distintas etapas del embarazo, lactancia materna y planificación familiar posterior al evento obstétrico en base a los criterios médicos de elegibilidad (decisión de la mujer debe ser libre e informada con la finalidad de tener periodos intergenésicos adecuados y acordes a su decisión), promoción de cuidados adecuados y explicando la realización de procedimientos, pruebas y exploraciones, así como la identificación de signos y síntomas de alarma según la edad gestacional del embarazo indicándole que, ante la presencia de ellos, deberá asistir al E/S más cercano para ser evaluada.
12. Integre a toda embarazada a los *Círculos de Embarazadas* en los establecimientos de salud, acompañadas de sus parejas, considerando la multiculturalidad y discapacidad. Asimismo, la Integración del acompañamiento psico-profiláctico durante todo el trabajo de parto. Ver Anexo 8: *Funcionamiento de los Círculos de Embarazadas*
13. Garantiza a toda embarazada un número de APN, **NO menor de 6**, y de acuerdo a los intervalos ya establecidos y al menos una de las dos evaluaciones integrales por el recurso de mayor calificación (a las 38 y 40 semanas de gestación respectivamente).
14. Realice evaluación clínica completa de la gestante, utilizando los instrumentos diseñados para tal fin para brindar una atención básica o su referencia oportuna a otro centro de atención con mayor capacidad resolutiva, si presenta factores de riesgo o complicaciones.
15. Debe realizarle a toda embarazada en cada APN los exámenes de laboratorio.
16. Administre tratamiento y remita inmediatamente a toda embarazada que resulte positiva a VIH o sífilis.
17. Refiere a toda embarazada a odontología para su evaluación y el llenado del formato correspondiente.
18. Anota los principales resultados de los USG realizados a la gestante en el formato diseñado para tal fin y anexar al Carné Perinatal de la embarazada.
19. Realizar el USG en el primer trimestre antes de las 13.6 S/G) para el cálculo de edad gestacional.
20. Utiliza la hoja de registro ambulatorio y la hoja de evolución del expediente clínico para el registro de las consultas de morbilidad de la gestante.
21. Realiza todas las actividades requeridas de las APN independientemente del trimestre de captación.
22. Interroga sobre los signos de alarma y cumplimiento de indicadores en todas las APN subsecuentes.
23. Garantiza a la gestante la fecha de la próxima consulta.

24. Explique a la gestante sobre las diferentes posiciones para el parto durante el llenado de la ficha de plan de parto, respetando el derecho a la posición deseada por la mujer.
25. Refiere a todas las embarazadas del área rural a las Casas Maternas, desde la semana 36 de gestación.
26. Todas las parteras capacitadas que acompañen a las gestantes deben portar su carnet de identificación que la acredite y facilitar el acceso a los establecimientos de salud.
27. Las parteras deben apoyar al personal de salud en la actualización o incorporación de nuevas gestantes en el censo gerencial de las embarazadas, puérperas y posnatales del sector que atienden, dan seguimiento a las mismas y hacen uso del sistema de referencia.

Parto de bajo riesgo

1. Garantiza la atención respetuosa y humanizada del parto institucional con pertinencia cultural donde se atienda parto, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer. Esto, de acuerdo a las condiciones clínicas de la embarazada y del bebe, así como de la adecuación de la infraestructura y la capacitación del personal para este tipo de atención.
2. Revise el carné perinatal y la hoja de referencia para la atención de parto.
3. Realice exámenes de laboratorio a toda embarazada que no haya tenido APN según perfil prenatal y la prueba de tamizaje para VIH, previa consejería y consentimiento informado.
4. En todos los establecimientos de salud donde se atienda parto garantice el apego precoz y el alojamiento conjunto.
5. Realice la gráfica de la dilatación cervical cuando la paciente este en la fase activa del trabajo de parto, cuando la dilatación cervical alcance los 4-5 cm y exista simultáneamente buena actividad uterina, tanto en frecuencia como en intensidad.
6. Acompaña toda referencia de una embarazada, en fase activa del trabajo de parto o que presente alguna complicación obstétrica.
7. Entregue la placenta en bolsa sellada siguiendo las normas de bioseguridad, a las familias que lo soliciten, salvo en aquellas situaciones que se identifique como un factor de riesgo de contaminación.

Recién nacido/a de bajo riesgo

1. Garantice el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento).
2. Garantice que los recién nacidos sin complicaciones estén en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento.
3. Garantice el apego precoz inmediatamente del nacimiento y por un periodo de al menos una hora.

4. Cumpla los 13 pasos para una Lactancia Materna exitosa.¹⁶ Tener presente que las últimas evidencias científicas recomiendan la continuidad de la lactancia materna durante el contexto actual del COVID-19.

Puerperio de bajo riesgo

1. Mantenga la vigilancia de signos de alarma posparto (globo de seguridad de Pinard, herida operatoria o de la episiorrafia) para detectar posibles complicaciones.
2. Oriente durante este periodo aumentar la cantidad de alimentos ya que necesita más energía para mantenerse saludable y la producción de leche, se debe mantener 3 tiempo fuertes y 2 meriendas. (Norma 029).
3. Toda mujer que en su puerperio inmediato que presente infección puerperal, sangrado vaginal, convulsiones entre otras, debe ser atendida y referida, utilizando el protocolo de atención respectivo.

XI. DEFINICIÓN Y ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La presente normativa cuenta con cuatro protocolos de atención de bajo riesgo: 1) Protocolo para la atención prenatal de bajo riesgo; 2) Protocolo para la atención del parto de bajo riesgo; 3) Protocolo para la atención del recién nacido de bajo riesgo y 4) Protocolo para la atención del puerperio de bajo riesgo, en los cuales se describirán los pasos a seguir para cada una de las áreas de intervención, de tal manera se establezca la responsabilidad de cada miembro del personal de salud en los establecimientos, de conformidad a su nivel de intervención y con relación al nivel de atención en que se encuentren.

Monitoreo, seguimiento y evaluación

El monitoreo de la normativa 011, debe ser de manera continua e integral siendo responsabilidad de Salud Materna del nivel nacional y local.

Las actividades de supervisión y asistencia técnica a los distintos niveles y sectores, son responsabilidad de Salud Materna de los SILAIS y municipios.

La evaluación se realizará de manera anual, cumpliendo los criterios establecidos en los estándares e indicadores de calidad contenidos en este documento, que medirán el impacto de esta estrategia. Su medición periódica permitirá conocer el proceso y el desempeño de la mejora de la calidad en los establecimientos de salud.

Mejoramiento de la calidad con ciclos rápidos

La importancia de una buena calidad de atención recibida por las mujeres en los servicios de salud se traducirá en alcanzar los resultados deseados del servicio que se está brindando. Esta práctica permite a los equipos introducir cambios concretos en el diseño o en la ejecución de los procesos a través de ciclos rápidos y progresivos. Los cambios en el proceso permiten disminuir las brechas existentes entre la calidad deseada y la observada. Ver Anexo 1

¹⁶ Ver Normativa 060 Manual de Lactancia Materna. 2019.

Aplicación de los estándares de calidad de salud materna-neonatal

La aplicación de los estándares e indicadores definidos de calidad de la normativa 011 permitirá medir el nivel de la calidad de los servicios de salud brindados a los pacientes que acuden a las diferentes establecimientos del Ministerio de Salud tanto del primer como del segundo nivel de atención.

La fuente de datos serán fundamentalmente los expedientes clínicos, pero además de ellos, los libros de registros de casos, libros de actas, listas de chequeos, entrevistas a las mujeres y en ocasiones la observación directa. Se recomienda realizar el monitoreo mensual de 20 expedientes clínicos por cada indicador y, para la selección de los mismos utilizar la metodología aleatoria sistemática.

La *metodología aleatoria sistemática* consiste en extraer el primer expediente en forma aleatoria del número obtenido para crear un intervalo fijo de casos, hasta obtener los 20 expedientes a revisar. Este intervalo se obtiene dividiendo todos los casos (por patología específica o servicio específico) atendidos en el mes para cada condición clínica, entre 20 que es la muestra, el número obtenido será el intervalo para la selección de expedientes. Ej. Si en el mes se atendieron 50 casos de IRA, (50 se divide entre 20), el resultado es 2.5, esto significa que el primer caso será seleccionado dentro de los 3 primeros expedientes y luego cada 3 expedientes seleccionará 1, hasta completar los 20 a revisar.

Este muestreo permitirá conocer retrospectivamente el nivel de calidad brindada a través de la identificación de problemas o defectos en la calidad, esto a su vez permite diseñar intervenciones que evitarán que el problema vuelva a ocurrir.

Ejemplos del cumplimiento de estándares y mejoramiento continuo de la calidad:

- Para la medición del indicador del partograma, se debe priorizar en la selección de los expedientes, aquellos casos de asfixia, síndrome de aspiración de meconio (SAM), hemorragia postparto y cesárea. Una vez realizada la selección de los expedientes, proceder a la aplicación de las listas de chequeo. Esto permitirá conocer de manera retrospectiva el nivel de calidad, la identificación de problemas o defectos en la calidad y diseñar intervenciones que evitarán que el problema vuelva a ocurrir.

Bases de datos de los estándares de calidad de salud materna

Son matrices diseñadas en Excel, que recogen la información relacionada a las mujeres 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 el establecimiento de salud. Esta información debe consolidarse mensualmente y posteriormente reportarla a su nivel superior de forma sistemática.

Los gerentes de los establecimientos 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.

Descripción de los estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud materna y neonatal

Atención Prenatal de Bajo Riesgo			
Dimensiones de la calidad	Norma	Indicador	Umbral
Competencia Técnica	1. A toda embarazada que acude a su APN se le llenó e interpretó las actividades del Formulario de Clasificación del Riesgo y es referida en el periodo de tiempo y al nivel de resolución que corresponda.	1.1 Porcentaje de embarazadas a las que se les registró e interpretó las actividades del Formulario de Clasificación del Riesgo en cada APN y ha sido referida en el periodo de tiempo y al nivel de resolución que corresponde.	100%
	2. Toda embarazada que acude a su Atención Prenatal (APN) se le llena la Historia Clínica Perinatal (HCP) y se registran e interpretan las 13 actividades normadas	2.1 Porcentaje de embarazadas en las que en su APN se le llenó su HCP y se registró e interpretó las 13 actividades normadas	100%
Acceso a los servicios y Oportunidad Continuidad	3. Toda embarazada captada tempranamente tiene un mínimo de seis atenciones prenatales y al menos una evaluación integral en los siguientes períodos de gestación: 1°: menos de 12 semanas de gestación 2°: entre 16 y 20 semanas de gestación 3°: entre 24 y 26 semanas de gestación 4°: 30 semanas de gestación 5°: 34 semanas de gestación 6°: 36 semanas de gestación 1° Evaluación integral: 38 SG 2° Evaluación integral: 40 SG	3.1 Porcentaje de embarazadas captadas tempranamente que cuentan con seis atenciones prenatales y al menos una evaluación integral	100%.
		3.2 Porcentaje de primeras y sextas atenciones prenatales realizadas por médicos y/o enfermeras obstetras según nivel de resolución en la red de servicios.	100%
		3.3 Porcentaje de embarazadas captadas precozmente	100%.
		3.4 Porcentaje de embarazadas captadas en APN, provenientes del sector rural que cuentan con su plan de parto.	100%
		3.5 Porcentaje de embarazadas y postnatales captadas y registradas en el censo gerencial de la embarazada.	100%
		4.1 Porcentaje de embarazadas que han recibido evaluación odontológica.	100%
Eficacia	4. A toda embarazada que acude a su atención prenatal se le realizó su evaluación odontológica según el protocolo de APN del MINSA 5. A toda embarazada identificada con factores de riesgo para Parto Pretérmino se le llena e interpreta las actividades del Formato para la Predicción del Parto Pretérmino según los protocolos del MINSA 6. A toda embarazada identificada con factores de riesgo para desarrollar Preeclampsia se le cumplen las actividades según los protocolos del MINSA	5.1 Porcentaje de embarazadas identificadas con factores de riesgo para Parto Pretérmino a las que se le registraron e interpretaron las actividades del Formato para la Predicción del Parto Pretérmino	100%
		6.1 Porcentaje de embarazadas identificadas con factores de riesgo para desarrollar preeclampsia a quienes les cumplen las actividades según protocolo	100%
		7.1 Porcentaje de embarazadas satisfechas por la atención prenatal recibida en los establecimientos de salud.	90 – 100 %.
Trato y Relaciones Interpersonales	7. Toda embarazada que asiste a su atención prenatal expresa sentirse satisfecha con la atención recibida.		

Atención del Parto de Bajo Riesgo			
Dimensiones de la calidad	Norma	Indicador	Umbral
Competencia Técnica	1. Toda embarazada en trabajo de parto se le deberá llenar e interpretar correctamente el partograma con curva de alerta.	1.1 Porcentaje de embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente. 1.2 Porcentaje de partos atendidos en los establecimientos de salud en los que se tomó decisiones frente a desviaciones de la curva de dilatación cervical del partograma	90 - 100% 100%
Seguridad	2. A toda mujer postparto (vaginal / cesárea), se le debe aplicar el Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (MATEP), a fin de prevenir la hemorragia postparto.	2.1 Porcentaje de parturientas (vaginal / cesárea) a quienes se les realizó Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (MATEP), a fin de reducir la Hemorragia Postparto, según protocolo del MINSA.	100%
Continuidad	3. El índice de cesárea en los SILAIS y hospitales no es mayor al 15% de la totalidad de partos atendidos en su área de influencia. 4. Las mujeres y sus familias reciben atención humanizada del parto, sensible a sus necesidades fortaleciendo así su capacidad al momento del parto.	3.1 Índice de cesáreas realizadas en el establecimiento de salud. 4.1 Porcentaje de mujeres a las que se les atendió su parto en la posición que ellas escogieron. 4.2 Porcentaje de mujeres a las que se les atendió su parto en el establecimiento de salud y se les permitió el acompañamiento de un familiar o persona de confianza durante el trabajo de parto y el parto. 4.3 Porcentaje de mujeres a las que se les atendió su parto en el establecimiento de salud y que informaron que se les permitió ingerir alimentos (comida y bebida) durante el parto de acuerdo a sus costumbres y tradiciones.	Mínimo: 5% Máximo: 15% 80%
	5. El establecimiento de salud (sala de parto) cuentan con los insumos médicos básicos ¹⁷ para la atención del parto según el protocolo de atención establecido y se mantiene el área higiénica	5.1 Porcentaje de insumos médicos básicos disponibles para la atención del parto según el protocolo de atención establecido	100%.

¹⁷ Por insumos se entienden medicamentos, material de reposición periódica (MRP)

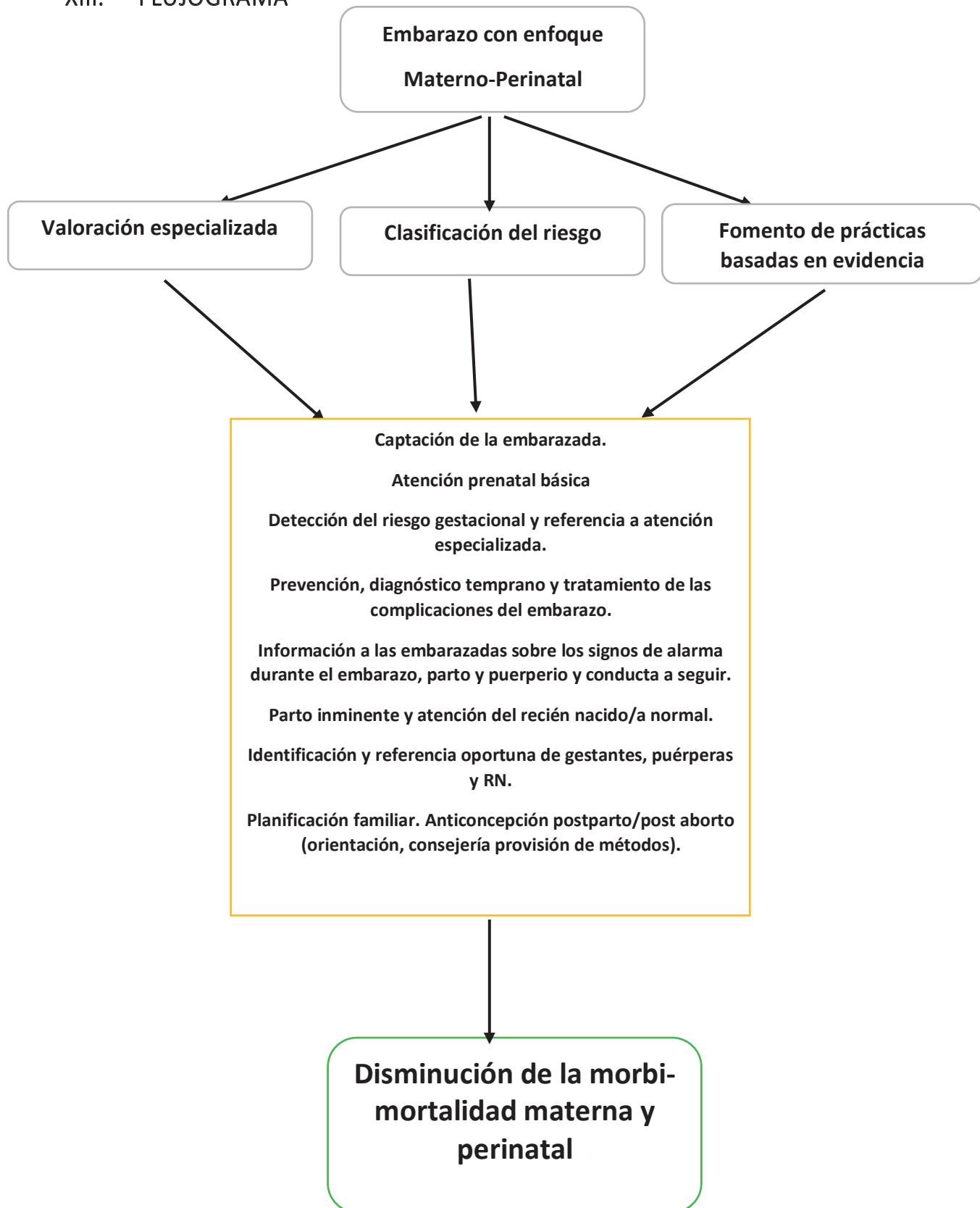
Atención del Recién Nacido de Bajo Riesgo			
Dimensiones de la calidad	Norma	Indicador	Umbral
Competencia Técnica	1. La Atención Inmediata del Recién Nacido, será realizada por personal médico o de enfermería (según nivel de resolución de la red de servicios), que se encuentre capacitado por el órgano rector.	1.1 Porcentaje de personal de salud capacitado en reanimación neonatal 1.2 Porcentaje de expedientes donde se registra condiciones previas al nacimiento	90-100%.
Acceso a los servicios y Oportunidad	2. A todo Recién Nacido se le debe de aplicar el protocolo de atención inmediata establecido 3. A todo Recién Nacido (a) se le debe brindar los cuidados de rutina establecidos en el protocolo. 4. El establecimiento de salud (sala de neonatología, emergencia y pediatría) cuenta con los insumos médicos básicos para la atención del recién nacido según el protocolo de atención establecido y se mantiene el área higiénica.	2.1 Porcentaje de recién nacidos a quienes se les aplicó el protocolo de atención inmediata establecido 3.1 Porcentaje de recién nacidos a los que se les brindaron los cuidados de rutina según protocolo de atención establecido. 4.1 Porcentaje de insumos médicos básicos disponibles para la atención del recién nacido según el protocolo de atención establecido	100% 100% 100%
Continuidad	5. A todo recién nacido que egresa del establecimiento de salud y/o sala de Alojamiento conjunto se le debe cumplir los criterios establecidos en el protocolo de atención. 6. A todo RN cuyo parto ocurriera en el domicilio debe recibir los cuidados por personal de salud capacitado de acuerdo al tiempo de nacimiento	5.1 Porcentaje de recién nacidos a quienes se les cumplieron con todos los criterios establecidos en el protocolo de atención en el alojamiento conjunto. 6.1 Porcentaje de recién nacidos cuyo parto fue domiciliar y recibieron cuidados de rutina por personal capacitado	90-100% 100%

Atención del Puerperio de Bajo Riesgo			
Dimensiones de la calidad	Norma	Indicador	Umbral
Competencia Técnica	1. 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.	1.1 Porcentaje de puérperas inmediatas (post parto o post cesárea) con vigilancia según protocolos del MINSA, la cual se encuentra evidenciada en la HCP.	100%
Continuidad	2. A toda mujer que egresa por un evento obstétrico (posabortion, mola, ectópico, parto o cesárea) se le brinda consejería y un método artificial de planificación familiar de su elección informada y voluntaria	2.1 Porcentaje de mujeres postevento obstétrico que recibieron consejería en PF antes de su egreso. 2.2 Porcentaje de mujeres postevento obstétrico que egresaron con un método moderno de PF. 2.3 Porcentaje de mujeres postevento obstétrico que recibieron consejería en PF y pueden mencionar al menos dos beneficios y dos cuidados del MAC seleccionado.	90 - 100%.
Satisfacción de la mujer	3 Las mujeres y los recién nacidos reciben atención con respeto y dignidad.	3.1 Porcentaje de mujeres satisfechas con la atención recibida durante el proceso de atención del parto institucional.	80%

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet* 2014; 384:347–370.
2. Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Lineamientos para la Atención Integral de Salud a la Mujer en Periodo Preconcepcional, Embarazo, Parto, Puerperio y al Recién Nacido. 2017
3. Massoud MR, Ottosson A, Nsubuga-Nyombi T, Karamagi E, Stern A, Ismail A, Boguslavsky V, Livesley N, Faramand T, Holtemeyer J. 2016. Mejorando la Atención en Salud. Guía de Capacitación del Participante. Publicado por el Proyecto ASSIST. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).
4. Ministerio de Salud Panamá. Normas Técnicas-Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer. 2015
5. Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa - 070 Norma Metodológica para la Elaboración de Normas, Manuales, Guías y Protocolos del Sector Salud. 2011
6. Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 011 Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido y Puerperio de Bajo Riesgo. 2015
7. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 080. Manual de Habilitación de Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud. Noviembre 2011
8. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 047. Programa médico funcional de Hospital primario. Año 2010
9. Ministerio de Salud. Nicaragua. Cuadro de Indicadores Hospitalarios. 2014
10. Ministerio de Salud Nicaragua. Estándares e indicadores de calidad de 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. 2009
11. OPS/OMS. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. 2019
12. OPS. Tablero de Mando para el Monitoreo y Evaluación de Calidad en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RISS) del Ministerio de Salud. El Salvador. 2015
13. OPS/OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. 2019
14. OMS. Lista OMS de verificación de la seguridad del parto, guía de aplicación: mejorar la calidad de la atención prestada a la madre y al recién nacido en instituciones sanitarias. 2015
15. Say L, Chou D, Gemmill A, Tuncalp O, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health* 2014;2: e323–e333.
16. Secretaría de Salud México. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. 2016
17. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. Prenatal control. *Prog Obstet Ginecol* 2018;61(5):510-527
18. Tuncalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gulmezoglu AM, Bahl R, et al, Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. *Br J Obstet Gynaecol* 2015; 122:1045–1049.
19. WHO. Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities. 2016

XIII. FLUJOGRAMA



XIV. ANEXOS

Anexo 1. Mejoramiento de la calidad

Consta de 4 pasos:

Pasos	Implementación
Paso 1. Identificación del problema u oportunidad de mejoramiento <ul style="list-style-type: none"> a) Definición del objetivo de mejoramiento: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué vamos a mejorar? • ¿Cuánto?: objetivos numéricos • ¿Cuándo?: tiempo/cronograma • ¿Cómo?: orientación sobre cómo alcanzar el objetivo. b) Redactar como una “declaración o compromiso” c) Conformación del equipo de mejoramiento de la calidad (EMC) d) Roles y funciones del equipo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las prioridades existentes en las instituciones de Salud. ✓ Los datos que muestran dónde hay mayores necesidades (p. ej., informes, listas de chequeo, monitoreo de indicadores, evaluaciones, datos de uso de servicios, datos epidemiológicos, etc.). ✓ El análisis en profundidad de los casos de morbimortalidad materna y perinatal. ✓ Las prioridades reconocidas por donantes y entes financieros. ✓ La información proporcionada por pacientes y personal de salud (buzón de quejas y sugerencias, cuestionarios y entrevistas).
Paso 2. Análisis del problema <ul style="list-style-type: none"> a) Elaborar un fluograma de atención: <ul style="list-style-type: none"> • quienes intervienen • qué recursos se necesitan • cuáles son los procedimientos requeridos etc. b) Determinación de indicadores para poner a prueba y evaluar el mejoramiento 	<p><u>Cómo debe funcionar la medición</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estar directamente vinculada a los objetivos de mejoramiento. ✓ Ser usada para orientar el mejoramiento y poner a prueba los cambios. ✓ Ser integrada a la rutina diaria de los equipos. ✓ Permitir que los EMC aprendan. ✓ Concentrarse en mediciones clave – no abrumar a los equipos con una recolección y análisis de datos interminable. <p><u>Cualidades de un buen indicador</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Es claro e inequívoco (los equipos no confundirán lo que significa el indicador). ✓ Es cuantificable. ✓ Identifica la fuente de los datos y la persona responsable de su recolección. ✓ Identifica claramente numerador y denominador. ✓ Identifica la frecuencia con la que se debe recolectar los datos
Paso 3. Desarrollar la solución <ul style="list-style-type: none"> - Consideren los posibles cambios (intervenciones) que piensan que podrían generar una mejora - Organicen las ideas de cambio de acuerdo con su importancia y orientación práctica 	Las ideas para desarrollar cambios provienen de: la literatura sobre la materia, directrices, documentos normativos, sesiones de lluvia de ideas del EMC, estándares o puntos de comparación/referencia y la gestión del conocimiento
Paso 4. Ensayar e implementar <p>Recolectar y analizar datos para responder las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Condujeron los cambios a mejora? Si 2. ¿El cambio es significativo? 	Formato para registrar un ciclo PEVA <ol style="list-style-type: none"> 1. Fecha 2. Problema u Oportunidad de Mejora 3. Objetivo de mejoramiento 4. Proceso desde el que se genera el objetivo de mejoramiento:

Si: Mantenga los cambios o desarrolle nuevos No: Adapte el cambio y lleve a cabo otra prueba 3. ¿Condujeron los cambios a mejora? No Desarrolle otros cambios	5. Personal involucrado: 6. Indicadores que nos permitirán saber que hemos alcanzado la mejora que buscamos: 7. Duración del Ciclo
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ejemplo:

Paso 1: Identificación del siguiente problema:

⇒ En el Hospital Primario Monte Carmelo, los ESAFC no están realizando la búsqueda de signos y síntomas de Zika en las embarazadas durante su APN, obteniendo porcentajes de 0 a 15% en los meses de septiembre y octubre 2017, respectivamente.

El municipio de Nandaime del SILAIS Granada, fue el que más casos de embarazadas con sospecha de Zika reportó durante la epidemia del 2016.

a) Definición del objetivo de mejoramiento:

- **¿Qué?**: las embarazadas que acuden a su APN son evaluadas adecuadamente con el fin de detectar signos y síntomas de Zika.
- **¿Cuánto?** 50% de cumplimiento
- **¿Hasta cuando?**: noviembre 2017
- **¿Cómo?**: orientación al personal de salud asistencial, la incorporación de una hoja de evaluación en el expediente y el monitoreo semanal de los expedientes clínicos.

b) “Declaración o compromiso”: En los ambientes de atención del hospital primario Monte Carmelo, las embarazadas que acuden a su APN son evaluadas adecuadamente con el fin de detectar signos y síntomas de Zika durante el embarazo, logrando alcanzar en el mes de noviembre 2017, un 50% de cumplimiento, mediante la orientación al personal de salud asistencial, la incorporación de una hoja de evaluación y el monitoreo semanal de los expedientes clínicos.

c) Conformación del equipo de mejoramiento de la calidad (EMC)

- ⇒ Decida quién debe estar en el equipo que propondrá la solución, es importante, incluir a miembros del equipo que entienden las diferentes partes del proceso/sistema y pueden dar su aporte con respecto a los cambios sugeridos.
- ⇒ Incluya un representante de cada una de las funciones involucradas en el proceso. Ninguna función debe faltar; de lo contrario, se carecerá del conocimiento y la percepción sobre estos pasos específicos del proceso.

d) Roles y funciones del equipo se encuentran:

- **El líder del equipo de mejoramiento** a quien se le asignan las responsabilidades de organizar las actividades del equipo, mantener los archivos del equipo, y servir como vínculo para comunicarse con niveles más altos del Sistema. **Líder del equipo:** Directora Municipal
- **Los Miembros del equipo de mejoramiento** son las personas que trabajan en el equipo y comparten su conocimiento y experiencia mientras trabajan para alcanzar las metas del equipo.
- Tome en cuenta la importancia que tiene involucrar a las mujeres dado que poseen una perspectiva poderosa y diferente a la perspectiva del personal de salud, se puede obtener su participación a través de encuestas, entrevistas e incluso dentro de los equipos de mejora continua de la calidad, en este caso deben ser mujeres que tienen familiaridad con el contexto de los establecimientos y que han sido pacientes de los servicios en más de una ocasión, ya sea personalmente o a través de sus familiares. **Miembros del equipo:** Responsable de enfermería, Responsable de AIMNA, Médico general y Ginecólogo.

Paso 2. Análisis del problema

Dando continuidad al ejemplo obtuvimos el siguiente análisis:

a) La falla de la calidad se encuentra en el procedimiento donde el personal de salud realiza la evaluación subjetiva y objetiva de la embarazada y la falta de aplicación del enfoque de riesgo. El personal de salud en general indaga los signos y síntomas de peligro relacionados al embarazo, pero **olvida** indagar sobre los signos y síntomas asociados al virus del Zika **debido a que la epidemia quedó atrás**. Otro factor que influyó al no cumplimiento es la **mala interpretación del estándar de tamizaje de Zika**, relacionándolo con la consejería, ya que al brindar consejería pensaban que estaban cumpliendo con el mismo.

b) **Determinación de indicadores para poner a prueba y evaluar el mejoramiento**

- ⇒ **Indicador:** Porcentaje de embarazadas que son evaluadas adecuadamente* durante la consulta de APN para detectar signos y síntomas del Zika durante el embarazo.
- ⇒ **Fuente de información:** Expediente clínico de embarazadas que acudieron a consulta de APN
- ⇒ **Método de recolección:** revisión de los expedientes clínicos de embarazadas que acudieron a su APN en el mes monitoreado.

*Adecuadamente significa: Se buscaron los signos y síntomas más frecuentes de infección por el virus del Zika: Exantema Maculo popular, Fiebre, Conjuntivitis.

Paso 3. Desarrollar la solución

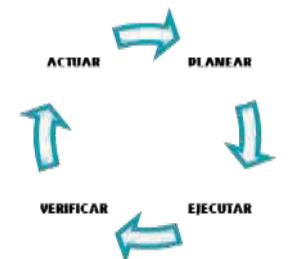
Para desarrollar la solución se implementa el Ciclo PEVA, a continuación, se presenta un esquema representativo

Ciclo PEVA (Planificar, Ejecutar, Verificar, Actuar) o ciclo de aprendizaje y mejoramiento

Este ciclo permite la puesta en práctica u operacionalización de las preguntas fundamentales del mejoramiento con ciclos rápidos de mejora.

El ciclo se usa para probar, implementar y ajustar los cambios que se proponen realizar, dando respuesta sobre todo a la tercera pregunta fundamental.

El equipo aplica un ciclo de mejoramiento, poniendo en práctica las preguntas fundamentales, se PLANIFICAN las ideas de cambio establecidas, a través del desarrollo de actividades, determinando, donde, cuando y el responsable de realizarlas; luego se EJECUTAN los cambios y actividades programadas; se VERIFICA los resultados del ciclo, a través de los indicadores diseñados y medidos, y finalmente se ACTÚA de acuerdo a los resultados, programando un ciclo para expandir el cambio si este funcionó bien, o con ajustes si es necesario, o programando un nuevo ciclo, con otras ideas de cambios, si las probadas no funcionaron.



Lo siguiente es elaborar propuestas concretas de cambios en la organización del proceso o en su contenido, lo que llamaremos “ideas de cambio”. Ejemplo:

Deficiencias encontradas en el diseño o ejecución del proceso		Ideas de cambio	
Mal identificada	Bien identificada	Mal elaborada	Bien elaborada
Falta de consejería e indagación sobre los signos y síntomas asociados al virus del Zika	No se interpreta el estándar de tamizaje de Zika	Contar con más recursos humanos (está mal elaborada porque no es factible)	Personal de salud informado del indicador a cumplir Agregar a la hoja de evolución de la embarazada (diseñada por ginecólogas) los datos de signos y síntomas de Zika antes o durante el embarazo.
			Medición semanal de expedientes clínicos

Paso 4. Poner a prueba e implementar los cambios

Finalizando con el ejemplo utilizado, a continuación, los cambios implementados según el objetivo de mejoramiento.

- Agregar a la hoja de evolución de la embarazada (diseñada por ginecólogas) los datos de signos y síntomas de Zika antes o durante el embarazo.

Primer aprendizaje:

Tratándose de un estándar de reciente implementación, se hace necesario crear estrategias que le faciliten al personal de salud recordar su cumplimiento y el registro del mismo en el expediente clínico. A partir de la incorporación de la hoja diseñada por las ginecólogas de la unidad, el indicador pasó de 15% a 100%.

El personal recuerda que tiene que indagar los signos y síntomas de Zika y además le facilita su registro.

- Monitoreo semanal de expedientes clínicos

Segundo aprendizaje

La vigilancia del cumplimiento de este indicador a través de la revisión semanal de los expedientes clínicos permite hacer las correcciones de forma oportuna, y que el personal no cometa los mismos errores. Permite también el cumplimiento del monitoreo en tiempo establecido. Llevar a cabo un solo cambio generalmente no constituye el final de una actividad de mejoramiento. Un ciclo PEVA es inagotable y pueden ser sucesivos¹⁸.

Ideas de Cambio	Actividades	¿Donde?	¿Cuándo?	Responsable

¹⁸ Los ciclos rápidos de mejora que se realizan en forma sucesiva permiten lo siguiente: a) Ajustar y probar los cambios en forma progresiva. b) Recoger datos útiles durante cada ciclo. c) Incluir una gama más amplia de situaciones en cada uno de los ciclos que se ejecutan progresivamente. d) Cada ciclo desarrollado mejora la aceptación o el consenso para la implementación a mayor escala del nuevo proceso con los cambios.

Institucionalizar el cambio

Una vez que el equipo ha probado el cambio que programó, con la obtención de resultados positivos, podrá dar el siguiente paso que es la institucionalización del nuevo proceso, el cual incluye el cambio ya probado. Para ello el EMC deberá tomar en cuenta lo siguiente:

- Desarrollar todos los soportes, como la logística de los insumos, y los procesos administrativos para que el proceso pueda mantenerse (con el cambio) en forma permanente.
- El nuevo proceso genera gran expectativa en todo el personal del servicio por ver mejoras y no fracasos.
- A mayor alcance del cambio, habrá que vencer mayor resistencia al mismo, ya que el cambio “afecta” a todo el personal del servicio, en este caso un factor importante es la comunicación que el equipo realice en torno al nuevo proceso.

Anexo 2. Matrices de estándares e indicadores de salud materno-neonatal

Matriz de estándares e indicadores de Atención Prenatal de Bajo Riesgo

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
1.1	Porcentaje de embarazadas a las que se les registró e interpretó las actividades del Formulario Clasificación del Riesgo en cada APN y fueron referidas en el periodo de tiempo y al nivel de resolución que corresponda.	<p>Numerador: No. de embarazadas a quienes se les llenó e interpretó las actividades del Formulario para la Clasificación del Riesgo en cada APN.</p> <p>Denominador: Total de embarazadas que acuden a las APN x 100</p>	<p>El formulario de clasificación del riesgo cuenta con 18 preguntas:</p> <p>1. Antecedentes Obstétricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muerte fetal o muerte neonatal previas (28 SG – 7 días de vida) • Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos • Peso al nacer del último bebé menor de 2500 g • Peso al nacer del último bebé mayor de 4500 g • ¿Estuvo internada por hipertensión arterial o pre eclampsia / eclampsia en el último embarazo? • Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical) / Cesárea previa referir a las 36 SG <p>2. Embarazo Actual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple • Menos de 20 años de edad • Más de 35 años de edad • Isoinmunización Rh Negativa en el embarazo actual o en embarazos anteriores (Realizar Coombs en II y III trimestre) <ul style="list-style-type: none"> • Sangrado vaginal • Masa pélvica • Presión Arterial Diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos 3. Historia Clínica General <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus insulino dependiente 	Mensual	Expediente clínico	Revisión expedientes Clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de chequeo

Matriz de estándares e indicadores de Atención Prenatal de Bajo Riesgo

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
			<ul style="list-style-type: none"> Nefropatía Cardiopatía Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol) Cualquier enfermedad o afección médica severa/ Obesidad /IMC > 30). 				
2.1	Porcentaje de embarazadas en las que en su APN se le llenó su HCP y se registró e interpretó las actividades normadas.	<p>Numerador: No. de embarazadas que acudieron a su APN, a las que se les llenó su HCP y se registró e interpretó las actividades normadas.</p> <p>Denominador: No. de embarazadas a las que se les valoró el llenado e interpretación de la HCP x 100.</p>	<p>13 actividades normadas para registrar en la HCP e interpretar:</p> <ol style="list-style-type: none"> Antecedentes Personales y Obstétricos y Estilos de vida de riesgo Cáculo de amenorrea y FPP Medición de talla, peso y cálculo e interpretación del IMC Aplicación de vacuna antitetánica Exámenes de laboratorio (Grupo y Rh, PAP - Colposcopia, VDRU/RPR, EGO -Cintas Uroanálisis - Urocultivo, Hb, Glicemia - PTOG consejería y prueba voluntaria de VIH) Si aplica: toxoplasmosis, Chagas y Malaria Examen odontológico (uso del formato) Examen de mamas Evaluación fetal: Auscultación de FCF (A partir de las 20SG) y Movimientos Fetales (Después de 18 SG) Determinación e Interpretación de PA e identificación de factores de riesgo Medición de Altura Uterina, gráfica e interpretación Realización de USG: valorar registro en formato adjunto a la HCP Evaluación del Estado Nutricional 	Mensual	Revisión expedientes Clínicos	<p>El cumplimiento se verifica las Listas Chequeo</p> <p>Valoración del Riesgo: Formulario de Clasificación. Anexo 1</p> <p>Valoración odontológica: Formato propio. Anexo 4</p> <p>Registro de USG: Formato propio. Anexo 5</p>	

Matriz de estándares e indicadores de Atención Prenatal de Bajo Riesgo

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
			en base a Índice de Masa Corporal pregestacional o de las primeras 12 semanas de gestación 13. Consejería en LM, Plan de Parto, Planificación Familiar, APN, Alimentación y Nutrición durante el embarazo, Uso de la Casa Materna, Parto Institucional e Identificación de Señales de Peligro durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del/la RN, Prevención de ITS y VIH y Prevención de VBG.				Cotejar los datos con indicadores estadísticas y SIGRUN
3.1	Porcentaje de embarazadas captadas tempranamente con seis atenciones prenatales y al menos una evaluación integral según norma.	Numerador: Número de embarazadas captadas tempranamente que recibieron seis APN y al menos una evaluación integral según norma. Denominador: Total de embarazadas captadas tempranamente que acuden a los APN en el periodo x 100	APN en los siguientes períodos de gestación: 1°: menos de 12 semanas de gestación 2°: entre 16 y 20 semanas de gestación 3°: entre 24 y 26 semanas de gestación 4°: 30 semanas de gestación 5°: 34 semanas de gestación 6°: 36 semanas de gestación Evaluación integral: 38 SG Evaluación integral: 40 SG	Expedientes clínicos Estadísticas vitales	Mensual	Revisión Expedientes Clínicos Reporte indicadores	Revisión de expedientes clínicos
3.	Toda embarazada captada tempranamente tiene un mínimo de seis atenciones prenatales y al menos una evaluación integral.	Numerador: Número de primeras y sextas atenciones prenatales realizadas por médicos y/o enfermeras obstétricas según nivel de resolución en la red de servicios.	Captación antes de las 12 SG y sexto APN registrado en el expediente clínico	Expedientes clínicos	Mensual		

Matriz de estándares e indicadores de Atención Prenatal de Bajo Riesgo

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Recolección de Datos	Aclaración
3.3	Porcentaje de embarazadas captadas precozmente	Número de embarazadas con 1° y 6° APN realizados x 100	Numerador: Número de embarazadas que fueron captadas antes de las 12 SG Denominador: Número de embarazadas captadas x 100	Definición de captación temprana o precoz: la primera consulta debe realizarse tempranamente; en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental de los cuidados.	Estadísticas Vitales	Mensualmente	Reporte de indicadores
3.4	Porcentaje de embarazadas captadas en APN, provenientes del sector rural que cuentan con su plan de parto	Número de embarazadas del área rural que cuentan con su plan de parto. Denominador: Número embarazadas provenientes del área rural x 100.	Numerador: Número de embarazadas del área rural que cuentan con su plan de parto.	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.	Indicadores del SIGRUN	Mensual	Reporte de indicadores
3.5	Porcentaje de embarazadas postnatales captadas y registradas en el censo gerencial	Número de embarazadas que están registradas en el censo gerencial según la	Numerador: Número de embarazadas que están registradas en el censo gerencial	Registro según lo estipulado en la normativa 101	Boleta censo gerencial	Mensual del Registro de	Revisión de la boleta del censo gerencial y registro mensual de embarazadas

Matriz de estándares e indicadores de Atención Prenatal de Bajo Riesgo

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración	
	embarazada.	normativa Denominador: Número de embarazadas captadas x 100	Numerador: No. de embarazadas a las que se les realizó su evaluación odontológica según protocolo	La evaluación odontológica incluye: 1. Llenado del formato de evaluación odontológica (anexo 4 del protocolo) 2. Llenado del ítem en la HCP 3. Consejería en prevención de infecciones bucodentales	Expediente clínico	Mensual	Revisión de expedientes clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de chequeo
4. A toda embarazada que acude a su atención prenatal se le realizó su evaluación odontológica según el protocolo de APN del MINSA	4.1 Porcentaje que han recibido evaluación odontológica.							
5. A toda embarazada identificada con factores de riesgo para Parto Pretérmino se le llena e interpreta actividades del Formato para la Predicción del Parto Pretérmino según los protocolos del MINSA	5.1 Porcentaje de embarazadas identificadas con factores de riesgo para Parto Pretérmino a las que se les registraron e interpretaron las actividades del Formato para la Predicción del Parto Pretérmino	Numerador: No. de embarazadas identificadas con factores de riesgo para Parto Pretérmino	Formato incluye las siguientes actividades: 1. Antecedentes obstétricos 2. Factores de riesgo • Antecedente de parto pretérmino • Presntación • Interpretación • Infecções • Otro 3. Medición cervical • Longitud cervical Funneling • Sludge 4. Conclusión 5. Recomendaciones	Expediente clínico	Mensual	Revisión de expedientes clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de chequeo	
6. A toda embarazada identificada con factores de riesgo para desarrollar preeclampsia se le cumplen las actividades según los protocolos del MINSA	6.1 Porcentaje de embarazadas identificadas con factores de riesgo para desarrollar preeclampsia a quienes les cumplen las actividades normadas según protocolo	Numerador: No. de embarazadas identificadas con factores de riesgo para desarrollar preeclampsia a quienes les cumplen las actividades normadas	Actividades según norma: 1. Registro e interpretación de la PA en cada APN 2. Prescripción de aspirina 100 mg, cada noche, comenzando desde las 11 S/G y antes de las 16 semanas y hasta las 37 semanas. 3. Unificación de criterios:	Expediente clínico	Mensual	Revisión de expedientes clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de chequeo Factores de riesgo: • Nulliparidad • Adolescencia	

Matriz de estándares e indicadores de Atención Prenatal de Bajo Riesgo

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
		embarazadas a quienes se le identificaron factores de riesgo para desarrollar PE x100	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de pre eclampsia • Antecedentes familiares de pre eclampsia • Presencia de enfermedad inmunológica • IMC: Talla / Peso • Arterias uterinas (IP + Notch bilateral) <p>4. En poblaciones con baja ingesta de calcio en la dieta y en mujeres con alto riesgo de preeclampsia, la administración diaria de suplementos de calcio (1,5 g-2,0 g de calcio elemental por vía oral) para reducir el riesgo de preeclampsia</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Edad > de 35 años • Embarazo múltiple • Obesidad • Historia familiar de preeclampsia o de eclampsia • Preeclampsia en embarazos anteriores • Diabetes mellitus pregestacional • Antecedentes de trombofilias • Enfermedad renal crónica • Enfermedades autoinmunes 	Responsable: equipo de dirección del establecimiento de salud.
7. Toda embarazada que asiste a su atención prenatal expresa sentirse satisfecha con la atención recibida.	7.1 Porcentaje de embarazadas satisfechas con la atención recibida en los establecimientos de salud.	Numerador: No de mujeres satisfechas con la atención recibida durante el proceso de atención del parto institucional. Denominador: Total de mujeres a las que se les realiza la encuesta de satisfacción de mujeres después de la atención del parto en el establecimiento de salud.	La satisfacción de la mujer va a estar indicada por la obtención de un puntaje alto en las encuestas de satisfacción de mujeres procesada	Encuesta de satisfacción de mujeres procesada	Trimestral	Aplicación de la encuesta de satisfacción de mujeres del servicio materno neonatal	

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
	1.1 Porcentaje de embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente.	<p>Numerador: No. de embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente</p> <p>Denominador: No. de embarazadas en trabajo de parto revisadas en el periodo X 100.</p>	<p>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%.</p> <p>1. Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la mujer.</p> <p>2. Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma.</p> <p>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).</p> <p>4. Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento.</p> <p>5. Grafica adecuadamente la curva de alerta.</p> <p>6. Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta.</p> <p>7. Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge.</p> <p>8. Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación.</p> <p>9. Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal.</p> <p>10. Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal.</p> <p>11. Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas.</p> <p>12. Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas.</p> <p>13. Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de Membranas (RAM).</p> <p>14. Grafica adecuadamente los cambios de</p>	Partogramas Expedientes clínicos	Mensual	Revisión de expedientes Clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de chequeo

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
			<p>patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras rotas).</p> <p>a. 15. Llena adecuadamente la información complementaria de las Casillas: Tensión Arterial, Pulso, Posición Materna, Intensidad de Contracciones, Localización e Intensidad del Dolor).</p> <p>16. Interpreta adecuadamente esta información.</p> <p>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.</p>				El cumplimiento se verifica utilizando las listas de chequeo
1.2	Porcentaje de partos atendidos en los establecimientos de salud en los que se tomó decisiones frente a desviaciones de la curva de dilatación cervical del partograma	Numerador: Número de partos atendidos con desviación de la curva de dilatación cervical esperada en el partograma en los que se tomó decisiones oportunas, en un mes	<p>En todos los partos atendidos con desviación de la curva de dilatación cervical esperada en el partograma en los que se tomó decisiones oportunas, en un mes</p> <p>Denominador: Total de partos atendidos en los que existió desviaciones de la curva de dilatación cervical en el partograma en el mismo mes x 100</p>	Partogramas Expedientes	Mensual	Revisión de expedientes Clínicos	
2.	A toda mujer postparto (vaginal / cesárea), se le debe aplicar el Manejo Activo del Tercer Activo	2.1 Porcentaje de parturientas (vaginal / cesárea) a quienes se les realizó Manejo Activo del Tercer	Numerador: No. de parturientas (vaginal / cesárea) a quienes se les realizó Manejo Activo del Tercer	MATEP 1. Se aplicó a la parturienta vaginal / cesárea) 10 UI IM de Oxitocina inmediato al nacimiento del bebé, tan pronto como sea posible dentro del 1er minuto, habiendo	Expedientes Clínicos Observación directa	Mensual Trimestral	Revisión de expedientes 10 observaciones

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
Periodo del Parto (MATEP), a fin de prevenir hemorragia postparto.	Parto del (MATEP), a fin de reducir la Hemorragia Post Parto, según protocolo del MINSA.	Parto del Periodo de Post Parto, según protocolo del MINSA.	<p>Denominador: No o no previamente Oxitocina para inducción / conducción de partos (vaginal / cesárea) revisados en el periodo x 100</p> <p>2. Pinzamiento tardío del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (aproximadamente 3 minutos).</p> <p>3. La tracción controlada del cordón es opcional y solo debe realizarla una persona capacitada.</p> <p>4. No se recomienda un masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la HPP en mujeres a las que han administrado oxitocina como medida profiláctica.</p>			directas de partos / cesáreas atendidas	chequeo Nunca aplique tracción al cordón umbilical (halón) sin aplicar la contratación (pujo) por encima del pubis con la otra mano.
3. El Índice de cesáreas en los SILAS y hospitales, no es mayor al 15% de la totalidad de partos atendidos en su área de influencia.	3.1 Índice de cesáreas en el establecimiento de salud	<p>Numerador: número cesáreas de realizadas</p> <p>Denominador: Número total de partos durante el periodo x 100</p>	Indica el porcentaje de cesáreas realizadas en el establecimiento de salud.	<p>Estadísticas vitales</p> <p>Cuadro de mando de indicadores hospitalarios</p>	Mensual	Reporte mensual de indicadores	Se espera que el índice mínimo sea el 5% y máximo el 15%
4. Las mujeres y sus familias reciben atención humanizada del parto, sensible a sus necesidades fortaleciendo así su capacidad al momento del parto.	4.1 Porcentaje de mujeres a las que se les atendió su parto en la posición que ellas escogieron.	<p>Numerador: No de mujeres que se les atendió su parto en el establecimiento de salud en la posición de su elección.</p> <p>Denominador: Total de mujeres que se les atendió su parto en el establecimiento de salud que eligieron una posición para el parto en el período monitoreado.</p>	<p>A la mujer se le anima a adoptar la posición de su elección durante el parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Posición de cuclillas b. Posición de rodillas c. Posición sentada d. Posición parada o sostenida de una soga e. Posición en cuatro puntos (pies, rodillas y manos) 	<p>Expediente clínico de la mujer.</p> <p>Lista de chequeo</p>	Mensual	Revisión de expedientes clínicos	<p>La atención brindada en el establecimiento de salud optimiza el bienestar biológico, psicológico, social y cultural de la mujer.</p> <p>Se les anima a adoptar la posición de su elección durante el parto y caminar libremente durante la primera etapa.</p>

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
4.2	Porcentaje de mujeres a las que se les atendió su parto en el establecimiento de salud y se les permitió el acompañamiento de un familiar o persona de confianza durante el trabajo de parto y el parto.	<p>Numerador: No de mujeres a las que se les atendió su parto en el establecimiento de salud y se les permitió el acompañamiento de un familiar o persona de confianza durante el trabajo de parto y el parto.</p> <p>Denominador: Total de mujeres que a las que se les atendió su parto en el establecimiento de salud y que deseaban acompañante.</p>	<p>A las mujeres se les permite y motiva a elegir un/a compañera/a para estar presente durante su trabajo de parto y parto. El/la compañero/a está orientado a apoyar a la mujer durante el trabajo de parto y el trabajo de parto y el parto.</p>	Expediente clínico de la mujer.	Mensualmente	Revisión de expedientes clínicos	Los/as acompañantes brindan apoyo físico, emocional y espiritual a las mujeres durante el trabajo de parto y parto y, por lo tanto, causan un impacto positivo en esa experiencia y por ende resultados durante el parto.
4.3	Porcentaje de mujeres a las que se les atendió su parto en el establecimiento de salud y que informaron que se les permitió ingerir alimentos (comida y bebida) durante el parto de acuerdo a sus costumbres y tradiciones.	<p>Numerador: No de mujeres que se les atendió su parto en el establecimiento de salud a las que se les permitió ingerir alimentos durante el trabajo de parto y parto de acuerdo a sus costumbres y tradiciones.</p> <p>Denominador: Total de mujeres que dieron a luz en el establecimiento de salud que deseaban ingerir alimentos durante el trabajo de parto y el parto.</p>	<p>Las mujeres pueden consumir libremente líquidos claros (agua, trozos de hielo, té, caldo de sopa (solo líquido, sin sólidos), SRO gelatina) durante el trabajo de parto.</p>	<p>Expediente clínico de la mujer.</p> <p>Lista de chequeo</p> <p>Encuesta de satisfacción de mujeres</p>	Mensual	Revisión de expedientes clínicos	Equipo de calidad

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
5.1 Porcentaje de insumos básicos disponibles para la atención del parto según el protocolo de atención establecido	Número de insumos básicos disponibles.	Numerador: Total de insumos básicos evaluados en el periodo revisado x 100	<p>Lista de insumos:</p> <p>1. Equipos de protección personal: batas, guantes estériles, mascarillas (quirúrgicas o N95), protección facial (caretas, lentes)</p> <p>2. Alcohol gel,3. Dispensador de jabón,4. Dispensador de papel-toalla,5. Reloj de pared con</p> <p>6.Equipo de cirugía menor: Cazo metálico de Al rectangular, porta agujas, porta bisturí, tijera de mayo, pinza de disección con dientes y sin dientes, mosquito curva y mosquito recto, pinza Kelly recta, pinza Kelly curva, 2 pinzas Foerster recta y 2 curva y 2 Valvas de Doyen.</p> <p>7.Oxígeno con flujoímetro, 8.Manómetro de oxígeno, 9.Laringoscopio en buen estado, 10.Hojas recias o curvas de adulto,11.Batería de laringoscopio de remplazo</p> <p>12.Estetoscopio,13.Tensiómetro de adulto 14.Monitor de signos vitales u Oxímetro de pulso,15.Llave de tres vías</p> <p>16.Maleta de atención del parto: dos perneras, dos campos estériles, dos campos grandes para la atención del niño, un campo grande para envolver maleita, una bata estéril.</p> <p>17.Block de partograma, 18.Succionador eléctrico y funcionando, 19.Bolsas de resucitación de adulto (ambú), 20.Termómetro, 21.Lámpara de calor radiante o de cuello de cisne, 22.Otoscopio, 23.Cáteteres de aspiración, 24.Foco 25.Tijeras o Bisturi ,26.Máscaras faciales, tamaños adulto, 27.Equipo de AMEU con cánulas 28.Sonda Foley 14F, 16F y 18F, 29. Tubos endotracheales de adultos 30.Bránulas Nº 16 y Nº 18, 31.Jeringas 5 y10 ml, 32.Cinta adhesiva o</p>	Libro registro	Mensual	Lista de chequeo	Estos insumos deben de estar disponibles en todas las salas de parto, tanto en hospitales de referencia como en los hospitales primarios para anticipar cualquier eventualidad o complicación

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
			sistema de fijación para el tubo endotracheal Soluciones inyectables: 33. Doppler 34. Oxitocina amp de 5 ó 10 UI, 35. Solución Salina Normal 0.9%, 36. Hartman o Lactato, 37. Hidralazina amp 5 mg o Hidralazina amp 20 mg, 38. Nifedipina tab 20 mg, 39. Labetalol foco 5mg/c, 40. Sulfato de Magnesio al 10%, 41. Dexametasona amp 4mg o 8mg, 42. Betametasona amp 12 mg, 43. Ergometrina amp 0.2 mg, 44. Penicilina Cristalina IV, 45. Ampicilina IV, 46. Metronidazol IV, 47. Gentamicina amp 80 mg, 48. Ceftriaxona 1 gr 49. Cloranfenicol 1 gr, 50. Gluconato de calcio al 10%, 51. Diazepam amp 10mg 52. Cloruro sodio (sol. Iny.), 53. Cloruro potasio (sol. Iny.) 54. Adrenalina (amp) 5. Dopamina (amp) 56. Furosemida (amp) 57. Difenilhidantoína (amp)				

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
1. La Inmediata del Recién Nacido, será realizada por personal médico o de enfermería (según nivel de resolución de la red de servicios), que se encuentre capacitado por el órgano rector.	Atención del Recién Nacido, será realizada por personal de salud en la red de servicios, que se encuentre capacitado por el órgano rector.	1. Porcentaje de personal de salud capacitado en reanimación neonatal	Numerador: No. de personal de salud que atiende parto en capacitado en reanimación neonatal al menos una vez al año. Denominador: Total de personal de salud que atiende partos revisados en el	Registro de capacitación (docencia)	Trimestral	Revisión de registro de capacitación curso reanimación neonatal con la duración establecida	Se considera capacitado el que ha recibido el curso completo de RN y tiene certificado

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
		periodo x 100.					
1.2 Porcentaje de expedientes donde se registra las condiciones previas al nacimiento	Numerador: No. de expedientes con registro de factores de riesgo maternos y neonatales – Denominador: Total de expedientes clínicos revisados en el mes x 100.	Preparación de condiciones previas al nacimiento. • Identificación de factores de riesgo maternos y neonatales	Expedientes clínicos. Lista de chequeo de monitoreo	Mensual	Revisión de expedientes Clínicos. Observación directa. Aplicación de la lista de chequeo	Factores de riesgo: • Factores de riesgo previos al parto • Factores de riesgo al momento del parto • Factores de riesgo del recién nacido	
2. A todo Recién Nacido se le debe de aplicar el protocolo de atención inmediata establecido	2.1 Porcentaje de recién nacidos a quienes se les aplicó el protocolo de atención inmediata establecido	Numerador: Número de recién nacidos a quienes se les aplicó el protocolo de atención inmediata establecido.	Protocolo de Atención Inmediata para todo recién nacido, 1. Proporciona calor, 2. Despegar vías aéreas y limpiar la vía aérea si es necesario (líquido amniótico o sangre) primero la boca y después la nariz. 3. Secado del recién nacido (cefálo-caudal), con paños precalentados y cambiar los húmedos por secos. 4. Posición de la cabeza (olfateo). 5. Estimulación (secado o frotando suavemente la espalda). 6. Evaluar la respiración, FC y color. 7. Pinzamiento y corte del cordón umbilical al dejar de pulsar. 8. Apego precoz, contacto piel con piel al minuto. 9. Valorar Apgar al minuto. 10. Lactancia materna en la primera hora del nacimiento	Expedientes clínicos. Lista de chequeo de monitoreo	Mensual	Revisión de expedientes Clínicos. Observación directa. Aplicación de la lista de chequeo	Antes de la atención del RN evaluar lo siguiente: • Gestación a término Claro • Respira o llora • Buen tono muscular • Número de RN

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración	
3.	A todo Nacido (a) se le debe brindar los cuidados de rutina establecidos en el protocolo.	3.1 Porcentaje de recién nacidos a los que se le brindaron los cuidados de rutina establecido.	Numerador: Número de RN a los que se le brindaron los cuidados de rutina según protocolo de atención establecido. Denominador: Total RN en el periodo x 100	Cuidados de rutina: 1. Vigilar la respiración, actividad y coloración del recién nacido 2. Contacto piel con piel 3. Lactancia materna 4. Vitamina K (1mg IM, única dosis). 5. Profilaxis oftálmica (oxitetracína 1%). 6. Cura umbilical con agua y clorhexidina 7. Registro de los signos vitales (temperatura, frecuencia cardíaca, y frecuencia respiratoria) cada 30 minutos durante las primeras 2 horas y luego cada 4 horas. 8. Registro del peso, perímetrocefálico y talla. 9. Determinar edad gestacional a través del método de Capurro o Ballard 10. Valorar Apgar al quinto minuto.	Mensual	Expedientes clínicos	Revisión expedientes clínicos. Lista de chequeo Observación directa	Los recién nacidos a término, vigorosos con LA claro no deben ser separados de su madre
4.	El establecimiento de salud (sala de neonatología, emergencia y pediatría) cuenta con los insumos médicos básicos para la atención del recién nacido según el protocolo de atención establecido y se mantiene el área higiénica.	4.1 Porcentaje de insumos básicos disponibles para la atención del recién nacido según el protocolo de atención establecido.	Numerador: Número de insumos básicos disponibles. Denominador: Total de insumos básicos evaluados	Soluciones inyectables: 1. Solución Salina Normal 0.9% 2. Hartman o Lactato de Ringer 3. Dextrosa al 5% 4. Dextrosa al 50% 5. Bicarbonato de sodio 6. Hidrocloruro de naloxona (amp); 7. Gluconato de calcio (amp); 8. Cloruro sodio (amp); 9. Cloruro potasio (amp); 10. Adrenalina (amp); 11. Dopamina (amp); 12. Furosemida (amp); 13. Difenilhidantoina (amp); 14. Dexametasona (amp); 15. Fenobarbital (amp); Otros; 16. Oxígeno; 17. Flujómetro; 18. Blender, 19. Cámara cefálica, 20. Manómetro de oxígeno; 21. Laringoscopio en buen estado, 22. Laringoscopio con hojas rectas, No. 0 (prematureo) y No. 1 (a término).	Mensualmente	Libro registro de lista de chequeo Observación directa	Estos insumos deben de estar disponibles en todas las salas de parto, tanto en hospitales de referencia como en los hospitales primarios para anticipar eventualidad del RN	

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
			<p>23.Batería de laringoscopio de reemplazo;</p> <p>24. Estetoscopio</p> <p>Tensiómetro neonatal;</p> <p>26. Equipo de aspiración en buen estado;</p> <p>27. Monitor de signos vitales u Oxímetro de pulso.</p> <p>28. Catéteres de aspiración, 5F, 6F, 8F, 10F, 12F o 14F,</p> <p>29. Pera de goma;</p> <p>30. Kit de reanimación neonatal.</p> <p>31. Máscaras faciales, tamaños recién nacido a término y prematuro (almohadilladas),</p> <p>32. Cuna de calor,</p> <p>33.Termómetro rectal,</p> <p>34.Tubos endotracheales, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0 mm de diámetro interno (DI),</p> <p>35.Bráñulas Nº 22; 36. Recolectores de orina, 37. Jeringas 1, 3, 5, 10, 20 y 50 ml,</p> <p>38.Catéter umbilical 3.5F y 5F,</p> <p>39. percutáneo;</p> <p>40.Sondas orogástricas, 41.Aspirador de meconio,</p> <p>42.Lámpara, 43.Tijeras o Bisturí, 44. Cinta adhesiva o sistema de fijación para el tubo endotraqueal, 45.Clamp, 46. Vitamina K</p> <p>47.Oxitetraciclina oftálmica al 1%</p> <p>48.Alcohol gel, 49.Dispensador de jabón, 50.Dispensador de papel-toalla,</p> <p>51.Clorhexidina, 52.Paños estériles en maletas de parto, gasas, 53.Llave de tres vías, 54. Sonda de alimentación 8F,</p> <p>55. Soluciones estériles,</p> <p>56.Equipos de protección personal: batas, guantes estériles, mascarillas, protección facial (caretas, lentes).</p>				a) A todo RN se debe registrar en la HCP y en el expediente clínico el perímetrocefálico de las 24 horas post nacimiento
5.	A todo recién nacido que egresa del establecimiento de salud y/o sala de alojamiento conjunto se le debe	5.1 Porcentaje de recién nacidos quienes se cumplieron todos los criterios	Numerador: Número de recién nacidos a los que egresaron cumpliendo los criterios	1. Observe y registre: actividad y 2. Continuar apego (contacto piel con piel), lactancia materna y apoyo a la	Mensual	Expedientes clínicos Listas de chequeo	Revisión expedientes clínicos Observación directa

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
cumplir los establecidos en el protocolo de atención.	los criterios establecidos en el protocolo de atención en el alojamiento conjunto.	establecidos en el criterios establecidos en el protocolo. atención en el alojamiento conjunto.	madre. 3. Signos vitales en parámetros normales durante las 24 horas de estancia. Denominador: Total de egresos de recién nacidos en el periodo x 100.	3. Signos vitales en parámetros normales durante las 24 horas de estancia. 4. Control 5. RN succiona vigorosamente, ha orinado y defecado al menos una vez. 7. Medición y registro del perímetrocefálico a las 24 horas post-nacimiento en el expediente y la HCP de la madre. 8. Vacuna BCG. 9. Consejería a la madre sobre lactancia materna, higiene general y respiratoria, PAMOR, cuidados generales y señales de peligro. 10. Llenado completo de la HCP y del Carné Perinatal (sección Egreso del Recién Nacido), la epícrisis neonatal y otros formatos establecidos. 11. Registro de lugar y cita de seguimiento temprano (VPCD), a las 72 horas posterior a su egreso.			(antes del egreso).
6. A todo RN cuyo parto ocurriera en el domicilio debe recibir los cuidados por personal de salud capacitado acuerdo al tiempo de nacimiento	6.1 Porcentaje de recién nacidos cuyo parto fue domiciliar y recibieron cuidados de rutina de personal capacitado	Numerador: Número de RN cuyo parto fue domiciliar fueron atendidos por personal de salud capacitado acuerdo al tiempo de nacimiento Denominador: Total de RN cuyo parto fue domiciliar revisados en el periodo x 100	Realizar las mismas actividades de la atención inmediata del RN y de rutina de acuerdo al tiempo post nacimiento (minutos, horas, días)	Expedientes clínicos Listas de chequeo	Mensual	Revisión expedientes clínicos Observación directa	Los cuidados serán realizados en función de las horas post nacimiento en correspondencia con el protocolo de todo RN ya sea para atención inmediata y/o para cuidados de rutina.

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
	1.1 Porcentaje de puerperas inmediatas (post parto o post cesárea) con vigilancia según protocolos del MINSA, la cual se encuentra evidenciada en la HCP.	Numerador: No. de puerperas inmediatas post parto/ post cesárea vigiladas adecuadamente Denominador: No. de puerperas inmediatas post parto/post cesárea revisadas en el periodo X 100	Cumple con el protocolo, sí y sólo sí se vigilan cada 15 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.	HCP Expediente clínico	Mensual	Revisión de expedientes Clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de chequeo
1. 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.							
	2.1 Porcentaje de mujeres postevento obstétrico que recibieron consejería en PF antes de su egreso	Numerador: Mujeres (postaborto, mola, ectópico, parto o cesárea) que recibieron consejería. Denominador: Total de puerperas egresadas X 100.	Mujeres Toda puerpera para ser egresada del establecimiento de salud, debe recibir consejería en planificación familiar	HCP Cuaderno de registro de PF	Mensual	Revisión de Expedientes Clínicos. Cuaderno de registro PF	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de Chequeo
	2.2 Porcentaje de mujeres postevento obstétrico que egresaron con un método artificial de PF de su elección informada y voluntaria	Numerador: Mujeres (postaborto, mola, ectópico, parto o cesárea) que recibieron un método anticonceptivo artificial Denominador: Total de puerperas egresadas X 100	Egresada con un método de PF moderno las mujeres que lo deseen posterior a la consejería se de registro de PF.	HCP SIGLIM. Cuaderno de registro de PF.	Mensual	Revisión de Expedientes Clínicos. Cuaderno de registro PF.	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de Chequeo.
	2. A toda mujer que egresa por un evento obstétrico (postaborto, mola, ectópico, parto o cesárea) se le brinda consejería y un método artificial de planificación familiar de su elección informada y voluntaria						
	2.3 Porcentaje de mujeres postevento obstétrico que recibieron consejería en PF y pueden mencionar al menos dos beneficios y dos cuidados del MAC seleccionado.	Numerador: Mujeres que mencionaron 2 beneficios y 2 cuidados del MAC seleccionado Denominador: Total de mujeres encuestadas X 100.	En la consejería se brinda información sobre beneficios y riesgos acerca de todos los métodos ofrecidos por el MINSA.	Encuestas	Trimestral	Encuestas Transcriba el dato de la dimensión de la calidad referida al conocimiento, indagando en la encuesta	Responsable de Salud Materna O Jefe de Servicio de PF

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
3. Las mujeres y los recién nacidos reciben atención con respeto y dignidad.	3.1 Porcentaje de mujeres satisfechas con la atención recibida durante el proceso de atención del parto institucional.	<p>Numerador: No de mujeres satisfechas con la atención recibida durante el proceso de atención del parto institucional.</p> <p>Denominador: Total de mujeres a las que se les realiza la encuesta de satisfacción de mujeres después de la atención del parto en el establecimiento de salud.</p>	La satisfacción de la mujer va a estar indicada por la obtención de un puntaje alto en la aplicación de encuestas de satisfacción de mujeres.	Encuesta de satisfacción de mujeres procesadas	Trimestral	Aplicación de la encuesta de satisfacción de mujeres del servicio materno neonatal	Responsable: equipo de dirección del establecimiento de salud

Anexo 3. Listas de chequeo

Lista de chequeo para la Atención Prenatal de Bajo Riesgo

Indicador 1.1 Porcentaje de embarazadas a las que se les registró e interpretó las actividades del Formulario de Clasificación del Riesgo en cada APN y ha sido referida en el periodo de tiempo y al nivel de resolución que corresponde.

EMBARAZADAS A QUIENES SE LES LLÉNÓ EL FORMULARIO DE CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE ACUERDO A PROTOCOLOS: Basado en el Protocolo de Atención Prenatal MINSA

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 (Fallo de la Calidad de Atención).

Establecimiento de salud _____

Mes:	Año:	No. de Expediente	Criterios												%						
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
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 gr																				
4.	Peso al nacer del último bebé mayor de 4500 gr																				
5.	¿Estuve 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																				
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																				
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 / Obesidad (IMC > 30)																				

Mes:	Año:	No. de Expediente																		N	D %	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Expediente cumple																						
Promedio Global																						

Indicador 2.1 Porcentaje de embarazadas en las que en su APN se le llenó su HCP y se registró e interpretó las 13 actividades normadas

ATENCIÓN PRENATAL: Basado en Normas de Atención Prenatal. MINSA.

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**).

Mes:	Año:	No. de Expediente																		N	D %	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Antecedentes Personales y Obstétricos y Estilos de vida de riesgo																						
2. Cálculo de amenorrea y FPP																						
3. Medición de talla, peso y cálculo e interpretación del IMC																						
4. Aplicación de vacuna antitetánica																						
5. Exámenes de laboratorio (Grupo y Rh, PAP - Colposcopia, VDRL/RPR, EGO - Cintas Uroanálisis - Urocultivo, Hb, Glicemia - PTOG consejería y prueba voluntaria de VIH) Si aplica: toxoplasmosis, Chagas y Malaria																						
6. Examen odontológico (uso del formato)																						
7. Examen de mamas																						
8. Evaluación fetal: Auscultación de FCF (A partir de las 20SG) y Movimientos Fetales (Después de 18 SG)																						
9. Determinación e interpretación de PA e identificación de factores de riesgo																						
10. Medición de Altura Uterina, gráfica e interpretación																						

Mes:	Año:	No. de Expediente																		N	D %	
			Criterios																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
11.	Realización de USG; valorar registro en formato adjunto a la HCP																					
12.	Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal pregestacional o de las primeras 12 semanas de gestación.																					
13.	Consejería en LM, Plan de Parto, Planificación Familiar, APN, Alimentación y Nutrición durante el embarazo, Uso de la Casa Materna, Parto Institucional e Identificación de Señales de Peligro durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del/la RN, Prevención de ITS y VIH y Prevención de VBG.																					
Expediente cumple																						
Promedio Global																						

Indicador 3.1 Porcentaje de embarazadas captadas tempranamente que cuentan con seis atenciones prenatales y al menos una evaluación integral

Indicador 3.2 Porcentaje de primeras y sextas atenciones prenatales realizadas por médicos y/o enfermeras obstetras según nivel de resolución en la red de servicios.

Indicador 3.3 Porcentaje de embarazadas captadas precozmente

Indicador 3.4 Porcentaje de embarazadas captadas en APN, provenientes del sector rural que cuentan con su plan de parto.

Indicador 3.4 Porcentaje de embarazadas y postnatales captadas y registradas en el censo gerencial de la embarazada.

En cada columna registre el **número de expediente** monitoreado. Registre **SI**, cuando el criterio se cumple, de lo contrario registre **NO**. Al final de la fila en cada criterio cuente los SI y anote en la Columna N (numerador) el total de SI; y en la columna D (denominador) el total de expedientes monitoreados, divida ambos y multiplíquelo por 100 para obtener el porcentaje de cumplimiento del criterio. Estos indicadores pueden ser evaluados en un mismo expediente o en expedientes diferentes de mujeres que llegaron a su APN.

Mes:	Año:	No. de Expediente																	N	D	%	
			Criterios																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1.	Embarazadas con seis APN y al menos una evaluación integral según norma.																					
2.	Embarazadas con primera y sexta APN realizada por médicos y/o enfermera obstetra según nivel de resolución de la red de servicios.																					
3.	Embarazadas captadas antes de las 12 SG																					
4.	Embarazadas en APN provenientes del área rural que cuentan con su plan de parto.																					
5.	Embarazadas captadas para APN registradas en el censo gerencial.																					
			Expediente cumple															Promedio Global				

Indicador 4.1 Porcentaje de embarazadas que han recibido evaluación odontológica.

EMBARAZADAS A QUIÉNES SE LES REALIZÓ EVALUACIÓN ODONTOLOGICA DE ACUERDO A PROTOCOLOS: Basado en el Protocolo de Atención Prenatal. **MINSa**

Cada número corresponde a un expediente de APN monitoreado. Registre el número del expediente. Registre el criterio evaluado es satisfactorio (**S 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**).

Mes:	Año:	No. de Expediente	Criterios	Promedio Global																		
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Indicador 5.1 Porcentaje de embarazadas identificadas con factores de riesgo para Parto Pretermino a las que se le registraron e interpretaron las actividades del Fórmato para la Producción del Parto Pretermino

EMBARAZADAS A QUIENES SE LES IDENTIFICO FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO DE ACUERDO A PROTOCOLOS: Basado en el Protocolo de Atención Prenatal, MINSA

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 Círculos Rápidos de Mejora Continua, de los criterios que no estamos cumpliendo (**Fallos de la Calidad de Atención**).

Indicador 6.1 Porcentaje de embarazadas identificadas con factores de riesgo para desarrollar preeclampsia a quienes les cumplen las actividades según protocolo.

EMBARAZADAS A QUIENES SE LES IDENTIFICO FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR PRE-ECLAMPSIA DE ACUERDO A PROTOCOLOS: Basado en el Protocolo de Atención Prenatal. MINSa

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 (**Fallo/s de la Calidad de Atención**).

Mes:	Año:	No. de Expediente	Criterios												%									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	N	
1.	Registro e interpretación de la PA en cada APN																							
2.	Prescripción de aspirina 100 mg, cada noche comenzando desde las 11 S/G y antes de las 16 semanas y hasta las 37 semanas.																							
3.	Unificación de criterios:																							
a)	Antecedentes de pre eclampsia																							
b)	Antecedentes familiares de pre eclampsia																							
c)	Presencia de enfermedad inmunológica																							
d)	IMC: Talla / Peso																							
e)	Arterias uterinas (IP + Notch bilateral)																							
4.	En poblaciones con baja ingesta de calcio en la dieta y en mujeres con alto riesgo de preeclampsia, la administración diaria de suplementos de calcio (1.5 g-2.0 g de calcio elemental por vía oral) para reducir el riesgo de preeclampsia.																							
	Expediente cumple																							
	Promedio Global																							

Listas de chequeo para la Atención del Parto de Bajo Riesgo

Indicador 1.1 Porcentaje de embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente según protocolos del MINSA.

Hoja de Monitoreo para el Partograma con Curva de Alerta

SILAS: _____ Municipio: _____ Establecimiento de Salud: _____ Monitor/Supervisor: _____ No. Partogramas Revisados: _____ Periodo: _____
 Monitoreado: _____ Total Partos Atendidos en el Período: _____ Porcentaje de Partos Atendidos a los cuales se les realizó Partograma: _____
EMBARAZADAS EN TRABAJO DE PARTO CON PARTOGRAMA LLENADO E INTERPRETADO CORRECTAMENTE SEGÚN PROTOCOLOS: Basado en el Protocolo de Parto de Bajo Riesgo. MINSA

Partograma: Registre el número del expediente monitoreado. Anotar **1** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado 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 (Fallo de la Calidad de Atención).

Mes: _____	Año: _____	No. de Expediente	Criterios										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	N	D	%
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																							
			1.	Llena adecuadamente los Datos Generales de identificación de la mujer.																															
			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.	Gráfica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas.																															
			12.	Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas.																															
			13.	Gráfica 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, Pulsos, Posición Materna, Intensidad de Contracciones, Localización e Intensidad del Dolor).																															

OBSERVACIONES (Limitantes encontradas, Acuerdos, Compromisos, etc.):

16. Interpreta adecuadamente esta información.

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.

Expediente cumplido

Indicador 1.2 Porcentaje de partos atendidos en los establecimientos de salud en los que se tomó decisiones frente a desviaciones de la curva de dilatación cervical del partograma.

Indicador 2.1 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 según protocolos del MINSA.

MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO (MATEP): Basado en los Protocolos de Parto de Bajo Riesgo. MINSA.

Cada número corresponde a un 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

Mes:	Año:	No. de Expediente	Criterios	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 N D %																						
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	N	D	%
			1.	Se aplicó a la parturienta vaginal / 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 inducción-conducción (N156).																						
			2.	Pinzamiento tardío del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (aproximadamente 3 minutos).																						
			3.	La tracción controlada del cordón es opcional y solo debe realizarla una persona capacitada.																						
			4.	No se recomienda un masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia postparto (HPP) en mujeres a las que han administrado oxitocina como medida profiláctica.																						
			Expediente cumple																							
			Promedio Global																							

Indicador 4.1 Porcentaje de mujeres a las que se les atendió su parto en el establecimiento de salud y se les permitió el acompañamiento de un familiar o persona de confianza durante el trabajo de parto y el parto.

Indicador 4.2 Porcentaje de mujeres a las que se les atendió su náusea en la nación que al asesoriaron

Indicador 4.3 Porcentaje de mujeres a las que se les atendió su parto en el establecimiento de salud y que informaron que se les permitió ingerir alimentos (comida y bebida) durante el parto de acuerdo a sus costumbres y tradiciones.

En cada columna registre el **número de expediente** monitoreado. Registre **SI**, cuando el criterio se cumple, de lo contrario registre **NO**. Al final de la fila en cada criterio cuente los SI y anote en la Columna N (numerador) el total de SI; y en la columna D (denominador) el total de expedientes monitoreados, divida ambos y multiplíquelo por 100 para obtener el porcentaje de cumplimiento del criterio. Estos indicadores pueden ser evaluados en un mismo expediente o en expedientes diferentes de mujeres que llegaron a que les atenderán su parte.

Indicador 5.1 Porcentaje de insumos médicos básicos disponibles para la atención del parto según el protocolo de atención establecido.

EQUIPAMIENTO MÉDICO BÁSICO PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO: Basado en el Protocolo de Atención del Parto según el protocolo de atención establecido. MINSA.

Cada número corresponde a un día del mes monitoreado. Anotar **S** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado está disponible (**Se Cumple**). Si el criterio no está disponible (**No Se Cumple**), anotar **N**. 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 Día Cumple, se marcará con **S** solamente si en el día monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los **NA**. El Promedio Global, se obtiene de dividir el **Total de insumos disponibles Cumple (S)** entre el **Total de insumos monitoreados x 100**. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en gestionar a las instancias correspondientes los insumos en cero. (**Fallos de la Calidad de Atención**).

Mes:	Año:	No. de Expediente	Criterios												N	D	%					
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1.	Equipos de protección personal: batas, guantes estériles, mascarillas, protección facial																					
2.	Alcohol gel																					
3.	Dispensador de jabón.																					
4.	Dispensador de papel-toalla.																					
5.	Reloj de pared con segundero																					
6.	Equipo de cirugía menor: Cazo metálico de Al rectangular, porta agujas, porta bisturí, tijera de mayo, pinza de disección con dientes y sin dientes, mosquito curva y mosquito recto, pinza Kelly recta, pinza Kelly curva, 2 pinzas Foerster recta y 2 curva y 2 Valvas de Doyen.																					
7.	Oxígeno con flujometro																					
8.	Manómetro de oxígeno																					
9.	Laringoscopio en buen estado																					
10.	Hojas rectas o curvas de adulto																					
11.	Batería de laringoscopio de remplazo																					
12.	Estetoscopio																					
13.	Tensiómetro de adulto																					
14.	Monitor de signos vitales u Oxímetro de pulso																					
15.	Llave de tres vías																					
16.	Maleta de atención del parto: dos perneras, dos campos estériles, dos campos grandes para																					
17.	Block de partograma																					
18.	Succionador eléctrico y funcionando																					
19.	Bolsas de resucitación de adulto (ambú)																					
20.	Termómetro																					
21.	Lámpara de calor radiante o de cuello de cisne																					

Mes:	Año:	No. de Expediente	Criterios														N	D	%		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
22.	Oto Ofalmoscopio																				
23.	Catéteres de aspiración																				
24.	Foco																				
25.	Tijeras o Bisturí																				
26.	Máscaras faciales, tamaño adulto																				
27.	Equipo de AMEU con cánulas																				
28.	Sonda Foley 14F, 16F y 18F																				
29.	Tubos endotraqueales de adultos																				
30.	Bránula N° 16 y N° 18																				
31.	Jeringas 5 y10 ml																				
32.	Cinta adhesiva o sistema de fijación para el tubo endotraqueal																				
33.	Doppler																				
34.	Oxitocina amp de 5 o 10 UI																				
35.	Solución Salina Normal 0.9%																				
36.	Hartman o Lactato																				
37.	Hidralazina amp 5 mg/Hidralazina amp 20mg																				
38.	Nifedipina tab 20 mg																				
39.	Labetalolo fco 5mg/cc																				
40.	Sulfato de Magnesio al 10%																				
41.	Dexametasona amp 4mg o 8mg																				
42.	Betametasona amp 12 mg																				
43.	Ergometrina amp 0.2 mg																				
44.	Penicilina Cristalina IV																				
45.	Ampicilina IV																				
46.	Metronidazol IV																				
47.	Gentamicina amp 80 mg																				
48.	Ceftriaxona 1 gr																				
49.	Cloranfenicol 1 gr																				
50.	Gluconato de calcio al 10%																				
51.	Diazepam amp 10mg																				
52.	Cloruro sodio (sol. Iny.)																				

Mes:	Año:	No. de Expediente	Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	N	D	%
53.	Cloruro potasio (sol. Iny.)																									
54.	Adrenalina (amp)																									
55.	Dopamina (amp)																									
56.	Furosemida (amp)																									
57.	Difenilhidantoina (amp)																									
Expediente cumple																										
Promedio Global																										

Lista de chequeo para la Atención Inmediata del Recién Nacido

Indicador 1.1 Porcentaje de personal de salud capacitado en reanimación neonatal

Para realizar el llenado de este instrumento deberá escribir el número o cantidad de personas a capacitar durante el año en el establecimiento de salud (meta anual) por perfil, y los capacitados en el mes reportado, en las columnas correspondientes.

Mes reportado: _____ Meta anual _____ Cumplimiento _____ % de cumplimiento _____

Nº	Perfil del personal de salud	Nº total de personal de salud capacitados durante el año en curso, en el establecimiento de salud.	Normativa 011 actualizada, escrita y disponible en la sala de maternidad Verificación directa			
			Meta	Capacitados	Si	No
1	Médico general					
2	Medico Servicio Social					
3	Gineco obstetra					
4	Pediatra					
5	Enfermera					
6	Auxiliar de enfermería					
Total						

Indicador 1.2 Porcentaje de expedientes donde se registra condiciones previas al nacimiento

Mes:	Año:	No. de Expediente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	N	D	%
Criterios																									
Número de expedientes donde se identifican factores de riesgo maternos y neonatales (previos al parto, momento del parto y del recién nacido)																									

Indicador 2.1 Porcentaje de recién nacidos(a) a quienes se les aplicó el protocolo de atención inmediata establecido.**ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO: Basado en el Protocolo de Atención del Recién Nacido. MINSA.**

Cada número corresponde a un expediente de RN 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 Aplica**), anotar 0. Registrar **NA (No Se Cumple)**, 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**).

Establecimiento de salud _____ Mes evaluado _____

Mes:	Año:	No. de expediente	Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Promedio
1.	Proporciona calor																							
2.	Despegar vías aéreas y limpiar la vía aérea si es necesario (líquido amniótico o sangre) primero la boca y después la nariz.																							
3.	Secado del recién nacido (céfalo-caudal), con paños precalentados y cambiar los húmedos por secos.																							

Mes:	Año:	No. de expediente	Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Promedio
4.	Posición de la cabeza (olfateo).																							
5.	Estimulación (secado o frotando suavemente la espalda).																							
6.	Evaluuar la respiración, FC y color.																							
7.	Pinzamiento y corte del cordón umbilical al dejar de pulsar.																							
8.	Apego precoz, contacto piel con piel																							
9.	Valorar Apgar al minuto.																							
10.	Lactancia materna en la primera hora del nacimiento																							
Expediente cumple																								
Promedio Global																								

Indicador 3.1 Porcentaje de expedientes con registro de los cuidados de rutina según protocolo de atención establecido.

CUIDADOS DE RUTINA DEL RECÍEN NACIDO: Basado en el Protocolo de Atención del Recién Nacido. **MINSA.**

Cada número corresponde a un expediente de RN 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**).

Mes:	Año:	No. de Expediente	Criterios										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Promedio
			1.	Vigilar la respiración, actividad y coloración del recién nacido																													
			2.	Contacto piel con piel																													
			3.	Lactancia materna																													
			4.	Vitamina K (1mg IM, única dosis).																													
			5.	Profilaxis oftalmica (oxitetracilina 1%).																													
			6.	Cura umbilical con agua y clorhexidina (hibiscrub)																													
			7.	Registro de los signos vitales (temperatura, frecuencia cardíaca, y frecuencia respiratoria) cada 30 minutos durante las primeras 2 horas y luego cada 4 horas.																													
			8.	Registro del peso, perímetrocefálico y talla.																													
			9.	Determinar edad Gestacional a través del método de Capurro o Ballard modificado.																													
			10.	Valorar Agar al quinto minuto																													
			Expediente cumple																														
			Promedio Global																														

Indicador 4.1 El establecimiento de salud (sala de neonatología, emergencia y pediatría) cuentan con los insumos básicos para la atención del recién nacido según el protocolo de atención establecido y se mantiene el área higiénica.

EQUIPAMIENTO MÉDICO BÁSICO PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO. MINSA.

Cada número corresponde a un día del mes monitoreado. Anotar **S** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado está disponible (**No Se Cumple**). Si el criterio no está disponible (**Se Cumple**). Registrará **NA** (**No Aplica**), en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en este nivel de atención. La casilla de **Día Cumple**, se marcará con **S** solamente si en el día monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los **NA**. El **Promedio Global**, se obtiene de dividir el **Total de insumos disponibles Cumple** (**S**) entre el **Total de insumos monitoreados x 100**. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en las instancias correspondientes los insumos en cero. (Fallo de la Calidad de Atención).

Mes evaluado

Mes:	Año:	No. de expediente	Criterios																		Promedio
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
22.	Laringoscopio con hojas rectas, No. 0 (prematuro) y No. 1 (a término).																				
23.	Batería de laringoscopio de reemplazo																				
24.	Estetoscopio																				
25.	Tensiómetro neonatal																				
26.	Equipo de aspiración en buen estado																				
27.	Monitor de signos vitales u Oxímetro de pulso																				
28.	Catéteres de aspiración, 5F, 6F, 8F, 10F, 12F o 14F																				
29.	Pera de goma																				
30.	Kit de reanimación neonatal																				
31.	Máscaras faciales, tamaños recién nacido a término y prematuro (almohadilladas)																				
32.	Cuna térmica/Fuente de calor																				
33.	Termómetro rectal																				
34.	Tubos endotraqueales, 2,5, 3,0, 3,5, 4,0 mm de diámetro interno (D)																				
35.	Bráñula Nº 22																				
36.	Recolectores de orina																				
37.	Jeringas 1, 3, 5, 10, 20 y 50 ml																				
38.	Catéter umbilical 3,5F y 5F																				
39.	Catéter percutáneo																				
40.	Sondas orogástricas																				
41.	Aspirador de meconio																				
42.	Lámpara																				
43.	Tijeras o Bisturí																				
44.	Cinta adhesiva o sistema de fijación para el tubo endotraqueal																				
45.	Clamp																				
46.	Vitamina K																				
47.	Oxitetracíclica oftálmica al 1%																				
48.	Alcohol gel																				
49.	Dispensador de jaleón																				
50.	Dispensador de papel-toalla																				
51.	Clorhexidina																				

Mes:	Año:	No. de expediente																		Promedio
			Criterios																	
52. Paños estériles en maletas de parto, gasas																				
53. Llave de tres vías																				
54. Sonda de alimentación 8F																				
55. Soluciones estériles																				
56. Equipos de protección personal: batas, guantes estériles, mascarillas, protección facial (caretas, lentes)																				
Expediente cumple																				
Promedio Global																				

Indicador 5.1 Porcentaje de recién nacidos a quienes se les cumplió con todos los criterios establecidos para el egreso en el protocolo de atención en el alojamiento conjunto.

CRITERIOS DE EGRESO DEL RECIEN NACIDO: Basado en el Protocolo de Atención del Recién Nacido. MINSA.

Cada número corresponde a un expediente de RN 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 Círculos Rápidos de Mejora Continua, de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

Establecimiento de Salud																				
Mes:	Año:	No. de expediente																		Promedio
			Criterios																	
1. Observar y registrar: respiración, actividad y color.																				
2. Continuar apego (contacto piel con piel), lactancia materna y apoyo a la madre.																				
3. Signos vitales en parámetros normales durante las 24 horas de estancia.																				
4. Diuresis																				
5. Control térmico.																				
6. RN succiona vigorosamente, ha orinado y defecado al menos una vez.																				

Mes:	Año:	No. de expediente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Promedio
Criterios			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
7.	Medición y registro del perímetro cefálico a las 24 horas post-nacimiento en el expediente y la HCP de la madre.																						
8.	Vacuna BCG.																						
9.	Consejería a la madre sobre lactancia materna, higiene general y respiratoria, PAMOR, cuidados generales y señales de peligro.																						
10.	Llenado completo de la HCP y del Carné Perinatal (sección Egreso del Recién Nacido), la epícrisis neonatal y otros formatos establecidos.																						
11.	Registro de lugar y cita de seguimiento temprano (VPCD), a las 72 horas posterior a su egreso.																						
Expediente cumple																							
Promedio Global																							

Indicador 6.1 Porcentaje de recién nacidos cuyo parto fue domiciliar a quienes se le brindaron cuidados de rutina por personal capacitado.

ATENCIÓN INMEDIATA Y CUIDADOS DE RUTINA DEL RECIÉN NACIDO: Basado en el Protocolo de Atención del Recién Nacido. MINSA.

Cada número corresponde a un expediente de RN 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**).

Establecimiento de Salud _____ Mes evaluado _____

Mes:	Año:	No. de expediente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Promedio
Criterios			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1.	Proporciona calor																						
2.	Despegar vías aéreas y limpiar la vía aérea si es necesario (líquido amniótico o sangre) primero la boca y después la nariz.																						

Mes:	Año:	No. de expediente	Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Promedio
3.	Secado del recién nacido (céfalo-caudal), con pañitos precalentados y cambiar los húmedos por secos.																							
4.	Posición de la cabeza (olifateo).																							
5.	Estimulación (secado o frotando suavemente la espalda).																							
6.	Evaluuar la respiración, FC y color.																							
7.	Pinzamiento y corte del cordón umbilical al dejar de pulsar.																							
8.	Apego precoz, contacto piel con piel																							
9.	Valorar Apgar al minuto (solo si aplica).																							
10.	Lactancia materna en la primera hora del nacimiento																							
11.	Vigilar la respiración, actividad y coloración del recién nacido																							
12.	Contacto piel con piel																							
13.	Lactancia materna																							
14.	Vitanmina K (1mg IM, única dosis).																							
15.	Profilaxis oftálmica (oxitetracilina 1%).																							
16.	Cura umbilical con agua y clorhexidina (hibiscrub)																							
17.	Registro de los signos vitales (temperatura, frecuencia cardíaca, y frecuencia respiratoria) cada 30 minutos durante las primeras 2 horas y luego cada 4 horas.																							
18.	Registro del peso, perímetrocefálico y talla.																							
19.	Determinar edad Gestacional a través del método de Capurro o Ballard modificado.																							
20.	Valorar Apgar al quinto minuto (solo si aplica)																							
Expediente cumple																								
Promedio Global																								

Lista de chequeo para la Atención del Puerperio de Bajo Riesgo

Indicador 1.1 Porcentaje de Puérperas Inmediatas con Vigilancia según Protocolos del MINSA.

Establecimiento de Salud _____ Mes evaluado _____

PUÉRPERAS INMEDIATAS CON VIGILANCIA DE ACUERDO A PROTOCOLOS: basado en el protocolo de atención del puerperio. MINSA

Cada número corresponde a un 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**).

Mes: _____	Año: _____	No. de expediente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	N	D	%
1. Hora																									
2. Temperatura Corporal																									
3. Pulso																									
4. Presión Arterial																									
5. Involución Uterina																									
6. Características de loquios																									
Expediente cumple																									
Promedio Global																									

Indicador 2.1 Porcentaje de mujeres (post aborto, mola, ectópico, parto o cesárea) que recibieron consejería en Planificación Familiar antes de su egreso.

Indicador 2.2 Porcentaje de puerperas (post aborto, mola, ectópico, parto o cesárea) que egresaron con un método moderno de planificación familiar.

Indicador 2.3 Porcentaje de mujeres postevento obstétrico que recibieron consejería en PF y pueden mencionar al menos dos beneficios y dos cuidados del MAC

Establecimiento de salud _____ Mes evaluado _____

CUIDADOS DEL MAC SELECCIONADO: basado en el protocolo de atención del puerperio. MNSA

Cada número corresponde a un 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**).

Mes: _____	Año: _____	No. de expediente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	N	D	%
Criterios																									
1.	Mujer que recibió consejería en planificación familiar en el establecimiento de salud, antes de su egreso.																								
2.	Mujer que recibió método/s de planificación familiar de su elección en el establecimiento de salud, antes de su egreso.																								
3.	Mujeres post evento obstétrico que recibieron consejería en PF y pueden mencionar al menos dos beneficios y dos cuidados del MAC seleccionado.																								
Expediente cumple																									
Promedio Global																									

**SECCION II: PROTOCOLOS PARA LA ATENCION PRENATAL, PARTO,
RECIEN NACIDO Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO**

1. INTRODUCCION

A nivel mundial, cada año se dan aproximadamente 140 millones de nacimientos¹⁹, la mayoría de ellos se producen por parto vaginal en embarazadas en las que no se han identificado factores de riesgo de complicaciones para ellas ni para sus bebés, al iniciarse el trabajo de parto^{20,21}. En el año 2015, unas 303.000 mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo, 2,7 millones de bebés murieron durante los primeros 28 días de vida²² y 2,6 millones de bebés nacieron muertos²³.

En el marco internacional de derechos humanos se incluye el compromiso fundamental de los Estados de lograr que las mujeres y las adolescentes sobrevivan al embarazo y el parto, como un aspecto de su disfrute de los derechos a la salud sexual y reproductiva y a vivir una vida con dignidad²⁴. Por lo tanto, la implementación de intervenciones eficaces de costo razonable encaminadas a la prevención o el tratamiento de casi todas las complicaciones maternas potencialmente mortales²⁵ y la mejora de la calidad de la atención neonatal²⁶ aportarían a disminuir este número y evitar muertes o secuelas prevenibles durante este período.

Los siguientes cuatro protocolos (Atención prenatal, Parto, Recién Nacido y Puerperio) elaborados en base a la evidencia científica disponible, incluye intervenciones costo eficaces para proteger a las mujeres y los niños en el día más importante de sus vidas: el del nacimiento. Es importante destacar que algunas de las intervenciones ya se han adoptado en los establecimientos de salud a nivel nacional, incidiendo positivamente sobre todo en la reducción de la morbitmortalidad materna y fetal.

Así mismo se incorporan nuevas herramientas para fortalecer el abordaje integral de la embarazada y la detección oportuna de factores de riesgo, como son: Formulario de clasificación del riesgo, Formato para realizar evaluación odontológica en la embarazada, Control de resultados de ultrasonidos básicos en toda embarazada, Predicción para parto pretérmino y Funcionamiento de los círculos de embarazadas, cuya implementación estará en dependencia de su nivel de resolución, el cual a su vez está determinado por la presencia o no de recursos calificados en atención obstétrica, y perinatal, así como de los insumos necesarios para brindarla.

Por lo tanto, el Ministerio de Salud cumpliendo con los principios de calidad, calidez, accesibilidad e interculturalidad del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), pone por tanto estos protocolos a disposición del sector salud que brinden atención materna-neonatal, con el propósito de estandarizar, mejorar y garantizar la calidad en salud de la población nicaragüense y de esta manera contribuir a la reducción de la morbitmortalidad materna y perinatal.

¹⁹ The state of the world's children 2016: a fair chance for every child. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2016 (https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf, acceso 09 julio 2020).

²⁰ Danilack VA, Nunes AP, Phipps MG. Unexpected complications of low-risk pregnancies in the United States. Am J Obstet Gynecol. 2015;212(6):809.e1-6.

²¹ Intrapartum care for healthy women and babies. NICE clinical guideline 190. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014 (http://www.geburtshaus.ch/documents/upload/NICE_clinical_guideline_190_dec2014.pdf, acceso 09 julio 2020).

²² UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME). Levels and trends in child mortality: Report 2013. Nueva York (EE.UU.) UNICEF, 2013. (www.childinfo.org/files/Child_Mortality_Report_2013.pdf, visitado el 04 de julio de 2020).

²³ Lawn JE et al. Every Newborn: Progress, priorities, and potential beyond survival. Lancet, 2014, doi:10.1016/S01406736(14)60496-7.

²⁴ Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. Human Rights Council, twentieth session. New York (NY): United Nations General Assembly; 2012 (A/HRC/21/22; http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf, consulta el 05 de julio 2020).

²⁵ Campbell OMR, Graham WJ; The Lancet Maternal Survival Series Steering Group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet.2006;368:1284-99.

²⁶ Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? Lancet. 2014;384(9940):347-70.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Actualizar las técnicas y procedimientos para la atención calificada que se brindarán a la mujer durante su embarazo, parto, el recién nacido y puerperio de bajo riesgo, a fin de realizar vigilancia, prevención, detección, tratamiento o mitigación de factores de riesgo y contribuir a la reducción de la morbi mortalidad materno y perinatal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.
2. Actualizar conocimientos y destrezas del personal de salud que brinda la atención directa a la embarazada, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
3. Propiciar la atención prenatal, parto, atención inmediata del recién nacido y puerperio de rutina en forma integral, mediante la participación del equipo multidisciplinario para aumentar su efectividad, estimulando acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos fetales.
4. Mejorar la salud y calidad de vida de la embarazada y del feto.
5. Identificar los riesgos específicos de cada gestante, con el fin de prevenir en lo posible la patología.
6. Favorecer la evolución fisiológica del proceso del parto, minimizando intervenciones innecesarias, incluido el uso del partograma y el manejo activo del tercer período, a fin de proporcionarle al personal de salud la información que necesita para diferenciar entre el proceso normal y las complicaciones.
7. Fomentar el binomio madre-recién nacido, incluyendo la lactancia materna y el apego precoz.
8. Vigilar los cambios en el período inmediato y mediato del puerperio.
9. Brindar consejería en planificación familiar postparto.

3. GLOSARIO DE TERMINOS

Aborto: terminación de la gestación durante el periodo posterior la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial y antes de las 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud céfalo-caudal < 25 cm²⁷.

Acretismo: trastorno en la adhesión de la placenta al útero, generalmente diagnosticada durante el parto.

Amniocentesis: extracción de cantidad de líquido que rodea al feto. Puede estudiarse para detectar algunos defectos congénitos, madurez o infección.

Amniotomía: se define como la ruptura artificial de las membranas ovulares. Las recomendaciones actuales no avalan este procedimiento para acelerar el trabajo de parto, por tanto, se restringe su aplicación a situaciones médicas específicas.

Aapego precoz: 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/la bebe.

Alojamiento conjunto: estrategia que se caracteriza por ubicar al recién nacido y su madre en la misma habitación, con el propósito de favorecer el apego precoz, permanente y promover así la lactancia materna exclusiva.

Amenorrea por lactancia: es la ausencia de la menstruación causada por la lactancia materna exclusiva, durante el cual la probabilidad de embarazo es menor.

Atención en el puerperio: atención de calidad madre, que incorpora elementos de atención y promoción de salud, e implica la evaluación continua del estado físico y emocional de la mujer y su recién nacido(a) con énfasis en la detección de indicadores tempranos de depresión posparto y de dificultades en el establecimiento de un vínculo sensible con el recién nacido(a).

Anemia: concentración de hemoglobina menor a 11 mg/dl en plasma o hematocrito menor a 33%.

Calostro: secreción amarillenta, poco espesa, la cual tiene más proteínas (sobre todo inmunoglobulina A) y sales. Este líquido es secretado por las mamas hasta el tercero o cuarto día después del parto, luego es sustituido por la leche.

Cesárea: es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae al feto a través de una incisión de las paredes del abdomen y del útero.

Cervicometría: evaluación por ecografía transvaginal de la longitud en milímetros del cuello uterino antes de inicio de la inducción del parto, con la finalidad de predecir la respuesta a la misma.

Complicación: es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

²⁷ Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. "Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertil Steril" 2013;99:63.

Conducción: procedimiento médico, farmacológico, cuyo propósito es provocar contracciones uterinas con frecuencia e intensidad suficiente para lograr la terminación de la gestación por indicaciones médicas previamente avaladas.

Confidencialidad: mantenimiento de la privacidad de las mujeres, personal de salud e instituciones, incluyendo la identidad de las personas y toda la información médica personal.

Distocia: parto o alumbramiento que procede de manera anormal o difícil. Puede ser el resultado de contracciones uterinas incoordinadas, de una posición anormal del feto, de una desproporción céfalopélvica relativa o absoluta o por anormalidades que afectan el canal blando del parto

Distocia de hombros: nacimiento que requiere maniobras obstétricas adicionales que siguen a la tracción delicada de la cabeza hacia debajo para el nacimiento de los hombros.

Eclampsia: crisis convulsiva y/o coma durante el Embarazo, parto o puerperio en el contexto de un Síndrome Hipertensivo del embarazo.

Edad Gestacional: la duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o en semanas completas (por ejemplo, los hechos que hayan ocurrido entre los 280 y 286 días completos después del comienzo del último período menstrual normal se consideran como ocurridos a las 40 semanas de gestación).

Embarazo: es una condición especial de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares o 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación.

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 que aumente los riesgos inherentes al embarazo per se.

Emergencia obstétrica: condición de complicación o intercurrencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.

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.

Entrega comunitaria de métodos anticonceptivos (ECMAC): es una estrategia comunitaria que permite 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.

Episiotomía: corte quirúrgico realizado en la vagina. Ensancha el orificio del canal blando del parto para que salga el feto. Las técnicas pueden ser episiotomía medio-lateral y media.

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.

Factor de Riesgo: toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

Farmacovigilancia: conjunto de actividades relacionadas con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los riesgos asociados a los medicamentos o cualquier otro problema relacionado con ellos. Aunque la FV se ocupa principalmente de los efectos indeseados o reacciones adversas producidas por los medicamentos, sus responsabilidades ya se han extendido a hierbas, medicamentos complementarios, productos hemoderivados y biológicos, vacunas y dispositivos médicos, errores de medicación, falta de eficacia y otros.

Hematoma (Moretón): colección sanguínea en el área genital o peri genital que se producen después del parto, pueden ubicarse por abajo (infra-elevador) o por arriba (supra-elevador) del músculo elevador del ano.

Hipotensión: es definido como una presión arterial sistólica de <90 mm Hg o una reducción de >40 mm Hg del basal, en ausencia de otras causas de caída de la presión arterial.

Inducción: se refiere a garantizar condiciones en el cérvix uterino mediante uso de fármacos, los cuales, por cambios bioquímicos en el tejido conectivo del cérvix, logran reblandecerlo y facilitar así la dilatación que paulatinamente sucederá a la actividad uterina provocada por dicho fármaco o por la oxitocina endógena o exógena posteriormente circulante en plasma materno.

Infección de herida operatoria: presencia de secreción purulenta en el sitio de incisión quirúrgica con o sin cultivos positivos, incluido el sitio de salida de drenajes, que se presenta dentro de los primeros 30 días posterior a la cirugía, y en caso de implantes se considera la infección que se presenta hasta 1 año después de la intervención.

Infección de transmisión sexual (ITS): infecciones adquiridas mediante el coito, intercambios de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.

Inmunoglobulina anti- D: solución de IgG anti-D (anti-Rh D). Anticuerpos que suprimen el sistema inmunológico de la madre de atacar los glóbulos Rh positivos que han entrado en la corriente de la sangre materna desde la circulación fetal.

Lactancia Materna: alimentación natural del recién nacido que, de forma exclusiva hasta los 6 meses de vida, 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. La leche materna es, además, la que provee la mayor cantidad de proteína, vitaminas, minerales y ácidos grasos esenciales.

Loquios: secreción hemática que se elimina por vagina, proveniente de la cavidad uterina después del alumbramiento, que contiene sangre, moco y restos de tejido placentario. Se dividen en lochia rubra, serosa y alba.

Nacimiento: es la expulsión o extracción completa de un producto de la concepción, independiente de que el cordón esté o no pinzado y de que la placenta esté o no adherida.

Nacimiento Vivo: nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción 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, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.

Parto: el acto de dar a luz un niño/a o un feto vivo/a o muerto/a y sus anexos, por vía vaginal. Es el procedimiento para asistir el nacimiento de un niño/a vivo/a, de un feto muerto (incluyendo placenta) por medios manuales, instrumentales o quirúrgicos.

Parto humanizado: es el ejercicio al derecho que tiene la mujer de recibir información de calidad sobre su estado de embarazo con lenguaje sencillo y la libertad de elegir el acompañamiento, la posición de parir y la alimentación, en un ambiente adecuado, con privacidad, de acuerdo a lo que cree que va a ser mejor, a lo que siente que va a ser más seguro, reconociendo aquello que más la tranquiliza, garantizando la satisfacción de la mujer. El personal de salud debe brindar la información técnica sobre situaciones inesperadas que pongan en riesgo la vida de la madre o del niño que puedan modificar las decisiones acordadas.

Parto psicoprofiláctico: es aquel que se presenta de manera espontánea, después de que la mujer y su pareja han recibido una preparación física y emocional, para tener un parto sin anestesia, ni medicamentos y sin intervenciones quirúrgicas. Es decir, natural, pero con una preparación de por medio, la cual es brindada por instructoras, educadoras perinatales y en ocasiones por enfermera, ginecólogos, psicólogos o pediatras.

Partograma: representación gráfica en un plano cartesiano de la evolución de la dilatación del cérvix y el descenso de la presentación fetal en relación con el tiempo transcurrido en el trabajo de parto. Según recomendaciones de OMS, este se debe iniciar una vez que la mujer presente 4 centímetros de dilatación, con una dinamia uterina útil a fin de monitorear la evolución en el trabajo de parto y establecer pautas de manejo oportunas. Su llenado es de carácter obligatorio en todas las mujeres con trabajo de parto de un embarazo a término, en presentación cefálica y con feto vivo.

Pelvimetría clínica: evaluación mediante examen clínico de los estrechos pélvicos, en búsqueda de reducción de alguno de ellos, que imposibilite el parto por vía vaginal. Se recomienda una descripción exhaustiva de cada uno de los estrechos pélvicos antes del inicio de la inducción del parto por el médico de mayor experiencia. Esta descripción deberá quedar plasmada en el expediente clínico.

Periodo intergenésico: periodo de tiempo que se extiende desde el último embarazo (parto o aborto), y el inicio del siguiente embarazo.

Período neonatal: el período neonatal comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento. La edad para la defunción durante el primer día de vida (edad cero días) debe registrarse en minutos u horas completas de vida. Para el segundo día de vida (edad 1 día), el tercero (edad 2 días) y hasta el día 28 (27 días completos de vida), la edad debe registrarse en días.

Peso al nacer: primer peso del feto o RN obtenido después del nacimiento, preferentemente medido la 1º hora de vida, antes de la pérdida sensible postnatal de peso (expresada en grs).

Período perinatal: el período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 g) y termina siete días completos después del nacimiento.

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.

Presión arterial: fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos. Por lo general, la presión arterial sistólica normal (bombeo) es inferior a 140 mm Hg y la presión arterial diastólica normal (reposo) es inferior a 90 mm Hg (ver hipertensión).

Prevalencia: proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

Prueba de antiglobulina humana (prueba de Coombs): al ensayo de aglutinación en el que se emplean anticuerpos contra la gammaglobulina humana, que permite demostrar la presencia o ausencia de anticuerpos adheridos a un antígeno de la membrana del eritrocito.

Restricción del crecimiento fetal (RCF): incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético de crecimiento de acuerdo a las condiciones propias de la gestación y del entorno.

Riesgo: es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

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 de la mujer: es la percepción de las mujeres producto de su relación con los diferentes recursos o condiciones brindadas durante el proceso de atención.

Sepsis: es la respuesta sistémica a la infección.

4. ACRONIMOS

APEO	Anticoncepción postevento obstétrico
APN	Atención prenatal
ARO	Alto riesgo obstétrico
ARV	Tratamiento antirretroviral
BCG	Bacilo Calmette Guérin
BPN	Bajo peso al nacer
CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades
CLAP/SMR	Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva
CID	Coagulación intravascular diseminada
COE	Cuidados obstétricos esenciales
DBP	Diámetro biparietal
DCP	Desproporción céfalo-pélvica
DG	Diabetes gestacional
DM	Diabetes mellitus
DPPNI	Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
dT	Toxoide Diftérico
EG	Edad gestacional
EGO	Examen general de orina
EP	Enfermedad periodontal

EPP	Equipo de protección personal
EPSS	Establecimientos proveedores de servicios de salud
ETMI	Eliminación de la transmisión materno infantil
FC	Frecuencia cardiaca
FCF	Frecuencia cardiaca fetal
FR	Frecuencia respiratoria
GEG	Grande para edad gestacional
HCG	Hormona coriónica gonadotrópica
HCP	Historia clínica perinatal
HPP	Hemorragia postparto
IgG	Inmunoglobulina G
IgM	Inmunoglobulina M
IMC	Índice de masa corporal
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IV	Intravenoso
IVU	Infecciones de vías urinarias
Kg	kilogramos
MAC	Métodos anticonceptivos
MATEP	Manejo activo del tercer periodo del parto
MELA	Método de amenorrea por lactancia
Mg	Miligramos
OCI	Orificio cervical interno
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PF	Planificación familiar
ppm	Partes por millón
RCF	Restricción del crecimiento fetal
RN PEG	Recién nacido pequeño para edad gestacional
RPR	Regina plasmática rápida
RPM	Ruptura prematura de membranas
RN	Recién Nacido/a
SAF	Síndrome alcohólico fetal
SG	Semanas de gestación
SICO	Sistema de Información Comunitario
SIP	Sistema Informático Perinatal
T°	Temperatura
TdP	Trabajo de parto
TPI	Tratamiento preventivo intermitente
UI	Unidades internacionales
V/O	Vía oral
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPCD	Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo

5. POBLACIÓN DIANA

Todas las embarazadas que hayan tenido un parto institucional o puérperas que asista en los 60 días posteriores al mismo y neonatos en sus primeras horas de vida, sin complicaciones, a quienes se les brinde atención médica en todos los establecimientos de salud del país tanto del sistema público como privado, garantizando posteriormente las actividades que promuevan la continuidad de la atención sanitaria integral.

6. ACTIVIDADES A REALIZAR

La atención prenatal, parto, recién nacido y puérpera de bajo riesgo incluirá las siguientes actividades:

- La detección de enfermedades maternas subclínicas.
- El reconocimiento de los factores de riesgo que puedan afectar el desarrollo normal del embarazo.
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal.
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- La preparación psicofísica para el nacimiento.
- La administración de contenidos educativos para la salud de la gestante, la familia y la crianza.
- Evaluar la evolución y calidad del trabajo de parto.
- Garantizar la implementación de la estrategia de humanización y adecuación cultural del parto.
- Atención integral inmediata al/la recién nacido/a de bajo riesgo al momento del parto y postnatal.
- Consejería a la madre y la familia en los cuidados de su hijo/a en el reconocimiento de los signos de peligro.
- Brindar apoyo continuo por cuidados a la madre y su recién nacido.
- Protección y promoción de la lactancia materna exclusiva a través del apego precoz (contacto piel con piel de la madre y su hija/o).
- Articular el seguimiento del/la recién nacido/a en la red de servicios, a través del registro en la HCP y en otros instrumentos, para la continuidad de la atención en su establecimiento de salud o en la comunidad (visita domiciliar).
- Vigilancia de los cambios en el período postparto inmediato y mediato.
- Consejería en la detección de signos de alarma y emergencias maternas postnatales.
- Garantizar consejería y/o egreso de un método anticonceptivo postevento obstétrico.

“PROTOCOLO I: ATENCIÓN PRENATAL DE BAJO RIESGO”



“Todas las mujeres merecen atención respetuosa de maternidad”

1. DEFINICION

Atención Prenatal (APN)²⁸

Se entiende por atenciones prenatales (control antenatal, asistencia prenatal, control prenatal, consulta prenatal, cuidado prenatal) a la serie de consultas, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Esta serie de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, están destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbilidad materna y perinatal, con el objetivo de monitorear la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido/a.

Un cuidado prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

1. precoz,
2. periódico,
3. completo,
4. de amplia cobertura.

- 1. Precoz:** la primera consulta debe realizarse tempranamente; en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental de los cuidados. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de riesgo, lo que aumenta la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso según las características de la atención que deba proveerse.
- 2. Periódico:** la frecuencia de las consultas prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Las mujeres con embarazos de bajo riesgo requerirán un número menor de controles (un mínimo de seis APN y dos evaluaciones integrales) que las mujeres con embarazos de riesgo.
- 3. Completo:** los contenidos mínimos de los cuidados deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- 4. Amplia cobertura:** cuanto más alto sea el porcentaje de la población con acceso a los cuidados (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas), mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal.

En general, para realizar cuidados prenatales de calidad no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, o laboratorios sofisticados. Sí se requiere el uso sistemático de una historia clínica perinatal (HCP) que recoja y documente la información pertinente y el empleo con criterio de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado.

Despejar las dudas de las gestantes y sus familias, alejar sus miedos y tabúes, respetando las pautas culturales, incorporar las características culturales y preferencias de las mujeres para la atención de su embarazo, parto, postparto y cuidados del recién nacido en los servicios de salud²⁹,

²⁸ OPS/OMS. CLAP/SMR Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la mujer y Reproductiva. Guias para el Continuo de Atencion de la Mujer y el Recién Nacido. Publicación Científica N° 1617 - 2019

²⁹ MINSA. Nicaragua. Normativa 042 Norma de Humanización del Parto Institucional. 2010

puede lograr un mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud, con una actitud más positiva hacia la maternidad y hacia el espaciamiento de los embarazos, promover hábitos familiares saludables, con mejor disposición para el control del crecimiento y del desarrollo ulterior del niño, fomentar la actitud hacia la lactancia materna, dar a conocer el plan de vacunación, son ejemplos de las múltiples ventajas que tiene un buen programa de cuidados prenatales.

Son barreras para el cuidado prenatal efectivo:

- Su costo, cuando no es gratuito para la mujer, a lo que se deben agregar los gastos de transporte, la pérdida de horas laborales para las mujeres y sus familias.
- La inadecuada capacidad (calidad, tiempo, etc.) del equipo de salud.
- Los problemas en la organización del sistema de salud para brindar los cuidados, incluyendo la infraestructura.
- Las barreras de orden cultural.
- La inaccesibilidad geográfica.
- El descreimiento en las bondades del sistema de salud y en la necesidad de recibir los cuidados.
- La falta de promoción en las comunidades y de apropiación de su importancia.

2. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA EMBARAZADA DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL

La clasificación del riesgo está basada en el documento de la OMS “*Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control*”. En principio, el nuevo enfoque de control prenatal de la OMS divide a las embarazadas en dos grupos.

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

3. FACTORES DE RIESGO

Para la identificación de factores de riesgo durante el embarazo, se utilizará el **Formulario de clasificación** (Ver Anexo 1), debe ser usado desde la primera atención prenatal, ya que permite detectar el riesgo de cada embarazada, al identificarlas con probabilidad de desarrollar complicaciones en el embarazo o parto y cuales seguirán el componente básico.

- El formulario contiene 18 preguntas en la lista de control que requieren respuestas binarias (sí/no). Cubren los antecedentes obstétricos de la mujer, su embarazo actual y las patologías médicas generales.
- Las mujeres que responden ‘sí’ a cualquiera de las 18 preguntas no son elegibles para el componente básico del nuevo enfoque de control prenatal de la y deben recibir el cuidado correspondiente a la patología detectada.
- El **formulario debe aplicarse en cada atención prenatal** y de acuerdo a resultados la mujer puede continuar en **BAJO RIESGO** o progresar a **ALTO RIESGO**.

CRONOLOGÍA DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CONSULTAS PRENATALES DE BAJO RIESGO

Las actividades para la atención prenatal (APN) deben estar dispuestas en un cronograma que contemple la mayor cantidad de actividades con la finalidad de reducir al mínimo útil el número de

consultas. En este documento se propone un número mínimo de seis APN que permitan el cumplimiento de todas las actividades necesarias para lograr una atención prenatal adecuada y de calidad, siempre que las características del embarazo continúen siendo de bajo riesgo.

La elección del número y oportunidad de cada consulta se basó en el conocimiento de la epidemiología de los problemas maternos y perinatales más frecuentes; las posibilidades de diagnosticarlos, resolverlos o controlarlos utilizando las tecnologías apropiadas, las prácticas y procedimientos de efectividad demostrada por las evidencias disponibles actualizadas. Cuando ocurra una consulta tardía se realizarán las actividades correspondientes a las consultas previas que no fueron realizadas.

El esquema 2016 de APN de la OMS recomienda 8 consultas, Nicaragua adoptará el nuevo esquema con seis APN y dos evaluaciones integrales a las 38 y 40 SG, estableciéndose de la siguiente manera (Ver Cuadro 1):

- Idealmente la primera en el primer trimestre (hasta las 12 semanas de gestación)
- Dos consultas durante el segundo trimestre (el 1^{ro} entre las 16 y 20 y el 2^{do} entre las 24 y 26 SG)
- Tres consultas en el tercer trimestre (a las 30, 34, 36 semanas de gestación)
- Dos evaluaciones integrales (a las 38 y 40 semanas).

Cuadro 1. Comparación de los calendarios de la Atención Prenatal		
Esquema de Atención Prenatal orientado de la OMS	Esquema de Atención Prenatal de la OMS del 2016	Esquema de Atención Prenatal adecuado en Nicaragua
Primer trimestre		
Primer APN: menor de 12 SG	Contacto 1: menor de 12 SG	Primer APN: menor de 12 SG
Segundo trimestre		
Segunda APN: 26 SG	Contacto 2: 20 SG Contacto 3: 26 SG	Segunda APN: entre 16 y 20 SG Tercer APN: entre 24 y 26 SG
Tercer trimestre		
Tercer APN: 32 SG Cuarto APN: 38 SG	Contacto 4: 30 SG Contacto 5: 34 SG Contacto 6: 36 SG Contacto 7: 38 SG Contacto 8: 40 SG	Cuarto APN: 30 SG Quinto APN: 34 SG Sexto APN: 36 SG Primera evaluación integral: 38 SG* Segunda evaluación integral: 40 SG**

*Referencia a Casa Materna
**Referencia al establecimiento de salud para Inducto-Conducción del parto según Normativa 156

A diferencia del enfoque previo propuesto por la OMS, una consulta adicional se recomienda a las 20 semanas de gestación, y tres consultas adicionales se recomiendan durante el tercer trimestre (definido como el período del embarazo ocurrido desde las 28 semanas hasta las 40 semanas), debido a que este representa el período de mayor riesgo antenatal para la madre y el bebé. Con las consultas del tercer trimestre, se pretende reducir la morbilidad y mortalidad prevenibles mediante el monitoreo el bienestar materno y fetal, particularmente en relación con los cuadros hipertensivos y otras complicaciones que pueden ser asintomáticas pero detectables durante este período crítico. Ver Cuadro 2.

Cuadro 2. Cronología de las tareas propuestas para las atenciones prenatales de bajo riesgo

Tareas	Semanas de gestación								
	12*	16 - 20	24 - 26	30	34	36	38	40	
	1.ª	2.ª	3.ª	4.ª	5.ª	6.ª	1 EI	2 EI	
Prueba de embarazo	X								
Cálculo de la amenorrea	X		X	X	X				X
HCP y evaluación de riesgo	X	X	X	X	X	X	X	X	
Llenado de la HCP, Carné perinatal, SIP Plus y Formulario de clasificación del riesgo	X	X	X	X	X	X	X	X	
Anamnesis y examen clínico completo	X	X	X	X	X	X	X	X	
Investigar estilos de vida de riesgo: alcohol, tabaquismo y violencia	X	X	X	X	X	X	X	X	
Ecografía	X&	X&&							
Talla - Calculo del IMC**	X								
Peso corporal e interpretación del incremento de la ganancia de peso uterino	X	X	X	X	X	X	X	X	
Vacuna antitetánica/difteria/tos ferina***	X	X							
Detectar toxoplasmosis****	X				X				
Detección de VIH	X		X				X		
Detección sifilis	X		X				X		
Detección de Chagas	X								
Detección de paludismo	X								
Detectar infección por Estreptococo B#							X		
Detectar susceptibilidad a la rubéola	X								
Examen odontológico	X					X###			
Examen de mamas	X								
Ex. ginecológico, PAP, colposcopia****	X								
Detección de infecciones vaginales	X	X	X	X	X	X	X	X	
Grupo sanguíneo y factor Rh	X		X##						
Determinación de hemoglobina	X		X				X		
Suplementación con hierro y ácido fólico	X	X	X	X	X	X	X	X	
Descartar bacteriuria	X		X						
Detectar diabetes	X		X						
Diagnóstico de vida fetal: movimientos y latidos cardiacos fetales		X	X	X	X	X	X	X	
Determinar situación y presentación fetal				X	X	X	X	X	
Evaluación del crecimiento fetal, medición e interpretación de la altura uterina			X	X	X	X	X	X	
Determinación e interpretación de la presión arterial	X	X	X	X	X	X	X	X	
Tamizaje para predicción de parto prematuro (ecografía transvaginal)		X&&							
Evaluación del líquido amniótico				X	X	X	X	X	
Contenidos educativos para el parto, lactancia, PF, plan de parto, casa materna	X	X	X	X	X	X	X	X	
Consejería y provisión de anticoncepción	X	X	X	X	X	X	X	X	

* Las actividades programadas para el primer contacto se deberán realizar siempre, independientemente de la edad gestacional al momento de la consulta.

EI: Evaluación Integral

** Solo en primer APN.

*** Si se sospecha que la gestante no volverá o porque así lo indica la norma nacional, se podrá vacunar antes de la semana 20.

**** Lo más precozmente posible o según norma nacional.

***** Según norma nacional.

Segundo norma nacional.

En RH negativas.

Esta segunda evaluación odontológica se aconseja entre las 26 y 32 SG si las condiciones del E/S lo permiten.

& Ecografía del primer trimestre (antes de las 13.6 SG)

&& Ecografía estructural entre las 18 y 22 SG según la disponibilidad de cada institución y personal entrenado

&&& Ecografía transvaginal entre las 18 y 24 SG para tamizaje de parto pretérmino

VIGILANCIA DURANTE LA GESTACIÓN, EVALUACIÓN DEL RIESGO CONCEPCIONAL Y CONDUCTAS

El orden elegido para presentar las acciones específicas y las tareas que se proponen desarrollar en cada atención prenatal de calidad trata de acompañar la diagramación presentada en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR (Ver Cuadro 3). Esta historia será la hoja de ruta por la que deberá transitar el personal de salud cuando quiera brindar una atención de calidad a la gestante y su hijo/a.

Cuadro 3. Acciones específicas y tareas propuestas para las atenciones prenatales

Acciones específicas	Tareas propuestas
1. Confirmar el embarazo.	1.1 Realización de exámenes clínicos y paraclínicos para diagnosticar embarazo.
2. Mejorar la calidad del cuidado prenatal.	2.1 Utilización de algunas tecnologías apropiadas.
3. Obtener datos para planificar el cuidado prenatal, la atención del parto, el puerperio y el recién nacido.	3.1 Uso de la Historia Clínica Perinatal/Carné Perinatal. 3.2 Empleo del Sistema Informático Perinatal.
4. Conocer información relevante del embarazo.	4.1 Anamnesis. Evaluación del riesgo perinatal. 4.2 Interrogatorio sobre estilos de vida de riesgo: tabaquismo (activo y pasivo), drogas, alcohol y violencia.
5. Fijar un cronograma que permita planificar las consultas y las actividades de la atención prenatal.	5.1 Determinación de la edad gestacional y de la fecha probable de parto. 5.2 Ecografía del primer trimestre
6. Evaluar el estado nutricional materno.	6.1 Medición del peso y de la talla materna. 6.2 Cálculo del incremento de peso durante la gestación. 6.3 Orientación nutricional.
7. Evitar infecciones prevenibles por inmunización.	7.1 Tétanos. 7.2 Influenza.
8. Evitar otras infecciones de transmisión vertical durante el embarazo.	8.1 Toxoplasmosis. 8.2 VIH. 8.3 Zika. 8.4 Sífilis. 8.5 Enfermedad de Chagas. 8.6 Paludismo. 8.7 Estreptococo del grupo B.
9. Evitar otras infecciones.	9.1 Moniliasis vulvo-vaginal. 9.2 Vaginosis bacteriana. 9.3 Tricomoniasis. 9.4 Gonococia. 9.5 Clamidiasis. 9.6 Herpes simple.
10. Detectar posibles procesos sépticos bucodentales.	10.1 Examen bucodental.
11. Detectar posibles alteraciones del pezón, patología inflamatoria y/o tumoral de la mama.	11.1 Examen de las mamas.
12. Descartar cáncer de cuello, lesiones precursoras y evaluar la competencia cervical.	12.1 Examen genital, colpocitología oncológica, colposcopía.
13. Pesquisar una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal.	13.1 Determinación del grupo sanguíneo y el factor Rh.
14. Prevenir, detectar y tratar la anemia materna.	14.1 Determinar niveles de hemoglobina. 14.2 Administración de hierro y ácido fólico.
15. Descartar proteinuria, glucosuria y bacteriuria.	15.1 Examen de orina y urocultivo. 15.2 Urocultivo para la detección de bacteriuria asintomática. 15.3 Tratamiento de la bacteriuria asintomática.
16. Detectar diabetes mellitus clínica y gestacional.	16.1 Determinación de glucemia y prueba de tolerancia oral a la glucosa.
17. Brindar contenidos educativo-informativos para el parto y la crianza.	17.1 Preparación para el parto. 17.2 Consejería para el amamantamiento. 17.3 Consejería y promoción de anticoncepción
18. Confirmar la existencia de vida fetal.	18.1 Pesquisar movimientos fetales. 18.2 Detectar latidos cardíacos fetales.
19. Anticipar el diagnóstico y prevenir el parto prematuro.	19.1 Evaluar el patrón de contractilidad uterina.
20. Pesquisar alteraciones de la presión arterial.	20.1 Hipertensión previa al embarazo. 20.2 El síndrome de hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia). 20.3 Hipotensión arterial.
21. Descartar alteraciones en el crecimiento fetal.	21.1 Evaluación del crecimiento por medición de la altura uterina, ganancia de peso materno, ecografía.
22. Detectar precozmente el embarazo múltiple para prevenir sus complicaciones.	22.1 Diagnóstico del número de fetos y corionicidad.
23. Pesquisar presentaciones fetales anormales.	23.1 Examen de presentación fetal.
24. Detectar posibles distocias pélvicas.	24.1. Evaluación de la pelvis.
En cada APN brindar consejería en LM, plan de parto, planificación familiar, nutrición durante el embarazo, uso de la casa materna, parto institucional e identificación de señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y del/la RN, prevención de ITS, VIH y VBG.	

4. DIAGNOSTICO

Acción 1. Confirmar el embarazo

Tarea 1.1. Realización de exámenes clínicos y paraclínicos para diagnosticar embarazo

El diagnóstico del embarazo se basará en los clásicos signos de probabilidad y certeza. En el cuadro 4 se resumen dichos signos y las técnicas empleadas para su evaluación.

Cuadro 4. Signos de probabilidad y certeza - técnicas diagnósticas

Signos del embarazo	Técnicas diagnósticas
Probabilidad	
Amenorrea	Interrogatorio
Modificaciones uterinas	Examen gineco obstétrico
Detección de HCG	Determinación en sangre u orina
Certeza	
Detección de subunidad beta de HCG	Determinación en sangre u orina
Detección de partes fetales	Palpación abdominal
Latidos cardíacos fetales	Estetoscopio obstétrico, detectores Doppler o ecografía
Visualización fetal	Ecografía

Signos de Probabilidad

Amenorrea: ante cualquier mujer en edad fértil, que presente un atraso en la aparición de su menstruación, se deberá pensar en una gravidez.

Modificaciones uterinas: la forma del útero se hace más globulosa, los fondos de saco vaginales se hacen convexos (signo de Noble-Budin) y la consistencia disminuye.

Cuadro 5. Modificaciones del tamaño uterino en la primera mitad de la gestación

Semanas de amenorrea	Tamaño uterino
<10	No alcanza el pubis
12	Alcanza la sínfisis pública
16	El fondo a mitad de distancia entre sínfisis y ombligo
20	El fondo alcanza altura del ombligo

Hormona coriónica gonadotrófica (HCG): la HCG puede detectarse apenas ocho días después de producida la fecundación (por lo tanto, aun antes de que se perciba un retraso menstrual).

Los mayores niveles de HCG se detectan a los 60 o 70 días de la última menstruación. La HCG puede dar falsos positivos por la interferencia que provoca la hormona luteinizante (LH); esto se suele evitar dosificando la subunidad beta de la HCG.

Signos de Certeza

Subunidad beta de la HCG: la subunidad beta de la HCG es detectable aun antes de la nidación y es exclusivamente producida por el sincitiotrofoblasto, con lo que se evitan las reacciones cruzadas con otras hormonas. Constituye el método de diagnóstico de embarazo más precoz y sensible. Los restantes signos de certeza del embarazo se detallan dentro de las actividades de “diagnóstico de vida fetal”.

Ecografía del primer trimestre

- *Ecografía de primer trimestre (11 – 13.6 S/G)* de acuerdo a disponibilidad de cada institución, realizada por personal médico entrenado, se sugiere para realización de marcadores de 1er trimestre se solicita a segundo nivel de atención.

5. PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTO Y PREVENCION DE COMPLICACIONES

A. DESCRIPCION DE LAS ACCIONES ESPECIFICAS Y TAREAS

Acción 2. Mejorar la calidad del cuidado prenatal

Tarea 2.1. Utilización de algunas tecnologías apropiadas

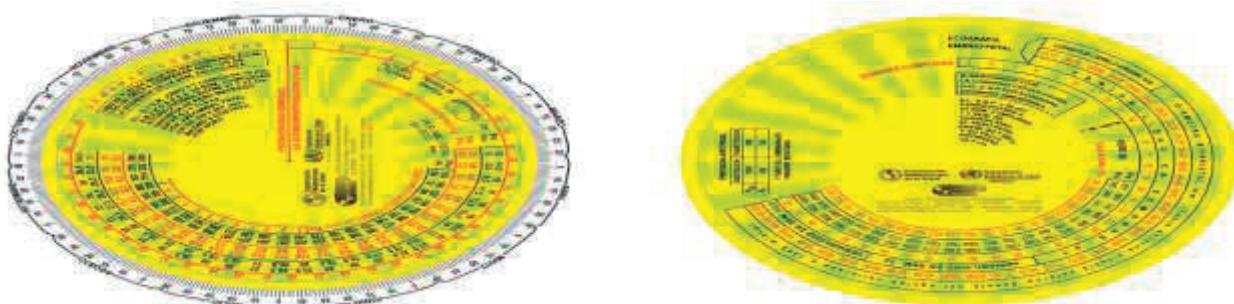
El CLAP/SMR intenta poner al alcance de todos el personal de salud tecnologías probadas, efectivas y de bajo costo para contribuir a la entrega de prestaciones de calidad.

Gestograma

Constituye una tecnología de apoyo al cuidado prenatal dirigida al personal de salud. (Figura 1). En el anverso, al calendario obstétrico se le agregaron medidas de algunos parámetros seleccionados que permiten, a partir de la fecha de la última menstruación (FUM), calcular la edad gestacional y del recién nacido; vigilar el crecimiento y vitalidad fetal y verificar la normalidad del incremento de peso materno, de la presión arterial y de las contracciones uterinas.

Así, en un disco que gira sobre otro, al hacer coincidir la flecha roja con el primer día de la FUM y buscando la fecha correspondiente a la consulta, se encontrará la edad gestacional en semanas cumplidas. Los valores a comparar están ubicados a la izquierda de la semana encontrada: percentiles 90 y 10 de la altura uterina, percentiles 90 y 25 de ganancia de peso materno y percentiles 95 y 5 del perímetro abdominal fetal estimado por ecografía.

Figura 1. Anverso y reverso del gestograma.



Además del cálculo de la edad gestacional (amenorrea), esta cara del gestograma permite la detección de casos:

- ▣ Con sospecha de restricción del crecimiento intrauterino (medidas menores que los valores más bajos de los percentiles respectivos),
- ▣ Con sospecha de macrosomía (medidas mayores que los valores más altos de los percentiles correspondientes),
- ▣ Con sospecha de alteraciones de la duración del embarazo, en menos (prematuridad) o en más (prolongado cronológicamente),
- ▣ Con contractilidad uterina reportada por la mujer mayor que la correspondiente a la edad gestacional (antes de las 37semanas).

Si se desconoce la FUM, el reverso del gestograma permite estimar la edad gestacional con un error conocido a partir de medidas ecográficas embriofetales. Desde la semana 20 se presentan los valores de los P90 y P10 del peso fetal y del P50 de la talla correspondiente a cada semana.

Si se ignora la FUM y no existen medidas fetales realizadas por ecografía durante el embarazo se pueden utilizar los valores de peso, talla y del diámetro biparietal del recién nacido medido con compás para obtener una aproximación rápida y sencilla de la duración del embarazo.

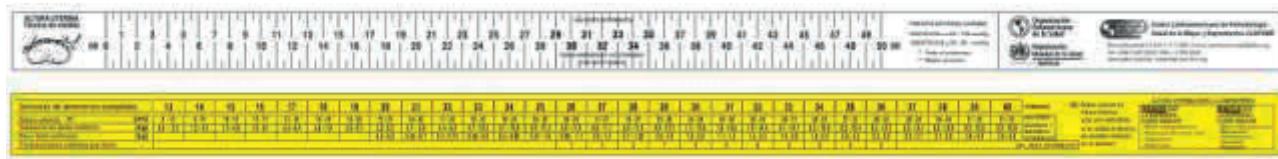
Se recuerdan los percentiles 95 y 5 de presión arterial materna sistólica y diastólica estando la madre sentada (luego de un período de reposo), válidos para todo el embarazo.

Los datos contenidos en el gestograma provienen de investigaciones realizadas por CLAP/SMR en poblaciones de mujeres latinoamericanas sanas seguidas longitudinalmente.

Cinta obstétrica

A la cinta métrica convencional, para la medición de la altura uterina se agregaron medidas de algunos parámetros seleccionados que permiten vigilar el crecimiento, verificar la normalidad del incremento de peso materno, de la presión arterial y de la contractilidad uterina; y conocer el peso fetal estimado para una determinada edad gestacional (Figura 2).

Figura 2. Anverso y reverso de la cinta obstétrica



La cinta obstétrica consta de dos caras.

El anverso de color blanco contiene:

- ✓ El dibujo que ilustra la técnica de medición de la altura uterina a la que corresponden los valores máximos y mínimos esperados en función de la edad gestacional;
- ✓ La cinta métrica propiamente dicha, en la que se destacan entre dos barras negras, gruesas, los valores esperados de altura uterina para un embarazo de término con feto único;
- ✓ Los valores normales de presión arterial sistólica y diastólica.

El reverso de color amarillo contiene:

- ✓ Los valores mínimos y máximos esperados para cada edad gestacional (a partir de la semana 13 y hasta la semana 40) de:
 - altura uterina (en centímetros),
 - ganancia de peso materno (en kilogramos),
 - peso fetal (en kilogramos);
- ✓ Los valores máximos de las contracciones uterinas reportadas por la mujer hasta la semana 37;
- ✓ Los cuadros clínicos que determinan una altura menor o mayor que la esperada según la edad gestacional.

De igual forma que en el gestograma, los datos contenidos en esta cinta obstétrica provienen de investigaciones realizadas por el CLAP/SMR en poblaciones latinoamericanas sanas seguidas longitudinalmente.

Cuadro 6. Principales datos que proporcionan la cinta obstétrica y gestograma de CLAP/SMR

Datos	Cinta obstétrica	Gestograma
Altura uterina (p 10 y p 90)	X	X
Incremento de peso materno (p 25 y p 90)	X	X
Contracciones uterinas por hora (p 90 desde la semana 25)	X	X
Presión arterial materna (p 5 y p 95)	X	X
Peso fetal para cada edad gestacional (p 10 y p 90)	X	X
Talla fetal para cada edad gestacional (p 50)		X
Perímetro abdominal fetal por ecografía (p 5 y p 95)		X
Cálculo de la edad gestacional		X

P: percentil

Figura 3. Tabla resumida de la cinta obstétrica y gestograma

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)	
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 pública, 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, macrosomia, 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.



Acción 3. Obtener datos para planificar el cuidado prenatal, la atención del parto, el puerperio y el recién nacido

Tareas 3.1. Uso de la Historia Clínica Perinatal (HCP) y el Carné Perinatal del CLAP/SMR.

3.2. Empleo del Sistema Informático Perinatal (SIP)

Para garantizar una correcta ejecución de la norma de atenciones prenatales es imprescindible disponer de un sistema que permita registrar toda la información relevante para una adecuada planificación de la atención de la embarazada y su hijo.

El sistema de registro es el instrumento más apropiado para supervisar el cumplimiento de la norma y brindar los datos indispensables para su evaluación ulterior. Este sistema incluye la historia clínica y el carné perinatal del CLAP/SMR.

La Historia Clínica Perinatal

Se recomienda utilizar una HCP estructurada para la atención prenatal. Una ficha de cuidados estándar a nivel nacional con un conjunto mínimo de datos ayuda al personal de salud a proporcionar a las embarazadas actividades basadas en las mejores evidencias.

La historia clínica perinatal (HCP) fue diseñada para uniformar el contenido de la documentación correspondiente al embarazo, el parto y el puerperio, y al recién nacido en el período neonatal inmediato. Este formulario es suficiente para el bajo riesgo materno-perinatal, que comprende a la mayoría de la población. El anverso de la HCP (Ver Anexo 2) reúne en una página los datos mínimos indispensables para la planificación de la atención del embarazo, el parto y el puerperio, y del recién nacido. Cuenta además con un sistema de advertencias (en color amarillo) sobre algunos factores que pueden elevar el riesgo perinatal o que requieren mayor atención, seguimiento o cuidado. Este color se usa como código internacional de alerta.

El reverso de la HCP (Ver Anexo 2) consta de una actualización que permite registrar variables de morbilidad materna grave y también de morbilidad materna extremadamente grave, además del sector destinado al egreso materno.

El llenado correcto de la HCP y Carné Perinatal se realizará según lo estipulado en la Normativa 106 "Llenado correcto de la Historia Clínica Perinatal" del MINSA.

Carné Perinatal

Se recomienda que cada embarazada lleve consigo su propia Historia Clínica (Carné Perinatal) durante el embarazo para mejorar la continuidad, la calidad de la atención y su experiencia en el embarazo. Aun en aquellas instituciones donde todos los registros están sistematizados, es de buena práctica que la gestante asista siempre con su carné perinatal, ya que no es infrecuente que los sistemas no estén operativos.

El carné perinatal (CP) del CLAP/SMR es un instrumento que permite integrar las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, el parto y el puerperio. Tiende a evitar la falta de datos que puede producirse en algún momento de estas etapas del proceso reproductivo y con ello contribuye a mejorar la calidad de la atención. **Debe estar siempre en poder de la embarazada**, quien lo utilizará para toda acción médica que solicite en su estado grávido-puerperal. El carné perinatal podría, además, ser un instrumento eficaz para mejorar la concientización sobre la salud y la comunicación entre las mujeres y el personal de salud. Ver Anexo 3

Con el carné perinatal se asegura que los datos de mayor importancia:

- ✓ Relativos al cuidado prenatal (al ser registrados sistemáticamente en cada consulta) lleguen a manos de quien atiende posteriormente a la embarazada, ya sea en otro consultorio externo o en el lugar de la internación;
- ✓ Vinculados a una internación durante el embarazo, parto y posparto, sean conocidos por quien tiene a su cargo el control del puerperio;
- ✓ Para el seguimiento del/la recién nacido/la, lleguen a conocerse por quien tiene a su cargo el control de la niña o el niño.

El Sistema Informático Perinatal (SIP): Procesamiento de los datos

El CLAP/SMR ha desarrollado un programa para computadores personales, tabletas y celulares que permite descentralizar el procesamiento de los datos de la HCP realizándolo en el mismo lugar donde se presta la atención. De esta manera, el personal de salud cuenta con información en tiempo real en el momento que se la requiere para facilitar la evaluación de la asistencia y la toma de decisiones.

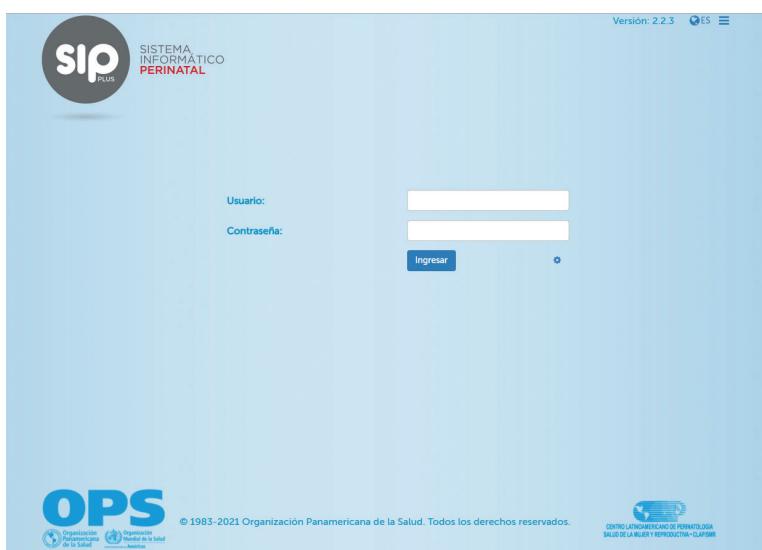
Este programa, recientemente actualizado, opera en ambiente Windows®, con llenado facsimilar en pantalla. El procesamiento de los datos resulta en una serie de documentos que incluyen un resumen de la actividad de la institución en un período dado (estadística básica) o en elementos de investigaciones específicas; por ejemplo, riesgos relativos, frecuencias de variables, etc. Una serie de indicadores previamente definidos y de fácil obtención brindan información relevante al clínico, al gestor, al epidemiólogo o al decisor de políticas en salud.

El archivo de historias queda a disposición de la red informática de la maternidad, salvaguardando la confidencialidad de los datos de las mujeres en las historias clínicas informatizadas.

En resumen, el procesamiento local de los datos con el SIP:

- ✓ Fortalece la capacidad de autoevaluación de la asistencia perinatal mediante el análisis de datos en la propia institución asistencial.
- ✓ Hace tomar conciencia al personal de la salud de la importancia de una documentación completa de las acciones y observaciones de salud.
- ✓ Proporciona a los entes asistenciales perinatales una herramienta ágil y de fácil manejo para las investigaciones operacionales.

Para mayor información sobre el Sistema Informático Perinatal (SIP) y su procesamiento, véanse las publicaciones científicas CLAP/SMR 1572 y 1565.



PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL

La primera atención debe ser siempre brindada por el personal más calificado disponible que exista en el establecimiento de salud, se espera que dure entre 30 a 40 minutos.

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

Debe realizarse durante el primer trimestre o 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.

El examen físico general debe ser completo y este debe seguir el orden cefalo-caudal, es importante no olvidar efectuar revisión de cavidad bucal, examen clínico de mamas y revisar genitales internos. Incluir la medición de los signos vitales: frecuencia cardíaca materna, pulso, temperatura axilar, frecuencia respiratoria y presión arterial (Para medición de PA revisar el Objetivo 20).

Exámenes de Laboratorio

- ⇒ Detectar bacteriuria: Examen de orina
- ⇒ Grupo sanguíneo y factor Rh
- ⇒ Detección de VIH
- ⇒ Determinación de Hemoglobina
- ⇒ Detección de sífilis: RPR o Pruebas rápidas
- ⇒ Detectar toxoplasmosis (*Según identificación de mujeres en riesgo y aquellas en riesgo de contraer la infección*)
- ⇒ Detección de Chagas (*En aquellos lugares con alta infección endémica se recomienda la realización de la prueba serológica en la gestante*)
- ⇒ Detección de paludismo (*Según la normativa vigente del país, se le indicara a las embarazadas sintomáticas o que vivan en áreas endémicas de la región de acuerdo a comportamiento epidemiológico*)
- ⇒ Detectar diabetes: glucemia

Tomar en cuenta que hay resultados de exámenes de laboratorio que podrían ser evaluados en esta primera atención prenatal, para su debido y oportuno manejo terapéutico.

En esta *Primera Atención Prenatal* se desarrollarán los siguientes objetivos y sus actividades correspondientes:

- Acción 4. Conocer información relevante del embarazo
- Acción 5. Fijar un cronograma que permita planificar las consultas y las actividades de la APN
- Acción 6. Evaluar el estado nutricional materno.
- Acción 7. Evitar infecciones prevenibles por inmunización
- Acción 8. Evitar otras infecciones de transmisión vertical durante el embarazo
- Acción 9. Prevenir las consecuencias materno-perinatales de otras infecciones
- Acción 10. Detectar posibles procesos sépticos bucodentales
- Acción 11. Detectar posibles alteraciones del pezón, patología inflamatoria y/o tumoral de la mama.
- Acción 12. Descartar cáncer de cuello, lesiones precursoras y evaluar la insuficiencia cervical.
- Acción 13. Pesquisar una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal
- Acción 14. Prevenir, detectar y tratar la anemia materna
- Acción 15. Descartar proteinuria, glucosuria y bacteriuria
- Acción 16. Descartar diabetes mellitus clínica y gestacional
- Acción 17. Brindar contenidos educativo-informativos para el parto y la crianza.
- Acción 18. Confirmar la existencia de vida fetal
- Acción 19. Anticipar el diagnóstico y prevenir el parto prematuro
- Acción 20. Pesquisar alteraciones de la presión arterial y factores de riesgo de trastornos hipertensivos de la presión arterial.

A continuación, se desarrollará cada objetivo y sus actividades.

Acción 4. Conocer información relevante del embarazo.

Tareas 4.1. Anamnesis. Evaluación del riesgo perinatal.

4.2. Interrogatorio sobre estilos de vida de riesgo: tabaquismo (activo y pasivo), drogas, alcohol y violencia.

4.1. Anamnesis y evaluación de riesgo: Este objetivo se logra al constatar la presencia o la ausencia de factores de riesgo, los cuales la califican dentro del grupo de alto riesgo y la excluyen del cuidado prenatal de bajo riesgo.

Con el interrogatorio comienza el examen clínico de toda gestante. Por las consecuencias administrativas y legales y por la asociación que algunos factores tienen con el riesgo perinatal,

- Hay acuerdo en considerar a las **gestantes de 15 a 35 años**, como el grupo etario de menor riesgo perinatal. La mortalidad fetal, neonatal y los defectos congénitos suelen ser más frecuentes en la adolescencia temprana (menores de 15 años) y a partir de los 35 años de edad.
- La fuerte asociación existente entre **malos resultados perinatales y bajo nivel socioeconómico y educacional** obliga a considerar estas variables toda vez que se evalúa a una gestante. Las malas condiciones socio educacionales se asocian a un menor número de consultas prenatales, a familias más numerosas, a hacinamiento, a mayor porcentaje de embarazadas que realizan trabajo físico, al mantenimiento de la actividad laboral hasta etapas más avanzadas del embarazo, a menor nivel de instrucción y a una mayor frecuencia de gestaciones en uniones inestables.
- En ocasiones, es imprescindible evaluar el grado de daño que una **enfermedad preexistente o la violencia** pudo haber causado y cómo ello puede repercutir desfavorablemente sobre el embarazo actual.
- Los datos relativos a los **embarazos anteriores** tienen valor para el pronóstico del actual embarazo. Hay una tendencia a que el riesgo se repita. Se deben jerarquizar aquellos datos que por su relevancia puedan influir sobre los resultados del embarazo actual; por ejemplo, tres abortos espontáneos consecutivos (que se marcan en un círculo amarillo) obligan al prestador a valorar esta condición y desarrollar las actividades que se consideren apropiadas para evitar un nuevo aborto.
- Las **nulíparas** requerirán una atención especial ya que además de no tener un canal de parto probado, presentan patologías que suelen ser más comunes en ellas (por ejemplo, preeclampsia). Las grandes **multíparas** requerirán cuidados especiales en el momento del parto, durante el alumbramiento y en el puerperio, ya que la sobredistensión de la fibra uterina se vincula con mayor riesgo de atonía uterina y hemorragia.
- La **finalización del embarazo anterior** es un dato de jerarquía cuando indique un corto intervalo intergenésico. La HCP advierte al personal de salud para que consulte el intervalo intergenésico. Cuando el intervalo sea menor de 1 año quedará registrado en amarillo como signo de alerta.
- Un grupo técnico reunido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado un **espaciamiento de por lo menos 24 meses luego del nacimiento de un hijo vivo o de 6 meses en caso de aborto y un futuro embarazo**, con la intención de reducir resultados adversos maternos, perinatales y neonatales. Nuevos estudios han confirmado esa tendencia. Es importante tener en cuenta estos conceptos para asesorar a las mujeres acerca de cuál es el momento biológico más apropiado para un nuevo embarazo.

- En definitiva, las **decisiones son potestad de las mujeres y sus familias**, y son ellas las que una vez informadas decidirán cuál es el momento oportuno para un nuevo embarazo. Esta decisión es una cuestión de derechos enunciada en el Plan de acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994.
- El personal de salud deberá tener presente el **antecedente de un/a recién nacido/a con peso menor de 2500 gramos**, ya que esto expone a la gestante a mayor probabilidad de tener otro hijo con bajo peso al nacer. Aquellas gestantes con antecedentes de **macrosomía fetal** corren mayor riesgo de presentar un nuevo embarazo con un feto macrosómico; esto debería generar actividades para descartar alteraciones del metabolismo hidrocarbonado. La macrosomía fetal se puede acompañar de mayor intervencionismo obstétrico y por ende de mayor morbi- mortalidad perinatal.
- El **antecedente de embarazo múltiple** obliga a descartar en forma exhaustiva un nuevo embarazo múltiple. Los embarazos múltiples exponen a las mujeres y a sus hijos a serios riesgos. La mortalidad fetal es 10 veces mayor que para los embarazos únicos. El alto índice de prematuridad y bajo peso se asocia a una alta mortalidad neonatal. La anemia, la preeclampsia, la hiperemesis gravídica, la atonía uterina y la hemorragia posparto suelen verse más frecuentemente en los embarazos múltiples.
- Es importante determinar si el **embarazo no estaba planificado**, ya que con frecuencia hay una asociación entre embarazos no planeados y embarazos no deseados. Cuando los embarazos no son deseados, aumenta la probabilidad de que aparezcan complicaciones tales como: maniobras abortivas en ámbitos de riesgo, sintomatología física de rechazo (hiperemesis gravídica) y repercusiones emocionales que influirán sobre la gestante y su hijo (depresión, menor cuidado personal, conductas de riesgo, menor cuidado de su hijo).
- Relevar el **uso de métodos anticonceptivos y el fracaso del método usado** especialmente en aquellas mujeres que no planificaron el embarazo constituye una información muy valiosa tanto desde el punto de vista poblacional (puesto que esto permite a los gestores establecer análisis sobre la accesibilidad a los métodos) como desde el punto de vista individual, ya que se podrá determinar, en casos de fracaso de métodos, las estrategias para brindar la anticoncepción apropiada a esa mujer una vez que finalice el embarazo actual.

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.

4.2. Estilos de vida de riesgo: existen estilos de vida que pueden ser riesgosos para la mujer y su futuro hijo. El embarazo suele ser un momento especial en el que la mayoría de las mujeres están dispuestas a hacer “sacrificios” para garantizar la salud de su futuro hijo. Por esta razón, muchos programas para el cese del tabaquismo, el alcohol y las drogas psicoactivas suelen tener más éxito durante este período. Ocurre lo mismo con los aspectos vinculados a la violencia contra

la mujer. Las mujeres que sufrieron violencia durante períodos prolongados y lo han aceptado están dispuestas a buscar ayuda mientras están embarazadas. Por estas razones, CLAP/SMR incorporó estos aspectos a la HCP.

Los servicios deberán tener establecidos los pasos para brindar apoyo en las situaciones en las que se establezcan estos diagnósticos. La falta de respuesta o la improvisación pueden ser altamente perjudiciales.

Consumo de café, té y bebidas de cola: a las embarazadas con alto consumo diario de cafeína (más de 300 mg por día) se les recomienda la reducción de la ingesta diaria de cafeína durante el embarazo para reducir el riesgo de pérdida del embarazo y de recién nacidos de bajo peso.

Tabaquismo activo

El personal de salud debería preguntar a todas las embarazadas lo antes posible y en cada atención prenatal si consumen o han consumido tabaco y si están expuestas al humo ajeno.

El consumo de cigarrillos durante el embarazo ha sido asociado con:

- bajo peso al nacer,
- restricción en el crecimiento fetal,
- partos de pretérmino,
- muerte fetal,
- mayor ingreso a cuidados intensivos neonatales.

Tabaquismo pasivo: ser fumadora pasiva durante el embarazo también puede aumentar las probabilidades de una RCF, con riesgo de BPN. Los padres que continúen fumando una vez nacido el niño deberán hacerlo al aire libre. Los niños expuestos al humo del tabaco sufren más frecuentemente infecciones respiratorias bajas y otitis. Los niños que están expuestos en los primeros años de vida al humo de tabaco tienen más probabilidad de desarrollar asma.

Consumo de alcohol

El personal de salud debería preguntar a todas las embarazadas lo antes posible y en cada atención prenatal si consumen o han consumido alcohol u otras sustancias.

El personal de salud deberá hacer énfasis en recordar a las mujeres gestantes, que apenas sepan o sospechen que están embarazadas deben suspender el consumo de bebidas alcohólicas, ya que no se ha determinado cuál es el nivel seguro.

El consumo de alcohol durante el embarazo se ha asociado con defectos físicos y psíquicos al nacer que reciben el nombre de síndrome alcohólico fetal (SAF). No se han demostrado niveles de seguridad para beber alcohol durante el embarazo y la lactancia, por lo cual no se recomienda el consumo de alcohol durante el embarazo.

El consumo de alcohol durante el embarazo ha sido asociado con mayor riesgo de aborto, muerte fetal y BPN y durante la lactancia puede disminuir la eyeción láctea y provocar algunos trastornos neurológicos menores en el recién nacido.

Drogas psicoactivas

Aquellas mujeres que deseen abandonar el consumo de drogas durante el embarazo deberán ser apoyadas en tal emprendimiento y referidas a organizaciones que se especialicen en atender a personas con drogodependencia.

Cocaína: el consumo de cocaína durante el embarazo puede afectar a la madre y su feto de diversas maneras. Durante los primeros meses, puede aumentar el riesgo de aborto, más tarde, puede desencadenar un parto de pretérmino o generar una RCF, con el riesgo de provocar un recién nacido PEG. Está establecido que los/as niños PEG tienen 20 veces más probabilidades de morir en el primer mes de vida que los/as niños/as con peso adecuado. Los sobrevivientes, a su vez, corren mayor riesgo de presentar discapacidades, incluso retardo mental y parálisis cerebral. Los/as niños/as expuestos/as durante su vida intrauterina a la cocaína suelen tener un perímetro cefálico más pequeño, lo que indirectamente refleja un menor desarrollo del cerebro. También se ha sostenido que los/as niños/as expuestos a la cocaína corren mayor riesgo de presentar defectos congénitos, especialmente defectos del tracto urinario y posiblemente cardiopatía congénita.

Marihuana: algunos estudios sugieren que los hijos de madres que consumen marihuana durante el embarazo tienen mayor probabilidad de presentar una RCF y de nacer prematuros. Ambos aspectos aumentan la posibilidad de que el niño al nacer tenga bajo peso. Algunos niños al nacer podrían presentar excesivo llanto y temblores de forma similar que el síndrome de abstinencia en los adultos. Hasta el momento, no se ha demostrado un riesgo elevado de problemas de aprendizaje o conducta en estos niños.

Violencia

Ante situaciones de violencia será necesario conseguir el apoyo adecuado de especialistas en la temática para poder dar una respuesta efectiva a las mujeres que la sufren.

Recomendación³⁰: Para mejorar el diagnóstico clínico y la atención subsiguiente, en las APN se debería considerar seriamente la posibilidad de indagar clínicamente sobre la posible existencia de violencia de pareja (física, psicológica o emocional, sexual, económica y por negligencia o descuido) al evaluar afecciones que podrían estar provocadas o agravadas por este tipo de violencia, siempre que haya capacidad para dar una respuesta de apoyo (incluida la referencia cuando proceda) de acuerdo al protocolo nacional (Normativa 031: Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual). Oriéntela sobre las alternativas tanto médicas, como psicológicas y judiciales vigentes.

La detección o sospecha de abuso sexual en las adolescentes embarazadas menores de 14 años debe ser notificado Obligatoriamente a la Comisarías 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.

Acción 5. Fijar un cronograma que permita planificar las consultas y las actividades de la atención prenatal

Tareas 5.1. Determinación de la edad gestacional y de la fecha probable de parto 5.2. Ecografía del primer trimestre

Gestación actual: luego de haber confirmado el embarazo, se deberán establecer la edad gestacional y la fecha probable de parto. Los métodos habitualmente usados para determinar la

³⁰ O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(7):CD007007.

edad gestacional son: a) Interrogatorio sobre la amenorrea; b) Evaluación del tamaño del útero, especialmente en el primer trimestre; y c) Antropometría ecográfica.

Amenorrea: la medición del tiempo transcurrido desde la fecha de la última menstruación (FUM) es el método de elección para calcular la edad gestacional en las mujeres con ciclos menstruales regulares y que no han usado en los últimos meses contraceptivos hormonales. Es necesario interrogar por única vez, en forma precisa y tranquila, acerca del primer día y el mes de la última menstruación. Si estos datos son confiables, a partir de ellos se calculará la edad del embarazo y la fecha probable de parto. Las semanas de gestación se pueden estimar usando el Gestograma del CLAP/SMR (figura 1). En su defecto, sumando los días transcurridos desde la FUM hasta la fecha de la consulta y dividiéndolos entre 7 también se obtendrán las semanas de amenorrea.

La ecografía de primer trimestre (hasta las 13.6 semanas) es el estándar de oro para el cálculo de edad gestacional (LCR 30.0 – 84 mm), se debe realizar medición de LCR en el saco gestacional y posterior solicitar marcadores de primer trimestre a segundo nivel.

Antropometría fetal por ecografía: en algunas ocasiones los elementos clínicos son insuficientes para calcular la edad gestacional; en esos casos se podrá apelar a la ultrasonografía. Su aplicación está basada en la relación que existe entre la amenorrea, el desarrollo anatómico del feto y la medida de ciertos segmentos fetales. Cuanto más tempranamente se realice, se obtendrá mayor precisión, además de poder repetir las mediciones con cierta periodicidad, lo que disminuye considerablemente el error de estimación.

El método más confiable para precisar la edad gestacional, es la medición de la longitud cefalocaudal (LCC) realizada en la ecografía temprana, idealmente entre las 8 y 14 semanas de gestación. Si solo se consigue medir la yema embrionaria (4mm) y siendo la única ecografía disponible, se tomará la misma para datar el embarazo, no así la medición del caso gestacional que no cuenta con validez para la datación del embarazo. Sino se dispone de una ecografía realizada en el primer trimestre (8-14 S/G), puede utilizarse la Circunferencia Cefálica (CC) con o sin la medición de la Longitud Femoral (LF), para la estimación de la edad gestacional en el segundo trimestre³¹.

Se datará la gestación según la primera exploración ecográfica:

- a. Si la LCC < 84 mm datación por CRL (Robinson HB Blog 1975- Modificado BUMS 2008).
- b. Si la LCC > de 84 mm y DBP <70 mm datación por DBP (Papageorghiou AT. IG 21st. Lancet.2014).
- c. Si la DBP > 70mm y FUR incierta, datación para PC (Papageorghiou AT. IG 21st. Lancet.2014).
- d. Si DBP> 70mm y FUR cierta, datación por FUR.

Se calculará el PFE (Peso fetal Estimado) según algoritmo que incluye DBP, PC, PA y LF (Hadlock FP AJOG 1985). Si los perímetroscefálicos no son valorables se usará algoritmo alternativo con LF y PA (Hadlock FL Radiology 1984).

Cuando ya fue establecida una fecha probable de parto por una ecografía temprana confiable, las ecografías posteriores no deberían utilizarse para recalcular la edad gestacional. Lo siguiente es la estimación de la edad gestacional por ecografía:

- 4 – 5.6 S/G: medir saco gestacional (DMSG), pero no fechar o asignar FEP

³¹ ISUOG Guidelines (2019). Evaluación ecográfica de la biometría y crecimiento fetal.

- **6 – 13.6 S/G: usar LCC (4-84 mm). Si solo es posible medir la yema embrionaria, se tomará como parámetro para datar la EG.**
- **14 – 24 S/G: usar circunferenciacefálica y/o LF**
- **Mayor de 24 S/G: se asigna tamaño, no EG**

Con LCC la FEP tiene una variación de +- 5 días en el 95% de casos.

Para calcular la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y embarazos múltiples, reducir la inducción del parto en embarazos prolongados y mejorar la experiencia que tienen las mujeres del embarazo, se recomienda realizar a las embarazadas una ecografía antes de la semana 24 de gestación (ecografía temprana³²).

La fecha probable de parto (FPP) también se puede calcular fácilmente con el gestograma del CLAP/SMR. Si no se cuenta con gestograma o calendario obstétrico, la fecha probable de parto se puede determinar mediante el uso de una de las siguientes reglas:

- ⇒ **Wahl:** al primer día de la FUM agrega 10 días y al mes le resta 3.
- ⇒ **Naegele:** al primer día de la FUM agrega 7 días y al mes le resta 3.
- ⇒ **Pinard:** al último día de la FUM agrega 10 días y al mes le resta 3.
- ⇒ **280 días:** partiendo del primer día de la FUM se contarán 280 días sobre un calendario, la fecha correspondiente al día 280 será la FPP.

Para los propósitos de calcular la edad gestacional a partir del primer día del último período de menstruación normal y la fecha del parto, debe tenerse presente que el primer día es el día cero (0) y no el día uno (1); por lo tanto, los días 0 a 6 corresponden a la “semana cero completa”, los días 7 a 13 a la “semana uno completa”, y la 40a semana de la gestación es sinónimo de “semana 39 completa”. Cuando no se dispone de la fecha de la última menstruación normal, la edad gestacional debe basarse en la mejor estimación clínica. Para evitar confusiones, las tabulaciones deben indicar tanto las semanas como los días³³.

Estadísticamente, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10), establece la edad gestacional según el número de semanas cumplidas. Tomando en consideración la maduración neurológica fetal y de acuerdo a la clasificación del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) la edad gestacional se encuentra en los siguientes rangos:

- **Término temprano: 37 semanas a 38 semanas y 6 días.**
- **Término completo (A Término): 39 semanas a 40 semanas y 6 días.**
- **Término tardío (Prolongado): 41 semanas a 41 semanas y 6 días.**
- **Postérmino: Mas allá de las 42 semanas**

Evaluación del tamaño uterino: La FUM cuando es confiable constituye el estándar para calcular la edad gestacional. Si quedaran dudas sobre la edad gestacional definida por la FUM, se pueden utilizar medidas menos precisas, pero que permitirán aproximarnos a ella. La realización de un examen uterino bimanual antes de las 16 semanas de gestación provee un dato de gran valor para estimar la edad gestacional. Más allá de las 16 semanas de gestación, la medida de la altura uterina tiene poco valor para calcular la edad gestacional. Debe tenerse presente que la evaluación del tamaño uterino es apenas una forma indirecta de estimar la edad del embarazo y que la misma puede estar afectada por distintas situaciones que se detallan en el cuadro 7.

³² Manual of diagnostic ultrasound, second edition. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/medical_devices/publications/manual_ultrasound_pack1-2/en/, consulté le 26 octobre 2016).

³³ OPS. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. — 10a. revisión. Volumen 1. Washington, D.C.: OPS, 1995 3 v. — (Publicación Científica; 554)

Cuadro 7. Elementos que modifican la edad gestacional estimada por evaluación del tamaño uterino

Miomas	Oligoamnios
Enfermedad trofoblástica (mola)	Restricción del Crecimiento Fetal (RCF)
Embarazo múltiple	Anomalías fetales
Polihidramnios	Macrosomía fetal

Acciones 6. Evaluar el estado nutricional materno.

6.1. Medición del peso y de la talla materna.

Tareas 6.2. Cálculo del incremento de peso durante la gestación.

6.3. Orientación nutricional.

El peso materno pregravídico insuficiente, la baja talla de la madre y el escaso o el exagerado incremento de peso durante el embarazo han sido asociados con malos resultados perinatales.

Procedimiento para estimar el peso cuando se desconoce

- ✓ Hasta las 13 semanas de gestación; usar el peso actual como peso pregestacional para clasificar a la gestante según IMC.
- ✓ De 13 a más semanas de gestación: clasificar el estado nutricional de la madre de acuerdo con la tabla CLAP "Peso para la Talla" según edad gestacional (Figura 6). Clasificar Normal si su peso está entre el P10 y P90, Sobre peso cuando es mayor a P90 y como Bajo Peso. Para saber en dónde graficar, debe utilizar para cada APN dicha tabla. 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.

Cálculo del incremento de peso durante la gestación

Cuando el peso pregravídico es conocido o la primera consulta ocurre en el primer trimestre (y el peso determinado se asume como pregravídico), se calculará el Índice de Masa Corporal (IMC) (dividiendo el peso en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado: **peso [kg] / talla [m]²**). Esto permite estimar los rangos de aumento adecuado de peso según el IMC previo al embarazo. Como se ve en el cuadro 8, la ganancia adecuada dependerá del IMC inicial.

Cuadro 8. Aumento de peso recomendado para mujeres según IMC pregestacional

Categoría de peso	IMC (kg/m ²)	Aumento total de peso (Kg)
Bajo peso	12,0-18,4	12,5-18,0
Peso normal (Eutrófica)	18,5-24,9	11,5-16,0
Sobrepeso	25,0-29,9	7,0-11,5
Obesidad	30,0 o más	5,0-9,0
Embarazo Gemelar	Independiente de IMC	15,9 – 20,4

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 y realizar las medidas correctivas permanentes.

La variación del peso durante la gestación es muy grande y oscila entre 6 y 18 kg al término dependiendo del estado nutricional previo al embarazo. (figura 4). El período de máximo aumento de peso se produce entre las semanas 12.^a y 24.^a.

Técnica de medición: la talla deberá medirse en el primer control. La técnica consiste en que la gestante se ubique de pie, sin calzado, con los talones juntos, con la espalda lo más cercana al tallímetro, bien erguida, con los hombros hacia atrás y con la vista al frente. El peso se debe medir en la primera consulta, con la gestante en ropa liviana y sin calzado. Conviene usar balanzas de pesas, las que deberán ser calibradas regularmente.

La toma del peso en todas las consultas debe limitarse a las circunstancias en las que es probable realizar una intervención clínica.

Ganancia de peso: si la gestante conoce su peso habitual pregravídico, se controlará su incremento, utilizando como patrón de referencia los valores de la figura 5, que también se encuentran graficados en el carné perinatal de CLAP/SMR. Se resta al peso actual el pregravídico y de esta manera se determina el incremento de peso. Este incremento de peso se relaciona con la edad gestacional, para determinar en definitiva el incremento de peso para esa edad gestacional. Dicho valor es trasladado a la gráfica del carné. Sus límites máximos (p90) y mínimo (p25), también se pueden encontrar en la cinta métrica, en la tarjeta Peso-Talla (Figura 6) y en el gestograma de CLAP/SMR.

Figura 4. Incremento de peso materno en función de la edad gestacional.

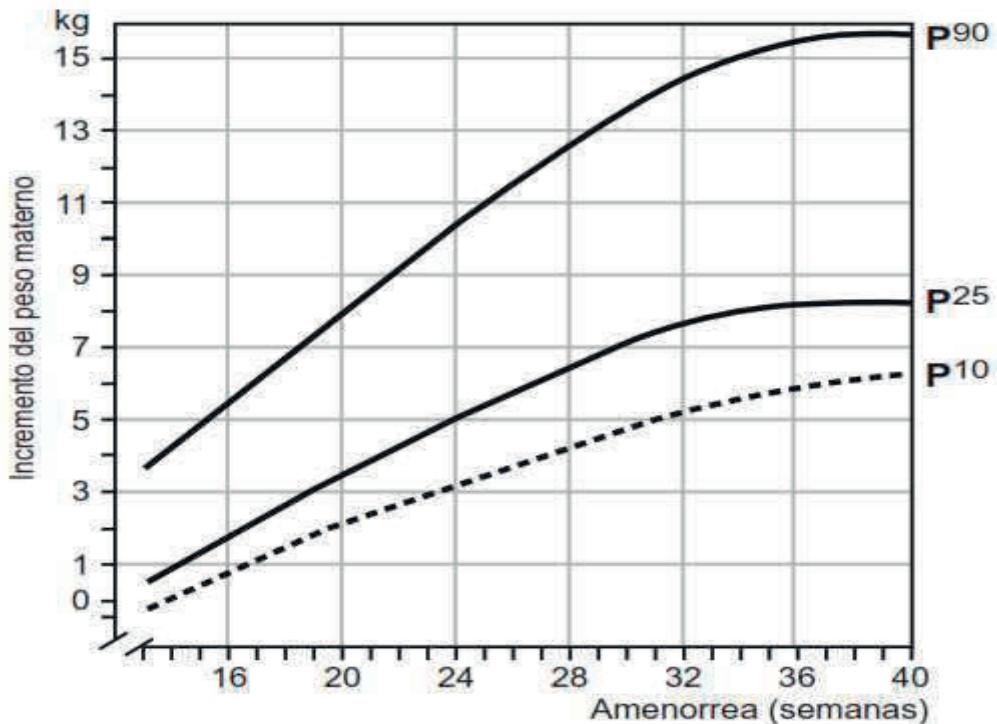
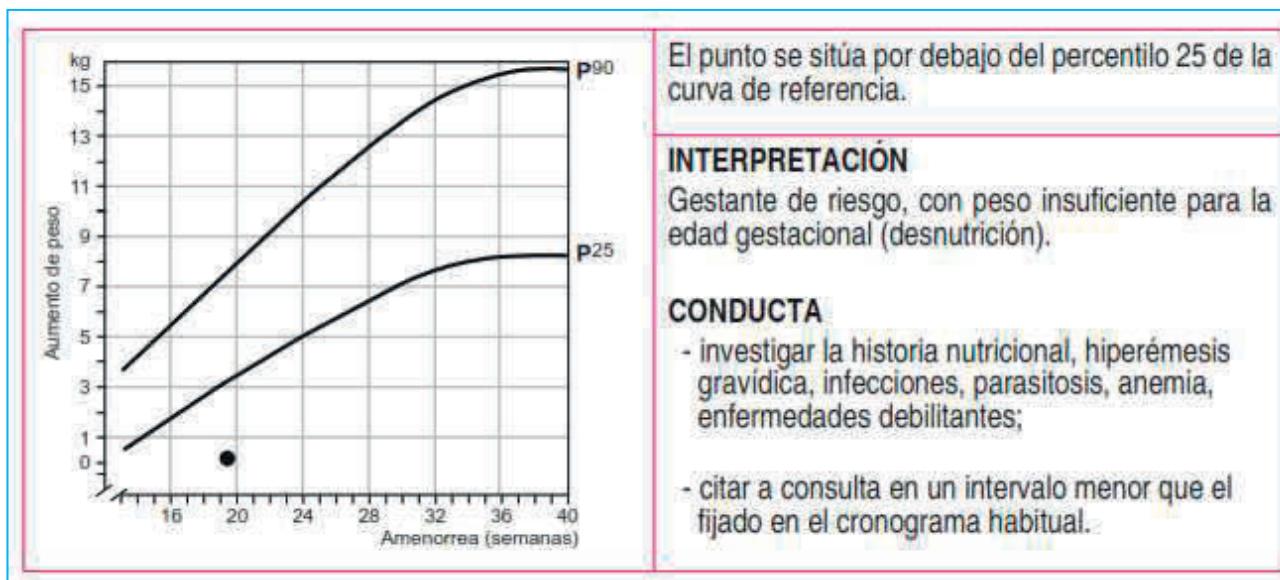
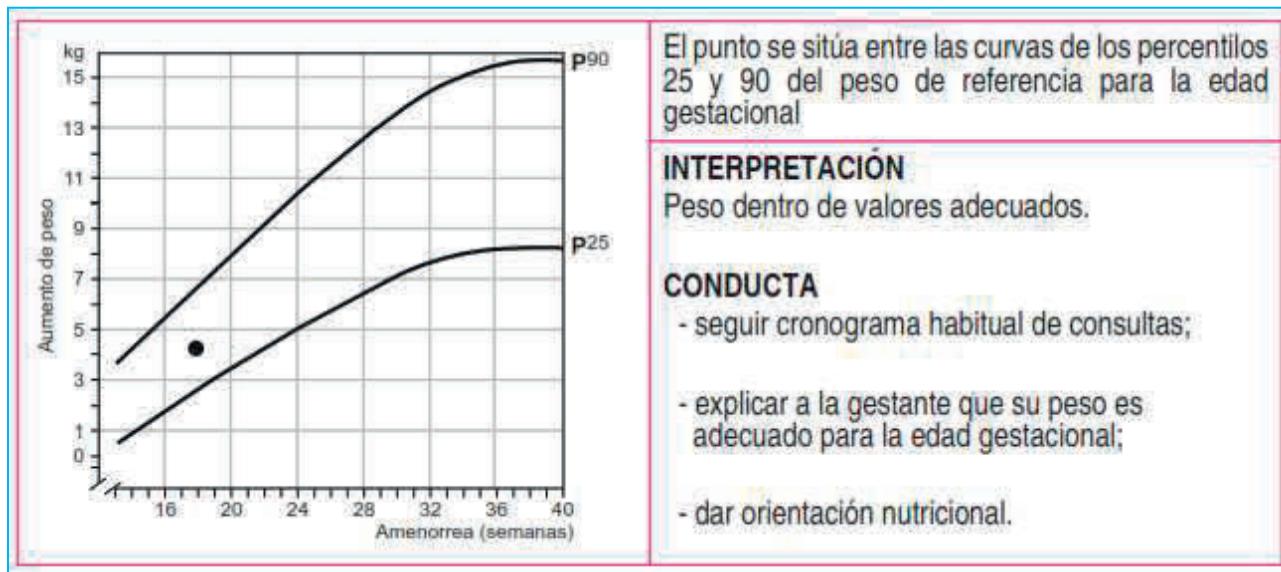


Figura 5. Interpretación de la medida a la primera consulta



En poblaciones desnutridas, se debe:

- Brindar educación nutricional para aumentar la ingesta diaria de energía y proteínas para reducir el riesgo de recién nacidos de bajo peso.
- Se recomiendan los suplementos equilibrados en energía y proteínas para reducir el riesgo de muertes fetales y recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG).
- NO SE RECOMIENDA la suplementación isocalórica alta en proteínas para mejorar los resultados maternos y perinatales.

Se debe brindar asesoramiento sobre una dieta saludable y la importancia de mantenerse físicamente activas durante el embarazo para prevenir el aumento de peso excesivo durante este periodo.

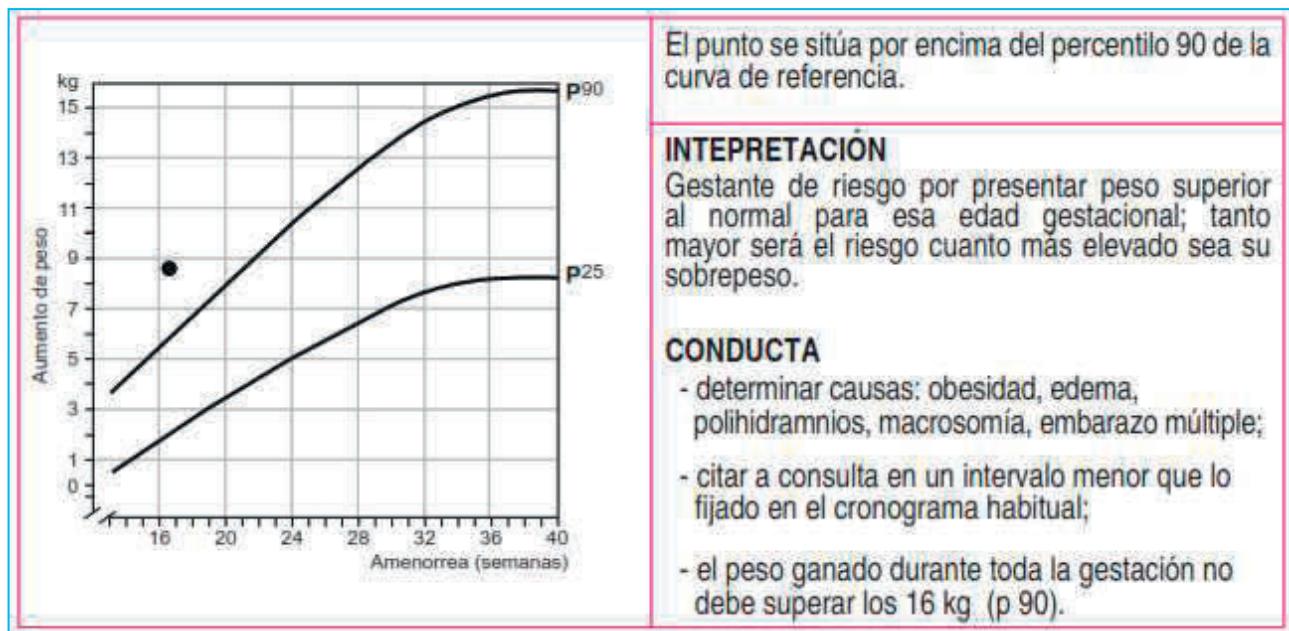


Figura 6. Tabla Peso –Talla

		Peso para la Talla según la Edad Gestacional (Talla en cms)											
Sem	Per cent	140	143	146	149	152	155	158	161	164	167	166	169
13	10	38.6	40.0	41.3	42.8	42.8	42.2	45.6	47.2	49.0	52.2	52.2	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	61.8	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	48.4	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	61.1	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		
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	65.0	67.1	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	58.8	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	66.3		
	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	66.3		
	90	59.5	61.6	63.7	66.0	68.1	70.3	72.7	75.5	77.9	81.4		

Desnutrición y embarazo

En el caso de las embarazadas desnutridas debe orientarse el consumo de alimentos básicos como, arroz, frijoles, tortillas de maíz, pan, pinol, avena, yuca, malanga, quequisque, además del consumo de alimentos que dan más energía como alimentos fritos, aguacate, coco, jaleas, almíbar e incluir dos meriendas. Esto para lograr una ganancia de peso adecuado y evitar niños con bajo peso al nacer o complicaciones a la hora del parto³⁴.

Obesidad y Embarazo

La obesidad materna es un factor de riesgo para la diabetes gestacional y la hipertensión gestacional. Ambas condiciones pueden inducir cambios permanentes en la composición corporal de los/as hijos/as, que predisponen a un mayor riesgo de anomalías congénitas y de obesidad en la edad adulta^{35,36}. Por lo tanto, las estrategias para reducir la obesidad infantil deberían centrarse en el IMC materno.

La tasa de muerte fetal es mayor entre los/as recién nacidos/as macrosómicos/as nacidos/as de madres con obesidad en comparación con los que no (6,55 frente a 0,54 por 1000 nacimientos totales). Las mujeres con obesidad de tipo II y III tenían un mayor riesgo de muerte fetal [Obesity II ARR = 2.37 (2.07-2.72); obesidad III ARR = 9.06 (7.61-10.78)]. Este hallazgo resalta la necesidad de estrategias clínicas y de salud pública más efectivas para abordar la obesidad previa al embarazo y optimizar el aumento de peso gestacional³⁷.

En el caso de las embarazadas con sobrepeso u obesidad se debe monitorear una adecuada ganancia de peso para evitar riesgos de diabetes gestacional, hipertensión, problemas cardiovasculares y problemas durante el parto. Dado que no se debe recomendar bajar de peso, el aumento de calorías debe de obtenerse del consumo de frutas y verdura³⁸.

Se debe promover el consumo de alimentos de origen animal como, leche, huevo, carne y queso, evitar el consumo de bebidas gaseosas, jugos artificiales azucarados, comidas chatarra.

Orientar la actividad física.

No se recomiendan las dietas hipocalóricas para la pérdida de peso o mantenimiento de peso en las embarazadas que tienen sobrepeso o que presentan un aumento excesivo durante este periodo, ya que no se ha encontrado ningún efecto beneficioso sobre la salud materna y puede causar daño al feto.

PARA AMPLIAR EL ABORDAJE DE OBESIDAD Y EMBARAZO, REVISAR LA NORMATIVA 077 PROTOCOLOS PARA EL ABORDAJE DEL ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, DEL MINSA. AÑO 2018

³⁴ Ministerio de Salud Nicaragua. Norma y Guía de Alimentación y Nutrición, para embarazadas, puerperio y niñez menor de seis años. Segunda Edición 2017

³⁵ Godfrey KM, Reynolds RM, Prescott SL, Nyirenda M, Jaddoe VW, Eriksson JG, et al. Influence of maternal obesity on the long-term health of offspring. Lancet Diabetes Endocrinol. 2017; 5(1):53–64. [PubMed: 27743978]

³⁶ Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. N Engl J Med. 2008; 359(1):61–73. [PubMed: 18596274]

³⁷ Chioma A, Ikedionwu, Deepa Dongarwar, Korede K.Yusuf, Sahra Ibrahim, Abraham A. Salinas-Miranda, Hamisu M. Salihu. Pre-pregnancy maternal obesity, macrosomia, and risk of stillbirth: A population-based study. Available online 9 June 2020. Disponible en: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(20\)30366-3/pdf](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(20)30366-3/pdf) (acceso 27 julio 2020)

³⁸ Ministerio de Salud Nicaragua. Norma y Guía de Alimentación y Nutrición, para embarazadas, puerperio y niñez menor de seis años. Segunda Edición 2017

Acción 7. Evitar infecciones prevenibles por inmunización

Tareas 7.1. Tétanos 7.2. Influenza

7.1 Tétanos

Se recomienda la vacunación con toxoide tetánico a todas las embarazadas, según exposición previa a la vacunación contra el tétanos, para prevenir la mortalidad por tétanos neonatal.

Las buenas prácticas de higiene durante el parto y el cuidado de la herida umbilical hasta que esta cicatriza son medidas que contribuyen a prevenir el tétanos neonatal y otras infecciones. La inmunización adecuada de las mujeres gestantes con (dT) es eficaz, incluso si la herida umbilical se infecta con Clostridium tetani. La HCP provee un recordatorio al personal de salud acerca del estado vacunal antitetánico de la embarazada.

El esquema de vacunación recomendado para la primera vacunación (toxoide diftérico en bajas dosis para adultos (dT), de mujeres en edad fértil, incluidas las embarazadas. Una estrategia mínima para proteger a los recién nacidos consiste en examinar los antecedentes de vacunación antitetánica de las embarazadas en la primera consulta de atención prenatal y administrarles las dosis faltantes en ese momento y en las consultas posteriores.

Las embarazadas y sus bebés están protegidos del tétanos asociado con el parto si la mujer recibió 6 dosis de dT a partir de la niñez o 5 dosis si empezó a ser vacunada en la adolescencia o la vida adulta (según la tarjeta o los registros o los antecedentes de vacunación) antes del comienzo de la edad fecunda. Se deben comprobar los antecedentes de vacunación para determinar si en el embarazo actual hace falta inyectar una dosis de dT³⁹, según esté indicado, se detalla en el cuadro 9.

Cuadro 9. Esquema de Vacunación de la dT según el Programa Nacional de Inmunización

Dosis	Los intervalos indicados en el cuadro se refieren al tiempo mínimo aceptable entre vacunaciones; no existen intervalos máximos.
1ra dosis pentavalente	2 meses de edad
2da dosis pentavalente	4 meses de edad
3ra dosis pentavalente	6 meses de edad
4ta dosis DPT	18 meses o al año de la tercera dosis de la vacuna pentavalente
5ta dosis DPT	6 años de edad
6ta dosis dT	10 años de edad
7ma dosis dT	20 años, o primer embarazo en el caso de las mujeres

Nota: Según norma del PAI, desde la infancia las mujeres empiezan a recibir vacunas con componente toxoide. En el caso de una embarazada no ha recibido estas dosis primarias se deben aplicar una dosis en el primer embarazo, otra con intervalo de 4-8 semanas y una tercera dosis a los 6 a 12 meses de la segunda dosis.

Las embarazadas que solo han recibido 3 dosis de dT durante la niñez y ningún refuerzo deben recibir 2 dosis de dT en cuanto sea posible durante el embarazo, con un intervalo mínimo de 4 semanas entre dosis y la segunda dosis inyectada al menos 2 semanas antes del parto. Aunque una dosis de refuerzo debe ocasionar un aumento rápido de los anticuerpos, la concentración de los anticuerpos antitetánicos específicos en mujeres que recibieron únicamente la serie primaria de 3 dosis en el primer año de vida es semejante a la de las personas sin vacunar cuando han transcurrido 15 años. Por lo tanto, se recomiendan 2 dosis para completar en total 5 dosis antes del parto. Las mujeres que recibieron 4 dosis de dT en la niñez o antes de la edad adulta solo

³⁹ OMS. Documento de posición de la OMS Vacuna antitetánica, febrero de 2017

necesitan 1 dosis de refuerzo, la cual debe administrarse a la primera oportunidad. En ambas situaciones, para lograr una protección que dure toda la vida se necesitaría una sexta dosis al menos 1 año después de la quinta.

Efectividad de la vacuna: luego de dos dosis se logra una eficacia contra el tétanos de 80 a 90% durante un mínimo de tres años en todas las personas. Eficacia que se eleva casi al 100% y probablemente para toda la vida, si se han completado las cinco dosis recomendadas. Apenas una dosis de TT aplicada a mujeres durante el embarazo demostró ser efectiva en la prevención del tétanos neonatal en un 80%, RR 0.20 (IC 95% 0,10-0,40). En cambio, se necesitan no menos de dos dosis de vacuna para proteger al neonato de la muerte por TNN, RR 0.02 (IC 95% 0,00-0,30).

La protección es incompleta después de la primera dosis, pero las concentraciones protectoras de anticuerpos a corto plazo se alcanzan en la mayoría de las personas vacunadas después de la administración de 2 dosis separadas como mínimo por 4 semanas. Entre 2 y 4 semanas después de la segunda dosis, la concentración media de anticuerpos contra el tétanos generalmente supera el umbral protector. La inmunidad, sin embargo, va declinando con el tiempo. Al cabo de un año de la vacunación, el porcentaje de personas con protección deficiente puede aumentar a un 20% y los títulos medios pueden descender hasta el umbral de protección. La tercera dosis confiere inmunidad protectora en casi el 100% de los vacunados. En los niños, una serie primaria de 3 dosis de la vacuna DTP induce un título de anticuerpos por encima del umbral de protección; en varios estudios se ha observado una concentración media por arriba de 0,2 UI/ml.

En un estudio de embarazadas que no habían recibido la vacuna antitetánica, el 78% de las que recibieron 2 dosis durante el embarazo presentaban concentraciones de anticuerpos específicos contra el tétanos por encima del umbral de protección 3 años después. Los bebés cuyas madres tienen concentraciones deficientes de anticuerpos específicos contra el tétanos pueden estar en riesgo de contraer el tétanos. Por lo tanto, en el embarazo siguiente o al menos 6 a 12 meses después de las 2 dosis iniciales se debe aplicar una tercera dosis de dT.

En el caso de mujeres a las que se les vacuna por primera vez durante la gestación, el parto prematuro podría reducir la protección del recién nacido, ya que los anticuerpos antitoxina de la madre serían insuficientes para pasar al feto.

7.2. Influenza

La influenza es una infección vírica aguda causada por un virus de la influenza. Los virus de la influenza circulan por todo el mundo y se clasifican en tres tipos: A, B y C. El virus de la influenza A se clasifica a su vez en diferentes subtipos, según la combinación de diversas proteínas de superficie. Entre los muchos subtipos del virus de la influenza A, los subtipos H1N1 y H3N2 son los que actualmente circulan en el ser humano.

Las embarazadas son más propensas a presentar infecciones respiratorias debido a cambios fisiológicos que se producen en el aparato cardiorrespiratorio e inmunológico.

La influenza en las embarazadas puede causar muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino (recién nacido pequeño para la edad gestacional).

Diversos estudios ponen de manifiesto que el riesgo de mortalidad en el primer año de vida es casi el doble entre los/as niños/as nacidos/as de madres que padecieron influenza durante el embarazo que entre los nacidos de madres que no la padecieron. Las anomalías congénitas como el labio leporino y el paladar hendido, los defectos del tubo neural y las anomalías cardiovasculares, son entre dos y tres veces más frecuentes en los/as niños/as nacidos/as de madres infectadas por el virus de la influenza durante el primer trimestre del embarazo que en los nacidos de madres que no padecieron influenza durante el embarazo. También existe mayor riesgo de esquizofrenia en hijos/as de mujeres que padecieron influenza durante el embarazo.

Las vacunas contra la influenza son eficaces para prevenir la infección y reducir la gravedad de la influenza en la madre y el recién nacido.

Las vacunas contra la influenza no deben administrarse a las embarazadas en estos casos:

- Si se ha producido una reacción anafiláctica confirmada a una dosis anterior de la vacuna.
- Si se ha producido una reacción anafiláctica confirmada a cualquier componente de la vacuna.
- Si existe hipersensibilidad anafiláctica confirmada a los huevos o sus derivados (las vacunas se preparan mediante cultivo en huevo).
- Si una anamnesis minuciosa no permite descartar reacciones anteriores no potencialmente mortales (p. ej., exantema u otras reacciones anafilactoides).
- Si la mujer presenta síntomas graves de asma (nivel 4 o superior) o sibilancias activas en el momento de la vacunación.

La vacunación contra la influenza se recomienda en cualquier momento del embarazo para proteger tanto a la madre como al bebé. Hay que tener presente que deben transcurrir al menos dos semanas tras haber recibido la vacuna contra la influenza para que la madre quede protegida. Hasta ese momento, sigue en riesgo de contraer la enfermedad y de transmitirla a su recién nacido, vulnerable.

Acción 8. Evitar otras infecciones de transmisión vertical durante el embarazo

Tarea 8.1. Prevención, detección y tratamiento de toxoplasmosis, VIH, Zika, sífilis, Enfermedad de Chagas y Malaria

Las infecciones de transmisión vertical se definen como aquellas infecciones que se transmiten de la embarazada al feto o al recién nacido. La transmisión de estas infecciones puede ocurrir:

- Durante el embarazo, principalmente por vía transplacentaria;
- Durante el parto, a través del contacto con sangre o secreciones infectadas en el canal del parto;
- Despues del parto, a través de la lactancia materna o contacto con secreciones maternas.

Son numerosas las infecciones que pueden ser transmitidas por la mujer al niño durante el embarazo, el parto y el puerperio y que significan un riesgo de enfermar o morir para el feto o recién nacido/a. En este capítulo describiremos solo aquellas infecciones que se han incorporado a la historia clínica perinatal del CLAP/SMR: toxoplasmosis, VIH, Zika, sífilis, enfermedad de Chagas, paludismo, estreptococo del grupo B.

Desde el 2010, los Estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han asumido el compromiso de impulsar la eliminación de la transmisión materno infantil (ETMI) de la infección por el VIH y la Sífilis en la región. Por lo tanto, la iniciativa ETMI-plus tiene por objetivo lograr y mantener la eliminación de la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH, la sífilis, la enfermedad de Chagas y la infección perinatal por el virus de la hepatitis B (VHB) como problemas que constituyen un peligro para la salud pública, subscribiendo los principios y las líneas de acción de la “Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”.

Toxoplasmosis

La toxoplasmosis es una zoonosis endémica causada por el *Toxoplasma gondii*, protozoario cuyos huéspedes definitivos son los felinos. Generalmente, cuando compromete a la especie humana, la enfermedad tiene un curso benigno, con la excepción de dos situaciones:

- ▣ Las personas inmunocomprometidas (VIH/sida, TBC, enfermos oncológicos);
- ▣ Fetos o niños/as que han adquirido la infección in-útero, transmitidas por sus madres a través de la placenta. Este riesgo solo existe cuando la mujer adquiere la infección aguda durante el embarazo.

La toxoplasmosis congénita puede provocar severos daños, tales como muerte fetal, coriorretinitis, calcificaciones intracerebrales, micro o hidrocefalia, que pueden determinar retardo mental, convulsiones, o ceguera. En países desarrollados, su frecuencia se estima en torno a 1 caso cada 1000 nacidos vivos, la prevalencia de mujeres susceptibles es altamente variable entre los diferentes países y aun entre las diferentes ciudades y municipios de un mismo país.

El 90% de las infecciones primarias por toxoplasmosis, en embarazadas inmunocompetentes son asintomáticas, el diagnóstico de la infección materna se realiza por seroconversión detectable por IgG o IgM y por el test de avidez. Figura 8

En la HCP del CLAP/SMR se incluyó un recordatorio general para brindar a las mujeres gestantes sobre las medidas educativas preventivas (cuadro 10).

Cuadro 10. Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis.

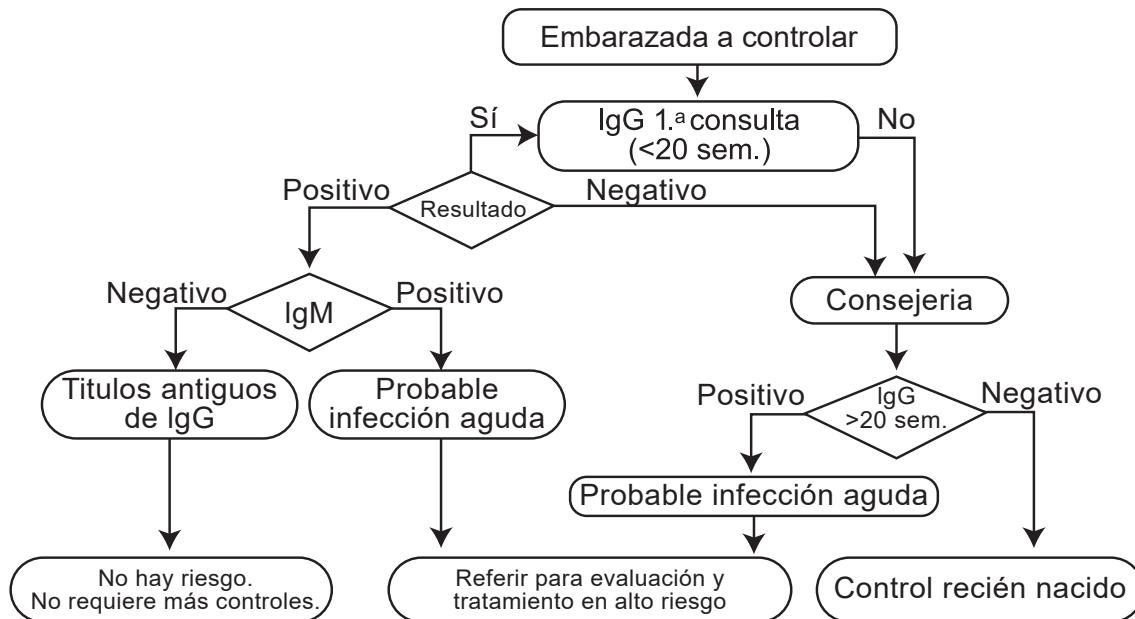
Medidas educativas	
Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida y el consumo de agua no tratada y leche no industrializada.	
Usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda.	
Lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda.	
Lavar profundamente los vegetales que se comerán crudos.	
Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Y lavar las manos intensamente después de tocar tierra.	
Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos con raciones.	
Usar guantes mientras se limpia la "cama" y lavarse las manos después de hacerlo.	

Figura 7. Análisis frente a diferentes situaciones en el tamizaje de toxoplasmosis.

Posibles resultados		Interpretación	Conducta
IgG	IgM		
(—)	(—)	No hay infección. Existe riesgo de contraerla	Comunicar medidas de protección. Eventual repetición de IgG según norma nacional.
(—)	(+)	Falso positivo o infección muy temprana.	Repetir para evaluar evolución por infección temprana o presencia de falso positivo.
(+)	(—)	Infección pasada.	Continuar control en forma habitual.
(+)	(+)	Infección actual.	Evaluar riesgo de infección fetal. Evaluar realización de tratamiento médico.
No se hizo (+)	No se hizo (+)	Riesgo desconocido.	Comunicar medidas de protección. Realizar tamizaje según norma nacional.

Conducta: aunque existen dudas sobre la efectividad del tratamiento de la toxoplasmosis durante el embarazo, hay acuerdo en que las mujeres con una toxoplasmosis activa deberán ser referidas a control de alto riesgo para su correcto estudio y eventual tratamiento.

Figura 8. Esquema escalonado de decisiones para la detección, prevención y tratamiento de la toxoplasmosis en el embarazo.



VIH y Sida

La pandemia del virus de inmunodeficiencia humana es una infección que se distribuye en todos los grupos etarios, con afectación importante entre adolescentes y jóvenes (15 a 24 años), y afecta cada vez más a mujeres y niños/as. La mayoría de los/as niños/as que contrajeron la infección lo hicieron mediante la transmisión materno-infantil, que puede producirse durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto o durante la lactancia materna. La lactancia materna aumenta el riesgo de la transmisión de un 5 a un 45%. En general, las niñas y niños alimentados del pecho materno, incrementan el riesgo de adquirir la infección en un 4% durante la lactancia en los primeros 4 meses de vida, y entre el 15-20% cuando esta dura más de 6 meses.

Los Estados miembros de la OMS reafirmaron en la cumbre de las Naciones Unidas en septiembre de 2005 el compromiso pleno para cumplir la declaración del UNGASS de 2001, que consistía en la reducción en forma significativa de la proporción de lactantes infectados por el VIH. Es necesario conocer el estado serológico de las embarazadas, el riesgo de transmisión vertical puede reducirse a menos de 2% mediante intervenciones como la profilaxis con antirretrovíricos (ARV), la cesárea electiva (antes del inicio del trabajo de parto y la rotura de membranas), carga viral menor a 1000 copias y la supresión de la lactancia materna.

Se debe ofertar 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, previa consejería basada en la adherencia y después del llenado del consentimiento informado.

La consejería junto a la confidencialidad aumenta la probabilidad que la mujer acceda a tener la prueba en forma voluntaria e informada. Las gestantes con VIH en tratamiento requieren revisión por el especialista para optimizarlo y minimizar la posibilidad de toxicidad).

Indicar la segunda prueba de VIH a todas las embarazadas en el tercer trimestre del embarazo, durante el parto o después del parto. Siempre que no exista evidencia de haberse realizado (verificarlo en la HCP).

Momento para el envío de la Prueba de VIH:

- ✓ Efectuar la primera prueba al momento de la captación (antes de las 12 semanas)
- ✓ Segunda prueba a las 26 semanas de gestación
- ✓ Siempre que no exista evidencia de haberse realizado (verificarlo en la HCP).

**PARA AMPLIAR EL ABORDAJE DE LAS EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH,
REVISAR LA NORMATIVA 138 GUÍA DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PERSONAS
CON VIH, DEL MINSA. AÑO 2015**

Zika

El virus Zika es un flavivirus primariamente transmitido por el mosquito *Aedes aegypti*, el cual también es responsable de transmitir el dengue y la fiebre chikunguña. Aparentemente no existe mayor susceptibilidad para la infección por el virus Zika en embarazadas en comparación con las mujeres no embarazadas o con la población general. Existen casos reportados de presunta transmisión sexual durante relaciones sexuales sin protección con una pareja masculina con una historia compatible con síntomas de infección por el virus Zika. La persistencia del virus en el semen no ha sido bien investigada aún.

Medidas preventivas: la interrupción del contacto vector-humano ha sido abogada como la medida más efectiva para la prevención o reducción del riesgo de transmisión de los virus transmitidos por vectores. Como para otros flavivirus, se han recomendado intervenciones para el control del vector tanto a nivel individual como ambiental.

Estas intervenciones incluyen:

- El uso de mosquiteros en las casas
- Uso a nivel comunitario de cubiertas para los recipientes de agua
- Uso de repelente dentro de la casa
- Redes para las camas tratadas o no con insecticidas.

La combinación de intervenciones a nivel de la comunidad (ej.: manejo de los depósitos de basura, campañas de limpieza y formación de grupos de trabajo comunitarios), son efectivas para reducir la densidad del *Aedes aegypti*. Los repelentes con DEET (N, N-diethyl-3-methylbenzamida), Icardin y repelente insecticida 3535 (etil-butilacetil-amino-propionato, EBAAP) son efectivos y seguros para ser utilizados durante el embarazo.

Diagnóstico: la infección en humanos puede ser asintomática y cuando hay síntomas estos pueden ser leves y autolimitados. Las embarazadas con infección confirmada por el virus Zika reportaron *erupción cutánea, fiebre, conjuntivitis y artralgias*. Otros síntomas menos comunes son *mialgias, dolor de cabeza, dolor retro ocular, edema y vómitos*. Habitualmente los síntomas son moderados y autolimitados.

El diagnóstico se basa en los resultados de la PCR testeada en sangre completa durante la fase aguda, o la presencia de anticuerpos IgM contra el virus Zika en la fase de convalecencia.

Durante la pasada epidemia, un estudio de cohorte realizado en Brasil mostró que un 82% de las embarazadas que consultaron a un centro de atención médica con erupción cutánea en los últimos cinco días presentaron resultados positivos en la PCR para virus Zika. Esto sugiere que la

erupción cutánea puede ser utilizada para identificar mujeres con mayor riesgo de tener una infección durante una epidemia y que requieren un test diagnóstico para confirmar el caso.

Evaluación de posibles complicaciones fetales: las anomalías fetales asociadas a la infección por el virus Zika incluyen microcefalia, calcificaciones intracraneales, lesiones oculares o calcificaciones. Otras incluyen ventriculomegalia, desarrollo anormal de la corteza cerebral, atrofia cerebral, disgenesia del cuerpo calloso, anomalías cerebelosas como la atrofia, hipoplasia del tronco encefálico, microoftalmia, y artrogriposis. Se han reportado también restricción del crecimiento intrauterino, evidencia de insuficiencia placentaria y muerte fetal intrauterina.

La ecografía temprana en el embarazo (antes de las 24 semanas) permite detectar anomalías fetales mayores. Sin embargo, la evidencia sugiere que la ecografía parecería más exacta para definir la ausencia de microcefalia que su presencia.

Cuidados generales y tratamiento de los síntomas: los tratamientos se limitan a los cuidados generales de infecciones virales y el tratamiento específico de los síntomas. Hasta el momento no existen vacunas, agentes antivirales o tratamiento para síntomas específicos para reducir el impacto clínico o el riesgo de infección fetal. Se recomienda disminuir la fiebre de la gestante con medidas físicas (paños húmedos, escasa ropa, ducha con agua apenas tibia) y, de no ser suficiente, el uso de acetaminofén o paracetamol como antitérmicos y analgésicos de primera línea. Estas medicaciones son también recomendadas para tratar la cefalea asociada a la viremia por Zika.

Pronóstico: la evidencia directa sobre la evolución y pronóstico de las anomalías fetales presuntamente asociadas con una infección materna por el virus Zika no es concluyente. Por analogía con otras infecciones intrauterinas (citomegalovirus y toxoplasmosis) que causan anomalías cerebrales similares, se sugiere que la presencia de microcefalia fetal o neonatal y/o compromiso del sistema nervioso central están asociados con un mal pronóstico, lo que incluye retraso en el neurodesarrollo, retraso intelectual, alteraciones visuales y pérdida de la audición neurosensorial. Los fetos y niños/as con infección por CMV o toxoplasmosis, pero con hallazgos normales en la ecografía tienen un buen pronóstico.

ANTE LA SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DE UN CASO, LA EMBARAZADA DEBE MANEJARSE EN BASE A LA NORMATIVA 143 GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN A LA EMBARAZADA Y VIGILANCIA DEL SÍNDROME CONGÉNITO ASOCIADO A LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL ZIKA. MINSA. 2018

Sífilis

La sífilis continúa siendo un grave problema de salud pública. Se calcula que cada año hay más de 12 millones de nuevas infecciones, de los cuales más de 2 millones se producen en embarazadas. La prevalencia en las embarazadas varía del 0,1 al 7% en ALC. En la mayor parte de estos casos la infección es transmitida al feto, en general entre las semanas 16 y 28 de embarazo, con una afectación entre el 30 al 50% de los casos.

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) provocada por una espiroqueta, el *Treponema pallidum*. Debido a que la primoinfección puede ser asintomática, o presentar su signo más precoz (chancro) en un lugar oculto que lo haga pasar desapercibido, se deberán realizar pruebas para el tamizaje de sífilis durante el embarazo a todas las embarazadas.

CLAP/SMR/OPS ha incorporado en la HCP la posibilidad de registrar dos controles y en algunos casos tres para el tamizaje de la sífilis de acuerdo a lo que recomiendan las mejores evidencias y en concordancia con los protocolos nacionales.

Se indica que las pruebas de tamizaje para VIH y Sífilis en el embarazada se realizan desde el momento de la captación a la atención prenatal y las segundas pruebas en el tercer trimestre del embarazo para evitar oportunidades perdidas.

Se debe registrar el tratamiento, y si lo cumplió en la HCP. También incluir el tratamiento de la pareja. La falta de tratamiento de la pareja es la principal fuente de reinfección durante el embarazo. En todos las atenciones 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 la APN (siempre que haya disponibilidad), realizar pruebas rápidas, para contar con un diagnóstico e inicio de tratamiento inmediato.

Pruebas diagnósticas: el diagnóstico serológico de la sífilis se basa en la realización de pruebas treponémicas y pruebas no treponémicas, se orienta realizar la primera al momento de la captación (antes de las 12 semanas), una segunda prueba a las 26 semanas de gestación. Siempre que no exista evidencia de haberla realizado (verificarlo en la HCP).

Las pruebas no treponémicas incluyen el **VDRL** (Venereal Disease Research Laboratory) y el **RPR** (rapid plasma reagin). Una prueba no treponémica reactiva puede indicar *infección actual, infección reciente tratada o no tratada, o un resultado falso positivo*. Los resultados falsos positivos ocurren en 1 al 3% de la población y en general tienen un título bajo. Las pruebas pueden ser negativas en fases iniciales de la infección, o cuando el título es muy alto (fenómeno de prozona) y suelen negativizarse o disminuir a títulos muy bajos después del tratamiento. En los casos de sífilis tratada correctamente el VDRL tiende a negativizarse con el paso del tiempo, aunque en casos excepcionales se puede mantener positivo durante mucho tiempo (aun de por vida). Pueden verse falsos positivos en enfermedades autoinmunes, tuberculosis, mononucleosis, endocarditis y en el propio embarazo.

Las pruebas treponémicas son pruebas específicas, más complejas y costosas, e incluyen el **TPHA** (Treponema pallidum haemagglutination assay), el **TPPA** (Treponema pallidum particle agglutination), el **MHATP** (microhemagglutination assay for antibodies to Treponema pallidum) y el **FTA Abs** (fluorescent treponemal antibody absorption), y se utilizan para confirmar un resultado de una prueba no treponémica. Las técnicas más utilizadas son el MHA-TP y FTA-Abs.

Las “*pruebas rápidas*” son pruebas sencillas que se pueden utilizar en el lugar de la consulta; proporcionan resultados en minutos, lo que posibilita realizar el tratamiento en forma inmediata. Suelen ser tiras reactivas impregnadas con antígenos treponémicos que se tornan positivos (dando una reacción en color) en contacto con suero, plasma o sangre de un/a paciente con anticuerpos para sífilis. Tienen un tiempo de lectura rápido (menor de 30 minutos) y se las incluye entre las pruebas treponémicas. Son especialmente útiles cuando no se cuenta con pruebas treponémicas estándar. Cuando las pruebas rápidas son positivas, se realizan las pruebas no treponémicas que permiten, a través de la cuantificación, evaluar la respuesta al tratamiento.

Cuadro 11. Resultados e interpretación de las pruebas serológicas.

Resultado	Interpretación
NT (-) T (-)	Ausencia de infección. Si la exposición es muy reciente se recomienda repetir las pruebas.
NT (+) T (+)	Infección activa, en especial con títulos altos ($>1/8$) de la prueba treponémica. A títulos bajos podría indicar una sífilis antigua tratada.
NT (-) T (+)	En general se debe a una sífilis antigua tratada no activa. Excepcionalmente puede ser un falso positivo de la prueba treponémica.
NT (+) T (-)	Se recomienda repetir utilizando una prueba treponémica. Si continúa siendo negativa se trata de un resultado falsamente positivo de la prueba no treponémica y ausencia de infección.

NT: prueba no treponémica. T: prueba treponémica.

Tratamiento de la embarazada: el tratamiento de la sífilis en una embarazada debe iniciarse de inmediato después de obtener el resultado de una prueba de tamizaje positiva (treponémica, no treponémica según la normativa nacional), abordadas en el primer nivel de atención, a menos que requieran una atención de mayor complejidad. El tratamiento de la sífilis en la embarazada es efectivo si se aplica 30 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**.

El tratamiento para la sífilis latente tardía o sífilis latente de duración desconocida consiste en **7,2 millones de unidades de penicilina benzatínica Gentotal**, administradas en tres dosis (una por semana) de 2,4 millones de unidades de penicilina benzatínica G por vía intramuscular.

Se debe hacer una prueba de laboratorio para sífilis a todos los contactos sexuales informados por la embarazada y tratar a todos los casos positivos. La reinfección por la pareja no tratada es una de las causas más importantes de la sífilis congénita.

Todas las mujeres tratadas deben ser evaluadas con pruebas serológicas cuantitativas con una periodicidad de uno a tres meses. Un aumento cuatro veces de los títulos constituye indicación de nuevo tratamiento, al considerarse fracaso terapéutico, reinfección o neuro sífilis, requiere del estudio de líquido cefalorraquídeo (si hay disponibilidad para esta prueba).

Una mujer con una titulación baja con tratamiento, se debe repetir las pruebas, para ver si los títulos aumentan, sin embargo, siempre se debe tratar el contacto, a la embarazada que se le dio el tratamiento, pedirle que use preservativo durante el embarazo.

La administración del tratamiento debe ser supervisada y registrarse en la historia clínica. **Si no se encuentra evidencia en la historia clínica de su administración, el/la recién nacido/a debería ser considerado un caso de sífilis congénita.**

La reacción de Garis Herxheimer es una reacción consistente en fiebre y mal estado general debido a la liberación de antígenos por la muerte de las treponemas. Cuando el tratamiento se realiza en la segunda mitad del embarazo esta reacción podría excepcionalmente desencadenar el trabajo de parto. Sin embargo, un metaanálisis del año 2013 señala que los riesgos por el uso de penicilina en embarazadas son casi inexistentes y recomienda a las autoridades sanitarias eliminar toda restricción en el acceso al tratamiento.

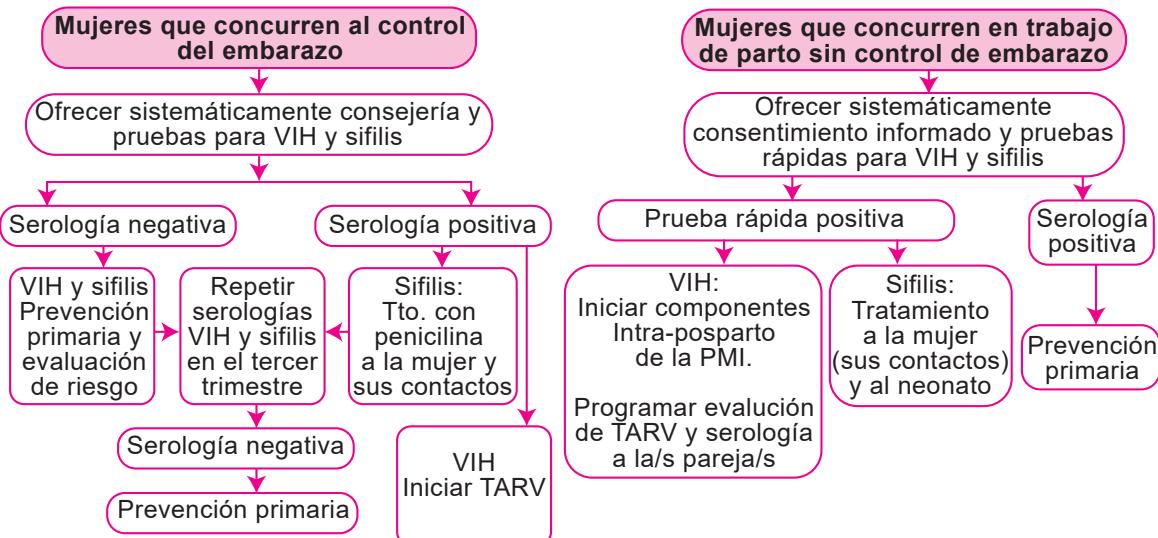
Manejo de pacientes con posible alergia a la penicilina: no existen alternativas a la penicilina de eficacia demostrada para el tratamiento de la neuro sífilis, de la sífilis congénita, la sífilis en embarazadas. Por otro lado, volver a administrar penicilina a un paciente con manifestaciones alérgicas previas podría causar reacciones graves e inmediatas.

Se estima que un 10% de las personas que refieren haber tenido reacciones alérgicas graves a la penicilina permanecen alérgicas. Con el paso del tiempo, la mayoría de estas personas dejan de producir inmunoglobulinas E específicas a la penicilina. Si se pudiera determinar que las IgE específicas han desaparecido, estas personas podrían ser tratadas de manera segura con penicilina. Existen pruebas cutáneas con determinantes mayores y menores de alergia a la penicilina que podrían identificar de forma eficaz a las personas de alto riesgo de sufrir una reacción contra la penicilina.

En caso de no poder utilizar penicilina y no se dispone de alternativas efectivas de tratamiento, podría utilizarse eritromicina, 500 mg/6 h durante 14 días, que puede no ser suficiente para la madre, requiriendo tratamiento con doxiciclina tras el parto con 200 mg/día durante 14 días. El tratamiento de la gestante con eritromicina es absolutamente ineficaz para tratar al feto, por lo que se administrará penicilina al niño según esquema recomendado más adelante.

Si algún fármaco recomendado produce reacciones adversas este debe notificarse según las disposiciones específicas de la Normativa 063 “Norma de Farmacovigilancia” y Guía para la Notificación de Sospechas de Reacciones Adversas Asociadas a Medicamentos del MINSA.

Figura 9. Esquema escalonado de decisiones para la detección y tratamiento de sífilis y VIH en el embarazo.



Desensibilización: los pacientes con prueba positiva a uno de los determinantes de la penicilina pueden ser desensibilizados. Es un proceso relativamente seguro, pero laborioso, que puede ser realizado de forma oral o de forma intravenosa (cuadro 12); aunque las dos formas de desensibilización no han sido comparadas, la oral parece más segura y fácil de realizar. La desensibilización se debe realizar en un medio hospitalario, debido a que las reacciones alérgicas, aunque poco frecuentes, pueden ocurrir. La desensibilización se puede completar en cuatro horas, después de las cuales se administra la primera dosis de penicilina. Algunos autores recomiendan mantener dosis diarias bajas (500.000 UI por VO) de penicilina hasta completar las tres semanas. La desensibilización debe realizarse bajo supervisión médica y teniendo corticoides y adrenalina a disposición por si se presentara algún efecto secundario. Este esquema deberá repetirse antes de cada dosis inyectable semanal.

Cuadro 12. Protocolo para la desensibilización oral para pacientes con prueba cutánea positiva.

Penicilina V suspensión de dosis (*)	Cantidad (*) (UI/ml)	ml	UI	Dosis acumulada (UI) 100
1	1.000	0,1	100	100
2	1.000	0,2	200	300
3	1.000	0,4	400	700
4	1.000	0,8	800	1,500
5	1.000	1,6	1,600	3,100
6	1.000	3,2	3,200	6,300
7	1.000	6,4	6,400	12,700
8	10.000	1,2	12,000	24,700
9	10.000	2,4	24,000	48,700
10	10.000	4,8	48,000	96,700
11	80.000	1,0	80,000	176,700
12	80.000	2,0	160,000	336,700
13	80.000	4,0	320,000	656,700
14	80.000	8,0	640,000	1,296,700

Período de observación: 30 minutos antes de la administración parenteral de la penicilina. (*) El intervalo entre las dosis es de 15 minutos; tiempo transcurrido, 3 horas y 45 minutos; dosis acumulada 1,3 millones de unidades. (**) La cantidad específica de penicilina se diluye en aproximadamente 30 ml de agua y después se administra oralmente.

Repercusión feto-neonatal: la infección del Rn se produce a través de la placenta y suele ocurrir entre las semanas 16 y 28 del embarazo, pero se han descrito casos con 9 semanas de gestación. Aunque la transmisión suele ocurrir en los dos últimos trimestres del embarazo, la espiroqueta puede atravesar la placenta en cualquier momento. Además de muerte en la etapa fetal o neonatal, los/as niños/as que nacen con sífilis congénita podrán presentar múltiples manifestaciones mucocutáneas las que se observan en el 70% de los/as recién nacidos/as y pueden ser evidentes en las primeras semanas de vida.

Los síntomas cutáneos incluyen:

- Pénfigo palmo plantar (vesículas ampollosas en palmas y plantas, de contenido turbio y verdoso, que se rompen rápidamente dejando la dermis descubierta).
- Sifílides maculo papulosas: en extremidades y zonas periorificiales. Inicialmente tienen un color sonrojado y luego se pigmentan (manchas color café con leche);
- Edema difuso de la piel con afectación palmo plantar;
- Alopecia anterior;
- Rágades peribuceales y en el margen perianal;
- Ulceración de la cicatriz umbilical (chancro).
- Los síntomas mucosos incluyen:
 - rinitis o coriza sifilitica. Es el signo más precoz de la sífilis congénita (secreción mucohemorrágica y ulceraciones nasolabiales).
- También pueden presentar síntomas viscerales, entre los que se incluyen:
 - hepato-esplenomegalia. Otras visceromegalias suelen aparecer tardíamente.
- Y síntomas óseos como:
 - nariz en silla de montar;
 - tibias en sable;
 - dientes de Hutchinson.

**PARA AMPLIAR EL ABORDAJE DE LAS EMBARAZADAS CON DIAGNOSTICO DE SÍFILIS,
REVISAR LA NORMATIVA 113 GUIA PARA LA ATENCION DE LAS INFECCIONES DE
TRANSMISION SEXUAL, DEL MINSA. AÑO 2013**

Chagas

La enfermedad de Chagas es causada por el *Tripanosoma cruzi*. La prevalencia de infección por *T. cruzi* en gestantes varía entre 5 y 40%, según área geográfica. Debido al aumento de las migraciones, las infecciones congénitas por *T. cruzi* han aumentado su frecuencia en zonas urbanas y en países no endémicos.

No existe un marcador clínico específico de la infección congénita de la enfermedad de Chagas. En aquellas zonas de alto riesgo de transmisión se recomienda la realización de la prueba serológica en la gestante. Para detectar anticuerpos específicos antitripanosoma cruzi y realizar una confirmación diagnóstica; se utilizarán por lo menos dos reacciones serológicas normatizadas que permiten alcanzar entre el 98 y 99,5% de sensibilidad. Entre ellas, ELISA Total y ELISA Recombinante.

El tratamiento quimioterápico específico durante el embarazo está contraindicado, pero la madre infectada podrá ser estudiada para descartar compromiso cardíaco y garantizar la atención obstétrica segura y de calidad.

Si la prueba es positiva, la familia debe ser informada acerca de los procedimientos y tratamientos a seguir con el recién nacido.

Efectuar diagnóstico antenatal permite al neonatólogo efectuar los tratamientos específicos en el recién nacido y lactantes que garanticen la curación. **En RN hasta los 2 meses: Nifurtimox⁴⁰ 10 mg/kg/día C/12 horas P.O por 60 días a nivel intrahospitalario. En Lactantes y niños: 10-15 mgs/Kg/día C/8 horas P.O por 60 días⁴¹.** El tratamiento solo es un esquema de nifurtimox, benznidazol es tratamiento de segunda opción a dosis de 10 mgs/Kg/día P.O después del desayuno y cena por 60 días. Estos medicamentos son de alta efectividad cuando se administran antes de los 3 años de vida y provocan pocos efectos secundarios.

Cuadro 13. Intervenciones para eliminación de la transmisión materno infantil de la enfermedad de Chagas⁴²

Momento	Intervención
Embarazo	<ul style="list-style-type: none"> Tamizaje de la Enfermedad de Chagas de rutina en todas las embarazadas. Atención y seguimiento de las mujeres embarazadas seropositivas.
Parto	Pruebas parasitológicas para la detección del <i>T. Cruzi</i> en los recién nacidos de madres infectadas.
Atención Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de <i>T. Cruzi</i> en las madres seropositivas después del embarazo y lactancia materna. Prueba serológica a los niños > de 12 meses con madres infectadas. Tratamiento de los niños positivos antes del año de edad, seguimiento clínico y serológico hasta la cura.
Transversal	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y tratamiento de la infección por el <i>T. cruzi</i> en las niñas y mujeres en edad reproductiva. Acelerar las acciones para interrumpir la transmisión domiciliaria por el vector. Tamizaje serológico a los hermanos de un RN con Chagas

PARA AMPLIAR EL ABORDAJE DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS, REVISAR LA NORMATIVA 110 NORMA TÉCNICA PARA EL ABORDAJE DE LA PREVENCIÓN, CONTROL Y ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS AMERICANA), DEL MINSA. AÑO 2013

Malaria/paludismo

La malaria es una infección causada por protozoarios del género plasmodio, los cuales son inoculados al ser humano por la picadura de la hembra del mosquito Anopheles. En nuestra región el responsable de los casos de paludismo es *Plasmodium falciparum*.

Las embarazadas y los/as niños/as son especialmente susceptibles. Los aspectos clínicos de la malaria dependen en gran medida del patrón e intensidad de la transmisión de la enfermedad en el área de residencia, lo cual determina el grado de inmunidad adquirida.

Las embarazadas con paludismo son un grupo de alto riesgo y deben ser objeto de atención médica y seguimiento durante todo el embarazo. La malaria en el embarazo puede provocar anemia en la madre, lo que puede resultar en complicaciones en el embarazo, parto prematuro o

⁴⁰ Incluido en el Formulario Nacional de Medicamentos 2014 del MINSA. Si este fármaco produce reacciones adversas este debe notificarse según las disposiciones específicas de la Normativa 063 “Norma de Farmacovigilancia” y Guía para la Notificación de Sospechas de Reacciones Adversas Asociadas a Medicamentos del MINSA.

⁴¹ Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 110 Norma Técnica para el Abordaje de la Prevención, Control y Atención de la Enfermedad de Chagas. 2013

⁴² http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=41278&Itemid=270

con bajo peso al nacer y mayor riesgo de malaria complicada. La infección por *P. vivax* durante el embarazo, al igual que con *P. falciparum*, reduce el peso al nacer. La reducción en el peso al nacer (menos de 2.500 g), incrementa el riesgo de muerte neonatal

En las áreas de alta transmisión los/as niños/as se encuentran en alto riesgo de morir por malaria, mientras que en las de baja transmisión todos los grupos de edad están en riesgo.

Diagnóstico de malaria: se basa en criterios clínicos (diagnóstico de sospecha) o en la identificación de los parásitos (diagnóstico de confirmación).

Diagnóstico clínico: el diagnóstico clínico se realiza en base a la presencia de fiebre en los tres días previos, sin otras evidencias de enfermedades severas. Los primeros síntomas de la malaria (en un cuadro no complicado) suelen ser inespecíficos y pueden confundirse con un estado de impregnación viral típico. Pueden presentarse: cefaleas, astenia, fatiga, molestias abdominales, dolor muscular y articular, seguidos por fiebre, escalofríos, sudoración, anorexia, etc.

Diagnóstico parasitológico: los dos métodos sugeridos para el diagnóstico parasitológico son la microscopía de luz y los test rápidos diagnósticos (RDT).

La microscopía de luz tiene la ventaja del bajo costo y la alta sensibilidad y especificidad. En ella se incluye el “**test de la gota gruesa**”, que es el “estándar de oro” para el diagnóstico, que consiste en analizar una gota de sangre periférica con tinción de Giemsa en busca del parásito. Se requieren tres frotis negativos, separados por 48 horas para declarar que la persona no tiene infección malárica.

El diagnóstico parasitológico debe ser efectuado a las embarazadas en áreas endémicas para distinguir las causas de la fiebre y reducir el uso innecesario de antibióticos antipalúdicos en el embarazo.

La complicación se puede manifestar por uno o más de los siguientes síntomas: coma (malaria cerebral), acidosis metabólica, anemia severa, hipoglicemia y en adultos falla renal aguda o edema agudo de pulmón. En este estadio la mortalidad aun en personas que reciben el tratamiento adecuado se eleva hasta un 20%. Si no es tratada, la malaria severa a menudo es mortal.

Malaria y embarazo: A pesar de que como país tenemos un perfil de baja transmisión, tenemos zonas altamente endémicas como lo es la costa caribe norte, en donde las mujeres en edad reproductiva tienen escasa inmunidad adquirida a la malaria. En este escenario son comunes los casos graves de enfermedad materna, malaria severa con complicaciones del sistema nervioso central, hipoglucemia, hipertermia, anemia hemolítica severa, edema pulmonar y muerte. Obviamente los casos graves se pueden acompañar de malos resultados reproductivos, tales como: RCF, BPN, prematuridad, aborto, muerte fetal y muerte infantil.

Prevención de la malaria durante el embarazo: La OMS recomienda al menos 3 dosis de tratamiento preventivo intermitente en el embarazo (TPI) para todas las mujeres embarazadas que viven en áreas endémicas de malaria. En los últimos años, la cobertura de las dos primeras dosis de TPI ha aumentado de manera constante, aunque no a un ritmo rápido. En particular, el informe de este año muestra un salto significativo de aproximadamente 10 puntos porcentuales en la cobertura de la tercera dosis de TPI entre 2017 y 2018.

Para prevenir los efectos de la infección por malaria en las embarazadas y sus fetos, se deben realizar las siguientes intervenciones:

- Uso de mosquiteros tratados con insecticidas (podrían reducir en una cuarta parte las muertes por malaria);
- Tratamiento preventivo intermitente (TPI), en áreas de alta transmisión de malaria.

Tratamiento en embarazadas: la embarazada con malaria aguda sintomática durante el segundo trimestre del embarazo tiene más posibilidad que otros adultos de desarrollar una forma severa de la enfermedad, a menudo complicada con edema pulmonar e hipoglucemias. La mortalidad es de aproximadamente el 50%, mucho más alta que en mujeres no embarazadas. La muerte fetal y el parto prematuro son frecuentes. Por ellos se impone el tratamiento con el objetivo primario de salvar la vida de la madre.

Hay insuficiente información sobre la seguridad de la mayoría de los antimaláricos en el embarazo, en particular sobre su uso en el primer trimestre y por lo tanto los esquemas recomendados difieren un poco con la población general, tanto en la malaria por *P. vivax* como en la malaria por *P. falciparum*. La organogénesis ocurre especialmente en el primer trimestre y es, por lo tanto, el período de mayor preocupación por potencial teratogénesis (aunque el sistema nervioso continúa desarrollándose a través del embarazo). En realidad, las mujeres con frecuencia no declaran sus embarazos en el primer trimestre y, por lo tanto, embarazos tempranos pueden con frecuencia ser expuestos de forma inadvertida a la primera línea disponible.

Los antimaláricos considerados seguros en el primer trimestre son quinina, cloroquina, proguanil, pirimetamina y sulfadoxina-pirimetamina. De estos, la quinina es la más efectiva para la malaria por *P. falciparum* y puede ser usada en todos los trimestres del embarazo, incluyendo el primero. En infecciones por *P. falciparum* el esquema recomendado consiste en la administración de quinina + clindamicina durante 7 días, en las mismas dosis que el esquema de segunda línea indicado para la población general (la diferencia con los esquemas indicados para la población general es el no uso de la primaquina, medicamento claramente contraindicado en el embarazo).

En el segundo y tercer trimestre la primera línea recomendada es ATM+LUM en las mismas dosis que lo indicado para la población general (ante un eventual desabastecimiento de quinina + clindamicina, el riesgo de demorar el tratamiento en el embarazo justifica que se use ATM+LUM en el primer trimestre, si es la única alternativa disponible).

En la malaria por *P. vivax* el tratamiento se hace solamente con cloroquina, en las mismas dosis que lo indicado para la población general (el episodio de malaria en la embarazada debe ser orientado para manejo por médico). El mayor riesgo de complicaciones por malaria en las embarazadas obliga a prestar atención especial en este grupo a los signos de peligro y remitir hacia el nivel adecuado de atención.

Tratamiento de la malaria no complicada durante el embarazo: en el primer trimestre, quinina + clindamicina durante siete días. La ACT debe ser usada solo si es el único tratamiento efectivo disponible. En el segundo y tercer trimestres, ACT + clindamicina durante siete días, o quinina + clindamicina durante siete días. La exposición inadvertida a los antimaláricos no es una causa de interrupción de la gravidez.

Cuadro 14. Esquema de tratamiento en embarazadas con diagnóstico de Malaria no grave causada por *P. vivax*, sensible a cloroquina.

Medicamento	Días de tratamiento							Post Parto (dosis después de los 6 meses)						
	1 día	2 día	3 día	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día				
Cloroquina 250 mg Tab	4 tab	3 tab	3 tab											
Primaquina 15 mg Tab				2 tab	2 tab	2 tab								

Realizar idealmente cálculo miligramos/peso kg

Cloroquina: 10 mg/kg/día 1er día; 7.5 mg/kg/día 2do y 3er día.

Primaquina: 0.5 mg/kg/día por 7 días

En caso de fracaso terapéutico con el esquema anterior, se puede utilizar Artemeter/Lumefantrina, la administración de este esquema es seguro a partir del segundo y trimestre del embarazo.

Cuadro 15. Esquema de tratamiento para embarazadas con diagnóstico de Malaria por *P. falciparum*, sensible a cloroquina.

Medicamento	Días de tratamiento	Postparto		
	1 día	2 día	3 día	1º día, única dosis después de los 6 meses
Cloroquina 250 mg Tab	4 tab	3 tab	3 tab	
Primaquina 15 mg Tab				3 tab
Realizar idealmente cálculo miligramos/peso kg Cloroquina: 10 mg/kg/día 1er día; 7.5 mg/kg/día 2do y 3er día. Primaquina: 0.75 mg/kg/día.				

Una vez diagnosticada como positiva la embarazada, debe de recibir tratamiento con cloroquina a 25 mg/kg dividida en 3 días de tratamiento y luego realizar gota gruesa cada mes durante su APN y si está positiva otra vez tratarla como nueva infección.

Exclusivamente en zonas del estrato 5 (incluye aquellos sectores donde se diagnostican más de 3 casos por semana) o un caso por cada 1,000 habitantes en cualquiera de los últimos tres años). En estos casos se recomienda quimioprofilaxis con cloroquina (5mg/kg/dosis, semanal durante el embarazo hasta finalizar la lactancia).

TODA EMBARAZADA Y PUÉRPERA CON MALARIA NO GRAVE DEBERÁ SER HOSPITALIZADA PARA VIGILANCIA ESTRICTA.

Mujeres amamantando: la cantidad de antimaláricos que pasan a la leche materna es baja. La única excepción a esta regla la constituyen las dapsonas (es excretado a la leche el 14% de la dosis del adulto). Las tetraciclinas también están contraindicadas por sus efectos sobre los huesos y dientes de los/as niños/as.

Las madres que están amamantando, deberán completar su esquema de cura radical con primaquina según especie parasitaria (*P. vivax* por 7 días o *P. falciparum* 1 día), después de haber cumplido los seis (6) meses de puerperio (postparto), una vez finalizada la lactancia materna exclusiva.

Cuadro 16. Estrategias de intervención para la malaria durante el embarazo, en un escenario de baja transmisión.

Manejo del caso	Tratamiento preventivo intermitente (TPI)	Mosquiteros tratados con insecticida
Alto riesgo de malaria activa.		
Buscar y tratar la anemia con antimaláricos recomendados y suplementos con hierro y ácido fólico.	Proveer TPI (después de percibir los movimientos fetales) durante los controles prenatales, próximo a las 26 y 32 semanas.	Comenzar el uso en el embarazo y continuarlo en el posparto.
Rápido reconocimiento y tratamiento de todos los casos de malaria activa con drogas reconocidamente efectivas.		

El TPI consiste en la administración supervisada de antimaláricos a dosis de tratamiento y a intervalos predefinidos durante el embarazo. Se inicien en el segundo trimestre después de que la mujer ha percibido los primeros movimientos fetales. Se recomiendan de dos a tres dosis con un intervalo mínimo entre dosis de un mes. El medicamento de elección es la sulfadoxina-

pirimetamina (SP), debido a que se ha confirmado su seguridad cuando es usada entre el segundo y el tercer trimestre.

El esquema de uso recomendado es el siguiente:

- ✓ 1.^a dosis próxima a las 26 semanas.
- ✓ 2.^a dosis próxima a las 32 semanas.
- ✓ 3.^a dosis (en aquellos países con alta prevalencia de Malaria) próxima a las 36 semanas.

No existe evidencia de que administrar más de tres dosis de TPI con SP durante el embarazo ofrezca beneficios.

Seguimiento de la embarazada con malaria: El episodio de malaria en las embarazadas debe ser seguido con controles clínicos y parasitológicos por lo menos los días 3 y 7 post tratamiento y recomendaciones para buscar atención inmediata ante la persistencia o recurrencia de los síntomas. La contraindicación para el uso de primaquina hace que en los episodios de *P. vivax* las recaídas sean un evento particularmente frecuente en las embarazadas. Se recomienda por lo tanto la realización de gotas gruesas en cada APN, así la paciente permanezca asintomática. En caso de recurrencias por *P. vivax* (recaídas o reinfecciones), deberá realizarse nuevamente el tratamiento de 3 días con cloroquina (25/mg/kg dosis total).

En zonas dispersas, donde no haya posibilidad de realizar la APN y la gota gruesa de rutina, o donde haya serias dificultades para acceso a la atención, se puede considerar desde el primer episodio de *P. vivax* en el embarazo el uso de un esquema profiláctico de cloroquina 5mg/kg en una dosis semanal, durante 12 semanas o hasta el fin del embarazo si este ocurre primero (una dosis semanal de 300mg para una mujer de 50 kilos o más). Sin embargo, en zonas con transmisión de malaria por *P. falciparum* el beneficio de esta medida debe sopesarse ante el riesgo de dificultar la detección oportuna de esta forma de malaria. La anemia es común y potencialmente peligrosa como complicación del embarazo. La prevención de la anemia debe ser una prioridad para todos los programas de control prenatal en áreas de mediano y alto riesgo de transmisión de malaria.

Al término del embarazo, durante el parto debe realizarse una gota gruesa de sangre extraída de la cara materna de la placenta y el recién nacido debe ser seguido con gotas gruesas semanales hasta el día 28. La primaquina está contraindicada en los menores de 2 años y durante la lactancia. Por lo tanto, si la madre todavía está dentro del período en el que son más frecuentes las recaídas por *P. vivax* (2-6 meses), la conducta es estimular la lactancia y realizar control con gota gruesa mensual.

PARA AMPLIAR EL ABORDAJE DE LAS EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE MALARIA, REVISAR LA NORMATIVA 114 NORMA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA MALARIA, DEL MINSA Y LA GUIA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA MALARIA.

Acción 9. Prevenir las consecuencias materno-perinatales de otras infecciones

Tareas 9.1. Prevención, detección y tratamiento de infecciones por *Cándida albicans*, *Gardnerella vaginalis*, *Chlamydias trachomatis*, *Tricomonas vaginalis*, *Mycoplasma*, *Neisseria gonorrhoeae*

A continuación, se resumen algunos aspectos de otras ITS que deben ser tenidas en cuenta durante la atención de una embarazada ya que representan frecuentes motivos de consulta.

Flujo vaginal (leucorrea): durante el embarazo hay cambios cuantitativos y cualitativos de la flora microbiana de la vagina. Aumenta el número de lactobacilos y disminuyen los organismos anaerobios. Hay una copiosa secreción vaginal consistente en productos de desfoliación del epitelio y bacterias que la hacen marcadamente ácida. Otra fuente de secreción de mucus son las glándulas cervicales en respuesta a la hiperestrogenemia; esta tiene un efecto protector ante las infecciones ascendentes.

La leucorrea es patológica cuando se origina por infección de gérmenes como *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis*, *Chlamidias trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma*, *Neisseria gonorrhoeae*, etc.

- ⇒ **Moniliasis vulvo-vaginal:** provocada por *Candida albicans*, está presente en el 25% de las embarazadas a término, aunque la mayoría de las veces esta infección transcurre en forma asintomática. La enfermedad se caracteriza por prurito, ardor y flujo blanco, grumoso, adherente (con aspecto de leche cortada). **El tratamiento ideal es con clotrimazol, miconazol o imidazol crema vaginal u óvulos por siete días.** La eficacia y seguridad de los tratamientos orales para la candidiasis vaginal en el embarazo son inciertos y no deben ser ofrecidos. La pareja sexual asintomática no se tratará.
- ⇒ **Vaginosis bacteriana:** no debe ofrecerse el tamizaje de rutina para la vaginosis bacteriana a pacientes asintomáticas, en caso de sospecha clínica dar tratamiento (primera elección: Clotrimazol 100mg, 1 óvulo vaginal por 7 días).
- ⇒ **Provocada por Gardnerella vaginalis o Haemophilus vaginalis, Mycoplasma hominis, Prevotella sp, Mobiluncus sp.** Típicamente se describe por flujo blanco grisáceo con olor a pescado que se incrementa con el agregado de hidróxido de potasio. El pH suele ser > de 4,5. **El tratamiento de los casos sintomáticos es con metronidazol oral 2 g en dosis única o 500 mg dos veces al día por dos días, gel u óvulos vaginales todas las noches por cinco a siete días, brindar tratamiento a la pareja.**
- ⇒ **Tricomoniasis:** provocada por Trichomonas vaginalis. Alrededor del 20% de las embarazadas padecen infección por este parásito, la cual transcurre asintomática la mayoría de las veces. Los signos típicos consisten en flujo mal oliente, verdoso, claro espumoso, a veces acompañado de prurito, enrojecimiento y piqueteado hemorrágico del cuello y la vagina ("cuello de fresa"). En el estudio en fresco puede verse el protozoario al microscopio. **El tratamiento incluye a la gestante y sus contactos sexuales con metronidazol oral 2 g en dosis única o 500 mg dos veces al día por siete días. O tinidazol 2 g oral en dosis única. La embarazada también puede ser tratada con metronidazol óvulos o gel intravaginal durante 5 noches.** Durante mucho tiempo estuvo proscripto el uso oral del metronidazol en las gestantes, pero desde hace algunos años ha sido incluido para uso por la FDA como un medicamento seguro.
- ⇒ **Gonococcia:** provocada por *Neisseria gonorrhoeae*. Puede ser asintomática o presentar flujo purulento y producir una reacción local inflamatoria con exudado mucopurulento de las mucosas endocervicales, uretral, y/o anal, pudiendo provocar disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. Al microscopio se ven los polimorfonucleares con el diplococo Gram negativo intracelular. A la semana de la infección pueden ser reactivas las pruebas serológicas entre las que se incluyen modernas pruebas para identificar el ADN de la bacteria. La gonococcia cuando afecta el endometrio puede producir abortos (en ocasiones es causa de aborto habitual). Aunque la infección del feto por vía transplacentaria es excepcional, puede, en cambio, durante el parto, contaminar las conjuntivas del/a niño/a y provocar la "oftalmia purulenta blenorragica". Por esta razón se ha instituido en forma obligatoria la profilaxis de la oftalmia purulenta mediante la instilación en los sacos conjuntivales del recién nacido de un colirio con sales de plata (método de Credé) o antibióticos, inmediatamente después del nacimiento, en la propia recepción neonatal. La gravidez puede influir negativamente agravando una gonorrea

previa, dando manifestaciones en la porción inferior del aparato genital con aumento de la leucorrea, colpitis granulosa, bartholinitis, irradiación a zonas vecinas y síntomas urinarios y rectales. Después del parto puede ascender y provocar endometritis, salpingitis y/o pelviperitonitis. **El tratamiento es de la embarazada y su compañero sexual con una dosis única intramuscular de penicilina G 5.000.000 U o dosis única IM ceftriaxona 125 mg más Azitromicina 500mg 2 tabletas PO, o dosis única cefixime 400 mg.** Alternativo: Clotrimazol óvulos vaginales 500mg dosis única.

- ⇒ **Clamidiasis:** provocada por Chlamidias trachomatis. Generalmente es asintomática. Cuando hay flujo, suele ser amarillento y especialmente endocervical. Puede acompañarse de dispareunia, sangrado y uretritis. El diagnóstico se puede hacer observando las inclusiones citoplasmáticas con tinción de Papanicolaou, o con técnica de Giemsa. **El tratamiento es para la mujer gestante y su compañero sexual, se recomienda azitromicina 1 g oral en dosis única o eritromicina 500 mg oral c/6 horas durante siete días.** Solo se recomienda el tamizaje durante el embarazo en mujeres sintomáticas.
- ⇒ **Herpes simple:** existen dos tipos de Herpes hominis, el tipo I con predilección por el tejido ectodérmico de piel y mucosa rinofaríngea, y el tipo II o herpes vulvar, de localización genital y contagio venéreo. Se manifiesta por vesículas múltiples, pruriginosas o dolorosas que toman una coloración blanco-amarillenta y posteriormente se ulceran. El pasaje transplacentario, aunque raro, puede originar lesiones fetales tales como restricción del crecimiento intrauterino, microcefalia y/o calcificaciones intracraneanas que pueden manifestarse en la infancia como retardo psicomotor. La infección en el/a recién nacido/a se produce por contacto directo a través del canal de parto. Suele ser siempre grave y a menudo mortal (50 a 70%), ocasiona ictericia, hepatoesplenomegalia, hemorragias y septicemia. En el hígado, pulmón, suprarrenales y cerebro se pueden constituir focos necróticos.

Por esta razón la existencia de un herpes genital activo durante el parto será indicación de cesárea electiva. Si hay virus al momento del parto, el riesgo de infección del/la recién nacido/a es del 40%, lo cual se reduce considerablemente si se realiza la cesárea antes de que se rompan las membranas ovulares o no más allá de las cuatro horas de producida la rotura. El diagnóstico suele ser clínico. A las vesículas ya descritas suelen asociarse disuria, dolor y en ocasiones fiebre. **El tratamiento se hará con aciclovir oral 400 mg tres veces al día durante cinco días. Puede asociarse crema de acycloviral 5% para aplicación tópica durante cinco días o Valacyclovir 500 mg dos veces al día durante siete días.** El compañero sexual, si tiene sintomatología, deberá recibir el mismo tratamiento.

Si la paciente lo adquirió en el I o II Trimestre dar Aciclovir supresivo, 400 mg 3 veces al día hasta el momento de la cesárea. En el tercer trimestre continuar con aciclovir supresiva diaria, 400 mg tres veces al día hasta el momento de la cesárea.

PARA AMPLIAR EL ABORDAJE DE INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZO, REVISAR LA NORMATIVA 077 PROTOCOLOS PARA EL ABORDAJE DEL ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, DEL MINSA. AÑO 2018

Acción 10. Detectar posibles procesos sépticos bucodentales

Tarea 10.1. Examen bucodental

El examen bucodental debe incorporarse en la valoración clínica de toda gestante desde una perspectiva integral. No solo importa confirmar o descartar la presencia de caries dentales, sino que debe despistarse la enfermedad periodontal (EP) y las lesiones de la boca y la lengua. Es preciso recordar que en etapas iniciales la sífilis puede manifestarse únicamente por una lesión ulcerada (chancro sifilítico) y que puede aparecer en la mucosa bucal.

La EP es uno de los procesos infecciosos crónicos más frecuentes, su prevalencia varía según las condiciones sociosanitarias de las poblaciones entre un 10 y un 60%. La EP incluye la gingivitis (una afección inflamatoria de los tejidos blandos que rodean al diente y la encía) y la periodontitis (que involucra la destrucción de las estructuras de sostén de los dientes, tales como el ligamento periodontal, el hueso, el cemento y los tejidos blandos). La EP se origina por el crecimiento exagerado de ciertas especies de bacterias, en especial gérmenes Gram negativos.

Se ha vinculado la EP con malos resultados perinatales, en especial bajo peso al nacer y parto pretérmino, aborto, muerte fetal y preeclampsia. De confirmarse que la EP es un factor de riesgo independiente y modificable, su prevención y tratamiento, además de mejorar la salud de la mujer, permitiría mejorar los resultados perinatales. Recientes investigaciones ponen en duda los resultados anteriores y señalan que existen otros determinantes que se asocian a los malos resultados perinatales y que la asociación encontrada previamente estaría vinculada a un mal control de variables de confusión.

Finalmente es bueno recordar que el embarazo raramente es una contraindicación para tratar las afecciones bucodentales. Incluso, de ser necesario, se pueden realizar estudios radiológicos manteniendo medidas de radioprotección. El uso de anestésicos locales es de bajo riesgo, siempre que no asocien vasoconstrictores en su composición.

Si las condiciones del E/S lo permiten se aconseja la realización de una segunda evaluación odontológica entre las 26 y 32 semanas de gestación.

Ver Anexo 4 Formato para realizar evaluación odontológica en la embarazada.

El formato deberá llenarse usando los ítems para cada alteración que se encuentre marcando con lapicero color rojo.

Este formato deberá adjuntarse una copia al expediente y otra copia adjunto al carné perinatal de la embarazada, para su continuidad en el manejo de cualquier infección bucodental que se identifique.

Acción 11. Detectar posibles alteraciones del pezón, patología inflamatoria y/o tumoral de la mama.

Tarea 11.1 Examen de las mamas.

El examen de las mamas es parte del examen ginecológico y se deberá efectuar en condiciones de privacidad y respeto. Se recomienda realizarlo en la primera consulta si el relacionamiento con la mujer lo permite. La HCP incorpora un recordatorio para que no olviden esta prestación.

Los cambios fisiológicos de la mama comienzan precozmente y son los últimos cambios en retirarse luego de la finalización del embarazo, condicionados por el tiempo en el que se mantiene la lactancia.

El examen de mamas tiene como objetivos identificar trastornos que puedan interferir con la lactancia como alteraciones en el pezón, mastitis y patologías tumorales benignas y malignas.

Encontrar durante el embarazo un tumor sospechoso de malignidad en la mama no contraindica la realización de estudios de confirmación diagnóstica.

Hasta el momento hay controversia sobre si se debe efectuar algún tipo de tratamiento en caso de encontrar pezones planos o umbilikados. La tendencia más moderna sugiere que el ejercicio del pezón es innecesario ya que por tratarse de un tejido blando sólo bastaría con una adecuada técnica de amamantamiento para corregir esta situación. Por otra parte, hay quienes recomiendan efectuar ejercicios desde el momento del diagnóstico. Entre los ejercicios más comunes, se pueden describir los llamados ejercicios de Hoffman, que consisten en el estiramiento del tejido periareolar de tal manera de obtener la eversión paulatina del pezón. O estirar y rodar el pezón entre el dedo índice y el pulgar varias veces al día. Estos deben ser interrumpidos en caso de amenaza de parto prematuro.

Los cuidados de las mamas y los pezones durante el embarazo consisten en:

- Lavado exclusivamente con agua;
- Evitar el uso de cremas y lociones;
- Si los pezones son sensibles se los puede exponer a la luz solar durante 5 a 10 minutos por día;
- Utilizar sostenes firmes (capaces de contener las mamas sin comprimir las).

Acción 12. Descartar cáncer de cuello, lesiones precursoras y evaluar la insuficiencia cervical.

Tarea 12.1. Examen genital, tamizaje, lesiones intraepiteliales, colposcopía, cáncer, insuficiencia cervical.

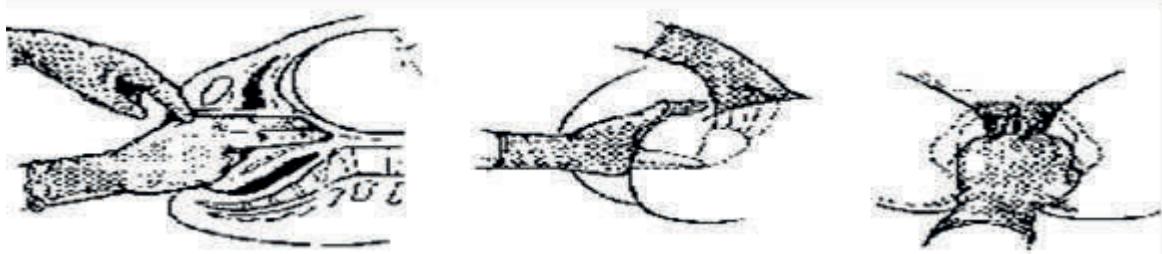
Cáncer Cervical

El cáncer cervical es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres y fue responsable de más de 250.000 muertes en el mundo en el año 2005.

Factores de riesgo: la multiparidad, las infecciones de transmisión sexual (ITS) (especialmente las vinculadas a las variedades 16 y 18 del virus del papiloma humano [HPV]), el tabaquismo activo y/o pasivo, los múltiples compañeros sexuales, el compañero sexual con muchas compañeras sexuales, el inicio temprano de las relaciones sexuales, las lesiones precursoras del cáncer de cuello (displasias o lesiones escamosas intraepiteliales).

Las mujeres que iniciaron su vida sexual a edad muy temprana y tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos, son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después.

Examen genital en la embarazada: un correcto examen ginecológico incluye una detenida inspección vulvar, de las paredes vaginales y del cérvix con espéculo, y el tacto vaginal. Se recomienda hacer una evaluación en la primera consulta, previa consejería, en donde se les explique el objetivo y pasos del procedimiento que se realizará y el significado de los posibles resultados. De igual manera toda paciente debe recibir consejería al momento que se le entregue el resultado de la prueba de tamizaje/pesquisa sobre el siguiente paso a realizar y la importancia de no descontinuar su proceso de seguimiento.



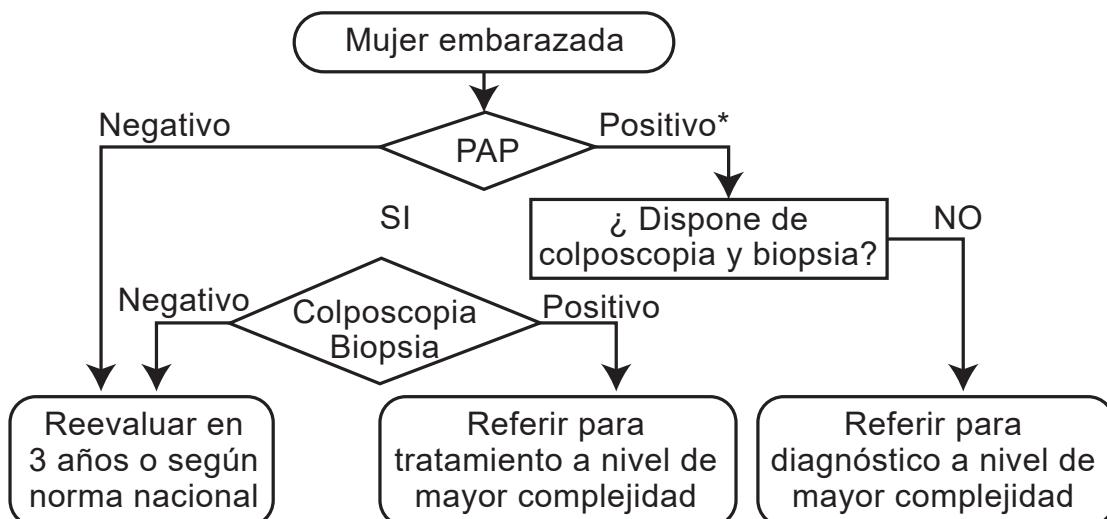
Inspección visual: la inspección podrá hacerse con espéculo y podrá aplicarse ácido acético o Lugol, sin embargo, la tinción con estas sustancias no mejora la sensibilidad para detectar cáncer de cuello y lesiones premalignas por lo cual no se recomienda su uso en forma rutinaria.

- Inspección con ácido acético (vinagre): cuando se aplica sobre el cuello puede cambiar el color rosado normal tomando una coloración blanca (epitelio aceto-blanco), que indica una anormalidad.
- Inspección con lugol (solución de yodo-yodurada): cuando se aplica sobre el cuello normal, este se tiñe de color marrón oscuro, mientras que las lesiones sospechosas no se tiñen.

Tamizaje en la embarazada:

- Si la embarazada tiene un PAP normal realizado de acuerdo al algoritmo de la normativa nacional, no será necesario repetirlo a menos que las normas así lo indiquen.
- Criterios de exclusión para tamizaje con citología: embarazo en mujeres con citología previa negativa.
- El embarazo es un criterio de exclusión para realizar tamizaje con prueba de ADN de VPH.
- **Citología anormal en el embarazo:** embarazadas con citología que reporta algún tipo de alteración relacionada con las Lesiones Intraepitelial, se remitirá inmediatamente al ginecólogo/a para valorar si es necesario realizar colposcopia. En general no se toma biopsia, a menos que haya sospecha de invasor, la que debe ser realizada por personal experimentado, no se deberá realizar legrado endocervical. Ver Figura 10

Figura 10. Esquema escalonado de decisiones para el manejo según resultados de PAP



* Cuando el PAP es informado como ASC-US o SIL de bajo grado (LSIL), lesiones persistentes (reportadas en 2 PAP dentro de 6 meses a 1 año) deberían ser investigadas.

▪ **Lesión intraepiteliales y embarazo:**

- LEIBG y embarazo: paciente sujeta a observación, sin aplicar tratamiento.
- LEIAG y embarazo: en general no se toma biopsia, a menos que haya sospecha de invasor, la que debe ser realizada por personal experimentado, no se deberá realizar legrado endocervical. De confirmarse la presencia de la lesión se dejará en observación, durante todo el embarazo. En el único caso que estaría indicada la conización diagnóstica, es ante la sospecha de invasor, la cual se realizará en el segundo trimestre de la gestación (Nivel de recomendación B).

▪ **Legrado endocervical está Contraindicado en el embarazo.**

Colposcopia y embarazo:

La colposcopia durante el embarazo requiere considerable experiencia. Conforme avanza el embarazo, la biopsia del cuello uterino se asocia con un mayor riesgo de hemorragia, más profusa y que a menudo es difícil de controlar. Siempre deben ponderarse los riesgos de la biopsia contra el riesgo de pasar por alto un cáncer invasor en estadios iniciales. Las lesiones no invasoras pueden evaluarse después del parto.

Cáncer cervicouterino y embarazo:

Por lo complejidad del manejo estas pacientes deben ser referidas a tercer nivel. Todas las pacientes diagnosticadas de cáncer de cérvix durante el embarazo deben ser asesoradas por un equipo multidisciplinario. El tratamiento dependerá de la edad gestacional, los deseos de la gestante y el estadio asignado.

Insuficiencia cervical (IC): (anteriormente llamada incompetencia cervical o istmicocervical) es la dilatación indolora que conduce al parto de un feto vivo durante el segundo trimestre. La ecografía cervical transvaginal durante el segundo trimestre puede ayudar a evaluar el riesgo. El tratamiento es el refuerzo del anillo cervical con materiales de sutura (cerclaje)⁴³.

En ocasiones el orificio cervical interno del cuello del útero se dilata en forma pasiva y es incapaz de mantener el embarazo. Esta es una eventualidad poco frecuente que no supera los 3 casos cada 1000 partos. La IC puede ser de causa congénita (vinculada a malformaciones uterinas) o adquirida, generalmente secundaria a dilatación y curetaje, partos operatorios y/o desgarros.

Diagnóstico: el elemento más orientador es el antecedente de abortos tardíos o partos inmaduros generalmente indoloros, con expulsión del feto vivo, el que puede expulsarse envuelto en las membranas. Durante el embarazo el diagnóstico se efectúa por los antecedentes y/o por el hallazgo de un cuello con dilatación mayor que la esperada para la edad gestacional, en ausencia de contracciones. En ocasiones las membranas pueden protruir por el orificio cervical externo (membranas en reloj de arena). Recientemente la ecografía transvaginal se usa para evaluar el estado del orificio cervical interno y de esa manera contribuir al diagnóstico de insuficiencia cervical en etapas más precoces.

Tratamiento: el tratamiento de la insuficiencia cervical es quirúrgico y consiste en cerrar el cuello con una cinta especial y bajo anestesia, desde las 14 semanas y no más allá de las 26 semanas o tomar en consideración el contexto clínico de la paciente previa evaluación multidisciplinaria. Este procedimiento recibe el nombre de cerclaje. Para la realización de un cerclaje, la embarazada deberá ser derivada a un nivel de mayor complejidad.

⁴³ <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/insuficiencia-cervical>

Acción 13. Pesquisar una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal

Tarea 13.1. Determinación del grupo sanguíneo, del factor Rh y de anticuerpos irregulares

Las mujeres Rh negativas que cursan un embarazo con un feto Rh positivo tienen un 13% de probabilidad de isoimunizarse como consecuencia de ese embarazo. La mayoría se inmunizarán durante el parto, mientras que una pequeña fracción lo harán durante el embarazo. Cuando existe incompatibilidad sanguínea de tipo ABO la probabilidad de aloinmunización por Rh se reduce al 2%.

La forma de disminuir la inmunización en mujeres gestantes se consigue con la aplicación de gammaglobulina anti-D dentro de las 72 horas:

- Del aborto (a toda mujer Rh negativa) o
- Del parto a todas las puérperas Rh negativas, no inmunizadas previamente, con hijos Rh positivos.

Con esta intervención, el porcentaje de mujeres aloinmunizadas se reduce drásticamente. Aun en aquellas situaciones en las que la profilaxis fracasa, el resultado perinatal puede ser modificado beneficiosamente mediante la monitorización del grado de isoimunización y la comprobación de la afectación fetal.

La profilaxis prenatal con inmunoglobulina anti-D en embarazadas Rh negativas no sensibilizadas a las 28 y 34 semanas de gestación para prevenir la aloinmunización de RhD es recomendada por múltiples guías nacionales, pero la evidencia que sustenta a esta recomendación es débil.

Debido a que no todos los casos de aloinmunización materna y riesgo de enfermedad hemolítica perinatal se vinculan al factor Rh negativo, está justificado efectuar la determinación de los anticuerpos irregulares (test de Coombs indirecto) tanto a gestantes tanto Rh negativas como positivas.

Siempre y cuando una gestante Rh negativo con prueba de Coombs negativo si durante el embarazo tiene un sangrado o procedimiento invasivo, se recomienda la inmunoprofilaxis por una única vez. Una gestante Rh negativo con Coombs positivo no se le debe hacer más gammaglobulina. Con respecto al parto, si la mujer es Rh negativo y el bebé es Rh positivo y Coombs negativo, se recomienda hacer la gammaglobulina, porque la mujer se puede aloinmunizar.

Valoración clínica: se recomienda efectuar un correcto interrogatorio de la gestante en búsqueda de antecedentes de aborto, muertes perinatales, ictericia en un recién nacido anterior (necesidad de exanguinotransfusión, fototerapia), administración de gammaglobulina anti-D, transfusiones, maniobras invasivas durante el embarazo (amniocentesis, cordocentesis), trasplantes o injertos, o drogadicción intravenosa (compartiendo jeringuillas).

Valoración paraclinica: en la primera consulta se solicitará a la embarazada la determinación del grupo sanguíneo, el factor Rh y de los anticuerpos irregulares (test de Coombs indirecto).

Conducta:

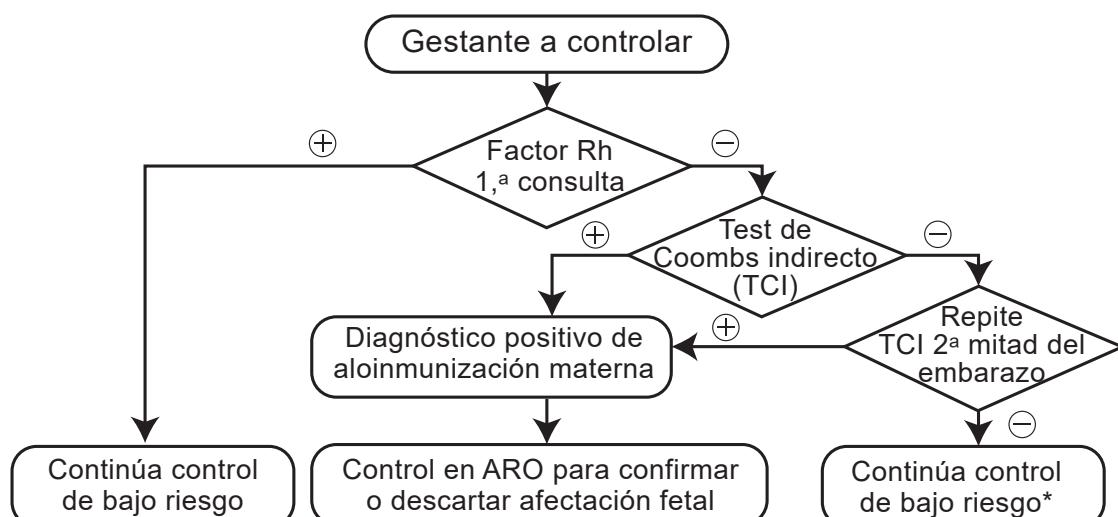
- **Gestante Rh negativa con anticuerpos irregulares negativos:** continúa el control según norma incluyendo nuevas determinaciones de anticuerpos irregulares.
- **Gestante Rh negativa con anticuerpos irregulares positivos:** se efectúa diagnóstico de aloinmunización materna. En este caso se deberá referir a un nivel de mayor complejidad para descartar o confirmar posibilidad de enfermedad hemolítica perinatal (afectación fetal).

- **Gestante Rh positiva:** continúa el control según el cronograma habitual y no requerirá ninguna otra determinación de grupo, factor Rh, ni de anticuerpos irregulares.

Esquemas de profilaxis: la inmunoprofilaxis dependerá del estado inmunitario de la gestante, de la edad gestacional, de la evolución de la gravidez (maniobras invasivas, genitorragia) y de la disponibilidad de los recursos necesarios. En caso de contar con la posibilidad de efectuar inmunoprofilaxis, en aquellas situaciones de riesgo se sugiere emplear el siguiente esquema luego de:

- Genitorragia o maniobras invasivas en el primer trimestre: 50 a 120 mcg de gammaglobulina anti-D (I/M o I/V);
- Genitorragia o maniobras invasivas después del primer trimestre: 100 a 120 mcg de gammaglobulina anti-D (I/V); o 240 a 300 mcg de gammaglobulina anti-D (I/M).
- Posparto: 100 a 120 mcg de gammaglobulina anti D (I/V); o 240 a 300 mcg de gammaglobulina anti-D(I/M).

Figura 11. Esquema escalonado de decisiones para el manejo de la enfermedad hemolítica perinatal.



* Se aplicará imunoprofilaxis anti-D según norma nacional.

**PARA AMPLIAR EL ABORDAJE DE LAS EMBARAZADAS CON ALOINMUNIZACIÓN RH,
REVISAR LA NORMATIVA 077 PROTOCOLOS PARA EL ABORDAJE DEL ALTO RIESGO
OBSTÉTRICO, DEL MINSA. AÑO 2018**

Acción 14. Prevenir, detectar y tratar la anemia materna

Tareas 14.1. Determinar niveles de hemoglobina

14.2. Administración de hierro y ácido fólico

La anemia es un problema de salud pública por las consecuencias que tiene sobre la salud humana, especialmente en el embarazo, en que se asocia con aumento del riesgo de mortalidad materna, mortalidad perinatal (sobre todo en casos de anemia severa), prematuros, bajo peso al nacer y RCF.

Definición: 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/dL. Si la hemoglobina se sitúa entre 7,0 y 9,0 g/dL se considera que la anemia es moderada y cuando es menor a 7,0 g/dL la anemia se considera severa.

Tamizaje para anemia en el embarazo: en la primera consulta se incluye dentro del examen general de la gestante la inspección de piel y mucosas y el examen cardiovascular para descartar o confirmar una anemia.

El hemograma completo (cuantificando los niveles de Hb) es el estándar de oro para el diagnóstico de la anemia durante el embarazo*.

*Sobhy S, Rogozinska E, Khan KS. Accuracy of on-site tests to detect anaemia in antenatal care: a systematic review. BJOG. 2016.

El CLAP/SMR sugiere efectuar un **primer examen al momento de la captación y un segundo examen después de la segunda mitad del embarazo (26 y 36 SG)**. Estos datos pueden ser registrados en la HCP, la que a su vez sirve de recordatorio sobre las principales medidas preventivas que el personal de salud debe sugerir a las gestantes: suplementación con hierro y con folatos.

Deficiencia de hierro: existen diversas formas de anemia, la más común de ellas se vincula con deficiencia en los niveles de hierro. La anemia por deficiencia de hierro está precedida por depósitos de hierro agotados y se estima que es la deficiencia nutricional más común entre las embarazadas. Es necesario tener en cuenta que la anemia puede tener más de una causa, tal como se ve en la deficiencia de vitamina A, B12, o piridoxina; o en procesos inflamatorios crónicos (VIH, malaria e infecciones parasitarias).

Diagnóstico: además del déficit de hemoglobina, en los casos de anemia ferropénica se encontrarán glóbulos hipocrómicos y microcíticos. La expresión clínica de este déficit repercute en la mujer gestante ocasionando cansancio, fatiga, palidez cutáneo mucosa, aumento de la frecuencia cardíaca y en ocasiones una restricción del crecimiento intrauterino.

Deficiencia de folatos: la segunda causa de anemia nutricional durante el embarazo es la deficiencia de folatos. El déficit de folatos durante el embarazo es muy frecuente debido a que el requerimiento aumenta hasta un 50% y la ingesta suele ser mínima.

Diagnóstico: la anemia por déficit de folatos comparte los mismos signos clínicos que la anemia ferropénica. La diferencia se aprecia en el estudio de la lámina, en el cual los glóbulos rojos serán megaloblásticos y macrocíticos. Estas características de los glóbulos rojos son compartidas por las anemias por déficit de vitamina B12, que es la tercera forma más común de anemia nutricional.

Prevención de la anemia: los requerimientos de hierro y ácido fólico aumentan durante el embarazo y es difícil para una embarazada satisfacer esta mayor demanda solo con la dieta, por lo tanto, las estrategias de prevención de la anemia por deficiencia de hierro se basan en:

- ⇒ Modificar la dieta para aumentar el consumo de hierro y de los facilitadores de su absorción al tiempo de intentar disminuir el consumo de inhibidores;
- ⇒ Fortificar los alimentos de consumo habitual con hierro y ácido fólico;
- ⇒ Suplementar con medicamentos que contengan hierro y ácido fólico;
- ⇒ Tratar aquellas infecciones que pueden alterar la absorción de hierro y otros nutrientes (por ejemplo, parasitosis).

Por tal motivo se recomienda suplementar a todas las embarazadas con **30 a 60 mg de hierro elemental^a por día VO** para prevenir la anemia materna y reducir el riesgo de sepsis puerperal, bajo peso al nacer y nacimiento prematuro temprano*.

^a El equivalente de 60 mg de hierro elemental es 300 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 180 mg de fumarato ferroso o 500 mg de gluconato ferroso.

* Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, Dowswell T. Daily oral iron supplementation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(7):CD004736.

La suplementación se realizará desde el momento en que se sospeche el embarazo y hasta el período posparto. El tiempo total de suplementación no debiera ser menor de seis meses, y en lugares donde la prevalencia de anemia durante la gestación es > al 40%, es recomendable mantener la suplementación con hierro hasta tres meses después del parto.

Si el hierro diario no es tolerado debido a los efectos secundarios o en poblaciones con una prevalencia de anemia entre las embarazadas de menos de 20 %, se recomienda la **suplementación con hierro y ácido fólico intermitente** (120 mg de hierro elemental^a 2,8 mg de ácido fólico una vez por semana) para mejorar los resultados maternos y neonatales*.

^aEl equivalente de 60 mg de hierro elemental es 300 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 180 mg de fumarato ferroso o 500 mg de gluconato ferroso.

*Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Gomez Malave H, Flores-Urrutia MC, Dowswell T. Intermittent oral iron supplementation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(19):CD009997.

Prevención de los defectos del tubo neural: para la prevención de los defectos del tubo neural las mujeres deberían recibir 0,4 mg/día de ácido fólico, desde unos tres meses antes de embarazarse (mínimo cuatro semanas antes) y continuar hasta el tercer mes de gestación.

Tratamiento: la anemia requerirá tratamiento de la causa que la provoque; por ejemplo, si la causa de la anemia a una parasitosis, se deberá administrar a la gestante el tratamiento antiparasitario específico. Pero al mismo tiempo se deberá tratar la anemia indicando 120 mg de hierro elemental/día y 0,4 mg de ácido fólico. En el caso de administrar el sulfato ferroso con ácido fólico, se debe recomendar que su consumo sea realizado con el estómago vacío, ya sea en las mañanas (ayunas) o una o dos horas antes o después de las comidas. En el caso de que se prescriba hierro polimaltosado, no hay inconveniente en que se consuma junto a las comidas. Finalmente, en casos de anemia severa, el tratamiento podrá requerir cuidados institucionales y transfusiones de concentrados globulares o hierro parenteral.

Se recomienda la desparasitación preventiva (desparasitación), utilizando **dosis única de albendazol (400 mg) o mebendazol (500 mg)** como una intervención de salud pública para las embarazadas que viven en áreas donde la prevalencia de anquilostomiasis y/o infección por *T. trichiura* es del 20% o más; y donde la anemia es un problema grave de salud pública con una prevalencia de 40% o más entre las embarazadas.

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.**

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.

PARA AMPLIAR EL ABORDAJE DE LAS EMBARAZADAS CON ANEMIA, REVISAR LA NORMATIVA 077 PROTOCOLOS PARA EL ABORDAJE DEL ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, DEL MINSA. AÑO 2018

Cuadro 17. Otras intervenciones nutricionales

Intervención nutricional	Recomendación	Tipo de recomendación	Fuente de la evidencia
Suplementos de vitamina A	Solo se recomienda la toma de un suplemento de vitamina A como método para prevenir la ceguera a las embarazadas de zonas donde el déficit de vitamina A sea un problema grave de salud pública.	Recomendada en contextos específicos	McCauley ME, van den Broek N, Dou L, Othman M. Vitamin A supplementation during pregnancy for maternal and newborn outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(10):CD008666.
Suplementos de zinc	Se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de zinc únicamente en el marco de investigaciones rigurosas.	Recomendada en contextos específicos (investigación)	Ota E, Mori R, Middleton P, Tobe-Gai R, Mahomed K, Miyazaki C et al. Zinc supplementation for improving pregnancy and infant outcome. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(2):CD000230.
Suplementos de micronutrientes múltiples	No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de micronutrientes múltiples para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendado	Haider BA, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(11):CD004905.
Suplementos vitamina B6	No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina B6 (piridoxina) para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendado	Salam RA, Zuberi NF, Bhutta ZA. Pyridoxine (vitamin B6) supplementation during pregnancy or labour for maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(6):CD000179.
Suplementos vitamina E y C	No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina E y C para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendado	Rumbold A, Ota E, Hori H, Miyazaki C, Crowther CA. Vitamin E supplementation in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9):CD004069. Rumbold A, Ota E, Nagata C, Shahrook S, Crowther CA. Vitamin C supplementation in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9):CD004072.
Suplementos vitamina D	No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina D para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendado	De-Regil LM, Palacios C, Lombardo LK, Peña-Rosas JP. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(1):CD008873.

Acción 15. Descartar proteinuria, glucosuria y bacteriuria

Tareas 15.1. Examen de orina y urocultivo

15.2. Urocultivo para la detección de bacteriuria asintomática

15.3. Tratamiento de la bacteriuria asintomática

La orina de la 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 glucosuria, y hasta es factible observar proteinuria de hasta 0,3 g/L en la orina de 24 horas. Por el contrario, el sedimento urinario no se modifica sustancialmente.

Examen de orina: a través de la orina es posible detectar afecciones que ponen en riesgo la vida de la mujer, del/la niño/a o ambos. Los elementos más frecuentes que se pueden identificar en la orina y permiten sospechar patologías durante el embarazo son: **proteínas, bacterias y glucosa**

Aunque la presencia de glucosa en la orina puede ser normal durante el embarazo, niveles > 250 mg/dL pueden relacionarse con una diabetes gestacional. Las proteínas pueden indicar una infección urinaria, enfermedad de los riñones o trastornos hipertensivos del embarazo.

El examen de orina está incorporado a la mayor parte de las normas de cuidado antenatal de casi todos los países de la región, aunque hay discusión sobre la utilidad del examen de orina en la rutina antenatal. La HCP permite registrar un examen de proteínas en la orina en cada control, aunque con tres análisis es suficiente.

- Un examen de orina en la **primera consulta** para descartar la existencia de 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 preeclampsia.
- Un tercer examen de orina **entre las 33 y 35 semanas** podrá detectar cualquiera de las tres condiciones patológicas señaladas, aunque su principal finalidad sea descartar preeclampsia. También será útil para descartar una infección urinaria.

La proteinuria usualmente es el signo de aparición más tardío en el curso clínico de la preeclampsia y se relaciona con la magnitud de la presión arterial. La proteinuria suele aparecer cuando las cifras de presión diastólica alcanzan los 90 mm de Hg y es mayor cuanto mayor sea la hipertensión.

La precisión de las tiras reactivas para la detección de proteinuria (preeclampsia) y glucosuria (diabetes mellitus) es baja. **El cultivo de orina (chorro medio) es el estándar de oro para el diagnóstico de bacteriuria asintomática en el embarazo***. Sin embargo, este método tiene altos costos, requiere al mínimo de 3 días para obtener los resultados (cuando hay crecimiento bacteriano), requiere laboratorios confiables, personal altamente entrenado y no todas los establecimientos de salud disponen de él.

*Rogozinska E, Formina S, Zamora J, Mignini L, Khan KS. Accuracy of on-site tests to detect asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2016;128(3):495–503. doi:10.1097/AOG.0000000000001597.

Para comprobar el diagnóstico de IVU en las embarazadas, se basa en la respuesta inflamatoria (presencia de leucocitos en orina) y bacterias (presencia de nitritos en orina), a través de las tiras de esterasa, por la rapidez, facilidad de realización y bajo costo. Por lo tanto, la presencia de nitritos indica actividad microbiana de bacilos gramnegativos como *Escherichia coli*.

Cuadro 18. Interpretación de los resultados de la cinta de esterasa leucocitaria y nitritos en el examen de orina sin centrifugar:

Nitritos	Leucocitos	Interpretación	Comentarios
-	-	No Infección Urinaria	No hay infección urinaria si muestra fue bien tomada (con técnica de chorro medio) y procesado en tiempo y forma (antes de 2 horas a temperatura ambiente o no más de 7 horas en refrigeración).
+	+	Infección Urinaria	Categóricamente hay infección urinaria si muestra fue bien tomada y procesada en tiempo y forma
+	-	Contaminación	Mala toma de muestra y/o no procesada en tiempo y forma.
-	+	Contaminación vaginal o Infección con <i>Estafilococos coagulasa negativos</i> y menos frecuente por clamidias o <i>Ureaplasma urealyticum</i>	Si hay manifestaciones clínicas, diagnosticar y tratar como Infección Urinaria

Infección urinaria y bacteriuria asintomática: el término infección de vías urinarias (IVU) se refiere a la presencia de un número crítico de colonias bacterianas en la orina (generalmente mayor de 100.000/ml). Puede ser asintomática (bacteriuria asintomática) o manifestarse por síntomas diversos tales como cistitis, síndrome uretral y pielonefritis. Las IVU bajas afectan a la vejiga mientras que las IVU altas comprometen a los riñones (pielonefritis). La cistitis bacteriana puede presentarse en tres signos y síntomas: disuria (dolor miccional), polaquiuria, orina turbia, ocasionalmente hematuria y frecuentemente piuria (recuento de glóbulos blancos en orina mayor de 10.000/ml). Los signos y síntomas de pielonefritis incluyen dolor lumbar, fiebre, escalofríos con temblores y mal estado general con o sin síntomas de IVU baja. La pielonefritis aguda es una entidad grave en las embarazadas.

Aproximadamente del 2 al 10% de las embarazadas pueden sufrir una colonización bacteriana en ausencia de síntomas. A diferencia de la población de mujeres fuera del embarazo, y debido a la repercusión que puede tener en la salud de la mujer gestante y de su futuro hijo, **toda bacteriuria asintomática que se diagnostique en el embarazo deberá ser tratada.**

El tamizaje para bacteriuria asintomática mediante urocultivo está recomendado para todas las gestantes en la primera atención prenatal. Un cultivo obtenido entre las 12 y 14 semanas de edad gestacional puede identificar el 80% de las mujeres gestantes con una bacteriuria asintomática. La HCP recuerda solicitar una bacteriuria en la primera mitad del embarazo.

Se estima que repitiendo el urocultivo en forma mensual se puede identificar de un 1 a un 2% adicional en cada mes de bacteriurias asintomáticas. Hasta el momento no existe consenso en la frecuencia óptima para repetir los cultivos de orina. La detección temprana de una bacteriuria asintomática en una embarazada es un factor de riesgo conocido de complicaciones como la pielonefritis, el parto de pretérmino y el bajo peso al nacer. En vistas a reducir el riesgo de prematuerz vinculado a la bacteriuria asintomática, el CLAP/SMR sugiere efectuar un segundo control de bacteriuria próximo a las 28 semanas de edad gestacional.

Diagnóstico: se considerará que una bacteriuria es positiva cuando la detección de colonias en el chorro medio de una muestra de la primera orina de la mañana, obtenida en condiciones especiales de asepsia de los genitales y colocada en un recipiente estéril, es >100.000 bacterias/mL.

Tratamiento: estudios clínicos controlados, estudios de cohorte y metaanálisis han demostrado que tratando la bacteriuria asintomática se puede reducir la incidencia de las complicaciones ya citadas. Generalmente la elección del antimicrobiano se hará en función de la susceptibilidad del germe hallado y la inocuidad del antibiótico para el feto, aunque no existe un antibiótico ideal.

Se recomienda un régimen de antibióticos de siete días para todas las embarazadas con bacteriuria asintomática para prevenir la bacteriuria persistente, el parto prematuro y el bajo peso al nacer.

Los esquemas de dosis únicas hasta el momento son desaconsejados por su menor eficacia. La profilaxis antibiótica solo se recomienda para prevenir las infecciones recurrentes del tracto urinario en las embarazadas en el contexto de investigaciones rigurosas⁴⁴.

A continuación, se presentan esquemas de tratamiento sugeridos para la bacteriuria asintomática cuando se desconoce el germe:

⁴⁴ Schneeberger C, Geerlings SE, Middleton P, Crowther CA. Interventions for preventing recurrent urinary tract infection during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(11):CD009279.

Primera elección:

- **Nitrofurantoína con cubierta entérica (cápsulas) 100 mg PO c/12 h por 7 días o Nitrofurantoína tabletas (sin cubierta entérica) 100 mg PO c/8 h por 7 días (primera línea) x 7 días**

Segunda elección:

- **Amoxicilina + Acido clavulánico 1 gramo V/O c/12 horas x 10 días, o**
- **Cefalexina 500 mg V/O c/6horas x 7 días.**
- **Cefadroxilo 500 mg V/O c/12horas x 7 días.**

Seguimiento: dos a cuatro semanas después de haber culminado el tratamiento, se deberá efectuar un nuevo urocultivo de control. En caso de ser negativo puede ser repetido unas cuatro semanas después. No hay consenso acerca de realizar un nuevo control de urocultivo a las 6 semanas del parto en aquellas mujeres que presentaron bacteriuria positiva.

Si el urocultivo sigue siendo positivo y según resultado de antibiograma, repita el tratamiento por 10 días más y administre:

- Nitrofurantoina en terapia supresora: Nitrofurantoina 100 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 urocultivo al terminar el tratamiento.
- Si el urocultivo es positivo repita el esquema.

Consejería: 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 Obstétrico más frecuentes en el embarazo)

- Reposo según el cuadro clínico.
- Ingesta de líquido (3 a 4 litros por día).
- Explique que debe acudir al establecimiento de salud si los síntomas persisten después de 3 o 4 días.
- Evalúe presencia de dinámica uterina, en caso de trabajo de parto inicie tratamiento útero inhibidor y maduración pulmonar según esquema del Protocolo de Atención al Parto Pretérmino (Normativa 077).
- Agregar analgésico: Acetaminofén 500 mg cada 6 horas por vía oral.

Si algún fármaco recomendado produce reacciones adversas este debe notificarse según las disposiciones específicas de la Normativa 063 “Norma de Farmacovigilancia” y Guía para la Notificación de Sospechas de Reacciones Adversas Asociadas a Medicamentos del MINSA.

PARA AMPLIAR EL ABORDAJE DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, ITS Y EMBARAZO, REVISAR LA NORMATIVA 077 PROTOCOLOS PARA EL ABORDAJE DEL ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, DEL MINSA. AÑO 2018

Acción 16. Descartar diabetes mellitus clínica y gestacional

Tarea 16.1. Determinación de glucemia y prueba de tolerancia oral a la glucosa

En general los casos de gestantes con DM que concurren al control antenatal suelen ser identificables por presentar antecedentes familiares de la enfermedad, sintomatología clínica, historia obstétrica con malos resultados o hallazgos obstétricos orientadores que permiten sospechar el diagnóstico. No es tan sencillo diagnosticar los casos de DG de la población general de embarazadas, para ello se requiere el empleo de procedimientos de detección.

Diabetes gestacional: se considera DG a la intolerancia a los hidratos de carbono de severidad y evolución variables que se reconoce por primera vez durante la actual gestación. Esta definición es aplicable en forma independiente de si se debe o no utilizar insulina como tratamiento, o de si la alteración persiste después del embarazo. La DM en el embarazo difiere de la DG en que la hiperglucemia es más grave y no se resuelve después del embarazo como lo hace la DG.

Tamizaje clínico: en la primera consulta debe realizarse una valoración del riesgo de diabetes gestacional, para lo cual será necesario efectuar una correcta anamnesis y examen físico, intentando buscar o descartar los siguientes factores de riesgo (Ver Cuadro 19):

Cuadro 19. Factores de riesgo para Diabetes Gestacional

Antecedentes	Actuales
Presencia de diabetes en familiares de primer grado (padres, hijos, hermanos)	Obesidad al inicio del embarazo con índice de masa corporal (IMC) mayor de 30
Diabetes gestacional en embarazos anteriores	Ganancia excesiva de peso durante el embarazo
Muertes perinatales de causa desconocida	Preeclampsia (hipertensión inducida por el embarazo)
Abortos espontáneos a repetición de causa desconocida	Polihidramnios en el embarazo actual
Polihidramnios a repetición	Infecciones a repetición (ej.: urinaria, genital)
Macrosomía (RN con peso ≥ 4.000 g)	
Anomalías fetales	

La detección de factores de riesgo se utiliza en algunos entornos como una estrategia para determinar la necesidad de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG 75 g 2 horas).

Tamizaje paraclínico: aunque no hay consenso total en la literatura médica acerca del tamizaje universal de diabetes gestacional en todas las embarazadas, la implementación de programas destinados a la detección de la diabetes gestacional en forma universal puede justificarse por:

- La elevada morbilidad perinatal que la acompaña en aquellos casos en que no es diagnosticada oportunamente;
- El hecho de que más de la mitad de los casos de DG desarrollan con el tiempo diabetes mellitus clínica;
- La posibilidad cierta de problemas posnatales vinculados a las hiperglucemias del embarazo, tales como obesidad y diabetes;
- La existencia de procedimientos diagnósticos de relativa sencillez, de aceptable eficacia y de costo no exagerado;
- El hecho de que se puedan mejorar notoriamente los resultados si el diagnóstico es precoz y el tratamiento, adecuado y oportuno.

Recientes estudios demuestran que el tratamiento de la diabetes gestacional reduciría en forma importante la morbilidad perinatal. Otros estudios epidemiológicos han mostrado que la prevalencia de diabetes gestacional es mayor en mujeres indígenas e hispanas cuando se las

compara con mujeres anglosajonas. Estas dos razones se suman para justificar la realización de estudios de tamizaje para diabetes gestacional en nuestra región.

Como se especificará en el apartado anterior, la precisión de las tiras reactivas para la detección de glucosuria (diabetes mellitus) es baja. Sin embargo, glucosuria en las tiras reactivas de 2+ o superior en una ocasión, o 1+ en dos o más ocasiones pueden indicar DMG sin diagnosticar y, si esto se observa, podría considerarse la realización de una PTOG.

Glucemia en ayunas: Se recomienda realizar una glicemia en ayunas en la primera atención prenatal. 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. Por esa razón se incluyó en la HCP un recordatorio para efectuar una nueva glucemia a principios del tercer trimestre.

La OMS en su última actualización de las guías de CPN sugiere valores de glucemia entre 92 y 125 mg/dL. Según la Normativa 077 Protocolo para el abordaje del alto riesgo obstétricos, se estipula el resultado de glucosa plasmática de ayuno ≥ 92 mg/dL, se debe interpretar como Diabetes Gestacional (con un solo valor que exceda o iguale los puntos de corte, hace el diagnóstico de diabetes gestacional).

Prueba de tolerancia oral a la glucosa: hay acuerdo general en realizar una PTOG entre las 24 y 28 semanas de gestación como prueba de tamizaje para la diabetes gestacional.

- En los tres días previos se permitirá dieta libre.
- La mujer concurrirá al examen por la mañana y con un mínimo de 8 horas de ayuno.
- En reposo, sentada y sin fumar.
- Habiendo descartado infecciones intercurrentes.
- Se extraerá muestra para glucemia en ayunas.
- Se darán a beber en no más de 5 minutos 75 g de glucosa diluidos en 250 a 300 ml de agua con 5 a 10 ml de jugo de limón.
- A las dos horas se obtendrá una segunda muestra de glucemia.

Criterios diagnósticos de confirmación

Cuando la hiperglucemia se detecta por primera vez en cualquier momento del embarazo, esta debería clasificarse como diabetes mellitus gestacional o diabetes mellitus durante el embarazo, según los criterios de la OMS*.

* Se puede encontrar mayor información y otros aspectos relacionados con esta recomendación en las directrices de la OMS del 2013 (94), disponibles en: http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/

Se diagnosticará DG en cualquier momento del embarazo si se encuentran presentes uno o más de los siguientes criterios:

- **Glicemia en ayunas:** 92-125 mg/dL (OMS); o >100 mg/dL (NICE/ALAD);
- **PTOG (75 mg) (1 hora):** >180 mg/dL (OMS);
- **PTOG (75 mg) (2 horas):** 153-199 mg/dL (OMS); o >140 a 200 mg/dL (NICE/ALAD).

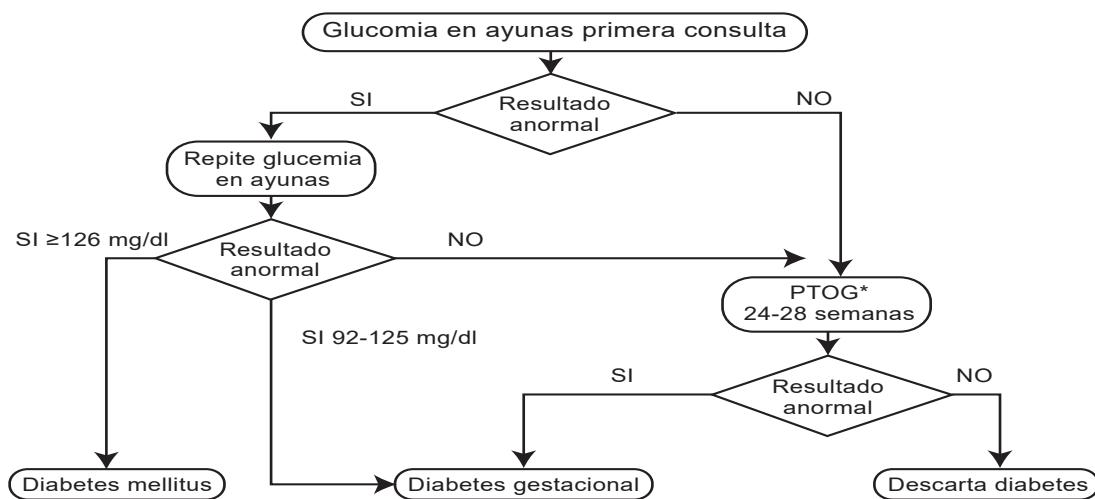
Se diagnosticará DM en cualquier momento del embarazo si se encuentran presentes uno o más de los siguientes criterios:

- **Glicemia en ayunas:** 126 mg/dL o $>$ (OMS);

- **PTOG (75 mg) (2 horas):** 200 mg/dL o > (OMS)
- **Glicemia al azar de 200 mg/dL o >** en presencia de síntomas de DM (OMS).

La determinación de hemoglobina glucosilada, fructosamina y las glucemias posprandiales no son procedimientos aceptables para confirmación diagnóstica. En caso de confirmación diagnóstica se debe derivar a la gestante a control de alto riesgo. La evaluación en alto riesgo estará dirigida entre otras cosas a determinar perfil glicémico diario, con el cual se determinarán los niveles de glucosa basales posprandiales a lo largo del día. También se realizará hemoglobina glucosilada o fructosamina para determinar cómo ha estado el control metabólico en los meses previos. El tratamiento de la DG es eficaz para reducir los resultados maternos y perinatales adversos, y suele implicar un enfoque escalonado de los cambios de estilo de vida (asesoramiento nutricional y ejercicio) seguido de agentes hipoglucemiantes orales o insulina, si es necesario.

Figura 12. Esquema escalonado de decisiones para la detección de la diabetes gestacional.



Reclasificación de la diabetes gestacional después del parto: a partir de los 42 días del puerperio (y hasta los tres meses posparto) se deberá realizar una nueva glicemia en ayunas. Si esta no pudo realizarse en ese tiempo, se puede pedir a partir de los tres meses una nueva glicemia en ayunas o una prueba de hemoglobina glicosilada. No se debe solicitar de rutina una PTOG. Se debe ofrecer una prueba anual de hemoglobina glicosilada a aquellas mujeres con test posnatales negativos.

PARA AMPLIAR EL ABORDAJE DE DIABETES Y EMBARAZO, REVISAR LA NORMATIVA 077 PROTOCOLOS PARA EL ABORDAJE DEL ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, DEL MINSA. AÑO 2018

Acción 17. Brindar contenidos educativo-informativos para el parto y la crianza.

- **Tareas 17.1. Preparación para el parto**
- **17.2. Consejería para el amamantamiento.**
- **17.3. Consejería y promoción de anticoncepción**

Existen modificaciones en el comportamiento de la embarazada que se acompañan generalmente de requerimientos especiales de compañía y apoyo psico-afectivo. La institucionalización del parto (partos asistidos en hospitales, centros de salud con camas de internación, etc., que

dependen del sistema formal de atención), respondía inicialmente al objetivo de reducir la elevada mortalidad materna que ocurría en los partos domiciliarios, principalmente en áreas rurales.

En la actualidad, el concepto de “parto institucional” no solo implica la vigilancia estrictamente profesional de la mujer en el momento del parto, sino que considera a igual nivel los aspectos psicoafectivos, culturales y sociales relacionados con la maternidad.

Las principales actividades que completan la atención médica son:

- La participación del compañero y demás miembros de la familia que la gestante elija durante la asistencia prenatal, el trabajo de parto y el parto;
- La educación y preparación psicofísica de la mujer para el parto y la lactancia;
- El contacto precoz inmediato al nacer de la madre y el padre con su hija o hijo;
- El alojamiento conjunto de la madre y su hija o hijo durante el puerperio institucional, junto con la educación participativa para el cuidado del recién nacido y el autocuidado de la madre durante el puerperio y la lactancia.

Cuidados antenatales:

Visita domiciliaria de apoyo social: en mujeres primíparas, adolescentes o en aquellas que afrontan el embarazo solas o en condiciones de extrema pobreza, la visita domiciliaria por personal de salud ha mostrado ser efectiva en incrementar la eficacia de los cuidados prenatales, aunque no debe constituir una intervención aislada. La educación, el apoyo social, la influencia para cesar de fumar, los nexos con otros recursos de la comunidad y el mejoramiento de la autoestima de la embarazada son los componentes que deben sumarse a esta intervención. *Estos paquetes de intervenciones que incluyen la movilización comunitaria y las visitas domiciliarias prenatales pueden mejorar la utilización de la atención prenatal y los resultados perinatales, sobre todo en entornos rurales con escaso acceso a los servicios de salud.*

Promoción de lactancia materna durante la atención prenatal: se ha demostrado que la educación especial para promover la lactancia durante el embarazo es eficaz en disminuir la frecuencia de destete en los dos primeros meses posparto. Los contenidos educativos estarán destinados a demostrar las ventajas de la lactancia materna sobre la alimentación con leche de vaca y preparados comerciales con leche de vaca modificada, así como a aumentar la autoestima de la mujer para conseguir superar las dificultades iniciales. La HCP recuerda al prestador de salud durante el prenatal que es apropiado brindar consejería para el amamantamiento.

En el cuadro 20 se resumen los Trece pasos de la Iniciativa de Unidades Amigas de la Madre y la Niñez.

Cuadro 20. Trece pasos para lograr una Lactancia Materna Exitosa

Trece pasos para lograr una Lactancia Materna Exitosa	
1.	Disponer de una política por escrito que es comunicada y conocida por el personal de salud.
2.	Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3.	Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia materna y como ponerla en práctica.
4.	Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5.	Mostrar a las madres cómo amamantar al niño y mantener la lactancia aun si han de separarse de sus hijos.
6.	Dar a los/as recién nacidos/as solo leche materna, sin otro alimento o bebida, salvo que estén médicamente indicados.
7.	Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8.	Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9.	No dar biberones, ni chupones de distracción a niños/as que están amamantando. *
10.	Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en

contacto con ellos a su salida del hospital.

11. Cumplimiento del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna. NO propaganda, donaciones, muestras gratis o de bajo costo o utilización de equipos o utensilios promovidos por casas comerciales.
12. Atención amigable a la madre, asegurando criterios claves para un cuidado óptimo de la madre e hijo, acompañante; ingesta de líquidos y alimentos livianos durante trabajo de parto, movilidad y posición para dar a luz.
13. VIH y alimentación infantil. Consejería y apoyo a la madre con VIH, promover prácticas de nutrición adecuadas y PTMI. Test y consejería para el VIH, consejería sobre opciones para alimentación infantil, asegura confidencialidad y privacidad.

* Este paso fue incluido antes del conocimiento de una posible protección del chupete contra la muerte súbita del lactante.

PARA AMPLIAR EL TEMA DE LACTANCIA MATERNA, REVISAR LA NORMATIVA 050 MANUAL DE LACTANCIA MATERNA, DEL MINSA. AÑO 2019

Acción 18. Confirmar la existencia de vida fetal

Tareas 18.1. Pesquisar movimientos y frecuencia cardíaca fetal 18.2. Detectar latidos cardíacos fetales

Los parámetros clínicos más usados para comprobar la existencia de vida fetal son detectar los movimientos fetales y los latidos cardíacos fetales. Presentan el inconveniente de ser percibidos por la madre en etapas avanzadas del embarazo y aún más tardíamente por el clínico.

Movimientos fetales: además de ser un elemento que indica vitalidad, los movimientos fetales se asocian con salud embriofetal. Los movimientos pueden ser observados muy precozmente por ultrasonografía, más tarde (segundo trimestre) son percibidos por la madre y luego palpados por un observador externo.

La presencia de movimientos fetales indica integridad del sustrato anatómico y de la capacidad del feto para producir funciones complejas. Una marcada disminución o el cese de estos pueden indicar problemas en la salud o la muerte fetal. Pueden ser percibidos de diferentes maneras según se ejemplifica en el cuadro 21.

Cuadro 21. Detección de movimientos embriofetales

Edad gestacional (semanas)	Método
Desde las 7 – 9	Ecografía de tiempo real (transvaginal, transabdominal)
Desde las 12	Detector Doppler
Desde las 20	Percibidos por palpación abdominal (la madre puede percibirlos desde las 16-18 semanas, aunque en este caso, no se considera signo de certeza por la subjetividad del dato)

Las maneras de verificar los movimientos fetales son:

- Percepción materna,
- Palpación abdominal por un observador,
- Ecografía u ultrasonido (USG).

Percepción materna: las gestantes perciben los movimientos fetales a edades gestacionales variables según la agudeza y umbral individual para apreciarlos. Las primíparas lo hacen entre las 18 y 20 semanas y las multíparas algunas semanas antes. Primero son identificados como un ligero cosquilleo y luego, se hacen paulatinamente más intensos. La ubicación de la placenta en la cara anterior del útero puede provocar un retraso en la percepción de los movimientos por parte de la madre.

Las embarazadas sanas deben ser conscientes de la importancia de los movimientos fetales en el tercer trimestre y de informar si perciben una reducción de estos.

A partir de las 20 semanas, el prestador de salud deberá interrogar en la consulta prenatal sobre la percepción de movimientos fetales en las últimas 24 horas y si estos tienen una frecuencia normal.

El promedio horario de movimientos fetales percibidos por la madre tiene grandes variaciones individuales. Los fetos pasan por períodos alternados de actividad (promedio 40 minutos) y de reposo (promedio 20 minutos) que influyen sobre la cantidad de movimientos percibidos por la mujer. Hay otros factores capaces de producir variaciones en la duración de estos períodos, entre los cuales se citan tabaquismo, algunos medicamentos, la actividad física, el momento del día, la edad gestacional, etc.

El límite inferior de la normalidad se estima en 10 movimientos en 12 horas o 4 movimientos en una hora.

En caso de sospecha de compromiso en la salud fetal, se puede instruir a la madre para que controle los movimientos y los registre en una planilla. Esta tarea, como otras en las que la participación de la madre puede ayudar a la vigilancia del embarazo, debe ser solicitada solo en casos especiales dado que el autocontrol diario puede ocasionar ansiedad y estrés.

Por lo tanto, la pesquisa diaria de movimientos fetales, como el uso de las cartas de recuento de 10 patadas, solo se recomienda en el contexto de investigaciones rigurosas, en particular para entornos con una alta prevalencia de muertes fetales no explicadas.

Palpación abdominal por un observador: en condiciones normales, los movimientos suelen percibirse a partir de las 20 semanas. Con la gestante en decúbito lateral izquierdo y la mano del observador sobre el abdomen durante algunos minutos. Si no se perciben los movimientos después de unos minutos, puede estimularse externamente al feto moviéndolo a través de la pared abdominal materna. Si se examina a la madre en decúbito dorsal, deberá evitarse confundir los movimientos fetales con el latido aórtico transmitido.

Ecografía: los movimientos fetales pueden ser advertidos a partir de la séptima semana o incluso antes en exploraciones transvaginales, y a partir de la novena semana o antes en exploraciones transabdominales.

Actividad cardíaca fetal: la auscultación de latidos fetales es tal vez el signo más confiable de vitalidad fetal. La edad gestacional ideal para detectar latidos es variable y depende de manera principal del método que se emplee. En el Cuadro 22 se esquematizan las semanas de detección de los latidos fetales de acuerdo a la técnica empleada.

Cuadro 22. Detección de latidos cardíacos embriofetales

Edad gestacional (semanas)	Método
desde las 6-8	Ecografía de tiempo real (vía vaginal-abdominal)
desde las 12	Detector Doppler
desde las 20	Estetoscopio obstétrico

La frecuencia de los latidos fetales oscila, en condiciones normales, entre 120 y 160 latidos por minuto durante los espacios libres de contracciones (frecuencia basal).

La auscultación del corazón del feto puede confirmar que el feto está vivo, pero es poco probable que tenga algún valor predictivo y por lo tanto no se recomienda de rutina. Sin embargo, a petición de la madre, la auscultación del corazón fetal puede proporcionar tranquilidad.

Estetoscopio obstétrico: un estetoscopio de diseño especial para uso obstétrico que permite la auscultación de los latidos a partir de las 24 semanas de edad gestacional, en ocasiones especiales y en pacientes delgadas puede ser utilizado desde las 20 semanas de gravidez. Técnicos de CLAP/SMR han diseñado un estetoscopio fetal en material plástico resistente, con excelente conducción del sonido, al que se le incorporaron ilustraciones con el método de auscultación y la relación entre la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones, derivadas de investigaciones desarrolladas en CLAP/SMR.

La técnica de auscultación consiste en aplicar el estetoscopio perpendicularmente sobre el foco de auscultación que corresponde al hombro fetal anterior, localizado previamente por palpación, para lo cual se requiere que la gestante se encuentre en decúbito dorsal. La transmisión hacia el estetoscopio se hace siguiendo capas sólidas de tejidos, que son buenas propagadoras del sonido. La cabeza del examinador ejercerá una presión suave pero continua sobre el estetoscopio. La mano libre tomará el pulso de la madre a fin de diferenciar los latidos maternos de los latidos fetales. Se retira la mano que sujetaba el estetoscopio para no interferir con ruidos externos. Esa mano, deberá colocarse sobre el útero para poder apreciar si hay contracciones. Esto es especialmente importante durante el trabajo de parto, ya que auscultar dentro y fuera de la contracción permite advertir desaceleraciones (DIPS). El examinador contará los latidos (mientras observa un reloj) y los expresará en latidos por minuto.

No se recomienda realizar sistemáticamente una cardiotocografía prenatal a las embarazadas para mejorar los resultados maternos y perinatales⁴⁵.

Efecto Doppler: existen en la actualidad equipos basados en el efecto Doppler cuya sensibilidad es significativamente mayor que la del estetoscopio obstétrico. Permite la detección a edades más tempranas (12 semanas) a nivel suprapúbico. En ocasiones el latido se identifica claramente, mientras que en otras oportunidades se escucharán ruidos funiculares que a los fines prácticos tienen el mismo valor diagnóstico para certificar vitalidad fetal. Suele ser de gran utilidad en aquellas situaciones en las que la auscultación con el estetoscopio obstétrico es difícil.

No se recomienda realizar sistemáticamente una ecografía Doppler a las embarazadas para mejorar los resultados maternos y perinatales⁴⁶.

Ecografía: los latidos cardíacos se pueden ver mediante ecografía dinámica a partir de las 5-6 semanas por vía transvaginal y de las 6-8 semanas por vía transabdominal.

- *Ecografía estructural en segundo trimestre, realizar 18 – 22 semanas, según disponibilidad de cada institución por personal médico entrenado, por lo que se solicitará a segundo nivel*

Se ha diseñado un formato para registrar de los resultados de los USG realizados durante la APN, una copia deberá quedar en el expediente y otra copia este deberá ir adjunto al Carné Perinatal, que porta la embarazada. Ver Anexo 5

⁴⁵ Grivell RM, Alfirevic Z, Gyte GML, Devane D. Antenatal cardiotocography for fetal assessment. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9):CD007863.

⁴⁶ Alfirevic Z, Stampalija T, Medley N. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in normal pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(4):CD001450.

Acción 19. Anticipar el diagnóstico y prevenir el parto prematuro

Tareas 19.1. Evaluar el patrón de la contractilidad uterina (frecuencia, duración e intensidad)

El parto de pretérmino o prematuro continúa siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad neonatal en todo el mundo. Excluyendo las anomalías congénitas, explica tres de cada cuatro muertes perinatales, y la mitad de las anormalidades neurológicas de la infancia. De acuerdo a la definición de la 10.^a Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), todo nacimiento que se produce a partir de las 22 y antes de las 37 semanas se considera un parto prematuro.

El parto prematuro puede ser espontáneo; en este caso incluye los nacimientos de pretérmino de causa conocida o desconocida, rotura espontánea de las membranas ovulares e insuficiencia cervical. El parto prematuro terapéutico (inducido) se produce por la necesidad médica de anticipar el nacimiento ante un riesgo materno, fetal o de ambos.

La frecuencia es sumamente variable de país a país, de tal manera que en algunos países desarrollados la frecuencia es menor del 5%, mientras que en algunos países en desarrollo las cifras superan el 20%. Aunque los países desarrollados se han caracterizado por una disminución gradual de la prematurez, en los últimos años algunos de ellos han experimentado un ascenso progresivo vinculado a la necesidad de interrumpir los embarazos por indicación médica antes del término.

Hay variados factores que incrementan el riesgo de parto prematuro; ellos se pueden dividir en tres categorías principales:

- características demográficas y genéticas;
- hábitos, conductas y factores ambientales;
- factores médicos y obstétricos.

Debido a la dificultad de encontrar una causa única que explique la totalidad de los partos prematuros, actualmente se los considera como un síndrome. De esta manera, el parto prematuro sería una condición desencadenada por múltiples causas, generalmente coexistentes, que se expresan finalmente con contracciones uterinas y cambios cervicales.

El factor de riesgo más claramente definido es el antecedente de parto prematuro en una gestación previa. Se ha visto que una mujer que ha tenido un parto prematuro previo tiene casi seis veces más probabilidad de sufrir un parto prematuro en el embarazo actual que la mujer que carece de ese antecedente. Se ha reportado que este riesgo se correlaciona con el número de partos prematuros anteriores y tiende a incrementarse fuertemente cuanto menor sea la edad del parto prematuro anterior.

Otros factores asociados a parto prematuro son el embarazo múltiple en la actual gestación, la insuficiencia cervical y las malformaciones uterinas.

Otros factores de riesgo posibles incluyen:

- Edades maternas extremas (menores de 15 años, mayores de 35),
- Tabaco, alcohol y drogas,
- Infecciones genitourinarias,
- Diabetes mellitus,
- Hipertensión arterial,
- Falta de APN o APN tardíos.

De todos estos factores de riesgo, algunos son potencialmente modificables durante el embarazo mientras que otros no lo son; las posibilidades de acción se basan en intentar controlar o eliminar aquellos factores modificables.

Existe reciente evidencia que sugiere que el tamizaje con ecografía transvaginal entre las 18 y 24 semanas debería ser ofrecido a todas las embarazadas con feto único, en ausencia de factores de riesgo para prematuridad. Si la longitud cervical es 25 mm, la progesterona vaginal debería ser recomendada. Sin embargo, antes de recomendar una política universal para estas intervenciones deben considerarse los siguientes elementos: 1) aproximadamente un 2% de la población incluida en los estudios publicados presentaba un cuello ≤ 25 mm; 2) el NNT (número necesario a tratar) con progesterona vaginal para prevenir un parto pretérmino (< 33 semanas) fue de 12. A modo de ejemplo, cada 1000 mujeres tamizadas, se detectarán 20 con cuello corto, y el tratamiento con progesterona vaginal evitaría entre uno y dos recién nacidos de pretérmino (menores de 33 semanas).

Diagnóstico de amenaza de parto prematuro: el diagnóstico se fundamenta en tres aspectos:

- Edad gestacional,
- Contracciones uterinas,
- Estado del cuello uterino.

Edad gestacional: dado que el parto de pretérmino se define en base a una relación temporal, es necesario determinar la edad gestacional como ya se ha manifestado en la definición de caso.

Contracciones uterinas: durante la segunda mitad de la gestación, la palpación del abdomen permitirá reconocer el tamaño y consistencia del útero (tono o tensión) así como la existencia de contracciones espontáneas. Esta palpación deberá realizarse con la embarazada en decúbito lateral, preferentemente izquierdo. Las contracciones normales pueden ser percibidas fácilmente por palpación o por un tocógrafo externo.

En el cuadro 23 se presenta el valor máximo normal (p 90) de la frecuencia de las contracciones por hora según la edad gestacional. Estos valores corresponden a una serie de embarazadas de bajo riesgo, registradas en decúbito lateral, semanalmente hasta el término de la gestación.

Cuadro 23. Contracciones uterinas de acuerdo con la edad gestacional

Edad gestacional (semanas)	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
Número de contracciones por hora (percentil 90)	1	3	5	7	8	8	8	8	9	9	9	9	9

Los valores del cuadro 18 corresponden al percentil 90 y muestran un aumento progresivo de la frecuencia de las contracciones por hora, entre las semanas 26 y 30, que luego se estabiliza. Así, en la semana 32 se podría esperar en el 90% de las embarazadas normales una frecuencia de hasta ocho contracciones por hora. Es interesante destacar que en todos los partos que finalizaron prematuramente y en los que se estudió su patrón de contracciones, este se encontraba aumentado (por encima del percentil 90), antes del desencadenamiento del parto.

Cuando la frecuencia de las contracciones es ligeramente superior a la establecida para el percentil 90 del patrón normal con la embarazada acostada y quedan dudas acerca del diagnóstico de posible patrón contráctil alterado, se procederá a esperar una hora y si el patrón de contracciones aumentado persiste, se hará la consulta o la referencia de la madre al nivel que corresponda. Estos valores se encuentran impresos en varias de las tecnologías del CLAP/SMR, como el gestograma (figura 1) y la cinta obstétrica (figura 2).

Estado del cuello uterino: los principales signos a tener en cuenta son el borramiento, la dilatación y la posición del cuello. El acortamiento o borramiento del cuello de un 50% o más, la dilatación de uno o más centímetros y la centralización del cuello son elementos orientadores de una amenaza de parto prematuro. De todas maneras, los cambios cervicales aislados pueden resultar insuficientes para establecer el diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

Por lo tanto, en ausencia de sintomatología, el examen pélvico rutinario prenatal no evalúa con precisión la edad gestacional, ni predice con precisión el nacimiento prematuro o desproporción cefalopélvica y no se recomienda.

Tratamiento: cada vez que sea posible identificar una causa como la responsable de la amenaza de parto prematuro se realizará el tratamiento etiológico (por ejemplo: antibióticos en las infecciones urinarias, cerclaje en la insuficiencia cervical, etc.). Pero por tratarse de un síndrome, en muchas ocasiones no habrá posibilidad de hacer tratamiento etiológico y solo se podrá hacer tratamiento sintomático (como el uso de inductores de maduración pulmonar). El tratamiento sintomático tiene por finalidad disminuir o detener las contracciones uterinas anormales, al tiempo de estimular la madurez pulmonar fetal con corticoides en el segundo o tercer nivel de atención.

La administración de corticoides antenatales a pacientes con riesgo de parto prematuro (Ver N-077, APP), ha sido una recomendación por la OMS como una intervención prioritaria en la prevención de la morbi-mortalidad neonatal de causa respiratoria. Diversas revisiones sistemáticas en años recientes, concluyen que el tratamiento con un solo ciclo de corticoides antenatales (en comparación con pacientes a quienes no se les administro ningún inductor de maduración pulmonar), reducen significativamente la frecuencia condiciones perinatales adversas.

Esquemas a utilizar

- Dexametazona: (NE-la, GR-A). 6mg IM c/12hrs por 4 dosis, entre las 23-36 semanas 6 días de gestación, y en cesáreas programadas antes de las 39 semanas. (Ver capítulo Maduración Pulmonar N-109, Protocolo para el abordaje de las Complicaciones Obstétricas)
- Betametasona: 12 mg IM cada 24 horas por 02 dosis.

Ambos corticoides deben utilizarse en pacientes con factores de riesgo y ante el riesgo INMINENTE de parto pretérmino).

Para la Predicción del Parto Pretérmino, se ha elaborado un formato que permitirá obtener una evaluación ecográfica transvaginal de cérvix uterino en el embarazo. Ver Anexo 6

PARA AMPLIAR EL TEMA USO DE CORTICOIDES ANTENATALES COMO INDUCTORES DE MADURACIÓN PULMONAR REVISAR LA SECCION ESPECIAL DE LA NORMATIVA 109 PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS, DEL MINSA. AÑO 2018

Acción 20. Pesquisar alteraciones de la presión arterial y factores de riesgo de trastornos hipertensivos de la presión arterial.

- Tareas 20.1. Hipertensión previa al embarazo
20.2. Hipertensión gestacional y preeclampsia
20.3. Hipotensión arterial**

La hipertensión en el embarazo es una complicación común y potencialmente peligrosa para la madre, el feto y el recién nacido. En muchos países suele ser la primera causa de mortalidad materna. Puede presentarse sola o asociada con edemas y proteinuria, aunque la presencia de edema es algo habitual en las embarazadas. **La proteinuria es un indicador de severidad y puede aparecer tarde.**

En el otro extremo, la hipotensión arterial materna también se puede asociar con mayor mortalidad fetal, neonatal y con neonatos pequeños para la edad gestacional (PEG).

En el cuadro 24 se resumen los principales daños que se asocian con valores anormales de la presión arterial materna durante el embarazo.

Cuadro 24. Presión arterial y complicaciones perinatales

Complicaciones	Maternas	Fetal – ovular	Neonatal
Hipertensión Diastólica ≥ 90 mm Hg Sistólica ≥ 140 mm HG	Alteraciones del sistema de coagulación Hemolisis Hemorragia cerebral Insuficiencia hepática Insuficiencia renal Mortalidad aumentada	Aborto Desprendimiento normoplacentario Restricción del crecimiento fetal (RCF) Perdida del bienestar fetal agudo intraparto Oligoamnios Mortalidad aumentada	Pequeño para la edad gestacional (PEG) Pretérmino Síndrome de dificultad respiratoria Depresión neonatal Mortalidad aumentada
Hipotensión Diastólica < 55 mm Hg Sistólica < 90 mm HG	Lipotimias y desmayos	Restricción del crecimiento fetal (RCF) Mortalidad aumentada	Pequeño para la edad gestacional (PEG) Mortalidad aumentada

Factores que pueden modificar los valores de la presión arterial: los valores de presión arterial que se obtienen pueden diferir según la gestante esté sentada, en decúbito supino o en decúbito lateral. Existen además factores del operador o del instrumento que se pueden controlar con una correcta metodología de medición de la presión arterial. El esfigmomanómetro debe ser controlado periódicamente con relación al estado de sus diferentes partes: manguito, brazalete, tubos, válvulas, y si fuese de tipo aneroide, en este control se deberá incluir la calibración comparando las medidas con las de un manómetro de mercurio dispuesto en paralelo. No son recomendables los manómetros aneroides con tope en el extremo inferior de la escala.

Se debe realizar la pesquisa para preeclampsia de forma rutinaria mediante medición de la presión arterial materna en todas las visitas de atención prenatal. Ver *Técnicas para medir la presión arterial en Anexo 7*.

Modificaciones fisiológicas durante el embarazo: las cifras tensionales tienen sus valores más bajos entre las semanas 16 y 20, y se incrementan hacia el final de gestación; este aumento es más notorio en los niveles de presión arterial diastólica. Por otra parte, los valores alterados de presión arterial diastólica tienen mayor valor pronóstico que los de la sistólica.

Se considera hipertensión cuando:

- Los valores de presión diastólica son de 90 mmHg o mayores.
- Los valores de presión sistólica son de 140 mmHg o mayores.

El aumento de la presión sistólica de más de 30 mmHg o de la presión diastólica más de 15 mmHg, respecto a los valores normales de esa mujer fuera del embarazo no debe considerarse hipertensión per se, pero debe alertar al clínico sobre un seguimiento más riguroso de la mujer.

En caso de registrarse valores anormales, se debe repetir la toma de presión arterial con la mujer sentada luego de una hora de reposo en decúbito lateral. Si los valores de la segunda medida se encuentran dentro de límites normales, la gestante no deberá ser catalogada como hipertensa y deberá ser citada para control según el cronograma habitual.

La Hipertensión arterial en el embarazo es el conjunto de estados patológicos que ocurren en el embarazo o puerperio que pueden ser clasificadas en 4 categorías⁴⁷:

1. **Pre eclampsia-Eclampsia (CIE10 O14 - O15)**
2. **Hipertensión Arterial Crónica (CIE10 - O10)**
3. **Hipertensión Arterial Crónica con Pre eclampsia agregada (CIE10 - O11)**
4. **Hipertensión Gestacional (CIE10 O12 - O13)**

Se considera hipotensión cuando:

- Los valores de presión diastólica son menores de 65 mmHg.
- Los valores de presión sistólica son menores de 90 mmHg.

La presión arterial se medirá en cada consulta para pesquisar la hipertensión o la hipotensión materna. Para descartar la hipertensión previa a la gestación, es conveniente comenzar los controles de presión arterial antes de las 20 semanas de gestación.

Cuadro 25. Factores de riesgo para desarrollo de Preeclampsia⁴⁸:

Factor de riesgo	Riesgo relativo (RR)
Síndrome Antifosfolípidos	9.72
Antecedente personal de preeclampsia	7.19
Diabetes pregestacional	3.56
Embarazo múltiple	2.93
Nuliparidad	2.91
Antecedente familiar de preeclampsia	2.90
Índice de masa corporal > 30	2.47
Edad mayor de 40 años	1.96

Otras: Antecedentes de trombofilias, Enfermedades autoinmunes, Adolescencia, Enfermedad renal crónica

* Riesgo Relativo (RR) es la razón de probabilidad que ocurre un evento en un grupo expuesto a un factor de riesgo a la probabilidad que ocurre el mismo evento en un grupo no expuesto. Por ejemplo, las pacientes que tienen el antecedente de pre eclampsia en embarazos anteriores tienen 7.19 veces más probabilidad de desarrollar pre eclampsia en los siguientes embarazos en comparación a mujeres que no han presentado la patología anteriormente.

Prevención: la principal medida preventiva es estimular la atención prenatal precoz, periódico y completo, con el objetivo de remover aquellos factores de riesgo modificables que se asocien con la hipertensión arterial.

Otras medidas de salud pública incluyen:

- En poblaciones con baja ingesta de calcio en la dieta y en mujeres con alto riesgo de preeclampsia, la administración diaria de suplementos de calcio (1,5 g-2,0 g de calcio elemental por vía oral, a partir de las 12 S/G) para reducir el riesgo de preeclampsia⁴⁹. (**Recomendación en contextos específicos**)
- También se recomienda para las poblaciones con factores de riesgo la prescripción de aspirina 100 mg cada noche, comenzando a partir de las 11 S/G y antes de las 16 semanas y hasta las 36 semanas.

⁴⁷ ACOG. (2013). Hypertension in Pregnancy Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. [Executive Summary]. The American College of Obstetricians and Gynecologists, 122(5),1122-1131.

⁴⁸ Duley L, Henderson-Smart DJ, Meher S, King JF. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.:CD004659.

⁴⁹ Se pueden consultar orientaciones complementarias en las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia (2011) (57) en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spapdf

- Iniciar aspirina después de las 16 semanas no tienen ningún beneficio ni utilidad clínica.
- Si la mujer debutá 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).

Predicción: hasta el momento no existe una prueba de tamizaje confiable para anticipar el desarrollo de una preeclampsia. Sin embargo, se debe considerar la unificación de los siguientes criterios:

1. Antecedentes de pre eclampsia
2. Antecedentes familiares de pre eclampsia
3. Presencia de enfermedad inmunológica
4. IMC: Talla / Peso
5. Arterias uterinas (IP + Notch bilateral)

CONDUCTA: LAS MUJERES GESTANTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DEBERÁN SER ASISTIDAS DE ACUERDO A LA NORMATIVA 109 PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, DEL MINSA

Acción 21. Descartar alteraciones en el crecimiento fetal

Tareas 21.1. Evaluación del crecimiento fetal por medio de la altura uterina

- 21.2. Ganancia de peso
- 21.3. Ecografía

Las alteraciones en el crecimiento fetal pueden ser por déficit (restricción del crecimiento fetal – RCF) o por exceso (macrosomía fetal).

Restricción del crecimiento intrauterino: un feto tiene una RCF cuando su crecimiento es menor que el esperado para la edad gestacional. Si naciese en ese momento, se estima que su peso sería menor que el valor del percentil 10 de los patrones normales de peso neonatal en función de la edad gestacional.

En un sentido estricto, no todos los/as niños/as que al nacer pesen menos que los valores correspondientes al percentil 10 son RCF (puede tratarse de niños/as con menor peso que el esperado, pero con un potencial de crecimiento normal). En nuestros países la prevalencia del RCF oscila entre el 12% y el 17% de todos/as los/as nacidos/as vivos/as.

Los RCF presentan una tasa de mortalidad perinatal ocho veces mayor y un riesgo de asfixia siete veces superior cuando se los compara con los/as recién nacidos/as de peso adecuado para la edad gestacional, y esto es aún más grave cuando la RCF se asocia con prematuridad. Los neonatos con RCF pueden presentar hipoglucemias, hipocalcemia, policitemia y estrés por enfriamiento. En edades más avanzadas puede observarse dificultad en el aprendizaje y trastornos en su fisiología y metabolismo que se manifestarán en la edad adulta por diabetes, obesidad, hipertensión y enfermedad coronaria.

Cuadro 26. Factores que se asocian con mayor frecuencia a la RCF:

• RCF en embarazo anterior	• Hábito de fumar	• Consumo de alcohol
• Consumo de drogas	• Insuficiente peso materno al inicio del embarazo	• Insuficiente aumento ponderal durante la gestación
• Hipertensión arterial previa o inducida por el embarazo	• Síndromes trombolíticos	• Embarazo múltiple
• Anemia materna	• Infecciones intrauterinas	• Placenta previa
• Diabetes con vasculopatía	• Defectos congénitos	

Macrosomía fetal: un feto es macrosómico (grande para su edad gestacional) cuando al nacer tiene un peso mayor que el valor del percentil 90 de los patrones de peso neonatal en función de la edad gestacional.

La macrosomía fetal tiene un riesgo de muerte perinatal, a partir de las 35 semanas, cuatro veces mayor que el de los/as recién nacidos/as de peso adecuado. También tiene una frecuencia mayor de parto instrumental, distocia de hombros, perdida del bienestar fetal intraparto, depresión neonatal y secuelas neurológicas. Estos/as niños/as tienen una peor adaptación a la vida extrauterina (enfermedad de membrana hialina, dificultad respiratoria transitoria y/o hipoglucemias).

Factores que se asocian con mayor frecuencia a la macrosomía fetal:

- Macrosomía en embarazo anterior
- Diabetes materna no vascular
- Isoinmunización Rh
- Madre obesa con excesivo aumento ponderal durante la gestación

Tecnologías para medir el crecimiento fetal

Las tecnologías más usadas son la evaluación del incremento de la altura uterina, la evaluación de la ganancia de peso materno y la antropometría fetal por ecografía.

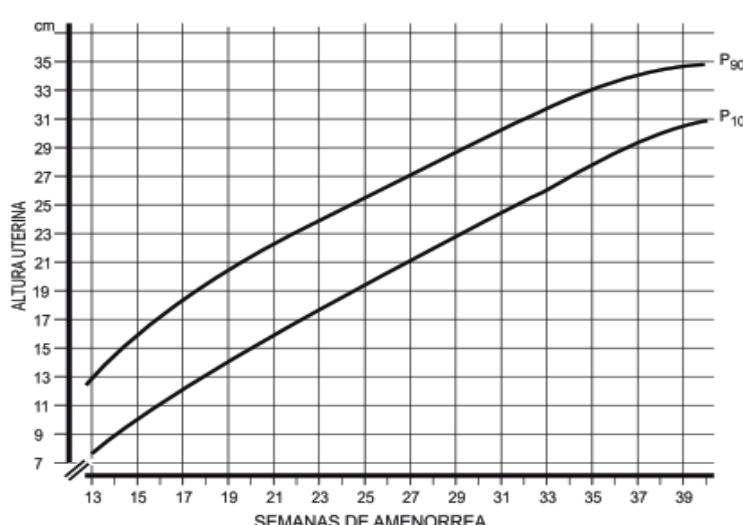
Debe destacarse que el antecedente obstétrico de pequeño/a para la edad gestacional (PEG) o de macrosomía fetal en una gestación anterior aumenta aproximadamente cuatro veces el riesgo de que el evento se repita en el embarazo actual.

Evaluación del incremento de la altura uterina: el feto aumenta su tamaño con la edad gestacional y ese crecimiento se mide clínicamente mediante la medición de la altura uterina con una cinta métrica flexible e inextensible, desde el pubis hasta el fondo uterino (determinado por palpación) (figura 13). En el CLAP/SMR se han desarrollado curvas de altura uterina en función de la edad gestacional en las que los percentiles 10 y 90 marcan los límites de la normalidad (figura 14).

No se recomienda sustituir la palpación abdominal por la medición de la altura uterina a efectos de evaluar el crecimiento fetal⁵⁰.

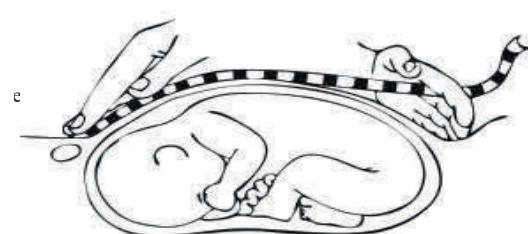
PATRONES NORMALES DE LA ALTURA UTERINA EN FUNCIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL.

Figura 13. Gráfico de altura uterina en función de la edad gestacional



Estas curvas fueron diseñadas con poblaciones latinoamericanas normales empleando como técnica de medida la siguiente:

Figura 14. Técnica de medida, con cinta entre dedos índice y mayor.



El aumento insuficiente de la altura uterina (cuando se tienen datos confiables de amenorrea y se ha descartado el feto muerto y/o el oligoamnios) permite diagnosticar RCF con una sensibilidad de 56% y una especificidad de 91%.

La sensibilidad de la altura uterina para el diagnóstico de la macrosomía fetal es del 92% y la especificidad de 72%, una vez excluido el embarazo gemelar, el polihidramnios y la mioma tósisuterina.

Existen distintos tipos de medida que generan diferentes valores, por lo cual es imprescindible estandarizar la forma de medir y utilizar patrones normales de referencia que hayan sido elaborados con la misma técnica.

Se coloca el cero de la cinta sobre el borde superior del pubis con una mano, deslizando la cinta entre los dedos índice y mayor de la otra mano, hasta alcanzar el fondo uterino con el borde cubital de esa mano.

Otra forma de medida consiste en colocar el cero de la cinta sobre el borde superior del pubis y colocar la cinta debajo del borde cubital de la mano (figura 15), por lo cual, al describir una curvatura mayor, el valor que se observa es de $1,5 + 0,6$ cm superior en el tercer trimestre de la gestación, si se lo compara con la técnica de medida citada anteriormente. Esta técnica de medida no se corresponde con las tablas diseñadas por el CLAP/SMR.

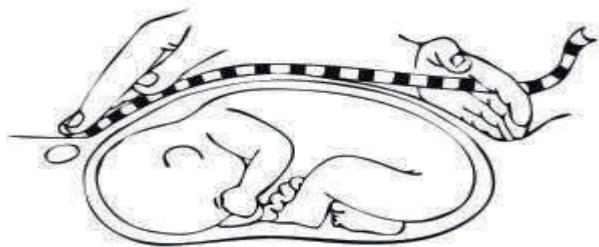


Figura 15. Técnica de medida, con cinta debajo del borde cubital.

El valor hallado en la medición se traslada a la curva de altura para la edad gestacional del carné perinatal.

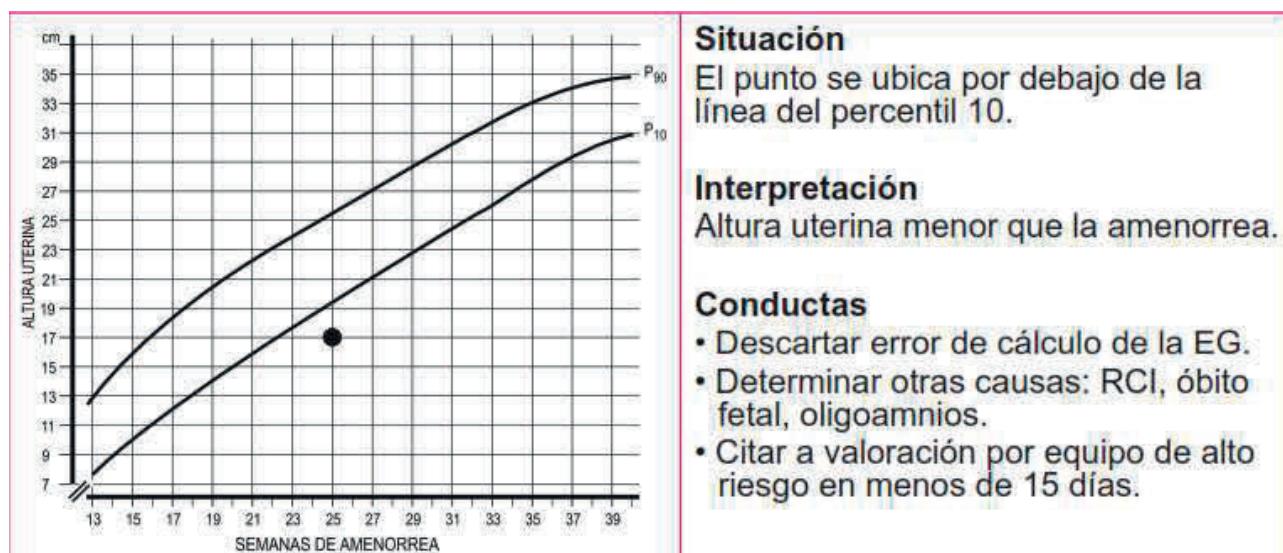
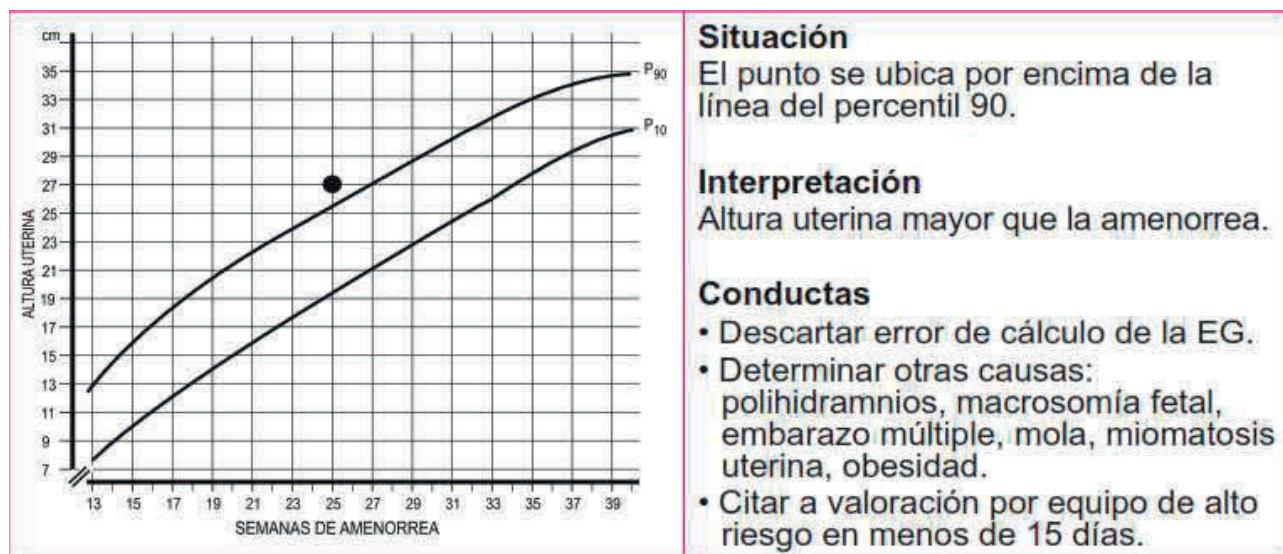
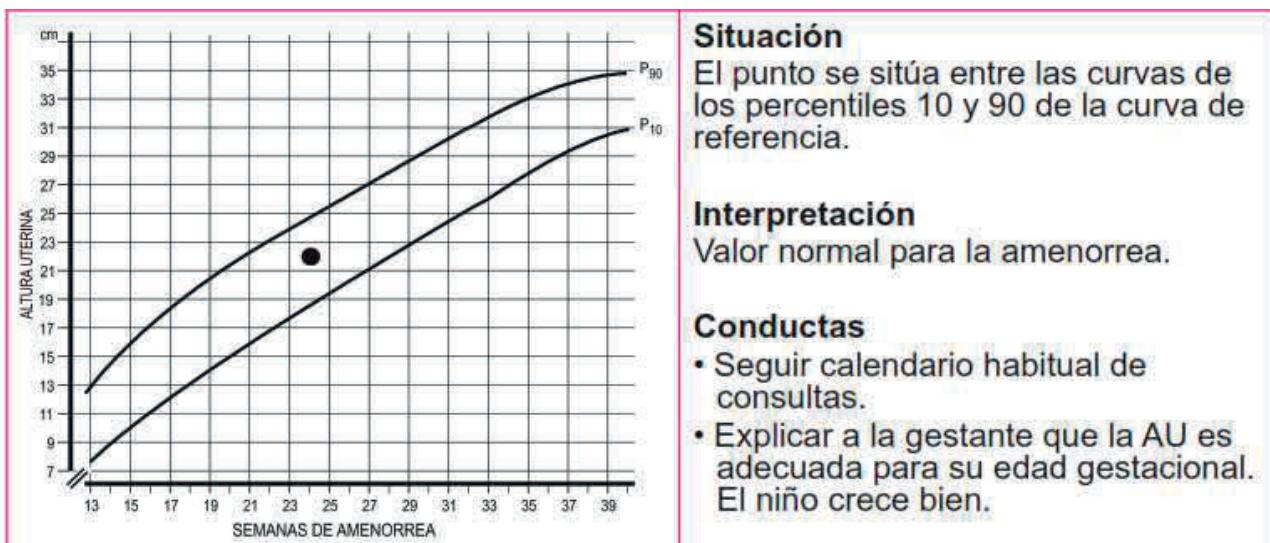
Interpretación.

Valor normal: es el comprendido entre los percentiles 10 y 90 de la curva patrón de altura uterina para la edad gestacional.

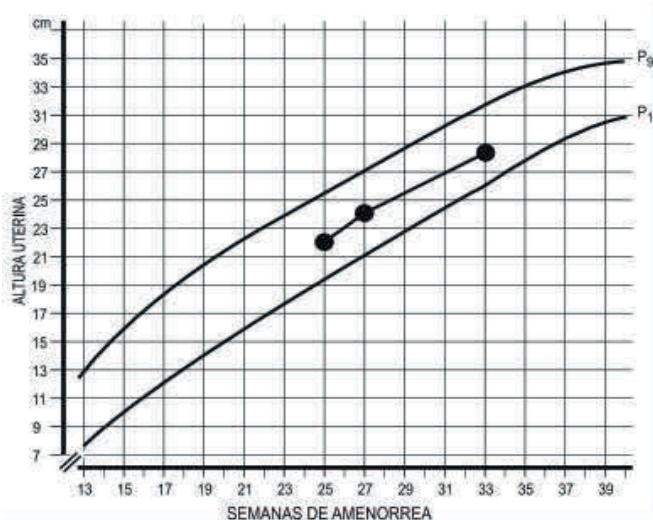
Valor anormal: es el que excede al percentil 90 o está por debajo del percentil 10 de la curva de referencia.

Toda gestante a la que se identifique una alteración en el crecimiento de la altura uterina con respecto a las curvas de referencia para la edad gestacional o alteración en el crecimiento por fotometría (USG), deberá ser referido para valoración especializada.

Figura 16. Ejemplos de la Evaluación de la Relación Altura Uterina (AU) - Edad Gestacional (EG) en la primer Atención Prenatal



EJEMPLOS DE LA EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN ALTURA UTERINA (AU) - EDAD GESTACIONAL (EG) EN LA PRIMERA CONSULTA



Situación

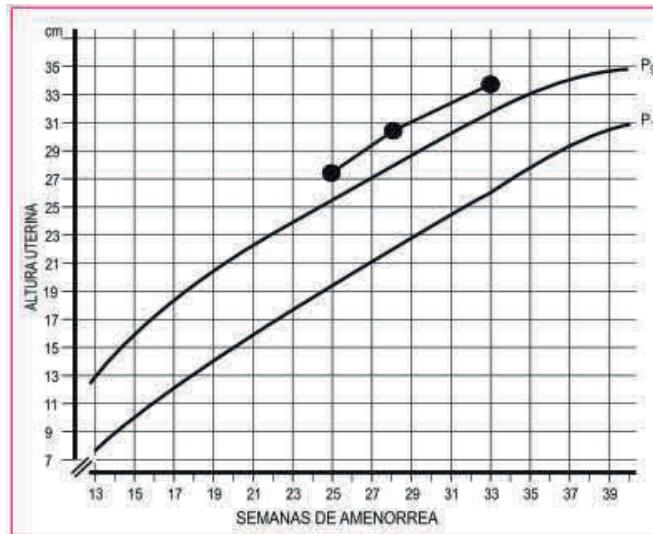
La línea transcurre entre las curvas de los percentiles 10 y 90.

Interpretación

Crecimiento normal.

Conductas

- Seguir calendario habitual de consultas.
- Explicar a la gestante que el crecimiento es normal.



Situación

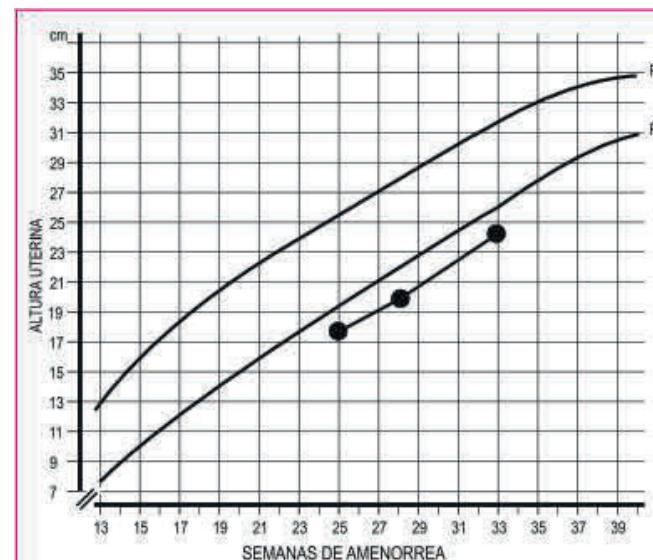
La línea transcurre por encima de la línea del percentil 90.

Interpretación

Possible error de EG con crecimiento normal.

Conductas

- Descartar error de cálculo de la EG.
- Evaluar por equipo de alto riesgo en menos de 15 días para descartar macrosomía, polihidramnios, etc.



Situación

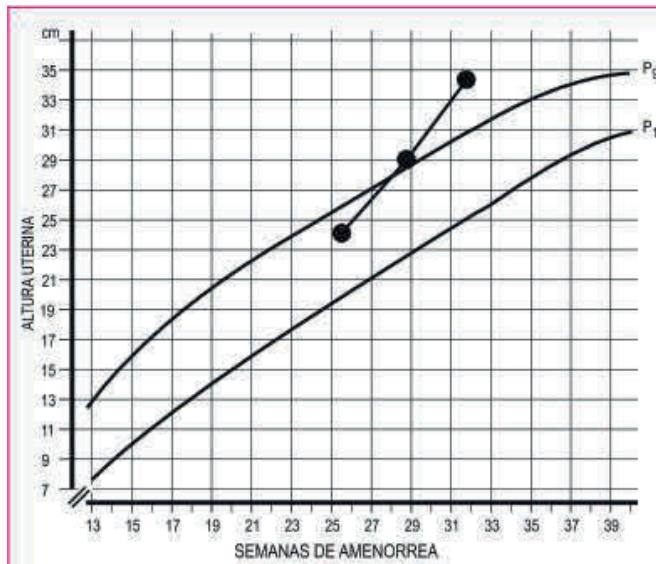
La línea transcurre por debajo de la línea del percentil 90.

Interpretación

Possible error de EG con crecimiento normal.

Conductas

- Descartar error de cálculo de la EG.
- Evaluar por equipo de alto riesgo en menos de 15 días para descartar oligoamnios o RCI.



Situación

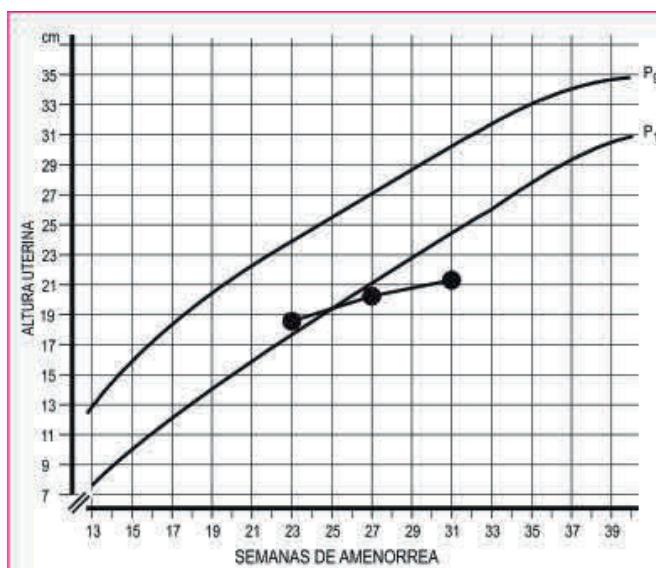
La línea asciende desde la faja de la normalidad (p 10-p 90)

Interpretación

Crecimiento anormal en más.

Conductas

- Derivar a control de alto riesgo en menos de 15 días para descartar polihidramnios, macrosomía, embarazo múltiple, etc.



Situación

La línea desciende desde la faja de la normalidad (p 10-p 90)

Interpretación

Crecimiento anormal en menos. Posible RCI.

Conductas

- Derivar a control de alto riesgo en menos de 15 días.

Evaluación de la ganancia de peso materno: la sospecha de RCF se reafirma además de una altura uterina menor que el p 10 existe una ganancia de peso materna menor que el p 25 o un peso materno para la talla menor que el p 10. La asociación de altura uterina en paralelo con la ganancia de peso de la madre durante la gestación tiene una alta sensibilidad (75%) para predecir PEG, solo superada por el perímetro abdominal fetal medido por ecografía (94%).

Conducta: los casos con sospecha clínica de RCF, excluido el oligoamnios, el error de amenorrea, etc., deberán ser confirmados por ecografía para descartar los falsos positivos, y una vez confirmado el diagnóstico se deberá referir a estas gestantes consulta de alto riesgo.

Tratamiento: los casos en los que se diagnostique RCF deberán ser asistidos en el nivel de alto riesgo. Mientras la embarazada continúe su atención en el primer nivel se deberá indicar:

- Medidas generales: suspender tabaco, alcohol y drogas. Calmar la ansiedad y mejorar la nutrición.

- Aumentar el flujo útero-placentario: dosis bajas (80 mg/día) de ácido acetilsalicílico.
- Tratar patología materna si existe: el tratamiento de la hipertensión arterial y la anemia (por hemorragia, carencias u otras enfermedades) y el control de la diabetes, pueden generar un crecimiento de recuperación.

En los embarazos de término el tratamiento ideal consistirá en la finalización de la gestación por la vía más adecuada. Esto será determinado en cada caso clínico en particular. La conducta obstétrica en los embarazos de pretérmino someterá a los equipos a la disyuntiva de extraer un niño/a inmaduro con riesgo de muerte neonatal o secuelas y mantenerlo hasta alcanzar la madurez y correr el riesgo de que se produzca una muerte fetal. De la misma manera, la vía del parto se definirá en función de la edad gestacional y de la salud fetal y la tolerancia a las contracciones uterinas. En los casos de embarazos de pretérmino, el tratamiento con corticoides para inducir la maduración pulmonar fetal es un recurso fundamental.

PARA AMPLIAR EL TEMA DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO, REVISAR LA NORMATIVA 077 PROTOCOLO PARA EL ABORDAJE DEL ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, DEL MINSA.

Acción 22. Detectar precozmente el embarazo múltiple para prevenir sus complicaciones

Tarea 22.1. Diagnóstico del número de fetos y corionicidad

Embarazo múltiple: la frecuencia del embarazo doble o gemelar (el más común de los embarazos múltiples) oscila en uno cada 80 a 120 nacimientos únicos. Con la introducción de las técnicas de estimulación de la ovulación y la fertilización in vitro en mujeres con trastornos de la fertilidad, se ha incrementado el número de las gestaciones múltiples. A pesar de esto, la frecuencia de embarazos múltiples en el total de nacimientos oscila entre 1,5 y 2%.

De los embarazos dobles, un tercio son monocigóticos o gemelos idénticos y dos tercios son bicigóticos o fraternos. La influencia de la edad materna, la paridad, la herencia, la raza y los medicamentos se expresa únicamente en los embarazos múltiples bicigóticos, tal como se muestra en el cuadro 27.

Cuadro 27. Influencia de algunos factores sobre la frecuencia de embarazos múltiples bicigóticos

Paridad	1.27% en primer parto; 2.7% en cuarto parto
Herencia	Antecedentes maternos aumentan de 2 a 4 veces la probabilidad
Drogas anticonceptivas	Posanovulatorios orales en el mes siguiente a su interrupción
Drogas inductoras de la ovulación	Gonadotrofina coriónica humana, clomifeno
Raza	Negra – 1 c/79; blanca – 1 c/50; amarilla – 1 c/150

La duración del embarazo y el peso de los/as recién nacidos/as son menores cuando se los compara con embarazos únicos. El valor medio de edad gestacional al parto es de unas tres semanas menor y el valor medio del peso al nacer es 1000 g menor en los embarazos múltiples.

En maternidades públicas con poblaciones de condición socioeconómica baja, aproximadamente la mitad de los embarazos múltiples terminan en partos de pretérmino (menos de 37 semanas). De los que llegan a término, más de la mitad sufren una RCF. La asfixia grave al primer y al quinto minuto de vida es tres y cuatro veces, respectivamente, mayor que en los partos únicos.

Cuadro 28. Patologías que se asocian con embarazo múltiple

• Maternas	• Fetales	• Neonatales
• Anemias	• Malformaciones	• Pretérmino
• Preeclampsia	• RCF	• PEG
• Accidentes placentarios	• SFA intraparto	• Depresión neonatal al primero y quinto minuto
• Polihidramnios	• Presentaciones anormales	• Hemorragia por atonía uterina

La mortalidad neonatal en los embarazos múltiples es cuatro veces más alta que en los embarazos únicos. La morbilidad también es mayor que en los embarazos únicos, la incidencia de retraso en el desarrollo físico y mental y la parálisis cerebral están aumentadas en estos niños/as.

Diagnóstico de embarazo múltiple

Sospecha:

- Antecedentes familiares maternos o personales de embarazo múltiple.
- Toxemia temprana en el embarazo.
- Hiperémesis.
- Tratamiento previo al actual embarazo con estimulantes de la ovulación.

Presunción:

- Útero de mayor tamaño que el esperado para la edad gestacional.
- Altura uterina por encima del p90 de la curva de altura uterina según edad gestacional.
- Palpación de numerosas partes fetales.
- Palpación de más de dos polos fetales.
- Palpación de dos polos fetales iguales (dos polos cefálicos o dos podálicos).
- Palpación de dos polos fetales distintos, muy cerca o muy lejos uno del otro como para corresponder al mismo feto.
- Auscultación de más de un foco de latidos fetales con frecuencia diferente.

Certeza:

- Visualización de dos fetos por ecografía.
- Detección de dos registros simultáneos de frecuencia cardíaca fetal no sincrónicos.

Diagnóstico diferencial: descartado el diagnóstico de embarazo múltiple, a veces una discordancia en más, entre la altura uterina y la amenorrea, es explicada por una macrosomía fetal, un polihidramnios, o una miomatosis uterina. Tanto el polihidramnios como la macrosomía fetal pueden ser consecuencia de una diabetes del embarazo (ya sea gestacional o no).

Conducta: con diagnóstico confirmado de embarazo múltiple, la gestante debe ser referida para su ulterior control en alto riesgo, y la atención del parto se efectuará en un nivel de mayor complejidad.

En cada APN se debe brindar consejería en lactancia materna, plan de parto, planificación familiar, nutrición durante el embarazo, Amor para los más Chiquitos, uso de casa materna, importancia de cada APN, parto institucional, identificación de señales de peligro durante el embarazo, parto, RN y puerperio, además de la prevención de ITS y VIH y violencia basada en género.

SEGUNDA ATENCIÓN PRENATAL

La segunda APN debe programarse entre las **16 y 20 S/G**. 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 registrarlos 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.

Acciones y tareas a realizar:

No.	Acciones específicas	Tareas propuestas
3	Obtener datos para planificar el cuidado prenatal, la atención del parto, el puerperio y el recién nacido.	3.1 Uso de la Historia Clínica Perinatal/Carné Perinatal. 3.2 Empleo del Sistema Informático Perinatal.
4	Conocer información relevante del embarazo.	4.1 Anamnesis. Evaluación del riesgo perinatal. 4.2 Interrogatorio sobre estilos de vida de riesgo: tabaquismo (activo y pasivo), drogas, alcohol y violencia.
6	Evaluar el estado nutricional materno.	6.1 Medición del peso y de la talla materna. 6.2 Cálculo del incremento de peso durante la gestación. 6.3 Orientación nutricional.
7	Evitar infecciones prevenibles por inmunización.	7.1 Tétanos. 7.2 Influenza.
8	Evitar otras infecciones de transmisión vertical durante el embarazo.	8.3 Zika. 8.5 Enfermedad de Chagas. 8.6 Paludismo.
9	Evitar otras infecciones.	9.1 Moniliasis vulvo-vaginal. 9.2 Vaginosis bacteriana. 9.3 Tricomoniasis. 9.4 Gonococia. 9.5 Clamidiasis. 9.6 Herpes simple.
14	Prevenir, detectar y tratar la anemia materna.	14.1 Determinar niveles de hemoglobina. 14.2 Administración de hierro y ácido fólico.
17	Brindar contenidos educativo-informativos para el parto y la crianza.	17.1 Preparación para el parto. 17.2 Consejería para el amamantamiento. 17.3 Consejería y promoción de anticoncepción
18	Confirmar la existencia de vida fetal.	18.1 Pesquisar movimientos fetales. 18.2 Detectar latidos cardíacos fetales.
20	Pesquisar alteraciones de la presión arterial.	20.1 Hipertensión previa al embarazo. 20.2 El síndrome de hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia). 20.3 Hipotensión arterial.

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 relacionado a: dolor, sangrado, “flujo vaginal” (líquido amniótico, ITS), signos y síntomas de anemia severa.

Implementar las siguientes intervenciones

- Revisar realización de exámenes de laboratorio indicados en la primera atención.
- Dar tratamiento para resultados positivos de EGO y RPR.
- De tenerse la sospecha de embarazo gemelar deberá referirse para ecografía lo más temprano posible. De confirmarse el diagnóstico deberá darse su seguimiento en nivel de mayor resolución y seguimiento de ARO.
- Valorar anomalías congénitas.
- En cada APN se debe brindar consejería en LM, Plan de Parto, Planificación Familiar, APN, Alimentación y Nutrición durante el embarazo, Uso de la Casa Materna, Parto Institucional e Identificación de Señales de Peligro durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del/la RN, Prevención de ITS y VIH y Prevención de VBG. Para más consejos preguntas, respuestas y programación de la próxima atención. Ver *Acápite de Educación, Promoción y Prevención*.

TERCERA ATENCIÓN PRENATAL

La tercera atención debe realizarse entre las **24 y 26 semanas de embarazo** 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 APN y la duración debería extenderse el tiempo que sea necesario. La cervicometría debería ser ofrecido a todas las embarazadas con feto único, en ausencia de factores de riesgo para prematuros.

Se debe actualizar el Formulario de Clasificación del Riesgo.

Algunas embarazadas tendrán su parto antes de la siguiente atención programada. Se debe aconsejar a la embarazada sobre los síntomas y signos de los pródromos del trabajo de parto normal o de un parto pretérmino, y la asociación de este 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.

Acciones y tareas a realizar:

No.	Acciones específicas	Tareas propuestas
3	Obtener datos para planificar el cuidado prenatal, la atención del parto, el puerperio y el recién nacido.	3.1 Uso de la Historia Clínica Perinatal/Carné Perinatal. 3.2 Empleo del Sistema Informático Perinatal.
4	Conocer información relevante del embarazo.	4.1 Anamnesis. Evaluación del riesgo perinatal. 4.2 Interrogatorio sobre estilos de vida de riesgo: tabaquismo (activo y pasivo), drogas, alcohol y violencia.
5	Fijar un cronograma que permita planificar las consultas y las actividades de la atención prenatal.	5.1 Determinación de la edad gestacional y de la fecha probable de parto.
6	Evaluuar el estado nutricional materno.	6.1 Medición del peso y de la talla materna. 6.2 Cálculo del incremento de peso durante la gestación. 6.3 Orientación nutricional.
8	Evitar otras infecciones de transmisión vertical durante el embarazo.	8.1 Toxoplasmosis. 8.2 VIH. 8.4 Sífilis.
9	Evitar otras infecciones.	9.1 Moniliasis vulvo-vaginal. 9.2 Vaginosis bacteriana.

		9.3 Tricomoniasis. 9.4 Gonococia. 9.5 Clamidiasis. 9.6 Herpes simple.
13	Pesquisar una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal.	13.1 Determinación del grupo sanguíneo y el factor Rh.
14	Prevenir, detectar y tratar la anemia materna.	14.1 Determinar niveles de hemoglobina. 14.2 Administración de hierro y ácido fólico.
15	Descartar proteinuria, glucosuria y bacteriuria.	15.1 Examen de orina y urocultivo. 15.2 Urocultivo para la detección de bacteriuria asintomática. 15.3 Tratamiento de la bacteriuria asintomática.
16	Detectar diabetes mellitus clínica y gestacional.	16.1 Determinación de glucemia y prueba de tolerancia oral a la glucosa.
17	Brindar contenidos educativo-informativos para el parto y la crianza.	17.1 Preparación para el parto. 17.2 Consejería para el amamantamiento. 17.3 Consejería y promoción de anticoncepción
18	Confirmar la existencia de vida fetal.	18.1 Pesquisar movimientos fetales. 18.2 Detectar latidos cardíacos fetales.
20	Pesquisar alteraciones de la presión arterial.	20.1 Hipertensión previa al embarazo. 20.2 El síndrome de hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia). 20.3 Hipotensión arterial.
21	Descartar alteraciones en el crecimiento fetal.	21.1 Evaluación del crecimiento por medición de la altura uterina, ganancia de peso materno, ecografía.

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

- 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.

Además de lo realizado en la primera y segunda atención prenatal, revisar lo relacionado a:

- Indicar Albendazol 400 mg. Vía oral, dosis única.
- En cada APN se debe brindar consejería en LM, Plan de Parto, Planificación Familiar, APN, Alimentación y Nutrición durante el embarazo, Uso de la Casa Materna, Parto Institucional e Identificación de Señales de Peligro durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del/la RN, Prevención de ITS y VIH y Prevención de VBG.
- 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. Para más consejos, preguntas, respuestas y programación de la próxima atención. Ver *Acápite de Educación, Promoción y Prevención*
- En el caso de los y las adolescentes hablar de Maternidad y Paternidad responsable, continuidad de proyectos de vida después del parto.

CUARTA ATENCIÓN PRENATAL

La cuarta atención, tiene lugar en la **semana 30 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 se han presentado desde la anterior 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 ingestión de otros medicamentos, diferentes al hierro, ácido fólico, calcio y aspirina.

Se debe actualizar el Formulario de Clasificación del Riesgo.

Acciones y tareas a realizar:

No.	Acciones específicas	Tareas propuestas
3	Obtener datos para planificar el cuidado prenatal, la atención del parto, el puerperio y el recién nacido.	3.1 Uso de la Historia Clínica Perinatal/Carné Perinatal. 3.2 Empleo del Sistema Informático Perinatal.
5	Fijar un cronograma que permita planificar las consultas y las actividades de la atención prenatal.	5.1 Determinación de la edad gestacional y de la fecha probable de parto.
9	Evitar otras infecciones.	9.1 Moniliasis vulvo-vaginal. 9.2 Vaginosis bacteriana. 9.3 Tricomoniasis. 9.4 Gonococcia. 9.5 Clamidiasis. 9.6 Herpes simple.
14	Prevenir, detectar y tratar la anemia materna.	14.1 Determinar niveles de hemoglobina. 14.2 Administración de hierro y ácido fólico.
17	Brindar contenidos educativo-informativos para el parto y la crianza.	17.1 Preparación para el parto. 17.2 Consejería para el amamantamiento. 17.3 Consejería y promoción de anticoncepción
18	Confirmar la existencia de vida fetal.	18.1 Pesquisar movimientos fetales. 18.2 Detectar latidos cardíacos fetales.
20	Pesquisar alteraciones de la presión arterial.	20.1 Hipertensión previa al embarazo. 20.2 El síndrome de hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia). 20.3 Hipotensión arterial.
21	Descartar alteraciones en el crecimiento fetal.	21.1 Evaluación del crecimiento por medición de la altura uterina, ganancia de peso materno, ecografía.
23	Pesquisar presentaciones fetales anormales.	23.1 Examen de presentación fetal.

Acción 23. Pesquisar presentaciones fetales anormales

Tarea 23.1. Diagnóstico de presentación fetal

Se define como presentación la parte del feto que se encuentra en contacto con la pelvis materna, capaz de cumplir con un mecanismo de parto. Puede ser la cabeza fetal, (presentación cefálica) o pueden ser los miembros inferiores o las nalgas (presentación pelviana o podálica). Si el que se ofrece a la pelvis es el hombro fetal, se denomina situación transversa y no será capaz de terminar espontáneamente en parto por vía vaginal.

Presentación pelviana o podálica: la frecuencia de la presentación pelviana en embarazadas de término, con feto único, de peso igual o mayor que 2500 g varía entre 2,5 y 3% de los partos. El parto en pelviana se asocia con mayor morbilidad perinatal.

Circunstancias que aumentan la frecuencia de presentación podálica:

- parto de pretérmino
- embarazo múltiple
- polihidramnios
- placenta previa
- anomalías fetales (anencefalia, hidrocefalia, etc.)
- malformaciones uterinas

Situación transversa: su frecuencia es menor que 1 cada 200 partos. Se asocia con las mismas circunstancias que favorecen a la presentación pelviana. Dejada a su evolución espontánea, termina en rotura uterina, muerte materna y fetal.

Diagnóstico de presentación pelviana o situación transversa

Clínico: para efectuar el diagnóstico de la colocación del feto en el útero se recomienda familiarizarse con las maniobras sistematizadas de Leopold.

Primera maniobra: palpando el fondo, se puede identificar el polo fetal que lo ocupa. Si el polo es duro, esférico, regular, pelotea y presenta el surco del cuello y tanto la palpación como el peloteo son dolorosos, se puede asumir que el fondo del útero está ocupado por la cabeza (figura 17). Si se confirma que la cabeza está en el fondo, se habrá hecho entonces, diagnóstico de presentación pelviana.

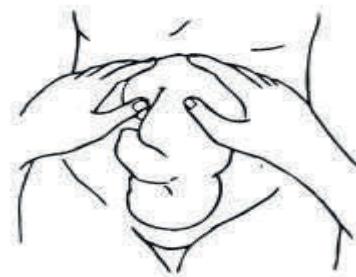


Figura 17. Primera maniobra de Leopold.

Segunda maniobra: palpando los flancos se determina situación y ubicación del dorso fetal. Normalmente, en la situación longitudinal se palpará a un lado el dorso y en el otro el vientre fetal (figura 18). Por el contrario, en la situación transversa se palparán ambos polos fetales, ubicados a ambos lados del vientre materno.

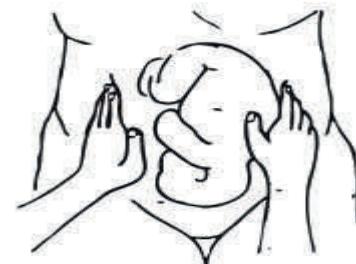


Figura 18. Segunda maniobra de Leopold.

Tercera maniobra: permite palpar el polo que se ofrece a la pelvis (figura 19). En las presentaciones de nalga se podrá encontrar un polo que puede ser grande (nalga completa) o chico (nalga incompleta), pero sea cual fuere la modalidad, el polo será irregular, blando, poco resistente y difícil de hacerlo pelotear. No se reconocerán ni la frente ni el surco del cuello. En caso de situación transversa la pelvis se encontrará vacía.



Figura 19. Tercera maniobra de Leopold.

Cuarta maniobra: permite evaluar el grado de encajamiento de la presentación en la pelvis y el grado de flexión (figura 20). Si los dedos se introducen en una excavación vacía se sospechará situación transversa.

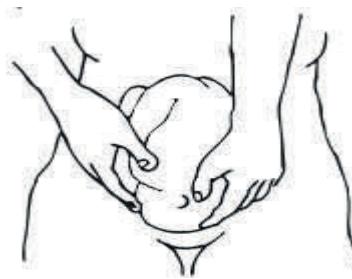


Figura 20. Cuarta maniobra de Leopold.

Paraclínica: si con el examen clínico persisten dudas sobre la ubicación fetal, la ultrasonografía será el método de elección para establecer el diagnóstico. Cuando no se disponga de ultrasonografía, la radiografía (rayos X) puede ser una opción apropiada.

Conducta en la presentación pelviana y la situación transversa: a partir de las 28 semanas se deben determinar la situación y presentación fetal en cada control.

Para disminuir la frecuencia de cesáreas ante el diagnóstico de presentación o situación fetal anormal, es conveniente evaluar el caso por la posibilidad de intentar la acomodación externa del feto, o versión cefálica externa (VCE) previo al comienzo del trabajo de parto.

Se recomienda, en casos de presentación pelviana y transversa al término con feto vivo, la realización de una cesárea.

Se les debe ofrecer programar una cita para la VCE a las 37 semanas a todas las mujeres que tienen un embarazo sin complicaciones de feto único en presentación podálica.

La **versión cefálica externa** debe ser llevada a cabo solo en aquellas mujeres que no tengan contraindicaciones, únicamente por personal capacitado en realizar la maniobra y en ambiente con recursos para resolver las complicaciones que puedan presentarse (perdida del bienestar fetal, desprendimiento de placenta). Estos recursos son quirófano y elementos para la reanimación de la madre y del niño.

Contraindicaciones para realizar la versión externa:

- edad gestacional menor de 37semanas
- desproporción pélvico-fetal
- operaciones previas sobre el útero (cesáreas, miomectomías, etc.)
- tono uterino elevado
- útero malformado y/o con miomas
- embarazo múltiple
- feto muerto
- anomalías fetales mayores (hidro-o anencefalía, etc.)
- placenta previa
- oligoamnios
- obesidad materna
- no contar con posibilidad de realizar cesárea de emergencia

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 (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: 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.

Preguntar por algunos signos y síntomas que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso.

Implementar las siguientes intervenciones

- Reforzar las orientaciones sobre Parto Psicoprofiláctico y plan de parto.
- Consejos, preguntas, respuestas. Ver Acápite de Educación, Promoción y Prevención

QUINTA ATENCION PRENATAL

La quinta Atención Prenatal se realizará a las **34 semanas de gestación**.

Interrogatorio

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la última atención prenatal relacionados o no con la Historia Clínica Perinatal (HCP).
- 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 anterior atención prenatal.

Se debe actualizar el Formulario de Clasificación del Riesgo.

Si tiene antecedentes de cesárea previa y cursa con embarazo actual de 34 semanas de gestación, enfatizar que el parto debe ser hospitalario.

Acciones y tareas a realizar:

No.	Acciones específicas	Tareas propuestas
3	Obtener datos para planificar el cuidado prenatal, la atención del parto, el puerperio y el recién nacido.	3.1 Uso de la Historia Clínica Perinatal/Carné Perinatal. 3.2 Empleo del Sistema Informático Perinatal.
4	Conocer información relevante del embarazo.	4.1 Anamnesis. Evaluación del riesgo perinatal. 4.2 Interrogatorio sobre estilos de vida de riesgo: tabaquismo (activo y pasivo), drogas, alcohol y violencia.
5	Fijar un cronograma que permita planificar las consultas y las actividades de la atención prenatal.	5.1 Determinación de la edad gestacional y de la fecha probable de parto.
6	Evaluuar el estado nutricional materno.	6.1 Medición del peso y de la talla materna. 6.2 Cálculo del incremento de peso durante la gestación. 6.3 Orientación nutricional.
9	Evitar otras infecciones.	9.1 Moniliasis vulvo-vaginal. 9.2 Vaginosis bacteriana. 9.3 Tricomoniasis. 9.4 Gonoccocia. 9.5 Clamidiasis. 9.6 Herpes simple.
14	Prevenir, detectar y tratar la anemia materna.	14.1 Determinar niveles de hemoglobina. 14.2 Administración de hierro y ácido fólico.
15	Descartar proteinuria, glucosuria y bacteriuria.	15.1 Examen de orina y urocultivo. 15.2 Urocultivo para la detección de bacteriuria asintomática. 15.3 Tratamiento de la bacteriuria asintomática.
17	Brindar contenidos educativo-informativos para el parto y la crianza.	17.1 Preparación para el parto. 17.2 Consejería para el amamantamiento. 17.3 Consejería y promoción de anticoncepción
18	Confirmar la existencia de vida fetal.	18.1 Pesquisar movimientos fetales. 18.2 Detectar latidos cardíacos fetales.
20	Pesquisar alteraciones de la presión arterial.	20.1 Hipertensión previa al embarazo. 20.2 El síndrome de hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia).
		20.3 Hipotensión arterial.
21	Descartar alteraciones en el crecimiento fetal.	21.1 Evaluación del crecimiento por medición de la altura uterina, ganancia de peso materno, ecografía.

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, RPR, Tipo y Rh, Glucemia) sino se los ha realizado aún.

En cada APN se debe brindar consejería en LM, Plan de Parto, Planificación Familiar, APN, Alimentación y Nutrición durante el embarazo, Uso de la Casa Materna, Parto Institucional e Identificación de Señales de Peligro durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del/la RN, Prevención de ITS y VIH y Prevención de VBG.

SEXTA ATENCION PRENATAL

La sexta Atención Prenatal se realizará a las **36 semanas de gestación**.

Interrogatorio

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la última atención prenatal relacionados o no con la Historia Clínica Perinatal (HCP).
- 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 última atención prenatal.
- Indagar sobre algunos signos y síntomas como:
 - 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.

Se debe actualizar el Formulario de Clasificación del Riesgo.

Examen físico

- Considerar el examen vaginal (utilizando un espéculo) únicamente si no fue realizado en la primera APN. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo y referirla. El/la especialista lo puede efectuar y realizar intervenciones según Protocolo de Emergencias Obstétricas.

Acciones y tareas a realizar:

No.	Acciones específicas	Tareas propuestas
3	Obtener datos para planificar el cuidado prenatal, la atención del parto, el puerperio y el recién nacido.	3.1 Uso de la Historia Clínica Perinatal/Carné Perinatal. 3.2 Empleo del Sistema Informático Perinatal.
4	Conocer información relevante del embarazo.	4.1 Anamnesis. Evaluación del riesgo perinatal. 4.2 Interrogatorio sobre estilos de vida de riesgo: tabaquismo (activo y pasivo), drogas, alcohol y violencia.
6	Evaluar el estado nutricional materno.	6.1 Medición del peso y de la talla materna. 6.2 Cálculo del incremento de peso durante la gestación. 6.3 Orientación nutricional.
8	Evitar otras infecciones de transmisión vertical durante el embarazo.	8.7 Estreptococo del grupo B.
9	Evitar otras infecciones.	9.1 Moniliasis vulvo-vaginal. 9.2 Vaginosis bacteriana.

		9.3 Tricomoniasis. 9.4 Gonococia. 9.5 Clamidiasis. 9.6 Herpes simple.
14	Prevenir, detectar y tratar la anemia materna.	14.1 Determinar niveles de hemoglobina. 14.2 Administración de hierro y ácido fólico.
17	Brindar contenidos educativo-informativos para el parto y la crianza.	17.1 Preparación para el parto. 17.2 Consejería para el amamantamiento. 17.3 Consejería y promoción de anticoncepción
18	Confirmar la existencia de vida fetal.	18.1 Pesquisar movimientos fetales. 18.2 Detectar latidos cardíacos fetales.
20	Pesquisar alteraciones de la presión arterial.	20.1 Hipertensión previa al embarazo. 20.2 El síndrome de hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia). 20.3 Hipotensión arterial.
21	Descartar alteraciones en el crecimiento fetal.	21.1 Evaluación del crecimiento por medición de la altura uterina, ganancia de peso materno, ecografía.

Detección de VIH, Sífilis e infección por Estreptococo B* (* de acuerdo a disponibilidad)

Acción 8. Evitar otras infecciones de transmisión vertical durante el embarazo.

Estreptococo grupo B

El estreptococo betahemolítico del grupo B (EGB), o *Estreptococos agalactiae*, es una bacteria Gram-positiva encapsulada capaz de causar enfermedad invasiva en recién nacidos y en embarazadas, sobre todo en grupos con condiciones médicas especiales (ej.: diabéticas).

En las embarazadas, la infección por EGB causa infección urinaria, infección ovular, endometritis o sepsis. La infección grave es rara en las embarazadas. En ocasiones, el parto prematuro o la muerte fetal pueden atribuirse a la infección provocada por EGB. En los recién nacidos suele manifestarse por bacteriemia, neumonía o meningitis.

Pueden verse otros síndromes (celulitis y osteomielitis). Aproximadamente el 25% de los casos de infección neonatal por EGB se producen en niños/as de pretérmino.

En países desarrollados, antes del uso extendido de antibióticos profilácticos, la incidencia de enfermedad invasiva por EGB presentaba una frecuencia de 2 a 3 por 1000 nacidos vivos. El empleo de las pruebas de tamizaje con tratamiento posterior redujo la incidencia a menos de 0,5 por 1000, disminuyendo la enfermedad invasiva en las embarazadas un 21% en cinco años.

Colonización por EGB: el tracto gastrointestinal es el reservorio natural del EGB, que secundariamente coloniza la vagina.

La colonización materna es el principal factor de riesgo para la transmisión vertical del estreptococo al/la recién nacido/a, especialmente cuando las membranas ovulares están rotas. Aunque la colonización temprana en el embarazo no es predictiva de sepsis neonatal, el tamizaje mediante cultivo de muestras vaginorrectales para EGB en las últimas semanas del embarazo puede indicar cuáles son las mujeres que están colonizadas al momento del parto, y así establecer quiénes están con mayor riesgo de transmitir la infección al recién nacido.

Diagnóstico de EGB: se deberá tomar con hisopo una primera muestra del introito vaginal y con el mismo u otro hisopo tomar una segunda muestra del esfínter anal. Las muestras deberán ser enviadas al laboratorio en medios de cultivo apropiados. Estas deben ser extraídas entre las 35 y 37 semanas de gestación, para mejorar la sensibilidad y especificidad de la detección de mujeres que permanecen colonizadas al momento del parto.

La colonización por EGB en embarazos previos no debe ser considerada como una indicación para efectuar tratamiento profiláctico en una nueva gestación, porque la colonización puede ser transitoria. El valor predictivo de los cultivos es muy bajo y deben ser efectuados no más de cinco semanas antes del parto.

Factores de riesgo adicional para enfermedad perinatal por EGB: otros factores que aumentan el riesgo de infección perinatal son:

- ⇒ Edad gestacional <37 semanas.
- ⇒ Rotura de membranas >18 horas.
- ⇒ Fiebre >38 °C que haga sospechar infección ovular.
- ⇒ Pesquisar alteraciones de la presión arterial y factores de riesgo de trastornos hipertensivos de la presión arterial.

Para recordar estos puntos en el recuadro de rotura de membranas se incluyen estos aspectos para que el equipo de salud tome las medidas que considere adecuadas. Se sugiere en estas situaciones efectuar tratamiento antibiótico intraparto como se describe en el cuadro 29.

Cuadro 29. Esquemas recomendados de tratamiento profiláctico intraparto

Recomendado	
Penicilina G	5 millones de unidades i/v (dosis inicial) 2,5 millones de unidades i/v c/4 horas hasta el parto
Alternativo	
Ampicilina	2 g i/v (dosis inicial) 1 g i/v c/4 horas hasta el parto
Alergia a la penicilina	
Cefazolina	2 g i/v (dosis inicial) 1 g i/v c/8 horas hasta el parto

Cesárea planificada: el EGB puede atravesar las membranas ovulares sanas, por esa razón la cesárea no previene la transmisión vertical madre-hijo. De todas formas, son excepcionales los casos de colonización del feto cuando se practica una cesárea electiva en ausencia de trabajo de parto y con membranas íntegras. Por eso, en estos casos no se justifica el tratamiento profiláctico de rutina.

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.

En cada APN se debe brindar consejería en LM, plan de parto, planificación familiar, alimentación y nutrición durante el embarazo, uso de la casa materna, parto Institucional e Identificación de señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y del/la RN, prevención de ITS y VIH y prevención de VBG.

PRIMERA EVALUACIÓN INTEGRAL

En esta primera evaluación integral, se realizará a las **38 semanas de gestación**, por un recurso médico, que permita la toma de decisiones. En esta evaluación además de realizar las actividades, se decidirá la referencia de la embarazada a Casa Materna o al establecimiento de Salud en caso de indicación para Inducto-conducción del parto según la *Normativa 156 Guía para el Manejo Clínico de la Inducto Conducción del Parto*. De acuerdo al nivel de resolución del

establecimiento de salud, esta primera evaluación integral la deberá realizar el personal más calificado.

Interrogatorio

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la última atención prenatal relacionados o no con la Historia Clínica Perinatal (HCP).
- 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 la embarazada los resultados de exámenes prescritos en la primera atención prenatal.

Acciones y tareas a realizar:

No.	Acciones específicas	Tareas propuestas
3	Obtener datos para planificar el cuidado prenatal, la atención del parto, el puerperio y el recién nacido.	3.1 Uso de la Historia Clínica Perinatal/Carné Perinatal. 3.2 Empleo del Sistema Informático Perinatal.
4	Conocer información relevante del embarazo.	4.1 Anamnesis. Evaluación del riesgo perinatal. 4.2 Interrogatorio sobre estilos de vida de riesgo: tabaquismo (activo y pasivo), drogas, alcohol y violencia.
5	Fijar un cronograma que permita planificar las consultas y las actividades de la atención prenatal.	5.1 Determinación de la edad gestacional y de la fecha probable de parto.
6	Evaluar el estado nutricional materno.	6.1 Medición del peso y de la talla materna. 6.2 Cálculo del incremento de peso durante la gestación. 6.3 Orientación nutricional.
9	Evitar otras infecciones.	9.1 Moniliasis vulvo-vaginal. 9.2 Vaginosis bacteriana. 9.3 Tricomoniasis. 9.4 Gonococia. 9.5 Clamidiasis. 9.6 Herpes simple.
14	Prevenir, detectar y tratar la anemia materna.	14.1 Determinar niveles de hemoglobina. 14.2 Administración de hierro y ácido fólico.
17	Brindar contenidos educativo-informativos para el parto y la crianza.	17.1 Preparación para el parto. 17.2 Consejería para el amamantamiento. 17.3 Consejería y promoción de anticoncepción
18	Confirmar la existencia de vida fetal.	18.1 Pesquisar movimientos fetales. 18.2 Detectar latidos cardíacos fetales.
20	Pesquisar alteraciones de la presión arterial.	20.1 Hipertensión previa al embarazo. 20.2 El síndrome de hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia). 20.3 Hipotensión arterial.
21	Descartar alteraciones en el crecimiento fetal.	21.1 Evaluación del crecimiento por medición de la altura uterina, ganancia de peso materno, ecografía.
24	Detectar posibles distocias pélvicas.	24.1. Examen gineco obstétrico 24.2. Evaluación de la pelvis.

Acción 24. Detectar posibles distocias pélvicas para definir el nivel de atención del parto

Tareas 24.1. Examen gineco obstétrico 24.2. Evaluación de la pelvis

Interrogatorio: deberán recabarse datos sobre partos anteriores y existencia de afecciones y traumatismos que pudieran haber afectado la pelvis (en especial alteraciones de la nutrición, por ejemplo, raquitismo). En las multíparas, un dato que permite suponer que hay un buen canal óseo es el antecedente de partos previos de recién nacidos/as vivos/as con peso mayor a 3000 g. Por el contrario, una anomalía en la evolución de un parto anterior, con un/a recién nacido/a menor a 3000 g debe hacer sospechar un vicio pelviano.

Diagnóstico de encaje de la presentación: la presentación está encajada cuando el plano del diámetro biparietal se encuentra por debajo del plano del estrecho superior de la pelvis (promontorio-línea innominada borde superior del pubis). El diagnóstico se establece mediante palpación abdominal y tacto. Por palpación abdominal mediante la cuarta maniobra de Leopold, se considera que la presentación está encajada cuando el polo que se ofrece al estrecho superior, no se puede elevar y/o hacer pelotear. Por el tacto, se hace diagnóstico relacionando la parte más descendida de la cabeza fetal con el plano de las espinas ciáticas, cuando estos puntos se encuentran en el mismo plano, la cabeza está usualmente encajada.

Se considera que si la presentación cefálica está encajada es improbable que haya alteraciones pélvianas a nivel del estrecho superior.

Pelvimetría interna y pelvigráfia digital: en casos en los que no se tengan antecedentes evidentes de capacidad pélvica, conviene, luego de la semana 34, realizar un examen del canal con pelvimetría y pelvigráfia digital. La pelvigráfia por radiología no ha demostrado ser efectiva y puede ser riesgosa para el feto en un futuro, debido al efecto acumulativo de las radiaciones.

La comprobación de una presentación encajada es evidencia de suficiencia pélvica del estrecho superior y medio.

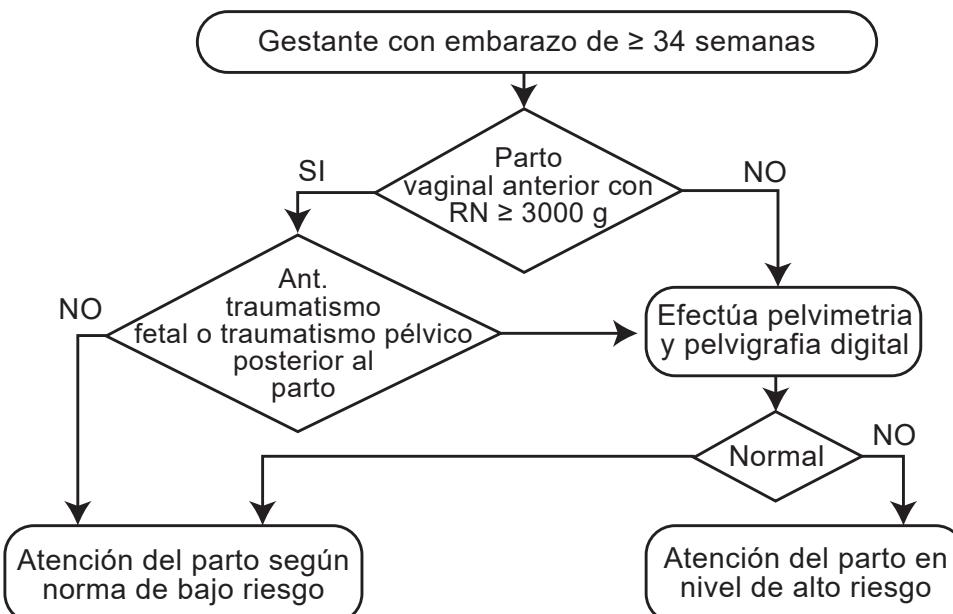
No se recomienda el examen pélvico rutinario prenatal ya que no evalúa con precisión la edad gestacional ni predice con precisión el nacimiento prematuro o desproporcióncefalopélvica.

Sospechar estrechez pélvica cuando:

- Se observan alteraciones en la simetría de la pelvis, la estética corporal o la marcha.
- En las nulíparas a término, la presentación se mantiene alta.
- Se alcanza el promontorio con facilidad.

Conducta: ante sospecha de estrechez pélvica, planificar la referencia oportuna para la atención del parto de alto riesgo. Si existe confirmación de estrechez pélvica, se deberá planificar el momento y lugar apropiados para efectuar una cesárea electiva.

Figura 21. Esquema escalonado de decisiones para la valoración pélvica.



SEGUNDA EVALUACION INTEGRAL

En la segunda evaluación integral, se realizará a las **40 semanas de gestación**, por un recurso médico. En esta valoración, además de realizar las actividades, **a toda embarazada se deberá de valorar su ingreso para inducción y/o conducción de trabajo de parto según la Normativa 156 Guía para el Manejo Clínico de la Inducto Conducción del Parto**. De acuerdo al nivel de resolución del establecimiento de salud, esta segunda evaluación integral la deberá realizar el personal más calificado.

Interrogatorio

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la última atención prenatal relacionados o no con la Historia Clínica Perinatal (HCP).
- 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.

Actividades y tareas a realizar:

No.	Acciones específicas	Tareas propuestas
3	Obtener datos para planificar el cuidado prenatal, la atención del parto, el puerperio y el recién nacido.	3.1 Uso de la Historia Clínica Perinatal/Carné Perinatal. 3.2 Empleo del Sistema Informático Perinatal.
4	Conocer información relevante del embarazo.	4.1 Anamnesis. Evaluación del riesgo perinatal. 4.2 Interrogatorio sobre estilos de vida de riesgo: tabaquismo (activo y pasivo), drogas, alcohol y violencia.
5	Fijar un cronograma que permita planificar las consultas y las actividades de la atención prenatal.	5.1 Determinación de la edad gestacional y de la fecha probable de parto.
6	Evaluar el estado nutricional materno.	6.1 Medición del peso y de la talla materna. 6.2 Cálculo del incremento de peso durante la gestación. 6.3 Orientación nutricional.
9	Evitar otras infecciones.	9.1 Moniliasis vulvo-vaginal. 9.2 Vaginosis bacteriana. 9.3 Tricomoniasis. 9.4 Gonococia. 9.5 Clamidiasis. 9.6 Herpes simple.
14	Prevenir, detectar y tratar la anemia materna.	14.1 Determinar niveles de hemoglobina. 14.2 Administración de hierro y ácido fólico.
17	Brindar contenidos educativo-informativos para el parto y la crianza.	17.1 Preparación para el parto. 17.2 Consejería para el amamantamiento. 17.3 Consejería y promoción de anticoncepción
18	Confirmar la existencia de vida fetal.	18.1 Pesquisar movimientos fetales. 18.2 Detectar latidos cardíacos fetales.
20	Pesquisar alteraciones de la presión arterial.	20.1 Hipertensión previa al embarazo. 20.2 El síndrome de hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia). 20.3 Hipotensión arterial.
21	Descartar alteraciones en el crecimiento fetal.	21.1 Evaluación del crecimiento por medición de la altura uterina, ganancia de peso materno, ecografía.
24	Detectar posibles distocias pélvicas.	24.1. Examen gineco obstétrico 24.2. Evaluación de la pelvis.

6. DEFINICION DE ROLES POR NIVEL DE ATENCION

Durante la Atención Prenatal se pueden presentar situaciones en las que se hace necesario la hospitalización o traslado de la embarazada a un nivel de atención de mayor resolución. Estas situaciones pueden ser (ver Cuadro 30):

Cuadro 30. Acciones para referir a Hospitalización a embarazada

Edad materna menor de 20 años o mayor de 35 años	Comorbilidad como Diabetes Mellitus o Diabetes Gestacional
Factores de riesgos significativos para preeclampsia	Sangrado transvaginal en segundo o tercer trimestre
Presentación pélvica	Embarazo gemelar
Hepatitis B	VIH
Hepatitis C	Aborto en evolución
Dos determinaciones de VDRL positivas	Sospecha de embarazo ectópico o molar
Paciente RH negativo con pareja RH positivo	Embarazo de 41 SDG sin trabajo de parto
Trombofilia	Amenaza de parto prematuro
Muerte fetal	Trastornos hipertensivos del embarazo
Sospecha de malformaciones	Obesidad
Hiperémesis gravídica	Insuficiencia renal
Lupus eritematoso sistémico	Restricción del crecimiento intrauterino

Ante cualquier de estas situaciones, se debe tener en cuenta “las acciones para referir a hospitalización a embarazadas”, como:

- **Plan de referencia:** disponibilidad de transporte del establecimiento de salud solicitarlo a otra institución, personal de apoyo, medio de comunicación, equipo.
- **Coordinación previa:** notificar al establecimiento de salud donde será enviada, informar a familiar o acompañante sobre la condición de la embarazada, llenar 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 Trendelenburg; en el caso de convulsiones protegerla de golpes o de mordedura de su lengua.

Continuidad de la atención: Las vías de coordinación, deben ser los protocolos de referencia y contrarreferencia realizados por cada servicio de salud, de acuerdo a su propia red de salud y cartera de servicios de cada uno de estos. Es responsabilidad del establecimiento en donde ocurra el parto, entregar la documentación completa del proceso acontecido (completo llenado de la HCP, Carné Perinatal⁵¹, Epicrisis y si amerita Contrarreferencia).

7. EDUCACION, PROMOCION Y PREVENCION

En cada atención prenatal, brindar consejería en:

- ✓ Identificación de signos o síntomas de peligro del embarazo, parto, puerperio y del RN: sangrado, dolor de parto, expulsión de líquido a través de la vagina, fiebre, entre otros. Se deberá de explicar que hacer y donde acudir.

⁵¹ Con el carné perinatal se asegura que los datos de mayor importancia: relativos al cuidado prenatal (al ser registrados sistemáticamente en cada consulta) lleguen a manos de quien atiende posteriormente a la embarazada, ya sea en otro consultorio externo o en el lugar de la internación; vinculados a una internación durante el embarazo, parto y posparto, sean conocidos por quien tiene a su cargo el control del puerperio y para el seguimiento del recién nacido, lleguen a conocerse por quien tiene a su cargo el control de la niña o el niño.

- ✓ La importancia de cumplir orientaciones verbales, exámenes indicados o prescripción de medicina.
- ✓ La importancia de una alimentación saludable y la actividad física durante el embarazo, con el fin de que se mantengan sanas y no aumenten excesivamente de peso⁵².
 - ✓ En **poblaciones desnutridas** se recomienda proporcionar a las embarazadas información nutricional sobre la importancia de aumentar la ingesta diaria calórica y de proteínas para reducir el riesgo de dar a luz niños con insuficiencia ponderal. (**Recomendada en contextos específicos**)⁵³

Recomendación en contextos específicos: entornos con prevalencia alta de embarazadas desnutridas y no a cada embarazada en quien se detecte la desnutrición.

- ✓ Se recomienda disminuir el consumo diario de cafeína a las embarazadas con una alta ingesta diaria de cafeína (más de 300 mg por día)⁵⁴. Para reducir el riesgo de aborto y de insuficiencia ponderal del recién nacido. (**Recomendada en contextos específicos**)⁵⁵
- ✓ Orientar a la mujer sobre la higiene, vestido y calzado:
 - ✓ Que se bañe diario, ya que durante la gestación aumenta la sudoración y el flujo vaginal.
 - ✓ Que se lave los dientes diariamente después de cada comida.
 - ✓ Limitar el consumo de alimentos con contenido azucarado a los horarios habituales de comida y las bebidas carbonatadas.
 - ✓ Beber agua.
 - ✓ Utilizar vestidos cómodos y holgados. El calzado debe ser confortable; evitar tanto los zapatos con tacón alto como los excesivamente planos.
 - ✓ No es necesario el uso de la faja, ya que puede atrofiar la musculatura abdominal, salvo en los casos en que su médico se lo aconseje.
- ✓ Relaciones sexuales: si el embarazo cursa con normalidad no es necesario modificar o interrumpir sus hábitos sexuales, siempre y cuando no resulten molestos para usted.
- ✓ Medicamentos y radiaciones:
 - ✓ Debe evitar tomar cualquier tipo de medicamento durante el embarazo, salvo que haya sido prescrito por su médico.
 - ✓ La exposición a radiaciones (rayos X) puede ser peligrosa para su hijo/a, por lo que solamente deberán realizarse las radiografías estrictamente necesarias y/o autorizadas por su médico.
- ✓ Alcohol, tabaco y drogas:
 - ✓ Evite las bebidas alcohólicas y el consumo de otras drogas por ser perjudiciales para usted y, especialmente, para su hijo/a.
 - ✓ Igualmente resulta nocivo el consumo de tabaco, por lo que sí es fumadora debería dejar de fumar.
- ✓ 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.

⁵² Muktabant B, Lawrie TA, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Diet or exercise, or both, for preventing excessive gestational weight gain in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(6):CD007145.

⁵³ Ota E, Hori H, Mori R, Tobe-Gai R, Farrar D. Antenatal dietary education and supplementation to increase energy and protein intake. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(6):CD000032.

⁵⁴ Esto incluye cualquier producto, bebida o alimento que contenga cafeína (esto es, café filtrado, té, refrescos de cola, las bebidas energéticas con cafeína, chocolate y las pastillas de cafeína).

⁵⁵ Jahanfar S, Jaafar SH. Effects of restricted caffeine intake by mother on fetal, neonatal and pregnancy outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(6):CD006965.

- ✓ Pedirle a la embarazada que registre cuando perciba los primeros movimientos fetales (según el trimestre en que se realice la primera Atención Prenatal).
- ✓ Promover el uso de la Casa Materna para el parto institucional, Prevención de ITS y VIH y Prevención de VBG.
- ✓ Promover que se integre a los círculos de embarazadas con la participación de las Parteras o Comadronas, con el fin de obtener información sobre el embarazo, parto y postparto, así como los cuidados del/la recién nacido/a y la realización de ejercicios para prepararlas para un parto psicoprofiláctico, así como la consejería acorde a la cultura ancestral. Ver Anexo 8
- ✓ Fomentar la lactancia materna exclusiva y consejería y el egreso con un método anticonceptivo postparto.
- ✓ Preguntar por algunos signos y síntomas que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso:
 - ✓ Para aliviar las náuseas en las fases iniciales del embarazo se recomienda el jengibre, la manzanilla, la vitamina B6 o la acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles⁵⁶.
 - ✓ También se puede orientar comer 3-4 galletas simples o rosquillas antes de levantarse (en la cama)
 - ✓ 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.
 - ✓ Para prevenir y aliviar la acidez gástrica en el embarazo se recomienda brindar asesoramiento sobre el régimen alimentario y el modo de vida. Se pueden ofrecer preparaciones de antiácidos a las mujeres con síntomas molestos que no se alivien mediante la modificación del modo de vida⁵⁷.
 - ✓ Los antiácidos pueden alterar la absorción de otros medicamentos, por lo que no deben tomarse hasta que hayan transcurrido al menos 2 horas desde la administración de suplementos de hierro y ácido fólico⁵⁸.
 - ✓ Evitar las comidas copiosas y grasas y el consumo de alcohol, dejar de fumar y colocar la cabeza en una posición elevada al dormir son algunos de los consejos relativos al modo de vida para prevenir y aliviar los síntomas de acidez gástrica.
 - No hay ninguna evidencia de que los preparados que contienen más de un antiácido sean mejores que los preparados más sencillos.
 - Indicar comer poca cantidad de dulce; comer despacio; indicar el hidróxido de aluminio o leche después de cada comida;
- ✓ Se puede administrar tratamiento no farmacológico (estiramiento muscular, la relajación, la termoterapia, la dorsiflexión del pie y el masaje) para aliviar los calambres en las piernas durante el embarazo, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles⁵⁹.
 - ✓ Se puede orientar también ingerir jugo de naranjas, bananos, caminar en puntillas antes de acostarse por un minuto, si hay temperatura fría abrigarse bien.

⁵⁶ Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9):CD007575.

⁵⁷ Phupong V, Hanprasertpong T. Interventions for heartburn in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9):CD011379.

⁵⁸ Joint Formulary Committee. Disorders of gastric acid and ulceration. Chapter 1: Gastro-intestinal system. In: British National Formulary (BNF) 72. London: BMJ Publishing Group Ltd and Royal Pharmaceutical Society; 2016.

⁵⁹ Zhou K, West HM, Zhang J, Xu L, Li W. Interventions for leg cramps in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(8):CD010655.

- ✓ Para prevenir la lumbalgia y el dolor pélvico se recomienda realizar ejercicio (sobre una superficie o en el agua) regularmente durante el embarazo. Existen varias opciones terapéuticas a las que se puede recurrir, como la fisioterapia, las fajas de sujeción y la acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles⁶⁰.
 - ✓ Aunque el ejercicio también puede ser útil para aliviar la lumbalgia, podría empeorar el dolor pélvico asociado a la disfunción de la sínfisis del pubis, y no se recomienda para esta afección.
 - ✓ El ejercicio frecuente es un componente clave de las intervenciones en el modo de vida, que se recomiendan a las embarazadas como parte de la atención prenatal para prevenir el aumento excesivo de peso en el embarazo.
 - ✓ Se debe informar a las embarazadas que tengan dolor pélvico o lumbalgia de que los síntomas suelen mejorar en los meses posteriores al parto.
- ✓ Se pueden administrar suplementos de salvado de trigo o de otras fibras para aliviar el estreñimiento durante el embarazo si la afección no mejora tras la modificación del régimen alimentario, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles⁶¹.
 - ✓ Promover de la ingesta suficiente de agua y de fibra alimentaria (que se encuentra en las hortalizas, los frutos secos, la fruta y los cereales integrales).
- ✓ Para tratar las venas varicosas y los edemas durante el embarazo se puede recurrir a opciones no farmacológicas, como las medias de compresión, la elevación de las piernas y la inmersión en agua, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles⁶².
 - ✓ Se debe informar a las mujeres de que los síntomas asociados a las venas varicosas pueden empeorar a medida que avanza el embarazo, pero que la mayoría de las mujeres presentarán cierta mejoría pocos meses después de dar a luz.
 - ✓ El 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 y la inmersión en agua son intervenciones de bajo costo que tienen poca probabilidad de ser perjudiciales.
- ✓ Cefalea (recordar es un signo de peligro para síndrome hipertensivo) investigar causa, analgésico oral como Acetaminofén 300mg. cada 6 u 8 horas.

✓ Indicación de próxima cita de APN

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

Recomendaciones comunitarias:

- ✓ Se recomienda que las parteras brinden apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto⁶³.
- ✓ Para mejorar la salud de la madre y el recién nacido se recomienda la movilización comunitaria por medio de la facilitación de ciclos de aprendizaje y acción participativos con grupos de mujeres, particularmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a servicios asistenciales⁶⁴.

⁶⁰ Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9):CD001139.

⁶¹ Rungsiprakarn P, Laopaiboon M, Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Pratt JJ. Interventions for treating constipation in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9):CD011448.

⁶² Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9):CD001139.

⁶³ Hofmeyr GJ, Pattinson RC, Nikodem VC, Gürmezoglu AM. Charting fetal growth. J Comprehensive Health. 1994;5:62–7.

⁶⁴ WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternalnewborn/en/, consultado 20 julio 2020).

- ✓ Para aumentar la utilización de la atención prenatal y mejorar los resultados de salud perinatal, se recomienda la aplicación de conjuntos de intervenciones que incluyan la movilización de los hogares y las comunidades y las visitas domiciliarias prenatales, especialmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a servicios asistenciales⁶⁵.

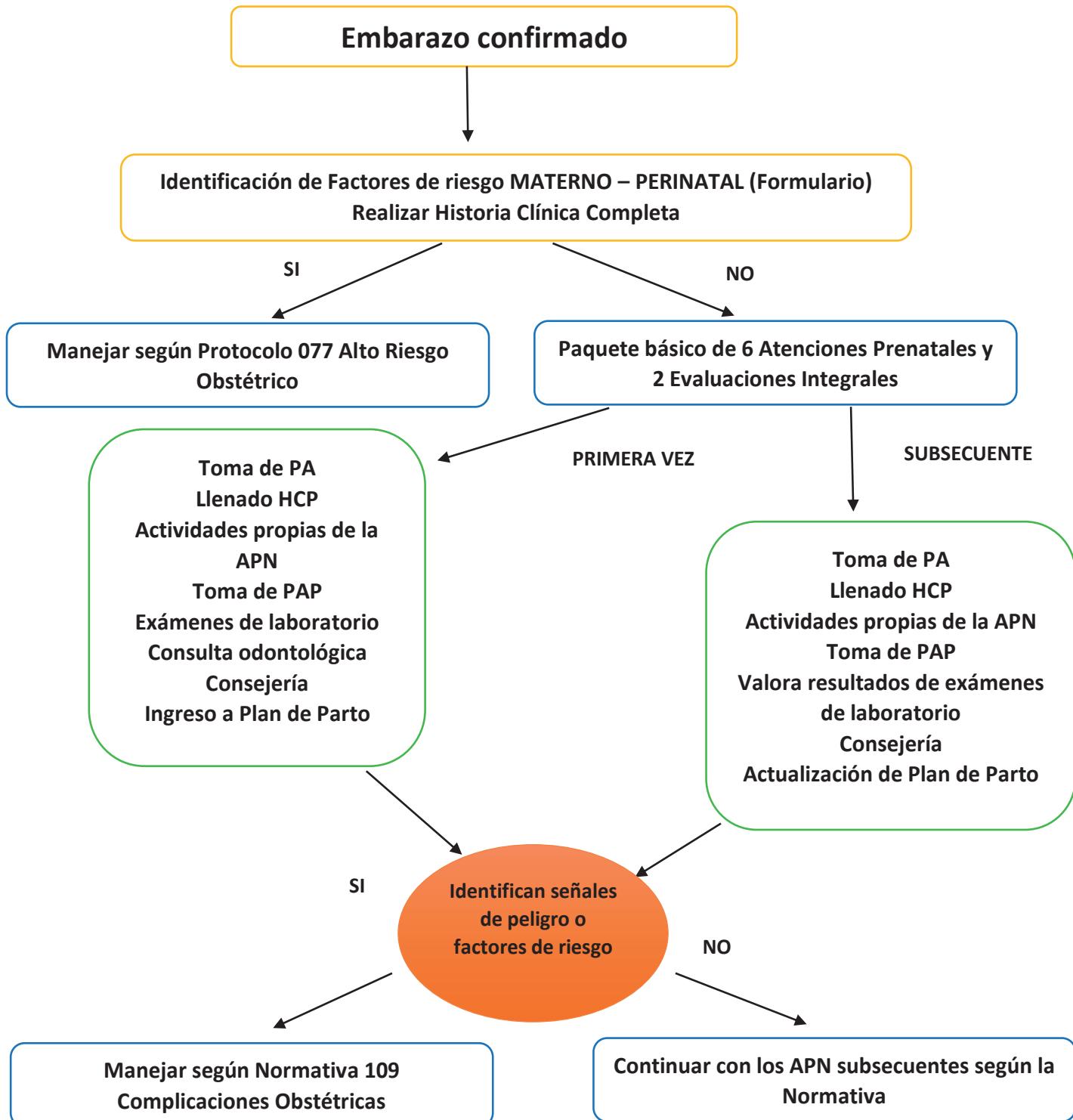
OTRAS ACTIVIDADES

En el primer nivel de atención, se debe garantizar el llenado de los siguientes instrumentos:

- ▣ **Boleta del Censo gerencial:** completar los acápite No. 1 “Datos de filiación”, No. 2 “Riesgo”, No. 3 “Fechas importantes”, No. 4 “Atenciones Prenatales”, No. 5 “Plan de Parto” y No. 5.1 “Fecha de ingreso en CM.
- ▣ **Plan de Parto:** anotar en los formatos de “Registro comunitario de Plan de Parto”, “Registro Mensual de Plan de Parto” y “Registro Mensual del SICO”.
- ▣ **Si la mujer está ingresada en Casas Maternas,** se debe anotar los datos de la embarazada, en el formato de los Datos del libro de registro de las CM, el Registro de Admisión, Egreso y Reporte Mensual de Casa Materna, Registro diario de los Temas Claves dirigido a las Mujeres y Resumen Cronológico de la Casa Materna.
- ▣ **SIP Plus:** ingresar toda la información recolectada en las HCP en tiempo real, al sistema electrónico, el cual alimenta la base de datos a nivel nacional de las atenciones prenatales, parto, puerperio y seguimiento neonatal inicial.

⁶⁵ Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Habiba Garga K, Ongolo-Zogo P. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(12):CD010994.

8. ALGORITMO DE LA ATENCIÓN PRENATAL



BIBLIOGRAFIA

1. Bernadeta Patro Golab, MD, Susana Santos, PhD, Ellis Voerman, MSc, Prof Debbie A. Lawlor, PhD, Prof Vincent W.V. Jaddoe, MD, and Romy Gaillard, MD. Influence of maternal obesity on the association between common pregnancy complications and risk of childhood obesity: an individual participant data meta-analysis. *Lancet Child Adolesc Health.* 2018 November; 2(11): 812–821. doi:10.1016/S2352-4642(18)30273-6.
2. Brown HC, Smith HJ, Mori R, Noma H. Giving women their own case notes to carry during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(10):CD002856.
3. Chioma A. Ikedionwu, Deepa Dongarwar, Korede K.Yusuf, Sahra Ibrahim, Abraham A. Salinas-Miranda, Hamisu M.Salihu. Pre-pregnancy maternal obesity, macrosomia, and risk of stillbirth: A population-based study. Available online 9 June 2020. Disponible en: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(20\)30366-3/pdf](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(20)30366-3/pdf) (acceso 27 julio 2020)
4. CLAP/SMR-OPS. Publicación científica 1567. Infecciones Perinatales transmitidas por la madre a su hijo. 2008
5. Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *N Engl J Med.* 2008; 359(1):61–73. [PubMed: 18596274]
6. Gobierno de México. Instituto Nacional de Perinatología. OPS/OMS. Algoritmos de Atención Clínica. Enero 2020. Disponible en: <http://educads.salud.gob.mx/sitio/recursos/EMBARAZO.pdf>. (acceso 28 de julio 2020)
7. Godfrey KM, Reynolds RM, Prescott SL, Nyirenda M, Jaddoe VW, Eriksson JG, et al. Influence of maternal obesity on the long-term health of offspring. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2017; 5(1):53–64. [PubMed: 27743978]
8. Gregory A. L. Davies MD, Cynthia Maxwell, MD, Lynne McLeod, MD. Obesity in Pregnancy. JOGC No. 239-Volume 40, Issue 8, August 2018, Pages e630-e639. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216318304547>. (acceso 27 julio 2020)
9. Grivell RM, Alfirevic Z, Gyte GML, Devane D. Antenatal cardiotocography for fetal assessment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD007863.
10. Hofmeyr GJ, Pattinson RC, Nikodem VC, Gülmezoglu AM. Charting fetal growth. *J Comprehensive Health.* 1994;5:62–7.
11. Jahanfar S, Jaafar SH. Effects of restricted caffeine intake by mother on fetal, neonatal and pregnancy outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6):CD006965.
12. Joint Formulary Committee. Disorders of gastric acid and ulceration. Chapter 1: Gastro-intestinal system. In: British National Formulary (BNF) 72. London: BMJ Publishing Group Ltd and Royal Pharmaceutical Society; 2016.
13. Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD001139.
14. Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD007575.
15. Mangesi L, Hofmeyr GJ, Smith V, Smyth RMD. Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(10):CD004909.
16. Maternal immunization against tetanus: integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf, consultado 20 julio 2020).
17. Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Habiba Garga K, Ongolo-Zogo P. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(12):CD010994.
18. McBain RD, Crowther CA, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunization. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD000020.
19. McCauley ME, van den Broek N, Dou L, Othman M. Vitamin A supplementation during pregnancy for maternal and newborn outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(10):CD008666.

20. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 002, Segunda Edición “Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Agosto 2015
21. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa - 003. Norma Técnica y Guía para el Uso de Antisépticos, Desinfectantes e Higiene de Manos. 2008
22. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa No. 011, Segunda Edición “Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo”. 2015
23. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa No. 029, Segunda Edicion. Norma y Guia de Alimentación y Nutrición, para Embarazadas, Puerperio y Niñez Menor de Seis Años. 2016
24. Ministerio de Salud. Normativa 031 - Norma y Protocolos de para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual. Nicaragua. Año 2019
25. Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 042 Norma de Humanización del Parto Institucional. 2010
26. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa No. 050 Manual Técnico Operativo Estrategia Casas Maternas para la Maternidad Segura. 2019
27. Ministerio de Salud. Normativa 060 Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria. Nicaragua, Agosto 2019
28. Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 063 Segunda Edición. Norma de Farmacovigilancia y Guía para la Notificación de Sospechas de Reacciones Adversas Asociadas a Medicamentos. 2017
29. Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 068 Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia. 2011
30. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 070 “Norma Metodológica para la Elaboración de Normas, Manuales, Guías y Protocolos del Sector Salud”. Junio 2011
31. Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 077 Segunda Edición. Protocolos para el Abordaje del Alto Riesgo Obstétrico. 2018
32. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 093 Protocolo para el Manejo de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sifilis Congénita. 2012
33. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa No. 101 Manual Técnico Operativo del Censo Gerencial de embarazadas, puérperas y postnatales. 2019
34. Ministerio de Salud Nicaragua. Normativas 104 y 105 Manual para la Organización y Funcionamiento del Plan de Parto para la Maternidad Segura y Guías de Capacitación para: el Personal de Salud y para y la Red comunitaria. Noviembre 2018
35. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 106 Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal. 2013
36. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa – 109, Segunda Edición “Protocolo para la Atención de Complicaciones Obstétricas”. 2018
37. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 110 Norma Técnica para el Abordaje de la Prevención, Control y Atención de la Enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis Americana). 2013
38. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 113 Guía para la Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual. Manejo Sindrómico. 2013
39. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 114 Norma Nacional para la Prevención, Control y Tratamiento de la Malaria. 2013
40. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 121 “Norma Técnica de Inmunizaciones y Manual de Procedimientos de Inmunizaciones”. 2013
41. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 135 Norma para la Garantía de la Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. 2015
42. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 143 Guía de Práctica Clínica para la Atención a la Embarazada y Vigilancia del Síndrome Congénito asociado a la Infección por el Virus del Zika. Abril 2018
43. Ministerio de Salud Nicaragua. Formulario Nacional de Medicamentos. 2014
44. Ministerio de Salud Panamá. Normas Técnicas-Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer. 2015

45. Muktabant B, Lawrie TA, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Diet or exercise, or both, for preventing excessive gestational weight gain in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(6):CD007145.
46. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(7):CD007007.
47. OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia (2011) (57) en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spa.pdf
48. OMS. Recomendaciones para la prevención y la gestión del consumo de tabaco y la exposición al humo ajeno durante el embarazo (2013) en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/201660/WHO NMH PND 14.3 spa.pdf>
49. OPS/OMS-CLAP. Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido. Cuarta edición. Publicación científica No. 1617. 2019.
50. OPS. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas - 2a ed. 2019
51. OPS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. 2018
52. OPS. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. — 10a. revisión. Volumen 1. Washington, D.C.: OPS, 1995 3 v. — (Publicación Científica; 554)
53. OPS/OMS. Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas. 2019
54. OPS/OMS. Protocolo normalizado para evaluar la prevalencia de la gonorrea y la clamidiasis entre las embarazadas en centros de atención prenatal. 2019
55. OPS Nicaragua. La sífilis en Nicaragua. Perfil de país, 2018
56. OPS/OMS. Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en la era de la profilaxis oral previa a la exposición al VIH (PrEP). 2020
57. OMS. Estrategia Mundial del Sector de la Salud Contra las Infecciones de Transmisión Sexual, 2016-2021. 2016
58. Ota E, Hori H, Mori R, Tobe-Gai R, Farrar D. Antenatal dietary education and supplementation to increase energy and protein intake.
59. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, Dowswell T. Daily oral iron supplementation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(7):CD004736.
60. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Gomez Malave H, Flores-Urrutia MC, Dowswell T. Intermittent oral iron supplementation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(19):CD009997.
61. Phupong V, Hanprasertpong T. Interventions for heartburn in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9):CD011379.
62. Prevention of mother-to-child transmission of syphilis: integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for maternal and neonatal care 1.3. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/prevention_mtct_syphilis.pdf, consultado 20 julio 2020).
63. Prevention of sexual transmission of Zika virus: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/sexual-transmission-prevention/en/>, consultado 20 julio 2020).
64. Robert Peter J, Ho JJ, Valliapan J, Sivasangari S. Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9):CD008136.
65. Rogozinska E, Formina S, Zamora J, Mignini L, Khan KS. Accuracy of on-site tests to detect asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol. 2016;128(3):495–503.
66. Rungsiprakarn P, Laopaiboon M, Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Pratt JJ. Interventions for treating constipation in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9):CD011448.
67. Secretaría de Salud Mexico. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. 2016

68. Sobhy S, Rogozinska E, Khan KS. Accuracy of on-site tests to detect anaemia in antenatal care: a systematic review. BJOG. 2016.
69. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. Prog Obstet Ginecol 2018;61(5):510-527
70. Schneeberger C, Geerlings SE, Middleton P, Crowther CA. Interventions for preventing recurrent urinary tract infection during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(11):CD009279.
71. WHO. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. 2013 (WHO/NMH/MND/13.2; http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/, consultado 20 julio 2020).
72. WHO. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/, consultado 20 julio 2020).
73. WHO. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf, Consultado 20 julio 2020).
74. WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/chlamydia-treatment-guidelines/en/>, consultado 20 julio 2020).
75. WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/gonorrhoea-treatment-guidelines/en/>, consultado 20 julio 2020).
76. WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-treatment-guidelines/en/>, consultado 20 julio 2020).
77. WHO Guideline: preventive chemotherapy to control soil transmitted helminth infections in high-risk groups (<http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/deworming/en/>) consultado el 20 julio 2020
78. WHO. Guidelines for the treatment of malaria, third edition. 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162441/1/9789241549127_eng.pdf, consultado 20 julio 2020).
79. WHO. Guideline: Daily iron supplementation in adult women and adolescent girls. 2016
80. WHO. Guideline: Optimal serum and red blood cell folate concentrations in women of reproductive age for prevention of neural tube defects. 2015
81. WHO recommendation on calcium supplementation before pregnancy for the prevention of pre-eclampsia and its complications. (electronic version). 2020
82. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf, consultado el 20 julio 2020).
83. WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternalnewborn/en/, consultado 20 julio 2020).
84. WHO. Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections, 2015.
85. Zhou K, West HM, Zhang J, Xu L, Li W. Interventions for leg cramps in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(8):CD010655.

Referencias Acción 1

- Fescina RH, Lastra L, Sugo M, Parreño J, García A, Schwarcz R. Evaluación de diferentes métodos para estimar la edad gestacional. Obstet Ginecol Latinoam 1984;42:237-242.

- Penzo SM. Diagnóstico de vitalidad fetal. En: Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6.^a edición. Buenos Aires: El Ateneo, 2005. pp 121-142.

Referencias Acción 2

- Bower P, Rowland N. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011 | DOI: 10.1002/14651858.CD001025.pub3
- Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rosselló JL, Martínez G, Serruya S. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 2.a Edición: guía para la práctica básica. Montevideo: CLAP/SMR; 2010. (Publicación CLAP/SMR, 1573).
- Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3.
- Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
- Asprea I, García O, Nigri C. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal, puerperal. Ministerio de Salud de la Nación (2013). <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>
- Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio G. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934.pub3.
- Fescina, RH, De Mucio B, Díaz Rosselló JL, Martínez G, Sexual and reproductive health: guides for the HPC focused continuum of care of women and newborn: guides for basic practice. Montevideo: CLAP/WP; 2009? (CLAP/WR. Scientific Publication; 1562.2).
- WHO 2007. Standards for Maternal and Neonatal Care. Department of Making Pregnancy Safer. 2007.

Referencias Acción 3

- National Institute of Clinical Excellence NICE. Antenatal care. Quality standard. Published: 17 September 2012. nice.org.uk/guidance/qs22
- Brown HC, Smith HJ, Mori R, Noma H. Giving women their own case notes to carry during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(10):CD002856.
- Mori R, Yonemoto N, Noma H, Ochirbat T, Barber E, Soyolgerel G et al. The maternal and child health (MCH) handbook in Mongolia: a cluster-randomized, controlled trial. PLoS One 2015;10(4):e0119772.

Referencias Acción 4

- Mignini LE, Carroli G, Betrán AP, Fescina R, Cuesta C, Campodónico L, De Mucio B, Khan KS. Interpregnancy interval and perinatal outcomes across Latin America from 1990 to 2009: a large multi-country study. BJOG 2016;123:730–737.
- Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing Geneva, Switzerland, 13–15 June 2005.
- Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. ISBN 92-1-351116-7.
- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. <http://www.who.int>.
- WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. 2013. ISBN 978 92 4 150607 6.
- Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017. Issue 5. Art. No.: CD001055. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub5.

- Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2013 ISBN 978 92 4 154873 1.
- Svetlana Popova, Shannon Lange, Charlotte Probst, Gerrit Gmel, Jürgen Rehm. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health 2017; 5: e290–99.
- CDC 2002. Alcohol use among women of childbearing age—United States, 1991–1999. Morbidity and Mortality Weekly Report, volume 51, number 13, April 5, 2002, pages 273–276.
- National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services. Heroin. July 2017. www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/heroin.
- WHO The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. 2014. Centro Latinoamericano de Perinatología - Salud de la M

Referencias Acción 5

- Fescina, RH, De Mucio B, Díaz Rosselló JL, Martínez G, Serruya S. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 2.a Edición: guía para la práctica básica. Montevideo: CLAP/SMR; 2010. (Publicación CLAP/SMR, 1573).
- Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Alemán A, Sosa C, Mainero L, Rubino M. Vigilancia del crecimiento fetal. Montevideo. CLAP/SMR; 2011 (CLAP/SMR Publicación científica, 1586) ISBN 978-92-75-33228-3.
- NICE 2008. Antenatal care Routine care for the healthy pregnant woman. Clinical Guideline 6. National Institute for Clinical Excellence, March 2008. ISBN 978-1904752-46-2.

Referencias Acción 6

- Institute of Medicine. 2009. Weight gain during pregnancy: re-examining the guidelines. <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2009/Weight-GainDuring-Pregnancy-Reexamining-the-Guidelines.aspx> (Accessed 28/4/2017).
- National Institute of Clinical Excellence NICE. Antenatal care. Quality standard. Published: 17 September 2012. nice.org.uk/guidance/qs22
- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. <http://www.who.int>

Referencias Acción 7

- Guía de campo sobre la inmunización materna y neonatal para Latinoamérica y el Caribe. Washington D.C.: OPS; 2017 ISBN 978-92-75-11950-1.
- National Institute of Clinical Excellence NICE. Antenatal care. Quality standard. Published: 17 September 2012. nice.org.uk/guidance/qs22.
- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. <http://www.who.int>

Referencias Acción 8

- ETMI PLUS. Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. OPS/OMS, julio 2017.
- National Institute of Clinical Excellence NICE. Antenatal care. Quality standard. Published: 17 September 2012. nice.org.uk/guidance/qs22
- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. <http://www.who.int>
- Consolidated guidelines on HIV testing services 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/97892415089_26eng.pdf, accessed 29 September 2016).

- Di Mario S, Basevi V, Gagliotti C, Spettoli D, Gori G, D'Amico R, Magrini N. Prenatal education for congenital toxoplasmosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10. Art. No.: CD006171. DOI: 10.1002/14651858.CD006171.pub4
- OPS Provisional considerations for the care of pregnant women in settings with high Zika virus circulation: document for health care professionals 2016. ISBN 978-92-7511889-4.
- Pregnancy management in the context of Zika virus infection. Interim guidance update 13 May 2016 WHO/ZIKV/MOC/16.2 Rev.1.
- Galvao TF, Silva MT, Serruya SJ, Newman LM, Klausner JD, et al. (2013) Safety of Benzathine Penicillin for Preventing Congenital Syphilis: A Systematic Review. PLoS ONE 8(2): e56463. DOI: 10.1371/journal.pone.0056463
- Wendel GO Jr, Stark BJ, Jamison RB, Melina RD, Sullivan TJ. Penicillin allergy and desensitization in serious infections during pregnancy. N Engl J Med 1985; 312:1229–32.
- Di Mario S, Basevi V, Gagliotti C, Spettoli D, Gori G, D'Amico R, Magrini N. Prenatal education for congenital toxoplasmosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10. Art. No. CD006171. DOI: 1 0.1002/14651858.CD006171.pub4
- Kravetz JD, Federman DG. Toxoplasmosis in pregnancy. Am J Med. 2005 Mar;118(3):212-6. Review.
- Montoya JG, Liesenfeld O. Toxoplasmosis. Lancet. 2004 Jun 12;363(9425):1965-76. Review.

Referencias Acción 9

- National Institute of Clinical Excellence NICE. Antenatal care. Quality standard. Published: 17 September 2012. nice.org.uk/guidance/qs22
- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. http://www.who.int

Referencias Acción 10

- National Institute of Clinical Excellence NICE. Antenatal care. Quality standard. Published: 17 September 2012. nice.org.uk/guidance/qs22
- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. http://www.who.int
- Iheozor-Ejiofor Z, Middleton P, Esposito M, Glenny AM. Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD005297. DOI: 10.1002/14651858. CD005297.pub3.

Referencias Acción 11

- Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1.
- National Institute of Clinical Excellence NICE. Antenatal care. Quality standard. Published: 17 September 2012. nice.org.uk/guidance/qs22.
- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. http://www.who.int.

Referencias Acción 12

- WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. World Health Organization 2013. ISBN 978 92 4 154869 4
- Drakeley AJ, Roberts D, Alfirevic Z. Cervical stitch (cerclage) for preventing pregnancy loss in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 1.

Referencias Acción 13

- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. http://www.who.int

- McBain RD, Crowther CA, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No.: CD000020. DOI: 10.1002/14651858.CD000020.pub3

Referencias Acción 14

- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. <http://www.who.int>
- Peña-Rosas JP, De-Regil LM, García-Casal MN, Dowswell T. Daily oral iron supplementation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD004736. DOI: 10.1002/14651858.CD004736.pub5.
- Reveiz L, Gyte GML, Cuervo LG, Casasbuenas A. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 10. Art. No.: CD003094. DOI: 10.1002/14651858.CD003094.pub3.

Referencias Acción 15

- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. <http://www.who.int>
- Widmer M, López I, Gülmезoglu AM, Mignini L, Roganti A. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 11. Art. No.: CD000491. DOI: 10.1002/14651858.CD000491.pub3.

Referencias Acción 16

- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. <http://www.who.int>
- Diabetes in pregnancy. Management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period. Nice guideline 3. Wednesday, February 25th, 2015.
- Guías de diagnóstico y tratamiento de la diabetes gestacional. ALAD 2016. RevALAD 2016; 6:155-69.
- Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2013 (WHO/NMH/MND/13.2; http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/).

Referencias Acción 17

- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. <http://www.who.int>
- McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub5.
- Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, Renfrew MJ, MacGillivray S. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD001688. DOI: 10.1002/14651858.CD001688.pub3.
- Organización Panamericana de la Salud/Oficina Mundial de la Salud “UNICEF/OMS. Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral, Sección 3, Lactancia, Promoción y Apoyo en un Hospital Amigo del Niño, curso de 20 horas para el personal de la maternidad, diciembre 2008” Washington, D.C. OPS © 2008.

Referencias Acción 18

- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. <http://www.who.int>
- National Institute of Clinical Excellence NICE. Antenatal care. Quality standard. Published: 17 September 2012. nice.org.uk/guidance/qs22

Referencias Acción 19

- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. <http://www.who.int>
- National Institute of Clinical Excellence NICE. Antenatal care. Quality standard. Published: 17 September 2012. [nice.org.uk/guidance](http://www.nice.org.uk/guidance)/qs22
- Bittar RE, da Fonseca EB, de Carvalho MHB, Martinelli, S. and Zugaib, M. (2007), Predicting preterm delivery in asymptomatic patients with prior preterm delivery by measurement of cervical length and phosphorylated insulin-like growth factor-binding protein-1. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 29: 562–567. DOI: 10.1002/uog.3989
- Romero R, Conde-Agudelo A, Da Fonseca E, O'Brien JM, Cetingoz E, Creasy GW, Hassan SS, Nicolaides KH, Vaginal Progesterone for Preventing Preterm Birth and Adverse Perinatal Outcomes in Singleton Gestations with a Short Cervix: A MetaAnalysis of Individual Patient Data, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2017), DOI: 10.1016/j.ajog.2017.11.576.
- Cahill AG, Odibo AO, Caughey AB, et al. Universal cervical length screening and treatment with vaginal progesterone to prevent preterm birth: a decision and economic analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:548. e1-8.
- Agustin Conde-Agudelo, MD, MPH, PhD and Roberto Romero, MD, DMedSciPredictive accuracy of changes in transvaginal sonographic cervical length over time for preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 December; 213(6): 789–801. DOI: 10.1016/j.ajog.2015.06.015.
- Romero KH, Nicolaides A, Conde-Agudelo JM, O'Brien E, Cetingoz E, Da Fonseca GW, Creasy, Hassan S. Vaginal progesterone decreases preterm birth ≤ 34 weeks of gestation in women with a singleton pregnancy and a short cervix: an updated metaanalysis including data from the OPPTIMUM study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 48:308–317 DOI: 10.1002/uog.15953.
- Hassan SS, Romero R, Vidyadhari D, Fusey S, Baxter JK, Khandelwal M, Vijayaraghavan J, Trivedi Y, Sema Pillay P, Sambarey P, DAyal A, Potapov V, O'Brien J, Manculenko D, Gervasi MT, Sullivan I, Conde-Agudelo A, Phillips JA, and Creasy CW. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2011 July; 38(1): 18–31. doi:10.1002/uog.9017.

Referencias Acción 20

- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. <http://www.who.int>
- National Institute of Clinical Excellence NICE. Antenatal care. Quality standard. Published: 17 September 2012. [nice.org.uk/guidance](http://www.nice.org.uk/guidance)/qs22
- Abalos E, Duley L, Steyn DW. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD002252. DOI: 10.1002/14651858.CD002252.pub2.
- Duley L, Henderson-Smart DJ, Meher S, King JF. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD004659. DOI: 10.1002/14651858.CD004659.pub2.
- Hofmeyr GJ, Manyame S. Calcium supplementation commencing before or early in pregnancy, or food fortification with calcium, for preventing hypertensive disorders of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 9. Art. No.:CD011192. DOI: 10.1002/14651858.CD011192.pub.

Referencias Acción 21

- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. <http://www.who.int>
- National Institute of Clinical Excellence NICE. Antenatal care. Quality standard. Published: 17 September 2012. [nice.org.uk/guidance](http://www.nice.org.uk/guidance)/qs22

- Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Alemán A, Sosa C, Mainero L, Rubino M. Vigilancia del crecimiento fetal. Montevideo. CLAP/SMR; 2011 (CLAP/SMR Publicación científica, 1586) ISBN 978-92-75-33228-3

Referencias Acción 22

- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. <http://www.who.int>
- National Institute of Clinical Excellence NICE. Antenatal care. Quality standard. Published: 17 September 2012. nice.org.uk/guidance/qs22
- Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Alemán A, Sosa C, Mainero L, Rubino M. Vigilancia del crecimiento fetal. Montevideo. CLAP/SMR; 2011 (CLAP/SMR Publicación científica, 1586) ISBN 978-92-75-33228-3
- Robert Peter J, Ho JJ, Valliapan J, Sivasangari S. Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9):CD008136.
- Whitworth M, Bricker L, Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(7):CD007058.

Referencias Acción 23

- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. <http://www.who.int>
- National Institute of Clinical Excellence NICE. Antenatal care. Quality standard. Published: 17 September 2012. nice.org.uk/guidance/qs22
- Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 4. Art. No.: CD000083. DOI: 10.1002/14651858.CD000083.pub3.
- Hutton EK, Hofmeyr GJ, Dowswell T. External cephalic version for breech presentation before term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD000084. DOI: 10.1002/14651858.CD000084.pub3
- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet. 2000 Oct 21;356(9239):1375-83.

Referencias Acción 24

- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. <http://www.who.int>
- National Institute of Clinical Excellence NICE. Antenatal care. Quality standard. Published: 17 September 2012. nice.org.uk/guidance/qs22
- Pattinson RC, Cuthbert A, Vannevel V. Pelvimetry for fetal cephalic at or near term for deciding on mode of delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD000161. DOI: 10.1002/14651858.CD000161.pub2.

10. ANEXOS

Anexo 1. Formulario de Clasificación del Riesgo - Criterios para Clasificar el Riesgo en la Atención Prenatal

El concepto de ARO debe de quedar bien establecido, se descontinuará el término 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 Obstétrico y la embarazada que tiene un factor de riesgo es una paciente de Alto Riesgo que requiere cuidados especiales.

Nombres y Apellidos: _____
Dirección: _____

Número de Expediente Clínico: _____
Teléfono: _____

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

No.	Antecedentes Obstétricos	1er APN		2º APN		3er APN		4º APN		5to APN		6º APN	
		No	Si	No	Si	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	No	Si	No	Si
7	Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple												
8	Menor 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	No	Si	No	Si
14	Diabetes mellitus insulino dependiente												
15	Nefropatía												
16	Cardiopatía												
17	Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol), tabaquismo												
18	Cualquier enfermedad o afección médica severa / Obesidad (IMC > 30). 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										
-----------------------------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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

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 anomalías congénitas y la prematuridad. 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 pérdida del mismo con anterioridad, uno de los métodos sería 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 mujer con uno o 2 abortos previos. La probabilidad de una recurrencia después tres pérdidas es de 35%.

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**, 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.

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.

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 prevenir de forma oportuna el excesivo crecimiento fetal. Se debe de interrogar a la paciente para definir peso anterior. Se debe estudiar para diabetes desde el momento del ingreso.

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.

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 grande para edad gestacional.

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

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.

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.

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 al segundo nivel de atención a las 36 semanas para determinar vía de nacimiento a partir de las 39 semanas (Esta es la edad óptima para programar cesárea 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 gestacional y las complicaciones derivadas del tipo de gemelos (mono coriónico) 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.

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 asociación. 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 menores de 15 años 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).

10. Isoinmunización Rh Negativa en embarazo actual o embarazos anteriores

Si una embarazada se detecta que es Rh negativa 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 y remitirse con titulación de anticuerpos (**Se envía después de las 18 semanas de gestación, antes NO tiene utilidad clínica**). En la primera APN 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 especializada. Uno de cada 600 embarazos es complicado con la presencia de masas anexiales (1:442 hasta 1:1,300). 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 embarazada 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 **hiperemesis 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.

Anexo 2. HISTORIA CLINICA PERINATAL NACIONAL (ANVERSO)

HISTORIA CLINICA PERINATAL (REVERSO)

MORBILIDAD														
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS			INFECCIONES			HEMORRAGIA								
						1 ^{er} TRIMESTRE		2 ^o TRIMESTRE		3 ^{er} TRIMESTRE				
Hipertensión crónica	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Sepsis	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Pielonefritis	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Post aborto	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Rotura uterina	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si
Pre eclampsia	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Endometritis	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Neumonia	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Mola hidatiforme	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Hemorragia postparto	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si
Pre eclampsia grave	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Corioamnionitis	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Infección herida cesárea	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Embarazo ectópico	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Atonia uterina	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si
Eclampsia	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si				Infección episiorrafia	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Placenta previa	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Desgarros	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si
HELLP	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si							Acretismo placentario	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Restos	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si
Hipertensión gestacional	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Bacteriuria asintomática	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Otra infección	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	DPPNI	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Defecto de coagulación	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si
Hipertensión crónica + PE sobreagregada	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si												
TRASTORNOS METABÓLICOS					OTROS TRASTORNOS					COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS				
DIABETES MELLITUS	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si												
DIABETES MELLITUS	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si												
Tolerancia oral a la glucosa normal	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si												
D.M. insulino dependiente previa	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si												
D.M. no insulino dependiente previa	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si												
D.M. gestacional	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si												
Estado hiperglucémico hiperosmolar	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si												
Hipoglucemia sintomática	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si												
Cetoacidosis	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si												
Estado hiperglucémico	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si												
INTERVENCIONES														
Alumbramiento manual	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	s/d			Nº de vol/unidades	Laparotomía (excluye cesárea)	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	s/d	días	Traje antishock no neumático	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si
Uterotónicos para tto. Hemorragia	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si					Ingreso en UCI	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si			Balones hidrostáticos	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si
							Uso de ATB IV para tto. de complicación infecciosa	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si			Suturas B-Lynch o similares	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si
												Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas/hipogástricas	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si
												Embolizaciones	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si
												Histerectomía	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si
VARIABLES PARA IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS														
CRITERIOS CLÍNICOS / DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA					LABORATORIO			INTERVENCIONES						
Cardiovascular	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Renal	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Laboratorio	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Administración continua de agentes vasoactivos	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si			
Shock	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Oliguria resistente a líquidos o diuréticos	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Plaquetas < 50.000 por ml	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si						
Paro cardíaco	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Hematológico/coagulación	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Creatinina ≥ 300 micromoles/l ó ≥ 3,5 mg/dl	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si						
Heptático	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Alteraciones de la coagulación	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Bilirrubina > 100 micromoles/l ó > 6,0 mg/dl	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si						
Ictericia en preeclampsia	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Neuroológico	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	pH < 7,1	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si						
Respiratorio	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Inconsciencia prolongada > 12 hs.	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Sat Hb < 90% ≥ 1 hora	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si						
Cianosis aguda	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Accidente cerebro vascular	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mmHg	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si						
Respiración jadeante (gasping)	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Lactato > 5 µmol/l ó 45 mg/dl	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si						
Taquipnea severa FR > 40 rpm	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	Parálisis generalizada	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si									
Bradipnea severa FR < 6 rpm	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si												
EGRESO MATERNO										FECHA				
dia	Temp°C	P.A.	FC	invol. uter.	loquios	periné	lactancia	observaciones	Responsable	dia	mes	año	hora	min
1 ^{er}														
2 ^o														
3 ^{er}														
O	5 ^o a 10 ^o													
TIPO DE EGRESO					fallece	contra consejo	egreso médico							
Lugar de seguimiento:	Fecha de alta de seguimiento	dia	mes	año	ANTICONCEPCION	Inicio MAC	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> si	pref.	accod.	pref.	accod.	pref.	accod.
CONSEJERIA oral	escrita	ninguna	ACO "píldora"	<input type="radio"/> pref.	<input checked="" type="radio"/> accod.	Otro hormonal (anillo vaginal/parche AE)	<input type="radio"/> pref.	<input checked="" type="radio"/> accod.	DIU		pref.	accod.	pref.	accod.
anticoncepción									EQV masc.	<input type="radio"/> pref.	<input checked="" type="radio"/> accod.	EQV fem.	<input type="radio"/> pref.	<input checked="" type="radio"/> accod.
CONSEJERIA oral	escrita	ninguna	Responsable						implante	<input type="radio"/> pref.	<input checked="" type="radio"/> accod.	condón	<input type="radio"/> pref.	<input checked="" type="radio"/> accod.
												abstención	<input type="radio"/> pref.	<input checked="" type="radio"/> accod.

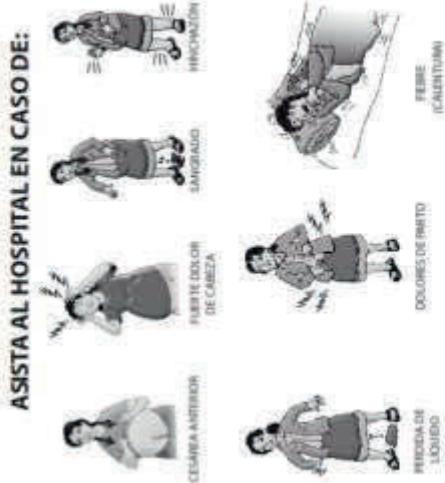
Anexo 3. CARNE PERINATAL (ANVERSO)

HISTORIA CLINICA PERINATAL-CLAP/SMR-OPS/OMS											
NOMBRES APELLIDOS						FECHA DE NACIMIENTO dia mes año	ETNIA blanca indigena mezcla negra otra	ALFA BETA ninguno primaria secund. univers. terciaria vive sola	ESTUDIOS CML universitario estatal sistema otro	Nº expediente único Nº expediente estatal Nº ISS Nº identidad	
DOMICILIO (Localidad: Dirección exacta)			urbana rural	EDAD (años)	< 20 e de 20 a 35 ≥ de 35	ULTIMO PREVIO gestas previas n/c normal ≥ 2500 g ≥ 4000 g	abortos 3 espont. consecutivos partos cesáreas	nacidos vivos nacidos muertos muertos 1 ^{er} sem. después 1 ^{er} sem.	FIN EMBARAZO ANTERIOR menor de 2 años máior de 5 años		
MUNICIPIO DE RESIDENCIA			TELEF.	CÓDIGO LUGAR DEL PARTO			NOMBRE U/S DEL PARTO				
CÓDIGO LUGAR DE APN		NOMBRE U/S DE APN		CÓDIGO LUGAR DEL PARTO			NOMBRE U/S DEL PARTO				
ANTECEDENTES FAMILIARES											
PERSONALES											
OBSTETRICOS											
GESTACIÓN ACTUAL											
EX. NORMAL											
GRUPO SANGUÍNEO											
TOXOPLASMOSIS											
SUPLEMENTO											
VACUNAS											
ATENCIones ANTENATALES											
PARTO ● ABORTO ●											
CASA MATERNA											
EDAD GEST. EN EMBARAZO											
HOSPITALIZ. EN EMBARAZO											
CORTICOIDES ANTENATALES											
INICIO											
ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO											
EDAD GEST. AL PARTO											
PRESENTACION SITUACION											
TAMAÑO FETAL ACORDE											
ACOMPAÑANTE											
NACIMIENTO											
POSICION PARTO											
RECEN NACIDO											
CUIDADOS ESENCIALES											
ANOMALIAS CONGENITAS											
FATLOGIAS RN											
EGRESO RN											
PUEPERIO INMEDIATO											
CARNE ANEXOS ANVERSO ESPAÑOL (Norma) 15/03/2020											

(no indica necesariamente signos/prácticas indeseadas)

Este color significa ALERTA

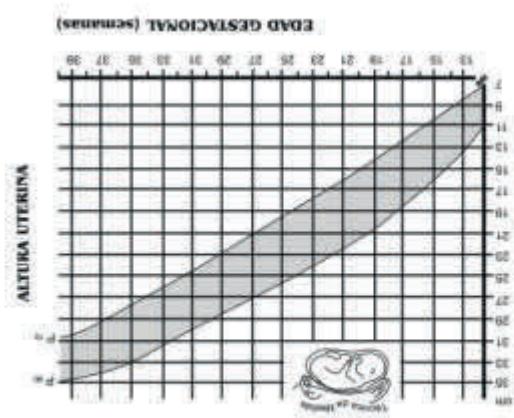
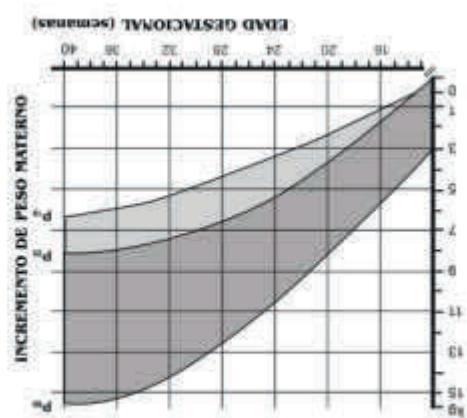
CARNE PERINATAL (REVERSO)



Nombres: _____	Dirección: _____
Unidad de Salud: _____	Teléfono: _____

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo/a. Lleve siempre con usted y entregue al equipo de salud cada vez que requiera una atención, ya sea en el embarazo, parto, posparto o control de crecimiento y desarrollo de

Su punto debe ser atendido en la Unidad de Salud.



Ministerio de Salud



Anexo 4. Formato para realizar evaluación odontológica en la embarazada

MINISTERIO DEL PODER CIUDADANO PARA LA SALUD

Formato periodontograma de la embarazada

SILASIS: _____

Fecha: / /

Nº de Cedula:

Nombres y Apellidos:

1. Ausente	Ø	8. Migración, Extrusión	D →
2. Cavidad	○	9. Puente	∅
3. Área de Descalificación	*	10. Área Periapical	H
4. Impactación de Alimentos	↑	11. Hipoplasia	L
5. Contactos Abiertos	//	12. Sobreobturación	X
6. Movilidad	M1-2-3-4	13. Extraída	

SUP.		DIRECCION		INF.		DIRECCION									
SUP.	BUCAL			INF.	BUCAL										
SUP.	DIRECCION			INF.	DIRECCION										
SUP.	LINGUAL			INF.	LINGUAL										
SUP.	DERECHO			INF.	DERECHO										
VITALIDAD	VITALIDAD			MOVILIDAD	MOVILIDAD										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

Anexo 5.

REPÚBLICA DE NICARAGUA MINISTERIO DE SALUD CONTROL DE RESULTADOS DE ULTRASONIDOS BASICOS EN TODA EMBARAZADA					
SILAIS:	Municipio:	U/S:	Expediente:		
Nombre:	Edad:	Gesta	Parto	Aborto	Cesarea
Ecografía temprana / Revisión de marcadores	Ecografía de revisión morfológica básica	Ecografía de crecimiento fetal			US Evolutivo
11 - 13.6 semanas	18 - 22 semanas	28 - 32 semanas		> 34 sem (Si es necesario)	
Fecha	Fecha	Fecha		Fecha	
Edad gestacional	Edad gestacional	Edad gestacional		Edad gestacional	
Vitalidad fetal	DBP	DBP		DBP	
LCR mm/EG	CC	CC		CC	
TN	CA	CA		CA	
Hueso nasal	LF	LF		LF	
Plexos coroides	Fetometria	Fetometria		Fetometria	
Craneo	Peso fetal	Peso fetal		Peso fetal	
Raquis	FCF	FCF		FCF	
Corazón	Craneo	Craneo		Craneo	
Pared abdominal	Cerebelo	Atrios (< 10 mm)		Perfil y labio superior	
Estomago	Cisterna magna (<10 mm)	CSP		4 camaras	
Vejiga	Atrios (< 10 mm)	Cristalinos		Tractos de salida	
4 miembros	CSP	Perfil y labio superior		3 vasos	
Placenta	Cristalinos	4 camaras		Pared abdominal	
Liquido amniotico	Perfil y labio superior	3 vasos		Estomago	
Cordon umbilical	4 camaras	Diafragma		Riñones	
A. uterinas	3 vasos	Pulmones		Vejiga	
Longitud cervical	Diafragma	Pared abdominal		Raquis	
Revision	Pulmones	Estomago		4 miembros	
Responsable	Pared abdominal	Riñones		Placenta	
Observaciones	Estomago	Vejiga		Liquido amniotico	
	Riñones	Raquis		Cordón umbilical	
	Vejiga	4 miembros		Longitud cervical	
	Raquis	Placenta		Revision	
	4 miembros	Liquido amniotico		Responsable	
	Placenta	Cordón umbilical		Observaciones	
	Liquido amniotico	Longitud cervical			
	Cordón umbilical	Revision			
	A. uterinas	Responsable			
	Longitud cervical	Observaciones			
	Revision				
	Responsable				
	Observaciones				

Anexo 6.

Predicción para Parto Pretérmino

EVALUACIÓN ECOGRÁFICA TRASNAVAGINAL DE CÉRVIX UTERINO EN EMBARAZO

Nombre: _____ Edad: _____ No Expte _____

Primera vez: ___ Subsecuente: ___ Cervicometría previa: SG: _____ LC: _____ F/S: ___ / ___

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ SG _____ FUR US

I. ANTECEDENTES OBSTETRICOS

G: _____ P: _____ A: _____ C: _____ FUR: _____ FUP: _____

II. FACTORES DE RIESGO

a) Antecedente de parto pretérmino: NO SI Número _____ E/G: _____

b) Unico Gemelar Doble: _____ Triple: _____

c) Infecciones:

Vaginal Tratamiento recibido: _____

Urinaria Tratamiento recibido: _____

d) Otros (Polihidramnios, Macrosomía) _____

III. MEDICION CERVICAL

Longitud cervical _____ mm

Funneling NO SI <25% _____ 25-50% _____ >50% _____ Forma: _____

Sludge NO SI

IV. CONCLUSIÓN: _____

V. RECOMENDACIONES: _____

Anexo 7. Técnicas para medir la presión 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.

Toma de la presión arterial: consideraciones previas

- La mujer debe permanecer 20 minutos en reposo sentada, antes de la toma y que este hidratada.
- Posición sentada (posición recomendada para las tomas habituales), con el antebrazo del miembro superior que corresponde a la mano hábil, apoyado y extendido a la altura del corazón.
- Posición acostada poniendo el brazo donde vaya a medir la TA apoyado y horizontal a la altura del corazón.
- Colocación del manguito de esfigmomanómetro desinflado en la mitad del brazo; la porción inflable deberá cubrir la cara interna del brazo. El borde inferior del manguito deberá situarse a 5 cm del pliegue del codo.
- Búsqueda por palpación del latido arterial en la parte interna del pliegue; allí se apoyará la cápsula del estetoscopio biauricular.
- Insuflación del manguito hasta 20 mm por encima de la medida en que se dejaron de percibir los latidos.
- Apertura lenta de la válvula de esfigmomanómetro y disminución de la presión del manguito a una velocidad de 3 mm por segundo.
- Registrar el valor de aparición de los latidos como presión arterial máxima sistólica.
- El valor correspondiente a la desaparición de los latidos se registrará como presión arterial mínima o diastólica.
- En embarazadas a partir de las 20 semanas, se recomienda medir la TA con la mujer colocada en decúbito lateral izquierdo o sentada.
- La mujer 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 ante cubital, cara interna).
- Coloque el manguito por encima de la flexión a (a 2-3 cm sobre ésta), centrando las flechas marcadas sobre el mismo a lo largo de la arteria braquial y ajustándolo perfectamente al brazo desnudo de la mujer (no lo ponga encima de la ropa).
- Retire prendas que compriman el brazo y evite extremidades con vía IV, fistula arteriovenosa, traumatismos, zona de mastectomía, o zona de parálisis o paresia después de un EVCA (Enfermedad Vasculo-Cerebral Aguda).
- Desinflé 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 sujetelo con los dedos 2º y 3º de su mano (No sujeté la campana del estetoscopio con el manguito). Cierre la válvula del esfigmomanómetro en la dirección de las agujas del reloj. Inflé 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, desinfla 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 de la 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.
- Desinfla el manguito lentamente hasta que note la reaparición del pulso. Esta será la Presión Sistólica.

Anexo 8. Funcionamiento de los Círculos de embarazadas

1. Los Círculos de embarazadas tiene como objeto brindar a las parejas conocimientos que le permitan modificar pensamientos y conceptos erróneos con respecto al embarazo. (p.ej. creer que el embarazo es una enfermedad) y brindar técnicas de respiración y relajación, indispensables para el control emocional, (disminuir las ansiedades, miedos y temores propios del evento).
2. A través de los Círculos de embarazadas se le proporciona a la mujer la preparación física-emocional necesaria para saber qué hacer, cómo relajarse, cómo respirar, cómo adoptar diferentes posturas como cucillas, en cuatro puntos, cómo manejar el deseo de pujo, dirigir el esfuerzo de pujo, entre otras cosas.
3. El equipo facilitador del Círculo de embarazadas está conformado por: médico, enfermera, partera o comadrona, así como nutricionista, psicóloga, y trabajadora social en los establecimientos donde se cuente con estos perfiles.
4. Para organizar las sesiones, se conforman grupos con un máximo de 15- 20 participantes.
5. En la primera sesión se les debe dar a conocer a los participantes información básica sobre el Círculo:
 - a) Qué es un Círculo de embarazada y en qué consiste.
 - b) Los objetivos.
 - c) Los beneficios.
 - d) Los requisitos de inclusión y exclusión para realizar el curso psicoprofiláctico.
 - e) Los compromisos a adquirir: puntualidad, asistencia como mínimo a 8 sesiones.
6. Los temas mínimos que se deben programar en el Círculo de embarazada son los siguientes:
 - a) Cambios anatómo fisiológicos del embarazo.
 - b) Cambios Psicológicos del embarazo.
 - c) Atención prenatal.
 - d) Signos de peligros de la primera mitad del embarazo.
 - e) Signos de peligros de la segunda mitad del embarazo.
 - f) Infección por el virus del Zika durante el embarazo.

- g) Infección por el COVID-19 y embarazo.
- h) Utilización de casas maternas.
- i) Métodos de Planificación Familiar.
- j) Lactancia Materna.
- k) Nutrición durante el embarazo
- l) Humanización del parto.
- m) Plan Parto.
- n) Cuidados del Recién nacido/Estimulación temprana en el Recién nacido.
- o) Prevención de las ITS/VIH
- p) Importancia del Papanicolaou

7. Puede promoverse la realización de artes manuales, tales como bordado, tejidos, otros.
8. Debe permitirse el acompañamiento del compañero, familiar o partera/o que la embarazada determine.
9. La labor del acompañante será muy importante y de gran ayuda para la mujer, ya que la preparación previa le permitirá saber cómo emplear medidas que no son farmacológicas, como algunos masajes o presión en ciertos puntos para controlar el dolor de su pareja, favoreciendo el confort.
10. Se promoverá en las embarazadas el parto psicoprofiláctico. Ver Anexo 1 de la Normativa 042 *Norma para la Atención Respetuosa y Humanizada del Parto Institucional con Pertinencia Cultural*.
11. Las técnicas de relajación tienen el propósito de reducir el dolor, no evitarlo, mediante la aplicación de ejercicios que contribuyen a disminuir o eliminar el estrés y/o el temor que algunas mujeres sienten ante el parto, especialmente al ser primigestas.

“PROTOCOLO II: ATENCIÓN DEL PARTO DE BAJO RIESGO”

“Para cambiar el mundo primero hay que cambiar la forma de nacer”

Michael Odent

1. 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 en el examen físico no se determinan complicaciones médicas u obstétricas, ni factores de riesgo de muerte perinatal o asfixia, contando además con un feto en presentación cefálica y con membranas íntegras.

Toda mujer tiene derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa durante el embarazo y en el parto y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación⁶⁶. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto durante el trabajo de parto y el parto constituyen una violación de los derechos humanos fundamentales de la mujer, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos⁶⁷.

Experiencia de parto positiva⁶⁸: Las mujeres desean una experiencia de parto positiva que satisfaga o supere sus expectativas o creencias personales y socioculturales previas. Esto incluye dar a luz a un/a bebé sano en un entorno sin riesgos clínicos ni psicológicos, y en continuidad con un apoyo práctico y emocional por parte del/la acompañante o acompañantes durante el parto, así como un personal clínico amable y técnicamente competente. La mayoría de las mujeres desean un trabajo de parto y parto fisiológicos, y tener una sensación de control y logro personal mediante la participación en la toma de decisiones, aun cuando sean necesarias o deseables intervenciones médicas.

2. CLASIFICACIÓN

El parto se clasifica de acuerdo a: edad gestacional, intervenciones, evolución fisiológica, presentación del feto, vía del nacimiento y número de fetos. Ver Tabla 1

Cuadro 1. Clasificación del Parto

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

3. FACTORES DE RIESGO

Ciertas condiciones patológicas se asocian con mayor riesgo materno, fetal y/o neonatal durante el parto. Su existencia al momento del inicio del trabajo de parto, determina que sea clasificado de alto riesgo. Ver Tabla 2

⁶⁶ Declaración de la OMS: Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud.2014

⁶⁷ UN General Assembly. Declaration on the Elimination of Violence against Women. UN General Assembly; 1993 Dec.

⁶⁸ OPS. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. 2019

Cuadro 2. 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, postérmino). Poco o excesiva ganancia de peso durante el embarazo.	Cambios en la intensidad de las contracciones uterinas (Hipertoniá, Atonía uterina). Cambios en la frecuencia de las contracciones uterinas (Polisistolia, oligosistolia). Estado Psíquico de la parturienta. Alteraciones en el Borramiento y dilatación del cuello. Variaciones de la frecuencia cardíaca fetal durante el parto Trabajo de Parto detenido. Ruptura Prematura de Membranas. Corioamnionitis. Coagulación Intravascular Diseminada. Sospecha clínica de DCP. Desviación de la curva real del Partograma.

4. DIAGNÓSTICO Y CONFIRMACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Sospeche o anticipé el trabajo de parto si la mujer tiene:

- Dolor a menudo asociado con secreción mucosa con manchas de sangre (expulsión del tapón mucoso);
- Secreción vaginal acuosa o un chorro súbito de agua.

Confirme el inicio del trabajo de parto si hay:

- Borramiento del cuello uterino, es decir, acortamiento y adelgazamiento progresivos del cuello uterino durante el trabajo de parto; y
- Dilatación del cuello uterino, es decir, aumento del diámetro de la abertura cervical medida en centímetros.

Diagnóstico del período y la fase del trabajo de parto

- Diagnostique el período del trabajo de parto de acuerdo con la dilatación del cuello uterino.
- Diagnostique la fase del trabajo de parto de acuerdo con:
 - Dilatación del cuello uterino durante el primer período del trabajo de parto; y
 - La necesidad de la mujer de pujar durante el segundo período del trabajo de parto.

Un diagnóstico incorrecto del trabajo de parto puede conducir a estados de ansiedad e intervenciones innecesarios.

Cuadro 3. Diagnóstico del período y la fase del trabajo de parto

Primer período Borramiento y dilatación del cuello uterino	Segundo período Descenso y expulsión del feto	Tercer período Salida de los anexos fetales (placenta y membranas)
Fase Latente Cuello uterino dilatado menos de 4 cms	Fase temprana (no expulsiva) Cuello uterino totalmente dilatado (10 cms) Continua 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)
Fase Activa Cuello uterino dilatado de 4 a 9 cms Velocidad de dilatación característica de 1 cm por hora o más	Fase avanzada (expulsiva) Cuello uterino totalmente dilatado (10 cms) La parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis	Involución uterina y Globo de seguridad de Pinard
Comienza el descenso de la presentación fetal	La mujer tiene deseos de pujar	

A. Determinar la evolución del trabajo de parto:

1. Pródromos de trabajo de parto:

- a. Cuello uterino Dilatación < de 3 cms y
- b. Cuello grueso con borramiento de 50% o menos.
- c. Dinámica uterina irregular.

2. Inicio del trabajo de parto

a. En Nulíparas:

- i. Borramiento del 100%
- ii. Dilatación de 4 cms y
- iii. 3-4 contracciones en 10 minutos de 40- 45 segundos de duración cada una.

b. En Multíparas:

- i. Borramiento del 50%
- ii. Dilatación de 3 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración cada una.

Con contractilidad uterina regular se espera que la dilatación uterina sea de 1.2 cm. por hora en nulíparas y 1.5 cm. por hora en multíparas.

3. Trabajo de Parto

- a. Borramiento: 50-100%
- b. Dilatación: 5-10 cm, (cuello uterino se dilata 1 cm por hora)
- c. Contracciones uterinas regulares, comienza descenso de la presentación fetal.

En promedio la duración del trabajo de parto es de 8 a 12 horas (no excede las 12 horas) en la nulípara y de 6 a 8 horas (no excede las 10 horas) en la multípara. *

*Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, et al. Duration of spontaneous labour in “low-risk” women with “normal” perinatal outcomes: a systematic review. Eur J ObstetGynecol Reprod Biol. 2018.

B. Identificación de la Posición y presentación del feto

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

- **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.
- **Situación:** Es la relación que guarda el eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre. Puede ser longitudinal, transverso y oblicuo.
- **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.
- **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, pélvica 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.

C. Evaluación del encajamiento y descenso del feto

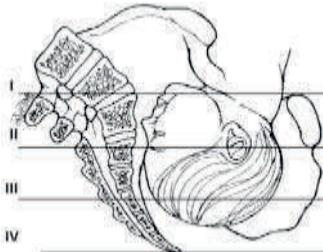
Las contracciones uterinas y los pujos propulsan al feto haciéndolo avanzar por el canal del parto hasta su expulsión. El encajamiento corresponde al momento en que la circunferencia máxima de la presentación franquea el estrecho superior de la pelvis para su penetración progresiva en el canal pelviano.

Se debe auxiliar de los Planos de Hodge para determinar el plano en el que se encuentra la presentación. Los **Planos de Hodge** son planos paralelos que parten de formaciones anatómicas pélvicas fáciles de determinar el descenso en el canal de parto, o sea, el “encajamiento” de la cabeza fetal en determinados puntos de la pelvis materna, permiten conocer a qué altura de la pelvis se encuentra el polo fetal.

La cabeza fetal se encaja normalmente en la pelvis materna en una posición transversa y rota 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.

Figura 1. Planos de Hodge



Cuadro 4. 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 pública, 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.

5. PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

Se describen a continuación los procedimientos que se establecen para la atención del parto de bajo riesgo, tratamiento y prevención de complicaciones por cada periodo del mismo.

Ante la situación del COVID-19 se deben cumplir los requerimientos de los incisos A y B.

A. LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL AREA⁶⁹:

La rutina de limpieza de cada área de los establecimientos de salud debe ser discutida cuidadosamente con los encargados de ejecutarla. Siga las siguientes reglas:

- La desinfección de superficies, camas, cunas, muebles y equipos debe realizarse una vez al día. La desinfección se realiza con un paño húmedo empapado en cloro con concentración a 2,000 ppm. No aplique cloro en superficies metálicas. En superficies metálicas utilice cloruro de benzalconio al 1%.
- Si la sala es de alto riesgo como neonatos, intensivo, salas de parto u otras que en su hospital hayan sido clasificadas como tales, desinfecte las superficies al mediodía (paredes y pisos no es necesario a menos que hayan ocurrido derrames).

B. AMBIENTE SEGURO Y LIMPIO⁷⁰

El Director o Gerente de los Establecimientos de Salud debe garantizar el cumplimiento de las normativas de ambiente seguro y limpio y asegurando el abastecimiento continuo y seguro de los productos para la higiene y desinfección del ambiente, especialmente de la ruta crítica (sala de operaciones, cuidados intensivos, emergencias, salas de parto y neonatología) en hospitales y servicios ambulatorios (curación, nebulización, unidad de rehidratación oral, laboratorio clínico) en los centros de salud.

El personal de salud debe disponer de los insumos apropiados en cualquier lugar donde se realice la prestación de servicios de salud (brigada médica, feria de salud, jornadas nacionales de salud, EPSS, entre otros). Estos recursos incluyen:

- Acceso a un suministro seguro y continuo de agua.
- Materiales Básicos para la higiene de manos (jabón líquido y papel toalla)
- Acceso a un preparado de alcohol con glicerina para manos.
- Recipientes adecuados para eliminación de residuos biológicos y material corto punzante
- Equipos de protección personal (EPP)⁷¹

En el sector salud el EPP está constituido por **batas, guantes, mascarillas (quirúrgicas o N95), protección facial (ej. máscaras y protección para los ojos, caretas o máscaras con visor acoplado)**, que deben ser utilizados por un trabajador de la salud u otro personal para proporcionar una barrera que evite la exposición a microorganismos infecciosos.

C. ADMISION DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO

El servicio de emergencia general u obstétrica, es el primer contacto que realiza la parturienta con las unidades de atención del parto y se brinda en establecimientos de salud pública y privada. En este servicio se debe de tener en cuenta que el proceso del avance del trabajo de parto es dinámico por lo que la persona prestadora del servicio debe de 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.

⁶⁹ Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 003 Norma Técnica y Guía para el Uso de Antisépticos, Desinfectantes e Higiene de Manos. 2008.

⁷⁰ Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 135 Norma para la Garantía de la Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. 2015

⁷¹ Equipo de Protección Personal (EPP): Cualquier equipo destinado a ser utilizado por el trabajador para que lo proteja de uno o varios riesgos en el desempeño de sus labores, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin. Nicaragua. Ley General de Higiene y Seguridad del Trabajo. Ley No. 618

Pregunte a la mujer si ha tenido algún signo de alerta (hemorragia vaginal, efusión repentina de líquido o cualquier problema como fiebre, dificultad para respirar, tos, dolor en las piernas, cefalea, epigastralgia, alteraciones visuales o auditivas, etc.) o si tiene alguna inquietud.

Si la gestante **tuvo atención prenatal**, solicitar y analizar los datos del carné materno. Si **no tiene** historia clínica: pregúntele la fecha prevista del parto.

En el caso de las embarazadas de bajo riesgo (sanas) con 40 SG y en trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demora del ingreso a la sala de preparto hasta el período de dilatación activa⁷² o iniciar la inducción del parto si se cuentan con condiciones en el establecimiento de salud para iniciar este procedimiento, bajo monitoreo de su evolución clínica⁷³.

Se deben realizar las siguientes actividades:

1. Elaboración de la HCP completa
2. Evaluación inicial de una mujer en trabajo de parto
3. Examen físico general
4. Examen obstétrico
5. Examen ginecológico
6. Solicitud de exámenes de laboratorio
7. Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas
8. Apoyo continuo por cuidados

1. Elaboración de la Historia Perinatal Clínica (HCP) completa

- Identificación
- Motivo de consulta y anamnesis:
 - ✓ Fecha probable del parto
 - ✓ Inicio de las contracciones
 - ✓ Percepción de movimientos fetales
 - ✓ Expulsión de tapón mucoso y ruptura de membranas.
 - ✓ Sangrado.
- Antecedentes: personales, familiares, patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos-obstétricos (intervenciones quirúrgicas abdominales o pelvianas o cesáreas anteriores) y farmacológicos.
- Proceder a completar las secciones de PARTO y ABORTO según corresponda.
- Leer e interpretar datos de las atenciones prenatales realizadas.
 - ✓ Problemas durante el embarazo actual (por ejemplo, hipertensión, preeclampsia, anemia, malaria, infecciones de transmisión sexual) y su manejo;
 - ✓ Hemoglobina;
 - ✓ Estado de la vacunación antitetánica;
 - ✓ Situación frente a la sífilis, el VIH (pacientes en tratamiento⁷⁴) y la tuberculosis.
- 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.
 - ✓ Si es prematuro (antes de haber completado 37 semanas de embarazo), maneje de igual manera que un trabajo de parto prematuro⁷⁵.

⁷² Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(4):CD011516

⁷³ MINSA Nicaragua. Normativa 156 Guía para el Manejo Clínico de la Inducto Conducción del Parto. 2020. Pg 9

⁷⁴ Normativa 093: Deberán establecerse los canales de comunicación para la valoración integral de la gestante por ambos niveles de atención y asegurar la adecuada referencia para la correcta atención del parto y del recién nacido. El Hospital Bertha Calderón Roque es el centro de referencia nacional para atender a los casos que ameritan un mayor nivel de resolución. También se coordinarán interconsultas con las especialidades cuando el caso lo requiera.

⁷⁵ Normativa 109 Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. Año 2018. MINSA

- Características de las contracciones: pregunte hora aproximada cuando empezaron las contracciones, se rompieron las membranas y las pérdidas vaginales de líquidos (sangre, mucosidad, líquido claro) si las hay.

2. Evaluación inicial de una mujer en trabajo de parto

- Realice una evaluación inicial rápida de la mujer (vías respiratorias, respiración, circulación, hemorragia vaginal, estado de conciencia, convulsiones, temperatura superior a 38°C, dolor abdominal).
- Evalúe el estado del feto:
 - ✓ Ausculte la frecuencia cardíaca fetal inmediatamente después de una contracción;
 - ✓ Tome la frecuencia cardíaca fetal por un minuto completo;
 - ✓ Si hay irregularidades en la frecuencia cardíaca fetal (menos de 100 o más de 180 latidos por minuto), sospeche perdida del bienestar fetal.
- Responda inmediatamente a cualquier anormalidad en los signos vitales u otros problemas identificados durante la evaluación rápida inicial.

3. Examen Físico general

- Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación, valoración del estado neurológico.
- Valoración del estado emocional
- Toma de signos vitales: PA, Pulso, Frecuencia Cardíaca Materna, Frecuencia Respiratoria, Temperatura materna
- Peso y talla
- Revisión completa por sistemas

4. Examen obstétrico

- Examine el abdomen de la mujer para ver si hay:
 - ✓ Una cicatriz de cesárea;
 - ✓ Una cresta horizontal en el abdomen inferior (si está presente, vacíe su vejiga y obsérvala de nuevo).
- Evalué las contracciones uterinas:
 - ✓ Observe la respuesta de la mujer a las contracciones:
 - ✓ ¿Las tolera bien o está angustiada?
 - ✓ ¿Está pujando o gimiendo? Si es así, manejarse como el segundo periodo del trabajo de parto.
 - ✓ Evalué el número de contracciones uterinas en 10 minutos y la duración en segundos.
- Evalúe la situación del feto —longitudinal o transversa— y la presentación fetal.
 - ✓ Efectuar maniobras de Leopolds para determinar: presentación, posición, situación, número de fetos y grado de encajamiento del feto. Ver Figura 2
 - ✓ Una situación fetal diferente de longitudinal y presentaciones en el trabajo de parto diferentes de la cefálica se consideran como anomalías de situación o presentación.
 - ✓ La vitalidad fetal se evalúa mediante la determinación de los movimientos activos del feto y su frecuencia cardíaca fetal.

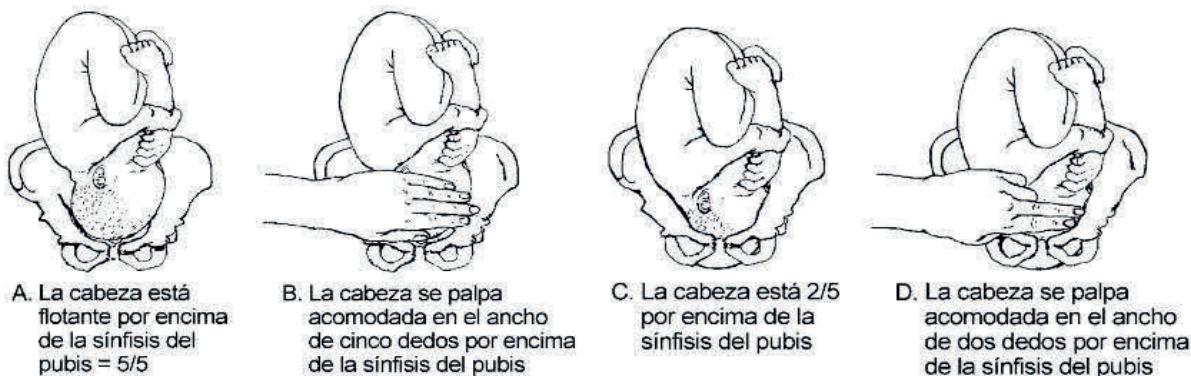
- i. Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto⁷⁶.
- ii. Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto⁷⁷.
- iii. Auscultación de la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) en gestantes de bajo riesgo y registro cardiotocográfico (RCTG) en pacientes de alto riesgo en aquellos lugares donde esté disponible dicha tecnología y aplicando los principios ya establecidos en Normativa 077.

Figura 2. Maniobras de Leopolds



- Mediante palpación abdominal, evalúe el descenso en términos de quintos de cabeza fetal palpable por encima de la sínfisis del pubis:
 - ✓ Una cabeza que está enteramente por encima de la sínfisis del pubis es cinco quintos (5/5) palpable;
 - ✓ Una cabeza que está enteramente por debajo de la sínfisis del pubis es cero quintos (0/5) palpable.

Figura 3. Palpación abdominal del descenso de la cabeza fetal



5. 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.
- Evalué la dilatación y el borramiento del cuello uterino

⁷⁶ Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(1):CD005122.

⁷⁷ Martis R, Emilia O, Nurdiati DS, Brown J. Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(2):CD008680.

Figura 4. Borramiento y dilatación del cuello uterino



- Evalué el estado de las membranas. Si las membranas se han roto, observe el color-cantidad-olor del líquido amniótico, cuando es sangre realizar abordaje según protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas:
 - ✓ La presencia de meconio espeso indica la necesidad de un seguimiento estricto y de una posible intervención para el manejo de la pérdida del bienestar fetal⁷⁸.

No se recomienda la administración de antibióticos de rutina en casos de líquido amniótico manchado con meconio en ausencia de otras indicaciones. El personal con experiencia en reanimación neonatal debe asistir al nacimiento de bebés si se observa un líquido espeso de meconio, ya que la aspiración de meconio es clínicamente más significativa en los casos de meconio espeso. Ver *Normativa 109 Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. 2018. MINSA*

- La presencia de flujo acuoso fétido indica la necesidad de manejar como amnionitis

Se debe administrar antibióticos cuando las características del flujo sugieren infección. Ver *Normativa 109 Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. 2018. MINSA*

- ✓ La ausencia de pérdida de líquido después de la ruptura de las membranas indica un volumen reducido de líquido amniótico, que puede estar asociado a pérdida del bienestar fetal.
- Si fuera necesario, se puede realizar un examen vaginal para evaluar el descenso, relacionando el nivel de la parte fetal que se presenta con las espinas ciáticas de la pelvis de la madre, en términos de centímetros o planos de Hodge.
- Determine la presentación, variedad de posición y altura de la presentación.
 - ✓ Determine la posición de la cabeza fetal durante el examen vaginal:
 - i. La cabeza fetal se encaja normalmente en la pelvis materna en una posición occipitotransversa, es decir, con el occipucio del feto transversal a la pelvis materna.

⁷⁸ Revisar Capítulo 6 de la Normativa 109 Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. 2018. MINSA

Figura 5. Posiciones occipito-transversas

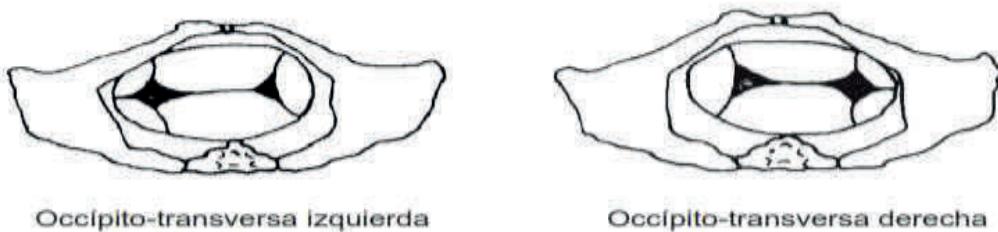
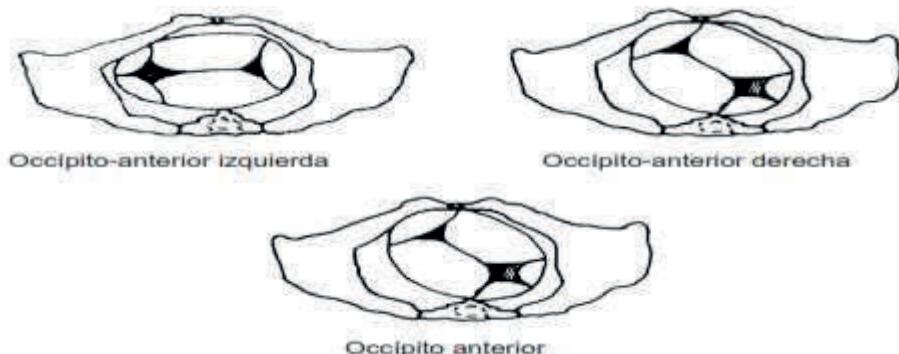


Figura 6. Posiciones occipito-anteriores



- ii. Al descender, la cabeza fetal rota de modo que el occipucio del feto queda hacia la parte anterior de la pelvis materna (posiciones occipito-anteriores). La ausencia de rotación de una posición occipito-transversa a una posición occipito-anterior, debe manejarse como si se tratara de una posición occipito-posterior.

Nota: Si se observan posiciones o presentaciones en el trabajo de parto distintas a occipital anterior con un vértice bien flexionado, manejar como anomalías de presentación. Ver *Normativa 109 Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. 2018. MINSA*

- 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).
- Tactos vaginales. Obtenga el consentimiento informado y la autorización de la mujer antes de realizar el tacto vaginal. En cada examen vaginal, registre lo siguiente:
 - ✓ El estado de las membranas;
 - ✓ El color del líquido amniótico, si se han roto las membranas;
 - ✓ La dilatación y el borramiento del cuello uterino;
 - ✓ El descenso (también se puede evaluar por vía abdominal).
 - ✓ Registrar gráficamente los hallazgos en el Partograma.

Los tactos vaginales múltiples aumentan la probabilidad de infección de la mujer, sobre todo cuando existen otros factores de riesgo de infecciones (por ejemplo, rotura prolongada de membranas, trabajo de parto prolongado o ambos). Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de dos horas para valoración de rutina de la fase activa del período de dilatación en las mujeres de bajo riesgo.

Figura 7. Modo de Realizar examen vaginal



6. **Solicitud de exámenes de laboratorio:** incluyendo hematocrito, determinación del grupo sanguíneo y del Rh y pruebas cruzadas de sangre, según la necesidad.
7. **Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas.** Se ingresará preferentemente en la sala de hospitalización de alto o bajo riesgo de acuerdo con los criterios establecidos.

La presencia de factores de riesgo condicionará la necesidad de una referir a un establecimiento de salud de mayor resolución, si el momento del trabajo de parto lo permite. En la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes de laboratorio y el motivo de la referencia, asegurando su ingreso en el establecimiento de salud de referencia. Ver Normativa 068 Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia.

Las actividades realizadas en la fase de admisión deben permitir definir si la gestante se encuentra en verdadero trabajo de parto (dinámica uterina regular, acortamiento cervical superior al 50% y dilatación igual o superior a 3 cm.) o si, por el contrario, se halla aún en el preparto.

Si la conclusión es que no se encuentra en trabajo de parto, es preciso evaluar las condiciones de accesibilidad de las mujeres al servicio y en consecuencia indicar deambulación, orientar sobre datos de alarma, una adecuada hidratación-alimentación. **Las gestantes que acudan presentando otros síntomas (ruptura de membranas, sangrado vaginal) requieren una evaluación específica (Ver Normativa 109).**

8. Apoyo continuo por cuidados

- Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres y a su acompañante en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables⁷⁹.
- Brindar Atención Respetuosa de la maternidad⁸⁰
 - ✓ Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.

⁷⁹ Balde MD, Bangoura A, Diallo BA, Sall O, Balde H, Niakate AS, et al. A qualitative study of women's and health providers' attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea. Reprod Health. 2017;14(1):4.

⁸⁰ Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. Effectiveness of respectful care policies for women using intrapartum care services. Reprod Health. 2018.

- ✓ Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección. Esto contribuye a que la mujer haga frente al temor y el dolor, al tiempo que disminuye su soledad y tensión y puede favorecer resultados fisiológicos positivos del parto⁸¹.
- ✓ Siempre que sea posible, recomienda a los acompañantes que asuman un papel activo en la atención.
- ✓ Recomiende al acompañante que ayude a la mujer durante el trabajo de parto y el parto (por ejemplo, frotarle la espalda, limpiarle la frente con un paño húmedo, ayudarla a desplazarse).
- Administre antibióticos intraparto (ampicilina o penicilina G) a todas las mujeres con colonización documentada de estreptococos del grupo B. *Si aplica*
- Proporcione consejería y pruebas para el VIH y la sífilis si no fueron realizados durante el tercer trimestre del embarazo.
- Según sea necesario, proporcione tratamientos profilácticos y manejo continuo de problemas obstétricos o médicos según protocolos.
- Evalué la condición materna, la condición fetal y progreso del trabajo de parto de acuerdo con el periodo y de cualquier otro problema observado.
- Se recomienda el uso de líquidos por vía oral y la ingesta de alimentos durante el parto en mujeres de bajo riesgo.
- Si la mujer está en la fase latente del primer periodo del parto y puede ser receptiva a la consejería de educación para la salud, proporcione información sobre alimentación infantil y la planificación familiar postparto.
- Durante el segundo período, ubique al acompañante en la cabecera de la cama para facilitarle que centre su atención en el cuidado de las necesidades emocionales de la mujer.
- Asegure la privacidad y la confidencialidad.
- Mantenga el aseo de la mujer y del ambiente que la rodea:
 - ✓ Aliente a la mujer para que se lave, se bañe o se duche al inicio del trabajo de parto;
 - ✓ Lave las áreas vulvar y perineal antes de cada examen;
 - ✓ Lávese las manos con jabón antes y después de cada examen;
 - ✓ Asegúrese de la limpieza de las áreas destinadas al trabajo de parto y el parto;
 - ✓ Limpie de inmediato todos los derrames que ocurran.
- Asegure la movilidad:
 - ✓ Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo⁸².
 - ✓ Manifieste su apoyo por la posición que la mujer elige para el trabajo de parto y el parto.

⁸¹ Downe S, Finlayson K, Lawrie TA, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. PLoS One. 2018

⁸² La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

Figura 8. Posiciones que una mujer puede adoptar durante el trabajo de parto

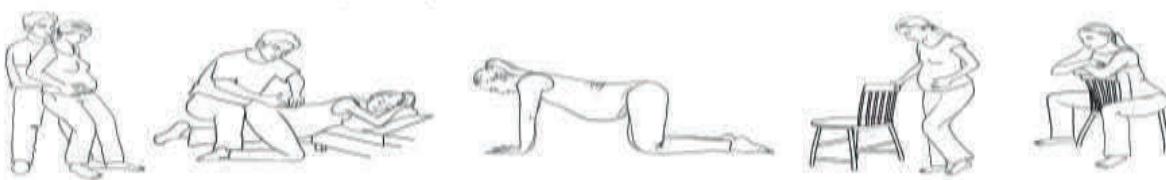
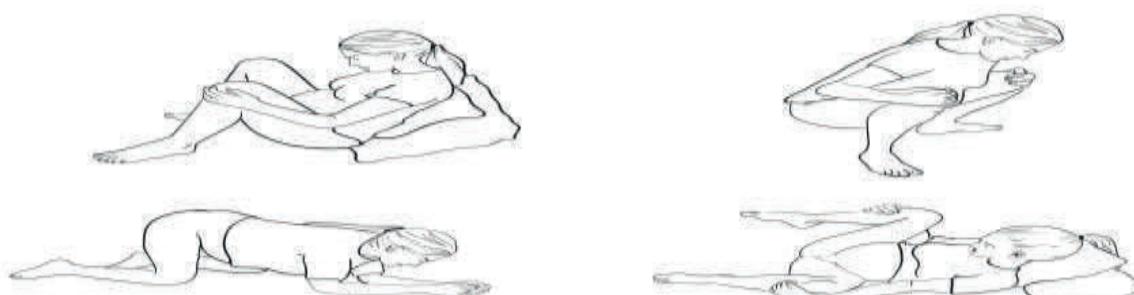


Figura 9. Posiciones que la mujer puede adoptar durante el parto



- Recomiende a la mujer que evacúe su vejiga con regularidad. Nota: no practique un sondaje vesical sistemático a las mujeres en trabajo de parto.
- Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda el uso de líquidos por vía oral y la ingesta de alimentos durante el parto⁸³. Si la mujer está visiblemente desnutrida, o se cansa durante el trabajo de parto, asegúrese de que se la alimente. Las bebidas nutritivas son importantes, aun en las etapas finales del trabajo de parto.
- Enséñele a la mujer 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 inspiración.
- Asista a la mujer que está ansiosa, atemorizada o con dolor durante el trabajo de parto:
 - ✓ Elógiela, aliéntela y tranquilícela;
 - ✓ Se recomiendan técnicas de relajación, como las de relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación de atención plena y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer⁸⁴.
 - ✓ Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer⁸⁵.
 - ✓ Infórmeme sobre el proceso y el progreso del trabajo de parto;
 - ✓ Escúchela y sea sensible a sus sentimientos.
 - ✓ Recomiende a su acompañante durante el parto que preste el mismo apoyo.
- Si la mujer está muy afectada por el dolor:

⁸³ La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

⁸⁴ †Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(12):CD009514.

⁸⁵ Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, EeCC, Saganuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2018;CD009290 (in press).

- ✓ Sugiera cambios de posición.
- ✓ Se recomienda la anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer⁸⁶. Ver sección especial de la Norma 109 Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas.
- ✓ No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto⁸⁷.
- ✓ Los opioides de administración parenteral, como fentanilo, diamorfina y petidina, son opciones recomendadas para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer⁸⁸.

■ Evite las siguientes prácticas:

- ✓ **No se recomienda** el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal⁸⁹.
- ✓ No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina durante el trabajo de parto para prevenir infecciones⁹⁰, incluso en mujeres con colonización por estreptococos del Grupo B documentada.
- ✓ **No se recomienda** realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto⁹¹.
- ✓ **No se recomienda** el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de 4 cms, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre⁹².
- ✓ **No se recomienda** el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto, hasta alcanzar los 10 cms de dilatación y solo en casos necesarios.^{93,94}

D. EVALUACION DEL ESTADO DE LA MUJER SEGÚN LA FASE DEL TRABAJO DE PARTO

a. Supervise el estado de la mujer: Cuadro 5.

Fase	Verifique
Durante la fase latente del primer período del trabajo de parto:	El estado de ánimo y el comportamiento de la madre (tensa, ansiosa) por lo menos una vez cada hora; verifique la presión arterial, el pulso y la temperatura por lo menos una vez cada cuatro horas.
Durante la fase activa del primer período del trabajo de parto:	El estado de ánimo y el comportamiento de la madre (tensa, ansiosa) por lo menos una vez cada 30 minutos; verifique la presión arterial por lo menos una vez cada cuatro horas, la temperatura por lo menos una vez cada dos

⁸⁶ †Anim-Somua M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(12):CD000331.

⁸⁷ La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

⁸⁸ De Leeuw JW, Vierhout ME, Struijk PC, Hop WC, Wallenburg HC. Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001;80(9):830-4.

⁸⁹ La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, a la que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf

⁹⁰ La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen a la que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf

⁹¹ La evidencia que respaldaba esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, a la que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

⁹² Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, Abalos E, Thwin SS, Souza H, et al. Cervical dilatation patterns of “lowrisk” Women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. BJOG. 2017.doi:10.1111/1471-0528.14930.

⁹³ La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

⁹⁴ La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

	horas y el pulso una vez cada 30 minutos.
Durante el segundo período:	Verifique el estado de ánimo y el comportamiento de la madre (tensa, ansiosa) por lo menos una vez cada 5 minutos.

b. Evalúe la mujer en busca de signos de urgencia y signos de sufrimiento y responda de manera adecuada:

- Si el pulso de la mujer se está acelerando, puede estar deshidratada, con dolor o empieza a tener fiebre.
- Cerciórese de que recibe una hidratación adecuada por vía oral o IV.
- Suministre la analgesia adecuada.
- Si la **temperatura de la mujer es superior a 38°C**, trate la causa de la fiebre y supervise la temperatura al menos cada dos horas.
- Si la **presión arterial de la mujer aumenta o disminuye** (presuma una hemorragia oculta o franca).
- Si hay **acetona en la orina de la mujer**, presuma una nutrición deficiente o deshidratación y recomiéndele que coma o beba; de no ser posible administre dextrosa IV.

E. EVALUACIÓN DEL ESTADO DEL FETO

Mida la frecuencia cardíaca fetal durante un minuto completo por lo menos una vez cada hora durante la fase latente, una vez cada 30 minutos durante la fase activa y cada cinco minutos durante el segundo período.

- Si se observan anormalidades de la frecuencia fetal (menos de 100 o más de 180 latidos por minuto), sospeche de pérdida del bienestar fetal. (Ver manejo según la Normativa 109).

F. EVALUACIÓN DEL PROGRESO DEL TRABAJO DE PARTO

Una vez diagnosticado el trabajo de parto, su evolución se evalúa mediante:

- La medición de los cambios en el borramiento y la dilatación del cuello uterino durante la fase latente;
- La medición de la tasa de dilatación del cuello uterino y del descenso fetal durante la fase activa;
- La evaluación del descenso fetal adicional durante el segundo período.

El progreso del primer período del trabajo de parto debe registrarse gráficamente en un partograma una vez que la mujer entra en la fase activa del trabajo de parto.

G. USO DEL PARTOGRAMA (CLAP/SMR – OPS/OMS)

El partograma es un instrumento indispensable para evaluar la rápida evaluación de la marcha del parto y la calidad da atención del mismo 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. Por lo tanto, tiene mucho valor para la docencia y supervisión de la asistencia.

Con la embarazada 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. En esta hoja no se repiten los datos registrados previamente en la HCP. Para su llenado correcto ver Anexo 1.

El partograma del CLAP ofrece algunas ventajas, tales como:

- Permite la construcción de una curva de alerta de acuerdo con las particularidades de cada mujer, como la nuliparidad o la multiparidad, la integridad o no de las membranas ovulares y la posición materna durante el trabajo de parto.
- Ofrece un espacio adecuado donde se deben registrar todas aquellas variables que aparecen en la evolución del trabajo de parto, como la ruptura artificial de las membranas ovulares, los cambios de posición materna, la estación fetal, la variedad de posición de la cabeza fetal, y algunas otras novedades.
- Presenta una tabla independiente para el registro de las condiciones clínicas durante el trabajo de parto como la posición materna, la presión arterial, el pulso, la frecuencia cardíaca fetal, la duración de las contracciones, la frecuencia y la localización del dolor. Este registro facilita la identificación de anomalías como: frecuencia cardíaca fetal (FCF) menor a 120 latidos por minuto o mayor a 160 latidos por minuto; cifras tensionales maternas elevadas: mayores o iguales a 140/90, o bajas (de acuerdo a la presión arterial previa); las variaciones en el pulso materno, entre otros aspectos.
- Es dinámico y fácil de interpretar, de tal forma que cualquier miembro de la institución, sin ser el médico tratante, puede evaluar la evolución de la curva de dilatación y llamar la atención cuando ésta se acerca a la línea de alerta o la sobrepasa.
- Facilita el trabajo de las instituciones que atienden un volumen grande de pacientes, pues con una sola mirada se puede determinar lo adecuado o no de la evolución del trabajo de parto, sin necesidad de revisar múltiples notas de evolución que en muchos casos son ilegibles y difíciles de encontrar.

Para fortalecer las competencias del personal de salud en el llenado correcto del partograma el CLAP pone a disposición las tecnologías Plantillas con curvas de alerta (Ver Figura 10) La aplicación de esta tecnología permite prevenir el parto prolongado y facilitar la acción oportuna y el dilatómetro (Ver Figura 11) Permite verificar el grado de dilatación cervical estimada por el tacto realizado por vía vaginal.

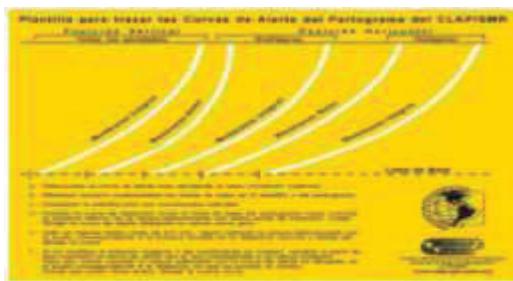


Figura 10. Plantilla para trazar las curvas de alerta del partograma

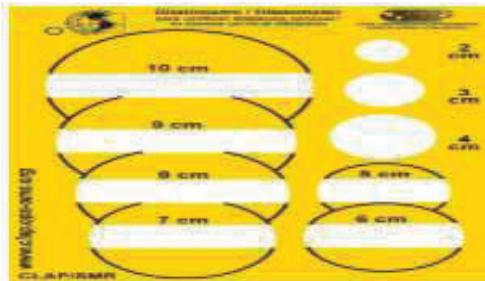


Figura 11. Dilatómetro

H. ATENCIÓN DEL PRIMER PERÍODO DEL PARTO (DILATACIÓN Y BORRAMIENTO).

Los hallazgos que sugieren un **progreso satisfactorio** en el primer período del trabajo de parto son:

- Las contracciones regulares, de frecuencia y duración que aumentan progresivamente;
- Una tasa de dilatación del cuello uterino de al menos 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino sobre la línea de alerta o a la izquierda de la misma); y,

Los siguientes resultados son indicativos de un **progreso insatisfactorio** durante el primer período del trabajo de parto:

- Valorar progreso de las modificaciones cervicales en dos horas de dinámica uterina regular, para clasificar como distocia;
- O contracciones irregulares y poco frecuentes (dos contracciones o menos en 10 minutos, cada una con una duración inferior a 40 segundos) una vez que ha empezado la fase activa;
- O una velocidad de dilatación del cuello uterino inferior a 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino a la derecha de la línea de alerta);
- O el cuello uterino mal adosado a la parte fetal que se presenta;
- O detención secundaria de la dilatación del cuello uterino y del descenso de la parte fetal que se presenta en presencia de contracciones de frecuencia y fuerza adecuadas.

Un **progreso insatisfactorio** del trabajo de parto puede llevar a un trabajo de parto prolongado y se tiene que reconocer y abordar con prontitud a fin de disminuir el riesgo de ruptura uterina y otras complicaciones.

- Debe hacerse énfasis en el apoyo psicológico a fin de tranquilizarla y obtener su colaboración.
- Embarazada en la primera etapa debe de deambular si no hay ruptura de membranas con adecuada alimentación.
- 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.
- Investigar signos u otros síntomas acompañantes.
- Canalizar vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente Lactato de Ringer o Solución de Hartmann. Debe evitarse dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del Recién Nacido.
- Tomar signos vitales a la madre cada hora: frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, incluyendo el estado de hidratación materno.
 - ✓ Si se detecta hipotensión, administrar infusión de Solución Salina.
- En caso de presentarse cefaleas, fosfeno, acúfenos evaluar datos de encefalopatía hipertensiva de acuerdo a controles previos de Presión arterial.

Complicaciones del primer período

- 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.

Ante la identificación de una de estas complicaciones, proceder de acuerdo a Normativa 109 Protocolo para la Atención de Complicaciones y Neonatales.

I. ATENCION DEL SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DEL PARTO: DESCENSO Y DESPRENDIMIENTO FETAL (EXPULSIVO)

Los hallazgos que sugieren un **progreso satisfactorio** en el segundo período del trabajo de parto son:

- El descenso constante del feto por el canal de parto;
- El inicio de la fase expulsiva (de pujar).

Los hallazgos que sugieren un **progreso insatisfactorio** en el segundo período del trabajo de parto son:

- La ausencia de descenso del feto por el canal de parto;
- La falta de expulsión durante la fase avanzada (expulsiva).

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

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, **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 Céfalo Pélvica).
- Sutura con cabalgamiento mayor de 2 cm (sospechar muerte fetal).¹⁷

J. PARTO NORMAL

Prepárese para el parto preparando todo el equipo y suministros y, si es factible, con un personal de apoyo. Se le explica a la gestante y a su acompañante la situación.

- Brindar apoyo emocional y físico.
- Nunca deje sola a la mujer.
- Asegúrese de que la vejiga de la mujer esté vacía (practique un sondaje solo cuando la vejiga está llena y la mujer no puede evacuarla).
- Aliente a la mujer para que adopte la posición adecuada que permita el pujo (cuclilla, semisentada, sentada, ginecológica y otras posiciones; salvo si existiera contraindicación médica), lo más erguida posible para facilitar el parto fisiológico y garantizar su comodidad en esta posición.
- Abordar con la mujer el parto humanizado y la adecuación cultural. Una vez que el cuello uterino está completamente dilatado y la mujer está en estado de expulsión, fase de la segunda etapa (la mujer tiene ganas de empujar), animela asumir la posición que ella prefiere.

- ✓ Para las mujeres **sin** anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas⁹⁵,
- ✓ Para las mujeres **con** anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas⁹⁶.
- Explicar las características sobre el dolor del parto y los tipos de contracciones (estimular una adecuada ventilación y relajación de la parturienta entre contracciones).
 - ✓ 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.
- Orientar a la parturienta la técnica correcta del pujo. No instarla a pujar, especialmente si el feto permanece en la pelvis punto medio.
 - ✓ Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar⁹⁷.
- Continúe monitoreando la condición de la mujer (estado de ánimo y comportamiento), la condición del feto (frecuencia cardíaca fetal) y progreso del parto (frecuencia, intensidad y duración de las contracciones; adelgazamiento del perineo y abultamiento; descenso visible de la cabeza fetal durante las contracciones).
- Protección del perineo a fin de evitar desgarros y laceraciones. En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles⁹⁸.
 - ✓ Si, después de 30 minutos de esfuerzos espontáneos de expulsión, el perineo no comienza a adelgazar y tensionarse con las contracciones, haga un tacto vaginal para confirmar la dilatación completa del cuello uterino.

Nota: La episiotomía no se recomienda como procedimiento de rutina, ya que no hay evidencia que disminuya el daño perineal, futuro vaginal colapso o incontinencia urinaria. De hecho, la episiotomía de rutina está asociada con un aumento de desgarros de tercer y cuarto grado posterior, y disfunción del esfínter anal.

- **No se recomienda** el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo⁹⁹.
- **No se recomienda** la profilaxis antibiótica de rutina en mujeres a las que se practica una episiotomía¹⁰⁰.
- 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.

⁹⁵ Gupta J, Sood A, Hofmeyr G, Vogel J. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(5):CD002006.

⁹⁶ Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(2):CD008070.

⁹⁷ Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(3):CD009124

⁹⁸ Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(6):CD006672.

⁹⁹ Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(2):CD000081.

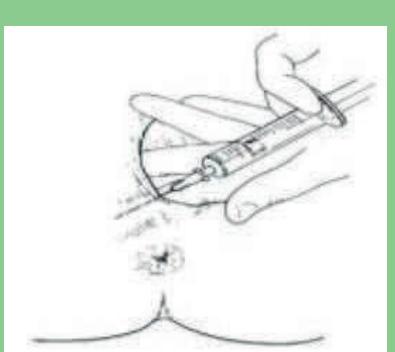
¹⁰⁰ Ota E, Chibueze CE, Bonet M, Oladapo OT. Antibiotic prophylaxis for episiotomy repair following vaginal birth: a systematic review of randomized and non-randomized studies. 2015 (unpublished).

- **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, perdida del bienestar 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**).

Cuadro 6. Técnica de aplicación de Lidocaína al 2% y Uso de las Tijeras en Corte de Periné

Infiltrar 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.

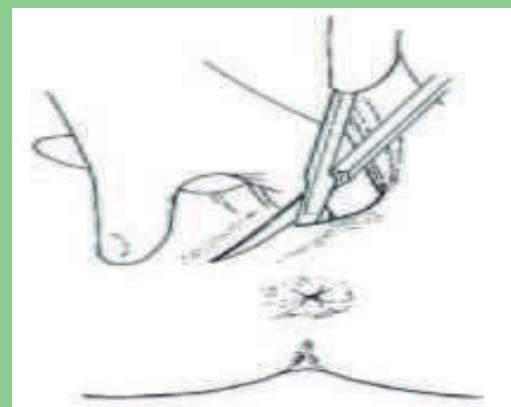
Coloque tempranamente el anestésico para permitir que tenga tiempo suficiente de producir efecto.

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.

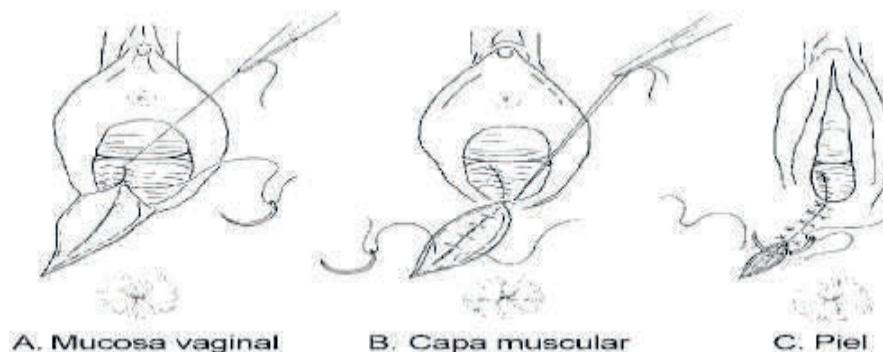


Reparación de la episiotomía:

- 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 desgarros de tercer o cuarto grado, 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 12).
- Cierre la piel.

Figura 12. Episiorrafia por planos



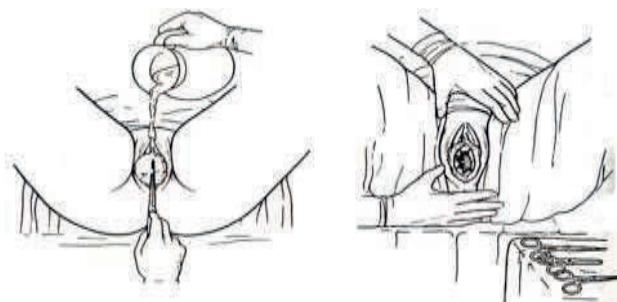
Mientras realiza la episiorrafia brinde consejería acerca de:

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

Cuidados maternos-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 13. Cuyo propósito es: remover secreciones vaginales y/o rectales y preparar ambiente limpio para el nacimiento.

Figura 13. Lavado Perineal para la Atención del Expulsivo

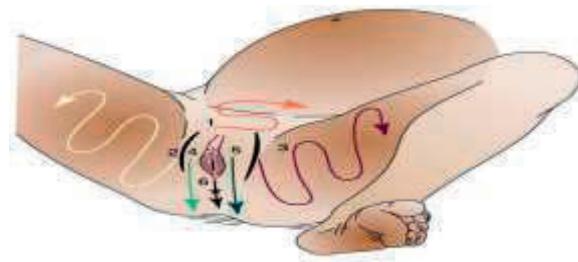


Equipo:

- 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 mujer.
- Colocar a la mujer en posición de litotomía.
- Reunir equipo.
- Explicar el procedimiento a la mujer.
- Realizar lavado de manos.
- Aplicar agente antiséptico a las gasas estériles.
- Usando movimiento de zigzag limpíe con una gasa desde el clítoris hasta parte baja del abdomen (sobre la línea del vello púbico). Luego descartar gasa. (1)
- Usando movimiento de zig-zag con otra gasa limpíe 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. Descartar 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 útil izando otra gasa. (6)
- Enjuague.
- Documentar.



Expulsión de la cabeza

Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del período expulsivo¹⁰¹.

- El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé, durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas.
- Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto que, en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas. Y si tiene analgesia peridural, puede prolongarse 1 hora.
- Pídale a la mujer que jadée o que dé sólo 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 mantenerla flexionada (inclinada).
- Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del bebé se expulsa.
- Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pídale a la mujer que deje de pujar.
- No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo¹⁰².

¹⁰¹ Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, et al. Duration of spontaneous labour in “low-risk” women with “normal” perinatal outcomes: a systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018 (in press)

¹⁰² Hofmeyr G, Vogel J, Cuthbert A. Fundal pressure during the second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(3):CD006067.

Figura 14. Período expulsivo



Tantee con los dedos alrededor del cuello del bebé para verificar si encuentra el cordón umbilical:

- ✓ Si el **cordón umbilical está alrededor del cuello**, pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé;
- ✓ Si el **cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello**, píncelo dos veces y córtelo antes de desenrollarlo del cuello.

Nota: La aspiración nasal u oral intraparto sistemática no debe practicarse en neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, incluso en los bebés nacidos con un líquido amniótico meconial.

La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf

Finalización del parto

- Permita que la cabeza del/la bebé gire espontáneamente.
- Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé. Dígale a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción.
- Disminuya la posibilidad de desgarros apoyando la extracción de un hombro a la vez. Mueva hacia atrás la cabeza del bebé para facilitar la extracción del hombro anterior

Nota: Si hay dificultad en la extracción los hombros o si la cabeza de lactante se retrae hacia el perineo al nacer, presuma una distocia de hombro.

- Levante la cabeza del/la bebé hacia adelante para extraer el hombro posterior.
- Sostenga el resto del cuerpo del/la bebé con una mano mientras éste se desliza hacia fuera.
- Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre.

- Seque al/la bebé por completo y límpie sus ojos. Retire el paño húmedo.

Nota: En los/as recién nacidos/as con líquido amniótico manchado por meconio que comienzan a respirar por cuenta propia, no se debe practicar la aspiración de la boca, la nariz ni la tráquea.

- Tome nota de la hora del nacimiento y sexo del RN.
- Mantenga al/la bebé abrigado; colóquelo en contacto continuo de piel con piel con la madre y cubra la cabeza y el cuerpo del bebé.
- Evalúe la respiración del/la bebé.

Nota: La mayoría de los/as bebés comienzan a llorar o respiran espontáneamente dentro de los primeros 30 segundos después del nacimiento.

- Si el/la bebé está llorando o respirando (por lo menos 30 movimientos de ascenso y descenso del tórax por minuto), déjelo con la madre.
- Si el/la **bebé no comienza a respirar**, estimúlelo rozando su espalda dos a tres veces.
- Si, después del secado y una estimulación breve, el/la bebé aún no llora ni respira, **pida ayuda**, pince y corte el cordón umbilical y desplace al recién nacido/a a una superficie llana para iniciar la reanimación, que incluye iniciar la ventilación con presión positiva en el primer minuto después del nacimiento.

Prevea la necesidad de reanimación y prepare un plan para conseguir ayuda para todos los/as bebés, pero especialmente si la madre tiene antecedentes de eclampsia, sangrado, trabajo de parto prolongado u obstruido, partos pretérmino o infección. Ver Normativas 108 y 109 del MINSA

- Si el/la **bebé está respirando normalmente** se recomienda el **pinzamiento tardío** del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé¹⁰³. Al mismo tiempo inicie los cuidados básicos del/a recién nacido.

Nota: Pince temprano el cordón umbilical (en el primer minuto), únicamente cuando sea necesario trasladar de inmediato al recién nacido para reanimación.

- Asegúrese de que el/la bebé permanece tibio y en contacto de piel con piel sobre el tórax de la madre. Mantenga al/la bebé cubierto con un paño o frazada suave y seca y cerciórese de que la cabeza esté cubierta para evitar la pérdida de calor.
- Si la **madre no está bien**, solicite la ayuda de un asistente a fin de poder supervisar y prestar una atención adecuada tanto a la madre como al bebé.
- Palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros/as bebés y proceda con el manejo activo del tercer período.

Complicaciones del segundo período

- Fase expulsiva prolongada.

¹⁰³ La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209_eng.pdf

■ 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 la Normativa de Atención de Complicaciones Obstétricas (N109).
- ✓ Si la infección es profunda, involucra los músculos y está causando necrosis referir URGENTEMENTE para valoración e inicie administración de doble antibioticoterapia:
 - i. 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.
 - ii. La dosis de mantenimiento para estos casos será: Ampicilina 2 gr IV, cada 4 o 6 horas o Penicilina Cristalina 2 millones de unidades internacionales cada 4 o 6 horas.
 - iii. Agregar a cada una de las opciones: Gentamicina 80 mg IV, cada 12 horas o 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. 14 o 16 o de mayor calibre, estabilice hemodinámicamente con solución salina normal al 0.9% o Ringer y valore traslado al establecimiento de salud de mayor resolución.

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

K. MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERÍODO (MATEP)

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 retro placentario), 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.

El manejo activo del alumbramiento (expulsión activa de la placenta) ayuda a prevenir la hemorragia posparto, además reduce los requerimientos de transfusión sanguínea y los tiempos de estancia hospitalaria por las complicaciones derivadas de su no utilización.

Este manejo incluye:

1. La administración de un medicamento uterotónico en el primer minuto después del nacimiento del/la bebé. Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento¹⁰⁴.
2. Una tracción controlada del cordón; y
3. La verificación del tono uterino y, cuando el útero no está bien contraído, un masaje uterino.
4. El pinzamiento tardío del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (1 a 3 minutos).

La intervención más importante para disminuir la hemorragia del posparto es la administración en el posparto inmediato de un uterotónico, en el primer minuto después del nacimiento. La tracción controlada del cordón es opcional y solo debe realizarla una persona capacitada.

1. Uterotónicos en el posparto inmediato

- Inmediatamente después del nacimiento del bebé, palpe el abdomen a fin de descartar la presencia de otro(s) bebé(s).
- Si no hay otro(s) bebé(s), **administre 10 unidades de oxitocina IM (aun 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 (10 UI, IM) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP)¹⁰⁵.

Cerciórese de que no hay ningún otro(s) bebé(s) antes de administrar un medicamento uterotónico inyectable IM o dar dosis altas de misoprostol por vía oral.

Nota: Se prefiere la oxitocina porque es eficaz dos a tres minutos después de la inyección, tiene mínimos efectos secundarios y se puede utilizar en todas las mujeres.

- **Para los entornos en los que la oxitocina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos¹⁰⁶, administre:**
 - ✓ Misoprostol por vía oral 600 µg;
 - ✓ O ergometrina (0,2 mg IM) o metilergometrina;
 - ✓ O la asociación en dosis fijas de oxitocina y ergometrina (1 ml = 5 UI de oxitocina + 0,2 mg de ergometrina).

No administre ergometrina a mujeres con preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebrovasculares.

¹⁰⁴ La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf?sequence=1

¹⁰⁵ La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf?sequence=1

¹⁰⁶ La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf?sequence=1

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

2. Tracción controlada del cordón umbilical

Se puede dejar que la placenta sea expulsada fisiológicamente o una persona capacitada la puede extraer mediante tracción controlada del cordón. La tracción controlada del cordón está contraindicada en los entornos sin un personal de salud competente.

- Para los entornos en los que existen **asistentes obstétricos especializados disponibles**, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el personal de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes¹⁰⁷.
- Despues de haber cortado el cordón, píncelo cerca del perineo usando pinzas portaesponjas. Sostenga el cordón umbilical pinzado y el extremo de la pinza con una mano. Tener presente que se debe pinzar el cordón umbilical a una distancia mínima de 10 cms de la base fetal.
- Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, estabilice el útero aplicando contratracción durante la tracción controlada del cordón umbilical. Esto ayuda a prevenir la inversión uterina.

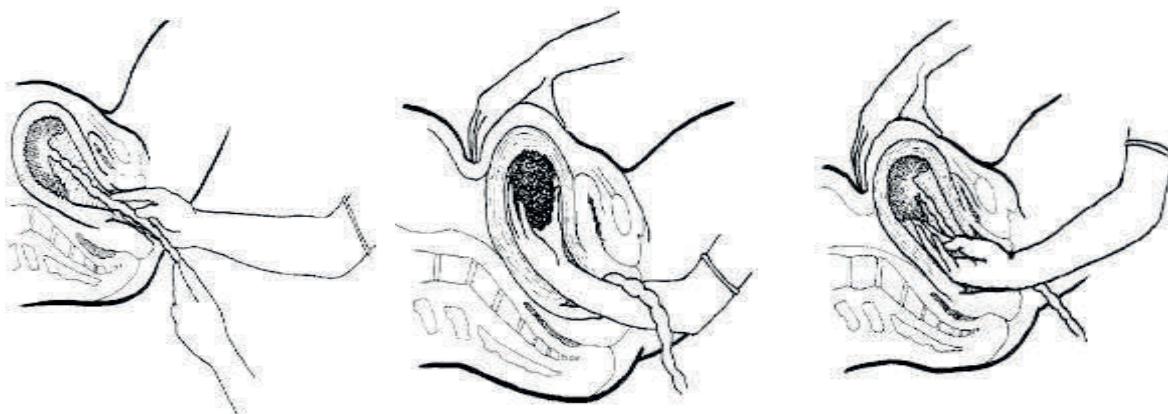
Nunca aplique tracción al cordón umbilical (halón) sin aplicar la contratracción (pujo) por encima del pubis con la otra mano.

- 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**, hale del cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta. No espere que salga un chorro de sangre antes de aplicar tracción al cordón. Con la otra mano, continúe ejerciendo contratracción 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, sino:
 - ✓ Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente. Si es necesario, utilice una pinza de esponjas 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 contratracción.
- 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.
- Hale lentamente para completar la extracción.

¹⁰⁷ La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf?sequence=1

- Si las **membranas se desgarran**, examine con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino provisto de guantes estériles y utilice una pinza de esponjas para retirar cualquier trozo de membrana retenido.
- Examine cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra. Si falta **una porción de la superficie materna o hay desgarros 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, puede 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 Normativa 109 Protocolo de Atención de Complicaciones Obstétricas). Ver Figura 15
- Elimine la placenta de la manera correcta, segura y culturalmente apropiada.

Figura 15. 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 Normativa 109 Protocolo de Atención de Complicaciones Obstétricas).
 - ✓ Se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina en las gestantes a las que se extrae manualmente la placenta¹⁰⁸.

3. Verificación del tono uterino

Evalúe de inmediato el tono uterino. Si el **útero es blando**, masajee el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga.

Nota: No se recomienda un masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia postparto (HPP) en mujeres a las que han administrado oxitocina como medida profiláctica.

La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf?sequence=1

¹⁰⁸ WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. 2015

- Enseñe a la mujer cómo evaluar el tono uterino y a masajear ella misma el útero en caso de que este se vuelva blando.
- Calcule y registre la pérdida sanguínea.

Revisión del canal del parto

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

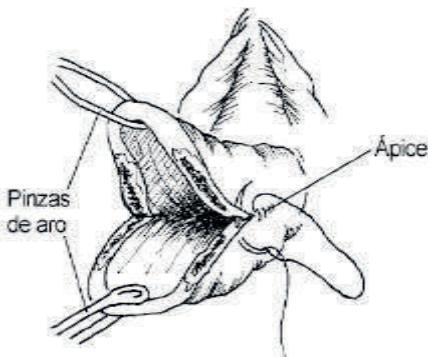
La pinza se coloca en labio cervical anterior con el fin de poder revisar todo el canal del parto que incluya también el cérvix, paredes laterales de vagina, las comisuras cervicales y vulva y periné en busca de laceraciones y/o desgarros. De igual manera se tracciona el labio cervical inferior para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

Examen para detectar desgarros

- Examine a la mujer cuidadosamente y repare cualquier desgarro del cuello uterino o la vagina, o repare la episiotomía (Ver Normativa 109).

Figura 16. Reparación de Desgarro Cervical



Dispositivo intrauterino en el postparto

Cuando una mujer reúne las condiciones, ha recibido consejería adecuada y ha optado de manera informada y consciente por la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU), ya sea el de cobre o liberador de levonorgestrel, proceda a la inserción inmediatamente después de la expulsión de la placenta y de haber verificado su integridad o antes de su egreso de acuerdo a la Norma de PF.

Si la mujer egresa con este u otro método anticonceptivo postevento obstétrico, orientar sobre el seguimiento en el primer nivel de atención según la Normativa 002 de Planificación Familiar.

L. ATENCIÓN DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO DURANTE LAS DOS PRIMERAS HORAS DESPUÉS DEL PARTO Y EL NACIMIENTO

- Mantenga a la mujer y su recién nacido en la sala de parto al menos durante una hora después de la expulsión de la placenta.

Evite separar a la madre del bebé siempre que sea posible. No deje a la madre y al bebé desatendidos en ningún momento.

- Realice un reconocimiento de la mujer y el recién nacido antes de transferirlos a la sala de posparto.
- Asegúrese de que la habitación esté cálida (25°C).
- Promover el Apego Precoz.
- Registro de los datos de la atención en el expediente. Llenando las casillas del puerperio y egreso materno de la HCP.
- No dé el alta a la mujer y su recién nacido del establecimiento antes de 24 horas después del parto.

Cuidado de la mujer

- Limpie la mujer y la zona por debajo de ella. Coloque una toalla higiénica o una tela limpia plegada bajo los glúteos para recoger la sangre. Ayúdela a cambiar su ropa, de ser necesario
- **Supervise el estado de la mujer cada 15 minutos durante las primeras dos horas 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 y responda de inmediato en caso de observaciones anormales:**
 - ✓ Evalúe el tono uterino a fin de detectar pronto una atonía uterina.
 - ✓ Masajee el útero si está atónico. Cerciórese de que el útero no se relaje (ablande) después de que usted suspende el masaje uterino.
 - ✓ Mida la presión arterial y el pulso.
 - ✓ Evalúe estado general: color de piel (palidez, sudoración), estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas.
 - ✓ Mida y registre las pérdidas sanguíneas.
 - ✓ Asegúrese que hay buena involución uterina o sensibilidad uterina, así como la presencia del globo de seguridad de Pinard.

Nota: Si el sangrado es excesivo y se observan signos de emergencia, investigue la(s) causa(s) de la hemorragia (atonía uterina, laceración vaginal o del cuello uterino, retención de la placenta) y trátela de manera apropiada (véase manejo de la Hemorragia Postparto en la Normativa 109).

- Recomiende a la mujer que evacúe la vejiga y asegúrese de que ella orinó.
- Aliente la mujer a que coma, beba y descanse.

- Brinde consejería sobre: Abrigo, hidratación, nutrición¹⁰⁹, vigilancia del sangrado apeglo precoz, deambulación precoz, higiene personal y genital (curación de episiotomía si existiera).
- Pida al acompañante que observe a la mujer y pida ayuda si el sangrado o el dolor aumentan, si la mujer se siente mareada o tiene cefaleas graves, trastornos visuales o malestar epigástrico.
- Exámenes de control: hematocrito, y examen general de orina (si es necesario).
- Detección precoz de signos de alarma.
- Verifique la historia clínica de la mujer y administre todo tratamiento o profilaxis que sean necesarios.

No administre tratamiento antibiótico profiláctico sistemático cuando no existen signos clínicos de infección o se reúnen los criterios de tratamiento recomendados. La profilaxis sistemática con antibióticos **no se recomienda** en los siguientes casos:

- Las mujeres que han tenido un parto vaginal sin complicaciones;
- Vaginal instrumentado;
- Las mujeres con episiotomía; y
- Las mujeres con desgarros de primer y segundo grado.

La profilaxis sistemática con antibióticos **se recomienda** en los siguientes casos:

- La reparación de los desgarros de tercer y cuarto grado;
- La rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto;
- El parto por cesárea; y
- La extracción manual de la placenta o el taponamiento con globo intrauterino.

Aconseje a la mujer sobre el espaciamiento saludable y el momento más oportuno para los embarazos, el método de la amenorrea de la lactancia, la recuperación de la fecundidad y la reanudación de relaciones sexuales.

- Aconseje a la mujer sobre los métodos de planificación familiar que puede iniciar inmediatamente después del parto: Ver Figura 17

Figura 17. Opciones de métodos anticonceptivos postparto (momento de inicio del método y consideraciones por la lactancia)



¹⁰⁹ Ver recomendaciones en la Normativa 029 del MINSA

6. DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVELES DE ATENCIÓN

Cualquier complicación identificada en los períodos del trabajo de parto, deberá manejarse y cumplirse los criterios de referencia consignados en la Normativa 109.

CRITERIOS DE ALTA MÉDICA:

- 1) En caso de ser alta de Labor y Parto, esta será posterior a las 2 horas de vigilancia del puerperio.
- 2) Alta médica del hospital siendo esta posterior a las 24 horas.
- 3) Toda puérpera que no presente sangrado, signos o síntomas de infección y signos vitales dentro de límites normales.
- 4) Todo recién nacido cuyos signos vitales se encuentren dentro de límites normales y sin evidencias de anomalías congénitas que pongan en riesgo su vida.
- 5) Características de loquios no mal olientes y no hemorrágicos.
- 6) Involución uterina adecuada. Presencia del globo de seguridad de Pinard.
- 7) Ausencia de fiebre, taquicardia, presión arterial alta o baja.
- 8) Buena coloración de la piel.
- 9) Ausencia de dolor a la palpación del útero.²⁶

Las vías de coordinación, deben ser los protocolos de referencia y contrarreferencia realizados por cada servicio de salud, en cada red de salud y su cartera de servicios. Es responsabilidad del establecimiento en donde ocurra el parto, entregar la documentación completa del proceso acontecido (completo llenado de la HCP, Carné Perinatal¹¹⁰, epicrisis y si amerita Contrarreferencia).

7. EDUCACION, PROMOCION Y PREVENCION

- Promover el descanso para apoyar la pronta curación, y el regreso a la rutina debe ser gradual.
- Orientar sobre la higiene genital, curación de herida quirúrgica si amerita.
- Brindar consejería nutricional: las mujeres en periodo de lactancia necesitan más alimentos y líquidos.
- Brindar orientaciones sobre la lactancia materna:
 - ✓ Permita que el/la lactante tome el pecho a libre demanda, si es capaz de mamar.
 - ✓ Si existen **problemas con la lactancia materna**, obsérvelo mamar, en busca de signos de dificultad de agarre.
 - ✓ Enseñe a las madres cómo reconocer y solucionar los problemas frecuentes que impiden una lactancia materna eficaz.
- Solicite a la madre o a los padres que vigilen al/la **bebé y pidan ayuda si observan que tiene dificultad para respirar, si su temperatura es demasiado baja o alta, si se presenta hemorragia del cordón o hay convulsiones**.
- Fortalecer la consejería en el egreso con un método anticonceptivo.
- Promocionar el uso y albergue de las mujeres en las Casas Maternas.

¹¹⁰ Con el carné perinatal se asegura que los datos de mayor importancia: relativos al cuidado prenatal (al ser registrados sistemáticamente en cada consulta) lleguen a manos de quien atiende posteriormente a la embarazada, ya sea en otro consultorio externo o en el lugar de la internación; vinculados a una internación durante el embarazo, parto y posparto, sean conocidos por quien tiene a su cargo el control del puerperio y para el seguimiento del recién nacido, lleguen a conocerse por quien tiene a su cargo el control de la niña o el niño.

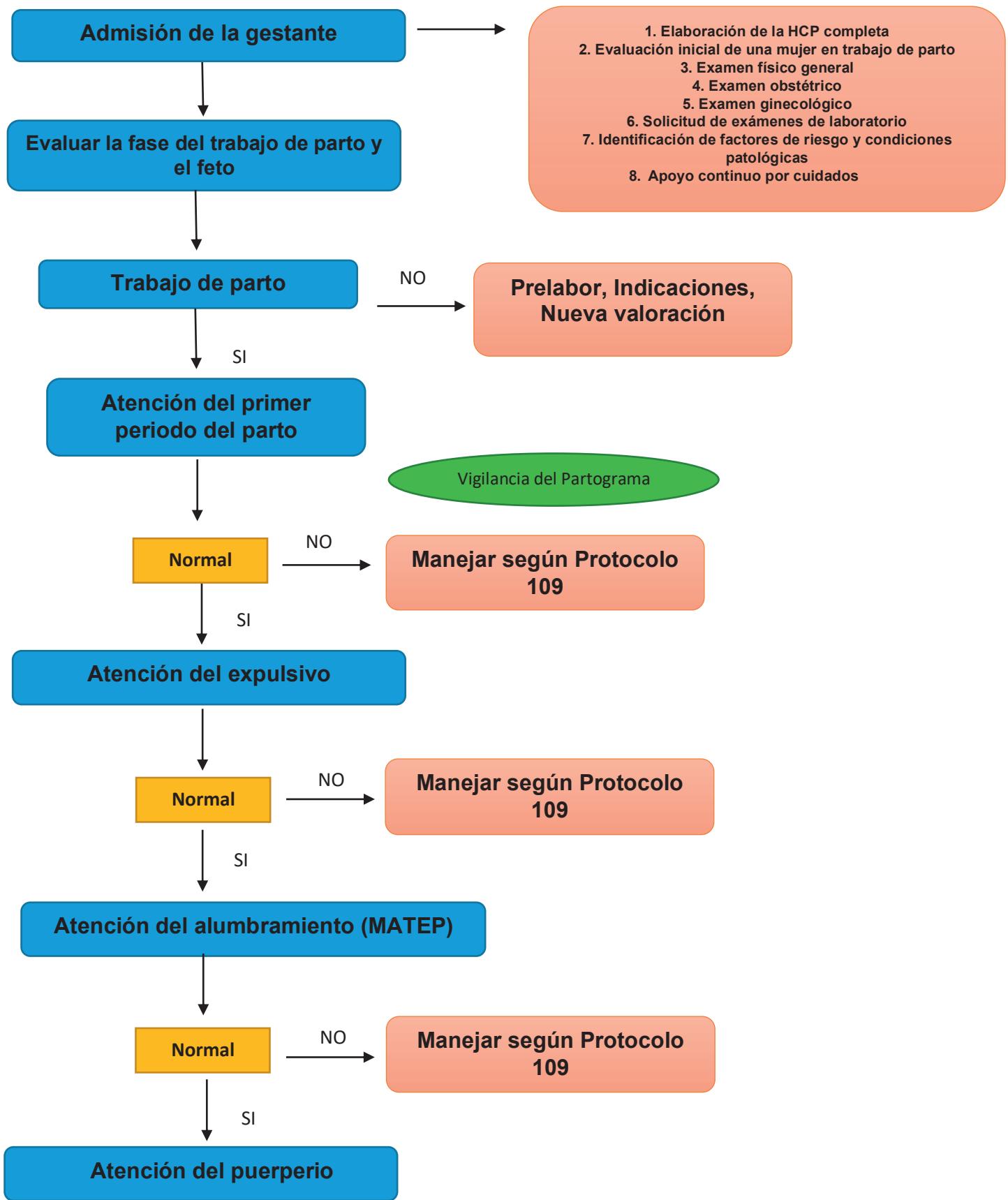
- Promocionar la participación de la puérpera en los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna a nivel de local.

OTRAS ACTIVIDADES

En el primer nivel de atención, se debe garantizar el llenado de los siguientes instrumentos:

- **Boleta del Censo gerencial de las embarazadas, puérperas y postnatales:** anotar en el acápite No. 6 de “Parto”.
- **Plan de Parto:** anotar en los formatos de “Registro comunitario de Plan de Parto”, “Registro Mensual de Plan de Parto” y “Registro Mensual del SICO”.
- **Si la mujer es remitida a Casa Materna (CM),** se debe anotar los datos de la embarazada, en el formato de los Datos del libro de registro de las CM, el Registro de Admisión, Egreso y Reporte Mensual de Casa Materna, Registro diario de los Temas Claves dirigido a las Mujeres y Resumen Cronológico de la Casa Materna.
- **SIP Plus:** ingresar toda la información recolectada en las HCP en tiempo real, al sistema electrónico, el cual alimenta la base de datos a nivel nacional de las atenciones prenatales, parto, puerperio y seguimiento neonatal inicial.

8. ALGORITMO DE LA EMBARAZADA EN TRABAJO DE PARTO



9. BIBLIOGRAFÍA

1. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(6):CD006672.
2. Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, et al. Duration of spontaneous labour in “low-risk” women with “normal” perinatal outcomes: a systematic review. Eur J ObstetGynecol Reprod Biol. 2018.
3. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(12):CD000331.
4. Balde MD, Bangoura A, Diallo BA, Sall O, Balde H, Niakate AS, et al. A qualitative study of women’s and health providers’ attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea. Reprod Health. 2017;14(1):4.
5. CLAP/OPS-OMS. Sistema Informático Perinatal. Quinta edición. Publicación científica CLAP No. 1364
6. De Leeuw JW, Vierhout ME, Struijk PC, Hop WC, Wallenburg HC. Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001;80(9):830–4.
7. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(1):CD005122.
8. Dirección Regional de Salud de Antioquia, Colombia. Guía para la Vigilancia del Trabajo de Parto con el Partograma CLAP/SMR – OPS/OMS.
9. Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. Effectiveness of respectful care policies for women using intrapartum care services. Reprod Health. 2018 (in press).
10. Hofmeyr G, Vogel J, Cuthbert A. Fundal pressure during the second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(3):CD006067.
11. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(2):CD000081.
12. Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(2):CD008070.
13. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(4):CD011516
14. Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(3):CD009124
15. López C., Augusto Fabián. Estudio comparativo entre el partograma del clap y el partograma de la oms en embarazadas del hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, Ecuador. 2008. EC3.1; MEDP, 2008.011, doi24
16. Martis R, Emilia O, Nurdiati DS, Brown J. Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(2):CD008680.
17. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 002, Segunda Edición “Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Agosto 2015
18. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa - 003. Norma Técnica y Guía para el Uso de Antisépticos, Desinfectantes e Higiene de Manos. 2008
19. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa No. 011, Segunda Edición “Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo”. 2015
20. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa No. 029, Segunda Edición. Norma y Guía de Alimentación y Nutrición, para Embarazadas, Puerperio y Niñez Menor de Seis Años. 2016
21. Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 042 Norma de Humanización del Parto Institucional. 2010
22. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa No. 050 Manual Técnico Operativo Estrategia Casas Maternas para la Maternidad Segura. 2019
23. Ministerio de Salud. Normativa 060 Manual de Lactancia Materna. Nicaragua, Agosto 2019

24. Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 068 Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia. 2011
25. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 070 “Norma Metodológica para la Elaboración de Normas, Manuales, Guías y Protocolos del Sector Salud”. Junio 2011
26. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 077 Protocolo para el abordaje del Alto Riesgo Obstétrico. 2 ed. 2018
27. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 093 Protocolo para el Manejo de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita. 2012
28. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa No. 101 Manual Técnico Operativo del Censo Gerencial de embarazadas, puérperas y postnatales. 2019
29. Ministerio de Salud Nicaragua. Normativas 104 y 105 Manual para la Organización y Funcionamiento del Plan de Parto para la Maternidad Segura y Guías de Capacitación para: el Personal de Salud y para la Red comunitaria. Noviembre 2018
30. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 108 Guía Clínica para la Atención del Neonato. 2015
31. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa – 109, Segunda Edición “Protocolo para la Atención de Complicaciones Obstétricas”. 2018
32. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 135 Norma para la Garantía de la Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. 2015
33. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 156 Guía para el manejo clínico de la inductoconducción del parto. 2020.
34. Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, Abalos E, Thwin SS, Souza H, et al. Cervical dilatation patterns of “lowrisk” Women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. BJOG. 2017.doi:10.1111/1471-0528.14930.
35. OPS. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas - 2a ed. ISBN: 978-92-75-32088-4/eISBN: 978-92-75-32089-1. 2019
36. OPS. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positivo ISBN: 978-92-75-32093-8. 2019
37. OPS/OMS-CLAP. Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido. Cuarta edición. Publicación científica No. 1617. 2019.
38. OPS/OMS. USAID. Planificación familiar: Un Manual para Proveedores. 3.^a edición, actualizada. 2019
39. OMS. Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto. 2014
40. OMS. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. 2015
41. OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. 2014
42. Ota E, Chibueze CE, Bonet M, Oladapo OT. Antibiotic prophylaxis for episiotomy repair following vaginal birth: a systematic review of randomized and non-randomized studies. 2015 (unpublished).
43. Schwarz R, Díaz AG, Nieto F, CLAP. Publ Científica No 1321.2 - 1995, Montevideo, Uruguay.
44. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(12):CD009514.
45. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, EeCC, Saganuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2018:CD009290 (in press).
46. World Health Organization. World Health Organization partograph in management of labour. Lancet. 1994 Jun4; 343:1399-1404.
47. WHO. Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. ISBN 978- 92-4-154936-3. 2015.
48. World Health Organization Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed. 2017 ISBN: 978-92-4-156549-3
49. WHO. Recommendations for augmentation of labour. 2014
50. WHO. Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. 2014

10.ANEXOS

Anexo 1. Instructivo para el Llenado correcto del partograma

- Llene en el partograma los datos generales de identificación de la mujer: Nombres y Apellidos, número de expediente y fecha de elaboración del mismo. Gráfico 1

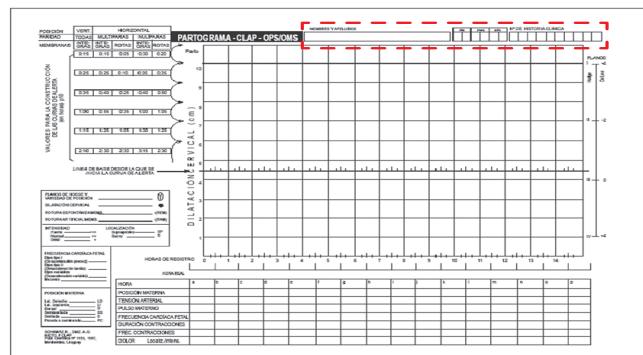


Gráfico 1. Identificación de la historia clínica del trabajo de parto, "partograma".

- Utilizar la tabla ubicada en la parte inferior derecha del partograma (ver gráfico 2), para registrar las evaluaciones clínicas desde el ingreso de la mujer al hospital, tanto durante el período previo a la fase activa del trabajo de parto como durante este. Debe escribirse la hora de evaluación en cada columna y de manera consecutiva siguiendo las letras desde la "a" hasta la "p". Las horas registradas en esta tabla, no tienen que coincidir necesariamente con las horas consignadas en la tabla del partograma (ver gráfico 4), pues cada que se evalúa la mujer no se realiza un tacto vaginal.

Esta parte del partograma debe ser abordada cada vez que se evalúe la paciente por cualquier miembro del equipo de salud (médico, enfermería o auxiliar de enfermería).

Las embarazadas de bajo riesgo se deben evaluar, como mínimo, cada 30 minutos y las de alto riesgo cada 15 minutos o con mayor frecuencia si se considera pertinente. Estas evaluaciones deben incluir la evaluación de: presión arterial, pulso materno, posición materna (LD: Lateral Derecho, LI: Lateral Izquierdo, D: Dorsal (acostada boca arriba), SS: Semisentada, S: Sentada, PC: Parada o Caminando), calidad de la actividad uterina (duración, frecuencia e intensidad de las contracciones (+: débil, ++: normal, +++; fuerte), FCF, y localización del dolor (SP: suprapúbico, S: sacro).

- Frecuencia Cardiaca Fetal (FCF)**, el cual se representa por un cuadrito 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 cardiaca fetal se debe tomar de la siguiente manera:

La **Frecuencia Cardiaca Fetal (FCF)** debe de medirse entre contracciones (período de relajación). La valoración de la FCF se realiza con monitoreo fetal y de acuerdo a su clasificación durante el trabajo de parto. Parámetros a evaluar: Línea de base: FCF cuando esta es estable, durante una ventana de 10 minutos, excluye aceleraciones, deceleraciones y períodos de variabilidad marcada (>25 latidos por minuto (lpm)). Al menos visualizar segmentos de 2 minutos. Variabilidad: Fluctuaciones en la FCF de la línea de base que son irregulares en amplitud y frecuencia. Podría ser: Ausente: amplitud indetectable Mínima: amplitud que varía entre $>$ de indetectable y ≤ 5 lpm

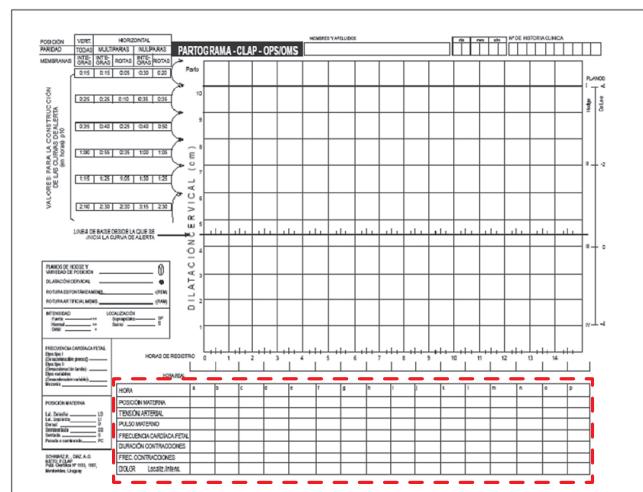


Gráfico 2. Vigilancia clínica del trabajo de parto.

Moderada: amplitud entre 6 lpm y 25 lpm **NORMAL Marcada:** amplitud > 25 lpm. Aceleraciones: Aumento brusco de FCF más de 15 lat min; Dura más de 15 segundos y menos de 30 seg; Aceleración prolongada: >2 minutos; Cambio de línea de base: > 10 min; Antes de 32 sem >10 lat > 10 min. Desaceleraciones: Se clasifican como Tardías, Precoces, Variables, o Prolongadas, en dependencia la relación del nadir de la desaceleración con el acmé de la contracción. El tipo de desaceleración que se presente, tiene relación con el estado de hipoxemia fetal, de ahí la importancia de entender y reconocer la morfología de cada una de ellas. 1. Tardías: >30 segundos desde el inicio hasta el nadir. Su inicio es retrasado en el Tiempo respecto a la contracción. Se asocian a datos de Hipoxemia fetal. 2. Precoces: > 30 segundos desde el inicio hasta el nadir. En espejo con la contracción, suelen considerarse como eventos fisiológicos. 3. Variables: Disminución brusca de FCF < 30 segundos desde el inicio hasta el nadir. Dura más de 15 segundos y menos de 2 minutos. 4. Prolongadas: Disminución de la FCFC de >15 LPM de la línea de base con duración > 2 min. Asociadas comúnmente a pérdida del bienestar fetal.

■ 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.

■ Observaciones

Si es requerido, utilizar las casillas de Observaciones; estas 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 la hoja de evolución y tratamiento 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**).

- En la parte inferior izquierda del partograma (ver gráfico 3), se encuentran los tópicos propuestos para la gerencia del mismo. Incluye los planos pélvicos y la variedad de posición, la dilatación, el estado de las membranas, la intensidad de la contracción y su localización, la frecuencia cardiaca fetal, y la posición materna durante el trabajo de parto. Estos elementos se emplean para evaluar las tablas de evaluación clínica y de dilatación y descenso (ver gráficas 2 y 4).

The Partograma-CLAP-OPTIONS form is a complex medical chart used for labor monitoring. It includes sections for:

- INFORMACIÓN PERSONAL Y MATERNA:** Includes fields for Name, Surname, Date of birth, Age, Gestational age, and Delivery date.
- VALORES DE ACTIVIDAD UTERINA:** A grid for recording uterine activity (contractions) over 10-minute intervals.
- ESTADO DE LAS MEMBRANAS:** A section for noting membrane status (Intact, Ruptured, Artificially ruptured).
- VALORES DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL:** A grid for monitoring fetal heart rate (FHR) in beats per minute (BPM) over time.
- ESTADÍSTICAS:** A section for calculating averages and ranges of FHR.
- POSICIÓN MATERNA:** A section for noting maternal position (e.g., 0, 1, 2, 3, 4).
- DILATACIÓN:** A section for monitoring cervical dilation (0-10 cm).
- DESCENSO:** A section for monitoring fetal descent (0-10 cm).
- TIEMPO:** A section for tracking time in hours (0-16).
- GRÁFICO:** A large grid for plotting FHR over time.
- NOTAS:** A section for recording additional notes.

Gráfico 3. Convenciones para diligenciar el partograma.

4. En la parte superior derecha se grafica la curva de dilatación cervical, las de alerta y de descenso de la cabeza fetal (ver gráfico 4). La gráfica de la dilatación cervical solamente se debe iniciar cuando la paciente este en la fase activa del trabajo de parto, es decir, cuando la dilatación cervical alcance los 4-5 cm y exista simultáneamente buena actividad uterina, tanto en frecuencia como en intensidad. Los dos aspectos anteriores son fundamentales para no cometer el error de graficar la fase latente del trabajo de parto que puede llevar a tomar decisiones inadecuadas.

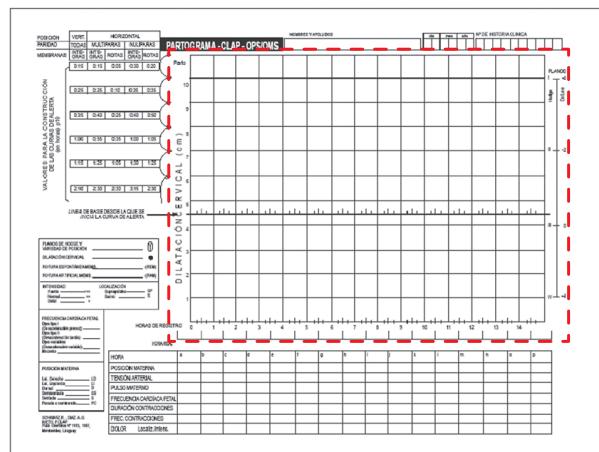


Gráfico 4. Tabla para graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación.

■ 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.

5. En el borde inferior de la tabla están las “horas de registro” del trabajo de parto activo desde las cero horas hasta las catorce. Cada segmento corresponde a una hora, dividida en cuatro porciones de quince minutos. Inmediatamente debajo de la línea de “horas de registro” están las casillas para registrar la “hora real”, es decir la hora en que se inicia la curva de dilatación cervical, y las siguientes horas hasta el parto. Las “horas reales” de evaluación de la dilatación cervical usualmente no coinciden con las de evaluación clínica. Si se considera necesario relacionar la evaluación clínica con la de dilatación, se escribe la letra que aparece en la tabla de evaluación clínica correspondiente en el cajón respectivo de la “hora real”. Ver gráfico 5.

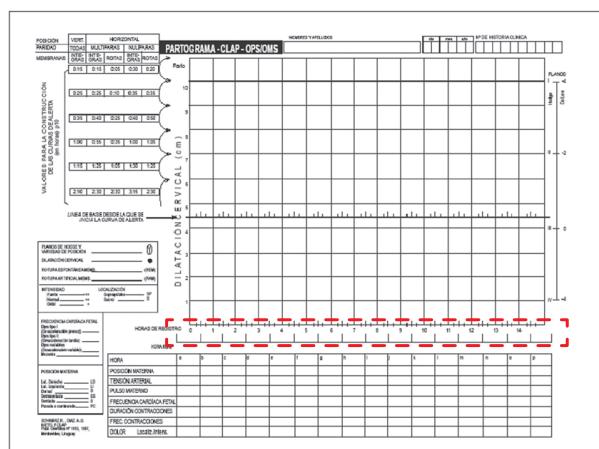


Gráfico 5. Horas de evaluación clínica y del registro Gráfico del partograma.

6. El partograma tiene una línea de base, señalada con una flecha, a partir de la cual se inicia la construcción de las curvas de alerta. (ver gráfico 6).

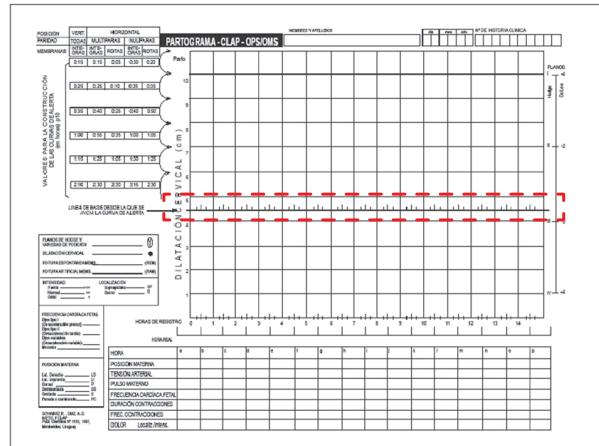


Gráfico 6. Línea de base a partir de la cual se inician las curvas de alarma.

7. Para construir la “curva de alerta” se determina el punto de partida sobre la “línea de base”, luego se buscan los tiempos en la parte superior izquierda para construir la curva de alerta (ver gráfico 7). Los tiempos a emplear se eligen de acuerdo a la paridad, la posición de la mujer durante el trabajo de parto y el estado de las membranas; cada caso particular responderá a cada una de las 5 variantes: *Vertical*: Todas, con membranas íntegras, no importando la paridad (*Vertical* significa caminando, parada o sentada). *Horizontal*: hay 2 categorías *Multíparas* 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. Si la paciente es multípara, tiene las membranas íntegras, y esta acostada, los tiempos a utilizar para construir la curva de alarma son los que corresponden a estas características. Las flechas indican el tiempo que se demora una mujer determinada en pasar de un centímetro a otro. (Ver gráfico 7).

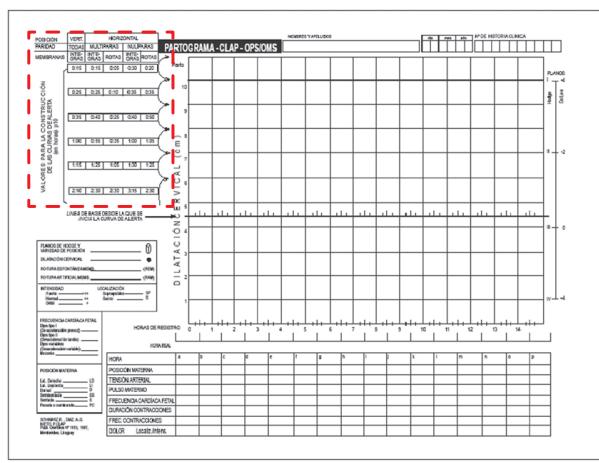


Gráfico 7. Tiempos y características de las pacientes para construir las curvas de alarma.

8. La construcción de la **curva de alerta** (línea punteada) resulta de la unión con una línea continua de los diferentes puntos correspondiente a los actos 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 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). Para ello se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a. Si la embarazada ingresa en 5 cm. de dilatación o más iniciar la curva de alerta en el punto que indica la dilatación correspondiente. El ejemplo muestra cómo se construyen las curvas de alarma para una mujer multípara con membranas rotas que ingresa en 5 cm de dilatación y otra que ingresa en 6 cm (ver gráfico 8).

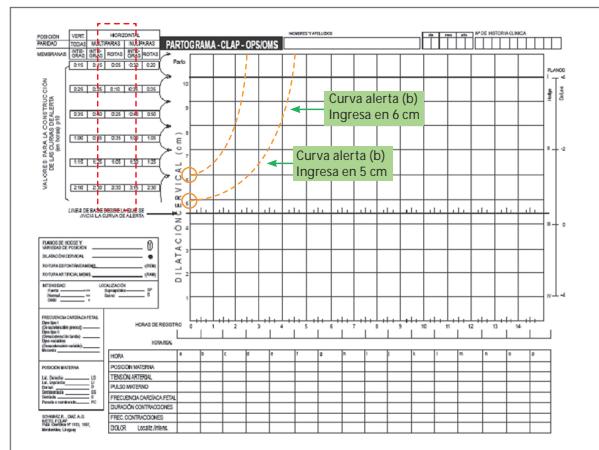


Gráfico 8. Construcción curvas de alarma cuando la paciente ingresa en 5 y 6 de dilatación.

- b. Sí se inicia el registro gráfico por debajo de la línea de base (antes de 4,5 cm de dilatación) se debe trazar una línea recta que une los puntos de la dilatación por debajo de la línea de base y el siguiente que esté por encima de la misma y construir la curva de alerta desde el punto donde la línea recta intercepta la línea de base. En el gráfico 9 la línea continua muestra la curva de dilatación cervical de la mujer y la curva discontinua muestra la curva de alerta. Se trata de una mujer nulípara con membranas integrales.

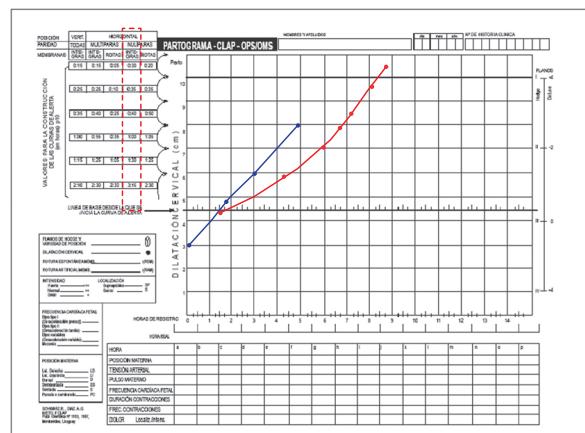


Gráfico 9 Construcción de la curva de alerta en los casos donde se inicia el registro gráfico por debajo de la línea de base.

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.

Debe compararse e interpretarse la curva real que se va obteniendo en los diferentes actos 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 integras 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.

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 otro establecimiento de salud de mayor nivel de resolución. Una copia del Partograma con curva de alerta, debe acompañar toda referencia a otro establecimiento de salud, en donde se refleja el diagnóstico y motivo de traslado.

9. Para construir la curva de descenso de la presentación (estación) se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Emplee la línea del extremo derecho del partograma identificada como “planos”. 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.
- Si usted usa la clasificación por tercios de pelvis, divida en tres partes iguales la porción de la línea por encima y por debajo del cero, así quedaran los planos de -1, -2 y -3 por encima del cero y de +1, +2 y +3 por debajo del cero. (ver gráfica 10)
- Emplee el ícono denominado “planos de Hodge y variedad de posición” para graficar el descenso de la presentación fetal. (ver gráfico 10 y gráfico 11)

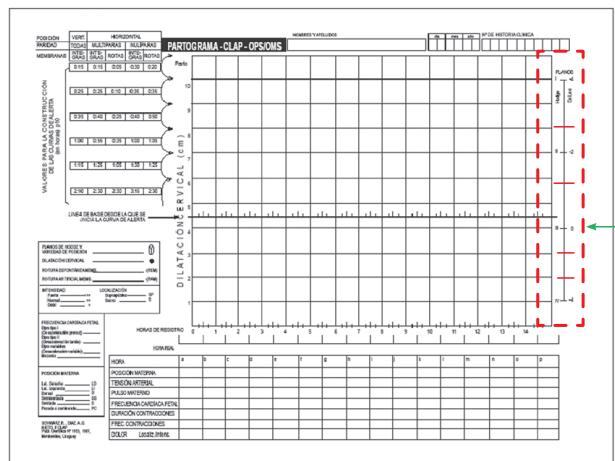


Gráfico 10. Clasificación por tercios del plano de la pelvis.

La interpretación de la curva de descenso se debe hacer teniendo en cuenta que la mayor parte del progreso de esta se da en la fase pélvica de la dilatación; es decir después de 7 – 8 centímetros de dilatación. Por tanto, si después de llegar a dicha dilatación no hay descenso adecuado de la presentación se deben reevaluar todos los parámetros descritos en el numeral 3 para tomar decisiones oportunas y pertinentes tales como ruptura de membranas, verificación y rotación de la presentación o cesárea.

Grafico 11.
Variedad de
Posición

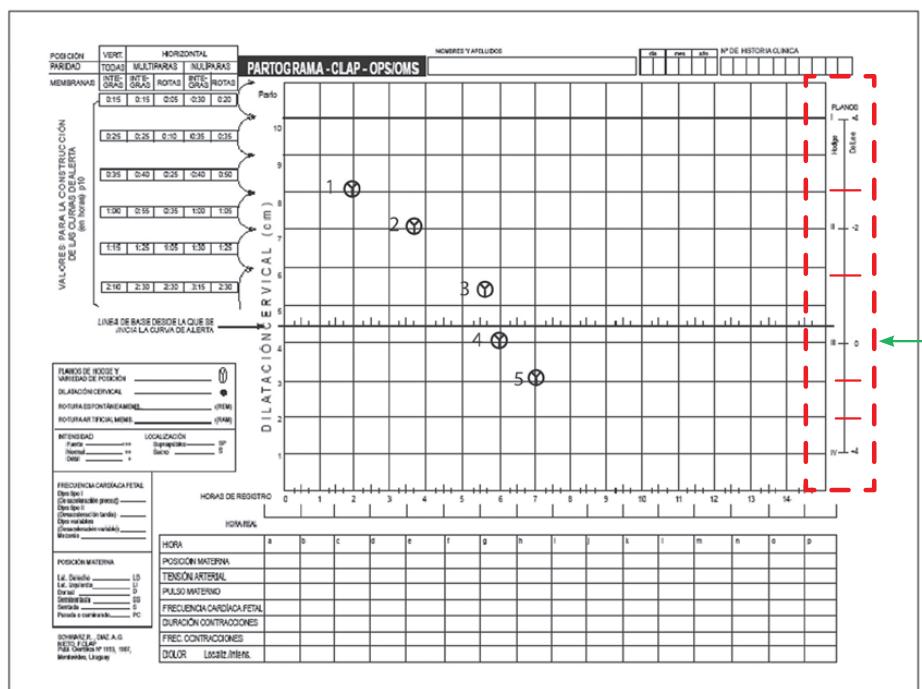
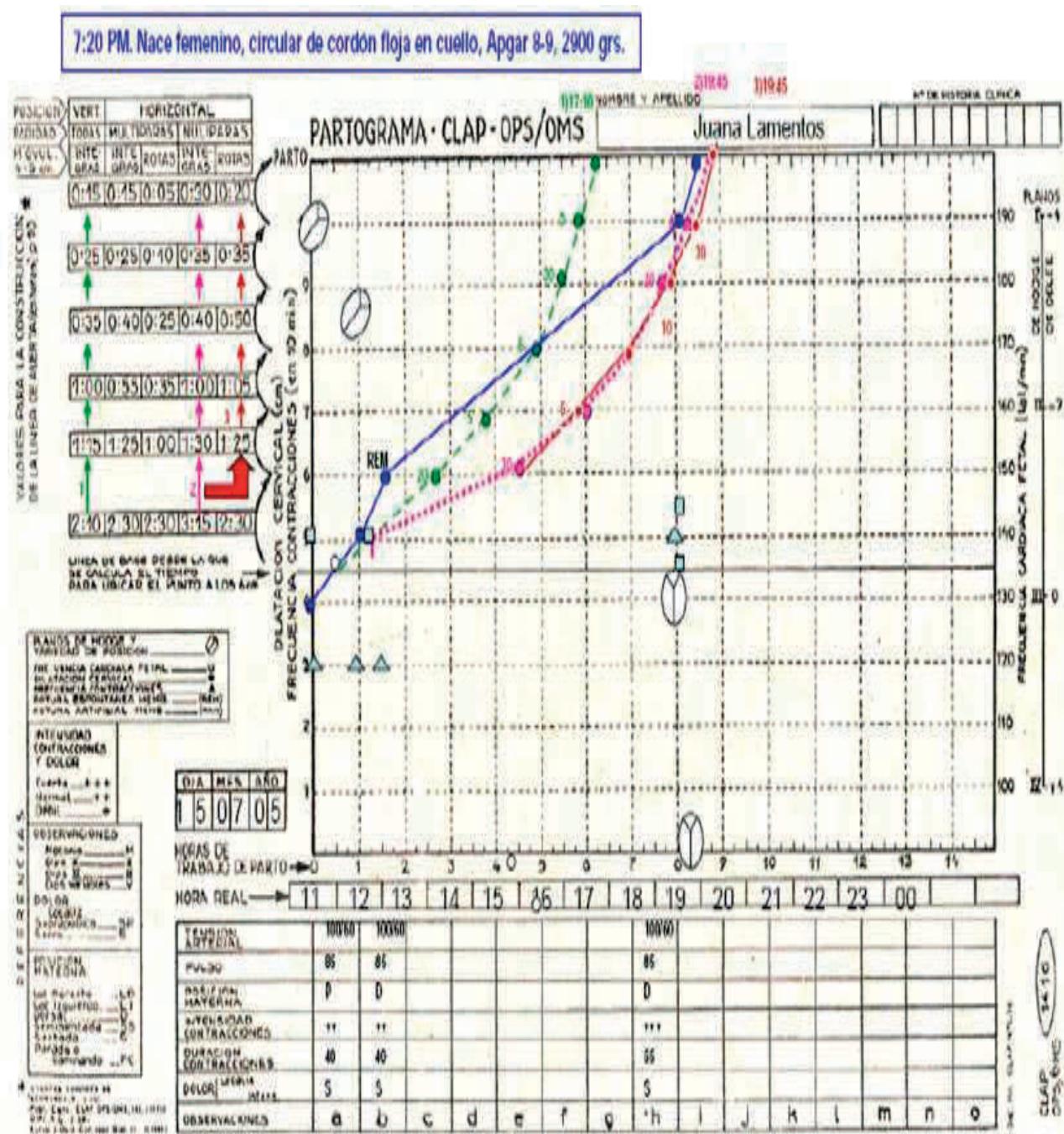


Gráfico 11. La variedad de posición 1, 2 y 3 son una occiso-anterior izquierda y estaciones de -3, -2 y -1, los numerales 4 y 5 muestran la rotación hacia la occipito-pública y estaciones de 0 y +1 usando los planos de DeLee.



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



“La sabiduría consiste no sólo en ver lo que tienes ante ti, sino también en prever lo que está por venir”

Terencio

1. DEFINICION

El 90 % de los/as recién nacidos/as no requieren ninguna intervención para hacer la transición de la vida intra a la extrauterina.

La Atención inmediata del/la RN normal es el conjunto de acciones o intervenciones oportunas basadas en evidencia para asegurar los cuidados al momento del nacimiento y una transición satisfactoria a la vida extrauterina.

La adaptación neonatal inmediata en el momento del parto es un conjunto de modificaciones cardíacas, hemodinámicas, respiratorias, de termorregulación, etc., cuyo éxito depende fundamentalmente del adecuado paso de la vida intrauterina al ambiente exterior. Es indispensable conocer su fisiología y expresión clínica para poder evaluar la normalidad. En las primeras 24 horas de vida se producen una serie de cambios fisiológicos que son fundamentales para garantizar la sobrevivencia del nuevo ser.

2. FACTORES DE RIESGO

Se recomienda realizar una historia clínica antes del nacimiento del/la recién nacido/a con el fin de identificar factores y antecedentes que permitan preparar el equipo e insumos necesarios para la atención adecuada en sala de partos. Ver Cuadro 1 y 2.

Cuadro 1. Factores de riesgo previos al parto y al momento del parto

Factores de riesgo previos al parto	Factores de riesgo al momento del parto
<ul style="list-style-type: none"> • Edad de gestación menor a las 36 0/7 semanas • Edad de gestación mayor o igual a 41 0/7 semanas • Preeclampsia o eclampsia • Hipertensión materna • Embarazo múltiple • Anemia fetal • Polihidramnios • Oligohidramnios • Hidropesía fetal • Macrosomía fetal • Restricción del crecimiento intrauterino • Malformación o anomalías fetales significativas • Sin atención prenatal 	<ul style="list-style-type: none"> • Parto por cesárea de emergencia • Parto asistido con fórceps o ventosas • Presentación de nalgas u otra presentación anormal • Patrón de frecuencia cardíaca fetal categoría II o III* • Anestesia general en la madre • Terapia materna con magnesio • Desprendimiento de placenta • Hemorragia durante el parto • Corioamnionitis • Administración de narcóticos a la madre dentro de las 4 horas previas al parto • Distocia de hombros • Líquido amniótico teñido con meconio • Cordón umbilical prolapsado • Multiples tactos vaginales

Fuente. Tomado de *Curso de Reanimación neonatal Academia Americana de Pediatría. 7ma edición.*

Cuadro 2. Factores de riesgo del recién nacido

Factores de riesgo del recién nacido
<ul style="list-style-type: none"> • Semanas de gestación: pretérmino o de postérmino • Determinar la presencia de líquido con meconio. • Anomalías congénitas. • Edad gestacional. • Determinar en un/a bebe único o gemelar. • Identificar si hay factor de riesgo adicional. • Parto prolongado – expulsivo prolongado pueden provocar cambios en la hemodinamia uterina. • Al momento del expulsivo, si es posible monitorizar la frecuencia cardíaca fetal luego de cada contracción. • Sospecha o presencia de anomalías congénitas visibles • Presenta algún evento intraparto la madre.

3. PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTO Y PREVENCION DE COMPLICACIONES

Para la prevención de infección y antes del nacimiento, el personal que atiende al neonato, deberá cumplir con las condiciones de asepsia y antisepsia, haciendo uso de los equipos de protección personal (EPP: batas, guantes, mascarillas, protección facial (ej. máscaras y protección para los ojos, caretas o máscaras con visor acoplado), según normativas vigentes.

Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 003 Norma Técnica y Guía para el Uso de Antisépticos, Desinfectantes e Higiene de Manos. 2008.

Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 135 Norma para la Garantía de la Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. 2015

A. PRINCIPIOS DE CUIDADO DEL/LA RECIÉN NACIDO¹¹¹

Cuando nace un/a bebé de una madre, el manejo del/la recién nacido/a se basa en:

- Si el/la bebé tiene una condición o problema que requiere un tratamiento rápido;
- Si la condición de la madre le permite cuidar a su recién nacido/a completa, parcial o nada en absoluto; y
- Si la complicación de la madre podría tener un impacto en el salud del/la recién nacido/a

B. PREPARACIÓN ANTES DEL NACIMIENTO

- 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 HCP 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, todo el personal debe estar capacitado para iniciar la reanimación cardiopulmonar neonatal (RCP). Preparar el equipo necesario para realizarla de manera inmediata. Para muchos recién nacidos/as la reanimación no puede ser anticipada, por lo tanto, donde se atienden nacimientos debe disponerse de un kit y medicamentos para la RCP.
- Corroborar que la temperatura (Ti) ambiental en sala de parto, quirófanos, se encuentre entre 26° – 30° C (no < 25°C), si existe climatización.
- Disponer de una cuna térmica; en caso de no tener, se puede utilizar una fuente de calor (ejemplo: lámpara cuello de cisne), a una distancia de 40 cm, para evitar accidentes (quemaduras, deshidratación, entre otras) en el recién nacido.
- Se deberá utilizar guantes limpios al manipular a los/as recién nacidos/as, sobre todo si están en contacto con líquido amniótico, sangre, meconio, etc.

C. PROCEDIMIENTOS PARA EL MOMENTO DEL NACIMIENTO

1. Humanizar el proceso de atención del recién nacido¹¹²

Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia.³

¹¹¹ WHO/UNFPA/UNICEF. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. 2017. Pag: 135

¹¹² Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 042 Norma de Atención Respetuosa y Humanizada del Parto Institucional. 2020

- a) Realizar el contacto piel a piel, sin ninguna manta que separe el cuerpo del recién nacido (estable) del de su progenitora, inmediatamente al nacer, ya sea por parto vaginal o cesárea, este debe tener una duración de al menos 1 hora¹¹³. Esta práctica favorece el agarre del pezón y la lactancia materna inmediata¹¹⁴.
- b) En caso de alguna dificultad con la madre, el padre o familiar puede establecer este contacto, teniendo en cuenta que debe ser piel con piel sin ninguna manta que los separe de la piel¹¹⁵. Si el acompañante es el padre del/la recién nacido/a ofrézcale la posibilidad de que haga el contacto con su bebé, en caso de que así lo deseen (Método Canguro)¹¹⁶.

2. Identificar la necesidad de Reanimación Neonatal

Estar preparados en cualquier momento para responder a las necesidades de los cuidados inmediatos de los recién nacidos según su condición al nacer es vital, se puede tener previsto que el parto es de bajo riesgo, sin embargo, pueden ocurrir eventualidades que se deben atender sin retraso como la asfixia, o el recién nacido pretérmino y convertirse en un recién nacido de alto riesgo y necesitar manejo con intervenciones como la reanimación neonatal avanzada descrita en el *capítulo 6 de la Guía de Atención al Neonato (Normativa 108)*.

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. Lo fundamental, es determinar la necesidad de reanimación mediante tres aspectos claves para proceder inmediatamente al aseguramiento de los cuidados según las recomendaciones de esta guía:

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

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

- Colocarlo de en posición decúbito ventral sobre el pecho desnudo de la madre.
- 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. *No se recomienda* la aspiración de la boca y nariz en neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer¹¹⁷.
- Secar al/la recién nacido/a (cabeza y cara), inmediatamente después de la expulsión de la cabeza y mientras el tórax aún permanece en el canal del parto. Una vez que se completa el nacimiento, continúe el secado general con un paño o toalla limpia, seca suave y tibia. Recuerde cambiar la toalla húmeda por toallas secas.
- Se debe mantener a los/as recién nacidos/as sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia^{118,119}.

¹¹³ República de Perú. Ministerio de Salud. NTS N°121. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) V.01 “Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural”, aprobada por Resolución Ministerial No 518/2016 MINSA. Lima - Perú 2016.

¹¹⁴ Secretaría de Salud de México. Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo. Primera edición. México:2016.

¹¹⁵ Ministerio de Salud Nicaragua. Manual de Lactancia Materna, Normativa No. 060. Año 2019

¹¹⁶ Secretaría de Salud de México. Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo. Primera edición. México:2016.

¹¹⁷ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf. Incorporada a partir de las Directrices de la OMS sobre la reanimación básica de recién nacidos.

- Todos los/as recién nacidos/as, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos¹²⁰.

Los recién nacidos dependen de la ayuda externa para mantener la temperatura, en particular en las primeras 12 horas de vida. Para los recién nacidos vulnerables prematuros o de bajo peso al nacer, la temperatura corporal anormalmente baja (hipotermia) es un problema global en todos los climas y se ha vinculado con diversas complicaciones, incluida la muerte.

- Se cubre con la misma sábana seca de la madre.
- Continuar realizando la valoración del Apgar al minuto y al quinto minuto.

En el/la RN normal:

- La frecuencia respiratoria (FR) es de 40-60 x minuto,
- La frecuencia cardíaca (FC) en reposo es de 120 -160 lpm, el color al 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

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

A los/as RN, con respuesta **NO** a alguna de las preguntas de la evaluación rápida, se refiere al protocolo de reanimación neonatal (**Normativa 108**).

Cuadro 3. Signos vitales en RN normal

Cuadro 4. 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%

3. Despejar la vía área

- Posicionar la vía aérea, limpiar la vía aérea solamente si hay las secreciones.
 - La limpieza manual de secreciones es suficiente, y con ella se elimina el riesgo de depresión dependiente de reflejo vagovagal.
 - La succión activa de las vías aéreas está indicada únicamente en casos de obstrucción por aspiración de meconio, sangre o pus.

¹¹⁸ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825_eng.pdf. Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para el tratamiento de enfermedades infantiles comunes: pruebas científicas para la actualización técnica de las recomendaciones de la guía de bolsillo.

¹¹⁹ World Health Organization, United Nations Children's Fund. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf>, accessed 04 julio 2020).

¹²⁰ <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259269/1/WHO-MCA17.07-eng.pdf>

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf. Incorporada a partir de las Directrices de la OMS sobre la salud del recién nacido.

- Estimular gentilmente al recién nacido.

4. Evaluar a los/las recién nacido/a con el puntaje Apgar al primer minuto.

Para evaluar al minuto se utilizará el sistema de puntuación de Apgar. Ver Cuadro 5.

- El Apgar no se usa para valorar la necesidad de reanimación y no se debe de usar de forma aislada para diagnóstico de asfixia neonatal.
- Aplicar la estrategia ABR (ayudando al BB a respirar) en cualquier momento de la atención inmediata de un RN, si no mejora o se observa ausencia, disminución o dificultad de los movimientos respiratorios, cianosis generalizada o central o FC menor de 100 lpm. debe procederse a la Reanimación Neonatal.

Cuadro 5. Sistema de puntuación de Apgar

Puntuación	0	1	2
Frecuencia Cardiaca	Ausente	Menor de 100 lpm	Mas de 100 lpm
Respiración	Ausente	Lenta, irregular, llanto débil	Buena, llanto fuerte
Tono Muscular	Flacidez	Cierta flexión de brazos y piernas	Movimiento activo
Reflejo*	Ausente	Muecas	Mueca y tos o estornudo
Color	Cianosis generalizada, palidez	Cuerpo rosado, manos y pies azulados	Completamente rosado

*Evaluado con una perilla succionadora en la nariz del RN y observe su respuesta

Fuente: Adaptado de Caring for Your Baby and Young Child: Birth to Age 5, 6th Edition (Copyright © 2015 American Academy of Pediatrics). 2017

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 quinto 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

PARA EL MANEJO DE CUALQUIER COMPLICACION DEL RECIEN NACIDO, CONSULTAR LA NORMATIVA 108 GUÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DEL NEONATO

D. CUIDADOS ESENCIALES DE LOS RN

5. Realizar pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical

Beneficios inmediatos del retraso del pinzamiento del cordón umbilical

En el/la recién nacido/a de bajo peso o prematuro: Disminuye el riesgo de 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.

OMS: No se recomienda el pinzamiento y corte precoz del cordón umbilical (menos de un minuto después del nacimiento), salvo que el recién nacido sufra hipoxia y deba ser trasladado de inmediato para su reanimación.

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.

En los/as 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.

6. Higiene del cordón umbilical¹²³

Se recomienda la limpieza del cordón umbilical con agua y jabón, secado, y mantener el cordón seco y limpio (grado de recomendación fuerte)¹²⁴. La cura en seco del cordón umbilical (agua tibia y jabón neutro¹²⁵ y mantener seco) continúa siendo la estrategia más adecuada en entornos en los que la tasa de onfalitis es baja (grado de recomendación B).

El uso rutinario de clorhexidina está indicado en entornos con tasas elevadas de onfalitis y de muertes neonatales relacionadas (grado de recomendación A).

No hay pruebas suficientes para apoyar la aplicación de un antiséptico en el cordón umbilical en ámbitos hospitalarios en comparación con el cuidado del cordón umbilical en seco en países desarrollados¹²⁶.

¹²¹ Rabe H, Gyte GML, Díaz-Rossello JL, Duley L. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 9. Art. No.: CD003248. DOI: 10.1002/14651858.CD003248.pub4. [Acceso julio2020]. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD003248/PREG_el-pinzamiento-tardio-del-cordon-umbilical-o-la-compresion-del-cordon-al-nacer-mejoran-la-salud-e

¹²² WHO. Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Geneva: World Health Organization; 2014. [Acceso julio2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148793/9789241508209_eng.pdf?ua=1

¹²³ Leante J,*., Pérez A., Ruiz C., Sanz Ed, Benavente I, et .al .Recomendaciones para el cuidado del cordón umbilical en el recién nacido. España.2019. [Acceso julio2020]. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403319300700>

¹²⁴ Preevid. Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido. Murcia salud, 2019. [Acceso julio2020]. Disponible en <http://www.murciasalud.es/preevid/22870>

¹²⁵ *Jabón neutro: Proporciona un alto nivel de protección a la piel delicada por su pH similar al de la piel (entre 5 y 7). Se caracterizan por no tener ningún perfume ni colores artificiales por lo que no contendrán ningún tipo de ácido. Intra Med Journal. Revisión bibliográfica sobre jabones.Vol.6, Disponible en: <https://www.intramed.net/home.asp?>

¹²⁶ Imdad A, Bautista RM, Senen KA, Uy MV, Mantaring III JBlas, Bhutta ZA. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 11. Art. No.: CD008635. DOI: 10.1002/14651858.CD008635.pub2 [Acceso julio2020]. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD008635/PREG_antisepticos-en-el-cordon-umbilical-para-la-prevencion-de-la-septicemia-y-la-muerte-de-recien

7. **Identificar al/la recién nacido/a.** Esto es una norma legal nacional. El brazalete de identificación debe contener: Nombre de la madre según expediente clínico, el número de expediente, sexo, fecha, hora de nacimiento y el peso. Permitir el registro fotográfico del neonato, si es solicitado por la familia.
8. **Valorar el Apgar al quinto minuto**, utilizando el sistema de puntuación.
9. **Administrar vitamina K1.** Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el neonato debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia)¹²⁷.

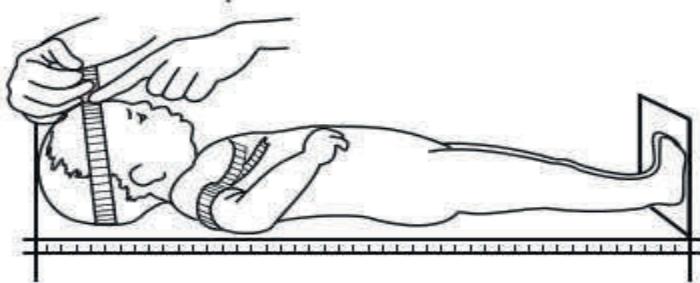
Todos los procedimientos dolorosos deberán posponerse hasta no haberse establecido el apego precoz dentro de la primera hora de vida.

10. **Profilaxis ocular.** Para prevenir infecciones oculares que pudieron ser transmitidas en su paso por el canal del parto. Se administra oxitetraciclina oftálmica para prevenir la oftalmia gonocócica. Aplicar en ambos ojos entre la 1era y 2da hora del nacimiento, en gotas o ungüento en el ángulo interno del párpado inferior.

11. Somatometría.

A todo/a RN debe pesarse desnudo, en la primera hora de vida, medir la talla y el perímetrocefálico (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, talla y perímetrocefálico y registrar en la historia clínica del recién nacido y en la Historia clínica perinatal utilizando las técnicas recomendadas. La somatometría debe retrasarse una hora después del apego precoz. Ver Figura 1

Figura 1. Técnicas de medida: perímetro craneano, perímetro del brazo y longitud



E. INMEDIATAMENTE POSTERIOR AL NACIMIENTO DEBE CONTINUAR EVALUANDO:

12. **Determinar la edad gestacional.** A través de la Escala de Ballard o de Capurro.

Método de Capurro: Valora la edad gestacional mediante exploración de parámetros somáticos y neurológicos. Es aplicable para recién nacidos de 29 semanas o más, y utiliza características físicas. Cada una de ellas tiene varias opciones y cada opción, un puntaje que ha sido determinado a través de diferentes estudios. La suma de esos puntajes es la que determina la edad gestacional.

¹²⁷ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825_eng.pdf. Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para el tratamiento de enfermedades infantiles comunes: pruebas científicas para la actualización técnica de las recomendaciones de la guía de bolsillo.

Existen dos variantes de este método:

Capurro A: aplicable a todo RN que no haya sufrido agresión que afecte su respuesta neuromuscular (anestesia, trauma, infección), y consta de 4 parámetros somáticos y 2 neurológicos.

Capurro B: es aplicable a todo niño/a de 1,500 g o más que no se pueda explorar adecuadamente (intubado, venoclisis) o en los que por cualquier otra causa esté afectada su respuesta neuromuscular.

Se valoran los siguientes parámetros:

- **Forma de la oreja.**
 - Observar (no tocar) la incurvación que hace hacia fuera el pabellón de la oreja.
 - Frente al niño(a), determinar si el borde superior del pabellón forma un techo hacia los lados.
 - Luego, se evalúa el grado de incurvación de cada pabellón volteando la cara del niño(a) hacia uno y otro lado.
 - Si por la posición al nacimiento mantiene aplanada una oreja, no la valore.
 - Si no tiene ninguna oreja aplanada, valore ambas.
 - Asigne los valores de 0, 8, 16 o 24 dependiendo de la incurvación.
- **Tamaño de la glándula mamaria.**
 - Antes de palpar la zona del nódulo mamario pellizque suavemente el tejido celular subcutáneo adyacente que permita valorar si lo que se mide es o no tejido mamario.
 - Utilice una cinta métrica y con la otra mano palpe el tejido que se encuentra por debajo y alrededor del pezón tratando de especificar si se palpa o no tejido y si el diámetro es <5, de 5 a 10 o >10 ms.
- **Formación del pezón. Evalúe ambos pezones y con una cinta métrica mida si el diámetro:**
 - <7,5 mm es apenas visible.
 - >7,5 mm, pero con el borde no levantado.
 - >7,5 mm, pero con areola punteada y bordes levantados.
- **Textura de la piel.**
 - Palpe y examine la piel de los antebrazos, manos, piernas y pies.
 - Observe si en el dorso de las manos y pies hay líneas de descamación o grietas.
 - Dependiendo de la profundidad de las grietas o la presencia de descamación.
 - Valore en 0, 5, 10, 15 o 20.
- **Pliegues plantares.**
 - Observar la planta de ambos pies y luego hiperextender ambas de manera que se mantenga tensa la piel.
 - La diferencia entre los pliegues y los surcos plantares estriba en que los primeros tienden a desaparecer al extender la piel, mientras que los segundos se continúan marcando con claridad.
 - Dependiendo de la cantidad de surcos se valora en 0, 5, 10, 15 o 20.
- **Maniobra de la bufanda:**
 - Colocar al niño/a en decúbito dorsal y en posición simétrica frente al explorador.
 - Con la mano izquierda mantener el miembro superior izquierdo del niño/a fijo al costado del mismo lado, con la mano derecha del explorador se toma la mano derecha del niño/a y se trata de cruzar el brazo hacia el lado opuesto hasta donde haya resistencia.
 - Observar si el codo llega o no a la línea media luego se efectúa la misma maniobra con el miembro contralateral.

- Cuando no haya concordancia entre uno y otro lado deberá investigarse patología osteomuscular o neurológica.
- **Posición de la cabeza:**
- Con el niño/a en decúbito dorsal en posición simétrica y frente al explorador tomar los dos miembros superiores a nivel de las manos y antebrazos, paralelamente y al mismo tiempo hacer tracción hacia adelante tratando de sentar al niño/a.
- Al practicar esta maniobra se observará si la cabeza sigue la misma dirección que el tronco procurando al efectuar la calificación que el tronco del RN guarde un ángulo de 45 grados con el plano horizontal:
 - El primer la cabeza totalmente reflexionada con el ángulo cérvico torácico de 270°.
 - El segundo el ángulo es entre 180 y 270 grados.
 - El tercero cuando el ángulo es igual a 180 grados.
 - El cuarto menos de 180°

Cálculo:

CAPURRO A: se suman los puntos de las respuestas y se le agregan 200 puntos obteniéndose así la edad gestacional en días. Ver figura 2

CAPURRO B: se suman los puntajes totales de las 5 características. A ese total, se le suman 208 (que es una constante) y el resultado se divide entre 7 (que es el número de días). Ver figura 3

Figura 2.

CAPURRO “A”

Fecha:	□ □ □	Hora:	□ □ □
TEXTURA de la PIEL (T. P.)	Muy fina gelatinosa  0	Fina y lisa  5	Más gruesa discreta descamación superficial  10
Forma de la OREJA (F. O.)	Aplanada, sin forma  incurvación escasa o nula del Pabellón 0	Incurvación de una parte del borde del pabellón (superior)  8	Pabellón parcialmente Incurvado en todo el borde superior.  16
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA (T. G. M.)	No Palpable  0	Palpable menor de 5 mm. de diámetro  5	Diametro entre 5 y 10 mm.  10
PLIEGUES PLANTARES (P. P.)	Sin pliegues  0	Pliegues mal definidas sobre la mitad anterior  5	Pliegues bien definidos sobre la ½ anterior y surcos en ½ anterior  10
MANIOBRA DE LA BUFANDA (M. B.)	 0	 6	 12
POSICIÓN DE LA CABEZA (P. C.)	 0	 4	 8

1.- Si la valoración resulta entre dos cifras tomar el promedio.

2.- Añadase a la suma total 200 y se obtiene en días la edad gestacional.

(Fórmula ES-200 + TP + FO + TGM + PP + MB + PC)

3.- Rango entre 208 y 302 días.

Resultado: □ □ □

Médico que valoró: _____

Firma

Figura 3.

Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Hora: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Forma de la OREJA (F. O.)	Aplana da, 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="8"/>	Pabellón parcialmente Incurvado en todo el borde superior <input type="text" value="16"/>	Pabellón totalmente Incurvado <input type="text" value="24"/>
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	No Palpable <input type="text" value="0"/>	Palpable menor de 5 mm. de diámetro <input type="text" value="5"/>	Diametro entre 5 y 10 mm. <input type="text" value="10"/>	Diametro mayor de 10 mm. <input type="text" value="15"/>
Formación del PEZON	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"/>
PLIEGUES PLANTARES (P. P.)	Sin pliegues <input type="text" value="0"/>	Pliegues mal definidas sobre la mitad anterior <input type="text" value="5"/>	Pliegues bien definidos sobre la ½ anterior y surcos en ½ 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 208 y 302 días.				Resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Médico que valoró: _____				

Nuevo Score de Ballard: En caso de edad gestacional dudosa se realiza en recién nacidos prematuros. A pesar de mejorar la precisión de la edad gestacional en edades menores a 28 semanas, tiene una variabilidad importante con errores de estimación de hasta 4 o 5 semanas respecto a una edad gestacional obstétrica confiable y un promedio de sobreestimación de 1,5 semanas. Sobre las 30 semanas el error es de + 2 semanas. Ver figura 4

- Evalúa la madurez Neuromuscular y Física. La edad gestacional resulta de la sumatoria del score de madurez neuromuscular y el score de madurez física.
- Puede valorar desde las 20 - 44 semanas de EG, de aplicación fácil, se puede utilizar en RN: < 28 semanas, RN en ventilador, y tiene una mayor exactitud. Preferible hacerse en las primeras 12 horas en < 28 semanas.
- Madurez Neuromuscular; a medida que avanza la EG, hay un reemplazo del tono extensor por el flexor con una progresión cefalocaudal.

Postura: observar al RN que este libremente, en posición supina (boca arriba).

Angulo muñeca-antebrazo: flexione la muñeca y mida el ángulo mínimo entre la superficie ventral del antebrazo y la palma de la mano.

Regreso en flexión: con el RN en posición supina, se sostiene el antebrazo sobre el brazo por 5 segundos, luego se extiende totalmente y se suelta. Nótese el tiempo que tarda en reasumir la posición flexionada y se mide el ángulo brazo - antebrazo.

Angulo poplíteo: flexione la cadera, con el muslo sobre el abdomen, entonces sin levantar la cadera de la superficie de la cama, se extiende la rodilla, todo lo posible, se mide el ángulo poplíteo (entre muslo - pierna).

Signo de la bufanda: manteniendo la cabeza en la línea media, halar la mano, alrededor del cuello, como una bufanda, observando la posición del codo en relación de la línea media.

Talón - oreja: en posición supina, la pelvis en contacto con la superficie de la cuna, se halan los pies hacia la cabeza, permitiendo que la rodilla se coloque al lado del abdomen. La madurez física, se explica con claridad en la prueba de Ballard.

Figura 4.

SCORE DE BALLARD

Puntuación	-1	0	1	2	3	4	5
Postura							
Ventana cuadrada (mufieca)							
Retroceso del brazo							
Ángulo poplítico							
Signo de la bufanda							
Talón-oreja							

Lavarse las manos
antes y después de
examinar al recién
nacido

Madurez física

Piel	Pastosa, friable, transparente	Gelatinosa, roja, translúcida	Lisa, rosada, venas visibles	Descamación superficial o exantema, pocas venas	Agrietamiento, zonas pálidas, venas raras	Apergaminada, grietas profundas, ausencia de vasos	Coriácea, agrietada, arrugada
Lanugo	Ninguno	Escaso	Abundante	Adelgazamiento	Zonas alopecicas	En su mayor parte, alopecico	Clasificación de madurez
Superficie plantar	Talón-dedo 40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	> 50 mm, ausencia de pliegues	Marcas rojas, apenas visibles	Surco transversal anterior único	Surcos en los 2/3 anteriores	Surcos en toda la planta	
Mama	Imperceptible	Apenas perceptible	Areola plana, ausencia de botón mamario	Areola punteada, botón de 1-2 mm	Areola elevada, botón de 3-4 mm	Areola completa, botón de 5-10 mm	
Ojo/oído	Párpados fusionados laxamente: -1 Párpados fusionados planos, estrechamente: -2	Párpados abiertos, pabellones auriculares planos, permanece plegado	Pabellón auricular ligeramente curvado, blando, retracción lenta	Pabellón bien formado, blando, pero retrocede con facilidad	Formado y firme, retracción instantánea	Cartílago grueso, oreja rígida	
Genitales (masculinos)	Escroto plano, liso	Escroto vacío, rugosidades finas	Testículos en la parte superior del conducto, escasas rugosidades	Testículos en descenso, pocas rugosidades	Testículos descendidos, rugosidades adecuadas	Testículos péndulos, rugosidades profundas	
Genitales (femeninos)	Clítoris prominente, labios planos	Clítoris prominente, labios menores pequeños	Clítoris prominente, labios menores en crecimiento	Labios mayores y menores igual de prominentes	Labios mayores grandes, labios menores pequeños	Los labios mayores cubren el clítoris y los labios menores	

Puntuación	Semanas
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

13. Realizar la clasificación del/la recién nacido por peso y edad gestacional

La clasificación del/la recién nacido/a por peso y edad gestacional puede realizarse utilizando el gráfico de crecimiento intrauterino es muy importante ya que indica el grado de riesgo al momento del nacimiento. La morbilidad y la mortalidad neonatal son inversamente proporcionales al peso y edad gestacional, a menor peso o edad gestacional, mayor será la morbilidad y la mortalidad. Ver figura 5

Figura 5.



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

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

Peso al nacer:

- Bajo peso al nacer (BPN), peso —1500gr y el peso —2,499 gr.
- Muy bajo peso al nacer (MBPN), peso —1,000 gr y el peso —1,499 gr.
- Extremado bajo peso al nacer (EBPN) — peso 500 gr y el peso —999 gr.
- Peso adecuado: 2,500 gr - o 4,250 gr

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

- RN Grande (GEG): cuando el peso se ubica arriba del percentil 90 para su edad gestacional. o 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. o Bajo peso para la edad gestacional: peso por debajo y talla por encima del percentil 10.

LOS/AS RECIÉN NACIDOS/AS PREMATUROS Y/O CON PESO BAJO AL NACER, SERÁN LOS PROTAGONISTAS DEL METODO FAMILIA CANGURO, CONSULTAR LA NORMATIVA 142 GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MÉTODO FAMILIA CANGURO¹²⁸

Clasificación del recién nacido según 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 utilizando las siglas correspondientes (**Ver cuadro 6**)

Cuadro 6. Clasificación del recién nacido según peso al nacer y edad gestacional	
RNPR-GEG	Pretérmino grande para la edad gestacional
RNPR-AEC	Pretérmino adecuado para la Edad gestacional
PR-PEG	Pretérmino pequeño para la edad gestacional
RNT-GEG	A término grande para la edad gestacional
RNT-AEG	A término adecuado para la edad gestacional

¹²⁸ Método Familia Canguro, serán los recién nacidos prematuros y/o los recién nacidos con peso bajo al nacer. Es la atención brindada a los recién nacidos prematuros que incluye los siguientes elementos: contacto piel a piel del recién nacido con su madre o cualquier miembro de la familia, nutrición mediante la lactancia materna exclusiva y salida temprana de la Unidad Hospitalaria con seguimiento estricto de manera ambulatoria.

RNT-PEG	A término pequeño para la edad gestacional
RNPT-GEG	Postérmino grande para la edad gestacional
RNPT-AEG	Postérmino adecuado para la edad gestacional
RNPT-PEG	Postérmino pequeño para la edad gestacional

14. Higiene corporal:

En la atención inmediata del/la RN independientemente del peso o la edad, no se debe de bañar por el riesgo de Hipotermia, se seca cuidadosamente comenzando por la cabeza y pone gorro con el propósito de disminuir las perdidas insensibles.

- Evite quitar el vérnix (unto sebáceo en la piel del RN) ya que favorece la conservación de la temperatura).
- Si el/la RN en su evaluación inmediata resulta con alteraciones cardiorrespiratoria dar atención según el algoritmo de ABR o si lo requiere Reanimación Neonatal.
- Si el/la RN no tuvo ninguna complicación se deben de realizar los cuidados de rutina a las dos horas de hacer iniciado el apego precoz.

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. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día¹²⁹.

15. Realizar Tamizaje neonatal

Uno de cada mil recién nacidos/as aparentemente normales, tienen en forma latente una enfermedad de consecuencias graves e irreversibles (como el hipotiroidismo y la fenilcetonuria), que no se manifiestan en el nacimiento, sino más tarde (semanas o meses después) y que son causas de retraso mental y a veces de epilepsia, ceguera u otros trastornos graves.

Existe la posibilidad de detectar estos padecimientos a tiempo (al nacimiento), cuando aún no se ha instalado el daño orgánico, lo que permite prevenirla e iniciar su tratamiento en forma oportuna. Esta detección se logra mediante el Tamiz Neonatal.

¿Qué es el Tamiz Neonatal?

Es un estudio con fines preventivos, que debe practicarse a todos los recién nacidos. Su objeto es descubrir y tratar oportunamente enfermedades graves e irreversibles que no se pueden detectar al nacimiento, ni siquiera con una revisión médica muy cuidadosa. La muestra puede tomarse de cordón umbilical, de talón o por venopunción.

El Tamiz Neonatal Básico es un procedimiento que ha sido efectivo para el diagnóstico precoz de enfermedades que cursan con retraso mental (hipotiroidismo) y otras manifestaciones graves: Sífilis Congénita, Enfermedad hemolítica del recién nacido. Ver Cuadro 7

¹²⁹ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf. Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto.

Cuadro 7. Tamiz Neonatal Básico	
Enfermedad	Objetivo del Tamizaje
Hipotiroidismo Congénito	Prevenir retraso mental
Sífilis congénita	Reducir el número de abortos, muertes fetales, partos prematuros, PBN y muertes perinatales
Enfermedad Hemolítica	Prevenir retraso mental o, daño neurológico por hiperbilirrubinemia
VIH	Tratar al Rn que no ha sido detectado previamente en su etapa antenatal.
Otras de tamizaje neonatal (Registrar en HCP)	
Auditivas	Detección de trastornos de la audición
Chagas	Detección precoz de enfermedad Chagas
Toxo Ig. M	Detección y tratamiento de Toxoplasmosis congénita y abordaje integral al neonato
Cardiovascular	Detección de cardiopatías congénitas

Según la normativa vigente del país, se indicará a las embarazadas sintomáticas o que viven en áreas endémicas de la región de acuerdo con comportamiento epidemiológico, o en recién nacidos si es la enfermedad.

- **Hipotiroidismo congénito.**

Enfermedad o alteración metabólica presente in útero, que resulta de la disminución de la cantidad o de la actividad biológica de las hormonas tiroideas y que persiste posteriormente en la vida extrauterina. Esta patología, de no ser detectada y tratada oportunamente ocasiona graves repercusiones en el desarrollo intelectual, somático, motor, óseo y funcional.

La exploración clínica aporta los síntomas o signos del hipotiroidismo, para ello el Índice clínico de Letarte¹³⁰ incluye manifestaciones clínicas del hipotiroidismo que se pueden evaluar en el período neonatal, ver cuadro 8:

Cuadro 8. Índice clínico de Letarte

Signos y síntomas	Puntaje
Problemas de alimentación	1 punto
Estreñimiento	1 punto
Inactividad	1 punto
Hernia umbilical	1 punto
Macroglosia	1 punto
Piel moteada	1 punto
Piel seca	1,5 puntos
Fontanela posterior > 5 mm	1,5 puntos
Facies típica	3 puntos

Totales 13.0

- < 4 puntos: diagnóstico descartado
- 4 a 7 puntos: diagnóstico de sospecha
- > 7 puntos: diagnóstico clínico de certeza

Puntuación clínica indicativa de hipotiroidismo congénito: superior a 4 puntos. 90% de los niños normales tiene una puntuación <2 puntos.

Este tamizaje deberá anotarse en el acápite de *Tamizaje neonatal (Metabólicas)*.

- **Tamizaje neonatal para Sífilis Congénita**

Realizar la prueba de la reagina plasmática rápida (RPR) de cordón umbilical. El riesgo de infección para la pareja sexual es máximo durante los 2 primeros años, sin embargo, el riesgo de transmisión materno - fetal perdura. La infección perinatal puede ser por paso transplacentaria o en el parto. La

¹³⁰ Mayayo Dehesa E, Santisteban Sanz P, Labarta Aizpún JI, Ferrández Longás A. Hipotiroidismo Congénito. En: Pombo M et al. Tratado de Endocrinología Pediátrica. 4.a ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2009. p. 367-385.

eliminación de la sífilis congénita reduciría el número de abortos, muertes fetales, partos prematuros, PBN y muertes perinatales.

- **Tamizaje Neonatal para detección de Enfermedad hemolítica relacionada con incompatibilidad de grupo y Rh. Complicaciones de hiperbilirrubinemia neonatal.**

Tipo de muestra

Los programas de Tamizaje se utilizan muestra del cordón umbilical posparto o muestra tomada con lanceta después de las 48 horas de vida, generalmente del 2º al 7º día. Se utiliza la muestra con lanceta después del 2º día, porque se tamizan otras enfermedades que requieren reto metabólico y justifican la espera. La para muestra de hipotiroidismo se necesitan 2 gotas, para la detección de sífilis congénita e incompatibilidad de grupo y Rh se requiere 2 mL.

Lugar y tiempo de la toma de muestra

En la sala de partos, inmediata al nacimiento, luego al pinzamiento del cordón se aplica la gota de sangre en el sitio demarcado en el papel filtro, según el procedimiento estándar.

Procedimiento y técnica para la toma de sangre del cordón

- Antes del parto se llena la ficha de datos del recién nacido y la madre. Seguido al parto se pinza el cordón, de acuerdo con el protocolo establecido y se toma la muestra para aplicarla sobre el papel demarcado.
- Evitar dispersar la gota de sangre, con alguna fricción.
- Secar al aire suspendida en posición horizontal por 3 horas a temperatura ambiente (15 a 22º C), evitando exposición directa a la luz solar.
- La muestra deberá obtenerse durante los primeros 20 minutos después del nacimiento. Tomar la jeringa estéril de 1 ml de aguja desmontable y localizar una vena en la parte media del cordón umbilical. Es recomendable utilizar una gasa en el momento de tomar la muestra para fijar el cordón umbilical.

16. Procedimiento para la ligadura o clampeo del cordón umbilical

- Colocar la ligadura evitando la perdida de la sangre contenida en el cordón.
- Cortar el extremo proximal del cordón ya ligado y pincelo junto con el extremo distal del cordón formando un asa.
- Formar un asa umbilical con los extremos proximal y distal pinzados.
- Limpiar con una gasa el cordón y con una jeringa extraiga 2 a 3 cm de sangre antes de aplicar la muestra llene la información solicitada en la papeleta.
- Retirar la aguja de la jeringa y localice la jeringa a 5 mm de cada círculo.
- Aplicar en cada círculo una gota de sangre.
- Evitar tocar el papel de filtro con la mano o con cualquier solución.
- Verificar que el reverso del papel quede impregnado con la muestra.
- Dejar secar la muestra por 3 horas.
- No apilar las muestras.
- Almacenar las muestras en un recipiente apropiado protegiéndolas de la humedad y de la luz directa del sol hasta el momento de enviar al laboratorio.
- Evitar exponer al sol para secar.
- No colocar las papeletas una encima de otra hasta no estar completamente secas. las papeletas se deben secar a temperatura ambiente por 3 horas, en el soporte específico

17. Completar el examen físico:

La inspección del recién nacido aporta aproximadamente el 70% de la información. 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 un **Examen segmentario**: este es un examen físico más detallado y pormenorizado en la sala de hospitalización, que comprende (Ver Cuadro 9)

Cuadro 9. Examen físico del recién nacido

Examen Físico	
Actitud general	Flexión activa y simétrica (salvo presentación podálica y cara).
Piel	Unto, color, descamación, lanugo, hemangiomas planos, mancha mongólica, eritema tóxico, piel marmorata, arlequín.
Cabeza	Búsqueda de lesiones secundarias al nacimiento (capput succedaneum, cefalohematomas, fracturas, heridas, etc.), cabalgamiento de suturas, tamaño de las fontanelas. Cráneo: deformación plástica, céfalo hematoma subperióstica, subaponeurótica, fontanelas, suturas, bolsa serosanguínea, microcefalia ¹³¹ . Cara: asimetría postural, parálisis. Ojos: hemorragias conjuntivales, pupilas, rojo pupilar, pliegues epicánticos, hendidura palpebral. Nariz: estridor, millium, atresia de coanas, silla de montar. Boca: dientes, frenillos, Perlas de Ebstein, micrognatia, paladar ojival, paladar hendido. Orejas: apéndices preauriculares, fistulas auriculares, hipotrofia, implantación de las oreja. Cuello: torticolis congénita, cuello corto exagerado, quiste tirogloso, fistulas branquiales, hematoma o contractura congénita del músculo esternocleidomastoideo.
Tórax	Buscar asimetría o deformación. Verificar por auscultación la entrada de aire en ambos campos pulmonares, o de ruidos extraños (peristalsis, en hernia diafragmática). Si cilíndrico y blando, retracción. FR 40-60 x'. A la auscultación: estertores húmedos la primera hora, tonos cardíacos, soplos variables. Presión arterial media 60 mm Hg. Clavículas: fracturas. Mamas: tumefacción en ambos sexos, pezones supernumerarios.
Cardiovascular	Localización del latido cardíaco, FC (normal 120-160 lpm), ritmo (Buscar arritmias) y buscar soplos cardiacos.
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.
Omblogo y Cordón umbilical	Verificar: hernias, color, número de vasos (una vena y dos arterias umbilicales), que no haya sangrado.
Genitales	Observar de acuerdo a sexo y edad, permeabilidad anal y vaginal, anomalías. Masculinos: Escroto: tamaño y aspecto variable, hidrocele, hipospadias, fimosis. Femeninos: Variabilidad, secreción vaginal, pseudomenstruación, hipertrofia del clítoris. Región anal: Se debe explorar por inspección, separando los pliegues interglúteos, desde la punta del coxis hasta la raíz del pene en el varón, y hasta la horquilla vulvar en la niña, para comprobar la normalidad de su aspecto exterior. Debemos verificar: permeabilidad, posición y tamaño. Ocasionalmente, se confunden grandes fistulas con un ano normal, pero si se explora cuidadosamente, se observará que estas presentan una localización anterior o posterior a la habitual.
Extremidades	Tono, movilidad, pulsos femorales, fracturas, número de dedos en pies y manos Superiores: parálisis, polidactilia, sindactilia, clinodactilia. Inferiores: Caderas, simetría (Ortolani), deformidades posturales de los pies. Columna: deformaciones y disrafias.
Actividad, Tono y	Actitud y tono.

¹³¹ Abordaje según la Normativa 143 Guía de práctica clínica para la atención a la embarazada y vigilancia del Síndrome Congénito asociado a la infección por el virus del Zika. 2018

postura	Exploración de todos los reflejos arcaicos: Moro, palmar y plantar, búsqueda, succión, marcha, Babinsky, entre otros. 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. Exploración de pares craneales. Incluye exámenes complementarios
Anomalías Congénitas	Debe hacerse una revisión general de la cabeza a los pies para buscar defectos tales como: anencefalia, 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.

Detectar anomalías congénitas:

Describir todas las que puedan observarse al examen físico, no requiere de hacer un diagnóstico inmediato, a menos que comprometan la vida del recién nacido en el corto plazo. Para el diagnóstico debe apoyarse con exámenes complementarios y genética.

Ante una anomalía congénita debe dar consejería a la madre y abordaje integral al recién nacido según lo requiera previo al alta, con apoyo de equipo multidisciplinario.

- **Cráneo:** Microcefalia, o macrocefalia utilizando la técnica adecuada de medición y comparando con los patrones de crecimiento de OMS/OPS y el INHS, anomalías faciales (asimetría), alteraciones oculares, del puente nasal, paladar hendido, atresia de coanas, labio leporino, entre otras.
- El examen del —Reflejo Rojo es parte del examen ocular del RN, para detectar trastornos visuales como cataratas u opacidad de la córnea. Debe realizarse antes del alta, en un lugar oscuro y con los ojos del neonato abiertos preferentemente en forma voluntaria.
- **Pabellón Auricular:** observar el pabellón auricular, posición, pliegues, ausencia de un pabellón, verificar permeabilidad del oído, u otra anomalía. La presencia de apéndices preauricular con o sin oligoamnios se ha asociado con mal formaciones renales.
- **Atresia de las Coanas:** para valorar la permeabilidad de las 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. La interpretación es que si la narina está libre debe de haber aleteo, en caso de no haber aleteo debe interpretarse que la coana está cerrada. Luego se debe de hacer en el lado opuesto.
- **Cuello:** buscar masas: bocio, quiste tiroglosa, hematoma del esternocleidomastoideo.
- **Cardiovascular:** Soplos, localización del corazón, tamaño, FC (normal 120-160 lpm.), ritmo (buscar arritmias). Pueden auscultarse soplos, son habitualmente funcionales y transitorios (es decir no patológicos). En los pretérmino puede estar permeable el conducto arterioso. Debe palparse los pulsos periféricos, su ausencia es patológica. *Pulsos pedios y femorales*. Se han asociado a Coartación de la Aorta.
- **Digestivo (Atresia de Esófago):** Sospechar atresia de esófago en presencia de polihidramnios y/o excesiva salivación después de nacer. Se justifica comprobar la permeabilidad del esófago, pasando por nariz hacia estomago una sonda de alimentación Nº5. 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. Examinar el cordón umbilical para verificar la presencia de una vena y dos arterias, se han asociado a agenesia renal.

Si se detecta una o varias anomalías en el recién nacido, el personal de salud responsable de la atención inmediata, describirá las principales características de la malformación presente, registrando en la ficha de notificación de casos y en el expediente clínico. La notificación se realizará a través del llenado completo y adecuado de la ficha de notificación de casos diseñada para tal fin y será enviada a

vigilancia epidemiológica del establecimiento de salud una vez terminada la atención al recién nacido¹³².

En caso de realizar referencia a otro nivel de resolución, estas deben de cumplir las condiciones requeridas en la Normativa 068 Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia del MINSA.

PARA EL MANEJO DE CUALQUIER COMPLICACIÓN DEL RECIEN NACIDO, CONSULTAR LA NORMATIVA 108 GUÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DEL NEONATO

18. Sala de Alojamiento Conjunto

- **Observe:** respiración, actividad y coloración. Esto determinará la necesidad de intervención adicional.
- Continuar apego (contacto piel con piel), lactancia materna y apoyo a la madre.
- Vigilancia integral: respiratoria, hemodinámica (signos vitales, diuresis, control térmico).
- Control del peso y perímetrocefálico registrando en el expediente clínico y HCP al momento del alta.
- Verifique la historia clínica de la madre y administre profilaxis con antibióticos a los neonatos que han estado expuestos a factores de riesgo de infección (es decir, rotura prematura de membranas pretérmino, membranas rotas más de 18 horas antes del nacimiento; fiebre de la madre por encima de 38°C antes del trabajo de parto o durante el mismo; líquido amniótico fétido o purulento; o madre con colonización documentada por estreptococo del grupo B).
- Verifique la historia clínica de la madre y administre toda profilaxis que esté indicada cuando el recién nacido ha estado expuesto a la tuberculosis o VIH.
- **El recién nacido debe ser valorado por el personal de salud durante toda su estancia en alojamiento conjunto y previo al alta.**
- **Aplicación de vacuna de BCG**¹³³ 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.

La vacunación de los/as recién nacidos/as se considera un servicio esencial. Dado que los partos institucionales continuarán manteniéndose en el contexto de la pandemia de COVID-19, la vacunación de los recién nacidos con vacuna contra la hepatitis B y vacuna BCG (según el esquema nacional de vacunación de cada país) debe seguir siendo una prioridad¹³⁴. No se conocen contraindicaciones médicas para vacunar a casos sospechosos¹³⁵ de infección por COVID-19 ni para vacunar a los contactos¹³⁶ o confirmados¹³⁷. Esto aplica a la vacunación de los recién nacidos.

19. 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/la RN ha demostrado habilidad para succionar, ha orinado y defecado al menos una vez.

¹³² Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa – 001 Manual Operativo para el Registro Nicaragüense de Malformaciones Congénitas. 2008

¹³³ Vacuna BCG se aplica a todo recién nacido con peso igual o mayor a los 2000 gramos hasta un año de edad. Dosis de 0.05 cc ó 0.1 ml, según el fabricante por vía Intradérmica (ID), en el tercio superior de la región deltoides del brazo izquierdo, utilizando jeringa de 1cc x 27Gx 3/8. Recuerde agitar suavemente el frasco antes de extraer cada dosis de vacuna.

¹³⁴ OPS. Vacunación de los recién nacidos en el contexto de la pandemia de COVID-19. Versión 1: 19 de mayo del 2020

¹³⁵ Karimi-Zarchi M, Neamatzadeh H, Dastgheib SA, Abbasi H, Mirjalili SR, Behforouz A, et al. Vertical Transmission of Coronavirus Disease 19 (COVID-19) from Infected Pregnant Mothers to Neonates: A Review. Fetal Pediatr Pathol [Internet]. 2020;0(0):1–5. Available from:<https://doi.org/10.1080/15513815.2020.1747120>

¹³⁶ World Health Organization. Q&A on COVID-19, pregnancy, childbirth and breastfeeding [Internet]. 2020. Available from:<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-childbirth-and-breastfeeding>

¹³⁷ World Health Organization UNICEF. Immunization in the context of COVID-19 pandemic. Frequently Asked Questions (FAQ) [Internet].2020. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331818/WHO-2019-nCoV-immunization_services-FAQ

- Sin ictericia significativa en las primeras 24 horas de vida.
- Con medición de perímetrocefálico a las 24 horas posnacimiento y debidamente registrado en el expediente y la HCP de la madre.
- 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 y del Carné Perinatal (sección Egreso del Recién Nacido), la epicrisis neonatal y otros formatos establecidos.
- Dar cita de seguimiento temprano, a las 72 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 anomalías, realizar las maniobras de Barlow y Ortolani, valorar la relación madre – hijo y brindar consejería sobre alimentación, etc.”^{138,139}.

En el caso que los RN estén más de 24 horas en el E/S porque su madre queda hospitalizada por alguna complicación, tener presente la vigilancia de la ictericia, debido a que los valores de bilirrubinemia se intensifican hasta el 3^{er} a 5^{to} días, por lo que antes del alta hospitalaria se debe evaluar el riesgo que llegue a cifras que pongan en riesgo de encefalopatía bilirrubínica.

A todo recién nacido de bajo riesgo que es dado de alta, se le debe asegurar el seguimiento en las primeras 72 horas de vida (primeros 3 días para apoyar la lactancia materna, evaluación integral, y vigilar la higiene umbilical y cualquier trastorno que ponga en peligro su salud.

4. DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN

20. Criterios de traslado a establecimiento de salud de mayor resolución.

1. Recién nacido con alguna complicación o situación que requiere ser atendido en una unidad de mayor resolución.
2. Recién nacido, con inestabilidad respiratoria, hemodinámica y/o metabólica o que ha iniciado su tratamiento durante el traslado.
3. Cumplimiento de las Normas de traslado neonatal.

Todos los recién nacidos de bajo riesgo deben ser dados de alta después de las 24 horas de vida, para asegurar la vigilancia de signos o trastornos en ese primer periodo y ser atendidos de forma oportuna, promoviendo el apego, la lactancia materna exclusiva y dar consejería sobre cuidados en el hogar y signos de peligro.

¹³⁸ La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf. Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para el tratamiento de enfermedades infantiles comunes: pruebas científicas para la actualización técnica de las recomendaciones de la guía de bolsillo.

¹³⁹ Incorporada a partir de las Directrices de la OMS sobre la salud del recién nacido.

5. EDUCACIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Previa alta, se debe brindar orientación (oral o escrita) a los padres sobre los cuidados y manejo del recién nacido, para reforzar las actividades de educación y promoción realizadas durante la atención hospitalaria del recién nacido.

- Favorecer el vínculo: el proceso se inicia durante la gestación y el contacto piel a piel es la primera acción a realizar una vez nacido el niño, lo más prolongada posible, obteniéndose innumerables ventajas a corto mediano y largo plazo.
- Lactancia materna a libre demanda.
- Explicar la técnica de extracción de leche para las madres que trabajan.
- Si él bebe con bajo peso al nacer egresa con el Método Familia Canguro, debe darse continuidad en el primero nivel de atención o casas maternas (Ver Normativa 142 Método Familia Canguro).
- Empoderamiento, corresponsabilidad y compromiso de los padres para fomentar el binomio bebé-progenitores.
- Se recomienda la limpieza del muñón umbilical del recién nacido sano y que se mantenga limpio y seco hasta que se momifique y caiga (manejo “seco”) sin aplicar antisépticos o antibióticos tópicos al muñón umbilical (por ejemplo, clorhexidina).
- Prevención de la muerte súbita del RN: Los recién nacidos y lactantes deben dormir siempre sobre su espalda (boca arriba), deben dormir solos en una cuna/cama de superficie plana y firme. No dormir con la cabeza cubierta por cobijas, telas bufandas o similares. Debe evitarse la exposición al humo de cigarrillo antes y después del nacimiento.
- Comportamiento y reflejos: el recién nacido presenta comportamientos como la orientación, la capacidad auto tranquilizadora, respuesta a las caricias, respuesta a estímulos visuales o auditivos, actividad motora, que es necesario explicar a los padres, para que conozcan a su hijo y se familiaricen con estos comportamientos, e incentivarlos a que interactúen con el recién nacido, como hablarles, cantarles u otros.
- Dar cita de seguimiento temprano, a las 48 horas posterior a su egreso, con personal con experiencia en manejo de recién nacidos.
- Prevención de accidentes en el hogar:
 - Prevenir traumas en el RN (por colocarlo en espacios inseguros como: superficies angostas o sobre la cama) sin vigilancia.
 - Evitar acercar líquidos u objetos calientes a un recién nacido porque producen quemaduras de extrema gravedad.
 - No exponer al humo ya que existe riesgo de asfixia (fogón u otros).
- Detección de signos de alarma (Ver Cuadro 10):

Cuadro 10. 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 tez, 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 hrs, abdomen excavado o distendido, diarrea, sangre en las deposiciones.
Urinarios	Falta de micción pasadas las 48 hrs, 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 evita el contacto físico con el RN y/o rechaza la alimentación a pecho. Padre que no participa o no concurre a la visita.

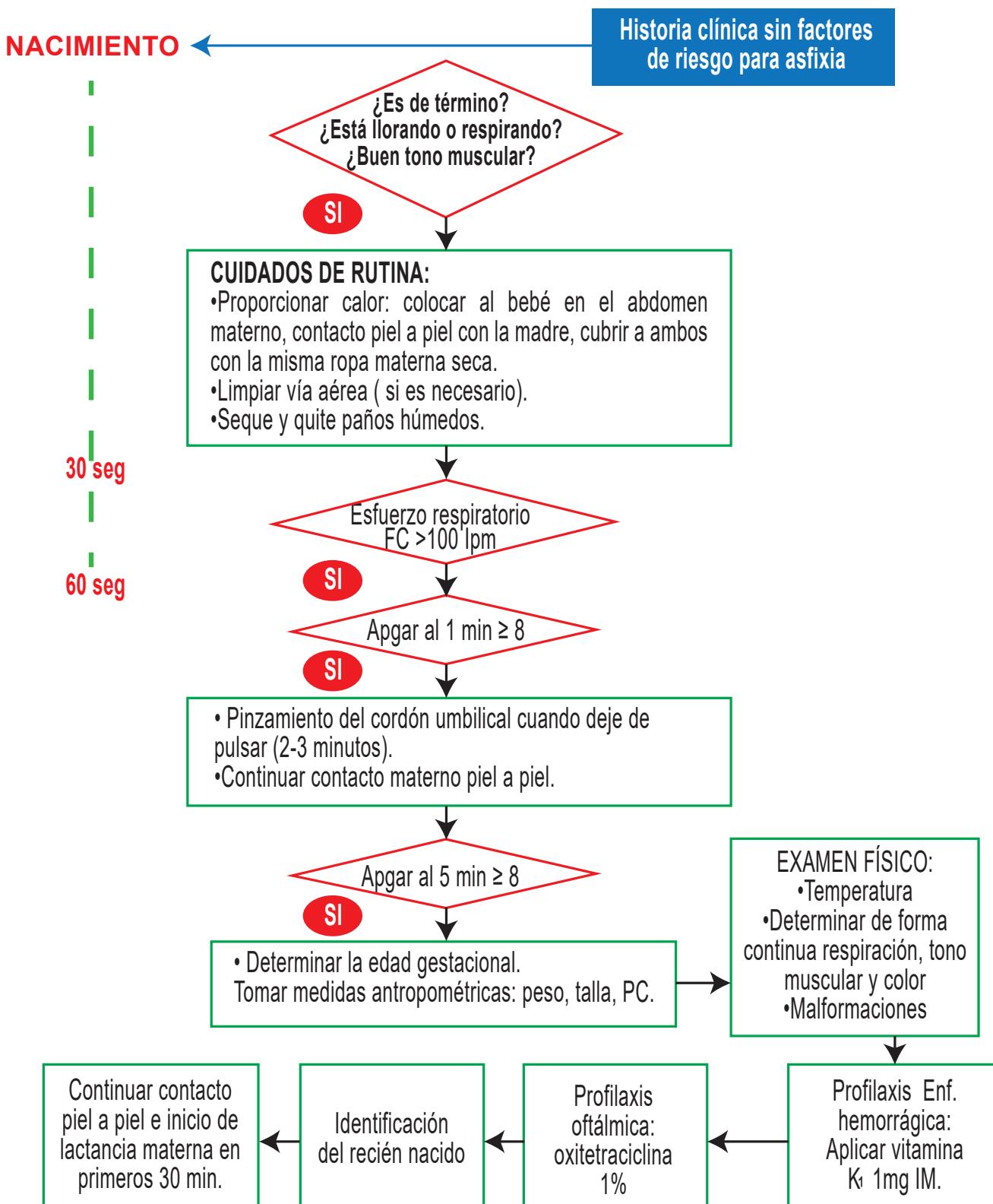
OTRAS ACTIVIDADES

Registrar los datos del RN en los siguientes formatos:

- **Boleta del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales:** En la sección de “Parto”, se deberá anotar RN (recién nacido): Colocando una **V** en azul si nació **Vivo**, y **MF** si fue muerte fetal, **MNP** (muerte neonatal precoz), si falleció en los primeros 7 días y **MNT** (Muerte Neonatal Tardía) si falleció después de los 7 días y antes de los 28 días de nacido.
- **Si es llevado con su madre a Casa Materna, deberá registrarse en el Libro de Registro de las Casas Maternas,** anotando la Condición del Niño y si este fue Niño Prematuro.
- **SIP Plus:** ingresar toda la información recolectada en las HCP en tiempo real, al sistema electrónico, el cual alimenta la base de datos a nivel nacional de las atenciones prenatales, parto, puerperio y seguimiento neonatal inicial.
- **Amor para los más Chiquitos y Chiquitas:** a través de las Cartillas de Educación Temprana “Amor para los más Chiquitos”, se dará seguimiento a los recién nacido entre las edades de 0 día hasta los 6 años, brindando las orientaciones y consejos para su cuidado y educación.

6. ALGORITMO

ALGORITMO DE ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO SIN ASFIXIA



7. BIBLIOGRAFIA

1. CLAP/OPS. Publicación Científica CLAP/SMR 1584. Sistema Informático Perinatal, Historia Clínica Perinatal y Formularios Complementarios. 2011
2. Gobierno de Nicaragua. Política Nacional de Primera Infancia. 2011. Disponible en: <https://www.mifamilia.gob.ni/wp-content/uploads/2012/11/Politica-Nacional-de-Primera-Infancia.pdf>. (acceso 26 julio 2020)
3. Imdad A, Bautista RM, Senen KA, Uy MV, Mantaring III JBlas, Bhutta ZA. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 11. Art. No.: CD008635. DOI: 10.1002/14651858.CD008635.pub2 [Acceso julio2020]. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD008635/PREG_antisepticos-en-el-cordon-umbilical-para-la-prevencion-de-la-septicemia-y-la-muerte-de-recien
4. Karimi-Zarchi M, Neamatzadeh H, Dastgheib SA, Abbasi H, Mirjalili SR, Behforouz A, et al. Vertical Transmission of Coronavirus Disease 19 (COVID-19) from Infected Pregnant Mothers to Neonates: A Review. Fetal Pediatr Pathol [Internet]. 2020;0(0):1–5. Available from: <https://doi.org/10.1080/15513815.2020.1747120>
5. Leante J, * Pérez A., Ruiz C., Sanz Ed, Benavente I, et .al. Recomendaciones para el cuidado del cordón umbilical en el recién nacido. España.2019. [Acceso julio2020]. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403319300700>
6. McDonald S, Middleton P, Dowswell T, Morris P. Efecto del momento de pinzamiento del cordón umbilical en recién nacidos a término sobre los resultados en la madre y el neonato. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 7. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.
7. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 001 Manual Operativo para el Registro Nicaragüense de Malformaciones Congénitas. 2008
8. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa - 003. Norma Técnica y Guía para el Uso de Antisépticos, Desinfectantes e Higiene de Manos. 2008
9. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 011. Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo". 2008
10. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 011 Segunda edición. Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo". Noviembre 2015
11. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 029 Normas de Alimentación y Nutrición, para Embarazadas, Puérperas y Niñez menor de cinco años" "Guía de Alimentación y Nutrición, para Embarazadas, Puérperas y Niñez Menor de cinco años. Noviembre 2016
12. Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 042 Norma de Humanización del Parto Institucional. 2010
13. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa No. 050 Manual Técnico Operativo Estrategia Casas Maternas para la Maternidad Segura. 2019
14. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 060 Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria. Septiembre 2019
15. Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 068 Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia. 2011
16. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 070 Norma Metodológica para la Elaboración de Normas, Manuales, Guías y Protocolos del Sector Salud. Junio 2011
17. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 101 Manual Técnico Operativo del Censo Gerencial de embarazadas, puérperas y postnatales. Noviembre 2019
18. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 106 Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP). Noviembre 2013
19. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 108 Guía Clínica para la Atención del Neonato. Marzo 2015
20. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 121 Norma Técnica de Inmunizaciones y Manual de Procedimientos de Inmunizaciones. 2013
21. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 135 Norma para la Garantía de la Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. 2015

22. Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 143 Guía de práctica clínica para la atención a la embarazada y vigilancia del Síndrome Congénito asociado a la infección por el virus del Zika. 2018
23. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias, Colombia. Guía de Práctica Clínica (GPC) recién nacido sano. 2013. ISBN: 978-958-8838-34-2. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_rns/gpc_rns_completa.aspx
24. OPS/OMS. Plan de Acción para la Salud de la Mujer, el Niño, la Niña y Adolescentes 2018-2030. 56. Consejo Directivo 70 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas Washington, D.C., EUA, del 23 al 27 de septiembre del 2018
25. OPS/OMS-UNFPA-UNICEF. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos. 2^a edición. 2017
26. OPS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. 2018
27. OPS. Vacunación de los recién nacidos en el contexto de la pandemia de COVID-19. Versión 1: 19 de mayo del 2020
28. OPS. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positivo. 2019
29. OPS/OMS-CLAP. Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido. Cuarta edición. Publicación científica No. 1617. 2019
30. Preevid. Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido. Murcia salud, 2019. [Acceso julio2020]. Disponible en <http://www.murciasalud.es/preevid/22870>
31. Rabe H, Gyte GML, Díaz-Rossello JL, Duley L. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 9. Art. No.: CD003248. DOI: 10.1002/14651858.CD003248.pub4. [Acceso julio2020]. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD003248/PREG_el-pinzamiento-tardio-del-cordon-umbilical-o-la-compresion-del-cordon-al-nacer-mejoran-la-salud-de
32. UNICEF/WHO. Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. 2018. Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at <http://apps.who.int/iris>.
33. WHO. Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Geneva: World Health Organization; 2014. [Acceso julio2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148793/9789241508209_eng.pdf?ua=1
34. WHO. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018
35. WHO/UNICEF. Every Newborn an Action Plan to End Preventable Deaths. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2014 [2014; 04 de julio 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127938/9789241507448_eng.pdf;jsessionid=C4564408BBD4F6858A5C96DBA2B10D67?sequence=1
36. WHO. Recommendations on postnatal care of the mother and newborn. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN 978 92 4 150664 9. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603>
37. WHO/UNFPA/UNICEF. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. 2017.
38. WHO. Guidelines on basic newborn resuscitation. 2012. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75157/9789241503693_eng.pdf;jsessionid=BA2F4C4F1C0E473BA64346295A952F4B?sequence=1. (acceso el 26 de julio 2019)
39. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf>, accessed 04 julio 2020).
40. WHO. Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book recommendations: newborn conditions, dysentery, pneumonia, oxygen use and delivery, common causes of fever, severe acute malnutrition and supportive care. 2012. Disponible:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44774/9789241502825_eng.pdf?sequence=1
(acceso el 26 julio 2020)

41. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MCA/17.07). Disponible: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA17.07-eng.pdf?sequence=1>.
(acceso 26 julio 2020)
42. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. 2013. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1
(acceso el 26 julio 2020)
43. World Health Organization. Q&A on COVID-19, pregnancy, childbirth and breastfeeding [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-childbirth-and-breastfeeding>
44. World Health Organization UNICEF. Immunization in the context of COVID-19 pandemic. Frequently Asked Questions (FAQ) [Internet].2020. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331818/WHO-2019-nCoV-immunization_services-FAQ

“PROTOCOLO IV: ATENCIÓN DEL PUERPERIO DE BAJO RIESGO”

“Lo importante en salud es la identificación y uso de intervenciones con efectividad fehacientemente demostradas mediante investigaciones de alta calidad, y que puedan ser implementadas en toda la población con los recursos actualmente disponibles”

Fletcher R, Lancet 1999

1. DEFINICIÓN

Puerperio: 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, se relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia con la consecuente anemia o cualquier enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa que puede provocar una evolución patológica del puerperio. Entre sus principales síntomas se encuentran el sangrado anormal, fetidez, fiebre o dolor en bajo vientre.

2. 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:

Cuadro 1. Clasificación del puerperio según el tiempo transcurrido después del parto

Clasificación	Tiempo transcurrido después del parto
Inmediato	Primeras 24 horas
Propiamente dicho o mediato	2 a 10 días
Alejado	11 a 45 días y que finaliza muchas veces con el retorno de la menstruación
Tardío	45 a 60 días

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.

3. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que se describen a continuación están relacionados con el efecto que pueden producir en el periodo del postparto: sepsis o hemorragia. La hemorragia posparto es una de las principales causas de mortalidad materna. Se estima que, en todo el mundo, alrededor del 11% de los partos se complican con hemorragia postparto severa¹⁴⁰.

De acuerdo a la patogénesis, se puede resumir la etiología de la HPP como la alteración de uno o varios de los cuatro factores encargados de la hemostasis en el POSTPARTO, expresados de manera clásica con la nemotecnia de las 4ts:

- **Tono:** Alteración parcial o total de la capacidad contráctil del miometrio posterior al alumbramiento. Es la principal causa y se da en aproximadamente en el 70% de los casos de HPP.
- **Tejido:** Permanencia de restos dentro de la cavidad uterina secundario a la expulsión parcial o incompleta de la placenta.
- **Trauma:** Desgarros de grado variable en cualquier lugar de la anatomía del canal del parto o inversión uterina.

¹⁴⁰ Abou-Zahr C. The global burden of maternal death and disability. British medical bulletin 2003; 67:1-11

- **Trombina:** Alteraciones propias de la coagulación.

Cuadro 2. Etiología – causas y factores de riesgo HPP

Etiología	Causas	Factores de riesgo
Atonía Uterina (Tono 70%)	Sobre distención uterina	Gestación múltiple Polihidramnios Feto con macrosomía
	Corioamnionitis	RPM prolongada* Fiebre
	Agotamiento muscular	Parto prolongado y/o precipitado Multiparidad
Lesión del canal del parto (Trauma 20%)	Desgarros del canal del parto	Parto instrumentado Fase de expulsivo precipitada
	Rotura/Dehiscencia uterina	Cirugía uterina previa (miomectomía – cesárea) Parto instrumentado Distocia Maniobra de Kristeller Hiperdinamia Versión cefálica externa
	Inversión uterina	Alumbramiento manual Acretismo placentario Maniobra de Crede
Retención de tejido (Tejido 9%)	Placenta	Acretismo placentario Cirugía uterina previa
	Coágulos	
Alteraciones de la coagulación (Trombos 1%)	Adquiridas	Preeclampsia / Eclampsia Síndrome de Hellp CID** Embolia de líquido amniótico Sepsis Abruptio de placenta
	Congénitas	Enfermedad de Von Willebrand Hemofilia tipo A

Adaptado del H. Karlsson, C. Pérez Sanz. Postpartum haemorrhage An. Sist. Sanit. Navar. 2009, Vol.32, suplemento1.
Ruptura prematura de membranas (RPM)* Coagulación intravascular diseminada (CID)**

La sepsis puerperal es una causa importante de morbimortalidad materna. Las infecciones bacterianas que se presentan en el periodo perinatal abarcan cerca de una décima parte de las muertes maternas en el mundo. Las cesáreas son la cirugía más común en todo el mundo, y se estima que una de cada 10 mujeres desarrolla una infección en el sitio quirúrgico después de una cesárea¹⁴¹; la endometritis posparto representa el 2% de las infecciones posparto en los países desarrollados. Garantizar prácticas higiénicas básicas, es beneficioso en la prevención de sepsis y no está asociado con daños.

Cuadro 3. Factores de riesgo para Endometritis postparto

Factores obstétricos (relacionados al periparto)	Asociados huésped	al Factor de riesgo comunitario
Parto por cesárea	Desnutrición	Bajo nivel socioeconómico
Vaginosis bacteriana previa al parto	Anemia	Poco acceso a servicios de salud de calidad
Corioamnionitis	Obesidad	
Trabajo de parto prolongado	Diabetes tipo 2, VIH	
RPM prolongada	Embarazo postérmino	
Múltiples tactos vaginales (mayor a 5)	Edad materna corta	

¹⁴¹ Hodgetts-Morton V, Hewitt CA, Wilson A, Farmer N, Weckesser A, Dixon E, et al. Vaginal preparation with chlorhexidine at cesarean section to reduce endometritis and prevent sepsis: A randomized pilot trial (PREPS). Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Oct 8;aoqs.13737.

Presencia de meconio (mayor 2+)	Inmunosupresión
Extracción manual de la placenta	
Parto traumático / Trauma vaginal	
Procedimientos invasivos de la cavidad uterina con fines diagnósticos – terapéuticos	

4. DIAGNÓSTICO

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

Durante este período se producen una serie de cambios que hacen que la mujer vuelva a su estado de no gravidez. Los cambios fisiológicos generales son (ver Cuadro 4):

Cuadro 4. Cambios fisiológicos generales en el puerperio

Cambios generales	Cambios genitourinarios
Temperatura	Cambios hormonales
Cambios cardiovasculares y sanguíneos	Cambios en endometrio
Cambios gastrointestinales	Cambios urinarios
Cambios musculo-esqueléticos	Cambios uterinos
Cambios emocionales	Cambios en cuello uterino, vagina y periné
Cambios en la piel	Cambios mamarios
Cambios metabólicos	Retorno a la menstruación
Pérdida de peso	

Se describen a continuación los principales cambios por cada momento del puerperio:

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 períodos 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 el útero 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.
- 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

- 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 episiorrafia 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 hemoroidal (sobre todo después de un expulsivo largo).

3) PUERPERIO ALEJADO (11 a 45 días)

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 pérvico.

4) PUERPERIO TARDIO (45 a 60 días)

- Retorna la menstruación, pero este signo es impreciso debido a la práctica de la lactancia materna.
- Práctica de la lactancia materna y/o métodos de planificación familiar.

5. PROCEDIMIENTOS – MANEJO CLINICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

A. MANEJO CLINICO

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.

El manejo de la puérpera debe considerar la vía de finalización del parto: vaginal espontáneo o cesárea. Debe incluir las siguientes recomendaciones:

- Reposo relativo
 - Cesárea: Las primeras horas del postoperatorio la puérpera estará en la sala de recuperación. Luego de un período de observación (2-4 horas aproximadamente) en el que se comprueba la estabilidad hemodinámica, la adecuada retracción uterina y el buen estado general de la mujer.
- Primera deambulación precoz asistida, dependiendo del estado general de cada mujer, post alimentación.
- Régimen hídrico según su condición. Luego continuar con régimen liviano dependiendo de la tolerancia.
- Higiene bucal, posterior a la ingesta de alimentos y consumo de agua.
- Control de signos vitales.
- Analgesia por horario vía oral o intramuscular según necesidad
- Observación de retracción uterina y metrorragia.
- Favorecer vínculo de la madre, padre e hijo(a). Promoción del inicio de la lactancia durante la primera hora posparto. Apoyar técnica de lactancia.
- Proveer apoyo físico, emocional y psicológico a la mujer, su pareja y familia, durante el embarazo, parto y puerperio¹⁴². Ver Anexo No. 1
- Aseo y confort.
- Prevención de caídas. Levantada supervisada.
- Evaluar signos de anemia y solicitar hematocrito según evaluación clínica.
- Fleboclisis: según indicación de anestesista y Gineco-obstetra.
- Manejo de la herida operatoria:
 - La herida operatoria permanecerá impermeable transcurridas 24 horas desde la cirugía, luego se retira el apósito.
 - Si el apósito está húmedo con secreción serohemática o durante la exploración habitual de una herida operatoria se detecta un seroma, se realizará cambio de apósito y curación plana según necesidad.
 - Heridas operatorias que se diagnostiquen como infectadas, deberán ser tratadas según normativa Infecciones asociadas atención de salud (IAAS).
- Se permitirá a toda mujer contar con un acompañante al momento de la atención prenatal, la atención del parto, el puerperio o cualquier otros servicios de hospitalización incluyendo las salas de alto riesgo obstétrico (ARO). Se excluyen de éstas aquellas salas cerradas tal como: unidad de cuidados Intensivo, y/o unidad de cuidados neonatales, unidades de cuidados coronarios, entre otros; debido a que en estas áreas se internan pacientes graves¹⁴³. Este aspecto se puede iniciar a negociar desde las APN con el Plan de Parto.

1) ATENCIÓN DEL PUEPERIO INMEDIATO (Primeras 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.

Se recomienda realizar la Evaluación materna de rutina después del parto

Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento (cada 15 minutos en las primeras dos horas y luego cada 6 horas). Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas¹⁴⁴.

¹⁴² Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 042 Norma de Humanización del Parto Institucional. 2010

¹⁴³ Idem

Según las Recomendaciones de la OMS sobre la conducta activa en el alumbramiento 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.

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

Verifique y anote en HCP (sección PUERPERIO y EGRESO MATERNO) y expediente clínico cada 15 minutos durante las primeras dos horas:

- **Aspecto general.** Color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas
- **Control de signos vitales**
- **Vigilar el sangrado**
- **Loquios.** Después de 6 horas de la última toma, por turno y al alta.
- **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.
 - ✓ Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina¹⁴⁵.
 - ✓ Se considera una buena práctica realizar la evaluación del tono uterino cada 15 minutos durante las primeras dos horas del puerperio.¹⁴⁶

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.

“Las prácticas simples de prevención de infecciones, como el lavado de manos, son menos costosas que los antibióticos para la prevención y el tratamiento de rutina de la sepsis puerperal”

Si se encuentra en establecimientos 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 (0.5 cc por vía intramuscular en el tercio superior del brazo derecho o izquierdo (área del deltoides). Usar jeringa 22 G por 1 1/2 pulgada de largo.
- Refiera de inmediato a especialista o a hospitalización.

¹⁴⁴ La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf. Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la atención posnatal de la madre y el recién nacido.

¹⁴⁵ La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf?sequence=1

¹⁴⁶ OPS/OMS. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas - 2a ed. Año 2019

Humanización del puerperio inmediato¹⁴⁷

Durante las seis primeras horas

- Asegure en todo momento el trato con calidad y calidez a la puérpera promoviendo la participación de un familiar.
- Garantice el apego precoz inmediatamente del nacimiento y por un periodo de al menos una hora.
- Inicie el alojamiento conjunto, y promueva la lactancia materna temprana exclusiva con la técnica correcta manteniendo una temperatura adecuada. Asegúrese que la puérpera haya entendido los signos de alarma del puerperio y del/de la recién nacido/a.

Posterior a las seis horas post parto hasta el día de alta

- Brinde comodidad y confort a la puérpera ubicándola en una habitación acondicionada con temperatura adecuada y luz tenue de acuerdo a su preferencia.
- Acomode a la puérpera y al/la recién nacido/a en una cama de 60 cm de altura para su reposo, puede estar acompañada de su acompañante, pareja o familiar en la hora de visita, si las condiciones lo permiten.
- Registre los hallazgos de la madre y el/la recién nacido/a en el expediente clínico en cada turno establecido.

Criterios de traslado de sala

- A toda puérpera que no presente sangrado, signos o síntomas de infección y signos vitales dentro de límites normales.
- A todo recién nacido/a cuyos signos vitales se encuentren dentro de límites normales y sin evidencias de anomalías congénitas que pongan en riesgo su vida.
- 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 Recién Nacido¹⁴⁸, se deberá evaluar a la madre en las Primeras 24 horas después del nacimiento, antes de dar alta a la puérpera.

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

- Despues de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento¹⁴⁹.

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

- Parto eutóxico.
- No presencia de hemorragia. Loquios normales.
- No presencia de infección puerperal.
- No fiebre en 24 hrs y sin foco infeccioso al examen físico.
- Signos vitales dentro de límites normales.
- Si tiene alguna patología: evaluar según patología.

¹⁴⁷ Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 042 Norma de Atención Respetuosa y Humanizada del Parto Asistido con Pertinencia Cultural. 2020

¹⁴⁸ WHO. Recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. Recommendation 8: Assessment of the mother, page 4. Año 2013.

¹⁴⁹ La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf

- Hemodinámicamente estable.
- Con buena tolerancia digestiva
- Herida quirúrgica con dolor tolerable y sana
- Acceso geográfico.
- Susceptible al seguimiento.
- Sin datos de peligro.

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

Planificación familiar postparto

La Atención Puerperal constituye un momento oportuno para brindar orientación a las mujeres sobre el espaciamiento de los partos y la planificación familiar. Deberían analizarse las opciones anticonceptivas y ofrecerse los métodos anticonceptivos de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad y Norma de PF del MINSA. Es importante llegar a las mujeres antes de que estén en riesgo de un embarazo no planificado y transmitirles la información sobre el retorno a la fertilidad.

2) ATENCIÓN DEL PUEPERIO PROPIAMENTE DICHO (2 a 10 días)

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. 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 presentado hemorragia en el alumbramiento).
- Hay pérdida de peso de 4 a 6 Kg.

Conducta

- Brindar orientaciones similares a las de egreso hospitalario
- Exámenes complementarios (solamente si se requieren):
 - Biometría hemática.
 - Examen general de orina.
 - Cultivo cervical.
 - Plaquetas.

No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones¹⁵⁰.

3) ATENCIÓN DEL PUEPERIO ALEJADO (11 a 45 días)

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.

¹⁵⁰ La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf

4) ATENCIÓN DEL PUEPERIO TARDÍO (45avo a 60avo día)

La atención del puerperio tardío es igual a la atención del puerperio alejado, consiste en una revisión ginecológica postparto 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. También brindar consejería para la asistencia del/la niño/a a su VPCD.

6. DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN

Se deberá referir a una unidad de mayor resolución¹⁵¹ si:

1. Se identifican signos o síntomas de infección puerperal (sospechar de infección puerperal si en los tres primeros días posteriores al alta hospitalaria):
 - 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
2. Si se identifican alguna de las siguientes complicaciones (si se cuenta con el recurso con competencia que sea éste quien realice el abordaje, de lo contrario proceda a referir 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 puérpera 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 deambulación precoz 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 quizás 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.
 - ✓ **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

¹⁵¹ De acuerdo a las condiciones establecidas en la Normativa 068 Norma Técnica de Referencia y Contragreferencia del Ministerio de Salud

centígrados por lo menos en una ocasión, taquicardia, secreción vaginal anormal purulenta, con mal olor o sangrado anormal, disminución del ritmo de involución uterina².

Algunas de las causas pueden ser:

- Infección en la herida
- Presión sobre puntos de sutura
- Suturas 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.

Son indicaciones de abordaje quirúrgico:

- Desgarros del canal del parto.
- Sangrado anormal.
- Restos placentarios.
- Sepsis puerperal, previa impregnación con antibióticos.

PARA EL MANEJO DE LAS COMPLICACIONES REVISAR LA NORMATIVA 109 SEGUNDA EDICIÓN “PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS”. 2018

7. EDUCACIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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 puérperas 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 cuidado 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. Se ha demostrado que el masaje o expresión de la mama contribuye a evitar el absceso mamario. Para ampliar información y técnica de lactancia materna revisar la Normativa 060 Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria.
- **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.
- **Métodos de planificación familiar de manera informada.** El propósito de la Anticoncepción Postevento Obstétrico (posparto, transcesárea y posabortedo) 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. Para ampliar más información Ver Anexo 2

- **Vigilancia y Control del Crecimiento y Desarrollo (VPCD):** Importancia de llevar a su hijo-a y explicar 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.
- **Educación:** signos de alerta durante este periodo. Si tuvo cesárea explicar a la mujer que el dolor y el eritema de una herida operatoria que evoluciona favorablemente siempre van en disminución. En caso contrario y/o ante la aparición de secreción entre los puntos deberá consultar ya sea en su centro de salud o en el hospital.

Respecto al recién nacido.

- Educar sobre signos de alarma en recién nacido (rechazo de lactancia, fiebre, decaimiento, signos de onfalitis, crisis de cianosis, apneas)
- Medidas de prevención: muerte súbita.
- **Citas:** para asistir a atención del puerperio nuevamente (24 horas), vacunación del niño/a para la evaluación de la puérpera.
 - ✓ Se recomienda después del alta postnatal después del parto vaginal sin complicaciones que las madres y los RN deben recibir atención en el E/S a las 24 horas¹⁵². Esto incluye una evaluación del RN con examen clínico antes del alta
 - ✓ Suplementación con Vitamina A a mujeres puérperas: Dosis Única de: 1 perla de 200,000 U.I. u 8 gotas (200,000 U.I.). Máximo 4 semanas después del parto
- **Egreso con tratamiento:** cumplir el tratamiento indicado al egreso.
- **Seguimiento de la puérpera con sífilis:** es altamente recomendable que el seguimiento serológico se haga a los 3, 6 y 12 meses luego de finalizado el tratamiento durante la gestación. Tener presente que, para detener la cadena de transmisión, es importante el tratamiento de los contactos sexuales.

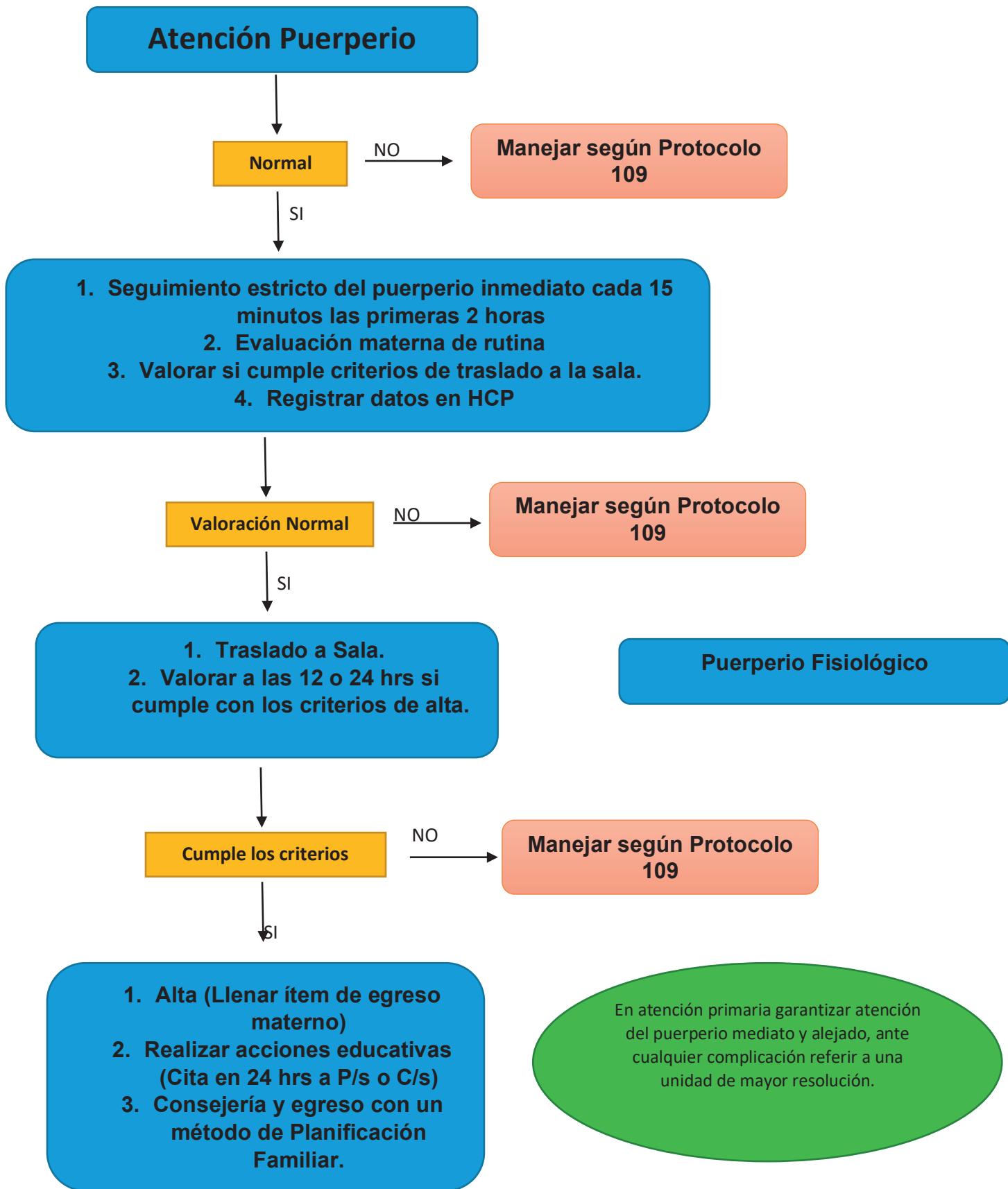
OTRAS ACTIVIDADES^X

En el primer nivel de atención, se debe garantizar el llenado de los siguientes instrumentos:

- **Boleta del Censo gerencial:** acápite de No. 7 “Atención Puerperal” y No. 8 “Atención Posnatal”, para el seguimiento de la planificación familiar. Si las mujeres egresan con un MAC debe darse seguimiento en su comunidad a través de la ECMAC.
- **Plan de Parto:** anotar en los formatos de “Registro comunitario de Plan de Parto”, “Registro Mensual de Plan de Parto” y “Registro Mensual del SICO”.
- **Si la mujer está ingresada en CM,** se debe anotar los datos de la embarazada, en el formato de los Datos del libro de registro de las CM, el Registro de Admisión, Egreso y Reporte Mensual de Casa Materna, Registro diario de los Temas Claves dirigido a las Mujeres y Resumen Cronológico de la Casa Materna.
- **SIP Plus:** ingresar toda la información recolectada en las HCP en tiempo real, al sistema electrónico, el cual alimenta la base de datos a nivel nacional de las atenciones prenatales, parto, puerperio y seguimiento neonatal inicial.
- **ECMAC:** puérperas egresadas con un MAC, el personal de salud deberá de dar seguimiento a través del censo gerencial o mediante la estrategia de Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos.

¹⁵² La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf. Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la atención posnatal de la madre y el recién nacido.

8. ALGORITMO DE LA ATENCIÓN DEL PUERPERIO



9. BIBLIOGRAFIA

- Abou-Zahr C. The global burden of maternal death and disability. *British medical bulletin* 2003; 67:1-11
- Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A et al.; United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group collaborators and technical advisory group. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet.* 2016;387(10017):462–74. doi:10.1016/S0140-6736(15)00838-7.
- Campbell OMR, Graham WJ; The Lancet Maternal Survival Series Steering Group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet.*2006;368:1284–99.
- Hodgetts-Morton V, Hewitt CA, Wilson A, Farmer N, Weckesser A, Dixon E, et al. Vaginal preparation with chlorhexidine at cesarean section to reduce endometritis and prevent sepsis: A randomized pilot trial (PREPS). *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019 Oct 8; aogs.13737.
- Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 002, Segunda Edición “Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Agosto 2015
- Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa - 003. Norma Técnica y Guía para el Uso de Antisépticos, Desinfectantes e Higiene de Manos. 2008
- Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa No. 011, Segunda Edición “Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo”. 2015
- Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa No. 029, Segunda Edición. Norma y Guía de Alimentación y Nutrición, para Embarazadas, Puerperio y Niñez Menor de Seis Años. 2016
- Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 042 Norma de Humanización del Parto Institucional. 2010
- Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa No. 050 Manual Técnico Operativo Estrategia Casas Maternas para la Maternidad Segura. 2019
- Ministerio de Salud. Normativa 060 Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria. Nicaragua, 2019
- Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa 068 Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia. 2011
- Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 070 “Norma Metodológica para la Elaboración de Normas, Manuales, Guías y Protocolos del Sector Salud”. Junio 2011
- Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa No. 101 Manual Técnico Operativo del Censo Gerencial de embarazadas, puérperas y postnatales. 2019
- Ministerio de Salud Nicaragua. Normativas 104 y 105 Manual para la Organización y Funcionamiento del Plan de Parto para la Maternidad Segura y Guías de Capacitación para: el Personal de Salud y para la Red comunitaria. Noviembre 2018
- Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa – 109, Segunda Edición “Protocolo para la Atención de Complicaciones Obstétricas”. 2018
- Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 121 “Norma Técnica de Inmunizaciones y Manual de Procedimientos de Inmunizaciones”. 2013
- Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa 135 Norma para la Garantía de la Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. 2015
- Ministerio de Salud. Chile. Norma General Técnica Nº 00179 para la Atención Integral en el Puerperio. Santiago MINSAL 2015
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. Human Rights Council, twentieth session. New York (NY): United Nations General Assembly; 2012 (A/HRC/21/22; http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf, consulta el 05 de julio 2020).

- OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. 2014.
- OMS. Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto. 2014
- OPS. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas - 2a ed. 2019
- OPS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. 2018
- OPS. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positivo. 2019
- OPS/OMS-CLAP. Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido. Cuarta edición. Publicación científica No. 1617. 2019.
- OPS/OMS. USAID. Planificación familiar: Un Manual para Proveedores. 3.^a edición, actualizada. 2019
- Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R et al. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. BJOG.2015;122(8):1045–9. doi:10.1111/1471-0528.13451.
- WHO Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections, 2015.
- WHO/CDS/CSR/EPH. Guía Práctica. 2a edición. Prevención de las infecciones nosocomiales. 2002.
- World Health Organization Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed. 2017
- WHO. Recommendations on postnatal care of the mother and newborn. 2013. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1 (acceso 26 julio 2020)

10. ANEXOS

Anexo 1. Valorar y dar apoyo psicológico y emocional (Salud Mental – Depresión Postparto)

La depresión postparto afecta hasta al 34% de las mujeres y habitualmente ocurre en las primeras semanas o meses después del parto y puede persistir durante un año o más. La depresión no es necesariamente uno de los síntomas principales, aunque por lo general es evidente. Entre otros síntomas se mencionan el agotamiento, la irritabilidad, la predisposición al llanto, bajos niveles de energía y motivación, sentimientos de impotencia y desesperanza, pérdida de la libido y el apetito, y trastornos del sueño. A veces se notifican cefaleas, asma, dolor de espalda, secreción vaginal y dolor abdominal. Los síntomas pueden incluir pensamientos obsesivos, temor de dañar al bebé o a la propia persona, pensamientos suicidas y despersonalización.

Los factores de riesgo de sufrir una depresión puerperal incluyen los siguientes:

- Una depresión puerperal anterior;
- Enfermedad mental activa o anterior;
- Formar parte de un grupo vulnerable;
- Un parto traumático;
- El nacimiento de un prematuro o mortinato o la experiencia de la muerte de un recién nacido;
- La hospitalización de un lactante en cuidados intensivos; y
- El antecedente de haber sido una niña desatendida.

Con un diagnóstico y tratamiento temprano, el pronóstico de la depresión puerperal es favorable. Más de 2/3 de las mujeres se recuperan en un año. Facilitar la presencia de un acompañante escogido durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto puede ayudar a prevenir la depresión puerperal. Se debe investigar de manera sistemática la depresión en las mujeres durante las consultas del puerperio:

- En cada Atención Postnatal, se debe preguntar a las mujeres acerca de su bienestar emocional, el apoyo familiar y social que reciben y sus estrategias de afrontamiento corrientes para tratar los asuntos cotidianos. Se debe estimular a todas las mujeres, sus familias y parejas a que consulten con el personal de salud toda modificación del estado de ánimo, el estado emocional o un comportamiento que se aleje del perfil normal de la mujer.
- A los 10 o 14 días después del nacimiento, se debe preguntar a todas las mujeres acerca de la mejoría de la depresión puerperal leve, transitoria («tristeza posparto» o «melancolía puerperal»). Si los síntomas no han desaparecido, es necesaria una evaluación continua del bienestar psicológico de la mujer en busca de una depresión puerperal y, si los síntomas persisten, se debe proceder a una evaluación más completa.

Anexo 2. Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO)

Es fundamental satisfacer los requerimientos de APEO en las mujeres que finalizan su embarazo, ya sea que éste termine en parto (vaginal o cesárea), aborto (incluyendo el embarazo molar) o embarazo ectópico. Es importante considerar que el temor a otro embarazo, la necesidad de la mujer de reincorporarse a su trabajo, sus condiciones de salud y las presiones familiares, sociales o económicas influyen en la duración de la lactancia y en la decisión de cuando iniciar un MAC.

La prescripción de los MAC deberá realizarse de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS, ya que las recomendaciones para el uso de los MAC son distintos para las mujeres que amamantan y las mujeres que no amamantan, considerando la posibilidad de que la mujer pueda volver al servicio de salud.

El momento oportuno para brindar consejería sobre APEO es la Atención Prenatal (APN), de tal forma que la mujer, con o sin el apoyo de su pareja, pueda seleccionar un MAC, registrarlo en la HCP y en la hoja de referencia de pacientes, de forma tal que su decisión sea respetada en el establecimiento de salud en donde se atiende el evento obstétrico¹⁵³. La orientación durante el embarazo es particularmente importante, cuando se considera la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) femenina o la inserción de un DIU en el posparto temprano. La idea fundamental es reducir las oportunidades perdidas, aumentar la satisfacción de las mujeres, la reducción del embarazo no planeado y de los períodos intergenésicos cortos. La anticoncepción no se debe postergar más allá de la aparición del primer sangrado posparto, de la introducción de alimentación suplementaria al /la lactante o del sexto mes postparto. Ver Figura 1

Figura 1.

CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS									
Embarazo	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	4	4
Edad	De la menarquía a <40 años				De la menarquía a <18 años				De la menarquía a <20 años
	I	I	I	I	2	I	—	2	2
	>40 años			18 a 45 años				≥20 años	
	2	2	2	I	I	I	—	I	I
				> 45					
Número de partos		I	2	I	I	—			
No ha tenido partos (nulípara)	I	I	I	I	I	I	—	2	2
Ha tenido uno o más partos	I	I	I	I	I	I	—	I	I
Lactancia materna									
<6 semanas después del parto	4	4	4	2	3*	2	I AUP=2	b	b
≥ 6 semanas a <6 meses después del parto (básicamente amamantando)	3	3	3	I	I	I	I AUP=2	b	b
≥ 6 meses después del parto	2	2	2	I	I	I	I AUP=2	b	b
Posparto (mujeres que no amamantan)									
<21 días	3	3	3	I	I	I	—	b	b
Con otros factores adicionales de riesgo de tromboembolia venosa	4	4	4						*
21-42 días	2	2	2	I	I	I	—	b	b
Con otros factores adicionales de riesgo de tromboembolia venosa	3	3	3						
>42 días	I	I	I	I	I	I	—	I	I
Después de un aborto									
En el primer trimestre	I	I	I	I	I	I	—	I	I
En el segundo trimestre	I	I	I	I	I	I	—	2	2
Inmediatamente después de un aborto séptico	I	I	I	I	I	I	—	4	4

Método de Amenorrea por Lactancia (MELA)

El MELA es un método de planificación familiar temporal basado en el efecto temporal de la lactancia. Proporciona anticoncepción a la madre y alimenta al/la bebé. Puede ser eficaz hasta 6 meses después del parto (vaginal o cesárea) siempre y cuando la madre no haya vuelto a menstruar y esté alimentando a su bebé con lactancia exclusiva. Este método requiere amamantar con frecuencia durante el día y la noche. Además, le brinda a la mujer la posibilidad de seleccionar un método continuo que puede seguir usando después de los 6 meses (o aún desde antes).

El MELA requiere 3 condiciones que deben cumplirse: 1) La madre no ha vuelto a menstruar; 2) El/la bebé está siendo alimentado con lactancia exclusiva y con frecuencia, durante el día y la noche; y 3) El/la bebé tiene menos de 6 meses de edad. Este método está basado en el efecto natural de la lactancia sobre la fertilidad, ya que funciona básicamente impidiendo la ovulación. La eficacia anticonceptiva, depende de la mujer: el mayor riesgo de embarazo se da cuando la mujer no puede alimentar a su bebé con lactancia exclusiva.

PARA AMPLIAR ESTA INFORMACIÓN REVISAR LA NORMATIVA 002, SEGUNDA EDICIÓN NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. AGOSTO 2021

¹⁵³ Evento obstétrico como lo es: la terminación del parto (vaginal o cesárea), aborto (incluyendo el embarazo molar) o embarazo ectópico



**CRISTIANA,
SOCIALISTA,
SOLIDARIA!**



Fondo de Población
de las Naciones Unidas