

**LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ATENCIÓN DE  
LA MUJER EN EL PERÍODO PRECONCEPCIONAL,  
PARTO, PUERPERIO Y AL RECIÉN NACIDO**

San Salvador, agosto de 2011

Ministerio de Salud





Ministerio de Salud  
Viceministerio de Políticas de Salud  
Viceministerio de Servicios de Salud  
Dirección de Regulación y Legislación en Salud  
Unidad de Salud Sexual y Reproductiva

# **LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL PERÍODO PRECONCEPCIONAL, PARTO, PUERPERIO Y AL RECIÉN NACIDO**

San Salvador, El Salvador  
2011

## **FICHA CATALOGRÁFICA.**

2011 Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores técnicos de éste documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede ser accesada a través de: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Guía

Tiraje: 4ª. Edición. 2011.

Edición y Distribución

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud de Políticas de Salud

Viceministerio de Servicios de Salud

Dirección del Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 22027000

Página oficial: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Diseño de proyecto gráfico:

Diagramación:

Impreso en El Salvador por:

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas de Salud.

Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido. San Salvador, El Salvador. C.A.

1. Ministerio de Salud. 2. Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria.



## **MINISTERIO DE SALUD**

### **LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL PERIODO PRECONCEPCIONAL, PARTO, PUERPERIO Y AL RECIÉN NACIDO**

#### **I. INTRODUCCIÓN**

El control prenatal por sí solo no produce un impacto significativo en la reducción de la mortalidad materna y que carece de enfoque en el resultado neonatal. Asimismo, se demostró que el enfoque de riesgo, instaurado para detectar a aquellas mujeres que desarrollarían complicaciones, tiene limitada efectividad, ya que generalmente las mujeres que desarrollan complicaciones no tienen factor de riesgo aparente y aquellas que tienen factor de riesgo, cursan con un parto normal. Por lo anterior la Reforma de Salud replantea la atención integral de salud materna, con el fin de asegurar que toda mujer embarazada tenga acceso al cuidado de calidad durante el prenatal y en el período crítico alrededor del parto y alumbramiento (que es cuando la mayoría de muertes maternas y perinatales ocurren), complementado con el sistema de referencia funcional.

El abordaje para reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal debe centrarse en el ciclo de vida, en los periodos siguientes: preconcepcional, cuidados durante el embarazo, cuidados durante el parto, cuidados durante el postparto y cuidados del recién nacido, establecidos como un proceso continuo.

El cuidado preconcepcional contribuye a que la mujer tome una decisión responsable respecto al momento oportuno para el embarazo. Es fundamental informar y educar a las mujeres en edad reproductiva y sus familias, sobre las condiciones de salud y determinantes sociales que aumentan el riesgo materno-perinatal, y que pueden ser reducidos o controlados. Por todo lo anterior, el Ministerio de Salud (MINSAL) como ente rector del Sistema Nacional de Salud, considera necesario actualizar los presentes Lineamientos Técnicos, para adecuarlos al impulso de la Reforma de Salud a fin de superar la dispersión de los instrumentos jurídicos regulatorios que contribuían a fragmentar el abordaje de la atención en las mujeres en los períodos preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido, se pretende realizar un abordaje integral, con el fin de proveer a los prestadores de servicios de salud directrices claras para el manejo apropiado del embarazo, parto y post-parto normales, del recién nacido

y de las principales complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo a partir de los presentes Lineamientos Técnicos para un abordaje integral.

## **II. BASE LEGAL**

Que de conformidad al artículo 40 del Código de Salud, establece que el Ministerio es el organismo encargado de determinar, planificar y evaluar las actividades relacionadas con la salud, así mismo el artículo 42 numeral 2 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, establece la potestad del titular de esta Secretaría de Estado para emitir instrumentos técnicos en materia de salud.

La Política Nacional de Salud, en su línea de acción número 8.2 especifica que el Sistema Nacional de Salud garantizará el derecho de la población a la atención integral a la salud mediante actividades organizadas en planes y programas orientados de acuerdo a criterios poblacionales, vulnerabilidad, riesgo, morbilidad, mortalidad, solidaridad y equidad.

Que el Reglamento de Maternidad Segura establece la necesidad de desarrollar e implementar estrategias y acciones sobre la maternidad segura.

## **III. OBJETIVOS**

### **a. Objetivo General:**

Estandarizar en las instituciones del Sistema Nacional de Salud para la oferta de servicios a brindar durante la etapa preconcepcional, el embarazo, parto y puerperio y atención del recién nacido.

### **b. Objetivos Específicos:**

1. Fortalecer el funcionamiento en redes integrales e integradas de servicios de salud (RIISS) en el tema de la atención a la mujer.
2. Incorporar el cuidado preconcepcional para detectar, tratar o controlar riesgos que contribuyan a mejorar la salud de la mujer y su futuro hijo.
3. Estandarizar las actividades a realizar durante el control prenatal, parto, puerperio y la atención del recién nacido, con el fin de obtener resultados maternos y perinatales óptimos.

## **IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

El presente Lineamiento técnico será de carácter obligatorio para el personal de salud en la atención de la mujer y se coordinará su aplicación con las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

## V. ANTECEDENTES

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año, alrededor de ocho millones de mujeres sufren complicaciones durante el embarazo y de ellas, fallece más de medio millón como resultado de complicaciones derivadas del embarazo y el parto. Se ha determinado que más del 80% de las muertes maternas se pueden evitar o prevenir a través de acciones costo-efectivas de comprobada eficacia, como son las medidas preventivas y los cuidados prenatales adecuados<sup>1</sup>.

Datos obtenidos por el MINSAL en 2006, a través del estudio “Línea de Base de la Mortalidad Materna en El Salvador”<sup>2</sup>, se determinó que las tres principales causas de muerte materna en el país eran, en forma descendente: los trastornos hipertensivos, las hemorragias obstétricas y la sepsis. Estas causas continuaron siendo las mismas en 2009. Esta investigación permitió detectar deficiencias en los servicios prestados, debido a las siguientes razones:

1. Las mujeres que fallecieron durante el embarazo o puerperio, no fueron capaces de reconocer los signos y síntomas de alarma a pesar de haber tenido control prenatal, y que en los casos en que fueron reconocidos, no tomaron oportunamente la decisión de buscar ayuda médica;
2. Se evidenció un inadecuado manejo del embarazo, trabajo de parto, parto y postparto secundario a la falta de aplicación de los protocolos de atención y a las insuficientes habilidades del personal que atendió a las mujeres que fallecieron;
3. Las mujeres con complicaciones durante el embarazo no fueron referidas oportunamente al nivel de atención de mayor complejidad para su manejo adecuado.

Respecto a la muerte de recién nacidos, se estima que 15 de cada 1,000 nacidos vivos mueren en la región latinoamericana. La muerte fetal origina cerca de la mitad de todas las muertes perinatales. Un tercio de las muertes fetales tiene lugar durante el parto y son evitables. Cerca del 70% de las muertes fetales y de recién nacidos pueden ser prevenidas a través de intervenciones dirigidas a la madre. En El Salvador durante 2009 hubo 70,088 nacimientos, con un total de 69,514 nacidos vivos y 742 nacidos muertos. De estos, 574 fueron muertes fetales, que constituyeron el 77.4% de las muertes perinatales. El 67.8% de ellas fueron muertes fetales anteparto, 5.2% intraparto y el 27% restante se ignora cuando se produjo. Entre los nacidos vivos se observaron 190 muertes neonatales, con una mortalidad neonatal temprana (en los primeros siete días) del 94.7%. Además, se una mortalidad perinatal de 10.6 por mil partos atendidos.

---

<sup>1</sup> OPS / OMS. “Más Allá de las Cifras: Revisión de las Muertes Maternas y las Complicaciones del Embarazo para hacer la Maternidad más Segura”. 2009.

<sup>2</sup> Sistema Informático Perinatal (SIP). Base de datos instalada en las 28 maternidades del Ministerio de Salud. 2009.

## **VI. MARCO CONCEPTUAL**

### **a. Salud sexual y reproductiva (SSR)**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura

### **b. Enfoque de derechos**

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en 1994, se introdujo en la agenda política el enfoque de derechos, que contiene el derecho al más alto nivel de salud (incluida la salud sexual y reproductiva). El ejercicio de los derechos para su cumplimiento, requiere de la responsabilidad individual de las personas para el auto-cuidado y la de los Estados para generar las condiciones sociales y políticas necesarias.

El Programa de Acción de la CIPD establece que los derechos reproductivos son derechos humanos reconocidos en leyes nacionales y en documentos internacionales sobre derechos humanos aprobados por consenso, que tienen a El Salvador como uno de los países firmantes. Enuncia dicho Plan de Acción que “Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre los mismos, y a disponer de la información y los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. La promoción del ejercicio responsable de estos derechos, debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención a la promoción de las relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres.”

El enfoque de derechos se basa en el reconocimiento de que toda persona tiene derecho a ser atendida con el conocimiento técnico más actualizado en sus necesidades de salud a lo largo de su ciclo de vida, a tener acceso a servicios de calidad y a recibir una atención humanizada, donde prevalezca el respeto, dignidad, confidencialidad, privacidad, sin ningún tipo de discriminación.

Los derechos reproductivos incluyen:

1. Derecho a la Vida.
2. Derecho al más alto nivel posible de salud: este derecho requiere del compromiso individual y colectivo de las personas para mantenerla, así como a la responsabilidad de los Estados y de otros actores sociales para garantizar su cumplimiento. Para que las personas puedan gozar de este derecho se necesita del desarrollo de Políticas inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros.
3. Derecho al acceso a los servicios: toda persona tiene derecho a ser atendida en el momento que lo requiera en el nivel de atención idóneo, en cuanto a complejidad y tecnicidad, según las condiciones particulares de su salud.
4. Derecho a la seguridad: toda persona tiene derecho a recibir medidas preventivas y terapéuticas eficaces, con los menores efectos secundarios posibles y que no pongan en riesgo su salud.
5. Derecho a la dignidad: toda persona tiene derecho a ser llamada por su nombre y a ser tratada con amabilidad y respeto cuando es atendida en cualquier establecimiento del sistema nacional de salud.
6. Derecho a la igualdad: toda persona tiene derecho a la igualdad en el acceso a las atenciones de salud y en el trato que recibe en los servicios de salud, independientemente de su estatus social, nivel educativo, ideología política, sexo, edad, religión, etc.
7. Derecho a la comodidad: toda persona tiene derecho a sentirse confortable mientras recibe atenciones en salud y a que sean respetados sus valores culturales.
8. Derecho a la continuidad: toda persona tiene derecho a que se le provean atenciones en salud, durante el tiempo que sea necesario, para la conservación o restablecimiento de su salud.
9. Derecho a la No discriminación: toda persona tiene derecho a no ser discriminada por razones de sexo, edad, condición social, nivel educativo, etc.
10. Derecho a recibir información: toda persona tiene derecho a recibir información completa sobre el estado de su salud, sobre las pruebas diagnósticas que se le indican y sobre las opciones terapéuticas que se le ofrecen.
11. Derecho a la libertad de pensamiento: toda persona tiene derecho a decidir en forma libre e informada, si autoriza la realización de pruebas diagnósticas y de aceptar o no las medidas terapéuticas que se le ofrecen.
12. Derecho a escoger: toda persona tiene derecho a decidir cuál de las pruebas diagnósticas y opciones terapéuticas que le ofrecen, le serán realizadas. También tiene derecho a escoger el prestador de servicio



que le proveerá las atenciones en salud y el horario de atención que más le convenga.

13. Derecho a opinar: toda persona tiene derecho a emitir su opinión sobre los servicios que ha recibido y sobre la calidad de las atenciones brindadas a su persona por los prestadores de servicios en salud.
14. Derecho a la privacidad: toda persona tiene derecho a ser interrogada, a ser examinada y a recibir atenciones en salud, en un ambiente que garantice no ser observada ni escuchada por otras personas. Asimismo, tiene derecho a ser cubierta durante el examen físico, con el fin de no exponer innecesariamente su cuerpo.
15. Derecho a la confidencialidad: toda persona tiene derecho a que se le garantice que la información que brinda a los prestadores de servicio y la información concerniente a las atenciones que recibe en el sistema de salud, no sea revelada a terceras personas sin su consentimiento.
16. Derecho a la educación: toda persona tiene derecho a recibir contenidos educativos durante las atenciones de salud que se le proveen.
17. Derecho a disfrutar del progreso científico: toda persona tiene derecho a ser atendida en sus necesidades de salud con el conocimiento técnico más actualizado y las tecnologías idóneas.

### c. Enfoque de género

El concepto de **género** se refiere al distinto significado social que tiene el hecho de ser mujer y hombre; y que varía en el tiempo y en el espacio.

El **enfoque de género** implica tener en cuenta cómo las relaciones de género son construidas; asignando a mujeres y hombres distintos roles en la sociedad en base a las diferencias sexuales. Estas diferencias de género son determinadas por factores históricos, ideológicos, religiosos, étnicos, económicos y culturales, generadores de desigualdad.

La **igualdad de género** supone que los diferentes comportamientos, aspiraciones y necesidades de las mujeres y los hombres se consideren, valoren y promuevan de igual manera. Ello no significa que mujeres y hombres deban convertirse en iguales, sino que sus derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades no dependan de si han nacido hombres o mujeres. Entre las oportunidades se debe considerar, de forma ineludible, el acceso a una educación no sexista, a una salud integral, al empleo digno, a la planificación familiar, a una vida sin violencia, entre otros puntos.

El medio para lograr la igualdad es la **equidad de género**, entendida como la justicia en el tratamiento a mujeres y hombres de acuerdo a sus respectivas necesidades.

#### **d. Enfoque de riesgo**

**Riesgo obstétrico** es la probabilidad que una mujer embarazada o su futuro hijo tienen de sufrir una enfermedad, injuria o muerte.

Se considera que toda mujer embarazada tiene riesgo obstétrico, por lo que al consultar en cualquier establecimiento del sistema nacional de salud, deberá recibir atención en forma inmediata, prioritaria, integral y con un abordaje preventivo. Esto implica que la atención deberá ser brindada con calidez, en el momento oportuno, con las tecnologías apropiadas al nivel de atención, y de acuerdo al riesgo que presente la mujer, a fin de asegurarle servicios de calidad.

#### **e. Continuo de atención**

El “Continuo de atención” o “continuo de cuidados” conlleva el uso racional y apropiado de las nuevas y mejores evidencias disponibles para la atención de las personas durante todas las etapas de su ciclo vital.

La salud sexual y reproductiva (SSR) es un ejemplo de continuo de cuidados, ya que al introducir acciones de promoción y prevención primaria dirigidas a las y los adolescentes, se contribuye a que decidan libremente el momento más oportuno para iniciar su vida sexual, reducir el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH y sida), mejorar el conocimiento y el uso de métodos de planificación familiar y decidir responsablemente cuando embarazarse.

En el marco del continuo de atención se promueve la consulta preconcepcional con el fin de corregir o eliminar factores de riesgo y con ello, obtener el embarazo en las mejores condiciones y reducir la probabilidad que la madre y su futuro hijo(a) puedan enfermar o morir.

Una vez logrado el embarazo, se deben brindar atenciones de calidad durante el prenatal, el parto y el puerperio. Posteriormente, se continúa con el cuidado de la salud de la mujer y se comienzan los cuidados del recién nacido y el niño.

## Niveles de Atención en el Sistema Nacional de Salud

ESTABLECIMIENTOS POR NIVEL DE ATENCIÓN		
PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
<b>I. Ministerio de Salud (MINSAL)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>369 Unidades de Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>12 Hospitales Departamentales</li> <li>13 Hospitales Básicos</li> </ul>	<b>3 Hospitales Nacionales Especializados:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital de Maternidad “Dr. Raúl Argüello Escolán”</li> <li>Hospital Nacional Rosales</li> <li>Hospital Nacional Benjamín Bloom”</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>167 Casas de Salud</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>50 Centros Rurales de Salud y Nutrición</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>2 Centros de Atención de Emergencias</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>2 Clínicas de Empleados</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>8 Casas de Espera</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>14 Ecos Especializados.*</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>201 Ecos Familiares*</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>2,467 Promotores de Salud.</li> <li>190 Supervisores específicos de Promotores*</li> </ul>		
<b>II. Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>32 Clínicas Comunes</li> <li>204 Clínicas Empresariales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>35 Unidades Médicas</li> </ul> <b>5 Hospitales de 2º Nivel:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital ISSS Roma</li> <li>Hospital ISSS Amatepec</li> <li>Hospital ISSS Santa Ana</li> <li>Hospital ISSS Sonsonate</li> <li>Hospital ISSS San Miguel</li> </ul>	<b>5 Hospitales Especializados:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Médico Quirúrgico</li> <li>Hospital de Especialidades</li> <li>Hospital General</li> <li>Hospital Materno-infantil Primero de Mayo</li> <li>Hospital Psiquiátrico.</li> </ul>
<b>III. Comando Sanidad Militar (COSAM)</b>		
0	Hospital Militar Regional de San Miguel	Hospital Militar Central
<b>IV. FOSALUD</b>		
Ampliación de cobertura de 157 Unidades de Salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>56 U. de Salud de 24 horas</li> <li>93 U. de Salud Fines de semana.</li> <li>8 U. de Salud de lunes a viernes</li> </ul>	0	0

#### V. ASOCIACIÓN DEMOGRÁFICA SALVADOREÑA (ADS)

745 Promotores rurales de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica Pro-Familia San Salvador</li> <li>• Clínica Pro-Familia Miralvalle</li> <li>• Clínica Pro-Familia Santa Tecla</li> <li>• Clínica Pro-Familia Soyapango</li> <li>• Clínica Pro-Familia Santa Ana</li> <li>• Clínica Pro-Familia Sonsonate</li> <li>• Clínica Pro-Familia Chalatenango</li> <li>• Clínica Pro-Familia Usulután</li> <li>• Clínica Pro-Familia San Miguel</li> <li>• Clínica Pro-Familia San Francisco Gotera</li> <li>• Clínica Pro-Familia La Unión</li> </ul>	Hospital Pro-Familia
---------------------------------	--	----------------------

#### IV. Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)

104 Clínicas de Médicos de familia	<p><b>-36 Clínicas de Médicos ginecólogos (as)</b></p> <p><b>12 Hospitales Departamentales</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. H. Nacional Zacamil " Dr. Juan José Fernández"</li> <li>2. H. Nacional Ahuachapán " Francisco Menéndez"</li> <li>3. H. Nacional de Sonsonate " Dr. Jorge Manzini"</li> <li>4. H. Nacional de Cojutepeque "Nuestra Señora de Fátima"</li> <li>5. H. Nacional de San Vicente " Santa Gertrudis"</li> <li>6. Hospital Nacional de Zacatecoluca "Santa Teresa"</li> <li>7. H. Nacional de Sensuntepeque</li> <li>8. H. Nacional de Chalatenango " Dr. Luis Edmundo Vásquez"</li> <li>9. H. Nacional San Pedro de Usulután</li> <li>10. H. Nacional de San Francisco Gotera "Dr. Héctor Antonio Hernández"</li> <li>11. H. Nacional de La Unión</li> <li>12. Hospital Nacional San Rafael</li> </ol> <p><b>13 Hospitales Básicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. H. Nacional de Nueva Guadalupe</li> <li>2. H. Nacional "Dr. José Antonio Saldaña"</li> <li>3. H. Nacional de Nueva Concepción Chalatenango</li> <li>4. Hospital Nacional de Metapan " Arturo Morales"</li> <li>5. Hospital Nacional de Chalchuapa</li> <li>6. Hospital Nacional de San Bartolo.</li> <li>7. Hospital Nacional de Soyapango "Dr. José Molina Martínez"</li> <li>8. Hospital Nacional de Ilobasco "Dr. José Luis Saca"</li> <li>9. Hospital Nacional de Suchitoto</li> <li>10. Hospital Nacional de Ciudad Barrios "Monseñor Romero"</li> </ol>	<p><b>2 Hospital Nacionales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Nacional de Maternidad "Dr. Raúl Arguello Escolán"</li> <li>• H. San Juan de Dios de Santa Ana</li> <li>• H. San Juan de Dios de San Miguel</li> </ul> <p><b>2 Hospitales Privados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• H. de Diagnóstico</li> <li>• H. Nuestra Señora de La Paz de San Miguel</li> </ul>
------------------------------------	--	---

	11. Hospital Nacional de Jiquilisco 12. Hospital Nacional de Santiago de María " Dr. Jorge Arturo Mena" 13. Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima  <b>- 4 Hospitales Privados:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• H. Centro de Emergencia</li> <li>• H. Policlínica Limeña</li> <li>• Casa de La Salud de Sta. Tecla</li> <li>• H. de Especialidades de La Paz</li> </ul>	
--	---	--

**Tabla 1: Establecimientos del Sistema Nacional de Salud por Niveles de Atención y Prestador de Servicios Privados.2011. Fuente: Consolidado de información brindada por las diferentes instituciones del SNS. 2011**

## VII. REFERENCIA, RETORNO E INTERCONSULTA

Se asume la implementación del sistema de referencia desarrollado en los Lineamientos Técnicos de referencia, retorno e interconsulta, además de los conceptos e instrumentos allí planteados, para el caso particular, cuando una paciente que procede de la comunidad o del primer nivel de atención, presente complicaciones graves que requieren intervenciones médicas de urgencia (por ejemplo: sangramiento profuso o preeclampsia grave -PEG-) y el traslado al establecimiento de salud de tercer nivel consume mucho tiempo, considere una escala en el hospital de segundo nivel para que sea evaluada y estabilizada. Si se presenta cualquier caso de urgencia, se debe informar telefónicamente al establecimiento de segundo nivel para su atención adecuada.

Toda gestante o recién nacido(a) que sea referido a un hospital y que fallezca durante el traslado, deberá ser retornado al establecimiento que originó la referencia para los trámites correspondientes según disposiciones legales. En caso que fallezca en la comunidad notificar a Medicina Legal.

A continuación se presentan los pasos a seguir para realizar una referencia apropiada y oportunamente.

<b>RECUERDE QUE SON SERES HUMANOS LOS QUE ESTÁ TRASLADANDO. BRINDE LA ATENCIÓN CON CALIDEZ.</b>	
<b>ANTES DEL TRASLADO (Muchos pasos / acciones se realizarán simultáneamente):</b>	
1.	Informe, telefónicamente, al médico responsable del establecimiento a donde hace la referencia sobre el diagnóstico y condición de la usuaria. Comunique si existen necesidades especiales para que preparen equipos e insumos. Coordine hora de salida y hora probable de llegada.
2.	Informe con responsabilidad y calidez a la paciente y su familia sobre su condición. Un familiar deberá acompañarla de ser posible.
3.	Coordine con los responsables del vehículo que los transportará. A nivel comunitario se actuará según lo establecido en el Plan de Partos.
4.	Coordine con el personal de salud que asumirá la responsabilidad del cuidado materno/perinatal durante el traslado. Verifique que cuenten con el equipo e insumos necesarios. En el caso de ser referida por el promotor de salud hacer uso de tarjeta de referencia comunitaria.

5.	Prepare a la paciente o recién nacido(a) para el viaje. Estabilícelo(a). Corrija condiciones agudas (hipoxia, hipotensión, hipoglicemia, hipertensión, convulsiones)
6.	Verifique que la paciente o recién nacido(a) tenga una o dos vías endovenosas permeables durante todo el traslado. Compruebe que las vías aéreas estén permeables y, que la temperatura y oxigenación sean apropiadas. (si es necesario)
7.	Tome signos vitales de la paciente/recién nacido(a) antes de subirla a la unidad de transporte. Anótelos en la hoja de referencia.
8.	Verifique que el material y equipo médico necesarios están listos para el traslado.
9.	Envíe la hoja de referencia correcta y completamente llena con letra legible y el carné perinatal, consignar resultado de exámenes de laboratorio, gabinete. Escriba el nombre (con letra de molde), firma y sello del responsable de la referencia.
10.	Registre en el libro de referencia y retorno el nombre de la usuaria/recién nacido, el número de expediente, la fecha y el motivo de la referencia, y el nombre del establecimiento al que la envió
11.	De seguimiento a la evolución del caso referido de acuerdo a la normativa del documento de referencia y retorno.
<b>DURANTE EL TRANSPORTE (Si amerita y dispone de ambulancia)</b>	
12.	Aplique medidas de seguridad para evitar accidentes: Use barandales, asegure a la paciente y el equipo médico. Revise seguros de la camilla.
13.	Monitoreo signos vitales de la paciente / recién nacido.
14.	Conserve oxigenación y ventilación adecuadas.
15.	Mantenga permeable la vía(s) endovenosa(s). Controle goteo de líquidos parenterales, según condición de la paciente.
16.	Atienda problemas agudos que se presenten durante el traslado. Consígnelos en hoja de referencia.
<b>DESPUÉS DEL TRASLADO: Deje el material y equipo médico listos para un próximo traslado.</b>	

**Tabla 3: Pasos a Seguir para Realizar una Referencia Materna o Perinatal Inmediata.**

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Ecuador. "Norma y Protocolo Materno". 2008.

En la siguiente tabla se especifican los pasos requeridos para recibir una referencia y para realizar un retorno.

<b>ANTES DE LA RECEPCIÓN: ( Muchos pasos / acciones se realizarán simultáneamente)</b>	
1.	El médico responsable que aceptó la referencia telefónicamente coordinará con el personal del establecimiento que recibirá a la paciente /recién nacido(a) en la Unidad de Emergencia, para que se le brinde atención inmediata y oportuna.
2.	El médico que recibe a la paciente / recién nacido(a) debe informar a los miembros del equipo que se encargarán del manejo, para que preparen el equipo y los insumos médicos que se requerirán para su atención.
<b>DURANTE LA RECEPCIÓN (RECUERDE QUE SON SERES HUMANOS LOS QUE ESTÁ TRASLADANDO. BRINDE LA ATENCIÓN CON CALIDEZ).</b>	
3.	Reciba la usuaria o recién nacido/a, verifique la condición clínica, revise hoja de referencia e infórmese con el personal de salud de los datos clínicos relevantes durante su traslado
4.	Traslade a la paciente/ recién nacido(a) al servicio donde recibirá los cuidados médicos que amerita para su tratamiento.
<b>DESPUÉS DE LA RECEPCIÓN</b>	
5.	El personal médico del hospital receptor informará a los familiares las condiciones en que recibe a la

paciente.
6. Brinde el tratamiento requerido a la paciente/ recién nacido(a) hasta que esté en condiciones de ser dada el alta o ser retornada al establecimiento de origen.
7. Mantenga la comunicación con la paciente y sus familiares sobre la evolución del caso.
8. Informar al personal del establecimiento que la refirió sobre su condición, de acuerdo a la normativa del documento de referencia y retorno.
<b>PARA REALIZAR UN RETORNO</b>
9. Toda usuaria y recién nacido que fue referida a un establecimiento de mayor complejidad y al darle el alta deberá llevar su hoja de retorno a un establecimiento de salud de menor complejidad (puede ser al Ecos familiar) para sus controles de seguimiento.
10. Explique a la paciente y su familia la importancia y necesidad del seguimiento.
11. Envíe hoja de referencia y retorno llena (Anexo 1) al personal que continuará brindando atenciones en salud a la paciente, con el fin de lograr su recuperación completa o su rehabilitación apropiada. Consigne el resultado de exámenes de laboratorio y gabinete realizados. Escriba el nombre (en letra de molde), firma y sello del responsable del retorno.
12. En caso de usuarias que verificaron parto normal sin complicaciones será retornada con el carnet materno.

**Tabla 4: Pasos a Seguir para Recibir una Referencia Materna / Perinatal y para Realizar Un Retorno**

Fuente: Adaptado de la "Norma y Protocolo Materno". Ministerio de Salud Pública de Ecuador. 2008.

En la tabla número cinco se encuentran los criterios para referir a la mujer embarazada para que continúe su control prenatal en el nivel de atención que corresponda y el momento en que debe realizarse la referencia.

C R I T E R I O	MOMENTO DE LA REFERENCIA				REFERIR A NIVEL		
	Primera visita	Al detectarse	20 Sem.	36 Sem.	EcosE*	II	III
<b>II. EMBARAZO ACTUAL</b>							
Edad: Menor de 15 años o mayor de 35 años	X				X	X	
Adolescente con patología asociada	X	X			X	X	
Desnutrición / Obesidad clase I y II (IMC 30 a 39.9 Kg/m <sup>2</sup> )	X				X	X	
Desnutrición Severa (IMC <16 Kg/m <sup>2</sup> )	X	X			X	X	
Obesidad mórbida o clase III (IMC > 40 Kg/m <sup>2</sup> )	X						X
Presión sanguínea alta (≥ a140/90 mm Hg) según severidad		X				X	X
Embarazo múltiple		X			X	X	
Sospecha de diabetes gestacional (glicemia en ayunas ≥ 105 mg/dl)		X			X	X	
Placenta previa no sangrante en embarazo ≥ 20 semanas			X		X	X	

Placenta previa sangrante (según severidad)		X				X	X
Rh (-) Sensibilizada		X					X
Víctima de violencia de género: intrafamiliar / sexual (será referida a establecimiento que cuente con psicólogo o psiquiatra)	X	X			X	X	X
Víctima de sexo forzado	X	X			X	X	
Drogodependencia / Alcoholismo	X	X			X	X	
Embarazo no deseado	X	X			X	X	
**Trastornos mentales	X	X				X	X
Displasia severa / Cáncer cervical in situ		X				X	X
Cáncer	X	X					X
Infecciones que se transmiten de la madre al feto (rubeola, toxoplasmosis, sífilis, citomegalovirus, herpes)	X	X				X	X
Embarazada con VIH (referir a los establecimientos con clínica TAR)	X	X				X	X
Embarazada con sida	X	X					X
Sangrado vaginal (según severidad)		X				X	X
Preeclampsia grave o Eclampsia		X				X	X
Amenaza de parto inmaduro o prematuro		X				X	X
Oligohidramnios		X			X	X	
Polihidramnios		X			X	X	
Malformación fetal confirmada		X					X
Sospecha de restricción del crecimiento intrauterino		X			X	X	
Anemia severa (Hemoglobina es menor de 7 gr/dl)		X				X	X
Anemia moderada persistente a pesar del tratamiento		X			X	X	
IVU persistente después de dar tratamiento		X			X	X	
36 semanas de gestación o más		X			X	X	
Cesárea anterior con 36 semanas de gestación o más		X		X		X	
Situación o presentación fetal anormal				X	X	X	

**Tabla 5: Criterios para Referir y Momento de la Referencia Fuente: MINSAL. “Control Prenatal. Nuevo Enfoque”. 2009.**

**\*Ecos Especializado: equipo comunitario de salud familiar especializado**

**\*\* Casos agudos y severos referir a hospital psiquiátrico**



## **VIII. CUIDADO PRECONCEPCIONAL**

### **1. Riesgo reproductivo**

Es la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo. Puede deberse a situaciones familiares, sociales, biológicas o comportamientos sexuales de riesgo.

### **2. Cuidado preconcepcional**

Conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo.

Toda usuaria que desea embarazarse, el cuidado preconcepcional se le debe de brindar seis meses previos a la búsqueda del embarazo.

El promotor de salud, como miembro del Ecos Familiar, debe identificar a mujeres en edad fértil que desee embarazarse, y referir a consulta preconcepcional.

### **3. Consulta preconcepcional**

Es una consulta brindada, por médico(a), enfermera(o) y licenciada(o) materno-infantil; a una mujer y su pareja, o a una mujer previo a su embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo.

Durante esta consulta se debe explorar a través de la **Hoja Filtro**, si la mujer presenta condiciones biológicas o sociales que incrementan su riesgo reproductivo, Ver anexo 1. Si se detectan factores de riesgo reproductivo o existe el antecedente de recién nacido con malformaciones congénitas, enfermedades crónicas degenerativas o metabólicas, la mujer deberá ser remitida a consulta con el médico ginecobstetra, quien definirá si se requiere interconsultas con otras especialidades médicas, con el fin de determinar si la mujer se encuentra en condiciones óptimas para embarazarse o si se requiere realizar acciones previas tales como el cambio de medicación, cambios de estilo de vida, tratamiento en enfermedades que pueden ser transmitidas por la madre al feto, entre otros. Ver anexo 2: (cuidado preconcepcional acciones a tomar según factores de riesgo). Si se detecta factores de riesgo y la usuaria no es candidata a embarazo, asegúrese de brindar consejería y oferta de métodos de planificación familiar.

### **4. Actividades a realizar durante la consulta preconcepcional**

En la consulta preconcepcional, en todos los niveles de atención, deben cumplirse las actividades que se detallan a continuación:

ACTIVIDADES	INTERVENCIONES
<b>Llene Hoja Filtro de la consulta preconcepcional (Anexo 3).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si detecta factores de riesgo reproductivo/obstétricos o antecedente de recién nacido con malformación congénita, enfermedad genética y metabólica refiera a consulta con ginecólogo.</li> </ul>
<b>Realice Historia clínica completa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluya datos generales, antecedentes personales y familiares, antecedentes obstétricos.</li> </ul>
<b>Investigue enfermedades crónicas concomitantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determine si su patología está controlada.</li> <li>• Discuta si es momento oportuno para embarazo.</li> <li>• Defina si amerita interconsulta con otras especialidades.</li> </ul>
<b>Mida talla y peso corporal</b>	Para cálculo de índice de masa corporal (IMC).
<b>Evalúe el estado nutricional con el Índice de Masa Corporal (IMC)</b>	<p>Se calcula así: <math>\text{Peso (en Kg)} / (\text{Talla en m})^2</math></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso Normal: 18.5 – 24.9 Kg/m<sup>2</sup></li> <li>• Bajo peso: Si valor &lt; 18.5 Kg/m<sup>2</sup>. Brinde suplementos</li> <li>• Sobrepeso: Si valor = 25 - 29.9 Kg/m<sup>2</sup></li> <li>• Obesidad: Si valor ≥ 30 Kg/m<sup>2</sup>.</li> </ul> <p>En los casos de bajo peso y obesidad referir a Nutricionista y ginecólogo.</p>
<b>Determine Tensión Arterial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifique tensión arterial, investigue HTA.</li> </ul>
<b>Efectúe examen físico completo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realice examen físico completo que incluya examen clínico de mama y tiroides.</li> </ul>
<b>Realice Inspección cervical y toma de PAP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tome PAP si no está vigente o nunca se lo ha tomado.</li> <li>• Si reporta anormalidad, maneje según Lineamientos Técnicos de Prevención y Control de Cáncer de Cérvix.</li> </ul>
<b>Verifique vigencia de esquema vacunación antitetánica y anti-rubeola.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifique vigencia de esquema de vacunación. Si no está vigente, cumpla dosis según esquema.</li> </ul>
<b>Realice evaluación Odontológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examine cavidad oral.</li> <li>• Enfaticé importancia de higiene bucal.</li> <li>• Recomiende dieta saludable, evitando exposición a alimentos azucarados que favorecen formación de caries dental.</li> <li>• Refiera para profilaxis o tratamiento de patologías dentales.</li> </ul>
<b>Prescriba micronutrientes para disminuir defectos del tubo neural</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescriba los siguientes micronutrientes tres meses antes de buscar embarazo:</li> <li>• <b>Acido fólico</b> (5 mg) 1 tableta cada día.</li> <li>• <b>Multivitaminas prenatales:</b> 1 tableta cada día, que contengan las siguientes vitaminas: A 4000 UI, B-1 1.6 mg, B-2 1.8 mg, nicotinamida 19 mg, B-6 2.6 mg, pantotenato de Calcio 10 mg, biotina 0.2 mg B-12 4.0 mcg, C100 mg, D 500 UI, E 15 mg, ácido fólico 0.8 mg. minerales: Calcio 125mg, fósforo 125 mg, magnesio 100 mg,</li> </ul>

	Hierro 60 mg. Tres elementos traza: cobre 1 mg, manganeso 1 mg, zinc 7.5 mg.
<b>Solicite Tipeo-Rh</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determine Tipeo sanguíneo y factor Rh.</li> </ul>
<b>Prevención de la transmisión vertical del VIH. Anexo 30 A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oferte a la pareja el examen para la detección del VIH y de consejería pre-prueba.</li> <li>Proporcione consejería post-prueba.</li> <li>Refiera a toda mujer con prueba (+) y su pareja para manejo adecuado a hospital de II nivel de atención.</li> </ul>
<b>Eliminación de sífilis congénita.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigue antecedente de sífilis y el tipo de tratamiento recibido.</li> <li>Indique pruebas no treponémicas (RPR) a la pareja para descartar sífilis y dar tratamiento si es positivo. <ul style="list-style-type: none"> <li>El RPR con dilución <math>\geq 1:8</math> debe considerarse positivo y requiere tratamiento: Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana # 3. Si es alérgica a penicilina, se recomienda Doxiciclina 100 mg VO c/12hrs por 14 días o Tetraciclina 500 mg VO c/6hrs por 14 días.</li> <li>Cuando el RPR es reportado reactivo débil o con diluciones <math>\leq 1:4</math>, considérela un falso (+) y descarte enfermedades autoinmunes, tuberculosis, mononucleosis, endocarditis, sífilis antigua ya tratada.</li> </ul> </li> </ul>

Tabla No. 6: Actividades a realizar durante la consulta preconcepcional

## IX. CONTROL PRENATAL:

Es la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada por Ecos Familiar y Especializado, con el fin de: vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario; brindar educación y consejería de acuerdo a las necesidades de la mujer; lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo(a).

### Tipos de control prenatal

El control prenatal debe clasificarse, según la evaluación de la usuaria, en:

- 1. Prenatal básico:** para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico general, médico de familia, licenciada en salud materno-infantil, enfermera capacitada o médico especialista donde se cuente con este recurso.
- 2. Prenatal especializado:** para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Gineco-obstetra. En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente.

A toda mujer embarazada se le pasará a su llegada la **Hoja Filtro** de control prenatal (Anexo 3) para definir si es candidata para control prenatal básico o

especializado. La **sección antecedente** de esta hoja será llenada por la enfermera o el recurso designado para tal fin en cada institución, previo a la consulta de inscripción. Las **secciones historia clínica general y embarazo actual** de la Hoja Filtro serán llenadas durante la inscripción y en los controles subsecuentes, por el recurso que da el control prenatal.

Si al llenar la Hoja Filtro de control prenatal se detecta la presencia de una o más de las condiciones que evalúa o si durante el transcurso del control prenatal básico se detectan factores de riesgo o complicaciones, la usuaria deberá ser **referida** al control prenatal especializado al nivel correspondiente, según la condición de la paciente.

Si la condición de referencia desaparece o puede tener un seguimiento básico, se hará el Retorno al establecimiento que la refirió. En este caso, continuará con el Control Prenatal Básico, brindándole las intervenciones que corresponden a la semana de gestación en la que se encuentra.

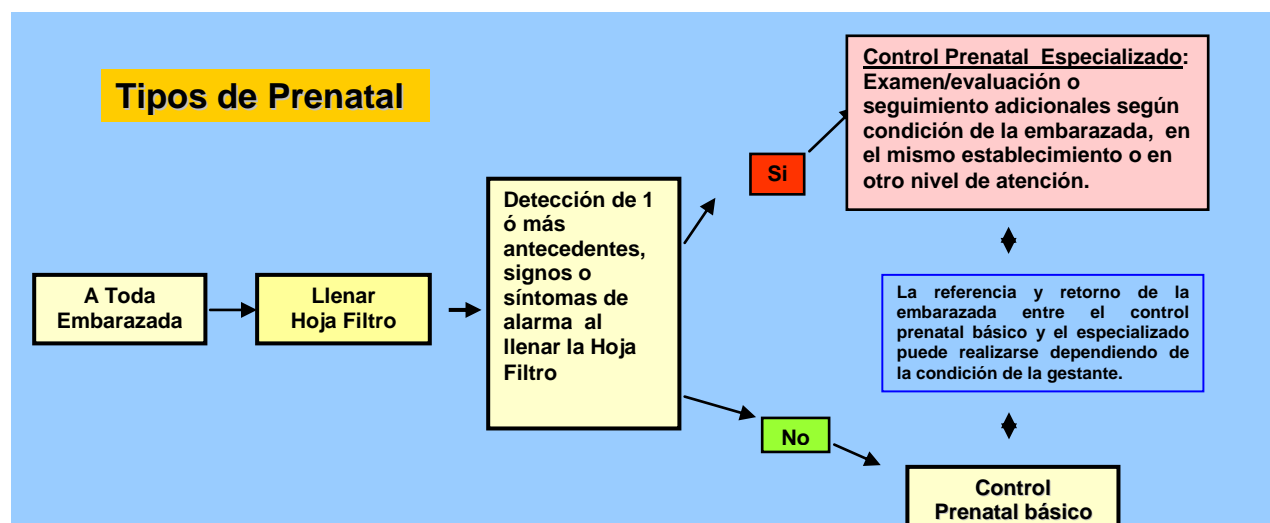


Gráfico 1. Tipos de Control prenatal

### Componentes del control prenatal básico:

Dentro del control prenatal básico se abordan tres componentes: educativo, evaluación clínica y tratamiento.

#### Componente I: EDUCATIVO

Objetivo: Lograr que la embarazada y su familia, adquieran conocimientos y desarrollen prácticas que le sean útiles para el auto-cuidado y el desarrollo de la gestación, reconozcan signos y síntomas de complicaciones, así como dónde acudir para su atención.

Las principales intervenciones de este componente son:

1. Promueva el involucramiento de la pareja o un familiar en el control prenatal y el acompañamiento durante el parto.
2. Enfatice la importancia de asistir puntualmente a la cita para el control prenatal y de no olvidar llevar su carné materno y la ficha del plan de parto.
3. Enseñe a la mujer embarazada y su familia, a reconocer posibles complicaciones del embarazo a través de signos y síntomas (según etapa del embarazo) y que cuando se presenten, busquen inmediatamente atención médica.
4. Higiene personal.
5. Nutrición.
6. Enfatizar la importancia de la toma de exámenes de laboratorio durante el prenatal.
7. Orientación sobre el uso de medicamentos y el cumplimiento de indicaciones médicas.
8. Importancia de la salud bucal y el tratamiento de patologías dentales.
9. Salud mental.
10. Evitar el uso de sustancias psicoactivas y drogas.
11. Evitar la exposición al humo del tabaco y leña.
12. Prevención de accidentes en el hogar.
13. Orientación sobre derechos sexuales y reproductivos.
14. Prevención de la violencia basada en género (violencia intrafamiliar y sexual).
15. Sexualidad durante el embarazo.
16. Preparación emocional y física de la embarazada para el parto, con participación de la familia.
17. Promoción del plan de parto para facilitar o asegurar la atención del parto en un establecimiento de salud o por personal capacitado.
18. Promoción de las Casas de Espera Materna como una estrategia para acercar a las mujeres que viven en áreas lejanas al establecimiento de salud donde se atenderá su parto.
19. Promoción del parto institucional.
20. Cuidados de episiotomía y cesárea.
21. Cuidados del recién nacido.
22. Promoción de la lactancia materna: preparación del pezón. Importancia de la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses.
23. Planificación Familiar: importancia del espaciamiento intergenésico; métodos de PF utilizables. Se requiere consentimiento informado en caso de esterilización quirúrgica.
24. Promover la participación comunitaria a través de la formación de Grupos de Apoyo o Comités de salud.
25. Participación de la mujer embarazada en Clubes de madres o Círculos educativos de adolescentes embarazadas en el establecimiento de salud.
26. Promoción de las pasantías hospitalarias anteparto.
27. Brindar consejería, aclarar dudas según necesidad de la usuaria o su familia.

La partera deben desarrollar funciones de promoción para la atención prenatal, parto institucional y atención al recién nacido.

Las actividades educativas serán realizadas por los recursos en los tres niveles de atención y serán responsabilidad del médico, auxiliar de enfermería, enfermera,

licenciado en atención materno infantil y promotor de salud. Para ejecutar este componente utilice y entregue materiales educativos.

En caso de adolescentes embarazadas utilizar los “Lineamientos técnicos círculos educativos para adolescentes embarazadas”.

## **Componente II: EVALUACIÓN CLÍNICA**

Vigilar la condición de salud de la mujer embarazada y la evolución de la gestación, detectar factores de riesgo o complicaciones y referir oportunamente si se presentan. Debe priorizarse la atención de la mujer embarazada que presente signos y síntomas de alarma.

Las principales actividades en este componente son las siguientes:

1. Llenado y análisis riguroso de la hoja filtro y de la hoja de la historia clínica perinatal.
2. Examen físico completo, no olvide examinar la cavidad oral y las mamas. Realice examen vaginal y oferte la toma del PAP, si no está vigente.
3. Evaluación del estado nutricional a través del índice de masa corporal (IMC)
4. Evaluación de la salud mental.
5. Toma de pruebas de laboratorio y gabinete.
6. Detección y diagnóstico de patología obstétrica y no obstétrica. Derivar o referir a la embarazada con complicaciones o factores de riesgo.

Estas actividades serán realizadas por la enfermera capacitada, el licenciado materno-infantil y el médico.

## **Componente III: PREVENTIVO Y TRATAMIENTO**

Brindar medidas preventivas que beneficien a la mujer embarazada y a su hija/o y proporcionar tratamiento oportuno de las complicaciones que se detecten durante el control prenatal intervenciones a realizar:

1. Administración de micronutrientes.
2. Atención odontológica.
3. Atención nutricional.
4. Aplicación de vacuna Antitetánica (Td) y vacuna Anti-influenza pandémica H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>.
5. Tratamiento de Infecciones de Transmisión sexual y de las infecciones de vías urinarias.
6. Detección y referencia de embarazadas viviendo con VIH y sida (ver Anexo 30 A)
7. Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas concomitantes con el embarazo.
8. Detección y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
9. Atención de mujeres víctimas de violencia basada en género.
10. Uso de medicamentos de acuerdo a categorización de FDA y etapa del embarazo.

Estas intervenciones serán realizadas por el personal de salud (enfermera graduada, el licenciado materno-infantil, el médico y el odontólogo), de acuerdo a las asignaciones de cada recurso.

**Recuerde que en la historia clínica perinatal y el carné materno escribirá únicamente si la usuaria recibe control prenatal.**

**Las visitas de seguimiento y consultas por morbilidad (que no coinciden con control prenatal) deberá escribirlas en el expediente clínico o instrumento utilizado para tal fin.**

**La usuaria llevará control prenatal en un solo establecimiento de salud, por lo que otras atenciones serán registradas como visitas de seguimiento y no control prenatal.**

### **Duración de la consulta de control prenatal:**

La duración de la consulta de inscripción es de treinta minutos y la consulta subsecuente de veinte minutos. La duración del control prenatal, puede variar dependiendo de las necesidades o complicaciones que presente la mujer embarazada.

### **Requisitos del control prenatal:**

1. **Precoz:** debe iniciarse lo más temprano posible, preferentemente antes de las doce semanas de gestación.
2. **Completo e integral:** los contenidos deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de información, educación, comunicación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tomando en consideración los aspectos bio-psicosociales.
3. **De amplia cobertura:** que abarque al cien por ciento de las mujeres embarazadas.
4. **Con calidez:** la atención debe brindarse tomando en consideración los aspectos socioculturales y con un enfoque basado en derechos.
5. **Periódico:** Toda mujer embarazada deberá completar como mínimo cinco controles prenatales (Uno de inscripción y cuatro de seguimiento), que serán brindados de la siguiente forma: según tabla 7:

Controles	Semanas del Embarazo
1 <sup>er</sup> Control (Inscripción)	En las primeras 12 semanas de gestación
2 <sup>o</sup> Control	Entre las 16-18 semanas
3er Control	Entre las 26-28 semanas
4 <sup>o</sup> Control	Entre las 32-34 semanas
5 <sup>o</sup> Control	A las 38 semanas

Toda mujer con un embarazo mayor de 38 semanas, deberá ser referida para continuar su control prenatal con ginecólogo (En Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF), Hospital de Segundo Nivel o en la Unidad Periférica del ISSS según red de servicio en horas hábiles de lunes a viernes) quien evaluará la

condición materno-fetal CADA SEMANA. El establecimiento que refiere debe verificar el cumplimiento de la referencia en las primeras 48 horas.

En los municipios donde se cuentan con equipos comunitarios especializados (Ecos Especializados) se brindará a las embarazadas sin factores de riesgo un control cada trimestre por médico(a) ginecobstetra alternados con los controles del equipo comunitario familiar. A las 36 semanas de gestación será referida al Ecos Especializados para su seguimiento semanal.

Al cumplir 40 semanas de edad gestacional toda usuaria será referida al hospital que corresponda, el ginecólogo(a) evaluará la evacuación según condiciones materno fetales y el Score de Bishop.

Toda mujer con antecedente de cesárea anterior deberá ser referida a las 36 semanas de edad gestacional al hospital que corresponda, para programar cesárea electiva arriba de las 38 semanas de edad gestacional.

No olvidar que usuaria debe presentar carné materno y hoja del plan de parto.

**Tabla 7: periodicidad del control prenatal básico según las semanas de gestación**

### Actividades a realizar durante los controles prenatales

En cada control prenatal, en todos los niveles de atención, deben cumplirse las actividades que se registran en la historia clínica perinatal y carné materno, que se detallan a continuación:

ACTIVIDAD	RANGO EN SEMANAS					INTERVENCIONES
	Menor 12 sem	16-18 sem	26-28 sem	32-34 sem	38 sem	
<b>Preparación de la gestante</b> ( anexo 5)	x	x	x	x	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>Llenado de hoja filtro del control prenatal. Medición de peso y talla. Toma de signos vitales. Entrega de frasco para orina. Realización de pruebas rápidas: Hemoglucotest, tira rápida de orina y prueba de embarazo (según semana de gestación).</li> </ul>
<b>Apertura de Historia clínica perinatal y del carné materno</b> ( anexos 6 y 7)	x	x	x	x	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>En primer control: llene completa y correctamente las secciones de identificación, datos generales y antecedentes personales y familiares. Traslade esta información al carné perinatal. Llene los datos requeridos en la sección de gestación actual en todos los controles.</li> </ul>
<b>HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO.</b>						



<b>Registro de peso (Anexo 7)</b>	x	x	x	x	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre su valor en la HCP y el carné perinatal.</li> <li>• Correlacione el peso con edad gestacional en la curva de incremento de peso del carné materno (a partir del 2º control).</li> <li>• Determine si se encuentra dentro de lo esperado: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si hay bajo peso, descarte: error de amenorrea, desnutrición, restricción del crecimiento fetal.</li> <li>○ Si hay sobrepeso, busque: preeclampsia, polihidramnios, embarazo múltiple.</li> </ul> </li> <li>• De orientación nutricional.</li> </ul>
<b>Registro de talla</b>	x				x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si talla materna &lt;1.45 m, considerar riesgo de parto distócico.</li> <li>• Medir la talla en su primer control y corroborar a las 38 semanas.</li> </ul>
<b>Cálculo de IMC (Anexos 6-8)</b>	x					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sirve para evaluar el estado nutricional preconcepcional y durante el primer trimestre del embarazo. Se calcula así: <math>\text{Peso (en Kg)} / (\text{Talla en m})^2</math>.</li> <li>• Se clasifica de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Peso Normal: 18.5 – 24.9 Kg/m<sup>2</sup>.</li> <li>○ Peso Bajo: Si valor &lt; 18.5 Kg/m<sup>2</sup>. Brinde suplementos.</li> <li>○ Sobrepeso: Si valor = 25 - 29.9 Kg/m<sup>2</sup>.</li> <li>○ Obesidad mórbida: Si valor ≥40 Kg/m<sup>2</sup>.</li> </ul> </li> <li>• En los casos de bajo peso y obesidad referir a Nutricionista y Ginecólogo.</li> <li>• El personal salud deberá registrar el IMC en la hcp y carné materno entre las curvas de ganancia de peso y altura uterina.</li> </ul>
<b>Determinación de Tensión Arterial</b>	x	x	x	x	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si mayor de 140/90mm Hg, verifique la TA: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si embarazo es &lt;20 semanas, investigue HTA crónica.</li> <li>○ Si embarazo es &gt;20 semanas, sospeche hipertensión inducida por el embarazo.</li> </ul> </li> <li>• Si menor de 90/60 mm Hg verifique TA. Si persiste y es sintomática refiera a ginecólogo.</li> </ul>

**Tabla No. 8: Actividades a Realizar durante el control prenatal.**

ACTIVIDADES	RANGO EN SEMANAS					INTERVENCIONES
	Menor 12 sem	16-18 sem	26-28 sem	32-34 sem	38 sem	
<b>Estimación de la Edad Gestacional.</b>	x	x	x	x	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calcule semanas de amenorrea usando FUR o gestograma</li> <li>• Determine FPP con Regla de Naegele. (Ver anexo 11).</li> <li>• Si FUR es incierta: indique ultrasonografía para fechar embarazo. (confiable en las primeras 20 semanas).</li> </ul>
<b>Esquema de Vacunación Antitetánica (Td)</b>		x				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toda mujer embarazada que no ha sido vacunada contra el tétano debe recibir dos dosis de Td durante el embarazo: cumplir 1ª dosis de Td a partir de las 16 semanas de gestación, programar la 2ª dosis en 1 mes. Se continuará el esquema 1 año después, según el caso.</li> <li>• Si ya inició esquema, cumpla una dosis de refuerzo durante el embarazo actual.</li> <li>• Dosis: 0.5 cc IM en músculo deltoides del brazo.</li> </ul>
<b>Vacunación Anti influenza estacional.</b>	x					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplir a partir de las 12 semanas de embarazo.</li> <li>• Dosis: 0.5 cc IM dosis única en músculo deltoides del brazo.</li> </ul>
<b>Vacunación con γ - globulina hiperinmune anti-D</b>				x		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicaciones para Inmunización anti-Rh: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En las instituciones que cuentan con el recurso: toda Mujer Rh (-) Coombs indirecto (-) con embarazo de 28 a 32 semanas.</li> <li>○ Casos en los que <u>siempre</u> se debe de cumplir la Inmunoglobulina anti D en Mujer Rh (-): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sangramiento durante embarazo por: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Amenaza de aborto.</li> <li>▪ Aborto.</li> <li>▪ Embarazo molar.</li> <li>▪ Embarazo ectópico.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

						<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Placenta previa sangrante.</li> <li>▪ Maniobras invasivas (amniocentesis, versión cefálica externa).</li> <li>▪ Post-parto de Mujer Rh (-) con Coombs Indirecto (-) con Recién nacido Rh (+) con Coombs directo (-). Mujer deberá vacunarse aunque se esterilice. Debe cumplirse dentro de las primeras 72 horas post-evento obstétrico.</li> <li>• Dosis: <math>\gamma</math>-globulina hiperinmune anti-D 300 <math>\mu</math>gr IM #1.</li> </ul>
<b>Evaluación bucodental</b>	x					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifique patologías buco dentales, al inscribirse independiente de edad gestacional</li> <li>• Refiera para profilaxis dental o tratamiento de patologías bucodentales en la primera visita, en controles subsecuentes asegure que asistió a la evaluación odontológica. Investigue sobre tratamiento recibido.</li> <li>• Enfatique importancia de la higiene bucal.</li> </ul>
<b>Examen de mamas</b>	x					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realice examen clínico de mamas.</li> <li>• Indique cuidado de mamas y preparación de pezón.</li> <li>• Promueva la lactancia materna.</li> </ul>
<b>Medición de altura uterina</b>		x	x	x	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el tamaño uterino antes de las 14 semanas mediante tacto bimanual</li> <li>• Mida con cinta métrica a partir de la semana 14, desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino.</li> <li>• Correlacione medida con edad gestacional. Muy útil de semana 18 a semana 30 de gestación. Registre datos en curvas de hcp y carné materno</li> <li>• Si valor es menor a lo esperado para edad gestacional, descarte: error de amenorrea, desnutrición, oligohidramnios RCIU, muerte fetal.</li> <li>• Si valor es mayor a lo esperado para edad gestacional, investigue: error de amenorrea, embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal.</li> </ul>
<b>Auscultar</b>		x	x	x	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arriba de las doce semanas si cuenta con doppler.</li> </ul>

<b>FCF</b>						<ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir de la semana 20 con estetoscopio o doppler.</li> <li>• Valor normal: 120-160 latidos por minuto.</li> <li>• Si está ausente: descarte muerte fetal e indique ultrasonografía para confirmar.</li> </ul>
<b>Movimientos fetales</b>		X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valore la percepción materna de los movimientos fetales a partir de las 20 semanas. Esta descrito que en el tercer trimestre debe de moverse por lo menos doce movimientos en doce horas.</li> <li>• Si madre acusa su disminución o ausencia: busque FCF. Descarte muerte fetal. Indique o refiriera para monitoreo o ultrasonografía para confirmarlo.</li> </ul>

Tabla No. 10: Actividades a Realizar durante el control prenatal.

ACTIVIDADES	RANGO EN SEMANAS					INTERVENCIONES
	Menor 12 sem	16-18 sem	26-28 sem	32-34 sem	38 sem	
<b>Determinación de situación y presentación fetal</b>			X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por medio de maniobras de Leopold.</li> <li>• Si sospecha presentación anormal a las 34 semanas, indique ultrasonografía.</li> <li>• Si presentación es anormal, refiera a la semana 36 para programar cesárea electiva a las 38 semanas.</li> </ul>
<b>Evaluación clínica de pelvis</b>				X	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determine: tipo de pelvis y relación céfalo-pélvica.</li> <li>• Si sospecha desproporción céfalo-pélvica, refiera.</li> </ul>
<b>Toma de PAP</b>	X					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrezca toma de PAP si no está vigente o nunca se lo ha tomado (idealmente debe ser tomado en la primera consulta o sino en cualquier control).</li> <li>• Si se reporta LEI-BG o LEI-AG, refiera a evaluación colposcópica (Ver Guía de Patología Cervical).</li> </ul>
<b>Inspección cervical</b>	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe realizarla el personal SIEMPRE durante la inscripción.</li> <li>• Realizarla en las atenciones subsecuentes si la embarazada acusa sangrado leve, leucorrea, o dolores lumbo-pélvicos, considere placenta previa.</li> </ul>

<b>Prescripción de Micronutrientes</b>	x	x	x	x	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ácido fólico</b> (tableta 5 mg) 1 tableta cada día vía oral.</li> <li>• <b>Hierro elemental</b> (tableta de 60 mg) cada día vía oral arriba de las 20 semanas. Si hay anemia, indique doble dosis (120 mg c/ día vía oral)</li> <li>• <b>Multivitaminas prenatales</b> 1 tableta vía oral cada día.</li> <li>• <b>Calcio</b> (tableta 600 mg) 2 tabletas vía oral cada día</li> </ul>
<b>Indicar Exámenes de Laboratorio</b>	x		x			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ver Anexo 12</li> </ul>
<b>Plan de Parto.</b>	x	x	x	x	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifique ejecución del Plan de Parto.</li> <li>• Llene Ficha de Plan de Parto en el expediente clínico.</li> <li>• Promueva el parto institucional.</li> </ul>
<b>Consejería</b>	x	x	x	x	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brinde consejería según condición y necesidades de la gestante.</li> <li>• Refuerce contenidos educativos según edad gestacional.</li> <li>• Informe sobre signos y síntomas de alarma. Si presenta alguno, que consulte inmediatamente. (ver anexo 20).</li> </ul>
<b>Referir a Círculos Educativos</b>	x	x	x	x	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procure incorporar a toda embarazada, especialmente a las primigestas y adolescentes.</li> </ul>
<b>Pasantía hospitalaria antenatal</b>				x	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordine y organice pasantía hospitalaria antenatal.</li> </ul>
<b>Establecer fecha de próxima cita.</b>	x	x	x	x	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establezca fecha a conveniencia de la paciente, según rangos establecidos para los controles.</li> <li>• Anote fecha en hcp y carné materno.</li> </ul>
<b>Llene Hoja Filtro.</b>	x	x	x	x	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la inscripción y actualizarla en cada control prenatal</li> <li>• Determine si gestante es elegible para control prenatal básico o Especializado.</li> <li>• Si la embarazada tiene factores de riesgo llene hoja de referencia y retorno y envíela para evaluación por médico especialista.</li> <li>• Si es ginecobstetra evalúa a embarazada y no amerita prenatal especializado la reenviará usando la hoja de referencia y retorno, <b>en este caso NO llenará hoja filtro en esta</b></li> </ul>

						<b>consulta.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si el ginecólogo considera que amerita cuidados especializados llenará nueva hoja filtro y la actualizará en cada control que brinde.</li> </ul>
--	--	--	--	--	--	--

Tabla No. 11: Actividades a Realizar durante el control prenatal.

### Exámenes de Laboratorio y Gabinete durante el Control Prenatal.

A toda embarazada durante la inscripción, independientemente de la edad gestacional, se le indicarán los siguientes exámenes:

EXAMEN	RANGO EN SEMANAS					INTERVENCIONES
	menor 12 sem	16- 18 sem	26- 28 sem	32- 34 sem	38 sem	
<b>Hematocrito</b> <b>Hemoglobina</b> <b>Hemograma</b>	X		X			<ul style="list-style-type: none"> <li>Permite diagnosticar anemia (Hb &lt;11 gr/dl). Según el grupo de trabajo latinoamericano sobre anemia de la Organización Mundial de la Salud se clasifica así: <ul style="list-style-type: none"> <li>Anemia severa (Hb ≤ 7 gr/dl): refiera a tercer nivel inmediatamente para estudio y tratamiento. Puede requerir transfusión de GR empacados</li> <li>Anemia Moderada (Hb 7.1-10 gr/dl)</li> <li>Anemia Leve (Hb 10.1 – 10.9 gr/dl): de tratamiento con sulfato ferroso 120 mg (2 tabletas) + ácido fólico 5 mg vía oral cada día por 3 meses. Tome Ht-Hb post-tratamiento. Si persiste anemia, refiera a II nivel.</li> </ul> </li> <li>Determine la causa de la Anemia.</li> <li>Si hay parasitismo intestinal, trátelo porque es causa de anemia.</li> </ul>
<b>Tipeo-Rh</b>	X					<ul style="list-style-type: none"> <li>Mujer Rh (-) Du (+) considérela Rh (+)</li> <li>Mujer Rh (-) Du (-) considérela Rh (-) e indique Coombs indirecto para determinar sensibilización Rh.</li> </ul>
<b>Hemoglucotest</b>	X		X			<ul style="list-style-type: none"> <li>Si ≥ 126 mg/dl indicar glicemia central en ayunas para descartar Diabetes pre-gestacional.</li> </ul>
<b>Glicemia en ayunas</b>	X		X			<ul style="list-style-type: none"> <li>Si ≥ 126 mg/dl, solicítela nuevamente</li> <li>Dos o más glicemias en ayunas ≥ 126 mg/dl diagnostican diabetes pre-</li> </ul>

						<p>gestacional en el primer trimestre. Si se presenta, refiera a II nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si es &lt; 126 mg/dl repetirla a las 26-28 semanas en mujeres sin factores de riesgo para diabetes gestacional.</li> </ul>
Test de O'sullivan			X			<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizarla si cuenta con los recursos para el mismo, según factores de riesgo para diabetes gestacional, ver lineamientos de morbilidad obstétrica.</li> </ul>

Tabla No. 12: Exámenes de Laboratorio durante el control prenatal.

EXAMEN	RANGO EN SEMANAS					INTERVENCIONES
	MENOR 12 sem	16-18 sem	26-28 sem	32-34 sem	38 sem	
Prueba Rápida para detección del VIH	X		X			<ul style="list-style-type: none"> <li>Brinde consejería pre y post-prueba.</li> <li>Llene consentimiento informado.</li> <li>Si es (+), indique segunda prueba por otro método y con nueva muestra (ELISA o SERODIA) para VIH.</li> <li>Si esta es (+), refiera a hospital con clínica TAR.</li> </ul>
RPR	X		X			<ul style="list-style-type: none"> <li>El RPR con dilución <math>\geq 1:8</math> debe considerarse positivo Si cuenta con FTA-ABS, indíquelo para confirmar diagnóstico de sífilis materna: <ul style="list-style-type: none"> <li>Si RPR (+) y FTA-ABS (-), considérela un falso (+)</li> <li>Si RPR (+) y FTA-ABS (+), es un caso de sífilis.</li> </ul> </li> <li>Si <b>NO</b> cuenta con FTA-ABS: El RPR con dilución <math>\geq 1:8</math> debe considerarse (+) y se debe prescribir tratamiento: Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana No # 3. Si la paciente es alérgica a penicilina, refiérala al III nivel de atención para desensibilización. (Ver anexo 15).</li> <li>INVESTIGUE CONTACTOS Y TRATELOS Refiera a la(s) pareja(s) sexual(es) para toma de prueba y tratamiento</li> <li>Tome RPR control en 3 meses para descartar <b>reinfección</b>: si títulos han aumentado en 4 diluciones, trate nuevamente.</li> <li>Cuando el RPR es reportado reactivo débil o con diluciones <math>\leq 1:4</math>,</li> </ul>

						<p>considérelo un falso (+) y descarte enfermedades autoinmunes, tuberculosis, mononucleosis, endocarditis, sífilis antigua ya tratada. Tasa de falsos (+): 1-3%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicaciones especiales. Tomar RPR al ingreso de: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Embarazada en trabajo de parto que no tuvo control prenatal o que no lleva carné materno.</li> <li>○ Mujer que sufre un aborto.</li> <li>○ Mujer que sufre un mortinato.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Tira rápida para orina o Examen General de Orina</b>	X		X			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si nitritos (+), esterase leucocituria (+) o leucocitos arriba 12 xc, tratar como IVU y hacer control con urocultivo 2 semanas post-tratamiento. Si cultivo es positivo, refiera a la gestante al II nivel.</li> <li>• Si proteinuria (+) descarte IVU. Si no se trata de una IVU, investigue nefropatía o trastorno hipertensivo. Refiera a II nivel.</li> <li>• Glucosuria <math>\geq</math> 250 mg/dl puede relacionarse con diabetes gestacional.</li> </ul>
<b>Examen General de Heces</b>	X					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se diagnostica parasitismo intestinal, debe prescribirse medicación durante el 2º y 3º trimestre de gestación: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Helmintiasis: Albendazol 400 mg vía oral #1</li> <li>○ Amibiasis: Aminosidina 250 mg vía oral c/ 6 horas por 5-10 días. Metronidazol 500 mg vía oral c/ 12 horas por 7 días.</li> </ul> </li> </ul>

Tabla No. 13: Exámenes de Laboratorio durante el Control Prenatal.

Otros exámenes complementarios serán indicados por el ginecólogo/a u otro especialista, según la condición de salud de la mujer embarazada o las complicaciones que se presenten durante el embarazo actual. Ver anexos 12 al 14.

## X.CONSEJERÍA

La consejería es el proceso de comunicación interpersonal entre los proveedores de salud y los usuarios, que contribuye a que las personas tomen decisiones conscientes, libres e informadas en beneficio de su salud y la de su hijo(a). Durante el control prenatal de consejería el personal debe enfatizar los siguientes aspectos:



CONSEJERÍA	RANGO EN SEMANAS					INTERVENCIONES
	Menor 12 sem	16-18sem	26-28sem	32-34sem	38 sem	
<b>Estilos de Vida Saludables</b>	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EJERCICIO: Indique mantener un nivel de ejercicio moderado y realizar ejercicios de relajación.</li> <li>• REPOSO: Recomende reposar en decúbito lateral izquierdo y tomar descanso durante media hora después del almuerzo.</li> <li>• NUTRICIÓN: Indague sobre recursos con que cuenta la mujer. Aconseje mantener una alimentación balanceada, rica en calcio, hierro, ácido fólico, que cubra las necesidades gestacionales. Brinde consejería especial en mujeres de bajo peso y sobrepeso, adolescentes, primigestas, y mujeres con VIH.</li> <li>• Recomende EVITAR la AUTOMEDICACIÓN.</li> </ul>
<b>Planificación familiar</b>			X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brinde consejería sobre los diferentes métodos de PF para que la mujer seleccione el método que usará después del parto o aborto. (ver anexo16)</li> <li>• Discuta la importancia del intervalo intergenésico de 24 meses para la recuperación de la mujer y la salud del recién nacido/a.</li> <li>• Si la mujer elige la esterilización, llene hoja de consentimiento informado. Oriente a la usuaria que debe presentarla al momento de su ingreso para la atención del parto.</li> </ul>
<b>Lactancia Materna</b>		X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe sobre los beneficios de la lactancia materna.</li> <li>• Muestre a la madre la técnica de amamantamiento y cómo mantener la lactancia, incluso si ha de separarse de su hijo.</li> <li>• Fomente la lactancia materna a libre demanda.</li> <li>• Indique dar al recién nacido sólo leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.</li> </ul>

						<ul style="list-style-type: none"> <li>Recomiende la cohabitación de la madre y el lactante durante las 24 horas del día. (ver Anexo 17).</li> </ul>
<b>Sexualidad</b>	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>Involucre a la pareja.</li> <li>Oriente y aclare dudas de la mujer y su pareja.</li> <li>Promueva la expresión de sentimientos.</li> <li>Oriente sobre relaciones sexuales coitales: posiciones recomendadas, contraindicaciones. (ver anexo 18).</li> </ul>
<b>CONSEJERÍA</b>	<b>Rango en Semanas</b>					<b>INTERVENCIONES</b>
	<b>Menor 12 sem</b>	<b>16-18 sem</b>	<b>26-28sem</b>	<b>32-34 sem</b>	<b>38 sem</b>	
<b>Violencia basada en Género</b>	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indague si existe violencia basada en género (intrafamiliar / sexual) actual o previa. (Ver anexo 19).</li> <li>Si es necesario, brinde atención en crisis.</li> <li>Refiera para consejería especializada. Empodere a la mujer.</li> <li>Informe a mujer sobre mecanismos de protección judicial y opciones legales. Fomente la denuncia.</li> <li>Refiera a atención psicológica y a grupos de auto-ayuda con sobrevivientes de violencia en el área.</li> <li>Identifique trastornos de salud mental (ansiedad, depresión, intento suicida)</li> <li>De aviso a la autoridad competente (Fiscalía, PNC).</li> </ul>
<b>Identificación de grupos vulnerables: Adolescente embarazada</b>	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando interactúe con una adolescente no realice juicios de valor ni la cuestione.</li> <li>Brinde consejería de acuerdos a necesidades (Ver anexo 20).</li> <li>Asegúrele confidencialidad.</li> <li>Apóyela. Retome sus fortalezas.</li> <li>Considere la dificultad para comunicarse en aspectos relacionados con la sexualidad (por temor a ser descubierta por sus padres o a la</li> </ul>

						<p>desaprobación de los adultos). Recuerde que el embarazo puede ser no deseado o producto de violencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explore si se encuentra deprimida o con ansiedad. Recuerde la posibilidad de intento suicida.</li> <li>• Explore si es víctima de violencia basada en género (VIF / sexual). Si es el caso, refiérala para atención psicológica y de aviso a Fiscalía, PNC, Juzgado de Familia, ISNA, Juzgado de Protección al Menor.</li> <li>• Acompañela en la toma de decisiones respecto a: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Planificación familiar</li> <li>○ Parto institucional</li> <li>○ Prevención de ITS / VIH</li> <li>○ Espaciamiento intergenésico.</li> </ul> </li> <li>• Refiérala a Círculos educativos para adolescentes embarazadas.</li> </ul>
<b>Embarazo No Planeado</b>	x	x	x	x	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indague si embarazo es no deseado.</li> <li>• Identifique trastornos de salud mental (depresión, ansiedad, intento suicida)</li> <li>• Refiera a atención psicológica.</li> </ul>
<b>Preparación para el Parto</b>				x	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La educación sobre las características del parto y la asistencia oportuna al lugar de atención, reduce el número de visitas por falso trabajo de parto.</li> <li>• Aclare dudas. Corrija mitos acerca del parto.</li> <li>• Coordine y organice pasantía hospitalaria anteparto.</li> <li>• Oriente sobre pasos a seguir en su ingreso para la atención del parto.</li> <li>• Recuérdele llevar al hospital donde atenderán su parto, el carné materno y el documento de identificación de ella y el padre del recién nacido.</li> <li>• Investigue sobre la procedencia de la gestante. Si reside en un lugar lejano y existe una casa de espera materna en la zona, promueva el uso de la misma como un eslabón previo a la atención del parto.</li> </ul>
<b>Salud Bucal</b>						<ul style="list-style-type: none"> <li>• La enfermedad periodontal es una enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes, causada por una bacteria presente en la placa. Si no se retira, cuidadosamente, todos los días con el cepillo y el hilo dental, la placa se endurece y se convierte en una sustancia dura y porosa llamada</li> </ul>

						<p>cálculo (también conocida como sarro). Si se presenta durante el embarazo hay riesgo de tener un parto prematuro y recién nacido con bajo peso al nacer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir al odontólogo para evaluación del estado de salud bucodental y realización de tratamientos en el primer control prenatal.</li> <li>• Se recomienda realizar tratamientos antes de las 24 semanas de edad gestacional.</li> <li>• Promueva el cepillado y uso del hilo dental, después de cada comida</li> <li>• Recomiende hábitos alimenticios adecuados: orientar a la usuaria en el consumo de frutas y verduras, disminuir la ingesta de dulces, refrescos azucarados.</li> </ul>
--	--	--	--	--	--	--

## XI. ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL

Proceso mediante el cual el producto de la concepción (uno ó más fetos) y sus anexos salen del organismo materno a través del canal del parto. Se admite como parto cuando la paciente cuenta con un embarazo mayor de 22 semanas y el feto tiene un peso mayor a los 500 gramos.

### Atención del parto

Es el conjunto de acciones que se realizan con la mujer gestante con el fin de garantizar una correcta terminación de su embarazo, que se traduce en bienestar para la mujer y el recién nacido/a.

### Períodos del parto

El trabajo de parto se divide en cuatro períodos:

#### Primer período: borramiento y dilatación.

Incluye el inicio de trabajo de parto hasta la dilatación completa del cérvix. Dentro del primer período es necesario manejar los siguientes conceptos:

En el primer período se presentan dos fases:

- Borramiento: acortamiento y adelgazamiento progresivo de la longitud del cuello del útero medido de 0 a 100%.

- Dilatación: aumento del diámetro del canal cervical medido en centímetros (0 a 10).

- a) Fase latente: Actividad uterina irregular y leve. Dilatación del cuello menor de 4 cms.
- b) Fase activa: Dilatación del cuello de 4 cm o más y al menos 2 contracciones con 20 segundos o más de duración en 10 minutos.

### **Segundo período: expulsivo**

Inicia con la dilatación completa del cuello uterino y concluye con la salida del recién nacido/a.

### **Tercer período: alumbramiento o período placentario**

Inicia con la salida del recién nacido/a, y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas corioamnióticas.

### **Cuarto período: post-alumbramiento**

Comprende las dos horas siguientes al parto.

FASE ACTIVA	DURACIÓN PROMEDIO	
	NULÍPARA	PARIDAD ≥1
Dilatación	1.2 cm / hora	1.5 cm / hora
Descenso	1 cm / hora	2 cm / hora
Segundo período	1 hora	1 hora
Tercer período	15 a 30 minutos	
Cuarto período	Primeras 2 horas después de expulsión de la placenta.	

### **Objetivos de la atención del parto**

1. Garantizar el acceso a la atención del parto en el marco de los derechos sexuales y reproductivos con calidad y calidez, por personal debidamente calificado.
2. Asegurar que la atención del parto se realice de manera oportuna y con calidad, de tal manera que sea un acontecimiento satisfactorio para la mujer y su familia.

3. Operativizar adecuadamente el sistema de referencia y retorno en la red de establecimientos de salud.
4. Abordar a la mujer embarazada y a su familia como seres humanos integrales, quienes provienen de un entorno sociocultural específico.
5. Desarrollar con la mujer embarazada, su pareja y familia acciones informativas, de educación y consejería para lograr su participación activa y de colaboración en el proceso del parto y la crianza.
6. Aplicar el plan de parto con la participación comunitaria e intersectorial.

#### **Abordaje para la atención del parto.**

1. Todo establecimiento del sector salud que ofrezca servicios de atención de parto debe disponer de los recursos mínimos necesarios para la adecuada atención de la usuaria de acuerdo su riesgo.
2. Todo establecimiento de salud que brinde servicios de atención de parto debe disponer de guías y procedimientos específicos, según su nivel de complejidad.
3. Se deberá promover el parto institucional.
4. La atención del parto a nivel institucional o comunitario será realizado por personal debidamente capacitado. La historia clínica perinatal, el carné materno, anotaciones en hoja del plan de parto y el partograma, así como los procedimientos clínicos serán aplicados en forma correcta para garantizar la atención segura y de calidad de la embarazada y del recién nacido(a).
5. En el primer nivel de atención (incluye comunitario), se atenderá partos únicamente ante la presencia de un parto inminente, el cual deberá ser atendido por personal calificado, trasladándose a la brevedad posible al hospital que corresponda para realizarse la revisión de canal, evaluación del recién nacido y para observación por un periodo de doce a veinticuatro horas de acuerdo al caso.
6. Toda mujer en trabajo de parto deben ser tratadas con respeto, asegurando su privacidad y evitando la agresión física, verbal y psicológica.
7. La participación del compañero, esposo u otro miembro de la familia, que la gestante desee durante el parto, deberá ser promovido en los casos que esto sea posible.
8. Promover la participación activa de la mujer gestante y el miembro de su grupo familiar que la acompaña.
9. Promover el contacto precoz inmediato al nacer de la madre y el padre con su hijo(a).
10. A toda mujer embarazada que ingrese a un establecimiento de salud para atención de parto, se le revisará el carné materno perinatal o la hoja de referencia, con el fin de identificar factores de riesgo y de realizar las intervenciones oportunas según el caso.
11. Se debe afiliar al recién nacido según lo establecido en la LEPINA.
12. Se debe elaborar o actualizar el expediente clínico y se hará historia clínica completa, identificando antecedentes materno-perinatales y factores de riesgo.
13. A toda mujer embarazada que no haya tenido control prenatal, se le tomarán exámenes de laboratorio según perfil prenatal y la prueba de tamizaje para VIH,

previa consejería y consentimiento informado. Sus resultados serán evaluados previo al parto si es posible y siempre antes del alta (ver anexo 30 B).

14. Toda mujer en trabajo de parto pretérmino, (menor de treinta y cuatro semanas de gestación) si no cuenta con capacidad resolutive para la atención del recién nacido y previa notificación del caso con neonatología o pediatra, deberá ser referida a un hospital regional o especializado. Considerar siempre la distancia en relación a la evolución del trabajo de parto para evitar la ocurrencia de este durante el traslado.
15. Realizar el monitoreo fetal electrónico, según capacidad instalada.
16. Se recomendará la deambulación alternada con reposo, la posición sentada y el decúbito lateral a fin de mejorar el trabajo de parto, respetando las posiciones que la mujer embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica y las condiciones físicas de la mujer lo permitan.
17. Recomendar la hidratación vía oral, evitar el empleo rutinario de hidratación endovenosa, analgésicos y sedantes durante el trabajo de parto normal.
18. No aplicar de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto y la ruptura artificial de membranas, con el objeto de acelerar el parto. Si se realizan, deberán tener una justificación por escrito y bajo estrecha vigilancia médica.
19. No realizar el rasurado del periné ni enema evacuante.
20. No se recomienda episiotomía en forma rutinaria. Se realizará episiotomía selectiva.
21. Si se presenta alguna de las siguientes condiciones, evalúe si tiene capacidad resolutive, si es insuficiente, refiera oportunamente al nivel de mayor complejidad:
  - ⤴ Embarazo pretérmino y con trabajo de parto establecido.
  - ⤴ Embarazo postérmino.
  - ⤴ Embarazo múltiple.
  - ⤴ Presentación fetal anormal.
  - ⤴ Distocia de posición.
  - ⤴ Desproporción feto-pélvica evidente o sospechosa.
  - ⤴ Ruptura prematura de membranas.
  - ⤴ Tabiques vaginales u obstáculos en el canal del parto.
  - ⤴ Prolapso de cordón.
  - ⤴ Hemorragia del tercer trimestre: placenta previa, Abruptio placenta.
  - ⤴ Preeclampsia grave – Eclampsia.
  - ⤴ Anemia, con hemoglobina menor de 10 gr /dl.
  - ⤴ Incompatibilidad sanguínea.
  - ⤴ Feto con complicaciones: Sospecha de restricción del crecimiento intrauterino o de malformaciones congénitas.
  - ⤴ Enfermedades maternas crónicas: cardíacas, renales, tuberculosis, diabetes mellitus, entre otras.
  - ⤴ Sospecha de patologías placentarias.
  - ⤴ Madre con VIH y Sida (ver anexo 30 C).

MANEJO DEL PRIMER PERIODO: FASE DE LATENCIA	NIVEL DE ATENCION	
	II	III
Reciba con calidez a la mujer embarazada. Identifíquese y explíquelo lo que va a realizar. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.	X	X
Realice una buena anamnesis.	X	X
Brinde apoyo emocional continuo.	X	X
Si la mujer embarazada no tiene historia clínica, llene completamente la historia clínica perinatal.	X	X
Si la mujer embarazada ya tiene historia clínica, complétela o actualícela, identificando factores de riesgo y antecedentes materno-perinatales.	X	X
Asegúrese de solicitar y tener registro de: Hematocrito- hemoglobina, Tipeo sanguíneo, VDRL, y HIV (con consentimiento informado), en la historia clínica materno perinatal. Considerar en algunos casos otros exámenes: examen general de orina y glicemia	X	X
Mida peso y talla materna.	X	X
Tome signos vitales: Tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X
Mida la altura del fondo uterino, para estimar tamaño fetal y relacionar con edad gestacional.	X	X
Realice maniobras de Leopold para determinar situación, posición y presentación fetal (ver anexo 21)	X	X
Verifique frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas.	X	X
Ausculte frecuencia cardíaca fetal.	X	X
Realice el primer tacto vaginal en condiciones de asepsia y con guantes descartables estériles, para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimar puntaje de Bishop (ver anexo 22).</li> <li>• Determinar estado de las membranas ovulares (integras o rotas).</li> <li>• Establecer si existe salida transvaginal de líquido amniótico, sangre, tapón mucoso o leucorrea.</li> <li>• En caso de ruptura de membranas, definir características del líquido amniótico (claro con o sin grumos, teñido de meconio o meconial) y tiempo de evolución.</li> <li>• Efectuar evaluación clínica de la pelvis y calcular el peso fetal estimado (Anexo 23).</li> <li>• Si son proporcionales, continúe con el protocolo de atención de parto normal.</li> <li>• Si no son proporcionales, protocolo de parto distócico basado en el partograma.</li> </ul>	X	X
Si una embarazada con riesgo social consulta por falso trabajo de parto, pero ya tiene 38 semanas o más de gestación, debe ingresarla para observación o debe referirla a una casa de espera materna, si esta accesible a su establecimiento de salud.	X	X
Si una embarazada consulta por falso trabajo de parto, pero tiene posibilidades de regresar debido a que cuenta con transporte y vive en un lugar accesible, debe indicar cuando regresar y debe entregar una referencia para que se facilite su paso por emergencia.	X	X
Si la mujer embarazada es diagnosticada en trabajo de parto, debe ser ingresada.	X	X
Si detecta factores de riesgo, y su establecimiento no cuenta con capacidad resolutive, debe referir al hospital del siguiente nivel de atención.	X	
MANEJO DEL PRIMER PERIODO: FASE ACTIVA	II	III
El partograma debe llenarse de manera obligatoria y en forma completa (ver anexo 24 y 25).	X	X
En el segmento inferior de la hoja del partograma registre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensión arterial, mínimo cada hora durante trabajo de parto.</li> <li>• Actividad uterina: Frecuencia, duración e intensidad en diez minutos cada 30-60 minutos.</li> <li>• Frecuencia cardíaca fetal: cada treinta minutos durante fase activa y cada cinco minutos durante el expulsivo.</li> </ul>	X	X



En la cuadrícula principal del partograma controle y grafique:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>La curva de alerta de la dilatación cervical</u>: escoja en el extremo superior izquierdo del partograma los datos para la construcción correcta de la curva de alerta en horas dependiendo de la posición, paridad y estado de las membranas. Grafique en línea punteada la curva adecuada alcanzados o superados los 4 cms de dilatación cervical.</li> <li>• <u>La curva real de la dilatación cervical</u>: registre con un punto que haga coincidir la hora de examen con la dilatación obtenida en el tacto vaginal, los cambios de dilatación cervical en la fase activa de la primera etapa del trabajo de parto. Una secuencialmente con línea continua los puntos de los tactos vaginales posteriores.</li> <li>• <u>La curva de descenso de la presentación fetal</u>: confirme durante el examen vaginal la altura de la presentación fetal, use las estaciones de DeLee o los planos de Hogde (Anexo 26 A) cuya correspondencia se ubica en el extremo vertical derecho de la hoja de partograma.</li> </ul>	X	X
Evaluación de la progresión del trabajo de parto: la comparación entre la curva real y la curva de alerta le ayudará para tomar decisiones y realizar intervenciones. Si la curva real se desplaza hacia la izquierda o justo sobre la curva de alerta, significa que la evolución del trabajo de parto es normal.	X	X
Si la curva de dilatación de encuentren a la derecha de la curva de alerta deben verificarse los siguientes aspectos: actividad uterina, grado de hidratación, agitación o sedación, Estado de las membranas fetales, Si la vejiga está vacía, Posición de la paciente, condición fetal, evaluar signos de desproporción cefalopélvica (dema de cuello cervical, moldeamiento marcado de la cabeza fetal y falta del descenso de la cabeza fetal).	X	X
<b>Ante la presencia de estas condiciones (signos de DCP), se requiere de una intervención inmediata y debe realizarse una cesárea expedita.</b>	X	X
Si la curva real llega o cruza a la derecha de la curva de alerta, significa que el progreso de trabajo de parto es lento y es necesario realizar algunas intervenciones: (Ver anexo 26 B). Decúbito Lateral, Hidratación, Vaciamiento vesical, Conducción, Amniotomía, Sedación y/o analgesia según la evaluación.	X	X
Si a las 2 horas transcurridas después de las intervenciones no hay progreso en la dilatación y descenso, el médico deberá evaluar una Desproporción cefalopélvica y pedir una segunda opinión con medico de mayor experiencia para decidir vía de evacuación.	X	X
<b>Si no hay signos de DCP</b> y FCF, el líquido amniótico, las condiciones maternas son normales, reevalúe caso 2 horas después.	X	X
Si no hay progreso en la dilatación descenso de la presentación fetal a pesar de haber corregido la contractibilidad uterina deberá realizar cesárea.	X	X
<b>No olvidar que siempre se deben registrar las condiciones fetales como son la FCF (110- 160 lpm), las características del líquido amniótico, y las condiciones maternas: contractibilidad uterina (frecuencia, duración e intensidad) al menos cada 30 minutos, TA y FC materna; si todas estas condiciones son <u>normales</u> puede aplicarse el manejo descrito anteriormente.</b>	X	X
Efectúe tacto vaginal cada dos horas utilice guantes estériles o sometidos a alta desinfección. Si las membranas están rotas, limite el número de tactos vaginales.		
Hidrate a la paciente por vía oral, con pequeñas cantidades de agua (sorbos de 30cc).	X	X
Registre los medicamentos que prescribe en hoja de indicaciones medicas, partograma y HCP (Nombre, dosis y vía de administración).	X	X
Pase a la paciente a la sala de atención de parto cuando tenga dilatación completa (10 cm) y la presentación fetal se encuentre a estación +2.	X	X
Identifique signos de parto inminente: distensión del periné, coronamiento, dilatación del ano	X	X

## VIGILANCIA FETAL INTRAPARTO

La vigilancia fetal intraparto es una herramienta crucial del cuidado obstétrico, esta puede realizarse mediante el monitoreo fetal electrónico (MFE) o auscultatorio intermitente (AI). El objetivo de la vigilancia intraparto es proteger al feto, reducir la hipoxia durante el trabajo de parto mediante realizar una intervención obstétrica oportuna.

El método utilizado (auscultatorio intermitente o electrónico) dependerá de las condiciones clínicas y de los recursos con los que se cuente en el establecimiento. Metaanálisis comparando el MFE continuo y AI, no han demostrado diferencias en obtener un mejor resultados perinatales a mediano ni largo plazo, el MFE continuo si ha demostrado un incremento significativo en partos operatorios y cesáreas.

### AUSCULTACIÓN INTERMITENTE (AI)

La auscultación intermitente (AI) con estetoscopio o doppler debe realizarse durante 30 seg y después de la contracción uterina de igual manera durante 30 seg entre las contracciones para estimar la FCF basal, esto debe realizarse durante diez minutos para así registrar también las contracciones uterinas.

Este control se repite cada treinta minutos durante el trabajo de parto y cada 15 minutos durante el período expulsivo en los embarazos de bajo riesgo y más frecuentemente en los embarazos con riesgo de hipoxia.

La AI debe de realizarse también ante otras situaciones como posterior a una amniotomía, después de anestesia epidural durante el trabajo de parto, ante evidencia de alteraciones de la contractilidad uterina.

Cuando se evidencia de alguna alteración se utiliza otro método para corroborarlo como es el MFE.

X

X

### TÉCNICA:

1. Realice las maniobras de Leopold para identificar el dorso fetal.
2. Coloque el Doppler o el estetoscopio en el dorso u hombro fetal.
3. Correlaciónelo con el pulso materno.
4. Palpe el abdomen para cuantificar las contracciones uterinas, cuente el tiempo entre las contracciones y ausculte la FCF entre las mismas durante 10 minutos para establecer la FCF basal.
5. Contar la FCF durante 60 seg durante y después de las contracciones para conocer la respuesta fetal a las contracciones uterinas.
6. Deberá registrar la FCF basal en el partograma.
- 7.

### MANEJO E INTERPRETACIÓN:

- Auscultación normal FCF basal entre 110 y 160 lat/min y/o aceleraciones de 15 x15.
- Auscultación alterada FCF basal con taquicardia >160 lat/min o bradicardia <110 lat/min o desaceleraciones (<110 por > 15 seg).

Si está alterada se recomienda mejorar la perfusión fetal: oxígeno, DLI, hidratación. Suspender la oxitocina, instalar MFE si dispone del recurso y evaluación clínica del caso.

## MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO (MFE)

Monitoreo fetal electrónico (MFE) está indicado en algunas circunstancias:

- Documentar alguna alteración de la línea basal de la FCF detectada en la Auscultación intermitente (AI).
- Si la auscultación intermitente es imposible de realizar (Obesidad, Gemelaridad, polihidramnios).
- En los embarazos de alto riesgo con fetos con alto riesgo de hipoxia intraparto como: RCIU, post-termino, pretérmino, pre-eclampsia, HTAC, diabetes pregestacional, coriamnionítis.
- En las distocias del trabajo de parto (parto prolongado, pruebas de trabajo de parto).
- Ante la detección de meconio en el trabajo de parto.

## TÉCNICA DEL MFE:

- Colocar a la paciente en decúbito dorsal con respaldo a 30° en una posición cómoda, identifique la FCF coloque el doppler del monitor y ajústelo, luego que adopte la posición de decúbito lateral.
- La velocidad del trazado es entre 1 y 3 cm/min se recomienda fijarla a una velocidad de 1cm/min. Sin embargo la velocidad 3 cm por minuto es necesaria en ocasiones para precisar el tipo de desaceleraciones.
- Los transductores tanto de la FCF como para la dinámica uterina pueden ser internos o externos, estos deben ajustarse sobre el abdomen del paciente en forma apropiada para registrar la información correctamente.
- Registre el # de expediente, nombre, edad de la paciente, fecha y hora en el trazo de MFE tomado.

## Definiciones y nomenclatura importantes en Monitoreo Fetal Electrónico. Instituto Nacional de salud para la infancia y el desarrollo humano (NHI) 2008

Patrón	Definición						
Línea Basal	Frecuencia cardíaca fetal (FCF) promedio en un trazado de 10 minutos. Se redondean los cambios en $\pm 5$ latidos, excluyendo los períodos de variabilidad marcada, si el trazo dura menos de 2 minutos no se puede valorar la FCF basal, se clasifica en:						
	<table><tr><td>Normal</td><td>110-160 lat/min</td></tr><tr><td>Bradycardia</td><td><math>\leq 110</math> lat/min</td></tr><tr><td>Taquicardia</td><td><math>\geq 160</math> lat/min</td></tr></table>	Normal	110-160 lat/min	Bradycardia	$\leq 110$ lat/min	Taquicardia	$\geq 160$ lat/min
Normal	110-160 lat/min						
Bradycardia	$\leq 110$ lat/min						
Taquicardia	$\geq 160$ lat/min						

**Variabilidad Basal**

Fluctuaciones de la línea basal del registro de la FCF que son irregulares en amplitud y frecuencia. La variabilidad es visiblemente cuantificada como la amplitud del ascenso y descenso en latidos por minuto.

CLASIFICACIÓN:

Ausente	La amplitud del rango no es detectable
Mínima	Amplitud del rango detectable pero menor o igual a 5 latidos por minuto
Moderada (Normal)	Amplitud del rango 6-25 latidos por minuto
Marcada	Amplitud del rango mayor de 25 latidos por minuto

**Aceleraciones**

Incremento brusco sobre la línea basal de FCF con una instalación menor a 30 seg, con una amplitud de 15 lat y duración de al menos 15 seg. Antes de las 32 sem de 10 o más lat/min por 10 o más seg. Aceleraciones prolongadas es cuando duran más de 2 minutos y menos de 10. Si una aceleración dura 10 minutos o más es un cambio en la línea basal.

**Desaceleración Temprana**

Son de instalación y recuperación gradual (El descenso se instala en un período  $\geq 30$  seg) tienen una imagen visual usualmente simétrica y su mayor descenso coincide con el acmé de la contracción; en la mayor parte de los casos el inicio, el nadir y la recuperación de la desaceleración coinciden con la contracción.

**Desaceleración Tardía**

Son de instalación gradual (El descenso se instala en un período  $\geq 30$  seg) y su mayor descenso ocurre después del acmé de la contracción. No se habla de decalaje basta con percibir visualmente un desfase independiente del tiempo.

**Desaceleraciones Variables**

Son de instalación abrupta o brusca ((El descenso se instala en un período  $< 30$  seg) y tiene una relación variable con la contracción. El descenso debe ser al menos de 15 lat/min con duración de al menos 15 seg.

**Desaceleración Prolongada**

Es un descenso visible de la FCF basal con una duración entre 2 y 10 minutos

**Patrón sinusoidal**

Ondas ondulantes de la FCF basal con un ciclo de frecuencia de 3 a 5 por minutos con persistencia por 20 minutos o más.

### INTERPRETACIÓN DEL MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO (MFE)

Es el significado atribuido al análisis sistemático e integrado de los componentes individuales del MFE. Para interpretar un trazado se sugiere analizar un segmento de aproximadamente 30 minutos **con un mínimo de 10 minutos de un registro de buena calidad.**

**Se clasifican el trazado en 3 Categorías:**

<b>CATEGORÍA I PATRÓN NORMAL</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. FCF basal 110 a 160 lat/min</li> <li>2. Variabilidad moderada de 5 a 25 lat/min</li> <li>3. Desaceleraciones tardías o variables ausentes</li> <li>4. Desaceleraciones tempranas presentes o ausentes</li> <li>5. Aceleraciones presentes o ausentes</li> </ol>
<b>CATEGORÍA II. PATRÓN SOSPECHOSO</b>	<p><b>FCF basal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bradicardia con variabilidad moderada o mínima</li> <li>• Taquicardia</li> </ul> <p><b>Variabilidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variabilidad mínima <math>\leq 5</math></li> <li>• Variabilidad ausente pero sin desaceleraciones recurrentes</li> <li>• Variabilidad marcada <math>\geq 25</math></li> </ul> <p><b>Aceleraciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de aceleración después de la estimulación fetal</li> </ul> <p><b>Desaceleraciones Periódicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desaceleraciones variables recurrentes con variabilidad moderada o mínima</li> <li>• Desaceleración prolongada más de 2 minutos pero menor de 10 min de duración</li> <li>• Desaceleraciones tardías con variabilidad moderada</li> <li>• Desaceleraciones variables con otras características como lento retorno a la FCF basal</li> </ul>
<b>CATEGORÍA III. PATRÓN PATOLÓGICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Variabilidad ausente asociada con cualquiera de los siguientes patrones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Desaceleraciones tardías recurrentes</li> <li>○ Desaceleraciones variables recurrentes</li> <li>○ Bradicardia (<math>\leq 110</math> lat/min)</li> </ul> </li> <li>• <b>Patrón sinusoidal</b></li> </ul>

## CONSIDERACIONES CLÍNICAS Y RECOMENDACIONES SEGÚN CATEGORIZACIÓN

### Como manejar una categoría I:

Este tipo de trazos no están asociados con acidemia fetal o hipoxemia fetal y por lo tanto deben brindarse el manejo rutinario de un parto normal y realizar AI o MFE.

Estos trazos deben ser realizados, evaluados y documentados periódicamente según las condiciones clínicas y factores de riesgo, durante la fase activa del trabajo de parto por cualquier médico capacitado en MFE

### Como evaluar y manejar una categoría II:

Los trazos de la categoría II requieren una evaluación y vigilancia continua e inicio de medidas correctivas apropiadas de forma inmediata cuando están indicadas y de una reevaluación del caso.

Una vez identificado estos trazos requieren de documentación de las evaluaciones más frecuentes y vigilancia continua; a menos que se reviertan las alteraciones del trazo y se convierta en una categoría I.

### Patrones de una categoría II:

- Dado el amplio espectro de patrones anormales que se incluyen en esta categoría la presencia de aceleraciones de la FCF (espontáneas o inducidas por el estímulo de la cabeza fetal o estimulación vibro acústica) o la presencia de variabilidad moderada o ambas es altamente predictivo de un estado de ácido-básico fetal normal (ausencia de hipoxia fetal) y esto puede ser de ayuda para el manejo clínico.

- **Desaceleraciones variables no persistentes:** definida como la ocurrencia en menos del 50% de las contracciones. Es la anomalía más común durante el trabajo de parto y en la mayor parte de los casos no requiere de tratamiento y está asociado a resultados perinatales normales.
- **Desaceleraciones Variables persistentes:** definida como la ocurrencia en más del 50% de las contracciones, que progresan en hacerse más profundas y de mayor duración son indicativas de mayor incidencia de asfexia fetal. Si este tipo de desaceleraciones se asocia a ascensos de la FCF o variabilidad moderada nos indica que el feto no presenta asfexia. El manejo de estas desaceleraciones como una compresión de cordón es decir cambiar la posición materna como primer paso, puede realizar amniotomía y si la variabilidad disminuye (mínima o ausente) considere la evacuación inmediata (cesárea por categoría III). Administrar oxígeno e hidratar
- **Desaceleraciones tardías persistentes:** se define como la ocurrencia en más del 50% de las contracciones; aunque estas reflejan o traducen insuficiencia uteroplacentaria crónica comúnmente son causadas por hipotensión materna, taquisistolia o hipoxia materna. El manejo involucra medidas para promover la perfusión útero placentaria, tales como colocar a la madre en DL, administración de líquidos en bolus IV, administración de oxígeno a la madre y evaluación de la taquisistolia. Involucra la aplicación de medidas de resucitación intrauterina y la reevaluación del caso para determinar si ha ocurrido un mejoramiento apropiado del estado fetal. Si este tipo de desaceleración se asocia a ascensos de la FCF o variabilidad moderada o ambas son predictivo de un estado ácido-básico fetal normal (ausencia de hipoxia fetal). Si está se asocia a variabilidad mínima y no tiene aceleraciones la presencia de asfexia fetal debe ser considerada y la necesidad de un parto espedito debe ser considerada, si hay ausencia de variabilidad se maneja como una categoría III (cesárea)
- **Taquicardia:** se define como una línea basal de 160 lat/min durante al menos 10 min. La taquicardia fetal deberá ser evaluada tratando de identificar: infección, medicamentos, enfermedades maternas, condiciones obstétricas como sangramiento o abrupcio de placenta y arritmias fetales. La taquicardia aislada es pobremente predictiva de hipoxia o asfexia, al menos que se acompañe de variabilidad mínima o ausente, desaceleraciones recurrente o de ambas. El tratamiento debe ser dirigido según su causa.
- **Bradicardia y desaceleraciones prolongadas:** La *bradicardia fetal* es definida como una línea basal menor de 110 latidos al menos durante 10 minutos. *Desaceleraciones prolongadas son definidas como descensos* de al menos 15 lat/min sobre la FCF basal durante al menos 2 minutos y que duran menos de 10 minutos. (Puesto que más de 10 minutos es bradicardia). Deben de realizarse intervenciones clínicas inmediatas antes de poder distinguir si se trata de una bradicardia o una desaceleración prolongada y el manejo inicial de ambas es el mismo; deben tratar de identificarse la causa como: Hipotensión materna, prolapso o compresión del cordón umbilical, rápido descenso de la presentación fetal (total dilatada), taquisistolia, abrupcio de placenta o ruptura uterina. La bradicardia debida a estas condiciones usualmente son precedidas por una FCF basal normal, raramente también puede ocurrir en fetos con anomalías congénitas o anomalías de defectos de conducción miocárdicas. El tratamiento es dirigido según las causas. La bradicardia o desaceleraciones prolongadas que tiene variabilidad mínima o ausente o ambas que no resuelven con las medidas de reanimación intrauterina deberá de realizarse un parto inmediato (cesárea por categoría III).

- **Variabilidad Mínima:** La evaluación de esta debe de incluir causas potenciales como la administración de medicamentos a la madre (sulfato de magnesio, Demerol, otros), ciclos de sueño fetal o acidemia fetal. La variabilidad debida a narcóticos frecuentemente retorna a una variabilidad moderada en periodo de una a dos horas, los ciclos de sueño fetal generalmente duran 20 min pero pueden persistir hasta una hora, la variabilidad moderada puede retornar cuando el ciclo de sueño fetal se completa. Debido a esto en estas condiciones la observación y el manejo expectante es apropiado. Si se sospecha que la variabilidad es debida a hipoxia fetal la administración de oxígeno y de líquidos IV en bolus debe de ser considerada, si el mejoramiento de la variabilidad de la FCF con estas medidas no ocurre y no hay aceleraciones de la FCF debe de realizarse estimulación vibroacústica o del cuero cabelludo fetal y si no hay mejoría es potencialmente indicativo de acidemia fetal y debe manejarse como categoría III.

#### **Como evaluar y manejar una categoría III:**

Un trazo de categoría III es anormal e implica un incremento del riesgo de acidemia fetal y usualmente requieren un parto inmediato. Mientras las medidas de resucitación intrauterina se implementan; se está preparando para la atención del parto y si no hay mejoría en el trazo considerar un parto inmediato según las condiciones y avance del trabajo de parto debe determinarse la vía del parto más expedita.

#### **MANEJO SEGÚN CATEGORÍAS DE CLASIFICACIÓN:**

<b>CATEGORÍA I</b>	Manejo Rutinario de trabajo de parto
<b>CATEGORÍA II</b>	<p>Con aceleraciones o con variabilidad moderada continúe vigilancia y puede aplicar medidas de resucitación intrauterina</p> <p>Con ausencia de aceleraciones o Variabilidad mínima aplique medidas de resucitación intrauterina</p> <p>Si no hay mejoría o pasa a categoría III considere la terminación inmediata del parto como en categoría III</p>
<b>CATEGORÍA III</b>	<p>Prepárese para un parto inmediato y aplique maniobras para resucitación intrauterina, si trazo persiste considere el parto inmediato determine la vía del parto según condiciones materno-fetales</p>

## MANEJO SEGÚN CATEGORÍAS DE CLASIFICACIÓN

<b>CATEGORÍA I</b>	Manejo Rutinario del trabajo de parto, no se asocia con acidemia fetal
<b>CATEGORÍA II</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La administración de líquidos IV en bolus, la posición en DL y la administración de oxígeno cuando se administra junto pueden mejorar la oxigenación fetal (medidas de resucitación intrauterina)</li> <li>2. Los trazos de categoría II requieren de evaluación, vigilancia continua inicio de medidas correctivas apropiadas cuando están indicadas y reevaluación del caso</li> <li>3. La taquisistolia acompañada de categoría II requiere la administración de tocolíticos</li> <li>4. Con aceleraciones o con variabilidad moderada continúe la vigilancia y puede aplicar medidas de resucitación intrauterina, rara vez se asocia a acidemia fetal</li> <li>5. Con ausencia de aceleraciones o variabilidad ausente o mínima (Pero sin desaceleraciones recurrentes) aplique medidas de resucitación intrauterina; si no hay mejoría o pasa a categoría III considere la terminación inmediata del parto como en categoría III</li> <li>6. Si hay desaceleración prolongada por más de 2 min inicie medidas de resucitación intrauterina y continúe el MFE permanente, si no hay mejoría cataloguelo como categoría III</li> </ol>
<b>CATEGORÍA III</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es un trazo anormal e implica un incremento en el riesgo de acidemia fetal.</li> <li>• Prepárese para un parto inmediato y aplique maniobras para resucitación intrauterina, si el trazo persiste considere el parto inmediato determine el tiempo y la vía del parto más seguros según condiciones materno-fetales</li> </ul>

## MANEJO DE TAQUISISTOLÍA

Taquisistolia es definida como más de 5 contracciones en 10 minutos, en un promedio de 30 minutos, para su manejo las alteraciones en la FCF son claves y de la siguiente manera:



<b>Trabajo de parto espontáneo</b>	
MFE Categoría I	No realizar ninguna intervención
Categoría II o III	Resucitación intrauterina y si MFE no se resuelve tocolíticos
<b>Trabajo de Parto Inducido</b>	
Categoría I	Disminuir dosis de uterotónicos
Categoría II o III	Suspender uterotónicos, Resucitación intrauterina Si no resuelve tocolíticos

### **MEDIDAS DE RESUCITACIÓN INTRAUTERINA**

<b>META</b>	<b>Anormalidad del MFE asociada</b>	<b>Intervención Potencial</b>
Promover el flujo uteroplacentario y la oxigenación fetal	Desaceleraciones tardías recurrentes, Bradicardia, variabilidad mínima o ausente	Decubito lateral, administración de Oxígeno Materno, Hidratación IV en bolus a la madre
Reducción de la actividad uterina	Taquisistolía con MFE con categoría II o III	Suspenda la Oxitocina o agentes de maduración cervical y administración de tocolíticos
Disminuir las compresiones del cordón umbilical	Desaceleraciones variables recurrentes, bradicardia o desaceleraciones prolongadas	Vuelva a la madre a su posición inicial Administre amnioinfusión. Si detecta prolapso de cordón eleve la presentación fetal y preparese a para una cesárea

<b>PREPARATIVOS PARA ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO (EXPULSIVO)</b>	<b>II</b>	<b>III</b>
Prepare y disponga de ropa limpia, material, equipo, instrumental y guantes estériles.	X	X
Garantice que la posición de la parturienta sea lo más cómoda posible. Adapte si es posible la mesa ginecológica a posición semisentada. Evite la posición horizontal con las piernas colgadas o atadas a nivel del tobillo.	X	X
Asegure que la sala de parto esté a temperatura ambiente (Apague el aire acondicionado)	X	X
Caliente la cuna de calor radiante.	X	X
Tenga compresas limpias y previamente calentadas para realizar el secado del recién nacido.	X	X
Prepare con anticipación el equipo, incluyendo el usado para la reanimación del bebé	X	X
Asegure el correcto lavado clínico de manos por parte del responsable de la atención.	X	X
Realice antisepsia en vulva, periné y cara interna de los muslos. Coloque campos estériles	X	X
Atienda el parto sentado.	X	X
<b>MANEJO DEL SEGUNDO PERIODO (EXPULSIVO)</b>	<b>II</b>	<b>III</b>
No realice presión sobre el útero para acelerar la expulsión	X	X
Permita el avance espontáneo de la presentación	X	X
Proteja el periné durante la expulsión: Coloque campo especial para proteger el periné y realice la Maniobra de Ritgen (ver anexo 27).	X	X
No realice episiotomía en forma rutinaria, excepto cuando el periné sea muy resistente y con riesgo de desgarro.	X	X
Controle la salida de la cabeza fetal para permitir su extensión o deflexión en forma paulatina y progresiva.	X	X
Una vez ha salido la cabeza, verifique con sus dedos si el cordón umbilical se encuentra alrededor del cuello fetal.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si hay circular de cordón pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.</li> <li>• Si hay circular de cordón apretado alrededor del cuello, píncelo y córtelo entre las pinzas antes del desenrollarlo.</li> </ul>	X	X
Efectúe la extracción hombro anterior y posterior en un solo movimiento, aprovechando el pujo. Aplique MATEP ver adelante.	X	X
Coloque al bebé en una superficie a nivel del periné o sobre el abdomen de la madre para que ella lo pueda tocar. Seque al bebé por completo y evalúe su respuesta. Aspire cuidadosamente la boca y luego nariz con una perilla de hule (Solamente si es necesario). Observe si el neonato está respirando y palpe cómo está su frecuencia cardíaca. Realice evaluación del APGAR al primer minuto y luego a los cinco minutos. (Ver anexo 28).	X	X
Pinzar y cortar el cordón del recién nacido después del primer minuto (1 a 2 minutos).	X	X
Luego de la salida del bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro bebé.	X	X
Estimule el apego precoz en los primeros 30 minutos post-parto.	X	X

<b>MANEJO DEL TERCER PERIODO (ALUMBRAMIENTO)</b>	<b>II</b>	<b>III</b>
<b>ADMINISTRACION DE UTEROTÓNICOS</b> (Para prevenir atonía uterina)		
Posterior a cortar el cordón umbilical (1 a 2 minutos) y asegurarse que no existe otro bebe, administre 10 unidades de Oxitocina vía IM en muslo o glúteo de la paciente.	X	X
En el caso de cesárea la administración de Oxitocina serán las 20 UI IV diluidas en un litro de dextrosa al 5% a 40 gotas por minuto, después de extraer al recién nacido.	X	X
Si no dispone de Oxitocina, administre 0.2 mg de Metilergonovina por vía intramuscular. NO USE Metilergonovina en embarazadas con Preclampsia, Eclampsia o presión arterial elevada, porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidente cerebro vascular.	X	X
<b>TRACCION CONTROLADA DEL CORDON UMBILICAL</b>		
Mueva la pinza que está en el cordón lo más cercano al periné. Mantenga el cordón pinzado y sostenga el extremo de la pinza con una mano.	X	X
Coloque la otra mano por encima del pubis de la mujer, estabilice el útero aplicando contratracción durante la tracción controlada del cordón umbilical. Esto ayuda a prevenir la	X	X

inversión uterina.		
Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero.	X	X
Cuando el útero se contraiga o el cordón se alargue, hale del cordón con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano, continúe ejerciendo contra tracción sobre el útero.( Maniobra de Brant)	X	X
Si presenta ruptura del cordón umbilical pueda ser necesaria la remisión manual de la placenta		
Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón, no continúe halándolo. Espere hasta que el útero esté contraído nuevamente.	X	X
Con la siguiente contracción uterina, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contratracción para evitar la inversión uterina.	X	X
Al ser expulsada la placenta, sosténgala con la pinza, gírela con delicadeza hacia abajo hasta que las membranas sean expulsadas completamente.	X	X
Verifique que la placenta y membranas se expulsaron completamente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Coloque la placenta con la cara materna hacia arriba en la bandeja. Compruebe la integridad de los cotiledones.</li> <li>Coloque el cordón hacia arriba. Tome el cordón y deje las membranas colgando –Técnica de la Medusa- meta las manos entre ellas para verificar su integridad.</li> </ul>	X	X
En caso de retención placentaria por más de 30 minutos (con o sin sangrado), realice la extracción manual de placenta y la revisión de la cavidad bajo anestesia general.	X	X
<b>MASAJE UTERINO</b>		
Realice masaje de inmediato en el fondo uterino, a través del abdomen de la mujer, hasta conseguir que el útero se mantenga contraído.	X	X
Repita masaje uterino cada quince minutos durante la primera hora y cada treinta minutos la segunda hora post-parto.	X	X
Asegúrese que el útero no se relaje después de suspender el masaje uterino.	X	X
<b>REVISIÓN DEL CANAL DEL PARTO</b>		
Revise el canal vaginal y el cuello uterino en busca de desgarros. Repare la episiotomía o los desgarros, si los hubiere. Realice tacto rectal.	X	X
<b>TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO</b>		
Antes de quitarse los guantes elimine los materiales de desecho, colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.	X	X
Lávese las manos cuidadosamente.	X	X
Registre los procedimientos realizados en la historia clínica perinatal.	X	X
<b>NO OLVIDE FOMENTAR LA LACTANCIA MATERNA, EL APEGO PRECOZ Y EL ALOJAMIENTO CONJUNTO.</b>	X	X

## **XII. PUERPERIO**

Período que comprende desde el alumbramiento hasta las seis semanas posparto ó cuarenta y dos días, durante el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelve a adquirir las características anteriores a la gestación, a excepción de la glándulas mamarias.

**Períodos del puerperio:** se divide en tres períodos:

1. Puerperio inmediato: comprende las primeras veinticuatro horas después del parto.
2. Puerperio mediato: comprende desde el segundo al décimo día posterior al parto.
3. Puerperio tardío: comprende desde el día once hasta los cuarenta y dos días posteriores al parto.

### **Atención del puerperio**

Es el conjunto de acciones que se realizan con la mujer durante el puerperio, a fin de evaluar el proceso bio-psicosocial de involución de los cambios ocurridos en la gestación. Tiene los siguientes ejes:

1. Estandarizar las técnicas de atención durante el puerperio.
2. Prevenir las complicaciones que se producen durante este período, con énfasis en la prevención de la hemorragia y la sepsis.
3. Controlar el bienestar de la mujer puérpera.
4. Ofrecer oportunamente servicios y consejería en salud sexual y reproductiva.
5. Proporcionar apoyo psico-afectivo a la puérpera y su familia.
6. Promover la lactancia materna exclusiva e instruir para su correcta realización.
7. Orientar a la puérpera y su familia para la incorporación de ella a la vida habitual.

### **Abordaje básico para la atención del puerperio.**

1. Toda mujer deberá recibir en su puerperio inmediato un mínimo de dos evaluaciones clínicas completas por médico: Una dentro de las primeras dos horas posteriores al parto y la otra previa al alta.
2. A toda mujer en su puerperio inmediato se le deberá promover la lactancia materna, el apego precoz y el alojamiento conjunto, según su condición y la de su recién nacido.
3. Mantener la vigilancia de la herida operatoria o de la episiotomía.
4. Toda mujer que en su puerperio presente morbilidad deberá ser atendida por personal médico, utilizando el protocolo de atención respectivo.

### **Previo al alta:**

1. Revisar el resultado del tipoo-Rh materno, para detectar a las mujeres Rh negativo y tratarlas oportunamente con gamaGlobulina anti-D.
2. Revisar resultado de RPR y VIH, debe realizarse previo al alta.

3. Dar consejería en planificación familiar y promover periodo intergenésico de veinticuatro meses mínimo.
4. Promover el registro del recién nacido(a) a nivel municipal.

#### **Al dar alta:**

1. Entregar carné materno debidamente lleno con la información referente al parto, puerperio inmediato, y condiciones del recién nacido(a).
2. Prescribir suplementos de Hierro (60 mg vía oral cada día), multivitaminas prenatales (1 tableta vía oral cada día) y Acido fólico (1 tableta vía oral cada día) por tres meses.
3. Referir a control postparto en los primeros siete días post-parto al establecimiento de salud más cercano a su domicilio. (Unidad Comunitaria de Salud Familiar UCSF para el MINSAL)
4. Al dar el alta la referencia al primer nivel de atención se utilizará el carné materno, pero en caso de una morbilidad se acompañara con la hoja de retorno.

#### **Control siete días post-parto:**

1. A toda mujer que asista al control puerperal se le deberá realizar historia clínica y examen físico completo (que incluya evaluación obstétrica y ginecológica, para descartar patologías ligadas al proceso reproductivo u otros problemas de salud).
2. Se dará consejería sobre el autocuido de la salud materna y del recién nacido/a.
3. A toda puérpera que se le detecte morbilidad a nivel comunitario, deberá referírsele de inmediato al establecimiento de salud para su tratamiento respectivo.
4. El promotor de salud y otros agentes comunitarios en salud promoverán la importancia del control posparto, y referirán a la madre y al recién nacido(a) al establecimiento de salud a los primeros siete días posparto.
5. Se hará visita domiciliar o se citará a toda puérpera con riesgo o faltista a control post-parto.

<b>MANEJO DEL PUERPERIO INMEDIATO</b>	<b>NIVEL DE ATENCION</b>	
	<b>II</b>	<b>III</b>
Realice o complete la historia clínica materno perinatal y el carné materno.	<b>X</b>	<b>X</b>
Mantenga vigilancia y registro de los signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria), cada quince minutos la primera hora y cada treinta minutos la segunda hora.	<b>X</b>	<b>X</b>
Tranquilice a la paciente. Escúchela y responda atentamente sus dudas.	<b>X</b>	<b>X</b>
Realice masaje del fondo uterino y evalúe el sangrado durante las primeras dos horas posparto y el estado de la episiotomía, si se realizó.	<b>X</b>	<b>X</b>
Asegúrese que el útero no se relaje después de suspender el masaje uterino.	<b>X</b>	<b>X</b>

Inicie el alojamiento conjunto lo más pronto posible, si la condición materna y del recién nacido lo permiten.	X	X
Promueva la lactancia materna precoz. Brinde apoyo constante para conseguir una succión adecuada.	X	X
Permita la ingesta de líquidos vía oral inmediatamente, si la paciente lo desea.	X	X
<b>MANEJO SUBSIGUIENTE</b>	II	III
Indique dieta corriente según horario de alimentación y deseo materno.	X	X
Verifique la diuresis espontánea en primeras ocho horas y la deposición fecal en las próximas veinticuatro horas.	X	X
Indique baño diario e higiene perineal cada doce horas.	X	X
Prescriba analgésicos: Acetaminofen 1 gramo vía oral cada seis horas. Considere otro analgésico.	X	X
Refuerce el interés en la lactancia materna.	X	X
Facilite el alojamiento conjunto.	X	X
Revise resultados de exámenes de laboratorio indicados durante el ingreso.	X	X
Indique otros exámenes de laboratorio, si condición de la paciente lo amerita.	X	X
En mujeres Rh (-) Du (-) con prueba de Coombs indirecto (-) y su hijo Rh positivo, indique gamaglobulina anti-D 300 µgr intramuscular, dentro de las primeras 72 horas postparto.	X	X
<b>La lactancia materna está contraindicada</b> en caso de mujer con: VIH o sida, hipertiroidismo con medicación, miastenia gravis, tuberculosis activa y trasplante renal.	X	X
<b>ANTES DE DAR ALTA</b>		
Realice examen físico completo. Sea minucioso en mamas y periné.	X	X
Si la paciente está asintomática, proceda a dar el alta.	X	X
Indique analgésicos.	X	X
Prescriba suplemento de sulfato ferroso (300 mg vía oral cada día) y multivitaminas prenatales (1 tableta vía oral cada día) por treinta días	X	X
Administre Vitamina A 200,000 UI. Dosis única.	X	X
De consejería en Planificación Familiar.	X	X
Refiera a control en los primeros siete días al establecimiento de salud más cercano.	X	X
Entregue el carné materno debidamente lleno con la información referente al parto, puerperio inmediato y condiciones del recién nacido/a. Si la paciente presentó morbilidad, envíe la hoja de retorno completa y correctamente llena (con letra legible), con la información correspondiente a la patología y tratamiento prescrito.	X	X
Promueva con la madre y su grupo familiar la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo/a en la alcaldía correspondiente.	X	X
De consejería relacionada al auto-cuidado de su salud y del recién nacido(a,) que incluya: <ul style="list-style-type: none"> <li>Alimentación de la madre.</li> <li>Importancia de lactancia materna exclusiva.</li> <li>Cuidado de mamas y pezones</li> <li>Cuidados del recién nacido/a y estimulación temprana.</li> </ul>	X	X

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio durante el puerperio</li> <li>• Inicio de relaciones sexuales y uso de métodos de planificación familiar.</li> <li>• Cuidados higiénicos</li> <li>• Descanso</li> <li>• Reconocimiento de signos y síntomas de alarma.</li> <li>• Uso de medicamentos en base a prescripción médica</li> <li>• Nivel de riesgo reproductivo</li> <li>• Manejo psico-afectivo del puerperio.</li> </ul>		
---	--	--

CONTROL POST-PARTO	NIVEL DE ATENCIÓN			
	Ecos	I	II	III
Revise en el carné materno la información sobre el parto: lugar de atención; resultado de exámenes tomados; si hubo complicaciones; tratamientos recibidos.	X	X	X	X
Investigue si ha presentado: dolor abdominal, fiebre, problemas para el amamantamiento, sangrado abundante o fétido, dificultad para orinar o defecar, síntomas de depresión.	X	X	X	X
Indague si tiene alguna duda y acláresela.	X	X	X	X
Realice examen físico completo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tome signos vitales: peso, temperatura, tensión arterial y frecuencia cardíaca.</li> <li>• Busque palidez en conjuntivas y palmas.</li> <li>• Evalúe estado de las mamas y pezones.</li> <li>• Palpe el útero.</li> <li>• Revise la vulva y el periné: características de los loquios, edema, secreciones anormales, estado de heridas.</li> </ul>	X	X	X	X
Clasifique como postparto normal, si no hay presencia de signos y síntomas de alarma (Ver anexo 14).	X	X	X	X
De consejería relacionada al auto-cuidado de su salud, y del recién nacido/a.	X	X	X	X
Administre Vitamina A 200,000 UI. Dosis única. <b>Si no se cumplió en el Hospital previo al alta.</b>	X	X		
Prescriba sulfato ferroso 300 mg y ácido fólico 5 mg vía oral cada día, a completar por 3 meses.	X	X	X	X

### XIII. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.

Es el conjunto de actividades e intervenciones inmediatas que se aplican al recién nacido/a en el momento del nacimiento a fin de asegurar su bienestar.

## Objetivo

Proporcionar atención inmediata, oportuna, y de calidad, que asegure la adecuada adaptación del bebé a la vida extrauterina, previniéndole daños a futuro.

En aquellas situaciones en que el parto es atendido en el Primer Nivel de atención, deberán aplicarse los lineamientos para la atención inmediata del recién nacido/a establecidos en el presente documento.

### Abordaje para la atención Inmediata del recién nacido:

1. Verificar que el equipo de reanimación del recién nacido esté completo y en condiciones óptimas para su uso.
2. Apagar el aire acondicionado previo al nacimiento del recién nacido.
3. Cumplir todas las medidas de asepsia, antisepsia y bioseguridad.

ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO/A EN SALA DE PARTOS	NIVEL DE ATENCIÓN	
	II	III
<b>EN EL MOMENTO DEL PARTO:</b>		
Al salir la cabeza, descarte presencia de circular de cordón al cuello. Si existe y no está apretado, deslícelo por encima de la cabeza del bebé. Si está ajustado, píncelo y córtelo antes de desenrollarlo.	X	X
Verifique el estado del recién nacido según flujograma de reanimación neonatal, es decir, hágase las siguientes cuatro preguntas: <ul style="list-style-type: none"><li>• ¿El recién nacido es de término?</li><li>• ¿El líquido amniótico está claro?</li><li>• ¿El recién nacido respira o llora?</li><li>• ¿El recién nacido tiene buen tono muscular?</li></ul>	X	X
<b>Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es “NO”:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pince y corte el cordón umbilical inmediatamente.</li><li>• Llévelo a la mesa de reanimación y</li><li>• Proceda según guía de reanimación neonatal.</li></ul>	X	X
<b>Si la respuesta a todas las preguntas es “SI”:</b>		
Proporcione calor, colocando al bebé sobre el vientre materno en decúbito dorsal. Fomente el vínculo afectivo.	X	X
Despeje la vía aérea: aspire cuidadosamente las secreciones (primero de cavidad oral y después de las fosas nasales) con una perilla de hule.	X	X
Seque suavemente la cabeza y el cuerpo con campos tibios. Abríguelo. Retire los paños.	X	X
Evalúe respiración, frecuencia cardíaca y color.	X	X
<b>Si el recién nacido respira, tiene una frecuencia cardíaca mayor de 100 por minuto y está rosado....</b>	II	III
Evalúe el APGAR al primer minuto (color, frecuencia cardíaca, irritabilidad refleja, tono	X	X



muscular y respiración). Ver anexo 28.		
Pince y corte el cordón umbilical y asegúrese de la presencia de dos arterias y una vena.	X	X
Traslade al recién nacido/a a la fuente de calor radiante	X	X
Coloque clamp umbilical aproximadamente a 3 cm de la base del cordón, retirando la porción de cordón restante. Revise que el Clamp esté firmemente cerrado.	X	X
Aplique alcohol al 70% comenzando por la base, evitando contacto con la piel del abdomen del recién nacido/a.	X	X
Realice profilaxis ocular, aplicando ungüento oftálmico de Tetraciclina al 1% o ungüento de eritromicina al 0.5% en ambos ojos, para prevenir oftalmia neonatal.	X	X
Evalúe el APGAR a los cinco minutos (color, frecuencia cardíaca, irritabilidad refleja, tono muscular y respiración).	X	X
Identifique el recién nacido/a colocándole una pulsera o brazalete en la muñeca derecha que contenga la siguiente información: nombre de la madre, número de registro y sexo del recién nacido/a. Muéstrole el neonato a la madre (haciendo énfasis en el sexo) y el brazalete que lo identifica. Infórmele sobre el estado de salud y condiciones generales, recordar procedimiento de egistro según LEPINA.	X	X
Promueva y favorezca el inicio de la lactancia materna en la primera media hora posparto, si la condición clínica de la madre y el neonato lo permite, colocándolo sobre el toráx y abdomen de la madre en contacto piel a piel, para que le brinde amor y calor y ayudando para que agarre el pezón (apego precoz)	X	X
Tome las medidas antropométricas del recién nacido: peso, longitud, perímetro cefálico, toracico y abdominal.	X	X
Efectúe exploración física completa, con el fin de asegurar el bienestar del recién nacido/a y descartar malformaciones congénitas. Verifique permeabilidad de coanas, esófago y ano.	X	X
Determine edad gestacional utilizando el método de Ballard. (ver anexo 29).	X	X
Complete la sección "Recién Nacido" de la historia clínica perinatal.	X	X
Aplique vitamina "K" vía intramuscular en la cara anterolateral del muslo del recién nacido/a, según dosis recomendada: ❖ 1 mg. para niños con peso >1,000 gr. y ❖ 0.5 mg. para recién nacidos <1,000 gr.	X	X
Tome las huellas plantares al recién nacido/a en el certificado de nacimiento.	X	X
Limpie al recién nacido/a si presenta secreciones sobre su piel (no quite el vérmix). Abríguelo(a). Practique el alojamiento conjunto y apoye la lactancia materna a libre demanda, siempre y cuando la condición de ambos sea estable.	X	X

<b>CUIDADOS PREVIO AL ALTA</b>	<b>II</b>	<b>III</b>
Evalúe clínicamente al recién nacido/a previo al alta.	X	X

Inicie vacunación según esquema vigente: aplique BCG. Anote en el carné de vacunación y en la hoja de la historia clínica perinatal.	X	X
Asegurar la toma de RPR al recién nacido previo al alta, cuando a la madre no le fue tomado o no se conocieron sus resultados.	X	X
Aconseje a la madre sobre signos de peligro y cuidados básicos del recién nacido/a.	X	X
Al alta del recién nacido/a, refiera a control precoz de su crecimiento y desarrollo y al tamizaje neonatal en los primeros siete días de vida.	X	X
Entregue hoja de plantares, carné materno con datos de parto y recién nacido completamente lleno, entregue carné infantil.	X	X
Promueva con la madre y su grupo familiar la importancia del registro oportuno del recién nacido/a en la alcaldía correspondiente.	X	X
Todo recién nacido/a cuya condición clínica lo amerite, deberá ser referido(a) a un nivel de mayor complejidad y su manejo se hará en base a protocolos.	X	X
Todo recién nacido/a debe recibir visita domiciliar, por el promotor/a o equipo de salud en las primeras 24 -48 horas, posterior a su nacimiento.	X	X
Todo recién nacido de parto extrahospitalario deberá recibir los cuidados inmediatos que corresponda.	X	X

## XIV. DISPOSICIONES FINALES

A. Forman parte integrante del presente lineamiento los anexos siguientes:

- 1) Anexo 1. Cuidado preconcepcional. Hoja filtro.
- 2) Anexo 2. Cuidado preconcepcional. Acciones a tomar según factores de riesgo.
- 3) Anexo 3. Control prenatal. Hoja Filtro.
- 4) Anexo 4 A-B. Historia clínica prenatal anverso y reverso.
- 5) Anexo 5 A-B. Carné materno perinatal del SIP anverso y reverso.
- 6) Anexo 6. Clasificación de la OMS del estado nutricional
- 7) Anexo 7. Ganancia de peso en el embarazo.
- 8) Anexo 8. Índice de masa corporal según edad.
- 9) Anexo 9. Regla de Naegele.
- 10) Anexo 10. Esquema de vacunación con Td.
- 11) Anexo 11. Curva de crecimiento de la altura uterina.
- 12) Anexo 12. Examen de laboratorio durante prenatal.
- 13) Anexo 13. Pruebas de bienestar fetal antenatal.
- 14) Anexo 14. Signos y síntomas de complicaciones por trimestre en embarazo.
- 15) Anexo 15. Protocolo de desensibilización oral a la penicilina.
- 16) Anexo 16. Métodos de planificación familiar en post-parto.
- 17) Anexo 17. Consejería en lactancia materna.
- 18) Anexo 18. Relaciones sexuales durante el embarazo.
- 19) Anexo 19. Detección de violencia basada en género.

- 20) Anexo 20. Consejería para adolescentes.
- 21) Anexo 21. Maniobras de Leopold.
- 22) anexo 22. Puntaje de Bishop.
- 23) Anexo. 23 Valoración clínica de la pelvis.
- 24) Anexo 24 A. Partograma anverso
- 25) Anexo 24 B. Partograma reverso
- 26) Anexo 25. Planos de Hodge.
- 27) Anexo 26. Manejo activo del trabajo de parto.
- 28) Anexo 27 Maniobra de Ritgen
- 29) Anexo 28. Escala de APGAR
- 30) Anexo 29. Escala de Ballard
- 31) Anexo 30 A. Algoritmo para la Prevención de la Transmisión Vertical de VIH y Sífilis.
- 31) Anexo 30 B. Mujeres en Trabajo de Parto sin Control Prenatal o sin Pruebas de Sífilis.
- 32) Anexo 30 C. Mujeres en Trabajo de Parto con Control Prenatal y Tratamiento Profiláctico para Prevención de la Transmisión Vertical de VIH.

B. Quedan sin efecto las Resoluciones Ministeriales siguientes:

- 1. Número 884, de fecha 20 de diciembre de 2001, que oficializó la Directiva Técnica Nacional para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido.

## **XV. VIGENCIA**

Los presentes Lineamientos Técnicos entrarán en vigencia, a partir de la fecha de oficialización.

San Salvador, 31 de agosto del año dos mil once.

DIOS UNIÓN LIBERTAD





María Isabel Rodríguez  
Ministra de Salud

# ANEXOS



## ANEXO N° 1

### CUIDADO PRECONCEPCIONAL. HOJA FILTRO.

**Instrucciones:** Marque con una X la casilla de la derecha correspondiente, si la usuaria contesta “Sí” a la condición o factor de riesgo explorado. Si la respuesta es afirmativa a uno o más factores de riesgos; la usuaria elegible para consulta preconcepcional especializado

#### FACTORES O CONDICIONES DE RIESGO

BIOLOGICOS / OBSTÉTRICOS		SOCIALES	
Mujer > 35 años	4 ó más embarazos	❖ Unión inestable	
Adolescencia (< 19 años)	Dos o más abortos consecutivos o no consecutivos.	Alcoholismo	
Intervalo intergenésico < 24 meses	Muerte perinatal previa.	Adicciones	
Estado nutricional deficiente (IMC < 18.5 Kg / m <sup>2</sup> )	Recién nacido previo con defectos congénitos.	❖ Delincuencia	
Obesidad ( IMC > 30 Kg / m <sup>2</sup> )	Bajo peso al nacer (< 2,500 gr)	❖ Pobreza extrema	
Cardiopatías	Parto prematuro previo.	❖ Analfabetismo	
Asma bronquial	Hemorragia postparto previa.	❖ Baja escolaridad	
Diabetes Mellitus y gestacional	Infección puerperal previa.	Violencia sexual	
Hipertensión arterial	Embarazo múltiple previo .	Violencia intrafamiliar	
Trombosis venosa profunda actual o previa	Hipertensión inducida por el embarazo previa.	❖ Inaccesibilidad a los servicios de salud	
Endocrinopatías	Enfermedad. Gestacional del Trofoblasto previa.	Prácticas sexuales de riesgo	
Colagenopatías	Embarazo ectópico previo.	Carga laboral alta (>10 horas por día; >6 horas de pie al día)	
Síndrome convulsivo	Cesárea previa.	Exposición ocupacional a tóxicos, solventes, químicos, sustancias radioactivas o exposición a altas temperaturas.	
Trastornos de la salud mental	Cirugía pélvica previa.		
Anemia antes del embarazo	Anomalía pélvica.		
IVU crónica	Malformaciones uterinas.		
Mujer viviendo con VIH / SIDA	Consumo de medicamentos Anticonvulsivantes, cumarínicos, antihipertensivos, tretinoína.		
Infecciones de Transmisión Sexual	Isoinmunización Rh previa.		

❖ Estos los factores sociales señalados no ameritan consulta preconcepcional con especialista



## ANEXO N° 2 CUIDADO PRECONCEPCIONAL. ACCIONES A TOMAR SEGÚN FACTORES DE RIESGO.

DATOS GENERALES		
FACTOR DE RIESGO	COMPLICACIONES ASOCIADAS	ACCIONES
<b>Edad materna avanzada (&gt; 35 Años)</b>	Complicaciones médicas, ginecológicas, quirúrgicas, genéticas	Asesoría de riesgo de embarazo basado en la edad.
<b>Edad materna precoz (&lt; 19 años)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prematurez.</li> <li>• Anomalías específicas como gastrosquisis en &lt;19 años.</li> <li>• Morbi- mortalidad en embarazo y parto en &lt; 15 años</li> <li>• Trastornos hipertensivos</li> <li>• RCIU</li> </ul>	Consejería de Salud sexual y reproductiva.
<b>Edad paterna avanzada</b>	Mutaciones de Novo (tipo dominante)	Asesoría de riesgo de embarazo basado en la edad
<b>Consanguinidad</b>	A mayor grado de consanguinidad mayor riesgo.	Investigar el grado de parentesco y si es dentro de los tres primeros grados de consanguinidad referir a asesoría genética.
<b>Ocupación</b> Trabajo >10 horas al día. Permanecer de pie > 6 horas continuas Exposición a tóxicos/ químicos (solventes)	Aborto. Muerte fetal. Prematurez. Bajo peso al nacer. Defectos congénitos	Recomendar adoptar medidas de higiene ocupacional o cambio de actividad laboral de ser posible

Fuente: CLAP/ OPS. "Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS". 2009.

TRASTORNOS MENTALES		
FACTOR DE RIESGO	COMPLICACIONES ASOCIADAS	ACCIONES
<b>Ansiedad. Depresión.</b>	1. Si abandona la medicación, se dan recaídas en 50% de casos 2. Las Sales de Litio y los inhibidores de serotonina tienen efectos teratogénicos	1. Referir a Psiquiatría 2. Mantenga comunicación con psiquiatría.
<b>Esquizofrenia</b>	1. Alta probabilidad de sufrir descompensación, infanticidio o de autolesionarse. 2. Los Antipsicóticos son altamente teratogénicos (La Clorpromazina es la más peligrosa)	1. Referir a Psiquiatría 2. Mantenga comunicación con psiquiatría. .

Fuente: CLAP/ OPS. "Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS". 2009.

ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS		
FACTOR DE RIESGO	COMPLICACIONES ASOCIADAS	ACCIONES
<b>Intervalo intergenésico Corto (&lt;24 meses)</b>	Mayor riesgo de morbilidad materno-perinatal	Aconseje intervalo: >24 meses postparto y >6 meses post aborto.
<b>Multiparidad (&gt;4 embarazos)</b>	Aumenta al doble probabilidad de muerte fetal intraparto.	Informe sobre los riesgos reales y sobre la conveniencia de una nueva gestación. Si opta por nuevo embarazo: extreme cuidado durante el prenatal, parto y post-parto.
<b>Aborto previo</b>	Aumenta el riesgo de muerte materna y neonatal.	Investigue <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad gestacional de la pérdida y antecedentes de otras pérdidas.</li> <li>• Malformaciones uterinas incompetencia cervical.</li> <li>• Desordenes hormonales.</li> <li>• ITS en abortos habituales.</li> <li>• Enfermedades inmunológicas.</li> </ul>
<b>Mortinato y Muerte neonatal previa</b>	Existe riesgo de repetir el evento.	Informe sobre la probabilidad de repetir el fenómeno. Indique VDRL para descartar Sífilis materna o para descartar síndrome antifosfolípido primario. Realice prueba de tolerancia a la glucosa (75 gramos de glucosa para no embarazada), y estudios específicos de la coagulación (TPT activado) y anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipinas. Planifique el cuidado de futuro embarazo.
<b>Parto pretérmino</b>	Riesgo aumenta: 10-15% con 1 parto pretérmino. 40% con 2 partos pretérmino. 60% con 3 ó más partos pretérmino.	Refiera a nutrición si: pacientes con IMC <18.5 ó $\geq 30 \text{ kg} / \text{m}^2$ . Tabaquismo: refiera a clínica de tabaquismo, incentivar a la reducción a la adicción del tabaquismo pasivo o activo. Recomiende Intervalo intergenésico >24 meses. Descarte incompetencia cervical. De tratamiento de ITS a usuaria y pareja, si es necesario. Trate enfermedad periodontal y procesos infecciosos. Investigue bacteriuria asintomática e infección de vías urinarias y trate.
<b>Restricción del crecimiento intrauterino</b>		Recomiende mejorar estado nutricional en pacientes de bajo peso. Informe riesgo en mujeres <15 años ó >35 años. Recomiende Intervalo intergenésico $\geq 24$ meses. Indique suspender consumo de tabaco y de drogas ilícitas. Controle adecuadamente las enfermedades crónicas.
<b>Cirugías previas del tracto reproductivo: miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea previa, cerclaje cervical.</b>	Mayor riesgo de: ruptura uterina, inserciones placentarias anormales, hemorragias graves.	Investigue sobre: tipo de histerotomía (incisión en T>riesgo), prolongaciones de histerotomía, infecciones de herida quirúrgica; periodo intergenésico y número de cesáreas previas para evaluar riesgo. Informe sobre riesgos de ruptura uterina y hemorragia.
<b>Malformaciones uterinas</b>	Mayor riesgo de pérdidas recurrente en 1 <sup>er</sup> y 2 <sup>o</sup> trimestre.	Refiera a tercer nivel para evaluar tratamiento quirúrgico.

Fuente: CLAP/ OPS. "Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS". 2009.

**ENFERMEDADES MÉDICAS NO-TRANSMISIBLES**

Las mujeres que presentan enfermedades crónicas requieren un manejo interdisciplinario, por lo que se deben considerar las interconsultas necesarias ante el deseo de un embarazo.

FACTOR DE RIESGO	COMPLICACIONES ASOCIADAS	ACCIONES
<b>Diabetes</b>	Aumenta riesgo de abortos, malformaciones fetales, fetopatías, prematuridad, muerte fetal y materna.	El objetivo primordial es la euglicemia periconcepcional Realice tamizaje preconcepcional a mujeres con diabetes gestacional previa o IMC $\geq 30$ kg/ m <sup>2</sup> ... Logrado el embarazo, se requiere manejo por equipo especializado.
<b>Enfermedades Tiroideas</b>	RCIU, BPEG, prematuridad, Preeclampsia, insuficiencia cardíaca congestiva, desprendimiento de placenta, mortinato Además en hipertiroidismo, crisis tiroideas y en hipotiroidismo neonatal.	Debe lograr eutiroidismo previo al embarazo. Advierta sobre la importancia del tratamiento durante el embarazo Logrado el embarazo, manejo por equipo especializado.
<b>Cardiopatías</b>	Causa importante de mortalidad materno-perinatal.	Refiera a nivel especializado.
<b>Hipertensión crónica</b>	Mortalidad Materna, preeclampsia, eclampsia, RCIU, BPEG, prematuridad y mortalidad perinatal.	Realice buena evaluación clínica. Refiera con ginecólogo, quien evaluará el cambio de antihipertensivos y las interconsultas con las especialidades que corresponda.
<b>Anemia</b>	Se asocia con placenta previa, hipertrofia y desprendimiento placentario, preeclampsia y hemorragia postparto. Si es severa RCIU y mortalidad neonatal. Las mujeres con anemia corren con mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas durante embarazo, parto o puerperio.	Si hemoglobina es $< 7$ gr/dl, refiera a medicina interna. Si hemoglobina $> 8$ gr/dl a $< 11$ gr/dl, solicite frotis de sangre periférico, de consejería nutricional y dieta adecuada, Trate con hierro elemental (60 mg v.o. c/ día) durante tres meses y solicite hemoglobina de control post-tratamiento. Dé educación nutricional.
<b>Asma</b>	Las pacientes con asma descompensada pueden presentar: preeclampsia, hipertensión, hiperémesis gravídica, aborto espontáneo, RCIU, parto prematuro y bajo peso al nacer.	Recomiende continuar tratamiento. Al momento de deseo de embarazo, consulte con médico tratante. Una vez logrado embarazo, refiera a control especializado.
<b>Convulsiones</b>	Aumento de defectos congénitos de 1/15 por uso de anticonvulsivantes. Convulsiones repetidas se asocian a abortos espontáneos, hipoxia fetal, bradicardia y muerte perinatal.	Recomiende continuar tratamiento. Al momento de deseo de embarazo, consulte con médico tratante para cambio de medicamento. Una vez logrado embarazo refiera a control especializado.

Fuente: CLAP/ OPS. "Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS". 2009.



ENFERMEDADES MATERNAS TRANSMISIBLES		
FACTOR DE RIESGO	COMPLICACIONES ASOCIADAS	ACCIONES
<b>Rubéola, Varicela</b>	Abortos. Malformaciones congénitas. Infección perinatal	Descarte infección previa. Investigue inmunización: Si no ha sido vacunada, cumpla vacuna al menos tres meses antes del embarazo.
<b>Citomegalovirus</b>	Infección congénita. Sordera neurosensorial Retardo mental	Recomiende uso de guantes y lavado de manos. (Fuente de transmisión es la orina de niños pequeños; por lo que el riesgo de infección es mayor en personal que manipula pañales).
<b>Toxoplasmosis</b>	Abortos. Malformaciones congénitas. Infecciones congénitas.	Recomiende medidas preventivas: No consumir carne cruda o poco cocida; lavado de manos al manipular carne cruda y los utensilios en contacto con carne cruda; desinfectar los vegetales crudos.
<b>Sífilis</b>	Transmisión materno infantil	Indique RPR. Si resultado es (+), prescriba tratamiento: Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana # 3. Si es alérgica a penicilina, se recomienda Doxiciclina 100 mg VO c/12hrs por 14 días o Tetraciclina 500 mg VO c/6hrs por 14 días. Recomiende postergar embarazo hasta terminar tratamiento. Dar tratamiento a pareja
<b>VIH</b>	Transmisión materno-infantil	Brinde consejería previo y posterior a la prueba y llene consentimiento informado. Si prueba es (+) informe sobre riesgo de transmisión materno-infantil y la necesidad de terapia antirretroviral si se embaraza. Si decide no embarazarse, indique método de Planificación Familiar.
<b>Hepatitis B</b>	Prematurez Bajo peso para edad gestacional	Investigue inmunización previa, especialmente en adolescentes. Puede aplicar vacuna durante el embarazo (es una vacuna de virus muertos), si está indicado.
<b>Gripe</b>	Mayor morbilidad y mortalidad materna	La vacuna anti-influenza es segura durante embarazo (virus inactivado). Recomiende la vacunación anti- H1N1.
<b>Tuberculosis</b>	RCIU, BPEG, sepsis neonatal y muerte.	Recomiende posponer el embarazo en caso de infección activa.

Fuente: CLAP/ OPS. "Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS". 2009.

FACTORES SOCIALES		
FACTOR DE RIESGO	COMPLICACIONES ASOCIADAS	ACCIONES
<b>Violencia de género</b>	Riesgo de morbi-mortalidad tanto para la madre como para el hijo/a.	Investigue si sufre de violencia. Apóyela y ayúdela a evaluar su situación actual. Explore opciones. Ayúdela a identificar recursos locales de apoyo (familia, amigos, comunidad u ONG's) Recuérdela que hay recursos legales, si el caso

		lo amerita.
<b>Analfabetismo y bajos recursos económicos</b>	Riesgo de morbi-mortalidad tanto para la madre como al hijo/a. Se asocian a: Desnutrición y anemia materna, restricción de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer.	Instruya de la importancia de alimentación adecuada con los pocos recursos que la paciente posee. Brinde consejería sobre la importancia del control prenatal precoz y sistemático al embarazarse. Prevenga la anemia.

## ESTILOS DE VIDA

FACTOR DE RIESGO	COMPLICACIONES ASOCIADAS	ACCIONES
<b>Obesidad (IMC &gt;30 Kg /m<sup>2</sup>)</b>	En la mujer: hipertensión inducida por embarazo, diabetes, trastornos tromboembólicos, aumento de cesáreas, infecciones, anemia postparto y muerte materna. En el Recién Nacido: defectos del tubo neural, macrosomía fetal, prematuridad, partos distócicos, depresión neonatal y muerte fetal.	Recomiende bajar de peso. Indique una dieta balanceada y saludable, rica en folatos y carotenoides. Indique ácido fólico 5 mg/día. Referir a evaluación nutricional
<b>Bajo peso pre-gravídico (IMC &lt;18.5 Kg /m<sup>2</sup>)</b>	Prematuridad. RCIU. Gastrosquisis.	Si es posible, recomiende evaluación por nutricionista. Brinde suplementos nutricionales.
<b>Desórdenes alimentarios (anorexia, bulimia)</b>	Altas tasas de aborto y depresión postparto.	Investíguelo, las pacientes suelen ocultarlo. Recomiende posponer el embarazo. Refiera a Psiquiatría.
<b>Ejercicio</b>		Recomiende ejercicios. Los aeróbicos son convenientes, ya que fortalecen los músculos y activan la circulación venosa.

Fuente: CLAP/ OPS. "Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS". 2009.

## CONSUMO DE SUSTANCIAS

FACTOR DE RIESGO	COMPLICACIONES ASOCIADAS	ACCIONES
<b>Tabaco</b>	Produce: Infertilidad, aborto espontáneo, RCIU, bajo peso al nacer, prematuridad, desprendimiento de placenta, muerte fetal y perinatal, infecciones respiratorias del RN.	Refiera a clínica de tabaquismo. Incentive la reducción a la adicción del tabaquismo pasivo o activo.
<b>Alcohol</b>	El consumo excesivo produce: Síndrome del Alcohol fetal, Muerte intrauterina, restricción del crecimiento pre y postnatal, alteraciones del sistema nervioso central y de la conducta.	Incentive a la reducción de su consumo.
<b>Drogas</b>	Cocaína: disrupción vascular expresados en anomalías del SNC, defectos por reducción de miembros y RCIU. Marihuana: igual al tabaco.	Proponga un plan de tratamiento para el abandono de la adicción. Indique posponer el embarazo. Refiera a Salud Mental.
<b>Café, té, gaseosas.</b>	Alta ingesta durante 1 <sup>er</sup> trimestre se	Aconseje evitar su consumo.

	asocia a aborto espontáneo y a restricción del crecimiento intrauterino.	
--	--	--

Fuente: CLAP/ OPS. "Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS". 2009.

CONSUMO DE MEDICAMENTOS		
<b>Anticonvulsivantes</b>	<p><b>Difenilhidantoína:</b> interfiere en metabolismo de folato lo que provoca defectos del tubo neural y Síndrome hidantoínico fetal: RCIU, microcefalia, dismorfias faciales, paladar hendido y labio leporino, hipoplasia digital distal y a veces cardiopatía.</p> <p><b>Ácido Valpróico:</b> defectos del tubo neural, RCIU, retraso en el desarrollo y en el aprendizaje, además cardiopatía congénita.</p>	<p>Recomiende continuar tratamiento</p> <p>Al momento de deseo de embarazo, consulte con médico tratante para cambio de medicamento.</p> <p>Una vez logrado embarazo, refiera a control especializado.</p> <p>Prescriba ácido fólico 5 mg/día vía oral durante periodo periconcepcional y continuar durante todo el embarazo.</p>
<b>Cumarínicos</b>	Altamente teratogénicos. Producen hipoplasia del cartílago nasal, atrofia óptica y epífisis punctata.	<p>Recomiende continuar tratamiento.</p> <p>Al momento de deseo de embarazo, consulte con médico tratante para cambio de medicamento.</p> <p>Una vez logrado embarazo, refiera a control especializado.</p>
<b>Antihipertensivos</b>	Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina ( <b>IECA</b> ) y Antagonistas de los Receptores de la Angiotensina II ( <b>ARA II</b> ): producen daño renal fetal cuando son usados en 2º y 3º trimestre.	Refiera con ginecólogo, quien evaluará el cambio de antihipertensivos y las interconsultas con las especialidades que corresponda.
<b>Antibióticos</b>	<p><b>Estreptomicina y Kanamicina:</b> Producen sordera.</p> <p><b>Tetraciclinas:</b> Causan trastornos esqueléticos y de la constitución del esmalte de los dientes, defectos del tubo neural, paladar hendido, labio leporino, cardiopatías y acortamiento de extremidades. Además, producen toxicidad hepática en las mujeres.</p>	Indique antibióticos clase A y B.
<b>Isotretinoína (tratamiento de acné quístico) y Etreinato (psoriasis).</b>	Altamente teratogénicos: Producen defectos craneofaciales, cardiovasculares, del SNC y timo.	<p>Recomiende posponer el embarazo hasta 1 año después de finalizar el tratamiento.</p> <p>Indique un anticonceptivo seguro.</p>

Fuente: CLAP/ OPS. "Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS". 2009.



## ANEXO N° 3



### CONTROL PRENATAL. HOJA FILTRO

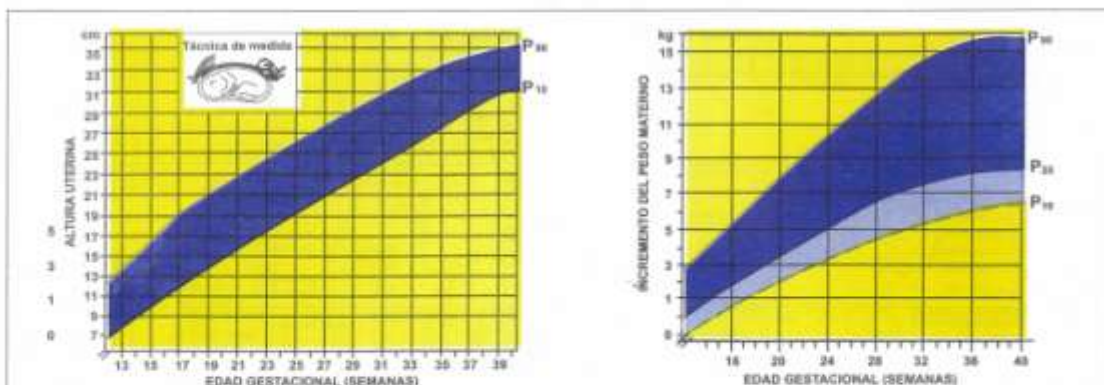
Nombre de la Paciente: _____		No. de Expediente: _____									
Dirección: _____		Tel. _____									
<p><b>Instrucciones:</b> La sección “Antecedentes Obstétricos” la llenará sólo durante la inscripción. Las 2 secciones restantes serán llenadas durante la inscripción y los controles prenatales subsecuentes. Marque con una cruz la casilla correspondiente según responda la embarazada.</p> <p>La respuesta afirmativa de 1 ó más criterios significa que la mujer No es elegible para recibir Control Prenatal Básico (En el Primer Nivel). Refiérala al Control Prenatal Especializado (Utilizando la hoja de referencia y retorno) con ECO-E, Unidad de salud con ginecólogo, hospital de Segundo o Unidad periférica del ISSS. Si el ginecólogo considera que debe continuar en control prenatal especializado deberá llenar una nueva hoja filtro y actualizarla según corresponda.</p> <p>Para el ISSS, Se referirá para el Tercer Nivel de Atención las que presenten los numerales 2,6,10,12,13,14,15,16,19,22,29,30 y 31 positivos, excepto cesárea anterior</p>											
<b>I. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>		<b>1º</b>		<b>2º</b>		<b>3º</b>		<b>4º</b>		<b>5º</b>	
		<b>FECHA</b>									
		<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
1. Muerte Fetal o muerte neonatal previa.											
2. Antecedentes de 2 ó más abortos espontáneos previos.											
3. Peso al nacer del último bebé < 2,500 gr (<5.4 lb)											
4. Peso al nacer del último bebé > 4,000 gr (>8.62 lb)											
5. Hipertensión o preeclampsia/eclampsia en embarazo(s) anterior(es)											
6. Cirugías previas del tracto reproductivo: miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea previa, cerclaje cervical.											
7. Antecedentes de parto prematuro o inmaduro.											
8. Antecedente de parto difícil (Presentación anormal, duración mayor a 24 horas, desgarros grado III-IV)											
9. Antecedente de hemorragia postparto en embarazos previos.											
10. Madre Rh (-) con antecedente de Isoinmunización Rh											
11. Malformaciones congénitas previas											

II. HISTORIA MÉDICA GENERAL	1º		2º		3º		4º		5º	
	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
1. Diabetes ( tipo I ,II o Gestacional)										
2. Trastornos neurológicos (Epilepsia, paraplejia, ACV previo, anomalías de columna, entre otros)										
3. Trombosis venosa profunda (actual o previa).										
4. Cardiopatía (Congénita o adquirida)										
5. Consumo de drogas o alcohol.										
6. Trastornos depresivos.										
7. Trastornos de ansiedad.										
8. Cualquier otra enfermedad o afección médica severa Por favor especifique_____										
	1º		2º		3º		4º		5º	
III. EMBARAZO ACTUAL	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
9. Embarazada < 15 años ó >35 años de edad										
10. Estado nutricional (IMC< 18.5 Kg/m2 ó > 40 Kg/m2)										
11. Presión arterial ≥ 140/90 mm de Hg.										
12. Violencia basada en género (Intrafamiliar / Sexual)										
13. Embarazo no deseado										
14. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple										
15. Discordancia entre edad gestacional y altura uterina o sospecha de Restricción de Crecimiento intrauterino										
16. Diagnóstico o sospecha de parto prematuro o inmaduro										
17. Hemorragia Vaginal.										
18. Infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, sífilis)										
19. Existencia de otros signos/síntomas de alarma: dolor de cabeza; dolor en epigastrio o hipocondrio derecho; problemas visuales: visión doble, visión borrosa, escotomas, fosfenos y amaurosis.										
20. Masa Pélvica										
¿ES ELEGIBLE PARA CONTROL PRENATAL BASICO?										
Si la respuesta a la pregunta anterior es NO, será referida al establecimiento:_____										





## HISTORIA CLÍNICA PERINATAL. REVERSO



CLAP (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

## LISTADO DE CODIGOS

Historia Clínica Perinatal - Base

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

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		34 Hemorragia antrópica por defecto de la coagulación		34B.0	MEMBRANAS		
51 GEFATOSIN NEUTRA	030	35 Ruptura uterina antes o durante el parto	35.0	37.0	37.1	37.2	37.3
52 DEFICIENCIA PRENATAL	030	36 Ruptura uterina después del parto	36.0	37.4	37.5	37.6	37.7
53 Hiperfuerio (parto excesivo) complicado EPP	010.0	37 ROTURA	030	37.8	37.9	38.0	38.1
54 Hiperfuerio (parto excesivo) complicado EPP	010.0	38 Anemia por deficiencia de hierro	027.0-027.2 y 027.8	38.2	38.3	38.4	38.5
55 Preeclampsia	013.014	39 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	040	38.6	38.7	38.8	38.9
56 Hiperfuerio (distocia del embarazo)	010	40 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	040.1	38.9	39.0	39.1	39.2
57 Preeclampsia leve	013	41 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	040.2	39.3	39.4	39.5	39.6
58 Preeclampsia severa y moderada	013	42 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	040.3	39.7	39.8	39.9	40.0
59 Hiperfuerio (parto con producción hemorrágica)	011	43 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	040.4	40.1	40.2	40.3	40.4
60 ECLAMPSIA	015	44 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	040.5	40.5	40.6	40.7	40.8
61 ECLAMPSIA	015	45 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	040.6	40.9	41.0	41.1	41.2
62 ECLAMPSIA	015	46 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	040.7	41.3	41.4	41.5	41.6
63 ECLAMPSIA	015	47 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	040.8	41.7	41.8	41.9	42.0
64 ECLAMPSIA	015	48 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	040.9	42.1	42.2	42.3	42.4
65 ECLAMPSIA	015	49 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	041.0	42.5	42.6	42.7	42.8
66 ECLAMPSIA	015	50 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	041.1	42.9	43.0	43.1	43.2
67 ECLAMPSIA	015	51 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	041.2	43.3	43.4	43.5	43.6
68 ECLAMPSIA	015	52 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	041.3	43.7	43.8	43.9	44.0
69 ECLAMPSIA	015	53 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	041.4	44.1	44.2	44.3	44.4
70 ECLAMPSIA	015	54 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	041.5	44.5	44.6	44.7	44.8
71 ECLAMPSIA	015	55 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	041.6	44.9	45.0	45.1	45.2
72 ECLAMPSIA	015	56 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	041.7	45.3	45.4	45.5	45.6
73 ECLAMPSIA	015	57 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	041.8	45.7	45.8	45.9	46.0
74 ECLAMPSIA	015	58 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	041.9	46.1	46.2	46.3	46.4
75 ECLAMPSIA	015	59 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	042.0	46.5	46.6	46.7	46.8
76 ECLAMPSIA	015	60 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	042.1	46.9	47.0	47.1	47.2
77 ECLAMPSIA	015	61 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	042.2	47.3	47.4	47.5	47.6
78 ECLAMPSIA	015	62 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	042.3	47.7	47.8	47.9	48.0
79 ECLAMPSIA	015	63 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	042.4	48.1	48.2	48.3	48.4
80 ECLAMPSIA	015	64 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	042.5	48.5	48.6	48.7	48.8
81 ECLAMPSIA	015	65 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	042.6	48.9	49.0	49.1	49.2
82 ECLAMPSIA	015	66 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	042.7	49.3	49.4	49.5	49.6
83 ECLAMPSIA	015	67 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	042.8	49.7	49.8	49.9	50.0
84 ECLAMPSIA	015	68 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	042.9	50.1	50.2	50.3	50.4
85 ECLAMPSIA	015	69 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	043.0	50.5	50.6	50.7	50.8
86 ECLAMPSIA	015	70 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	043.1	50.9	51.0	51.1	51.2
87 ECLAMPSIA	015	71 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	043.2	51.3	51.4	51.5	51.6
88 ECLAMPSIA	015	72 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	043.3	51.7	51.8	51.9	52.0
89 ECLAMPSIA	015	73 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	043.4	52.1	52.2	52.3	52.4
90 ECLAMPSIA	015	74 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	043.5	52.5	52.6	52.7	52.8
91 ECLAMPSIA	015	75 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	043.6	52.9	53.0	53.1	53.2
92 ECLAMPSIA	015	76 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	043.7	53.3	53.4	53.5	53.6
93 ECLAMPSIA	015	77 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	043.8	53.7	53.8	53.9	54.0
94 ECLAMPSIA	015	78 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	043.9	54.1	54.2	54.3	54.4
95 ECLAMPSIA	015	79 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	044.0	54.5	54.6	54.7	54.8
96 ECLAMPSIA	015	80 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	044.1	54.9	55.0	55.1	55.2
97 ECLAMPSIA	015	81 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	044.2	55.3	55.4	55.5	55.6
98 ECLAMPSIA	015	82 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	044.3	55.7	55.8	55.9	56.0
99 ECLAMPSIA	015	83 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	044.4	56.1	56.2	56.3	56.4
100 ECLAMPSIA	015	84 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	044.5	56.5	56.6	56.7	56.8
101 ECLAMPSIA	015	85 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	044.6	56.9	57.0	57.1	57.2
102 ECLAMPSIA	015	86 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	044.7	57.3	57.4	57.5	57.6
103 ECLAMPSIA	015	87 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	044.8	57.7	57.8	57.9	58.0
104 ECLAMPSIA	015	88 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	044.9	58.1	58.2	58.3	58.4
105 ECLAMPSIA	015	89 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	045.0	58.5	58.6	58.7	58.8
106 ECLAMPSIA	015	90 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	045.1	58.9	59.0	59.1	59.2
107 ECLAMPSIA	015	91 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	045.2	59.3	59.4	59.5	59.6
108 ECLAMPSIA	015	92 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	045.3	59.7	59.8	59.9	60.0
109 ECLAMPSIA	015	93 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	045.4	60.1	60.2	60.3	60.4
110 ECLAMPSIA	015	94 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	045.5	60.5	60.6	60.7	60.8
111 ECLAMPSIA	015	95 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	045.6	60.9	61.0	61.1	61.2
112 ECLAMPSIA	015	96 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	045.7	61.3	61.4	61.5	61.6
113 ECLAMPSIA	015	97 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	045.8	61.7	61.8	61.9	62.0
114 ECLAMPSIA	015	98 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	045.9	62.1	62.2	62.3	62.4
115 ECLAMPSIA	015	99 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	046.0	62.5	62.6	62.7	62.8
116 ECLAMPSIA	015	100 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	046.1	62.9	63.0	63.1	63.2
117 ECLAMPSIA	015	101 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	046.2	63.3	63.4	63.5	63.6
118 ECLAMPSIA	015	102 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	046.3	63.7	63.8	63.9	64.0
119 ECLAMPSIA	015	103 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	046.4	64.1	64.2	64.3	64.4
120 ECLAMPSIA	015	104 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	046.5	64.5	64.6	64.7	64.8
121 ECLAMPSIA	015	105 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	046.6	64.9	65.0	65.1	65.2
122 ECLAMPSIA	015	106 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	046.7	65.3	65.4	65.5	65.6
123 ECLAMPSIA	015	107 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	046.8	65.7	65.8	65.9	66.0
124 ECLAMPSIA	015	108 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	046.9	66.1	66.2	66.3	66.4
125 ECLAMPSIA	015	109 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	047.0	66.5	66.6	66.7	66.8
126 ECLAMPSIA	015	110 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	047.1	66.9	67.0	67.1	67.2
127 ECLAMPSIA	015	111 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	047.2	67.3	67.4	67.5	67.6
128 ECLAMPSIA	015	112 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	047.3	67.7	67.8	67.9	68.0
129 ECLAMPSIA	015	113 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	047.4	68.1	68.2	68.3	68.4
130 ECLAMPSIA	015	114 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	047.5	68.5	68.6	68.7	68.8
131 ECLAMPSIA	015	115 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	047.6	68.9	69.0	69.1	69.2
132 ECLAMPSIA	015	116 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	047.7	69.3	69.4	69.5	69.6
133 ECLAMPSIA	015	117 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	047.8	69.7	69.8	69.9	70.0
134 ECLAMPSIA	015	118 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	047.9	70.1	70.2	70.3	70.4
135 ECLAMPSIA	015	119 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	048.0	70.5	70.6	70.7	70.8
136 ECLAMPSIA	015	120 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	048.1	70.9	71.0	71.1	71.2
137 ECLAMPSIA	015	121 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	048.2	71.3	71.4	71.5	71.6
138 ECLAMPSIA	015	122 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	048.3	71.7	71.8	71.9	72.0
139 ECLAMPSIA	015	123 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	048.4	72.1	72.2	72.3	72.4
140 ECLAMPSIA	015	124 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	048.5	72.5	72.6	72.7	72.8
141 ECLAMPSIA	015	125 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	048.6	72.9	73.0	73.1	73.2
142 ECLAMPSIA	015	126 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	048.7	73.3	73.4	73.5	73.6
143 ECLAMPSIA	015	127 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	048.8	73.7	73.8	73.9	74.0
144 ECLAMPSIA	015	128 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	048.9	74.1	74.2	74.3	74.4
145 ECLAMPSIA	015	129 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	049.0	74.5	74.6	74.7	74.8
146 ECLAMPSIA	015	130 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	049.1	74.9	75.0	75.1	75.2
147 ECLAMPSIA	015	131 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	049.2	75.3	75.4	75.5	75.6
148 ECLAMPSIA	015	132 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	049.3	75.7	75.8	75.9	76.0
149 ECLAMPSIA	015	133 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	049.4	76.1	76.2	76.3	76.4
150 ECLAMPSIA	015	134 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	049.5	76.5	76.6	76.7	76.8
151 ECLAMPSIA	015	135 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	049.6	76.9	77.0	77.1	77.2
152 ECLAMPSIA	015	136 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	049.7	77.3	77.4	77.5	77.6
153 ECLAMPSIA	015	137 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	049.8	77.7	77.8	77.9	78.0
154 ECLAMPSIA	015	138 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	049.9	78.1	78.2	78.3	78.4
155 ECLAMPSIA	015	139 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	050.0	78.5	78.6	78.7	78.8
156 ECLAMPSIA	015	140 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	050.1	78.9	79.0	79.1	79.2
157 ECLAMPSIA	015	141 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	050.2	79.3	79.4	79.5	79.6
158 ECLAMPSIA	015	142 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	050.3	79.7	79.8	79.9	80.0
159 ECLAMPSIA	015	143 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	050.4	80.1	80.2	80.3	80.4
160 ECLAMPSIA	015	144 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	050.5	80.5	80.6	80.7	80.8
161 ECLAMPSIA	015	145 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	050.6	80.9	81.0	81.1	81.2
162 ECLAMPSIA	015	146 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	050.7	81.3	81.4	81.5	81.6
163 ECLAMPSIA	015	147 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	050.8	81.7	81.8	81.9	82.0
164 ECLAMPSIA	015	148 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	050.9	82.1	82.2	82.3	82.4
165 ECLAMPSIA	015	149 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	051.0	82.5	82.6	82.7	82.8
166 ECLAMPSIA	015	150 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	051.1	82.9	83.0	83.1	83.2
167 ECLAMPSIA	015	151 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	051.2	83.3	83.4	83.5	83.6
168 ECLAMPSIA	015	152 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	051.3	83.7	83.8	83.9	84.0
169 ECLAMPSIA	015	153 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	051.4	84.1	84.2	84.3	84.4
170 ECLAMPSIA	015	154 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	051.5	84.5	84.6	84.7	84.8
171 ECLAMPSIA	015	155 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	051.6	84.9	85.0	85.1	85.2
172 ECLAMPSIA	015	156 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	051.7	85.3	85.4	85.5	85.6
173 ECLAMPSIA	015	157 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	051.8	85.7	85.8	85.9	86.0
174 ECLAMPSIA	015	158 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	051.9	86.1	86.2	86.3	86.4
175 ECLAMPSIA	015	159 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	052.0	86.5	86.6	86.7	86.8
176 ECLAMPSIA	015	160 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	052.1	86.9	87.0	87.1	87.2
177 ECLAMPSIA	015	161 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	052.2	87.3	87.4	87.5	87.6
178 ECLAMPSIA	015	162 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	052.3	87.7	87.8	87.9	88.0
179 ECLAMPSIA	015	163 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	052.4	88.1	88.2	88.3	88.4
180 ECLAMPSIA	015	164 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	052.5	88.5	88.6	88.7	88.8
181 ECLAMPSIA	015	165 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	052.6	88.9	89.0	89.1	89.2
182 ECLAMPSIA	015	166 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	052.7	89.3	89.4	89.5	89.6
183 ECLAMPSIA	015	167 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	052.8	89.7	89.8	89.9	90.0
184 ECLAMPSIA	015	168 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	052.9	90.1	90.2	90.3	90.4
185 ECLAMPSIA	015	169 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	053.0	90.5	90.6	90.7	90.8
186 ECLAMPSIA	015	170 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	053.1	90.9	91.0	91.1	91.2
187 ECLAMPSIA	015	171 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	053.2	91.3	91.4	91.5	91.6
188 ECLAMPSIA	015	172 RUPURA PREMATURA DE MEMBR					

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION		ANOMALIAS CONGENITAS	
01 Cesárea previa	14 Placenta hemorrea		
02 Sufrimiento fetal agudo	15 Ruptura prematura de membranas	100 Anencefalia	000.0 148 Osteomieloma
03 Desproporción cefalopelvica	16 Inyección mular inyectada o confirmada	101 Epafra anfibolomeninge	000.0 147 Anemia dispraxia
04 Alteración de la contractilidad	17 Placenta previa	102 Hidrocefalia	000.0 146 Anemia plaxial
05 Parto prolongado	18 Anestesia cloruro	103 Hidrocefalia	000.0 145 Anemia fetal
06 Femenidad de la pelvis	19 Ruptura uterina	104 Microcefalia	000.0 151 Otras anomalías gastrointestinales
07 Desorden distorsión de la presentación	20 Presección y atropina	105 Hiperplasia corneal	000.0 161 Derivados malformados
08 Embarazo múltiple	21 Histero placentaria	107 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central	000.0 162 Anemia fetal toxica
09 B.C.U.I.	22 Condiplomata genital	000.0 163 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0 161-169
10 Parto de pretérmino	23 Otras distorsiones, maternales	000.0 164 Hiperplasia completa	000.0
11 Parto de postérmino	24 Muerte fetal	000.0 165 Exfolia de la retina	000.0
12 Presentación podalica	25 Madre exhausta	000.0 166 Otras anomalías oftalmológicas	000.0
13 Presente postero	26 Otras 78.46V	000.0 167 Trombosis 1	000.0, 001.0, 002.0
		000.0 168 Trombosis 2	000.0, 001.0, 002.0
		000.0 169 Trombosis de Dvosi	000.0
		000.0 170 Otras anomalías cardiovasculares	000.0
		000.0 171 Lado fetal	000.0
		000.0 172 Pubertad	000.0
		000.0 173 Condiplomata de la pelvis	000.0
		000.0 174 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 175 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 176 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 177 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 178 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 179 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 180 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 181 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 182 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 183 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 184 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 185 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 186 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 187 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 188 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 189 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 190 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 191 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 192 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 193 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 194 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 195 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 196 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 197 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 198 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 199 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 200 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 201 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 202 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 203 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 204 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 205 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 206 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 207 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 208 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 209 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 210 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 211 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 212 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 213 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 214 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 215 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 216 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 217 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 218 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 219 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0
		000.0 220 Rikofano por o malformación o distorsión B.C.U.I.	000.0

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	
01 Lidocaina o similar	10 Inhibidores de Fosfolipolistas
02 Analgesia epidural/anestesia	11 Antagonistas del calcio
03 Gases anestésicos (pentánol fluoruro de etileno)	12 Salicatos de triacetato
04 Butilfenol	13 Inhibidores de la acetilcolinesterasa
05 Relajantes musculares	20 Beta bloqueantes
06 Descurvientes	21 Opios antipresiónes
07 Magnésico	22 Salicatos y derivados
08 Calcitonina	23 Neprilina
09 Oxidrina	24 Corticoides
10 Propofol/anestesia	25 Catecolaminas
11 Betabloqueantes (Antiopas-alfa-1-antagonistas)	26 Quinidina
12 Antagonistas de la acetilcolinesterasa	27 Anestésico
13 Entonoxo	28 Anestésico
14 Metoprolol	29 Glucocorticoides
15 Salbutamol	30 Opios
16 Salbutamol	31 Clonazepam
	32 Clonazepam
	33 Clonazepam
	34 Clonazepam
	35 Clonazepam
	36 Clonazepam
	37 Clonazepam
	38 Clonazepam
	39 Clonazepam
	40 Clonazepam
	41 Clonazepam
	42 Clonazepam
	43 Clonazepam
	44 Clonazepam
	45 Clonazepam
	46 Clonazepam
	47 Clonazepam
	48 Clonazepam
	49 Clonazepam
	50 Clonazepam
	51 Clonazepam
	52 Clonazepam
	53 Clonazepam
	54 Clonazepam
	55 Clonazepam
	56 Clonazepam
	57 Clonazepam
	58 Clonazepam
	59 Clonazepam
	60 Clonazepam
	61 Clonazepam
	62 Clonazepam
	63 Clonazepam
	64 Clonazepam
	65 Clonazepam
	66 Clonazepam
	67 Clonazepam
	68 Clonazepam
	69 Clonazepam
	70 Clonazepam
	71 Clonazepam
	72 Clonazepam
	73 Clonazepam
	74 Clonazepam
	75 Clonazepam
	76 Clonazepam
	77 Clonazepam
	78 Clonazepam
	79 Clonazepam
	80 Clonazepam
	81 Clonazepam
	82 Clonazepam
	83 Clonazepam
	84 Clonazepam
	85 Clonazepam
	86 Clonazepam
	87 Clonazepam
	88 Clonazepam
	89 Clonazepam
	90 Clonazepam
	91 Clonazepam
	92 Clonazepam
	93 Clonazepam
	94 Clonazepam
	95 Clonazepam
	96 Clonazepam
	97 Clonazepam
	98 Clonazepam
	99 Clonazepam
	100 Clonazepam



Nota: Se efectuó el ajuste a los datos de los valores de los precios de los bienes y servicios, se le suma el IVA y se comparan los valores obtenidos con los precios (PIB, PPI y PPII) publicados.





## ANEXO N° 5.B CARNÉ MATERNO PERINATAL DEL SIP.

### REVERSO



Teoría de medida

ALTURA UTERINA (cm)

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)

INCREMENTO DEL PESO MATERNO (kg)

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

Di	Me	Di	Me	Di	Me

**FECHA PRÓXIMA CITA**

Di	Me	Di	Me	Di	Me

**VACUNACIÓN**

DOSIS	
DT1	
DT2	
DT3	
DT4	
DT5	
Antidoto	

EL EMBARAZO BIEN CUIDADO AYUDA A TENER UN PARTO CON UN FINAL FELIZ.  
MADRES Y BEBÉS SANOS SON LA CLAVE PARA UNA BUENA SALUD EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

**CARNÉ MATERNO PERINATAL**

PRIMER APELLIDO \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO \_\_\_\_\_

NOMBRES \_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_

N° DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ (AÑOS) ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

PROCESO EN UTERO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

SI ESTE CUANDO \_\_\_\_\_ APARECE ANTES DEL DIA \_\_\_\_\_  
ROJO INDICA QUE SU PARTO NO PUEDE SER ATENDIDO EN CASA.

DEBIDA A \_\_\_\_\_

**\* CADA VEZ QUE CONSULTE LLEVAR ESTE CARNÉ Y LA FICHA DE PLAN DE PARTO \***



## ANEXO N° 6

### Clasificación de la OMS del Estado Nutricional según el Índice Masa Corporal

CLASIFICACIÓN	VALORES PRINCIPALES
<b>Bajo peso</b>	<b>&gt;18.5</b>
Severa	>16.0
Moderada	16.0 - 16.9
Aceptable	17.0 - 18.9
<b>Normal</b>	<b>18.5 - 24.9</b>
<b>Sobrepeso</b>	<b>&gt;25.0</b>
<b>Pre-obeso</b>	<b>25.0 - 29.9</b>
<b>Obeso</b>	<b>&gt;30.0</b>
Obeso tipo I	30.0 - 34.9
Obeso tipo II	35.0 - 39.9
Obeso tipo III	≥40.0

**Programa FORMA. Recomendaciones para la pérdida de peso y mantenimiento en casos de obesidad.** De la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición

## ANEXO N° 7: GANANCIA DE PESO EN EMBARAZO RECOMENDADA SEGÚN IMC PREGESTACIONAL.

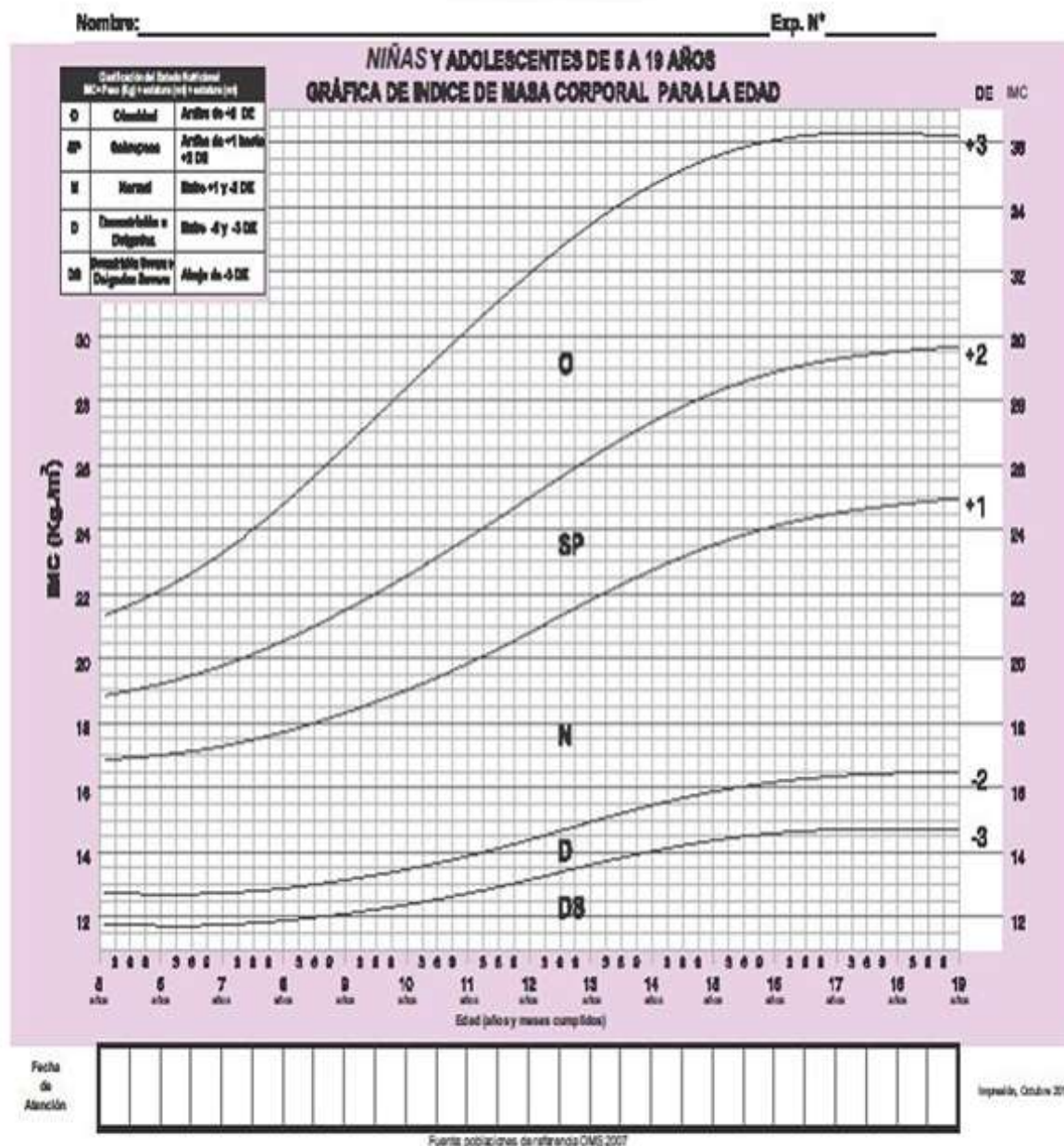
Cuando el peso pre-gravídico es conocido, se utilizará para calcular el índice de masa corporal (IMC). Si no se conoce éste, el peso de la primera consulta (cuando ocurre durante el primer trimestre) se asumirá como tal, y se utilizará para calcular el IMC. Este índice permite estimar los rangos de aumento de peso adecuados durante el embarazo.

El IMC se calcula de la siguiente manera:  $IMC = \text{Peso en kilos} / \text{talla en metros al cuadrado}$ .

AUMENTO DE PESO DURANTE EMBARAZO RECOMENDADO SEGÚN IMC PREGESTACIONAL		
CATEGORIA DE PESO	IMC (Kg / m <sup>2</sup> )	AUMENTO TOTAL DE PESO EN Kg
<b>Bajo Peso</b>	<b>12.0 -18.4</b>	<b>12.5 - 18.0</b>
<b>Peso Normal</b>	<b>18.5 - 24.9</b>	<b>11.5 - 16.0</b>
<b>Sobrepeso</b>	<b>25.0 - 29.9</b>	<b>7.0 -11.5</b>
<b>Obesidad</b>	<b>30.0 ó más</b>	<b>6.0</b>

Fuente: CLAP / SMR. . “Continuo de Atención de la Mujer y el recién Nacido.” 2009.

## ANEXO N° 8 IMC SEGÚN EDAD (EN AÑOS) EN ADOLESCENTES





## ANEXO N° 9

### REGLA DE NAEGELE

Sirve para calcular la fecha probable de parto (FFP). Se usa así:

<b>REGLA DE NAEGELE:</b>
Al primer día de la última regla (FUR) se le suma 7 para calcular el día de la FPP
Al mes de la última regla (FUR) se le restan 3 para calcular el mes de la FPP.

## ANEXO N° 10

### ESQUEMA DE VACUNACIÓN CON Td.

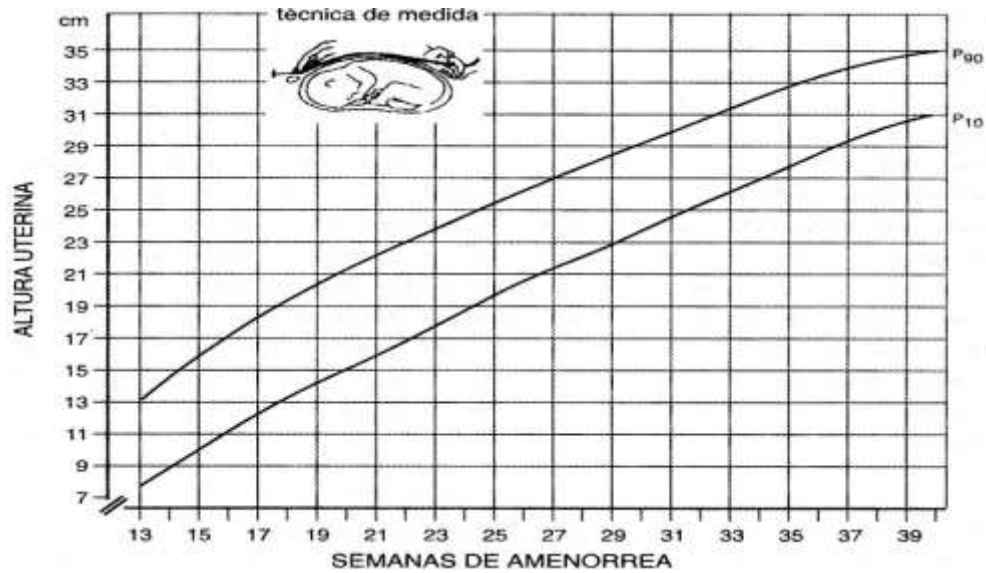
La Td es la vacuna indicada para la prevención del tétanos en hombres y mujeres adolescentes, adultos y adultos mayores. Su esquema se presenta a continuación:

<b>DOSIS</b>	<b>MOMENTO DE APLICACIÓN</b>
<b>1ª. Dosis</b>	<b>A partir de las 16 semanas</b>
<b>2ª. Dosis</b>	<b>1 mes después</b>
<b>3ª. Dosis</b>	<b>1 año después o durante un embarazo posterior</b>
<b>4ª. Dosis</b>	<b>1 año después o durante un embarazo posterior</b>
<b>5ª. Dosis</b>	<b>1 año después o durante un embarazo posterior</b>
<b>Refuerzos</b>	<b>Cada 10 años por el resto de la vida o durante un embarazo posterior</b>

Fuente: MSPAS. "Norma para la Prevención y Control de las Enfermedades Inmunoprevenibles."

## ANEXO N° 11

### CURVA DE INCREMENTO DE LA ALTURA UTERINA SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL





## EXÁMENES DE LABORATORIO COMPLEMENTARIOS DURANTE EL CONTROL PRENATAL

EXAMEN	RANGO EN SEMANAS					INTERVENCIONES
	< 12 sem	16 -18 sem	26-28 sem	32-34 sem	38 sem	
<b>Coombs Indirecto</b>	X		X			<ul style="list-style-type: none"> <li>Indique Coombs Indirecto a toda mujer embarazada Rh (-) al inicio del embarazo y a las 26-28 semanas.</li> <li>Sospeche isoinmunización si la mujer Rh (-) si presenta hemorragia obstétricas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Aborto previo</li> <li>Muerte perinatal previa.</li> <li>Ictericia en recién nacido previo (con necesidad de fototerapia o exsanguineo-transfusión)</li> <li>Vacunación anti- D en embarazo previo o post-parto previo.</li> <li>Maniobras invasivas durante el embarazo (amniocentesis, cordocentesis)</li> </ul> </li> <li>Dosis: <math>\gamma</math>-globulina hiperinmune anti-D 300 <math>\mu</math>g IM #1 <ul style="list-style-type: none"> <li>Esta prueba se vuelve (+) en caso de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Isoinmunización Rh</li> <li>Inmunización anti-Rh</li> </ul> </li> <li>Embarazada Rh (-) con Coombs Indirecto (+) arriba de 1:8 diluciones se tiene sospecha de isoinmunización materna y tiene que repetirse en 4 semanas para evaluar el comportamiento de las titulaciones. Si titulaciones son mayores o iguales a 1:16 referir a tercer nivel con perinatología.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Urocultivo</b>						<ul style="list-style-type: none"> <li>Es el mejor método diagnóstico para IVU asintomática o con sintomatología.</li> <li>Indicarlo si tira reactiva o EGO (+) y se cuenta con recurso.</li> </ul>
<b>Prueba de O'Sullivan</b>			X			<ul style="list-style-type: none"> <li>Es una prueba de tamizaje de diabetes con carga oral de 50 gramos de glucosa. No requiere ayuno. Puede tomarse en cualquier momento.</li> <li>Indicarla a la embarazada si: <ul style="list-style-type: none"> <li>Edad &gt; 30 años;</li> <li>IMC &gt;27 Kg/m<sup>2</sup> u obesidad abdominal;</li> <li>Tiene familiar diabético en</li> </ul> </li> </ul>

						<ul style="list-style-type: none"> <li>○ primer grado de consanguinidad;</li> <li>○ Presenta antecedente obstétrico de diabetes gestacional o hijos macrosómicos (peso al nacer <math>\geq 4,000</math> gr);</li> <li>○ Tiene antecedente de síndrome metabólico.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe tomarse entre las 24 y 28 semanas.</li> <li>• Si glicemia 1 hora post-carga <math>\geq 140</math> mg/dl, indicar Curva de Tolerancia a la Glucosa y referir al siguiente nivel de atención.</li> <li>• Si valor <math>\geq 185</math> mg/dl catalóguela como diabética y refiérala.</li> </ul>
--	--	--	--	--	--	---

## EXÁMENES DE LABORATORIO COMPLEMENTARIOS DURANTE EL CONTROL PRENATAL

EXAMEN	
<b>Curva de Tolerancia a la Glucosa.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es una prueba confirmatoria de diabetes con carga oral de 100 gramos de glucosa. Requiere ayuno.</li> <li>• Debe hacerse <b>siempre</b> que la Prueba de O'Sullivan resulte con un valor <math>\geq 140</math> ó <math>&lt;185</math> mg%.</li> <li>• Realizarla por la mañana, tras ayuno nocturno de 8-12 horas, Después de 3 días de dieta no restringida de carbohidratos (<math>\geq 150</math> gr / día) y estando la paciente activa.</li> <li>• Se toma glicemia en ayunas y glicemia post-carga cada hora #3. Dos o más valores anormales diagnostican diabetes gestacional.</li> <li>• Valores diagnósticos: (4º Taller expertos OMS) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En ayunas: <math>\geq 95</math> mg%</li> <li>○ 1 hora post-carga: <math>\geq 180</math> mg%</li> <li>○ 2 horas post-carga: <math>\geq 155</math> mg%</li> <li>○ 3 horas post-carga: <math>\geq 140</math> mg%</li> </ul> </li> </ul>
<b>FTA-ABS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es una prueba treponémica que sirve para confirmar diagnóstico de sífilis.</li> <li>• Si es (+) de tratamiento, así: Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI IM c/ Semana #3.</li> <li>• No es útil para diagnóstico de re-infección, ya que permanece (+) durante años.</li> <li>• Tasa de falsos (+): 1%</li> </ul>
<b>ELISA para VIH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere consentimiento informado y consejería pre y post-prueba.</li> <li>• Si es (+), de consejería sobre transmisión materno-infantil del VIH y solicite Western Blot para confirmar el diagnóstico.</li> </ul>
<b>Pruebas de función Renal: Creatinina, Ácido úrico, Nitrógeno uréico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoran función renal. Si el resultado es anormal, sospeche trastorno hipertensivo del embarazo o nefropatía y refiera.</li> </ul>
<b>Pruebas de coagulación: TP, TT, TPT, Fibrinógeno Plaquetas.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si alterados, descarte síndrome HELLP o discrasias sanguíneas.</li> </ul>
<b>Pruebas de función hepática: Transaminasas (TGO-TGP),</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si alterados, descarte síndrome HELLP, enfermedad hepática o de vías biliares.</li> </ul>

## PRUEBAS DE BIENESTAR FETAL ANTENATALES.

EXAMEN	
<b>Monitoreo Fetal No Estresante (NST)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de bienestar fetal que se realiza mediante el registro y análisis de los cambios de la frecuencia cardíaca fetal relacionados con los movimientos espontáneos del feto.</li> <li>• Puede realizarse a partir de las 32-34 semanas de embarazo.</li> <li>• <b>Indicaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hipomotilidad fetal</li> <li>○ Restricción del crecimiento intrauterino</li> <li>○ Embarazo postérmino</li> <li>○ Oligohidramnios o polihidramnios</li> <li>○ Embarazo múltiple</li> <li>○ Mortinato previo</li> <li>○ Trastornos Hipertensivos del embarazo.</li> <li>○ Enfermedades maternas crónicas concomitantes</li> <li>○ Cuando especialista considere necesario.</li> </ul> </li> <li>• <b>Parámetros a evaluar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frecuencia cardíaca fetal basal: Es normal de 110-160 lpm</li> <li>○ Variabilidad a largo plazo (Fluctuación de la FCF basal durante un minuto o más): Es normal de 6 a 25 lpm</li> <li>○ Cambios de la FCF con los movimientos fetales.</li> </ul> </li> <li>• <b>NST reactivo:</b> Cuando se producen 2 aceleraciones de la FCF de más de 15 latidos con una duración de por lo menos 15 segundos en un lapso máximo de 20 minutos. El NST reactivo es indicativo de bienestar fetal.</li> <li>• <b>NST No-reactivo:</b> Cuando los movimientos fetales no se asocian a ascensos durante 20 minutos de observación. Acciones: 1. Estimule al bebé gentilmente; 2. Cambie de posición a la paciente; 3. Si paciente está en ayunas y no es diabética, dele bebida azucarada y 4. Indique deambulación. Repita NST 30 minutos después. Si persiste No-reactivo: Indicar perfil biofísico u OCT.</li> <li>• <b>NST No satisfactorio:</b> Cuando no se presentan movimientos fetales o no se grafica adecuadamente la FCF durante los 20 minutos de observación. Acciones: Las mismas que para el NST no reactivo. Si no se registra la FCF adecuadamente, cambie de monitor. Si persiste no-satisfactorio, indicar o referir para perfil biofísico.</li> <li>• <b>Hallazgos Anormales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bradicardia: FCF &lt;110 lpm por 4 minutos o más;</li> <li>○ Taquicardia: FCF &gt;160 lpm por 4 minutos o más;</li> <li>○ Variabilidad a largo plazo disminuida: &lt; 5 lpm.</li> <li>○ Desaceleraciones variables atípicas: Se consideran patológicas. Se caracterizan por disminución de la FCF a menos de 80 lpm y una duración mayor o igual a 1 minuto.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Ultrasonografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite evaluar anatomía, biometría y bienestar fetal.</li> <li>• En las mujeres con FUR incierta, indíquela en la primera consulta para fechar el embarazo.</li> <li>• En embarazos sin complicaciones se indicarán 3 ultrasonografías: Primera: A las 12-14 semanas; Segunda: Entre las 20-24 semanas, y Tercera: Entre las 32-34 semanas, según capacidad resolutive.</li> </ul>



EXAMEN	
<b>Perfil Biofísico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es una prueba de bienestar fetal que se realiza mediante la exploración ultrasonográfica de variables biofísicas del feto en un tiempo máximo de 30 minutos, en combinación con el NST.</li> <li>• <b>Parámetros que se evalúan:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tono fetal;</li> <li>○ Movimientos fetales;</li> <li>○ Movimientos respiratorios;</li> <li>○ Líquido amniótico;</li> <li>○ Prueba No estresante (NST)</li> </ul> </li> <li>• <b>Valoración de parámetros:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si está ausente: 0</li> <li>○ Si está presente: 2</li> </ul> </li> <li>• <b>Indicaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ NST No reactivo</li> <li>○ Enfermedades crónicas maternas concomitantes</li> <li>○ Preeclampsia Grave en manejo conservador</li> <li>○ Restricción del crecimiento intrauterino</li> <li>○ Embarazo múltiple</li> <li>○ Embarazo postérmino</li> <li>○ Oligohidramnios</li> <li>○ Mortinato previo, entre otras.</li> </ul> </li> <li>• <b>Contraindicaciones:</b> Ninguna.</li> <li>• <b>Interpretación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Puntaje de 8 a 10: El feto se encuentra en buenas condiciones. Se puede continuar embarazo.</li> <li>○ Puntaje de 6: Si el embarazo es de término y existe oligohidramnios, evacuar.</li> <li>○ Puntaje de 4 ó menos: Hay compromiso fetal. Si embarazo es de término, está indicada la terminación del embarazo, si el embarazo es de pretérmino, referir a III nivel para toma de flujometría y decidir momento de la evacuación según resultado.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Flujometría</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es el estudio doppler de la velocidad de la sangre en los vasos umbilicales (A. y V. Umbilical) y fetales (A. cerebral media, Ducto Venoso).</li> <li>• Se mide: índice de pulsatilidad (IP), índice de resistencia (IR), Relación sístole/diástole (S/D), presencia de muesca diastólica.</li> <li>• Es una prueba útil para el seguimiento de embarazos de alto riesgo. (Por ejemplo: HTA con RCIU, Trastornos hipertensivos del embarazo, anemia fetal por isoimmunización Rh, entre otros.)</li> </ul>



## ANEXO N° 14

### SIGNOS Y SÍNTOMAS DE COMPLICACIONES POR TRIMESTRE DEL EMBARAZO.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	TRIMESTRE			PUERPERIO
	I	II	III	
Sangrado transvaginal	X	X	X	X
Leucorrea fétida o abundante	X	X	X	X
Palidez marcada	X	X	X	X
Náuseas y vómitos intensos y repetidos.	X	X	X	
Fiebre.	X	X	X	X
Disuria	X	X	X	X
Caries o infecciones buco-dentales	X	X	X	
Síntomas de depresión / ansiedad	X	X	X	X
Trastornos psico-somáticos	X	X	X	X
Signos físicos de violencia	X	X	X	X
Disminución o ausencia de movimientos fetales		X	X	
Ruptura prematura de membranas	X	X	X	
Edema de cara, manos, miembros inferiores o anasarca.		X	X	
Trastornos visuales		X	X	X
Dolor epigástrico		X	X	X
Dificultad para respirar	X	X	X	X
Tensión Arterial mayor de 140/90	X	X	X	X
Cefalea intensa		X	X	X
No ganancia o ganancia excesiva del peso materno		X	X	
FCF menor de 110 latidos por minuto		X	X	
FCF mayor a 160 latidos por minuto		X	X	
Crecimiento fetal menor o mayor de lo esperado para la edad gestacional		X	X	
Presencia de contracciones uterinas antes de la semana 36		X	X	

Fuente: MSPAS. "Control Prenatal. Nuevo Enfoque". 2009.



## ANEXO N° 15 PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN ORAL A LA PENICILINA

La cantidad específica de Penicilina se diluye en 30 cc de agua y luego se administra vía oral.  
Dosis acumulada: 1.3 millones de UI.

La desensibilización oral es más segura que la parenteral. Siempre debe realizarse en el hospital por si se presentan casos de alergia. El Intervalo entre las dosis es de 15 minutos. Tiempo requerido para la desensibilización: 3 horas con 45 minutos.

Penicilina V suspensión oral	Concentración ( UI / ml)	Mililitros (ml)	Unidades (UI)	Dosis Acumulativa (UI)
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

Fuente: OPS. "Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe". 2005.



## ANEXO N° 16

### USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL POST-PARTO

#### Retorno a la Fertilidad:

- Mujeres que No amamantan: La fertilidad puede retornar incluso 4 semanas post-parto.
- Mujeres que amamantan: El retorno de la fertilidad puede posponerse hasta 6 meses, dependiendo de la intensidad y frecuencia del amamantamiento.

#### PF post-parto en la Mujer que lacta:

Debe considerarse 3 criterios al seleccionar el método de planificación familiar más adecuado para la mujer que amamanta:

- La intención de la planificación ( si se desea un método temporal o permanente)
- Las condiciones de salud de la mujer.
- Deseo de la mujer de usar un método hormonal.

En base a estos criterios, los métodos de PF para la **mujer que lacta** se clasifican en orden de preferencia, de la siguiente manera:

ORDEN DE PREFERENCIA	TIPO DE MÉTODO DE P.F.
Métodos de Primera opción: Métodos No hormonales	<ul style="list-style-type: none"><li>• MELA (Método lactancia-amenorrea. Debe cumplir 3 criterios: Lactancia exclusiva, amenorrea y bebé menor de 6 meses)</li><li>• Métodos de Barrera:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Condones</li><li>○ Espermicidas</li><li>○ Diafragma (después de 6 semanas post-parto)</li></ul></li><li>• Esterilización:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Femenina</li><li>○ Masculina</li></ul></li><li>• Dispositivo intrauterino (DIU)</li></ul>
Métodos de Segunda opción: Métodos Hormonales sólo de Progestágeno	<ul style="list-style-type: none"><li>• ACO de solo Progestina</li><li>• Inyectables</li><li>• Implantes.</li></ul>
Métodos de Tercera opción: Métodos Hormonales Combinados	<ul style="list-style-type: none"><li>• ACO combinados</li><li>• Inyectables mensuales combinados</li></ul>

Fuente: "Guía Técnica de Atención en Planificación Familiar". Octubre de 2009.

#### Momento de Inicio del Método de PF:

El momento para iniciar la planificación familiar en el post-parto depende de varios factores: 1. Decisión de la mujer de amamantar o no; 2. Condiciones médicas propias de cada mujer; 3. Tipo de método de planificación familiar elegido; 4. Condiciones que facilitan o dificultan el acceso a los establecimientos de salud.

En la siguiente tabla se presenta las recomendaciones para el inicio de los diferentes métodos de Planificación Familiar en el período post-parto.

MOMENTO DE INICIO	TIPO DE MÉTODO DE P.F.
Métodos que pueden utilizar las <b>mujeres No-lactantes</b> desde el postparto inmediato.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condones</li> <li>• ACO de solo Progestina</li> <li>• Inyectables de solo Progestina</li> <li>• Implantes</li> <li>• Espermicidas</li> <li>• Esterilización femenina (Dentro de los primeros 7 días o hasta las 6 semanas) o masculina (en cualquier momento)</li> <li>• T de Cobre (Inmediatamente después de la expulsión de la placenta, transcesárea o después de 4 semanas postparto)</li> </ul>
Métodos que pueden usar las <b>mujeres No-lactantes</b> después de 4 semanas post-parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACO combinados</li> <li>• Inyectables combinados</li> <li>• Diafragma (después de 6 semanas post-parto)</li> <li>• Método natural basados en síntomas (Después que reinicie menstruaciones regulares)</li> </ul>
Métodos que puede usar la <b>madre lactante</b> , desde el post-parto inmediato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MELA (Debe cumplir 3 criterios: Lactancia exclusiva, amenorrea y bebé menor de 6 meses. Debe ser cambiado por otro método de PF cuando ya no cumpla con cualquiera de los 3 criterios)</li> <li>• Condones</li> <li>• Espermicidas</li> <li>• Esterilización Femenina (Dentro de los primeros 7 días, transcesárea, o después de 6 semanas post-parto) o Esterilización masculina (en cualquier momento)</li> <li>• T de Cobre (Inmediatamente después de la expulsión de la placenta, transcesárea o hasta 6 semanas postparto)</li> </ul>
Métodos que puede usar la <b>madre lactante</b> después de 6 semanas post-parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACO de solo Progestina</li> <li>• Inyectables de solo Progestina</li> <li>• Implantes</li> <li>• Diafragma</li> <li>• Condón</li> <li>• Espermicidas</li> </ul>
Métodos que puede usar la <b>madre lactante</b> después de 6 meses post-parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACO combinados</li> <li>• Inyectables combinados</li> <li>• Métodos naturales</li> </ul>

Fuente: "Guía Técnica de Atención en Planificación Familiar". Octubre de 2009.



## ANEXO N° 17 CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA



La leche humana es el primer y único alimento que el ser humano debe recibir en los primeros seis meses de vida y debe seguir consumiendo al menos hasta los dos años de edad, junto con una alimentación complementaria adecuada. Los beneficios más importantes y más visibles de la lactancia materna consisten en la inmediata salud y supervivencia del lactante ya que las tasas de diarrea, infecciones respiratorias, otitis media y otras infecciones son menores en los niños amamantados y por ende disminuyen las defunciones por estas causas. Estos beneficios, resultan por la inmunidad de la lactancia y la menor exposición a agentes infecciosos en su práctica, aún cuando no existen condiciones de higiene y saneamiento.

El primer requisito para una lactancia exitosa es brindar información completa, eficaz, oportuna y de manera amable por parte del personal de salud para que la mujer pueda tomar una opción libre y concientizada sobre la mejor alimentación para su hijo o hija.

Practicar la lactancia materna trae ventajas para la madre y para el niño o niña. Entre las **ventajas para el bebé** podemos mencionar las siguientes:

- ✧ Garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño y fortalece el vínculo afectivo.
- ✧ Protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes infantil y deficiencia de micronutrientes.
- ✧ Mejor digestibilidad
- ✧ Mejor absorción de nutrientes
- ✧ Contenido de nutrientes vitales para el desarrollo humano: ácido linolénico, ácidos grasos de cadena larga, Taurina, Carnitina, Hormonas, Enzimas. Líquidos y electrolitos: Menor carga renal de soluto. Suple necesidades hidroelectrolíticas.
- ✧ evacuaciones blandas
- ✧ Protección inmunológica
- ✧ Disminuye morbi-mortalidad infantil
- ✧ El Calostro es la primera vacuna
- ✧ Previene la diarrea
- ✧ Desarrollo de flora bacteriana adecuada
- ✧ Previene otras infecciones respiratorias, otitis media, Meningitis, Caries dentales.

**Entre las ventajas para la madre tenemos:**

- Disminuye hemorragias postparto, anemia y mortalidad materna.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama y de ovario.
- Control de la fertilidad
- Recuperación de la figura de forma más rápida
- Incrementa el vínculo afectivo.

**También existen ventajas Psicoafectivas**, entre las cuales tenemos:

- Ahorro de tiempo y más tiempo para compartir con la familia
- Bebés felices lloran menos
- Contacto precoz guarda relación con mayor producción de leche
- Mejor experiencia emocional

Sin embargo hay condiciones donde no es recomendable el amamantar:

- Infección por VIH

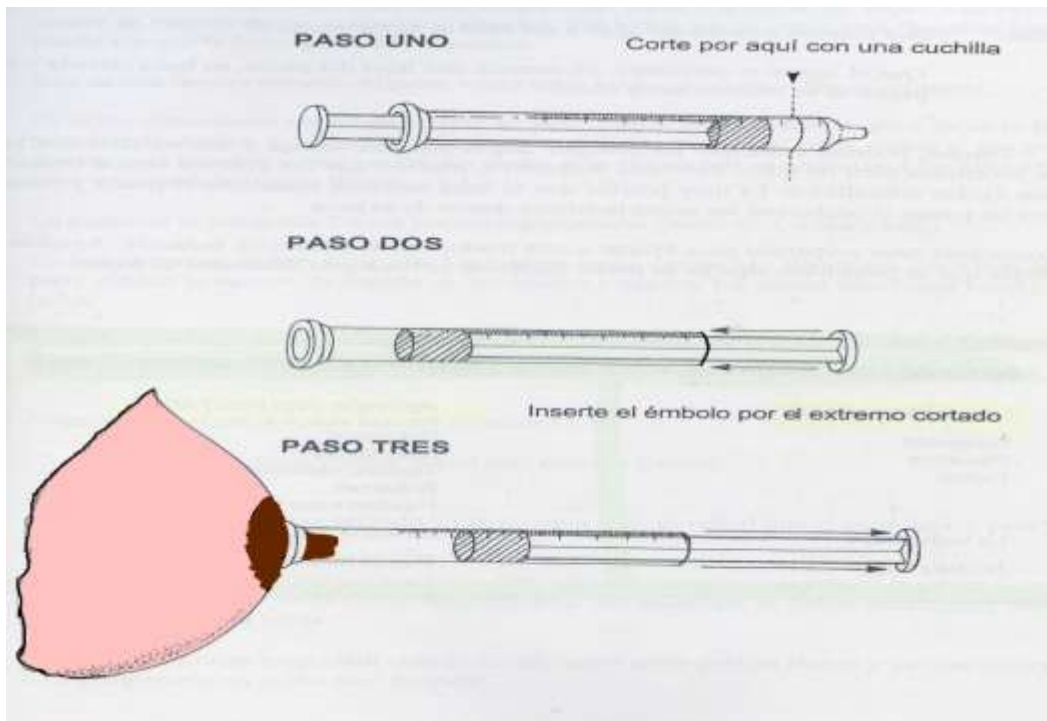
- Enfermedad grave da la madre. Ejemplo: septicemia.
- Enfermedad Herpes tipo I en área de tórax, hasta que han curado las lesiones.
- Medicación materna: sedantes, opioides, antiepilépticos, y terapia citotóxica.
- Hepatitis B
- Tuberculosis

### **Técnica de Preparación y cuidados de pezones.**

Antes de iniciar el proceso de amamantar es parte fundamental la preparación y el cuidado de los pezones. Se recomienda iniciar la preparación desde la primera consulta prenatal. En el caso de pezones planos o invertidos los ejercicios para corregir el problema pueden ayudar si se inicia desde las primeras semanas y se sugiere suspender hasta la semana 20 y 36 por el riesgo de parto prematuro.

#### **A. Técnica:**

Una de las técnicas más recomendadas para la formación de pezones es a través de la técnica de la jeringa, la cual se ilustra a continuación:



#### **B. Cuidado de las mamas y los pezones:**

**Durante el embarazo:** Las mamas se deben lavar sólo con agua, sin jabón. Evitar el uso de cremas y lociones. Las glándulas de Montgomery producen la lubricación necesaria. Si los pezones son muy sensibles, exponerlos al sol o luz. Usar un sostén que no apriete.

**Durante la lactancia:** Evitar el uso de jabones, lociones o cremas. Colocar correctamente el niño o niña con una buena posición y agarre, ya que esto garantizará que no haya dolor o grietas en el pezón. Para el cuidado de los pezones sólo se requiere extraer unas gotas de la misma leche

después del amamantamiento y cubrir con ésta el pezón y la aréola, dejando secar al aire libre.

### Técnica de Amamantamiento



La técnica correcta es la base de una lactancia exitosa. Para amamantar, la madre debe estar cómoda y recibir el apoyo de la familia. Se debe asegurar una técnica correcta de amamantamiento y un buen agarre.

La madre debe estar sentada con la espalda recta, sus brazos apoyados en los brazos de la silla o en un cojín y las piernas ligeramente levantadas.

Es importante que el ambiente del lugar donde se va a alimentar el bebe, sea agradable para ambos. Antes de comenzar a dar el seno la madre debe lavarse bien las manos. La posición correcta es la que resulte cómoda tanto para la madre como para el bebé.

Los puntos básicos a evaluar en la posición son los siguientes:

- La cabeza y el cuerpo del niño(a) bien erguidos
- En dirección a su pecho, con la nariz del niño (a) frente al pezón
- Con el cuerpo del niño (a) cerca del cuerpo de la madre (pancita con pancita)
- Sostenido todo el cuerpo del niño (a) y no solamente el cuello y los hombros.

Los puntos básicos para evaluar un buen agarre son:

- Toca la mama con el mentón
- Tiene la boca bien abierta
- Tiene el labio inferior volteado hacia fuera
- Se ve más la areola arriba de la boca que debajo de la misma.

La duración del amamantamiento estará determinada por el niño; dejar que termine con el primer pecho, luego ofrecer el segundo. Existen variaciones de un niño a otro, a veces un pecho es suficiente. La frecuencia también está determinada por el niño; la alimentación a libre demanda permite que el niño decida cuándo tiene hambre y que esto no sea una determinación de la madre o de la enfermera. Habitualmente, la frecuencia es mayor durante los primeros 2 a 7 días. Durante este período no se recomiendan intervalos mayores de dos horas; la madre debe despertar al niño y ofrecerle el pecho si duerme mucho, o si la madre siente las mamas muy llenas. Una vez establecida la lactancia, es común un patrón de 8 a 12 veces en 24 horas.

Los amamantamientos nocturnos son importantes para asegurar la adecuada estimulación para la producción de leche y la supresión de la fertilidad. Si el niño está muy somnoliento, se debe desabrigar y alimentar en una posición más levantada (sentado o de costado).





## ANEXO N° 18

### RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO.

Muchas parejas temen que las relaciones sexuales durante el embarazo puedan causar la pérdida de éste, lastimar al bebé o provocar dolor a la madre. Sin embargo, en los embarazos que no cursan con riesgo las relaciones sexuales no están contraindicadas. Es importante destacar, que el feto está protegido por el líquido amniótico que le rodea, el útero y la pared abdominal; por lo que no se debe temer que sea lastimado durante las relaciones sexuales.

#### Cambios de la sexualidad durante el embarazo

Las relaciones sexuales pueden sostenerse en cualquier etapa del embarazo, si no existe contraindicación médica.

Son varios los factores que pueden afectar la libido en los diferentes trimestres del embarazo y que van unidas a las percepciones culturales de la pareja:

- Primer trimestre: El aumento de la sensibilidad en los senos; la presencia de náuseas y vómitos; la fatiga y el temor a abortar, pueden generar cambios en la libido de la mujer durante este período.
- Segundo trimestre: Debido a que en la mayoría de mujeres los vómitos y la fatiga han desaparecido, y hay aumento de la irrigación de la zona pélvica, la embarazada puede mostrar mayor interés sexual. Aunque el abdomen comienza a crecer, no ofrece obstáculos en el momento de una relación sexual. Para muchas mujeres es el período más relajado del embarazo y algunas manifiestan más placer en este período.
- Tercer trimestre: El aumento del tamaño del vientre y el temor de dañar al bebé son factores que pueden alterar la libido y provocar incomodidad durante las relaciones sexuales.

#### Posiciones recomendadas durante el Embarazo

Las posiciones más recomendadas para mantener relaciones sexuales y que podrían resultar más cómodas para la mujer son las siguientes:

##### • El hombre encima

En esta posición el hombre no debe cargar su peso sobre el abdomen de la mujer.



##### • La Mujer Encima

Esta es una de las posiciones más cómodas, ya que la mujer controla su peso, el grado de penetración y la intensidad del acto sexual.



##### • Penetración de Lado

Es una posición cómoda porque se logra distribuir uniformemente el peso y la penetración no es muy profunda.



### **Recomendaciones para la Pareja**

- No deje de compartir sus sentimientos con su compañero. Muchas mujeres necesitan más afecto, intimidad y cariño durante el embarazo.
- Hable con su pareja sobre sus necesidades y preocupaciones de manera abierta y afectiva. Juntos pueden encontrar la manera de hacerse feliz el uno al otro durante el embarazo.
- La penetración vaginal debe iniciarse cuando la mujer ya presente lubricación.
- Si durante la relación sexual siente dolor o incomodidad en alguna posición, déjela y pruebe otra.
- Las relaciones sexuales por vía vaginal no son la única manera de tener intimidad física. Otras formas de mostrar amor y afecto pueden ser tocarse, besarse y abrazarse.
- Si el embarazo es de alto riesgo, consulte a su médico si debe evitar las relaciones sexuales.
- Practique la fidelidad con su pareja. Si no existe fidelidad entre ustedes, el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS) aumenta. En estos casos, es recomendable usar preservativo siempre que tenga relaciones sexuales.
- Recuerde que algunas ITS pueden ser transmitidas por la mujer embarazada al feto y afectarlo de manera grave. Por ejemplo: VIH/SIDA, sífilis.
- Si su pareja le practica sexo oral, recuerde que no le debe soplar aire en la vagina. Esto puede causar que se forme una burbuja de aire en el torrente sanguíneo, que puede ser fatal para la mujer y el bebé.

### **Contraindicaciones para las Relaciones Sexuales**

La frecuencia de las relaciones sexuales por muy avanzado que esté el embarazo no está asociado a mayor riesgo de infección vaginal, a parto prematuro ni a ruptura prematura de membranas ovulares. Sin embargo, en algunas condiciones, puede ser necesario limitar o evitar el sexo durante el embarazo. Entre estas condiciones se encuentran:

- Amenaza de aborto.
- Paciente con cerclaje por incompetencia cervical.
- Sangrado genital no diagnosticado.
- Infecciones de transmisión sexual no tratadas.
- Placenta previa.
- Ruptura prematura de las membranas ovulares
- Amenaza de parto inmaduro o prematuro.



## ANEXO N° 19



### DETECCIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO.

Según Naciones Unidas, la violencia contra la mujer es todo acto de violencia basado en el género, que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico.

La violencia contra la mujer puede tener las siguientes formas:

1. La Violencia física, sexual y psicológica en la familia: incesto, violación por el marido y la violencia relacionada con la explotación
2. La Violencia física, sexual y psicológica a nivel de la comunidad en general: violencia, hostigamiento, intimidación en el trabajo, en instituciones educativas y otros ámbitos, prostitución forzada.
3. La violencia física, sexual y psicológica perpetuada o tolerada por el estado donde quiera que ocurra.

El uso de la violencia contra las personas con menos poder dentro de las sociedades, no es solo una expresión de dominio y control, es una expresión de la dominación y subordinación basada en el género y la edad.

#### VIOLENCIA CONTRA LA MUJER:

- Es una forma de exclusión porque afecta las relaciones sociales, individuales y grupales. en las normas de comportamiento que estructuran las relaciones interpersonales entre hombres y mujeres
- Es aprendida
- No es coyuntural, sino permanente.
- Constituye una violencia primaria que se reproduce generacionalmente.
- Permite el silencio y el sostenimiento en caso de incesto
- Existe dificultad para poner límites al agresor en casos de VIF
- Se extiende en muchas niñas hasta la edad madura.

#### LA VIOLENCIA EN SUS DIFERENTES MANIFESTACIONES EMPLEA

- Fuerza física
- Psicológica
- Económica
- Política

El agresor puede ser la pareja actual, parejas previas, padres, u otras personas del entorno familiar, laboral o social. Obtener esta información puede ser difícil. La mujer que recibe violencia en su hogar, se ve afectada en su salud física y psicológica, incluyendo su salud sexual y reproductiva. Estudios han mostrado que en la mujer en estado de embarazo se incrementan los casos de violencia.

Aunque el personal no ha sido capacitado para tratar casos de violencia intrafamiliar, la mujer puede revelarle o puede mostrar injurias inexplicables, que hacen sospechar que está sufriendo abuso. La atención debe darse en un lugar privado que garantice la confidencialidad. Amablemente pregúntele que le está sucediendo, puede hacerlo en forma indirecta para ayudarla

a que le cuente la situación. Escúchela de una manera empática. Escuchar puede ser de gran apoyo. No la culpe o haga broma de la situación. Ella puede defender o justificar las acciones de su pareja. Enfatícele que ella no merece ser abusada por ninguna persona y de ninguna forma. Ayúdela a que evalúe su situación actual. Si piensa que ella o su niño están en peligro, explore opciones para resguardar su seguridad inmediata. ¿Puede quedarse con sus padres o amigos? ¿Le pueden prestar dinero?

El Centro Latinoamericano de Perinatología - Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), recomienda usar el siguiente modelo de interrogatorio en la primera visita prenatal, con el fin de explorar sobre violencia física, sexual y psicológica: *“Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su actual relación de pareja. Sé que algunas de estas preguntas son muy personales y permítame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales:*

EN EL ÚLTIMO AÑO.....	SI LA RESPUESTA ES POSITIVA.....	DESDE QUE ESTÁ EMBARAZADA....
¿Alguna vez ha sido usted humillada, avergonzada, prohibida de ver a amigos, o hacer cosas que a usted le interesan?	PREGUNTE SI.....	¿Alguna vez ha sido usted humillada, avergonzada, impedida de ver amigos, o hacer cosas que a usted le interesan?
¿Ha sido usted golpeada, o lastimada físicamente por alguien?	PREGUNTE SI.....	¿Ha sido Ud. golpeada, o lastimada físicamente por alguien?
¿Ha sido usted forzada a tener actividades sexuales?	PREGUNTE SI.....	¿Ha sido usted forzada a tener actividades sexuales?
¿Se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos?	PREGUNTE SI.....	¿Se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos?
¿Ha tenido usted miedo de su pareja o de alguna otra persona?	PREGUNTE SI.....	¿Ha tenido usted miedo de su pareja o de alguna otra persona?

En visitas posteriores no es necesario indagar por lo ocurrido en el último año y debe sustituirse la frase inicial *“Desde que está embarazada....”* por la frase ***“Desde su última visita.....”***



## ANEXO N° 20



### CONSEJERIA PARA ADOLESCENTES.

La consejería para adolescentes es el proceso educativo interpersonal en el cual se escucha las inquietudes y dudas de los adolescentes, para luego poder compartir información y orientación, facilitando la toma de decisiones de manera consciente, informada, libre y responsable para la solución de la problemática o situación abordada.

Se debe respetar los derechos de los adolescentes cumpliendo los principios de veracidad, privacidad, confidencialidad, interés, y respeto de la decisión tomada por el/la adolescente, haciendo ver las consecuencias de esa decisión.

Las fases de la consejería son:

1. **Permisividad** Iniciar una relación de confianza. Haga sentir al adolescente seguro y bienvenido, preséntese y llámelo por su nombre, en un ambiente de confianza y privacidad, escúchelo y permítale expresarse con libertad.
2. **Información limitada.** Analizar necesidades de consejería. Inicie la discusión haciendo preguntas generales acerca de las necesidades, emociones, intereses y temores del adolescente. Pregunta clave: ¿Sobre qué te gustaría hablar? ¿qué te parece si hablamos de.....? El interés del consejero/a se puede expresar por el tono de voz, expresión del rostro, mirada, postura, entre otros. Escuche sin interrumpir y no juzgue. Use un lenguaje sencillo y claro y evite que la sesión parezca un interrogatorio. La adolescente puede presentar una serie de inquietudes o situaciones, por lo que es necesario priorizar o explorar cuál es la que más le preocupa y abordar esta situación con información específica. Intente corregir mitos e información incorrecta que tiene el adolescente y responda sus preguntas.

En el caso que la adolescente exprese o demuestre rechazo al embarazo, dedíquele especial atención y resuelva este conflicto antes de abordar otra problemática o situación relacionada con su embarazo.

3. **Sugerencias específicas.** Orientar para la toma de decisiones responsables y cerrar la consejería. Explore con el adolescente las redes de apoyo con las que cuenta, sus fortalezas y habilidades para plantearse diferentes alternativas, con las ventajas y desventajas de cada una de ellas, lo cual permitirá facilitar la toma de decisiones. Verifique la comprensión de la información proporcionada. Respete la decisión tomada por la adolescente y realice un plan de cambio con ella, estableciendo los pasos para lograrlo.
4. **Identifique cuando la consejería está limitada** y amerita terapia intensiva y referencia a otro nivel de atención o interconsulta con un especialista.



## ANEXO N° 21 MANIOBRAS DE LEOPOLD



### La primera maniobra

El examinador palpa suavemente el fondo del útero con las puntas de los dedos de ambas manos para definir qué polo fetal se encuentra en él.



### La segunda maniobra

Se colocan las palmas de las manos a cada lado del abdomen y se ejerce una presión suave pero profunda. En un lado se palpa una estructura dura y resistente, y al otro lado se palpan numerosas partes pequeñas e irregulares, las extremidades fetales.



### La tercera maniobra

Empleando el pulgar y los dedos de una mano el examinador toma una porción del abdomen materno inferior, justamente encima de la sínfisis del pubis. Si la presentación no está encajada se puede palpar un cuerpo móvil, generalmente la cabeza fetal.

### La cuarta maniobra

El examinador mira hacia los pies de la madre, y con la punta de los tres primeros dedos de cada mano ejerce presión profunda en dirección del eje del estrecho superior de la pelvis.

En el caso de una presentación cefálica, la trayectoria de una de las manos se interrumpirá antes que la de la otra por una parte redondeada (la prominencia cefálica), mientras que la otra mano podrá descender con más profundidad hacia el interior de la pelvis. En el caso de una presentación de vértice, la prominencia cefálica se encuentra del mismo lado que las pequeñas partes; en la presentación de cara la cabeza se encuentra del mismo lado que la espalda. La facilidad con que se palpa la cabeza indica el grado de descenso fetal.





## ANEXO N° 22 PUNTAJE DE BISHOP



PUNTAJE DE BISHOP					
	Puntuación	0	1	2	3
P A R Á M E T R O S	Dilatación	ND	1-2 cm	3-4 cm	>5 cm
	Borramiento	0-30%	40-50%	60-70%	80%
	Posición	Posterior	Central	Anterior	
	Consistencia	Firme o duro	Intermedio o reblandecido	Blando o suave	
	Estación	-3	-2	1,0	1,2

## ANEXO N° 23

### VALORACIÓN CLÍNICA DE LA PELVIS Y CÁLCULO DEL PESO FETAL ESTIMADO.

Durante el examen vaginal, valore los diámetros de referencia de la pelvis femenina adecuada para un parto vaginal. Una reducción notoria de uno o más diámetros plantean la posibilidad de distocia.

Estrecho superior: DIAMETRO MINIMO 10.5 CMS.

Introduzca los dedos índice y medio en dirección al promontorio (unión de la quinta vértebra lumbar con la primera sacra) para valorar el diámetro conjugado obstétrico.

Estrecho medio. DIAMETRO MINIMO 10 CMS.

Descienda sus dedos por la cara anterior del sacro para confirmar su concavidad.

Al llegar al nivel de las espinas lateralice sus dedos para valorar la prominencia de las espinas isquiáticas y el diámetro interespinoso.

Estrecho inferior o de salida: ANGULO NORMAL DE 90 A 100 GRADOS. DIAMETRO MINIMO 8 CMS.

Descienda los dedos hacia la región de la prominencia sacro coccígea para valorar su prominencia.

Al salir de la vagina con sus dos dedos lateralizados valore el ángulo subpúbico.

Con el puño cerrado presione contra el perineo a nivel de las tuberosidades isquiáticas.

#### Calculo del peso fetal estimado

Para el cálculo del peso fetal clínico se utiliza el método de Johnson y Toshach, que emplea la altura uterina; para la medición de la misma, se coloca el extremo inferior de la cinta métrica con la mano derecha sobre el borde superior del pubis y el extremo inferior con la mano izquierda, con la cinta colocada entre los dedos índice y medio, limitando perpendicularmente al extremo superior del útero. A estos valores se les resta 12, en las presentaciones por encima de la espina ciática, y 11 a las presentaciones al nivel o por debajo de las espinas ciáticas. Esta diferencia es multiplicada por 155 y este es el valor estimado clínico del peso fetal







## ANEXO N° 24 B PARTOGRAMA REVERSO

El **partograma** es el registro gráfico del trabajo de parto. El objetivo de este es detectar anomalías en el trabajo de parto, comparando 2 curvas: la de **Dilatación Real** de la paciente y la **Curva de Alerta**. Según las Guías del HOPAS, se elabora el partograma hasta que la paciente tiene fase activa de trabajo de parto (4cm o más de dilatación).

La **Curva de Dilatación Real** de la paciente se construye graficando la dilatación alcanzada por la parturienta, (eje de la Y) acorde con el tiempo en que haga sus evaluaciones vaginales (eje de la X) hasta el momento del parto, el **punto de inicio** de esta curva será en el momento que la mujer ingresa en trabajo de parto.

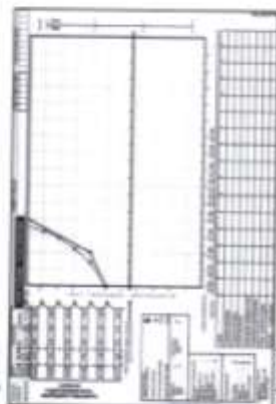
La **Curva de Alerta** se traza cuando la dilatación de la paciente ha superado los 4.5 cm de dilatación (Línea de base para la construcción de la Curva de Alerta). Los valores para construcción están en la parte superior izquierda del partograma y varía según la paridad, estado de las membranas y la posición de la paciente. En cada cuadro se especifica el tiempo que tardará una mujer para alcanzar los 5.6, 7, 8, 9, 10 cm de dilatación y el parto (percentil 10). Otra forma de construir la **Curva de Alerta** es usando una plantilla plasticada y renunada según el tipo de paciente. Para valorar la altura de la presentación, se usan habitualmente dos métodos: fue reacionan el punto más declive de la presentación con la pelvis y que, según las distancias escuchas son los planos de Hodge (para la escuela europea) y las estaciones de De Lee (para la escuela norteamericana).

Plano de la pelvis y su relación con la altura de la presentación		Estaciones De Lee	
Borde superior del pubis y promontorio del sacro	Plano de Hodge	I Plano	Estación 4
			Estación 3
Borde inferior del pubis	II Plano	II Plano	Estación 2
Esquina cúbica	III Plano	III Plano	Estación 1
Vértice del cordón	IV Plano	IV Plano	Estación 0
	Plano perineal	Plano perineal	Estación -1

### Ejemplos de construcción de Curva de Alerta:

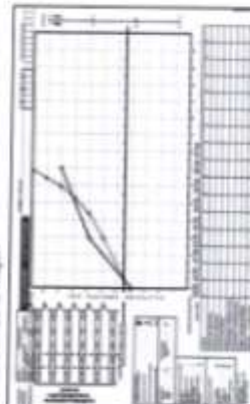
**Caso 1:** Una paciente multipara ingresa a las 19:00 horas con membranas íntegras y en posición horizontal, con dilatación cervical de 6 cm, 2 horas después tiene 7 cm. La **Curva de Dilatación Real** de paciente se iniciará graficando en el punto 0 de las "x" las 19:00 horas, en la "y" la dilatación de 6 cm; a las 21 horas, la paciente sufre un parto. Como la dilatación al ingreso de la paciente supera los 4.5 cm de dilatación deberá construir la **Curva de Alerta** iniciándola junto con la **Curva de Dilatación Real** para hacerlo tome los valores señalados en la parte superior izquierda del partograma y según la

condición de la mujer (multipara, en posición horizontal y con membranas íntegras). El segundo punto a los 7 cm (1.25 horas después), el tercero a los 8 cm (155 minutos más tarde) y así sucesivamente hasta el parto, como se muestra en la gráfica.



Caso 2:

Una paciente multipara con membranas íntegras ingresa con 4 cm de dilatación, deberá iniciar la Curva de Dilatación Real de la paciente en ese momento, marcando los 4 cm en el eje de las "y", en el punto 0 en el eje de las "x" las 23 horas; 3 horas después alcanza 7 cm de dilatación por lo que a las 2 a.m. debe graficar el siguiente punto de la curva de dilatación real con 7 cm. La **Curva de Alerta** deberá iniciarla en el momento en que la **Curva Real** de la paciente intercepta la **Línea de Base**. La construcción de la Curva de Alerta (4.5 cm) basándose en los datos en la parte superior izquierda del partograma tome los valores señalados en la parte superior izquierda del partograma y según la condición de la mujer.



En condiciones cambiantes durante el trabajo de parto, si varían las condiciones de ingreso durante el transcurso del trabajo de parto, se deberá cambiar la **Curva de Alerta** según la posición de la paciente y el estado de las membranas

**Caso 3:** Paciente que ingresa con 4 cm de dilatación con membranas íntegras, 2 horas después tiene una dilatación de 6 cm, se continúa la curva de alerta en el momento en que ocurre la intersección de ambas curvas, una hora más tarde presenta rupturas espontáneas de membranas, con una dilatación de 7 cm; en ese momento debe

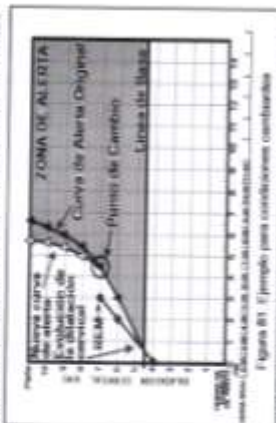


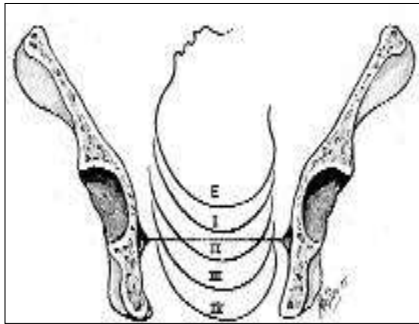
Figura B1. Ejemplo para construcciones cambiantes

cambiar la curva de alerta considerando los tiempos esperados para la dilatación y la condición de la mujer. La conducta a seguir durante el trabajo de parto será acorde con la relación entre ambas curvas. Algunos de las conductas a tomar son las siguientes:

Condición	Conducta
Parto normal (a la izquierda de la curva de alerta)	Observación de signos vitales maternos, FCF, actividad fetal, estado de la placenta, líquido amniótico, tratamiento a solo de expectación al estar todo dilatación
Parto prolongado (a la derecha de la curva de alerta)	Describir O.C.P. únicamente al hecho vaginal: malentamiento de la cabeza fetal, presentación fetal alta, ombligo de vientre, si la hay realizar cesárea
Parto prolongado (a la derecha de la curva de alerta)	Si no hay signos de O.C.P. 1 decubito lateral, si es necesario hidratación, vaciamiento vesical, conducción y amniotomía. Reevaluar caso en 3 horas
Parto prolongado (a la derecha de la curva de alerta)	Decubito lateral, hidratación, sedación. Si falla o se acumula de signos de sufrimiento fetal, utilizar otros inhibidores de la actividad de la FCF. Conducción del trabajo de parto con sedación
Parto prolongado (a la derecha de la curva de alerta)	Describir fúndus, sequiorruidos maternos o medicaciones que aumenten la FCF
Parto prolongado (a la derecha de la curva de alerta)	Amniotomía y control más frecuente de la FCF
Parto prolongado (a la derecha de la curva de alerta)	Si es parto a largo plazo, cesárea. Amniotomía control más frecuente de la FCF, aspiración inmediata del recién nacido
Parto prolongado (a la derecha de la curva de alerta)	Cesárea

## ANEXO N° 25

### PLANOS DE HODGE.



Los planos de Hodge son unos niveles usados para dividir imaginariamente la pelvis desde el estrecho superior hasta el estrecho inferior con el fin de ubicar la posición de la presentación fetal durante el nacimiento, en su paso por el canal del parto. En total son en número de cuatro planos numerados desde arriba hasta abajo, siendo el primer plano el más alto y el cuarto el inferior. Sobre decir que en el momento del parto, la posición vertical y el balanceo pélvico ayuda a este descenso pélvico.

- El primer plano es el superior de los cuatro, se extiende desde una línea imaginaria que corre desde el extremo superior de la sínfisis púbica, por delante, hasta el promontorio del hueso del sacro por detrás. Cuando el polo saliente del feto alcanza este plano, se dice que todavía está móvil.
- El segundo plano es una línea imaginaria paralela a la anterior y pasa, por delante, desde el borde inferior de la sínfisis púbica hasta la segunda o tercera vértebra del hueso del sacro. Cuando el polo saliente del feto alcanza este plano, se dice que es una presentación fija.
- El tercer plano, igualmente paralelo a los primeros dos planos, es una línea recta que, a la altura de las espinas ciáticas, corta al isquion y la cuarta vértebra sacra. Cuando la presentación fetal llega a este plano se dice que está encajada. La parte más prominente del feto sobresale de la vulva sólo entre contracciones.
- El cuarto plano, línea que parte, por detrás, del vértice del hueso sacro y se extiende paralela a todas las anteriores. Se dice que está profundamente encajada. La parte más prominente del feto sobresale de la vulva aún entre contracciones, y es el paso previo al parto.



## ANEXO N° 26

### MANEJO ACTIVO DEL TRABAJO DE PARTO

EVALÚE	INTERVENCIÓN A REALIZAR	EFEECTO ESPERADO
<b>Posición de la paciente</b>	Colóquela en decúbito lateral	El decúbito lateral permite contracciones menos frecuentes pero de mayor intensidad y duración.
<b>Grado de hidratación</b>	Hidratación Endovenosa: Administre una carga de solución cristaloide por vía endovena: 500 cc de SSN o Hartman #1.	La hidratación hace que las contracciones sean efectivas.
<b>Estado de vejiga</b>	Permita el vaciamiento vesical espontáneo. Si no es posible, realice cateterismo vesical (Ver manual de procedimientos)	Al corregir el globo vesical, mejorará la actividad uterina y se producirá el descenso de la presentación.
<b>Actividad uterina</b>	Indique conducción con Oxitocina si hay menos 3 contracciones de 40 segundos de duración en un lapso de 10 minutos. Si monitoreo fetal es normal	Mejorar dinámica uterina para que el cuello dilate a velocidad de 1 a 1.5 cm por hora.
<b>Estado de membranas fetales.</b>	Realice amniotomía si la dilatación cervical es $\geq 5$ cm	Acortar la duración del trabajo de parto en un promedio de 50 minutos.
<b>Ansiedad de la mujer.</b>	<p>Utilice métodos no invasivos ni farmacológicos para reducir la ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masaje en región lumbosacra.</li> <li>• Técnicas de relajación.</li> <li>• Apoyo psico-afectivo.</li> </ul> <p>Si no funcionan: Administre analgesia o sedación, si la paciente tiene menos de 6 cm de dilatación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clorhidrato de Meperidina 100 mg disueltos en 100 cc de SSN, en infusión IV lenta. (Debe disponer de Narcan para revertir depresión respiratoria 2ª)</li> <li>• Anestesia epidural</li> </ul>	Disminuir ansiedad de la mujer.



## ANEXO N° 27 MANIOBRA DE RITGEN.

Cuando durante una contracción uterina, la cabeza fetal distiende la vulva y el periné lo suficiente como para abrir el introito vaginal hasta un diámetro de 5 cm o más, se coloca la mano mas hábil provista de un apósito sobre el periné, abarcándolo entre el pulgar de un lado y los dedos restante del otro, sosteniendo la presentación para que no efectúe su avance y deflexione bruscamente, y acercando a su vez hacia el rafe perineal los tejidos laterales del periné, como si se quisiera fruncir los mismos, con lo que disminuye su tensión. Simultáneamente, la otra mano ejerce presión por arriba contra el vértex.

## ANEXO N° 28 ESCALA DE APGAR.

El Puntaje de APGAR debe estimarse al minuto y a los 5 minutos de vida del recién nacido. Se basa en la valoración de 5 parámetros, con puntaje que va de 0 a 2 para cada uno de ellos.

SIGNO	PUNTUACIÓN DE APGAR			ACRÓNIMO
	0	1	2	
COLOR DE LA PIEL	Pálido	Cianótico	Completamente rosado.	<b>A</b> Apariencia
FRECUENCIA CARDÍACA	ausente	<100 lpm	>100 lpm	<b>P</b> Pulso
RESPUESTA A ESTÍMULO ORO-NASAL	Ausente	débil	Intensa	<b>G</b> Gesto
TONO MUSCULAR	flácido	Leve flexión	Flexión firme	<b>A</b> Actividad
ESFUERZO RESPIRATORIO	Ausente	Irregular	Regulares	<b>R</b> Respiración

Fuente: CLAP. "Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido, focalizadas en APS". 2010.

El puntaje al primer minuto expresa la condición al nacer. El puntaje al quinto minuto sintetiza la respuesta que el niño ha tenido a las maniobras de reanimación.

APGAR de 7 puntos ó más: Bebé en buenas condiciones:

APGAR de 4-6 puntos: Condición fisiológica del bebé no es adecuada. APGAR de 1-3 puntos: El pronóstico de supervivencia es reservado.

APGAR de 0 puntos: Muerto











































## ANEXO N° 29

# ESCALA DE BALLARD PARA ESTIMAR EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO.

Ministerio de Salud  
Viceministerio de Servicios de Salud  
Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria  
Unidad de Atención Integral e Integrada a la Salud Sexual y Reproductiva en el Ciclo de vida

### TEST DE BALLARD PARA EVALUACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO

Esta evaluación aplica en caso de partos extrahospitalarios y que consultan al establecimiento de salud en las primeras 48 horas de nacido.

MADUREZ NEURO MUSCULAR	-1	0	1	2	3	4	5	PUNTAJE
POSTURA								
ANGULO MUÑECA								
POSTURA DEL BRAZO								
ANGULO POPLÍTEO								
SIGNO BUFANDA								
TALÓN-OREJA								
TOTAL								

Madurez Neuromuscular: \_\_\_\_ +

Madurez Física: \_\_\_\_ =

Total Puntaje final: \_\_\_\_

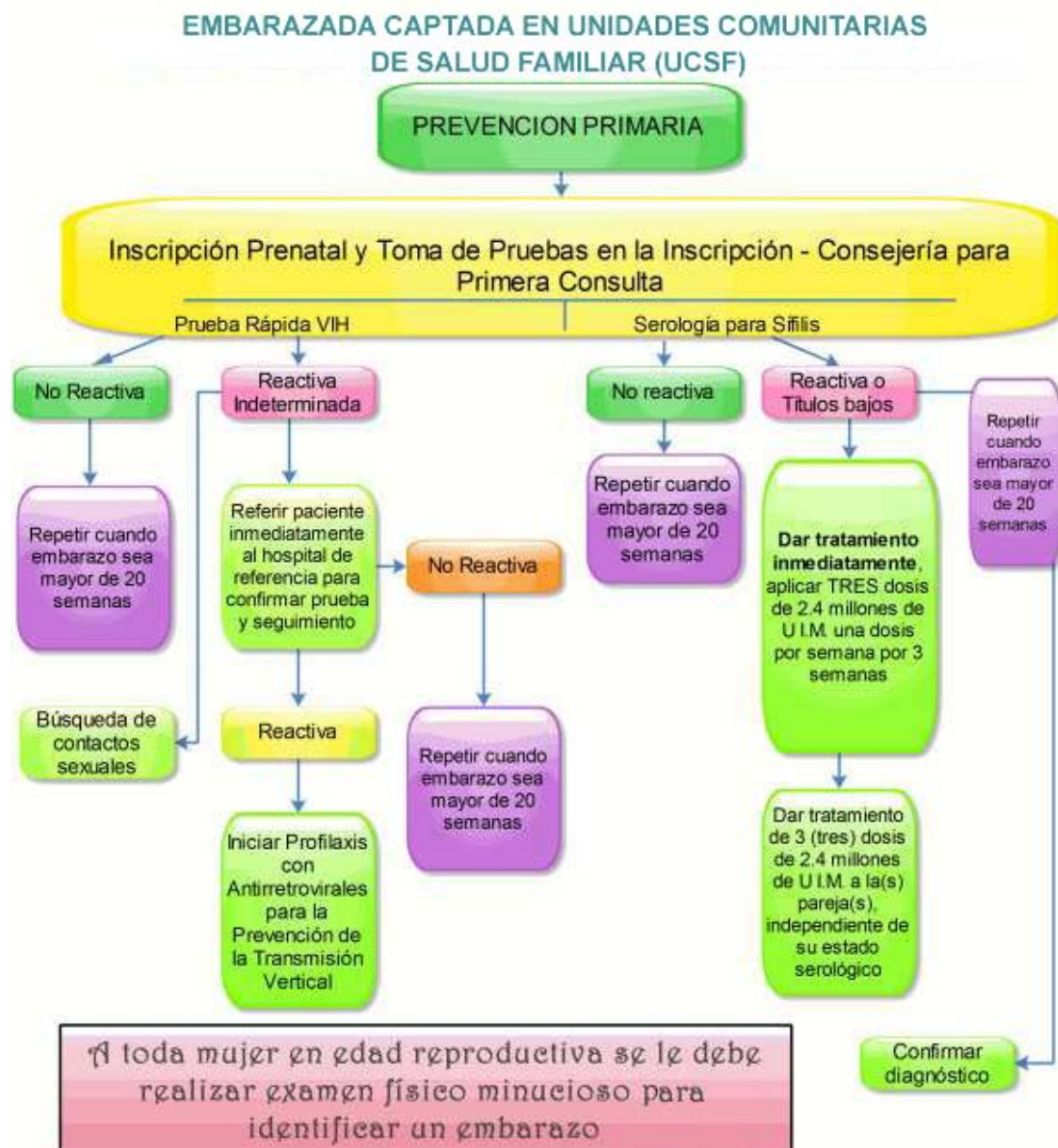
PUNTAJE FINAL	EDAD GEST
-10	20
-5	22
-0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

MADUREZ FÍSICA	-1	0	1	2	3	4	5	PUNTAJE
PIEL	Pegajosa Quebradiza Transparente	Gelatinosa Roja translúcida	Rosa pálido Venas visibles	Descamación Superficial y/o eritema Pocas venas	Áreas pálidas y agrietadas Venas raras	Engrosamiento, agrietado profundo, No hay venas	Dura, agrietada y arrugada	
LANUGO	Ausente	Escaso	Abundante	Fino	Áreas libres de lanugo	Casi no hay lanugo		
SUPERFICIE PLANTAR	Talón dedo gordo 40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	Mayor de 50mm No hay pliegues	Marcas rojas tenues	Sólo pliegues transversos anteriores	Pliegues en los 2/3 anteriores	Los pliegues cubren toda la planta		
MAMAS	Imperceptibles	Apenas perceptible	Areola plana No hay glándula	Areola granulosa Glándula de 1 a 2 mm	Areola sobreelevada, Glándula de 3 a 4 mm	Areola completa, Glándula de 5 a 10 mm		
OJO/ OREJA	Párpados fusionados levemente: -1 Fuertemente: -2	Párpados abiertos, Pábelón liso, permanece arrugado	Pábelón ligeramente incurvado, blando, despliegue lento	Pábelón bien incurvado, con despliegue rápido	Formado y firme, despliegue instantáneo	Cartilago grueso		
GENITALES MASCULINOS	Escroto aplanado, liso	Escroto vacío, con vagas rugosidades	Testículos en la parte alta del conducto, pliegues muy escasos	Testículos en descenso, rugosidades escasas	Testículos descendidos, rugosidades abundantes	Testículos colgantes, rugosidades profundas		
GENITALES FEMENINOS	Cli toris prominente, labios aplanados	Cli toris prominente, labios menores pequeños	Cli toris prominente, labios mayores de mayor tamaño	Labios mayores y menores igualmente prominentes	Labios mayores grande, labios menores pequeños	Los labios mayores cubren el cli toris y los labios menores		
TOTAL								

La edad gestacional está determinada por el PUNTAJE FINAL, que resulta de sumar el puntaje total de la madurez neuromuscular más el puntaje total de la madurez física.

## ANEXO No. 30 A

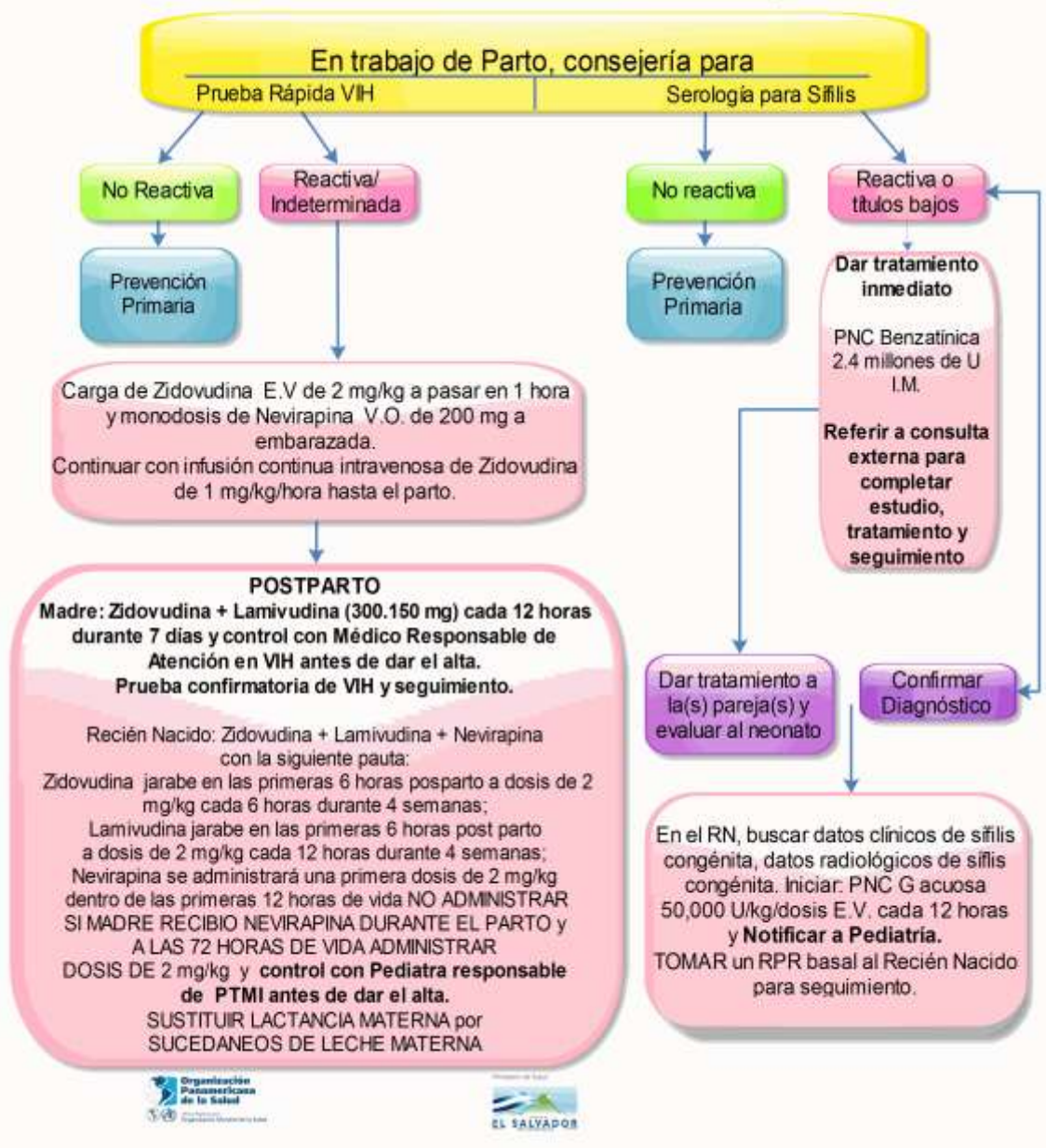
### ALGORITMOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH Y SIFILIS





## ANEXO No. 30 B

### MUJERES EN TRABAJO DE PARTO SIN CONTROL PRENATAL O SIN PRUEBAS DE VIH y SIFILIS



## MUJERES EN TRABAJO DE PARTO CON CONTROL PRENATAL Y TRATAMIENTO PROFILACTICO PARA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH







## PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

DEPENDENCIA	PARTICIPANTE(S)
FOSALUD	Dra. Elizabeth Cristina Vega
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial	Dra. Diana Morales Villanueva
Comando de Sanidad Militar	Dra. Ana Elizabeth Trujillo de Béndix
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	Dra. Georgina Santamaría
Hospital Primero de Mayo del ISSS	Dra. Emilio Arnoldo Guerra
	Dra. Emilia Gudelia Hernández Lazo
ASOGOES	Dra. Mercedes Abrego de Aguilar
Asociación Demográfica Salvadoreña	Dr. José Ángel Portillo Henríquez
Hospital Nacional de Maternidad	Dr. José Enrique Amaya Najarro
Hospital Nacional de Chalatenango	Dr. Edgard Hernández Gutiérrez
Unidad de Atención Integral a la Mujer	Dra. Sofía Villalta
	Dra. Esperanza de Aparicio
	Dra. Elisa Menjivar De Arostegui
	Dra. Esmeralda Miranda de Ramírez
	Lic. María Celia Hernández
Unidad de Atención Integral al Adolescente	Dra. María Elena Avalos
	Lic. Dina Eugenia Bonilla
Unidad de Atención Integral a la Niñez	Dra. Yanira Burgos
Unidad de Enfermería	Lic. Sofía Viana de Abrego
	Licda. Sonia Margarita Centeno
Unidad de Nutrición	Lic. Elda Carolina Guerra
Dirección de Regulación	Dra. Patricia Montalvo de Muñoz
Unidad de Atención Comunitaria	Licda. Emma Lilian de Cruz
URC/USAID	Dra. Pilar León Estrella
	Dra. Patricia de Quinteros
	Lic. Trinidad Granados
	Dra. Emilia Gudelia Hernanfrz Lazo
UNFPA	Dr. Mario Antonio Morales Velado
OPS	Dra. Amalia Elisa Ayala
Consultoras	Dra. Ana Claudia Martínez de Mendoza
	Dra. Debora Linqui

<b>DEPENDENCIA</b>	<b>PARTICIPANTE(S)</b>
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial	Dra. Elisa María Romero de Bonilla
Universidad Dr. Alberto Masferrer e ISSS	Dra. Ana Celia Díaz de Uriarte
<b>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL</b>	
Hospital Primero de Mayo	Lic. Ruth Dolores Orellana Pérez.
Unidad Médica 15 de Septiembre	Dr. Mario Alberto Mejía Grande
Unidad Médica 15 de Septiembre	Suy Elma Cuchilla Alvarado
Unidad Médica 15 de Septiembre	Sra. Blanca Orbelina Figueroa
ISSS Amatepec y ASOGOES	Dra. Mercedes Abrego de Aguilar
ISSS Amatepec	Dr. Carlos Godínez
	Mesy Jeannette Cardoza de Parada
<b>MINISTERIO DE SALUD</b>	
Hospital Nacional de Ahuachapan	Lic. Blanca Ruth Arriaza de Pimentel
Hospital Nacional de Zacamil	Lic. Norma Yanira Ríos
Hospital Nacional de Chalatenango	Dr. Edgard Hernández Gutiérrez
SIBASI La Libertad	Dra. Tatiana Arqueros de Chávez
SIBASI Chalatenango	Dra. Sandra Pérez
SIBASI Usulután	Lic. Gloria Elsy Alvarado
SIBASI Ahuachapan	Lic. Wendy Josefina Rivas Gálvez, Nutricionista
Provisión de Servicios, SIBASI	Lic María de los Ángeles Avilés Bermúdez
Región Metropolitana	Lic. Iris Eugenia de Avalos , Nutricionista
	Dra Patricia de Baños
	Lic Xenia Méndez Burgos
Región Paracentral	Dr. Enrique A. González
Región Occidental	Dra Blanca Leticia Cuyuch Marroquín
Región Central	Dra Ivonne Cecilia Palacios Macal
Región Oriental	Lic. Mirna Haydee de Roque
Unidad de Salud de La Palma, Chalatenango	Dr. Jorge Alberto Rico Girón
Unidad de Salud de Tejutepeque	Tomasa Cornejo de González
Promotor de Salud	Alex Roberto Lara Ramírez
Promotor de Salud, Unidad de Salud Nahuizalco	Miguel Antonio Asencio
<b>Nivel superior</b>	
	Dra. Ana Vilma Ortega de Blanco
	Dr. Carlos Roberto Torres
	Lic. Fernando A. Iraheta Flores

## BIBLIOGRAFÍA

- Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la mujer y reproductiva. (CLAP /SMR). "Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS". 2009.
- Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la mujer y reproductiva. (CLAP /SMR). Base de datos del Sistema Informático Perinatal instalado en maternidades del MSPAS. 2009.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. "Intervenciones Basadas en Evidencia para reducir la Mortalidad Neonatal". 2008.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. "Norma y Protocolo Materno". 2008.
- MSPAS. "Guía Técnica de Atención de Infecciones de Transmisión Sexual". 2006.
- MSPAS. "Guía Técnica de Atención en Planificación Familiar". 2009
- MSPAS. "Línea de base de la Mortalidad Materna en El Salvador. Junio 2005- Mayo 2006". 2006
- MSPAS. "Guías Clínicas de Atención a Mujeres y Personas Menores de Edad Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Sexual para Hospitales de Segundo y Tercer Nivel". 2007.
- MSPAS. "Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétricas en el Segundo Nivel de Atención". 2006.
- MSPAS. "Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétricas en el Tercer Nivel de Atención". 2004.
- OPS. "AIEPI Neonatal. Intervenciones Basadas en Evidencia". 2009.
- OPS. CLAP/SMR. UNICEF. "Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe". Montevideo, Uruguay, 2010.
- OPS. CLAP/SMR. UNICEF. "Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe". Montevideo, Uruguay.
- OPS. CLAP/SMR."Sistema Informático Perinatal. Hoja Clínica Perinatal y Formularios Complementarios. Instrucciones de llenado y definición de términos". Montevideo, Uruguay, 2010.
- OPS / OMS. "Más Allá de las Cifras: Revisión de las Muertes Maternas y las Complicaciones del Embarazo para hacer la Maternidad más Segura". 2009.
- OPS / OMS. "Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2". 2008.
- PNUD. "Equidad de Género". 2000
- Sociedad americana de ginecología y obstetricia. Green Journal, Vol 116, Nº 5, Nov 2010. Pág. 1232. Instituto Nacional de Salud de la niñez y desarrollo humano. Reporte del grupo de trabajo de monitoreo fetal electrónico: actualización en definiciones, interpretación y guías de manejo. Obstetricia y ginecología .Año 2008; 112:661-6.