



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

*El Pueblo, Presidente!*

**MINISTERIO DE SALUD**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD**

**Normativa - 011**

---

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

---

**Managua, Agosto – 2008**



## **CRÉDITOS**

Dirección Superior del Ministerio de Salud

Ministro de Salud

Secretario General

Directora General de Servicios de Salud

Director General de Regulación para la Salud



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

*El Pueblo, Presidente!*

Acuerdo Ministerial No. 312 - 2008

**ACUERDO MINISTERIAL**  
**No. 312 - 2008**

**GUILLERMO JOSE GONZALEZ GONZALEZ**, Ministro de Salud, en uso de las facultades que me confiere la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 102 del tres de Junio de mil novecientos noventa y ocho, Decreto No. 25-2006 "Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicado en "La Gaceta", Diario Oficial, Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo, respectivamente, del año dos mil seis, la Ley No. 423 "Ley General de Salud", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos, el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", publicado en "La Gaceta" Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

**CONSIDERANDO:**

I

Que la Constitución Política de la República de Nicaragua, en su arto. 59 partes conducentes, establece que: **"Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud"**.

II

Que la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", en su arto. 26, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud."

III

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 1, **Objeto de la Ley**, establece que la misma tiene por objeto "tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".

IV

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su **Artículo 2, Órgano Competente**, establece que "El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación."



**Ministerio de Salud**

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado oeste Colonia Primero de Mayo. Managua, Nicaragua  
Tel: 289-4700 Apartado Postal 107 • [www.minsa.gob.ni](http://www.minsa.gob.ni)



1



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

*El Pueblo, Presidente!*

Acuerdo Ministerial No. 312 - 2008

V

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su **Artículo 4, Rectoría**, señala que: "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales"; y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 19, numeral 17, establece: "**Artículo 19.-** Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades: 17. Elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales y manuales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento."

VI

Que el Ministerio de Salud, en virtud de las facultades dadas en los Artos. 2 y 4 de la Ley No. 423, Ley General de Salud", considera imperante establecer la normativa que determine los criterios y pautas para vigilar la salud de la mujer embarazada, parturienta y puerpera, institucionalizando prácticas sanitarias seguras y efectivas en establecimientos de distintos niveles de capacidad de resolución, para lograr la reducción de la morbilidad materna y perinatal.

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA:

**PRIMERO:** Se aprueba el documento denominado "**Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo**", el cual forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.

**SEGUNDO:** Se designa a la Dirección General de Servicios de Salud, para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los directores de establecimientos de salud públicos y privados, que brindan atención a las mujeres en edad fértil, embarazadas, parturientas, puerperas, y recién nacidos/as.

**TERCERO:** El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a los veintidós días del mes de Agosto del año dos mil ocho.



MINISTRO  
DE SALUD

GUILLERMO JOSE GONZALEZ GONZALEZ  
MINISTRO DE SALUD



Ministerio de Salud

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado oeste Colonia Primero de Mayo, Managua, Nicaragua  
Tel: 289-4700 Apartado Postal 107 • [www.minsa.gob.ni](http://www.minsa.gob.ni)



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





## CONTENIDO

PRESENTACIÓN .....	10
1. SOPORTE JURÍDICO NICARAGÜENSE .....	11
2. JUSTIFICACIÓN .....	14
3. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES.....	16
4. OBJETO.....	21
5. UNIVERSO.....	21
6. CAMPO DE APLICACIÓN.....	21
7. GENERALIDADES DE LAS NORMAS.....	22
NORMA PARA LA ATENCIÓN PRENATAL .....	22
NORMA DE ATENCIÓN DEL PARTO CLASIFICADO COMO DE BAJO RIESGO .....	25
NORMA DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO .....	29
NORMA DE ATENCIÓN DEL PUERPERIO FISIOLÓGICO .....	32
NORMA DE ATENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS.....	35
8. BIBLIOGRAFÍA. ....	39
9. ANEXOS .....	40
PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN PRENATAL, PARTO, RECIÉN NACIDO/A Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO .....	77
PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN PRENATAL .....	79
PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL.....	125
PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO.....	160
PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PUERPERIO FISIOLÓGICO .....	188

## **PRESENTACIÓN**

El Ministerio de Salud en su calidad de ente Rector del sector salud, a fin de dar cumplimiento a los compromisos del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, de proveer salud gratuita y atención oportuna a los nicaragüenses, continúa impulsando acciones que contribuyan a mejorar la salud de la mujer, la familia y la niñez, mediante acciones concretas que contribuyan a operativizar los lineamientos orientados en la Política Nacional de Salud, así como, en el nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

El Ministerio viene trabajando desde el Programa de Atención Integral a la Mujer, en el desarrollo de la maternidad segura como una estrategia para mejorar la salud materna y perinatal del país, cuyos objetivos son: reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo; reducir el número de complicaciones obstétricas; reducir la tasa de mortalidad en mujeres que presentan complicaciones obstétricas y, reducir la tasa de mortalidad perinatal y neonatal.

Las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura son: planificación familiar, atención prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales.

La atención perinatal determina que la embarazada, la parturienta y la /el recién nacido/a sean atendidos en el nivel de complejidad que su grado de riesgo requiere. Aunque esto se cumpla se hace necesario normar todas las actividades.

Las presentes normas y protocolos de ATENCION PRENATAL, PARTO Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO Y DE RECIÉN NACIDO están dirigidas a todas y todos los Trabajadores de la Salud, en los diferentes niveles de atención, con el propósito de poner en práctica una serie de acciones que permitan mejorar la calidad de atención y garantizar la seguridad de las usuarias que demandan los servicios.

Así mismo deberá contribuir a la actualización de los conocimientos científicos, a la homogenización del manejo de Atención prenatal, parto, puerperio de bajo riesgo, y de la atención del recién nacida/o normal, con el fin de incidir en la identificación de factores de riesgo para reducir las muertes maternas e infantil.

Esta norma se revisó y actualizó en coordinación intersectorial, donde participaron activamente diferentes representantes del INSS, la sociedad de Ginecoobstetricia, la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, representantes de ONG, como SI mujer, la Asociación de Enfermeras/os de Nicaragua, NICASALUD, así como personal de Salud de las diferentes direcciones del MINSA Central, los SILAIS. Además se contó con el apoyo técnico y financiero de UNFPA, OPS.

## **1. SOPORTE JURÍDICO NICARAGÜENSE**

La presente Norma se fundamenta en la Constitución Política de la República en su capítulo V, Arto 74, “Derechos de la familia”, la cual expresa que la mujer tendrá especial atención durante el embarazo.

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

En su Título II, Capítulo I, Arto 7, Numeral 6: “Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las instituciones proveedoras de los servicios de salud de naturaleza pública”.

El Reglamento de la Ley General de Salud establece en su Título VII, Capítulo II, Sección I, Arto 50, “Para el cumplimiento del Paquete Básico de Servicios de Salud, el I Nivel de atención, se regirá conforme los programas, manuales y protocolos de atención, definidos por el Ministerio de Salud”.

En su Título VII, Capítulo II, Arto 75, “Los proveedores de servicios de salud con independencia de su naturaleza jurídica, cumplirán estrictamente los manuales y otras disposiciones sobre calidad, ética e información Epidemiológica y de Gestión establecida para ellos”, en su Arto 80, numeral 4 y 5 establece, “Los establecimientos proveedores de servicios de salud de carácter privados, tiene las obligaciones siguientes:

- Cumplirán con los manuales correspondientes.
- Cumplirán con los estándares de calidad”.

En su capítulo VII, Sección 2, Funciones de los Hospitales, Arto 96, numeral 2, 4, 6 y 8:

- Brindar servicios de salud a la población, de acuerdo con su capacidad resolutive.
- Ejecutar protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de usuarios.
- Garantizar la seguridad de las y los usuarias/os velando porque las prácticas y tecnologías sean seguras y confiables.

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

En su Arto 109, “Ningún nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico puede ser introducido en el hospital si no es autorizado por las instancias correspondientes del Ministerio de Salud, y revisado técnicamente por el comité de evaluación de calidad del Hospital.

En su Título IX, “Sistema de Garantía de Calidad”, Capítulo I, Aspectos Generales, Arto 122, numeral 1 y 2, Para el cumplimiento de las funciones el Sistema de Garantía de Calidad, el MINSA deberá:

- Normar los aspectos técnico- administrativos para garantizar la calidad en la provisión de los servicios de salud, en los establecimientos públicos y privados que conforman el sector salud.
- Promover una cultura de calidad en los usuarios y proveedores de los servicios de salud.

En su Capítulo V, “Del ejercicio profesional”, Arto 165, “El MINSA, en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley y a través de la Dirección de Regulación de Profesionales de la salud, administrará el registro Nacional de profesionales y técnicos de la salud, con el objeto de promover el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, fortaleciendo el proceso de actualización y especialización profesional”.

En su Arto 169, establece, “El profesional de salud, deberá agregar su firma al código referido en el artículo que precede para cualquier trámite de autenticación de documentos, como certificado de salud, recetas, subsidios, hoja de defunción, nacimiento, epicrisis, historia clínica, exámenes de laboratorio, entre otros”.

En su Arto, No 170. Con el objeto de velar que se cumpla la función social del ejercicio profesional, el MINSA, deberá:

- Regular el cumplimiento de la prescripción de medicamentos, en donde los únicos autorizados son los profesionales de la salud con título de doctor en medicina y cirugía /especialidades /cirujano /dentista /especialidades.

En su Arto 174, establece, “El personal no profesional autorizado para la provisión de servicios en materia de obstetricia podrá atender los embarazos, partos y puerperios normales que ocurran en su comunidad, dando aviso de ello al establecimiento de salud más cercano por medio de tercera persona, en un plazo máximo no mayor de siete días”.

### **Compromisos de país a nivel internacional:**

La Conferencia mundial de población celebrada en Bucarest en 1974 declaró que: “Todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos”. 1

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

- En Diciembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
- En 1984 en la Ciudad de México, en la Conferencia Internacional sobre Población en 1985, en Nairobi, en la Tercera Conferencia sobre la Mujer;
- En 1989 en Ámsterdam en el Foro Internacional sobre Población en el siglo XXI.

- En 1993, en Viena, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos.
- En 1994, La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, constituyó un espacio de reflexión de la Comunidad Internacional acerca de los Derechos de las Personas en relación a la reproducción y el significado de los mismos en la promoción del desarrollo humano.

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

La Calidad de Vida y la Planificación Familiar fueron establecidos como Principios Fundamentales, así como se afirmó el Derecho Universal a la Salud Sexual y Reproductiva, la Opción Libre e Informada, el Respeto a la Integridad Física y el Derecho a no Sufrir Discriminación ni Coerción en todos los asuntos relacionados con la Vida Sexual y Reproductiva de las Personas.

Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de toda pareja e individuo de decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductivo (párrafo 95, Beijing Platform for Action, 1995).

## **2. JUSTIFICACIÓN**

El Ministerio de Salud de Nicaragua ha definido, en el Modelo de Atención Integral en Salud, que la atención dirigida a las personas se debe desarrollar con un enfoque de promoción y prevención de la salud, que imprima a la atención curativa el carácter preventivo y evite la progresión de la enfermedad o la aparición de daños.

Nicaragua es signataria de una serie de compromisos nacionales e internacionales para la protección de la mujer en todas las etapas de su vida, en especial durante la gestación, el parto y puerperio.

La muerte de una mujer por causas derivadas del embarazo, parto o aborto, es el reflejo del grado de desarrollo de un país. Por tanto, debe ser motivo de preocupación nacional el hecho de que la gran mayoría de las muertes maternas que ocurren pueden ser evitadas en un 95% de los casos, aún con los limitados recursos de los que dispongamos. Dado el papel fundamental de la mujer en la familia y la comunidad, las consecuencias de su muerte repercuten en general en toda la sociedad.

En Nicaragua, aunque la Mortalidad Materna va en descenso, sigue siendo todavía una de las más altas de la región. Es importante mencionar que la MM distribuye su gran peso porcentual durante el embarazo 22%, parto 25%, y puerperio 59%. La distribución de la Mortalidad Materna en el territorio nacional está asociada a factores de pobreza, lo cual tiene relación directa con el acceso y la calidad de la atención prenatal, la baja cobertura institucional del parto, así como la calidad y la cobertura en la atención del puerperio. En la actualidad una tercera parte de los partos son atendidos por personal no calificado.

El Ministerio de Salud ha manifestado su preocupación por la promoción de la salud integral de la mujer y de su familia antes, durante y después del proceso reproductivo. Para mejorar la calidad de la atención que se presta a la mujer en edad reproductiva, impulsa la estrategia de la maternidad segura, que incluye dentro de sus intervenciones la planificación familiar, atención prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos de emergencia (COE). Este último permite el manejo de las complicaciones obstétricas en las unidades de salud.

Los servicios COE que se brindan en las instalaciones de salud se clasifican en: COE BASICO: cuando se administra antibióticos, oxitócicos, anticonvulsivantes por vía parenteral, cuando se hace retiro manual de la placenta y de productos retenidos, así como el parto vaginal asistido y COE COMPLETO: cuando además de las funciones mencionadas anteriormente, se administra sangre y se realiza operación cesárea. De igual forma se está impulsando un plan de contención de la muerte materna y elevar el desempeño de personal de salud calificado.

Por lo tanto la revisión de Normas en el sistema de salud pretende mejorar la atención de las mujeres en general y de las embarazadas en particular, con nuevos conocimientos basados en evidencias científicas y en prácticas que han demostrado ser seguras con el propósito de ofrecer a profesionales y técnicos una guía que les permita realizar la entrega de una atención segura, de calidad y con nuevas concepciones, que

reconocen a las mujeres como ciudadanas con amplios derechos, que les permitan gozar plenamente de una vida saludable, segura y libre de violencia.

Como beneficiarias del progreso social y de los esfuerzos del personal de salud por brindarles una atención humanizada y de buena calidad, las mujeres podrán vivir la experiencia de la maternidad cada vez con menos riesgos, tanto para ella como para la o el recién nacido/a.

Es por eso que ponemos a disposición de las personas encargadas de la atención de las mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y del Recién Nacido sin complicación, las presentes Normas de Atención del Embarazo, Parto y Puerperio de Bajo riesgo. Sirva la presente normativa como un instrumento para la lucha por reducir el flagelo de la Mortalidad Materna tanto para las instituciones de Gobierno, como para las organizaciones de la Sociedad Civil, con quienes hemos unidos nuestros esfuerzos para transformar el país en beneficio de las grandes mayorías empobrecidas.

### 3. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

1. **Aborto:** Es todo nacimiento con un peso del producto de la gestación menor de 500 g.; en los casos que no existe el peso, se considera aborto a todo nacimiento menor de 22 semanas de gestación.
2. **Alumbramiento:** Es el momento del parto en el cual se eliminan al exterior la placenta y las membranas ovulares. Comprende cuatro etapas: el desprendimiento de la placenta, el desprendimiento de las membranas, el descenso y la expulsión; se produce posterior a la salida del feto, en un periodo de tiempo de 15 minutos con manejo activo y hasta los 30 minutos sin manejo activo.
3. **Amenorrea:** Es cuando hay ausencia de la menstruación en una mujer que tiene vida sexual activa y con períodos menstruales regulares.
4. **Anemia:** Recuento de eritrocitos por debajo 3,000,000 por milímetro cúbico, con hematócrito inferior al 30%; y cuyos niveles de hemoglobina no alcanzan los 10 gramos por ciento.
5. **Alojamiento Conjunto:** Estrategia que se caracteriza por ubicar al recién nacido y su madre en la misma habitación, con el propósito de favorecer el apego precoz, permanente y promover así la lactancia materna exclusiva.
6. **ALTO RIESGO REPRODUCTIVO:** Cuando en caso de presentarse un embarazo el producto o la madre o ambos van a sufrir lesión, daño o muerte o cuando posterior a ese embarazo quedarán secuelas que van incidir negativamente en su salud sexual y reproductiva futura.
7. **Atención Prenatal:** Es la serie de visitas programadas de la embarazada con el proveedor de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del-a recién nacido-a. (2)
8. **Atención Prenatal precoz:** Se denomina así a la atención prenatal que se le brinda a la embarazada en el primer trimestre del embarazo.
9. **Calidad de atención:** Secuencia de actividades normadas que relacionan al proveedor de los servicios con el usuario (a), y con resultados satisfactorios.
10. **Capacidad técnica:** Conocimientos, habilidades y destrezas que poseen los recursos humanos y que son puestos en función de la atención para garantizar la resolución de los problemas de salud de la población que demanda los servicios de salud.
11. **Continuidad:** Es la capacidad que posee la institución de salud, para garantizar el control y seguimiento del usuario (a) de su atención, sea ésta de nivel ambulatorio o de internamiento.
12. **Cobertura:** Es el indicador que nos refleja la cantidad relativa (%) del grupo de población a la que va orientada una actividad.
13. **Daño:** Es el resultado no deseado en función del cual se mide un riesgo. (2)
14. **Defunción fetal:** es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de



la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria. (1)

15. **Distocia del canal del parto:** Son aquellas alteraciones que sobrevienen cuando la alteración del mecanismo del parto se debe a una modificación del tamaño, forma o inclinación de la pelvis ósea, en este caso se denominan distocias óseas. También pueden ser ocasionadas por las partes blandas del canal y se denominan distocias de partes blandas. (2)
16. **Dips:** Son caídas transitorias de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) producidas por las contracciones uterinas. Se clasifican en dips tipo I o desaceleración temprana; dips tipo II o desaceleraciones tardías y dips umbilicales o desaceleraciones variables. (2)
17. **Edad Gestacional:** Es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último período menstrual normal. (1)
18. **Embarazo:** Es una condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares ó 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación<sup>3</sup>.
19. **Factor de Riesgo:** Es toda característica asociada a una probabilidad mayor de sufrir un daño (2);
20. **Globo de seguridad de Pinard:** Es un índice de buena hemostasia de la brecha placentaria. Su formación y permanencia se comprueba por medio de la palpación, al percibir el útero a nivel o un poco por debajo del ombligo, con límites bien definidos y una consistencia firme y elástica (que corresponde a la retracción unida a la tonicidad muscular) que cambia periódicamente hasta ponerse leñosa cuando sobrevienen las contracciones. (2).
21. **Indicador:** Es una característica que se puede medir. Es un número, una tasa, un índice, un porcentaje o una razón que nos permite una vez obtenida, medir la magnitud del fenómeno.
22. **Indicadores de Salud:** Son los datos más importantes del estado de salud y bienestar de la población. Las fuentes para estos datos provienen del censo general, de estadísticas vitales y de los sistemas de información.
23. **Lactancia Materna:** Alimentación natural del recién nacido que le proporciona los nutrientes necesarios que garantizan su crecimiento y desarrollo. Además, proporciona protección contra enfermedades víricas o bacterianas por medio del traspaso de anticuerpos maternos.
24. **Muerte Materna (Defunción Materna):** Es el fallecimiento de toda mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Se considera defunción materna tardía cuando

la muerte de la mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de 1 año de la terminación del embarazo. (1)

25. **Mortalidad (o Defunción) materna por causas obstétricas directas:** Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. (1)
26. **Mortalidad (o Defunción) Materna de causas obstetricias indirectas:** Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. (1)
27. **Muerte neonatal tardía:** Es la que ocurre después del séptimo día pero antes de los 28 días completos de vida. (1)
28. **Nacimiento vivo:** Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre (independientemente de la duración del embarazo), de un producto de concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquiera otra señal de vida, tales como palpitaciones del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si ha cortado o no el cordón umbilical y está o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un niño o niña vivo/a. (1)
29. **Nacimiento a término:** Es aquel que ocurre entre las 37 y menos de 42 semanas de gestación. (1)
30. **Nacimiento postérmino:** Es aquel que ocurre después de las 42 semanas de gestación. (1)
31. **Nacimiento pretérmino:** Nacimiento que ocurre entre las 22 y las 37 semanas de gestación. (1).
32. **Parto:** El acto de dar a luz un niño/a o un feto vivo/a o muerto/a y sus anexos, por vía vaginal. Es el procedimiento para asistir el nacimiento de un niño/a vivo/a, de un feto muerto (incluyendo placenta) por medios manuales, instrumentales o quirúrgicos.
33. **Parto de Bajo Riesgo:** Se considera parto de bajo riesgo, el de toda embarazada que al iniciar trabajo de parto espontáneo, cumple con 37 a 41 semanas cumplidas de gestación, si se estima que el peso fetal es de entre 2,500 y 4,000 gramos, si en el interrogatorio y examen físico no se determinan complicaciones médicas u obstétricas, ni factores de riesgo reales o potenciales de muerte perinatal o asfixia, contando además con un niño/a en presentación cefálica y con membranas íntegras.
34. **Parto a término:** Es cuando el feto ha cumplido el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo entre las 37 y las 41 semanas cumplidas de amenorrea.
35. **Parto Postérmino:** Es cuando el parto ocurre en la semana 42 o más tarde.
36. **Periodo Perinatal:** Periodo que transcurre desde las 22 semanas de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 gr.) y termina 7 días

completos después del nacimiento. (1).

37. **Periodo Neonatal:** Periodo que transcurre desde el nacimiento y termina a los 28 días completos después del mismo. Se subdivide en neonatal precoz (0-7 días) y neonatal tardío (8-27 días). (1).
38. **Peso al Nacer:** Es la primera medida del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento. Para los nacidos vivos, el peso debe ser tomado preferiblemente dentro de la primera hora de vida antes de que ocurra cualquier pérdida significativa de peso. (1).
- Bajo Peso al Nacer: Peso al Nacer menor de 2,500 gramos. (1).
  - Muy Bajo Peso al Nacer: Peso al Nacer menor de 1,500 gramos. (1).
  - Peso al Nacer extremadamente bajo: Peso al Nacer menor de 1,000 Gramos. (1).
39. **Planos de Hodge:** Son planos paralelos que parten de formaciones anatomopélvicas fáciles de determinar el descenso en el canal de parto, o sea, el “encajamiento” de la cabeza fetal en determinados puntos de la pelvis materna, permiten conocer a que altura de la pelvis se encuentra el polo fetal.
40. **Periodo intergenésico:** Periodo comprendido entre la finalización del último embarazo (parto o aborto), y el inicio del actual.
41. **Posición:** Es la relación que guarda el occipucio del producto con el lado izquierdo o derecho de la pelvis materna. Las posiciones son dos: derecha e izquierda. (2).
42. **Presentación Fetal:** Es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis, ocupándolo en gran parte, y que puede evolucionar por sí misma dando lugar a un mecanismo de parto. Las presentaciones son cefálicas y pelvianas. (2).
43. **Puerperio fisiológico:** Se denomina así al periodo de transformaciones progresivas de orden anatómicas y funcionales, que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se manifiesta por un proceso de involución hasta casi regresar al estado de no embarazo, a excepción de la glándula mamaria. El período del puerperio se extiende hasta los 60 días. (2).6.
44. **Recién Nacido con peso adecuado para su edad gestacional:** Producto de la concepción que nace con peso comprendido entre el percentil 10 y el 90 de la curva de peso intrauterino, de acuerdo a su edad gestacional, independientemente de la duración de la misma.
45. **Riesgo:** Es la posibilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño. (2).
46. **Riesgo reproductivo:** Es la probabilidad (grado de peligro) que tienen tanto la mujer no embarazada en edad fértil, como su producto potencial de experimentar lesión, daño o muerte en caso de presentarse un embarazo.
47. **Satisfacción del usuario (a):** Es la percepción de los usuarios (as) producto de su relación con los diferentes recursos o condiciones brindadas durante el proceso de atención.
48. **Situación Fetal:** Se denomina así a la relación existente entre el eje del ovoide fetal,

el eje del ovoide uterino y el eje longitudinal de la madre. Los tipos de situación fetal son longitudinales, transversos y oblicuos. (2).

49. **Variedad de Posición:** Es la relación que guarda el occipucio con la extremidad de los principales diámetros maternos. El occipucio puede estar en contacto con la eminencia iliopectínea, la extremidad del diámetro transverso, la articulación sacroilíaca, el pubis o el sacro, resultando la variedad de posición anterior, transversa, posterior, pública o sacra respectivamente. (2).
50. **Ventosa Obstétrica:** Es un método cuyo principio se basa en la extracción del ovoide cefálico mediante una ventosa adherida a su cuero cabelludo que, por presión negativa, permite tracción del producto. (2).

#### **4. OBJETO**

La presente normativa tiene por objeto, establecer los criterios y pautas para vigilar y atender la salud de la mujer embarazada, parturienta y puérpera, institucionalizando prácticas sanitarias que se ha demostrado son más seguras, más efectivas, más eficaces y menos costosas, que puedan ser aplicadas en establecimientos de menor capacidad resolutive, permitiendo la articulación con niveles de mayor capacidad de resolución que sean capaces de atender las complicaciones que se deriven de esta atención para lograr la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

#### **5. UNIVERSO**

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

#### **6. CAMPO DE APLICACIÓN.**

El cumplimiento de esta norma es de carácter obligatorio y será aplicada en todas las unidades públicas y privadas del sector salud del país que brinden este tipo de servicios, incluyendo los servicios comunitarios en el proceso de atención; la provisión de servicios contempla la atención prenatal, atención del parto clasificado de bajo riesgo, atención del puerperio, atención del recién nacido/a sin complicaciones (sano). La atención integral incluye acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

## 7. GENERALIDADES DE LAS NORMAS

### Norma para la atención prenatal

#### ***Dimensiones de la calidad: Competencia técnica***

**Norma:** La Atención Prenatal será realizada por personal médico o de enfermería, que se encuentre capacitado por el Órgano rector, según disponibilidad de recursos.

**Indicador:** % de personal que cumple con los requisitos del cargo.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** La evaluación del desempeño del personal de salud que realiza la atención prenatal, será mayor o igual al 90%.

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

**Umbral:** 90-100%.

#### ***Dimensiones de la calidad. Acceso a los servicios y oportunidad***

**Norma:** El personal de salud garantizará que el 80% de los embarazos de la población de su territorio, sean captados en un período de tiempo no mayor de doce semanas después de la concepción.

**Indicador:** % de embarazos captados por el personal de salud, en un período de tiempo no mayor de doce semanas de gestación.

**Umbral:** 80%.

**Norma:** El personal de salud, procurará que el 100% de los embarazos de la población de su territorio, obtengan un mínimo de cuatro atenciones prenatales en los siguientes períodos de gestación: menos de 12 semanas, entre las 20 y 24 semanas; entre las 28 y 32 semanas; entre las 36 y 38 semanas.

**Indicador:** % de embarazos que cumplen con cuatro atenciones prenatales, según norma establecida.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud, garantizarán que la primera y la cuarta atención prenatal sea realizado por el médico; así como la segunda y tercera atención sean realizados por personal de enfermería, según disponibilidad de recursos existentes.

**Indicador:** % de atenciones realizadas por personal de salud, según norma establecida por el órgano rector.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud, garantizará que toda embarazada durante su atención prenatal reciba educación e información en salud sobre apego precoz, lactancia materna exclusiva y alojamiento conjunto.

**Indicador:** % de embarazadas en atención prenatal que reciben educación e información sobre apego precoz, lactancia materna exclusiva y alojamiento conjunto

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud, garantizará que toda embarazada durante su atención prenatal reciba educación e información en salud sobre los signos de peligro durante el embarazo y el puerperio.

**Indicador:** % de embarazadas en atención prenatal que reciben información sobre signos de peligro.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud, garantizará que toda embarazada durante su atención prenatal reciba consejería en VIH/Sida para la realización de la prueba rápida.

**Indicador:** % de embarazadas en atención prenatal que reciben consejería en VIH/Sida y se realizan prueba rápida

**Umbral:** 100%

### ***Dimensión de la calidad: eficacia***

**Norma:** El personal de salud, garantizará que toda embarazada durante su atención prenatal en la que se identifique uno o más factores de riesgo debe ser referida en el periodo de tiempo y al nivel que corresponda según protocolo aprobado por el órgano rector.

**Indicador:** % de embarazadas en atención prenatal referidas en el periodo de tiempo y al nivel que corresponda según protocolo aprobado por el órgano rector.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud, garantizará que la atención prenatal se realice de manera efectiva, contando para esto con equipos, materiales y reactivos, que le permitan realizar el examen céfalo caudal completo, así como las pruebas diagnósticas que sean necesarias para la detección temprana de complicaciones.

**Indicador:** % de personal que realiza el examen céfalo caudal completo así como las pruebas diagnósticas que sean necesarias para la detección temprana de complicaciones

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud, durante el proceso de atención y para la verificación diagnóstica hará uso de las pruebas de apoyo que sean necesarias, según protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de personal que durante el proceso de atención utiliza el protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Umbral:** 100%.

### ***Dimensión de la calidad: Continuidad***

**Norma:** El personal de salud, garantizará que toda embarazada al realizársele su última atención prenatal y clasificado su embarazo como de bajo riesgo, sea referida a la unidad de salud correspondiente, haciendo uso de los mecanismos de articulación establecidos por el órgano rector.

**Indicador:** % de embarazadas referidas que cumplen con los mecanismos de articulación establecidos por el órgano rector.

**Umbral:** 90-100%.

**Norma:** Las autoridades de salud, garantizarán que el personal realice el mantenimiento preventivo de equipos e instalaciones, lo realice de manera sistemática a fin de asegurar la continuidad de la atención.

**Indicador:** % de personal que realiza el mantenimiento preventivo de equipos e instalaciones.

**Umbral:** 90-100%.

### ***Dimensión de la calidad: Accesibilidad***

**Norma:** El personal de salud, garantizará que el 60% de la población rural de su territorio, tengan acceso a los servicios de salud, y sean referidas a la unidad de salud correspondiente para la atención del parto, haciendo uso de los mecanismos de articulación establecidos por el órgano rector.

**Indicador:** % de embarazadas de la población rural atendida y referida para su atención del parto a la unidad de salud correspondiente.

**Umbral:** 90-100%.

**Norma:** Toda usuaria referida para la atención de su parto, al ingresar a la unidad de salud, será atendida inmediatamente.

**Indicador:** % de usuarias referida para la atención de su parto y atendidas en periodo de tiempo no mayor de 30 minutos.

**Umbral:** 100%.



***Dimensiones de la calidad: trato y relaciones interpersonales***

**Norma:** Toda usuaria que asiste a su atención prenatal expresará sentirse satisfecha con la atención recibida.

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

**Umbral:** 90 – 100 %.

**Norma de atención del parto clasificado como de bajo riesgo**

***Dimensión de la calidad: Competencia técnica***

**Norma:** La atención del parto clasificado como de bajo riesgo será realizado por personal médico o de enfermería, que se encuentre capacitado y certificado por el órgano rector y según disponibilidad de recursos.

**Indicador:** % de personal que cumple con los requisitos del cargo.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud que realiza el manejo de ropa, desechos, mantenimiento y la limpieza de instalaciones, equipos e instrumental, utilizados en la atención del parto deberán encontrarse capacitados y certificados por el órgano rector.

**Indicador:** % de personal que cumple con los requisitos del cargo.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** La evaluación del personal de salud que realiza la atención del parto, será mayor o igual al 90%.

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

**Umbral:** 90-100%.

***Dimensión de la calidad: Eficiencia***

**Norma:** El personal salud garantizará que la atención del 70% de los partos de la población de su territorio se realice según protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de usuarias atendidas de acuerdo a protocolo establecido por el órgano rector.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud, garantizará la existencia de ropa, instrumental y materiales estériles, instalaciones y equipos limpios y funcionando adecuadamente, para la atención del parto.

**Indicador:** % de partos atendidos con los equipos y condiciones necesarias para evitar complicaciones y disminuir la exposición a riesgos.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud, garantizará que toda usuaria en trabajo de parto sea evaluada inmediatamente al ingresar a las unidades de salud.

**Indicador:** % de usuarias evaluadas en un periodo no mayor de 30 minutos.

**Umbral:** 100%.

### ***Dimensión de la calidad: Seguridad***

**Norma:** El personal de salud garantizará que el índice de cesáreas de la población de su territorio no será mayor del 15% de la totalidad de partos atendidos en el establecimiento de salud.

**Indicador:** % de usuarias cuyos partos fueron resueltos vía cesáreas.

**Umbral:** 10-15%.

**Norma:** El personal de salud, garantizará que toda usuaria en trabajo de parto sea evaluada inmediatamente al ingresar a nuestras instalaciones.

**Indicador:** % de usuarias atendidas en un periodo no mayor de 30 minutos al ingresar a nuestras instalaciones.

**Umbral:** 90-100%.

**Norma:** El personal de salud, garantizará que toda usuaria después del parto se le garantice una vigilancia estricta y que ésta sea brindada por personal médico o de enfermería durante el período de tiempo establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de usuarias a quienes se les brinda asistencia médica o de enfermería durante el período de tiempo establecido por el órgano rector.

**Umbral:** 90-100%.

**Norma:** El personal de salud, garantizará que todos los desechos peligrosos utilizados en la atención del parto, sean recolectados y eliminados según procedimientos establecidos por el órgano rector.

**Indicador:** % personal de salud que realiza eliminación de desechos peligrosos según procedimientos establecidos por el órgano rector.

**Umbral:** 90-100%.

**Norma:** El personal de salud, garantizará, que el porcentaje de complicaciones del parto clasificado como de bajo riesgo sea menor o igual al 5%.

**Indicador:** % de usuarias complicadas.

**Umbral:** 1-5%.

***Dimensión de calidad: continuidad***

**Norma:** Las unidades de salud garantizarán que su personal asegure la existencia de insumos médicos que sean necesarios para la aplicación de medidas terapéuticas según protocolo establecido por el órgano rector.

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

**Umbral:** 80-90%.

**Norma:** El personal de salud, garantizará que toda usuaria cuyo trabajo de parto se complique, sea atendida y referida a la unidad de mayor resolución de acuerdo a protocolo aprobado por el órgano rector.

**Indicador:** % de usuarias atendidas y referidas según protocolo aprobado.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud garantizará que el proceso de limpieza y esterilización de equipos, instrumentos, ropa, sea realizado según normas y procedimientos establecidos por el órgano rector.

**Indicador:** % de equipos e instrumentos tratados mediante normas y procedimientos establecidos por el órgano rector.

**Umbral:** 100%.

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

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

**Umbral:** 100%.

***Dimensión de calidad: Oportunidad***

**Norma:** El personal de salud garantizará que a toda usuaria posterior al parto, se le oferte y /o aplique un método de espaciamiento de embarazo de acuerdo a protocolo establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de usuarias a quienes se les ofertó y/o aplicó un método de espaciamiento de embarazo.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud, a través de actividades de promoción y prevención, procurará que toda mujer después del parto logre extender el periodo de espaciamiento de embarazo a dos años.

**Indicador:** % de usuarias cuyo periodo de espaciamiento de embarazo es mayor o igual a dos años.

**Umbral:** 100%.

***Dimensión de la calidad: Satisfacción de la usuaria***

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

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

**Umbral:** 80-90%.

***Dimensión de la Calidad: accesibilidad***

**Norma:** El personal de salud, garantizará que todo parto sea atendido de acuerdo a protocolo establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de puérperas atendidas según protocolo de atención.

**Umbral:** 90-100%.

**Norma:** El personal de salud garantizará que toda toda mujer en trabajo de parto al ingresar a las instalaciones de Salud, sea atendido inmediatamente.

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

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud garantizará que toda puérpera al egresar de la unidad de salud, sea referida a su unidad de salud de adscripción para que le sean realizados los controles establecidos según protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de puérperas referidas para su control.

**Umbral:** 90-100%.

## **Norma de atención del recién nacido**

### ***Dimensión de la calidad: Competencia profesional***

**Norma:** El establecimiento de salud garantizará que todo recién nacido(a) sea atendido por personal debidamente capacitado por el órgano rector, que puede ser médico, enfermera, de acuerdo a la disponibilidad de recursos en los establecimientos de salud.

**Indicador:** % de personal de salud capacitado por el órgano rector que atiende al recién nacido.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud que realiza el manejo de ropa, desechos, mantenimiento y limpieza de instalaciones, equipos e instrumental, utilizados en la atención del Recién Nacido(a) deberán encontrarse capacitados y certificados por el órgano rector.

**Indicador:** % de personal que cumple con los requisitos del cargo.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** La evaluación del desempeño del personal de salud que realiza la atención del Recién Nacido(a), será mayor o igual al 90%.

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

**Umbral:** 90-100%.

### ***Dimensión de la calidad: Acceso y oportunidad***

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

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

**Umbral:** 90-100%.

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

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

**Umbral:** 100%.

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

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

% de controles de VPCD realizados.

**Umbral:** 90-100%.

### ***Dimensión de la calidad: Eficiencia***

**Norma:** El personal de salud garantizará que se brinde una atención oportuna y segura al recién nacido(a) libre de riesgos y que impida la presencia de complicaciones futuras.

**Indicador:** % de recién nacido cuyas complicaciones son menores al 5%.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud, garantizará el buen estado de equipos e instrumentos y la existencia de medicamentos a fin de las intervenciones de salud se realicen de manera oportuna y efectiva, según protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de personal que realiza intervenciones, según protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Umbral:** 100%.

### ***Dimensión de la calidad: Eficacia***

**Norma:** Toda unidad de salud garantizará que su personal, realice la atención del recién nacido(a) según protocolo establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de recién nacido atendidos según protocolo de atención.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud, garantizará que en la atención del recién nacido(a), y ante la presencia de cualquier signo de alarma, se utilicen las pruebas diagnósticas que sean necesarias para la identificación oportuna de complicaciones.

**Indicador:** % de recién nacido cuyas complicaciones han sido atendidas oportunamente.

**Umbral:** 100%.

***Dimensión de la calidad: Seguridad***

**Norma:** El personal de salud que atiende al recién nacido(a) cumplirá estrictamente con las técnicas de asepsia y antisepsia requeridas y realizará referencia oportuna ante la presencia de complicaciones.

**Indicador:** % de personal de salud que cumple con las técnicas de asepsia y antisepsia y realiza la referencia oportuna ante la presencia de complicaciones.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud, garantizará, que el porcentaje de complicaciones del recién nacido(a) clasificado como normal, sea menor o igual al 5%.

**Indicador:** % de complicaciones del recién nacido normal.

**Umbral:** 1-5%.

***Dimensión de la calidad: Continuidad***

**Norma:** El personal de salud garantizará que todo recién nacido(a) posterior a su nacimiento domiciliar, sea remitido a la unidad de salud de su área de influencia para asegurarle su control según protocolo establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de personal de salud, que garantiza el control y seguimiento del recién nacido(a) en el domicilio según protocolo.

**Umbral:** 90-100%.

***Dimensión de la calidad: Satisfacción de la usuaria***

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

**Indicador:** % de personal de salud que promueven el alojamiento conjunto efectivo madre-bebé y el apego precoz.

**Umbral:** 90-100%.

**Norma:** El establecimiento de salud garantizará que toda usuaria al egresar exprese sentirse satisfecha con la atención recibida.

**Indicador:** % de usuaria al egresar exprese sentirse satisfecha con la atención recibida.

**Umbral:** 80-90%.

## **Norma de atención del puerperio fisiológico**

### ***Dimensión de la calidad: Competencia profesional***

**Norma:** El proceso de atención del puerperio será realizado por personal médico, o de enfermería certificadas por el órgano rector, de acuerdo a la disponibilidad de recursos de los establecimientos.

**Indicador:** % de personal que cumple con los requisitos del cargo.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud que realiza el manejo de ropa, desechos, mantenimiento y limpieza de instalaciones, equipos e instrumental, utilizados en la atención del puerperio deberán encontrarse capacitados y certificados por el órgano rector.

**Indicador:** % de personal que cumple con los requisitos del cargo.

**Umbral:** 100 %.

**Norma:** La evaluación del personal de salud que realiza la atención del puerperio deberá contar con una evaluación mayor o igual al 90%.

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

**Umbral:** 90-100%.

### ***Dimensión de la calidad: Eficacia***

**Norma:** El personal de salud garantizará que se realice la vigilancia del puerperio inmediato según protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de personal de salud que durante la atención del puerperio aplica protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud garantizará que toda puérpera complicada al ingresar a la unidad de salud, sea atendida inmediatamente y su atención se realice de acuerdo a protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de puérperas complicadas atendidas en un periodo no mayor de 30 minutos.

**Umbral:** 90-100%.



**Norma:** El personal de salud, garantizará que durante el proceso de atención se aplique los medios de apoyo diagnósticos y las medidas terapéuticas que sean necesarias según protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de personal de salud, que atiende el puerperio complicado, según protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Umbral:** 100%.

### ***Dimensión de la calidad: Seguridad***

**Norma:** En la atención del puerperio inmediato, mediato y tardío, el personal de salud garantizará que la atención se realice de acuerdo al protocolo de atención aprobado por el órgano rector.

**Indicador:** % de personal de salud que durante la atención del puerperio aplica protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud garantizará que toda puérpera ante la presencia de cualquier síntoma o signo de riesgo, y al no contar con los recursos necesarios para brindarle una respuesta efectiva, realice referencia de manera oportuna a la unidad de salud de mayor nivel de resolución.

**Indicador:** % de personal de salud que realiza referencia de la puérpera en un periodo no mayor de 30 minutos.

**Umbral:** 90-100%.

**Norma:** El personal de salud garantizará que el proceso de recolección y disposición final de desechos peligrosos, se realice haciendo uso de las medidas establecidas por el órgano rector.

**Indicador:** % de personal que garantiza la eliminación y disposición de desechos peligrosos haciendo uso de las medidas establecidas por el órgano rector.

**Umbral:** 80%.

**Norma:** El personal de salud garantizará el uso de medidas asépticas en todas las maniobras realizadas durante el proceso de atención, con el propósito de evitar complicaciones.

**Indicador:** % de puérperas cuyo parto fue clasificado como de bajo riesgo cuyas complicaciones son menores o iguales al 5%.

**Umbral:** 1-5%.

**Norma:** El personal de salud garantizará que durante el proceso de atención del puerperio se apliquen todas las técnicas de manera efectiva y ante la presencia de hemorragia sea por laceraciones o presencia de restos placentarios, esta complicación sea atendida aplicando protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de puérperas que presentan hemorragia, laceraciones o restos placentarios atendidas según protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Umbral:** 100%.

### ***Dimensión de la calidad: Continuidad***

**Norma:** El personal de salud garantizará que toda puérpera al egresar sea referida a la unidad de salud de su área de influencia para su control sistemático según protocolo de atención aprobado por el órgano rector.

**Indicador:** % de usuarias referidas para su control y seguimiento.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud garantizará que el mantenimiento preventivo de instalaciones y equipos se realice de manera sistemática para garantizar la continuidad de la atención.

**Indicador:** % de de salud garantizará que el mantenimiento preventivo de instalaciones y equipos se realice de manera sistemática.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El establecimiento de salud garantizará que a toda puérpera al egresar se le oferte y/o aplique un método de espaciamiento de embarazos y su aplicación sea realizada por el personal de salud certificado y acreditado por el órgano rector.

**Indicador:** % de puérperas a quienes se les ofertó y aplicó un método de espaciamiento de embarazos.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud a través de medidas de prevención y promoción, procurarán que toda puérpera de la población de su territorio logre alcanzar un periodo de espaciamiento de embarazos mayor o igual a dos años.

**Indicador:** % de puérperas cuyo periodo intergenésico es mayor o igual a dos años.

**Umbral:** 70%.

***Dimensión de la calidad: Satisfacción de la usuaria***

**Norma:** La unidad de salud garantizará que toda usuaria atendida exprese sentirse satisfecha por la atención recibida.

**Indicador:** %usuarias que expresan sentirse satisfechas con la atención recibida.

**Umbral:** 80-90%.

**Norma de atención de las infecciones de vías urinarias.**

***Dimensión de la calidad: Competencia profesional***

**Norma:** El proceso de atención de las infecciones de las vías urinarias, será garantizado por personal Médico y de enfermería, capacitados y certificados por el órgano rector.

**Indicador:** % de personal que cumple con los requisitos del cargo.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** La evaluación del desempeño del personal de salud, será igual o mayor al 90%.

**Indicador:** % de personal de salud, cuya evaluación del desempeño es igual o mayor al 90%.

**Umbral:** 90-100%.

***Dimensión de la calidad: Acceso de los servicios***

**Norma:** El personal de salud garantiza que el 100% de los embarazos en su población adscrita y captados en un período no mayor de doce semanas, se les realice entre sus pruebas diagnósticas el examen general de orina y la realización del urocultivo para la detección y tratamiento oportuno de la Bacteriuria.

**Indicador:** % de personal de salud, que realizan la prevención y tratamiento de la Bacteriuria de la población de embarazadas de su población de adscripción.

**Umbral:** 80-90%.

**Norma:** El personal de salud, vigilará que la usuaria se realice el examen general de orina o la prueba de urocultivo, para asegurar en cada una de las cuatro atenciones normadas la prevención y tratamiento oportuno de la Bacteriuria.

**Indicador:** % de personal de salud, que realiza vigilancia de los resultados del examen general de orina y/o urocultivo para la prevención y tratamiento de la Bacteriuria.

**Umbral:** 80-90%.

***Dimensión de la calidad: Eficacia***

**Norma:** El personal de salud, logrará disminuir el 25% de las Infecciones de vías urinarias de su población de adscripción, mediante la identificación oportuna de Bacteriuria en cada una de sus atenciones prenatales, y su abordaje terapéutico lo realizará según protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de personal de salud, que logra disminuir el 25% de las IVU de su población de adscripción.

**Umbral:** 80-90%.

**Norma:** El personal de salud logrará disminuir el 25% de las Infecciones de vías urinarias de su población de adscripción, mediante la atención oportuna de la Pielonefritis, especialmente en el segundo trimestre del embarazo y asegurará su tratamiento según protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de personal de salud, que logra disminuir el 25% de las IVU de su población de adscripción, mediante la atención oportuna de la Pielonefritis.

**Umbral:** 80-90%.

***Dimensión de la calidad: Seguridad***

**Norma:** El personal de salud, mantendrá una estrecha vigilancia sobre los principales cambios e infecciones que predisponen a la embarazada a sufrir infecciones de vías urinarias a repetición y las tratará según protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de personal de salud, que trata las infecciones de vías urinarias según protocolo de atención establecido.

**Umbral:** 80-90%.

**Norma:** El personal de salud ante la presencia de compromiso del estado general de la embarazada y que puede poner en riesgo la vida del feto, realizará una referencia oportuna a la unidad de salud de mayor nivel de resolución en un periodo de tiempo no mayor de 60 minutos.

**Indicador:** % de personal de salud, que realiza referencia oportuna de la embarazada complicada en un periodo de tiempo no mayor de 60 minutos.

**Umbral:** 90-100%.

**Norma:** El personal de salud, garantizará que el manejo y tratamiento de ropa e instrumentos estériles, se realice cumpliendo con las normas de Bioseguridad.

**Indicador:** % de personal que cumpla con los procedimientos establecidos para el manejo y tratamiento de ropa e instrumentos estériles.

**Umbral:** 90-100%.

***Dimensión de la calidad: Oportunidad***

**Norma:** El personal de salud, promoverá que el periodo intergenésico para la mujer que durante su embarazo sufre de infecciones de vías urinarias recurrentes no sea menor de 2 años.

**Indicador:** % de personal de salud, que promueve que el periodo intergenésico de la mujer embarazada con infecciones de vías urinarias no sea menor de dos años.

**Umbral:** 80-90%.

***Dimensión de la calidad: Continuidad***

**Norma:** El personal de salud, garantizará que toda usuaria portadora de infección de vías urinarias al egreso, sea contrarreferida con tratamiento a su unidad de adscripción para su control y seguimiento.

**Indicador:** % de personal de salud, que asegura el control y seguimiento de la embarazada post infección de vías urinarias haciendo uso de los mecanismos de referencia y contrarreferencia.

**Umbral:** 80-90%.

**Norma:** El personal de Salud, garantizará que instalaciones, equipos, mobiliario y accesorios, utilizados durante el proceso de atención, sean sometidos a un proceso de limpieza y desinfección, haciendo uso de técnicas, procedimientos y soluciones establecidas por el ente rector.

**Indicador:** % de personal de salud, que durante el proceso de atención aplica las técnicas procedimientos y soluciones establecidas.

**Umbral:** 80-90%.

***Dimensión de la calidad: Acceso de los servicios***

**Norma:** El personal de salud, garantizará que toda usuaria al egresar, sea contrarreferida a su unidad de adscripción para su control y seguimiento.

**Indicador:** % de usuarias que al egresar son contrareferidas a su unidad de adscripción.

**Umbral:** 80-90%.

***Dimensión de la calidad: Satisfacción de la usuaria***

**Norma:** El personal de salud, garantizará que toda usuaria al egresar, exprese sentirse satisfecha por la atención recibida.

**Indicador:** % de usuarias, que expresan sentirse satisfechas por la atención recibida.

**Umbral:** 80 – 90%.

***Dimensión de la calidad: Eficacia***

**Norma:** El personal de salud, durante el proceso de atención, hará uso de las pruebas de apoyo que sean necesarias para la verificación del diagnóstico e instauración del tratamiento, según lo establecido en el protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de personal de salud, realiza la verificación diagnóstica según lo establecido por el protocolo de atención.

**Umbral:** 80 – 90%.

***Dimensión de la calidad: Efectividad***

**Norma:** El personal de salud, garantizará que el médico durante el proceso de atención, aplique medidas terapéuticas oportunas y seguras, cumpliendo siempre con el protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de personal de salud, que aplica medidas terapéuticas oportunas y seguras, cumpliendo siempre con el protocolo de atención.

**Umbral:** 80-90%.

**Norma:** El personal de salud administrativo, garantizarán que su personal, durante el proceso de atención, haga uso de las técnicas de asepsia y antisepsia para la aplicación de medios invasivos que puedan ser agentes de infecciones a la embarazada.

**Indicador:** % de personal de salud, que aplica las técnicas de asepsia y antisepsia para la aplicación de medios invasivos que puedan ser agentes de infecciones a la embarazada.

**Umbral:** 80-90%.

***Dimensión de la calidad: Comodidad***

**Norma:** El personal de Salud asegurará a los usuarios de los servicios, las condiciones ambientales necesarias para el confort y satisfacción de sus necesidades.

**Indicador:** % de personal de salud, que aseguran las condiciones ambientales necesarias para el confort y satisfacción de los usuarios.

**Umbral:** 80-90.

## **8. BIBLIOGRAFÍA.**

1. Derek Llewellyn Jones- Ginecología y Obstetricia. Séptima Edición. Impresiones Harcourt. España. 2000.
2. Emiliano Soto Romo. RMS. Revista médica de Santiago. Sección anátomo – clínico. Sobre la muerte materna. Embolia de líquido Amniótico. Año 2000.
3. Guía para el manejo del neonato. Nicaragua, Ministerio de salud. 2006.
4. Ley General de Salud y su Reglamento. Ministerio de Salud, Programa de Modernización. Managua, Nicaragua 2003.
5. Ministerio de Salud, Dirección General de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia. Normas para la atención prenatal, parto de bajo riesgo. 2005.
6. Ministerio de Salud Programa de Modernización del Sector Salud, Hospital Alemán Nicaragüense, Protocolo de Prevención y Manejo de la Hemorragia Post-Parto – riesgo y puerperio, Managua, Nicaragua, Junio 1997.
7. Ministerio de Salud Dirección General de atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia, Manual de salud Reproductiva. Managua, Nicaragua, 1996.
8. Ministerio de Salud Proyecto de Modernización del Sector Salud Atención Integral a la Mujer y la Niñez, Managua, Nicaragua, abril 1995.
9. Ministerio de Salud Dirección de Atención Integral a la Mujer, Niñez y adolescente. Protocolos para la atención Obstétrica y Pediátrica, Managua, Nicaragua, Marzo 2001.
10. Normas de atención de la mujer embarazada. Instituto Mexicano de la Salud.
11. Normas para la planificación familiar. Ministerio de Salud. República de Nicaragua. Dirección de atención integral a la mujer. Noviembre 2005.
12. Oscar Flores Et al. Salud Sexual y reproductiva en Ginecología y Obstetricia. Universidad autónoma de Nicaragua. Facultad de ciencias medicas. UNAN. UNFPA.
13. Profesor. Dr. Miguel Margulies. Intervención para prevenir la muerte materna en mujeres de alto riesgo obstétrico.
14. Schwarcz Ricardo Duverges. Et. Al. Gineco Obstetricia Quinta Edición. Quinceava Reimpresión. librería el ateneo, Buenos Aires, Argentina. 2003.
15. Salud materna e infantil en Nicaragua. Avances y desafíos 2005. Día mundial de la salud 2005. OPS. OMS. UNFPA. UNICEF. República de Nicaragua. Ministerio de Salud.

## **9. ANEXOS**



# MATRIZ DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN PARA VERIFICAR CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Indicador	Que otra información adicional necesitamos	Fuente de información	Técnica de recolección de información	Muestra	Frecuencia	Responsable
% de personal que brinda servicios de Atención Prenatal debidamente certificados por el órgano rector.	Nombre del recurso categoría	Expediente laboral	Entrevista Auditoría	100 %	Cada vez que se contrate un recurso	Sistema de Recursos Humanos Dirección Jefe de servicio
% de embarazos en la población adscrita, captados en un periodo no mayor de doce semanas de gestación, por los establecimientos de salud.	Hoja de registro de consulta diaria Registro de Atención Prenatal Referencias comunitarias	Registros estadísticos y de planificación familiar Expediente clínico	Verificación de la información. Auditoría de expectantes clínicos.	30 % de la muestra	Cada trimestre	Responsable de registro y archivo clínico. Dirección Jefe de servicio de consulta Externa.
% de embarazos en la población adscrita, que cumple con los cuatro controles prenatales.	Registro de Atención Prenatal Hoja de consulta diaria Came prenatal	Expediente clínico Datos estadísticos.	Auditoría Verificación de la información	30 % de la muestra	Cada trimestre	Dirección Jefe de servicios Jefa de Enf.
% de controles prenatales a embarazadas en la población adscrita, realizadas por personal normado.	Nombre del recurso Categoría laboral	Expediente Clínico Datos estadísticos	Auditoría Verificación de la información	30 % de la muestra	Cada trimestre	Dirección Jefe de servicio Jefa de Enf.

Indicador	Que otra información adicional necesitamos	Fuente de información	Técnica de recolección de información	Muestra	Frecuencia	Responsable
% de embarazadas referidas en el periodo de tiempo y al nivel que corresponda según protocolo aprobado por el órgano rector.	Referencias y contrarreferencias Registro de consultas de emergencias Protocolo	Expediente clínico Registros estadísticos.	Auditoría Verificación de la información	30 % de la muestra	Cada trimestre	Dirección Jefe de servicio Admón.
% de usuarias que expresan sentirse satisfechas por la atención recibida.	Evaluación de la satisfacción Quejas escritas	Nombre del recurso Informe de comité	Auditoría Verificación de la información	30 % de la muestra	Cada trimestre	Dirección Jefe de servicio Admón.

# INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DE NORMAS DE LA ATENCIÓN PRENATAL DE RUTINA

N°	Dimensión de la calidad	N°	Indicador	Umbral		Porcentaje de cumplimiento									
				Mín	Máx	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
1	Competencia	1	% de personal que brinda servicios de Atención Prenatal debidamente certificados por el órgano rector.	100	100										
2	Acceso a los servicios y oportunidad	2	% de embarazos en la población adscrita, captados en un periodo no mayor de doce semanas, por los establecimientos de salud.	80	100										
		3	% de controles de embarazos en la población adscrita, realizados por el personal normado.	100	100										
		4	% de embarazadas que recibieron 4 controles prenatales	80	90										
3	Eficacia	5	% de controles prenatales que cumplen con el protocolo aprobado por el órgano rector	100	100										
			% de primeros y cuartos controles prenatales brindados por el médico	100	100										
		6	% de embarazadas con uno o más factores de riesgo referidas según protocolo aprobado por el órgano rector.	100	100										
4	Continuidad	7	% de embarazadas clasificadas como de bajo riesgo referidas a la unidad de salud correspondiente para la atención de su parto, según protocolo aprobado por el órgano rector.	100	100										
5	Trato y relaciones interpersonales	8	% de mujeres satisfechas por la atención recibida en las unidades de salud.	80	90										

# **MATRIZ DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN PARA VERIFICAR CUMPLIMIENTO DE NORMAS DEL PARTO DE BAJO RIESGO**

Indicador	Que otra información adicional necesitamos	Fuente de información	Técnica de recolección de información	Muestra	Frecuencia	Responsable
% de personal que atiende el parto debidamente certificado por el órgano rector.	Nombre del recurso. Categoría o tipo de recurso. Certificación. Capacitaciones recibidas.	Currículo vitae Expediente Laboral.	Auditoría Verificación de la información.	100 %	Cada vez que se contrate un recurso	Director de la unidad Jefe de servicio RRHH
% de personal de salud que atiende el parto con evaluación del desempeño mayor o igual a 90 por ciento	Medición del desempeño	Expediente Laboral.	Auditoría Verificación de la información. Observación directa	100%	Cada seis meses	Director de la unidad Jefe de servicio RRHH
% de partos atendidos con los equipos y condiciones necesarias para evitar complicaciones y disminuir la exposición a riesgos	Hojas de control de mantenimientos preventivos Frecuencia de cancelaciones de procedimientos Nombre del recurso	Expediente del equipo Expediente laboral Datos estadísticos	Auditoría Verificación de la información.	30% de usuarias atendidas	Cada trimestre	Sistema de control
% de usuaria atendidas en un tiempo no mayor de 30 minutos.	Nombre del recurso Categoría. Hoja de registro de emergencia.	Expediente clínico. Hoja de Ingreso	Auditoría Verificación de la información	30% de usuarias atendidas	Cada trimestre	Sistema de control

## MATRIZ DE OBTENCIÓN DE INSTRUMENTO DE NORMAS ATENCIÓN DEL PARTO DE BAJO RIESGO

		Mín	Máx	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
1	Competencia	1	% de personal debidamente y disponibilidad de recursos en los establecimientos.	100	100								
		2	% de recursos cuya evaluación es igual o mayor a 90.	90	100								
2	Acceso y oportunidad	3	% de usuarias referidas y atendidas en un tiempo no mayor de 30 minutos.	80	100								
3	Eficiencia	4	% de establecimientos de salud que garantizan la atención del 50% de los partos de su población adscrita	100	100								
		5	% de partos atendidos con los equipos y condiciones necesarias para evitar complicaciones y disminuir la exposición a riesgos	80	90								
4	Eficacia y Seguridad	6	% de partos atendidos de acuerdo a protocolo aprobado por el órgano rector.	90	100								
		7	% de complicaciones en el parto clasificado como de bajo riesgo no mayor del 5%.	1	5								
		8	Índice de cesáreas, menor o igual al 15 % de todos los partos de bajo riesgo.	1	15								
6	Continuidad	9	% de usuarias con control puerperal inmediato según protocolo aprobado por el órgano rector.	100	100								
		10	% de primeros y cuartos controles atendidos por el médico.	100	100								
7	Satisfacción al usuario	12	% de usuarias atendidas y satisfechas por la atención recibida	80	90								



## MATRIZ DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN PARA VERIFICAR CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

Indicador	Que otra información adicional necesitamos	Fuente de información	Técnica de recolección	Muestra	Frecuencia	Responsable
% de personal de salud que garantizan la atención del recién nacido con personal capacitado y certificado por el órgano rector,	Categoría del recurso humano. Capacitaciones. Nombre del recurso.	Curriculum vitae. Expediente laboral.	Auditoría. verificación de la información	100%	Cada vez que se asigne el puesto	Recursos humanos Director médico Jefe del servicio.
% del personal que atiende al Recién Nacido cuya evaluación del desempeño del igual o mayor al 90%	Resultados de evaluación del desempeño.	Resultados escritos de evaluación. Expediente laboral.	Auditoría. verificación de la información Observación directa.	1000%	Cada seis meses	Recursos humanos Director médico Jefe del servicio
% de recién nacidos atendidos de acuerdo a protocolo de atención establecido por el órgano rector.	Nombre del recurso categoría laboral Protocolo.	Expediente clínico Libro de registro de parto.	Auditoría. verificación de la información	30%	Cada seis meses	Director médico jefe de servicio.
% de personal de salud que brinda atención al recién nacido referido en un período no mayor de 30 minutos después de su ingreso.	Nombre del recurso Categoría Registro de ingreso. Hora de atención. Hora de nacimiento	Expediente clínico Registro de referencias archivo clínico.	Auditoría. verificación de la información	30%	Cada tres meses	Jefe de servicio Director médico. Jefe de servicio De archivo clínico.

Indicador	Que otra información adicional necesitamos	Fuente de información	Técnica de recolección	Muestra	Frecuencia	Responsable
% de recién nacidos referidos para su control de VPCD.	Nombre del recurso	Expediente clínico	Auditoría.	30%	Cada tres meses	Jefe de servicio
% de controles de VPCD realizados	Categoría	Datos estadísticos.	Verificación de la información			Director médico.
% de personal de salud, que garantiza el control y seguimiento del recién nacido según protocolo	Hoja de registro de consultas					Jefe de servicio
% de usuarias satisfechas por la atención recibida.	Nombre del recurso	Expediente clínico	Auditoría	10 casos por médico	Semestral	Director médico
	Categoría	Datos estadísticos	Verificación de la información			Jefe de servicio
	Protocolo					RRHH.
% de usuarias satisfechas por la atención recibida.	Nombre del recurso	Resultado de investigación de la satisfacción.	Auditoría	30% de la muestra	Cada 3 meses	Director
	Reporte de quejas	Expediente clínico	Verificación de la información.			Comité satisfacción e infecciones
	Encuestas de satisfacción					Jefe de servicio
% de recién nacidos referidos y atendidos en un periodo no mayor de 30 minutos	Hojas de referencias	Expediente clínico	Auditoría	30% de la muestra	Cada 3 meses	Director
% de recién nacido cuyas complicaciones son menores al 5%	Nombre del recurso	Expediente clínico	Verificación de la información.			Jefe de servicio
	Categoría	Reporte de complicaciones				Responsable de Registro
	Referencias					
	Protocolo					
	Protocolo de atención					
	Control de complicaciones					
	Nombre del recurso.					
	Categoría					

Indicador	Que otra información adicional necesitamos	Fuente de información	Técnica de recolección	Muestra	Frecuencia	Responsable
% de recién nacidos referidos y cuyos controles de VPCD han sido realizados	Referencias realizadas. Nombre del recurso categoría Hoja de control de consultas	Expediente clínico Datos estadísticos	Auditoría Verificación de la información.	30% de la muestra	Trimestral	Dirección Jefe de servicio RRHH. Responsable de Registro
% de personal de salud que promueve el alojamiento conjunto madre-bebe y la lactancia materna.	Nombre del recurso categoría Encuestas de Satisfacción del usuario Evaluación de desempeño	Expediente clínico Reporte del comité	Auditoría Verificación de la información	30% de muestras	semestral	Dirección Administración Jefe de servicio



# INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DE NORMAS ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO

N°	Dimensión de la calidad	N°	Indicador	Umbral		Porcentaje de cumplimiento									
				Mín	Máx	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
1	Competencia	1	% de personal debidamente certificado por el órgano rector y / o de acuerdo a la disponibilidad de recursos en los establecimientos.	90	100										
		2	% de personal con evaluación del desempeño mayor o igual al 90%	90	100										
2	Acceso	3	% de recién nacidos que al ingresar son atendidos en un periodo de tiempo no mayor de 30 minutos.	90	100										
3	Eficacia Seguridad	4	% de personal de salud que garantiza el manejo del recién nacido según protocolo establecido por el órgano rector.	90	100										
		5	% de personal de salud que cumple con las técnicas de asepsia y anti-sepsia	100	100										
			% de personal de salud, que realiza referencia oportuna ante las complicaciones	100	100										
			% de recién nacido cuyas complicaciones son menores al 5%	1	6										
4	Satisfacción	6	% de usuarias que expresan sentirse satisfechas por la atención recibida.	90	100										
5	Continuidad	7	% de personal de salud que garantizan que todo recién nacido sea remitido a la unidad de salud de su área de influencia para su control según protocolo establecido por el órgano rector.	100	100										
6	Comodidades	8	% de personal de salud que garantizara que promueve el alojamiento conjunto madre-bebe y la lactancia materna.	90	100										

### MATRIZ DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN PARA VERIFICAR CUMPLIMIENTO DE NORMAS DEL PUERPERIO.

Indicador	Que otra información adicional necesitamos	Fuente del indicador	Técnica de recolección	Muestra	Frecuencia	Responsable
% de personal de salud que atiende el puerperio y que se encuentra capacitado y certificado por el órgano rector.	-Nombre del recurso -Categoría del recurso -Libro de registro de la atención del parto	-Expediente laboral curriculo Certificación.	- Auditorías - verificación de su certificación	100% de los recursos	-Cada vez que se requiera un puesto.	Director -Supervisor - RRHH - Dirección Silais
% de personal de salud que realiza vigilancia del puerperio según protocolo de atención aprobado por el órgano rector.	- Nombre del recurso - Categoría del recurso Protocolo.	-Expediente clínico Libro de registro de partos.	-Auditorías -medición de la satisfacción.	30% de los expedientes de usuarias atendidas	-Mensual	Director -Supervisor -Jefe de servicio -Comité de satisfacción del usuario
% de personal de salud que asegura que la puérpera al egresar sea referida para su control % de personal de salud que realiza referencia de la puérpera en un periodo no mayor de 30 minutos	Hoja de referencia. -Nombre del recurso categoría Nombre del recurso Hora de referencia categoría	Libro de control de referencias -Registro de consultas diarias -Expediente clínico.	-Auditorías - verificación de la información	30% de los expedientes de usuarias atendidas	-Mensual	Director Supervisor -Jefe de servicio -Comité de satisfacción del usuario

Indicador	Que otra información adicional necesitamos	Fuente del indicador	Técnica de recolección	Muestra	Frecuencia	Responsable
% de personal de salud que realiza la oferta y aplicación del método de Espaciamiento de embarazos.	-Tarjetero del programa planificación familiar. -Registro de programación de cirugías menores - nombre del recurso categoría	Expediente clínico.	- Auditorías - verificación de la información	30% expedientes auditados	-Mensual	Director Supervisor -Jefe de servicio -Comité de programación quirúrgica
% de personal de salud que garantizan que el proceso de esterilización sea realizado por personal capacitado y acreditado por el órgano	- Nombre del recurso categoría -Certificación	-Expediente laboral Evaluación del desempeño	- Auditorías - Observación - verificación de la información	30 % de expedientes auditados	-Trimestral	Director Supervisor -Jefe de servicio -Comité de infecciones intrahospitalarias
% de personal que garantiza la eliminación y disposición adecuada de los desechos peligrosos durante el proceso de atención.	-Nombre del recurso Categoría Normas de Bioseguridad -Protocolo -Complicaciones	-Expediente clínico Reportes del comité de infecciones	Auditorías - Observación -Técnicas de verificación	30 % de expedientes auditados	-Trimestral	Director Supervisor -Jefe de servicio -Comité para el control de infecciones intra-hospitalarias
% de personal de salud que durante la atención del puerperio aplica protocolo de atención establecido por el órgano rector	- Nombre del recurso categoría -Protocolo	-Expediente clínico - Evaluación del desempeño	-Auditorías - Observación - verificación de la información	30 % de expedientes auditados	-Trimestral	Supervisor -Jefe de servicio

Indicador	Que otra información adicional necesitamos	Fuente del indicador	Técnica de recolección	Muestra	Frecuencia	Responsable
% de de salud garantizará que el mantenimiento preventivo de instalaciones y equipos se realice de manera sistemática	Nombre del recurso categoría Hoja de control de mantenimiento Cancelaciones de procedimientos	-Expediente de vida del equipo - Datos estadísticos.	-Auditorías - verificación de la información	30 % de expedientes de equipos	-Trimestral	Jefe de servicio -Director <b>Admón.</b> Jefe de mantenimiento
% de personal de salud que garantiza la satisfacción del usuario al brindarle la atención	Quejas interpuestas. Encuestas de satisfacción	Resolución de quejas. Resultado de medición de la satisfacción	Auditorías Verificación de la información	30 % de expedientes auditados	Mensual	Jefe de servicio Director Comité de satisfacción del usuario
% de puérperas complicadas atendidas en un periodo no mayor de 30 minutos	Nombre del recurso Categoría complicaciones Hoja de emergencia	Expediente clínico Datos estadísticos	Auditorías Verificación de la información	30 % de expedientes auditados	Trimestral	Jefe de servicio Director Comité para el control de infecciones intra-hospitalarias

# INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DE NORMAS ATENCIÓN DEL PUERPERIO

Unidad de salud:  
Director:

FECHA: día \_\_\_\_ mes \_\_\_\_ año \_\_\_\_

N°	Dimensión de la calidad	N°	Indicador	Umbral		Porcentaje de cumplimiento									
				Mín	Máx	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
1	Competencia	1	% de personal de salud, que atiende a la puérpera y que cumple con los requisitos del cargo.	100	100										
		2	% de personal cuya evaluación del desempeño es mayor o igual al 90%	90	100										
2	Eficacia	3	% de personal de salud que realiza vigilancia del puerperio según protocolo de atención aprobado por el órgano rector.	90	100										
		4	% de personal de salud que oferta y aplicación de un método de espaciamiento de embarazos, a toda puérpera al egresar.	90	100										
		5	% de personal de salud que vigilancia del puerperio inmediato según protocolo establecido por el órgano rector.	80	90										
			% de personal de salud que garantizan que el proceso de esterilización sea realizado por personal capacitado y acreditado por el órgano rector.	100	100										
3	Seguridad	5	% de personal de salud que garantiza que toda puérpera al egresar sea referida para su control y seguimiento.	80	90										
		6	% de personal que garantiza la eliminación y disposición adecuada de los desechos peligrosos durante el proceso de atención.	80	90										
4	Continuidad	8	% de personal de salud que asegura que la puérpera al egresar sea referida para su control y seguimiento.	90	100										
5	Satisfacción del usuario	9	% de personal de salud que garantizan que toda usuaria al egresar exprese sentirse satisfecha por la atención recibida.	80	90										



## MATRIZ PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LAS IVU

Indicador	Que otra información adicional necesitamos	Fuente de información	Técnica de recolección de información	Muestra	Frecuencia	Responsable
% de usuarias atendidas personal capacitado y certificado por el órgano rector.	Nombre del recurso Categoría	Expediente laboral	Auditoría	30% de la muestra	Cada vez que se requiere del recurso	RRHH Director Médico Jefes de servicio
% de personal con evaluación del desempeño igual o mayor al 90%	Evaluación del desempeño	Expediente laboral	Verificación Auditoría			
% el personal de salud que realiza urocultivo para la detección y tratamiento oportuno de la Bacteriuria.	Nombre del recurso. Protocolo de atención	Expediente clínico Expediente laboral	Auditoría	30% de la muestra 30%	Trimestral	Director Médico Jefes de Servicios
% de personal de salud, que logre disminuir el 10% de las IVU, mediante la identificación oportuna de Bacteriuria	Nombre del recurso Protocolo de atención	Expediente clínico Expediente laboral	Auditoría	30% de la muestra 30%	Trimestral	Director Médico Jefes de Servicios
% de personal de salud que realiza referencia de usuarias a su área de influencia para su control y seguimiento.	Nombre del recurso No de referencias	Expediente clínico	Auditoría	30% de la muestra 30%	Trimestral	Director Médico Jefes de Servicios Responsable de estadísticas
% de usuarias que expresan sentirse satisfechas por la atención recibida.	Nombre del recurso	Investigación de la satisfacción del usuario	Verificación	30% de la muestra 30%	Trimestral	Comité de satisfacción. Director Médico

# INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DE NORMAS DE LAS IVU

	Dimensión De la calidad	No	Indicador	Máx	min.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
1	Competencia	1	% de usuarias atendidas por personal capacitado y certificados por el órgano rector.	100	100										
		2	% de personal con evaluación del desempeño igual o mayor al 90%	80	90										
2	Acceso a los servicios y oportunidad	3	% de personal de salud, que garantiza que el espaciamiento de embarazos no sea menor de 2 años, en usuarias que sufrieron APP o abortos por infecciones de vías urinarias recurrentes.	60	70%										
	Eficiencia	4	% de personal de salud, que garantiza la verificación diagnóstica, y utiliza el protocolo de atención establecido por el órgano rector.	90	100										
3	Seguridad	5	% de personal de salud, que garantiza el manejo de los desechos peligrosos según protocolo establecido. % el personal de salud que realiza examen general de orine y/ o urocultivo para la detección y tratamiento oportuno de la Bacteriuria.	80	90										
	Eficacia	6	% de personal de salud, que logre disminuir el 10% de las IVU, mediante la identificación oportuna de Bacteriuria	60	70										
4	Continuidad	7	% de personal de salud que realiza referencia de usuarias a su área de influencia para su control y seguimiento.	90	100										
5	Satisfacción al usuario	8	% de mujeres que expresan sentirse satisfechas por la atención recibida en las unidades de salud.	90	100										

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

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
1.-A toda embarazada que acude a su Atención Prenatal (APN) se le deberá de llenar la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) registrando e interpretando las 12 actividades normadas.	Porcentaje de embarazadas en las que en su APN se le llenó su HCPB y se registró e interpretó las 12 actividades normadas	No. de embarazadas que acudieron a su APN, se les llenó su HCPB y se registró e interpretó las 12 actividades normadas/ No. de embarazadas a las que se les valoró el llenado e interpretación de la HCPB X 100.	12 actividades normadas para registrar en la HCPB e interpretar: -Antec. Personales y Obstétricos -Medición de talla -Examen de mamas -Semanas de amenorrea -Medición del peso -Determinación de PA -Medición de Altura Uterina -Auscultación de FCF(A partir de las 20 SG) -Mov. Fetales(Después de 18 SG) -Aplicación de vacuna antitetánica -Exámenes de laboratorio (Grupo y Rh, PAP, VDRL/ RPR, EGO, Hb, consejería y prueba voluntaria de VIH) -Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal.	-HCPB -Expedientes clínicos	Mensual	Revisión de Expedientes Clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las Listas de Chequeo
2.-A toda embarazada con Amenaza de Parto Pretérmino (APP), entre las 26 y menos de 35 semanas de gestación (34 6/7) se le aplicará Dexametasona según protocolos de Atención Prenatal del MINSA.	Porcentaje de embarazadas con Amenaza de Parto Pretérmino (APP) entre 26 y menos de 35 semanas de gestación (34 6/7) a quienes se les aplicó Dexametasona según protocolos de Atención Prenatal del MINSA.	No. de embarazadas con Amenaza de Parto Pretérmino (APP) entre 26 y menos de 35 semanas de gestación (34 6/7) a quienes se les aplicó Dexametasona según protocolos del MINSA / No. de embarazadas con APP entre 26 y menos de 35 semanas de gestación (34 6/7) revisadas en el período X 100.	A la embarazada con APP entre 26 a menos de 35 SG (34 6/7) se le aplicó Dexametasona 6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis, aplicando la primera dosis al momento de establecer el diagnóstico.	-Expedientes clínicos	Mensual	Revisión de Expedientes Clínicos	



Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
3.-A toda embarazada en trabajo de parto se le deberá llenar e interpretar correctamente el partograma con curva de alerta.	Porcentaje de embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente.	No. de embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente / No. de embarazadas en trabajo de parto revisadas en el periodo X 100.	Partograma bien llenado y bien interpretado se considera cuando al aplicar el instrumento de monitoreo se obtiene en promedio de todos los 17 ítems al menos el 90%.	-Partogramas -Expedientes clínicos	Mensual	Revisión de Expedientes Clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las Listas de Chequeo
4.-A todo parto (vaginal/cesárea), inmediato al nacimiento del bebé se deberá aplicar Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (MATEP), a fin de prevenir la hemorragia posparto.	Porcentaje de parturientas (vaginal / cesárea) a quienes se les realizó Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (MATEP), a fin de reducir la Hemorragia Post Parto.	No. de parturientas (vaginal/cesárea) a quienes se les realizó Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto / No. de partos (vaginal / cesárea) revisados en el periodo X 100.	MATEP incluye: 1-Se aplicó a la parturienta (parto/cesárea) 10 UI IM de Oxitocina inmediato al nacimiento del bebé, tan pronto como sea posible dentro del 1er minuto, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente Oxitocina para inductoconducción. 2-Pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar. 3-Tensión controlada del cordón umbilical (aprovechando la contracción uterina) con contra tracción (rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina). 4-Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 mins durante las primeras 2 horas.	Observación Directa	Trimestral	Observación Directa de partos/cesáreas atendidos	El cumplimiento se verifica utilizando las Listas de Chequeo

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
5.- A toda mujer en puerperio inmediato (post parto o post cesárea) se le deberá vigilar, registrar (en la HCPB) e interpretar las actividades seleccionadas de acuerdo a Protocolos del MINSA.	Porcentaje de puerperas inmediatas (post parto o post cesárea) con vigilancia según protocolos del MINSA.	No. de puerperas inmediatas post parto/ post cesárea vigiladas adecuadamente/ No. de puerperas inmediatas post parto/post cesárea revisadas en el periodo X 100.	Cumple con el protocolo, si y sólo si se vigilan cada 30 minutos en las primeras 2 hrs posparto/post cesárea y luego por turno de enfermería los 6 parámetros establecidos en el estándar. Hora, temperatura corporal, pulso, presión arterial, involución uterina y características de loquios.	Expedientes clínicos	Mensual	Revisión de Expedientes Clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las Listas de Chequeo
6.- A toda mujer que egresa por un evento obstétrico (pos aborto, mola, ectópico, parto o cesárea) se le deberá garantizar consejería y método artificial de planificación familiar de su elección.	7.1-Porcentaje de puerperas (pos aborto, mola, ectópico, parto o cesárea) que recibieron consejería en Planificación Familiar antes de su egreso.	Mujeres (pos aborto, mola, ectópico, parto o cesárea) que recibieron consejería/ Total de puerperas egresadas X 100	Toda puerpera para ser egresada de la unidad de salud, debe recibir consejería en planificación familiar.	-HCPB -Cuaderno de registro de PF.	Mensual	-Revisión de Expedientes Clínicos. -Cuaderno de registro de PF.	
	7.2-Porcentaje de puerperas (pos aborto, mola, ectópico, parto o cesárea) que egresaron con un método artificial de planificación familiar.	Mujeres (pos aborto, mola, ectópico, parto o cesárea) que recibieron un método anticonceptivo artificial/ Total de puerperas egresadas X 100	Toda puerpera deberá recibir un método artificial de planificación familiar.	-HCPB -SIGLIM. -Cuaderno de registro de PF.	Mensual	-Revisión de Expedientes Clínicos. -Cuaderno de registro de PF.	

# ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD DE NIÑEZ

ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD DE NIÑEZ							
A todo Recién Nacido al momento de nacer se le deberá de aplicar el protocolo de atención inmediata establecido.	Porcentaje de recién nacidos a quienes se les aplicó el protocolo de atención inmediata establecido.	<p>Numerador: No. de recién nacidos a quienes se les aplicó protocolo de atención establecido.</p> <p>Denominador: Total de casos de recién nacidos revisados en el mes.</p> <p>Fórmula : <math>\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100</math></p>	<p><u>Protocolo de Atención Inmediata para todo recién nacido.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporciona calor local a través de lámpara de cuello de cisne o mediante una cuna térmica.</li> <li>2. Realiza limpieza de vía aérea:</li> <li>3. Realiza secado del recién nacido (céfalo-caudal), de preferencia con paños absorbentes y precalentados.</li> <li>4. Realiza estimulación a través del secado o bien mediante golpecitos en las plantas de los pies o frotando suavemente la espalda.</li> <li>5. Retira el paño húmedo que está en contacto con el neonato.</li> <li>6. Evalúa los signos vitales (FR, FC y coloración).</li> <li>7. Se provee ventilación a presión positiva con bolsa y máscara. (Según fujograma de la reanimación).</li> <li>8. Se aplica masaje cardíaco. (según</li> </ol>	Expedientes clínicos. Lista de chequeo de monitoreo mensual	Mensual	<p>Revisión de expedientes clínicos.</p> <p>Observación directa.</p> <p>Aplicación de la lista de chequeo de habilidades y destreza en atención inmediata (anexo 2).</p>	<p><u>Cómo se realiza la limpieza de vía aérea:</u></p> <p>a) Colocación de la cabeza del recién nacido con ligera extensión del cuello.</p> <p>b) Despeja las vías aéreas si es necesario (líquido amniótico o sangre) primero la boca y después la nariz.</p> <p><u>El término Vigoroso:</u> Se define como: buen esfuerzo respiratorio, buen tono muscular, y frecuencia cardíaca mayor de 100lpm.</p> <p><u>Ventilación a presión positiva con bolsa y máscara.</u> Si el recién nacido no está respirando adecuadamente (tiene apnea o está boqueando), tiene una frecuencia cardíaca menor a 100 latidos por minutos (lpm) ó está azulado (cianótico).</p> <p><u>Masaje cardíaco.</u> Cuando el recién nacido tiene una frecuencia cardíaca menor de 60 minutos a pesar de la estimulación y de los 30 segundos de ventilación a presión positiva.</p> <p><u>Adrenalina</u> se administra adrenalina cuando el recién nacido tiene una frecuencia cardíaca menor de 60 por</p>

			fujograma de atención) 9. Se administra <u>Adrenalina</u> (según fujograma de la reanimación). En caso del Recién Nacido con líquido meconial que nace <u>NO VIGOROSO</u> previo a la realización de los pasos anteriores realizar <u>laringoscopia directa para la succión del meconio de tráquea</u>				minutos a pesar de la ventilación a presión positiva y el masaje cardíaco.
A todo Recién Nacido se le deben brindar los cuidados de rutina establecidos en el protocolo.	Porcentaje de recién nacidos a quienes se les aplicó correctamente los cuidados de rutina según protocolo de atención establecido.	Numerador: No. de recién nacidos a quienes se les aplicó correctamente los cuidados de rutina según protocolo de atención establecido.  Denominador: Total de casos de recién nacidos revisados en el periodo  Fórmula : $\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100$	<u>Cuidados de rutina:</u> 1. <u>Administración de vitamina K.</u> 2. Aplicar profilaxis oftálmica con oxitetraciclina y/o cloranfenicol. 3. Realizar cura umbilical con agua y Clorhexidina 4. Determinación de signos vitales (frecuencia cardíaca, temperatura y frecuencia respiratoria). 5. Realizar somatometría (peso, perímetro cefálico y Talla). 6. Determinar la Edad Gestacional a través del método de Capurro o Ballard modificado. 7. Promover la lactancia materna y el <u>Apego Precoz.</u>	Expedientes clínicos	Mensual	Revisión de expedientes clínicos,  Lista de chequeo.  Observación directa.  Entrevistas a las madres sobre lactancia materna.	<u>Administración de vitamina K.</u> -RN Sano y mayor de 1500grs: aplicar 1mg IM en una sola dosis.  -RN en riesgo (asfixia, pretermino, patología neonatal): aplicar 1mg. IM o IV con dosis posteriores según estado clínico.  -Menor de 1500grs: 0.5 mg IM.  <u>Apego Precoz:</u> Se refiere al contacto piel con piel de la madre – recién nacido y el inicio de la lactancia materna durante la primera hora después del parto.

<p>A todo Recién Nacido que egresa de la Unidad de Salud y/o sala de Alojamiento Conjunto a nivel hospitalario debe cumplir con los criterios establecidos en el protocolo de atención.</p>	<p>Porcentaje de recién nacidos a quienes se les cumplió con todos los criterios establecidos en el protocolo de atención.</p>	<p>Numerador: No de Recién Nacidos que egresaron cumpliendo los criterios establecidos en el protocolo.</p> <p>Denominador: Total de egresos de recién nacidos revisados en el periodo.</p> <p>Fórmula : <math>\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100</math></p>	<p>Criterios para el egreso del RN:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que el niño o niña succione vigorosamente el pecho materno (al menos que haya succionado en 2 ocasiones) antes del egreso.</li> <li>2. Observar y registrar que haya buena tolerancia oral.</li> <li>3. Toma y registro de signos vitales estables (frecuencia cardíaca, temperatura y frecuencia respiratoria).</li> <li>4. Observar y registrar que haya buena coloración.</li> <li>5. Promover la Lactancia materna en forma exclusiva.</li> <li>6. Enseñarle a la madre como realizar la <u>cura o limpieza del cordón umbilical</u>.</li> <li>7. Garantizar que el niño ó niña haya miccionado antes del egreso.</li> <li>8. Garantizar que el niño ó niña haya defecado antes del egreso.</li> <li>9. Administrar al niño ó niña la BCG.</li> <li>10. <u>Registrar todos los datos del egreso en la HCPB.</u></li> </ol>	<p>Expedientes Clínicos</p>	<p>Mensual</p>	<p>Revisión de expedientes clínicos,</p> <p>Lista de chequeo.</p> <p>Observación directa.</p> <p>Entrevista a la madre sobre lactancia y de las condiciones del egreso del recién nacido.</p>	<p><u>Cura umbilical ó limpieza del cordón umbilical.</u> Lavar con agua y jabón en forma concéntrica del centro hacia fuera.</p> <p><u>Administración de la BCG.</u> A todo recién nacido con un peso mayor o igual a los 2000grs.</p> <p><u>Registrar los datos en HCPB</u> Segmento en la HCPB correspondiente al nacimiento y al egreso del recién nacido.</p>
---	--	--	--	-----------------------------	----------------	---	--

ATENCIÓN PEDIÁTRICA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN							
Estándar	Indicador	Construcción del indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
Todo Recién nacido que durante el nacimiento presente depresión respiratoria severa se le deberá aplicar el protocolo de atención post-reanimación.	Porcentaje de Recién nacidos con diagnóstico de depresión respiratoria severa a quienes se les aplicó el protocolo post-reanimación establecido.	<p>Numerador: No. de Recién nacidos que nacieron con depresión respiratoria y se les aplicó el protocolo de atención establecido.</p> <p>Denominador: Total de casos de recién nacidos con depresión respiratoria revisados en el periodo.</p> <p>Fórmula:  <math display="block">\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100</math></p>	<p><u>Protocolo de Atención:</u> 1. Dejar en ayuno por 24 -72 horas</p> <p>2. Administrar líquidos IV a requerimientos según peso, edad y condición clínica del niño y/o niña.</p> <p>3. Uso de Fenobarbital intravenoso en caso de convulsiones a 10-20 mg/kg/dosis.</p> <p>4. Administrar bicarbonato en caso de acidosis metabólica 2mEq/kg/dosis, dada como una solución a 4.2% (0.5 mEq/mL) a una velocidad no mayor de 1mEq/kg/min.</p> <p>5. Administrar aminos a dosis respuesta según condición clínica del recién nacido (presión arterial, diuresis, oxigenación).</p> <p>6. Proporcionar Oxígeno suplementario a 5 litros por minuto para mantener una saturación de oxígeno entre el 88 y 92% en el RN prematuro y el 94 y 98% en el RN a término.</p> <p>7. Realizar control de la glucemia cada 12 horas (mantener normoglucemia).</p> <p>8. Evaluación del Silverman Andersen C/2 hrs.</p>	Expedientes clínicos	Mensual	Revisión de expedientes clínicos.	

ATENCIÓN PEDIÁTRICA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN							
Estándar	Indicador	Construcción del indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de Recolección de Datos	Aclaración
			9. Evaluación de los signos Vitales C/2 horas (Frecuencia cardíaca, Frecuencia respiratoria, Temperatura y Presión arterial). 10. Realizar el balance hídrico C/8 hrs. 11. Hospitalizar en área de mayor vigilancia				

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

1.-Porcentaje de embarazadas en las que en su Atención Prenatal (APN) se le llenó su Historia Clínica Perinatal (HCPB) y se registraron e interpretaron las 13 actividades normadas.

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

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

CRITERIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Prom
Antecedentes Personales y Obstétricos																					
Medición de Talla																					
Examen de Mamas																					
Semanas de Amenorrea																					
Medición del Peso																					
Determinación de Presión Arterial																					
Medición de la Altura Uterina																					
Auscultación de FCF a partir de las 20 SG.																					
Movimientos Fetales después de 18 SG																					
Aplicación de Vacuna Antitetánica																					
Exámenes de Laboratorio (Grupo y Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO, Hemoglobina, Consejería y prueba voluntaria de VIH).																					
Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal.																					
<b>EXPEDIENTE CUMPLE :</b>																					
<b>Promedio Global :</b>																					



2.-Porcentaje de embarazadas con Amenaza de Parto Pretérmino (APP) entre 26 Semanas de Gestación y menos de 35 Semanas de Gestación (34 6/7 SG), a quienes se les aplicó Dexametasona según Protocolos de Atención Prenatal del MINSA.

<b>APLICACIÓN DE DEXAMETASONA EN AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO (APP):</b> Basado en Normas de Atención Prenatal. MINSA.																							
Cada número corresponde a un expediente de <b>Amenaza de Parto Pretérmino (APP)</b> monitoreado y que se encuentre <b>entre 26 SG a menos de 35 SG (34 6/7) Semanas de Gestación</b> . Registre el número del expediente. Anotar <b>1</b> en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio ( <b>Se Cumple</b> ). Si el criterio no es satisfactorio ( <b>No Se Cumple</b> ), anotar <b>0</b> . El <b>Promedio</b> , se obtiene de dividir el <b>Total de Expediente Cumple (1)</b> entre el <b>Total de Expedientes Monitoreados X 100</b> . Este promedio nos servirá para la realización de Ciclos Rápidos de Mejoría Continua y superar los <b>Fallos de la Calidad de Atención</b> .																							
CRITERIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Prom		
A la embarazada con APP entre 26 a menos de 35 SG (34 6/7) se le aplicó Dexametasona 6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis, aplicando la primera dosis al momento de establecer el diagnóstico.																							

3.-Porcentaje de embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente, (Instrumento e instructivo para el Monitoreo del Partograma con Curva de Alerta).

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

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

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

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

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

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

## 5.1-Porcentaje de puérperas (pos aborto, mola, ectópico, parto o cesárea) que recibieron Consejería en Planificación Familiar antes de su egreso.

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

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

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

## 5.2-Porcentaje de puérperas (pos aborto, mola, ectópico, parto o cesárea) que Egresaron con un Método Artificial de Planificación Familiar.

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

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

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

## REPÚBLICA DE NICARAGUA MINISTERIO DE SALUD

### HOJA DE MONITOREO PARA EL PARTOGRAMA CON CURVA DE ALERTA

**SILAIS:** \_\_\_\_\_ **Municipio:** \_\_\_\_\_ **Unidad de Salud:** \_\_\_\_\_

**Monitor/Supervisor:** \_\_\_\_\_ **# Partogramas Revisados:** \_\_\_\_\_

**Periodo Monitoreado:** \_\_\_\_\_ **Total Partos Atendidos en el Periodo:** \_\_\_\_\_

**Porcentaje de Partos Atendidos a los cuales se les realizó Partograma:** \_\_\_\_\_

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

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

Número de Expediente		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Prom
No	Criterio:																					
1	Llena adecuadamente los Datos Generales de identificación de la paciente.																					
2	Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma.																					
3	Selección adecuada del Patrón de Construcción de la curva de alerta (Columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales del progreso de la dilatación).																					
4	Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento.																					
5	Grafica adecuadamente la curva de alerta.																					
6	Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta.																					
7	Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge.																					
8	Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación.																					
9	Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal.																					
10	Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal.																					
11	Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas.																					
12	Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas.																					
13	Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de Membranas (RAM).																					
14	Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas).																					

15	Llena adecuadamente la información complementaria de las Casillas: Tensión Arterial, Pulso, Posición Materna, Intensidad de Contracciones, Localización e Intensidad del Dolor).																			
16	Interpreta adecuadamente ésta información.																			
17	Utiliza adecuadamente las Casillas de Observaciones (a, b, c), para: registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc.																			
	<b>Promedio por Partograma :</b>																			
	<b>Promedio Global :</b>																			

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

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## INSTRUCCIONES PARA EL MONITOREO DEL PARTOGRAMA CON CURVA DE ALERTA

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

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

**1-Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la parturienta:** Se considera que los datos generales están adecuadamente llenados, cuando en el partograma se registran los nombres y apellidos de la usuaria y la fecha de atención.

**2-Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma:** A toda embarazada con contracciones uterinas dolorosas de al menos 40 segundos de duración, de intensidad normal y con al menos 3 cms de dilatación (Trabajo de Parto), captada en sala de emergencias o en salas de hospitalización, deberá iniciársele la elaboración del partograma. No confundir con el inicio de la elaboración de la curva de alerta, la cual debe elaborarse cuando la dilatación cervical es de al menos 4.5 cms.

**3-Selección adecuada del Patrón de Construcción de la Curva de Alerta:** Se refiere a si el recurso de salud seleccionó de forma correcta, de acuerdo a las características de la parturienta, la columna correspondiente a ese caso particular de cualquiera de las 5 variantes: **Vertical:** Todas con membranas íntegras, no importando la paridad. **Horizontal:** en donde hay 2 categorías **Multiparas y Nulíparas;** cualquiera sea la paridad, puede estar con membranas ovulares íntegras o rotas. Este patrón de construcción puede seleccionarse mediante el uso de flechitas ascendentes o resaltando el contorno de la columna seleccionada.

**4-Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento:** En los casos en donde se produjo parto vaginal, la curva real (línea continua) debe dibujarse hasta la línea superior del partograma que dice **PARTO**. En los casos en donde se indicó y realizó cesárea, la curva real deberá dibujarse hasta la dilatación correspondiente al momento en donde se indicó la cirugía.

**5-Grafica adecuadamente la Curva de Alerta:** La Curva de Alerta (línea punteada) deberá iniciarse, en los casos de parturientas que llegan con poca dilatación, al momento que la Curva Real se intersecta con la Línea de Base (la línea de base es una línea continua impresa en el partograma que se encuentra entre los 4 y 5 cms de dilatación cervical). En situaciones en donde la parturienta llegue con trabajo de parto avanzado, la elaboración de la curva de alerta se iniciará según corresponda, de acuerdo a la información obtenida a través del tacto vaginal, es decir: 4.5 cms, 5 cms, 6 cms, 7 cms, 8 cms, 9 cms, 10 cms. Si llega en período expulsivo y el parto es inminente puede realizarse posterior al nacimiento.

**6-Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta:** Recordemos que la Curva de Alerta es el tiempo máximo normal (en base al Percentil 10) que puede durar el

trabajo de parto. Normalmente, en ninguna situación la Curva Real debe cruzar la Curva de Alerta (Trabajo de Parto Prolongado). Tampoco es normal que la Curva Real sea vertical y que se aleje demasiado de la Curva de Alerta (Trabajo de Parto Intempestivo o Parto Precipitado por hiperdinamia uterina inducida o espontánea), lo cual también trae serias complicaciones al binomio.

**7-Grafica adecuadamente la presentación de acuerdo a los Planos de Hodge:** Debe graficarse según corresponda a cualquiera de los planos: I, II, III, IV. En Nicaragua prácticamente no utilizamos los Planos de De Lee. Tómese en cuenta que si la presentación fue graficada adecuadamente basado en un examen confiable, lo lógico es que en el avance del trabajo de parto se registre un descenso de la cabeza fetal, pero nunca un ascenso.

**8-Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación:** Las variedades de posición de la presentación de vértice, en orden de frecuencia, son como siguen: OIA, ODP, ODA, OIP. Menos frecuentes son las variedades transversas y Occipito Sacras (OS). Al momento del expulsivo, la mayoría de estas presentaciones como parte de la rotación interna de la cabeza fetal se convierten en Occipito Púbcas (OP).

**9-Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF):** El partograma nos permite graficar FCF desde un mínimo de 90 por min, hasta un máximo de 200 por min.

**10- Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal:** La Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) debe medirse entre contracciones (período de relajación). Si bien se considera normal FCF entre 120 y 160 por min, la variabilidad normal no debe exceder los 12 latidos. Debe anotarse e interpretarse además, las variaciones de FCF que correspondan a DIPS Tipo I, DIPS Tipo II y a DIPS Variables. En los casos en que no se requiera una interpretación de la FCF porque todo transcurre normal, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica). Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros.

**11-Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas:** Lo normal en el Trabajo de Parto, es que se produzcan 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos.

**12-Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas:** En el Trabajo de Parto, se considera normal 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos; de 40 a 60 segundos de duración y de intensidad normal (++). Variaciones en cualquiera de estos parámetros requieren una interpretación, que deben derivar en acciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la parturienta. En los casos en que no se requiera una interpretación de las contracciones uterinas porque todo transcurre normal, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica). Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros (o entre 15, si ya NA se hubiese aplicado al parámetro No. 10).

**13-Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) y la Ruptura Artificial de Membranas (RAM):** Debe graficarse la Rotura de Membranas ya sea esta espontánea (REM), o artificial (RAM) al lado del punto graficado de la dilatación correspondiente que se registra en la curva real. En los casos en que no haya REM o RAM, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica). Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar

entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros (o entre 15, si ya NA se hubiese aplicado al parámetro No. 10, o entre 14 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 12).

**14-Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas):** Cuando la parturienta cambia de posición vertical (caminando, sentada) a horizontal (acostada), o bien que se rompan las membranas; inmediatamente con la nueva valoración se cambia el patrón de construcción de la curva de alerta por la nueva correspondiente, modificando la curva de alerta a partir de la dilatación graficada en la curva de alerta anterior. En los casos en que no se haya requerido hacer cambio de patrón en la curva de alerta, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica). Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros (o entre 15, si ya NA se hubiese aplicado al parámetro No. 10, o entre 14 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 12, o entre 13 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 13).

**15-Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas:** Tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de contracciones, duración de contracciones, dolor (localización, intensidad).

**16-Interpreta adecuadamente ésta información complementaria:** No sólo basta registrar correctamente la información en las casillas complementarias. Variaciones que están fuera de lo normal, deben originar comentarios que lleven a decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o de referencia. En los casos en que no se haya requerido hacer interpretación de la información complementaria, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica). Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros (o entre 15, si ya NA se hubiese aplicado al parámetro No. 10, o entre 14 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 12, o entre 13 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 13, o entre 12 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 14).

**17-OBSERVACIONES:** Las casillas a, b, c, d,...o, deben marcarse con una X según corresponda al tiempo real en que se realiza la valoración, e indica que en una hoja en blanco adicional se encuentra un comentario que registra los hallazgos (de riesgo o anormales), que se traducen en decisiones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la usuaria. No basta con solo marcar con X la/s casilla/s.

Al final, haga un promedio (vertical) de cada partograma, dividiendo el número de parámetros que fueron cumplidos (marcados con X) entre 17 que es el total de parámetros que se monitorean en cada partograma o entre el número de parámetros a valorar excluyendo los NA. Horizontalmente podemos también sacar un promedio por parámetro, dividiendo el total de cumplidos (marcados con X) entre el total de partogramas monitoreados. Esto nos permite focalizarnos en los ítems en que necesitamos reforzar la capacitación de miembros de personal de salud.

**INSTRUMENTOS DE MONITOREO DEL RECIEN NACIDO****Hoja de monitoreo:****Unidad de Salud** \_\_\_\_\_ **Mes Evaluado** \_\_\_\_\_

Porcentaje de recién nacidos a quienes se les aplicó el protocolo de atención inmediata establecido.

<b>Criterios</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>Promedio</b>
1. Proporciona calor local a través de lámpara de cuello de cisne o mediante una cuna térmica.																					
2. Realiza limpieza de vía aérea.																					
3. Realiza secado del recién nacido (céfalo-caudal), de preferencia con paños absorbentes y precalentados.																					
4. Realiza estimulación a través del secado o bien mediante golpecitos en las plantas de los pies o frotando suavemente la espalda.																					
5. Retira paño húmedo que está en contacto con el neonato.																					
7. Evalúa los signos vitales (FR, FC y coloración).																					
8. Completa los pasos iniciales cuando el recién nacido, nació con líquido amniótico teñido de meconio tiene esfuerzo respiratorio, tono muscular y frecuencia cardíaca mayor de 100 lpm.																					
9. Se provee ventilación a presión positiva con bolsa y máscara. (según flujograma de la reanimación)																					



10. Se aplica masaje cardíaco (según flujograma de la reanimación).																				
11. Se administra Adrenalina (según flujograma de la atención)																				
12. En caso del Recién Nacido con líquido meconial que nace <b>NO VIGOROSO</b> previo a la realización de los pasos anteriores realizar <u>laringoscopia directa para la succión del meconio de tráquea</u>																				
<b>Expediente Cumple</b>																				
<b>Promedio Global</b>																				

## Hoja de monitoreo

Unidad de Salud \_\_\_\_\_ Mes Evaluado \_\_\_\_\_

Porcentaje de recién nacidos a quienes se les aplicó correctamente los cuidados de rutina según protocolo de atención establecido.

Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Promedio
1. Administración de vitamina K.																					
2. Aplicar profilaxis oftálmica con oxitetraclina y/o cloranfenicol.																					
3. Realizar cura umbilical con agua y Clorhexidina																					
4. Determinación de signos vitales (frecuencia cardíaca, temperatura y frecuencia respiratoria).																					
5. Realizar somatometría (peso, perímetro cefálico y Talla).																					
6. Determinar la Edad Gestacional a través del método de Capurro o Ballard modificado.																					
7. Promover la lactancia materna y el Apego Precoz.																					
<b>Expediente Cumple</b>																					
<b>Promedio Global</b>																					

## Hoja de monitoreo

Unidad de Salud \_\_\_\_\_ Mes Evaluado \_\_\_\_\_

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

Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Promedio
1. Que el niño o niña succione vigorosamente el pecho materno (al menos que haya succionado en 2 ocasiones) antes del egreso.																					
2. Observar y registrar que haya buena tolerancia oral.																					
3. Toma y registro de signos vitales estables (frecuencia cardíaca, temperatura y frecuencia respiratoria).																					
4. Observar y registrar que haya buena coloración.																					
5. Promover la Lactancia materna en forma exclusiva.																					
6. Enseñarle a la madre como realizar la cura o limpieza del cordón umbilical.																					
7. Garantizar que el niño o niña haya miccionado antes del egreso.																					
8. Garantizar que el niño o niña haya defecado antes del egreso.																					
9. Administrar al niño o niña la BCG.																					
10. Registrar los datos del egreso en la HCPB.																					
<b>Expediente Cumple</b>																					
<b>Promedio Global</b>																					

Medición de Satisfacción de Usuarios(as) Externos(as) en las Unidades de Salud, para su medición se utiliza el instrumento elaborado en el 2004 por el Ministerio de Salud.

“La persona que entrevista debe dirigir el aprendizaje hacia aquellos criterios en los que durante la respuesta contestó de forma “I o un N/O” y deberá reforzar aquellos criterios en los que ubicó una “S.”

## Lista de Chequeo de Habilidades y Destrezas para la realización de la Atención Inmediata del Recién Nacido “Pasos Iniciales de la Reanimación”

Fecha: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ SILAIS \_\_\_\_\_

Nombre del recurso: \_\_\_\_\_

Tipo de Unidad de Salud donde labora: \_\_\_\_\_

Perfil Ocupacional: \_\_\_\_\_

Se llama al recurso por su nombre, ej. “Carlos” y se explica el que vamos a queremos observar como realiza la atención inmediata que se le brinda a todo.

**Recién nacido que nace ya sea normal o con depresión respiratoria.**

La persona que evalúa marque la casilla correspondiente, según las definiciones a continuación:

“S”: Satisfactorio = Realiza el paso o tarea de conformidad con las pautas o el procedimiento estándar.

“I”: Insatisfactorio = Realiza el procedimiento en forma incorrecta y/o incompleta.

N/O: No Observado = El / la participante no realizó el paso, la tarea o la habilidad durante la evaluación. Al final se deberá reforzar los aspectos encontrados como oportunidad de mejora.

A. Procedimiento:	Personal de salud evaluado			
	1	2	3	4
Indaga sobre los antecedentes prenatales y datos del parto.				
Realiza la evaluación inicial y hace las siguientes preguntas a la persona que le evalúa: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Gestación a término?</li> <li>- ¿Líquido amniótico claro?</li> <li>- ¿Respira o llora?</li> <li>- ¿Buen tono muscular?</li> </ul>				
<b>La persona que evalúa puede responder “Sí” a todas las preguntas.</b>				
3. Coloca al recién nacido en la cuna de calor radiante.				
4. Coloca al recién nacido con ligera extensión del cuello (Posición de olfateo).				
5. Revisa la vía aérea para ver si hay presencia de secreciones.				
6. Coloca la cabeza lateralmente y despeja la vía aérea en caso de ser necesario.				
7. Aspira primero boca y luego la nariz (en caso de haber presencia de secreciones).				
8. Seca al recién nacido. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Con paños precalentados.</li> <li>- Iniciando por la cabeza bajando hasta los pies.</li> </ul>				
9. Retira el paño húmedo que está en contacto con el neonato.				
10. Estimula al recién nacido. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Da palmadas o golpes ligeros en las plantas de los pies y/o.</li> <li>- Frota suavemente la espalda, el tronco o las extremidades.</li> </ul>				
11. Reposiciona al recién nacido.				
12. Coloca al recién nacido sobre el pecho de la madre en contacto piel a piel. (Apego Precoz).				
13. Le explica a la madre el estado del recién nacido y contesta sus inquietudes.				

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



## CONTENIDO

<b>PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN PRENATAL</b> .....	82
1. INTRODUCCIÓN.....	83
2. OBJETIVO.....	84
3. POBLACIÓN DIANA.....	84
4. ACTIVIDADES A REALIZAR.....	84
5. DEFINICIONES.....	85
6. CLASIFICACIÓN.....	86
7. FACTORES DE RIESGO.....	86
8. DIAGNÓSTICO.....	87
9. ACTIVIDADES BÁSICAS PARA TODAS LAS ATENCIONES.....	89
9.1. ACTIVIDADES BÁSICAS PARA TODAS LAS ATENCIONES.....	89
9.2. PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL.....	94
9.3. SEGUNDA ATENCIÓN PRENATAL.....	97
9.4. TERCERA ATENCIÓN PRENATAL.....	99
9.5. CUARTA ATENCIÓN PRENATAL.....	101
10. BIBLIOGRAFÍA.....	104
11. ANEXOS.....	105
 <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL</b> .....	 125
1. INTRODUCCIÓN.....	126
2. OBJETIVO.....	127
3. POBLACIÓN DIANA.....	127
4. ACTIVIDADES A REALIZAR.....	127
5. DEFINICIÓN.....	127
6. FACTORES DE RIESGO.....	127
7. CLASIFICACIÓN.....	128
8. DIAGNÓSTICO.....	129
8.1. CONFIRMACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.....	129
8.2. IDENTIFICACIÓN DE LA POSICIÓN Y PRESENTACIÓN FETAL.....	130
9. MANEJO.....	131
9.1. ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA.....	131
9.1.1. INTERROGATORIO.....	132
9.1.2. EXAMEN FÍSICO.....	132

9.2.	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE LABOR Y PARTO.....	133
9.2.1.	EVALUACIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL TRABAJO DEL PARTO .....	134
9.2.2.	EVALUACIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DEL PARTO ..	135
9.2.3.	EVALUACIÓN DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO .....	141
9.3.	CONTROL Y SEGUIMIENTO INMEDIATO.....	146
9.4.	CRITERIOS DE ALTA MÉDICA DE LABOR Y PARTO: .....	147
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	148
11.	ANEXOS.....	149
 <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO.....</b>		<b>160</b>
1.	INTRODUCCIÓN.....	161
2.	OBJETIVO.....	162
3.	POBLACIÓN DIANA.....	162
4.	ACTIVIDADES A REALIZAR.....	162
5.	DEFINICIÓN.....	162
6.	ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO .....	162
6.1.	PREPARACIÓN.....	162
6.2.	PROCESO DE ATENCIÓN .....	163
6.2.1.	EVALUACIÓN RÁPIDA .....	163
6.2.2.	MANEJO DEL CORDÓN UMBILICAL .....	164
6.2.3.	EXAMEN FÍSICO GENERAL DEL RECIÉN NACIDO .....	164
6.2.4.	PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD HEMORRÁGICA DEL NEONATO ...	166
6.2.5.	PROFILAXIS DE INFECCIÓN OCULAR.....	166
6.2.6.	IDENTIFICACIÓN.....	166
6.2.7.	APEGO PRECOZ.....	166
6.2.8.	EVITAR LA HIPO E HIPERTERMIA.....	167
6.2.9.	EVALUANDO EL COLOR.....	167
6.2.10.	VALORACIÓN DEL APGAR.....	167
6.2.11.	DETERMINACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL.....	168
6.2.12.	HIGIENE CORPORAL.....	170
6.2.13.	SOMATOMETRIA.....	170
7.	BIBLIOGRAFIA.....	173
8.	ANEXOS.....	175



<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PUERPERIO FISIOLÓGICO .....</b>	<b>188</b>
1. INTRODUCCIÓN.....	189
2. OBJETIVO.....	190
3. POBLACIÓN DIANA.....	190
4. ACTIVIDADES A REALIZAR.....	190
5. DEFINICIÓN.....	190
6. CLASIFICACIÓN .....	190
7. FACTORES DE RIESGO .....	191
8. DIAGNÓSTICO .....	192
8.1. PUERPERIO INMEDIATO.....	192
8.2. PUERPERIO PROPIAMENTE DICHO.....	192
8.3. PUERPERIO ALEJADO .....	193
8.4. PUERPERIO TARDIO .....	193
9. MANEJO CLÍNICO .....	194
9.1. ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO .....	194
9.2. ATENCIÓN DEL PUERPERIO PROPIAMENTE DICHO .....	196
9.3. ATENCIÓN DEL PUERPERIO ALEJADO.....	198
9.4. ATENCIÓN DEL PUERPERIO TARDIO .....	198
10. BIBLIOGRAFÍA.....	199

# **PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN PRENATAL**

## **1. Introducción**

La Atención Prenatal como sistema de prevención se inició hacia alrededor del año 1901, y se puede asegurar que con esto la obstetricia ha logrado tres objetivos importantes en los últimos treinta años: i) Implementación y extensión de la atención prenatal, ii) Selección y manejo del riesgo perinatal y, iii) Clasificación, selección y aplicación de los métodos de vigilancia feto-maternos.

Los objetivos de la vigilancia perinatal, están dirigidos a disminuir la mortalidad materna y la morbimortalidad perinatal. Para lograrlo es necesario efectuar una atención precoz, periódica, continua, completa y de buena calidad.

Los objetivos de las atenciones prenatales deben garantizar el derecho a que la madre y su hijo-a alcancen al final de la gestación un adecuado estado de salud, por lo que es necesario brindar una atención que contribuya a la detección de cualquier complicación, procurando así disminuir la morbi - mortalidad materna y perinatal.

En Nicaragua en el año 2007, la cobertura de Atención Prenatal fue de un 91% (según ENDESA 2006), con predominio en las zonas urbanas y aunque en los servicios públicos se han hecho esfuerzos para mejorar la atención perinatal, éstos han resultado insuficientes para hacer que los servicios se tornen más eficientes y efectivos.<sup>2</sup>

La Atención Prenatal precoz, se inicia desde el momento en que la madre sospecha la gestación, debiéndose garantizar cuatro atenciones prenatales.

Es muy importante también enfatizar en los aspectos de calidad, que constituye un componente importante para poder identificar e interpretar de forma óptima los hallazgos encontrados y poder realizar de forma oportuna las intervenciones necesarias tanto diagnósticas como de atención inmediata y de referencia.

El Ministerio de Salud, para garantizar la atención, diseñó el presente protocolo, los cuales pretenden homogenizar el accionar del personal profesional y técnico con el propósito de unificar el proceso de atención y fortalecer la capacidad del personal de los servicios de salud.

## **2. Objetivo**

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

## **3. Población Diana**

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

## **4. Actividades a Realizar**

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

- El estudio de las condiciones socioeconómicas y detección de patologías que aumentan la posibilidad de complicaciones o resultados adversos para ella y su hijo-a.
- Intervenciones terapéuticas comprobadas como beneficiosas.
- Vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal, la disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Educación de las embarazadas sobre las emergencias durante el embarazo y cómo identificarlas, su preparación para el parto y puerperio. (3)

## **5. Definiciones**

Atención Prenatal: Es la serie de visitas programadas de la embarazada con el proveedor de salud ,donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del-a recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad.

En la Atención Prenatal de Bajo Riesgo se realizarán cuatro atenciones programadas, lo que permitirá el cumplimiento de las actividades necesarias. La captación (primera atención) debe ser lo más precoz posible siendo lo normado efectuarla en el primer trimestre de embarazo. La captación tardía impone realizar las actividades correspondientes a las atenciones anteriores además de las que corresponden al periodo actual de embarazo.

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

- 1. PRECOZ:** Es cuando la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses de embarazo.
- 2. PERIODICA:** Es la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a las unidades de Salud. (2, 3).
- 3. CONTINUA:** Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida.
- 4. COMPLETA:** Es cuando el contenido de las atenciones garantizan el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada. (6).
- 5. AMPLIA COBERTURA:** Es el porcentaje de población embarazada que es controlada. La cobertura meta por territorio es del 100%.(6).
- 6. CALIDAD:** Las atenciones deben brindarse previo consentimiento informado, con base en estándares clínicos, gerenciales y de satisfacción a las embarazadas, que se fundamentan en la aplicación del presente protocolo.
- 7. EQUIDAD:** La población tiene oportunidad de acceder y utilizar los servicios sin distinción de edad, condición económica, raza, religión, credo político y son accesibles desde el punto de vista cultural adaptando sus intervenciones según las necesidades de las poblaciones indígenas y comunidades étnicas. (5).

## 6. Clasificación

El embarazo se clasifica como de Bajo y de Alto Riesgo.

**El embarazo de Bajo Riesgo:** Es aquel en el cual la madre o su hijo-a tienen probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto.

**El embarazo de Alto Riesgo:** es aquel en el que la madre o su hijo-a tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto. (2).

En el presente protocolo se clasifica el tipo de atención prenatal que se realizará a cada embarazada como:

- Atención de Bajo Riesgo.
- Atención de Alto Riesgo.

**Esta clasificación se basa en** la identificación de factores utilizando el Formulario de Clasificación orientado por la OMS modificado<sup>3</sup>, y la Historia Clínica Perinatal Base (Ver Anexos), acorde con la Medicina Basada en Evidencia.

### Atención Prenatal de Bajo Riesgo

Es la atención que se brinda a embarazadas en las que no se identificó ningún factor de riesgo, (según el *Formulario de Clasificación de OMS Modificado y HCPB*, ver Anexos) y también en las que se identifiquen factores de riesgo potenciales (sociales, genéticos, biológicos, etc.) que no producen alteraciones al estado de salud de la madre, su hijo-a, o ambos.

### Atención Prenatal de Alto Riesgo

**Es la atención que se brinda** a embarazadas en las que se identifique, durante las atenciones prenatales, algún factor de riesgo, según *Formulario de Clasificación de OMS Modificado y HCPB* (Ver Anexos).

En las Unidades donde se cuenta con recursos médicos especialistas en Obstetricia serán éstos quienes continúen la atención prenatal de Alto Riesgo, si no los hay, el recurso humano **que brinda la atención** a la embarazada deberá referirla a la Unidad de salud de mayor nivel de resolución que cuenten con este perfil profesional.

## 7. Factores de Riesgo

Para la clasificación del tipo de embarazo y aplicación de las conductas a seguir en las atenciones prenatales, se definen a continuación los tipos de factores de Riesgo (probabilidad que tiene la madre o su hijo, o ambos de enfermar o morir) según su asociación con el daño que producen.

**Factores de Riesgo Potenciales:** Aquellos que a pesar de su presencia no producen daño directo, pero que de no tomar las precauciones de forma oportuna pueden vincularse a algún daño en base a las estadísticas disponibles es decir, se conviertan en factores de riesgo Real:

## FACTORES DE RIESGO POTENCIALES

- Edad (menor de 20 y mayor de 35 años)
- Analfabeta
- Soltera
- Talla baja (menor de 1.50 metros)
- Antecedentes familiares
- Paridad (nuli o multiparidad)
- Periodo intergenésico corto (menor a 24 meses)
- Trabajo con predominio físico (excesiva carga horaria, exposición a agentes físicos-químicos-biológicos, stress)
- Violencia en el embarazo

**Factores de Riesgo Reales:** Aquellos cuya presencia se asocia de forma directa al daño en base a las evidencias científicas disponibles. Ejemplo de ello son algunas patologías específicas relacionadas con la gestación múltiple, preeclampsia, diabetes, anemia, etc.

## PRECONCEPCIONALES

- Diabetes.
- Hipertensión arterial.
- Tuberculosis.
- Neuropatías.
- Cardiopatías.
- Hepatopatías.
- Endocrinopatías.
- Trastornos psiquiátricos.
- Infecciones de transmisión sexual/VIH-SIDA.
- Otras patologías ginecológicas (cirugías pélvicas, infertilidad, cáncer ginecológico).
- Várices en miembros inferiores
- Hábito de fumar, alcoholismo, drogadicción.
- Factor Rh (-).

## DEL EMBARAZO

- Hiperemesis gravídica no controlable.
- Antecedentes de Aborto diferido y muerte fetal anteparto.
- Anemia.
- Infección de Vías Urinarias.
- Poca o excesiva ganancia de peso.
- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Embarazo múltiple.
- Hemorragia.
- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Rotura Prematura de Membranas.
- Enfermedades endémicas y embarazo.
- Psicopatologías.
- Persona que Vive con el Virus del Sida (PVVS).
- Rotura Prematura de Membranas.
- Infección ovular.
- Presentación Pélvica y Situación transversas después de 36 semanas.
- RH negativo sensibilizado.
- Embarazo Prolongado.
- Diabetes en el Embarazo.
- Cesárea anterior.
- Adolescentes con riesgos activos.
- Macrosomía Fetal.
- Alcoholismo y drogadicción.

## 8. Diagnóstico

El diagnóstico de embarazo se facilita con los síntomas referidos por la embarazada y los signos detectados por el prestador del servicio, sin embargo en algunos casos se requiere la ayuda de métodos diagnósticos. También es necesario, para el establecimiento de presunción diagnóstica preguntar a la usuaria lo siguiente:

- Tiene relaciones sexuales (SI).
- Desea un embarazo (SI o NO) y
- Ha estado planificando (NO).

Si responde como se describe anteriormente se presume que puede estar embarazada y hay que averiguar los aspectos clínicos.

Con relación a los aspectos clínicos, durante el embarazo los síntomas y signos se clasifican en: presuntivos, de probabilidad y de certeza. Los presuntivos y probables aparecen en etapas tempranas, los de certeza hacen su aparición más tardíamente.

### Signos y síntomas del embarazo

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

#### Signos Presuntivos

- Sialorrea
- Nauseas
- vómito
- Modificaciones del apetito y del gusto (anorexia, apetito caprichoso)
- cambio del carácter
- mareos
- lipotimia

- Tristeza
- disuria y polaquiuria
- congestión e hipersensibilidad
- pigmentaciones de los senos
- várices
- desgano
- desgano
- palpitaciones
- somnolencia

**Probabilidad:** Estos cambios se encuentran en el útero y en los genitales externos. Existe una amplia gama de signos clínicos sugestivos de probabilidad de embarazo. Hemos seleccionado algunos más usados:

Los principales son:

1. **Amenorrea.**
2. **Signo de Chadwick** Son los cambios en los genitales externos: La vulva, el vestíbulo, la vagina y el cérvix toman una coloración violácea.
3. **Cambios en el útero:** El tamaño, la forma y la consistencia son las principales modificaciones que experimenta el útero y que nos permiten hacer el diagnóstico del embarazo. Se realizará tacto por vía vaginal combinado con palpación.
4. **Cambios en el cérvix:** La consistencia y el cambio de color son las principales modificaciones, pero constituye un signo menor de diagnóstico. A partir de la cuarta semana el cuello tiene una consistencia blanda (reblandecimiento) semejante al lóbulo de la oreja.
5. **Signo de Heagar:** El útero grávido tiene una consistencia blanda, este cambio aparece alrededor de la sexta semana de gestación y el sitio donde primero se aprecia es a nivel del istmo uterino. Para buscarlo es necesario realizar un tacto



vaginal combinado con la palpación abdominal. Con la mano colocada sobre el abdomen se trata de deprimir la cara posterior del útero intentando alcanzar los dedos colocados en la vagina.<sup>4</sup>

### Certeza:

Se pueden encontrar entre la dieciséis y la vigésima semana de embarazo. Entre ellos se encuentran los **movimientos activos fetales** (percibidos por la madre o palpados por el proveedor), **los latidos fetales** (al principio se pueden localizar en la región suprapúbica, al final del embarazo se puede localizar en los cuadrantes superior o inferior según sea la posición de la cabeza) y la **percepción por palpación de partes fetales**.

### Métodos de Diagnóstico

Posterior a las seis semanas de retraso menstrual, los niveles de Hormona Gonadotropina Coriónica (HCG) se determinan en la orina de la mujer que consulta por amenorrea y se utiliza como base para efectuar el diagnóstico de embarazo. (Prueba de embarazo).

Se confirma diagnóstico de embarazo con pruebas rápidas en sangre y orina, en la semana.

## 9. Actividades básicas para todas las atenciones

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

### 9.1. Actividades básicas para todas las atenciones

ACTIVIDADES		ATENCIÓNES PRENATALES			
		1 <12 Sg	2 26 SG	3 32 Sg	4 38 Sg
1	Llenado de Formulario de clasificación y HCPB, carné perinatal y Expediente completos.	X	X	X	X
2	Indagar sobre factores sociales (violencia, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja, violencia de cualquier tipo).	X	X	X	X
3	Clasificación de embarazo de Bajo o Alto Riesgo.	x	x	x	x
4	Toma de signos vitales (presión arterial y peso de la embarazada).	X	X	X	X
5	Talla de la embarazada.	X			
	Examen médico completo.				
4	Examen Obstétrico: medir altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, situación y presentación fetal).		X	X	X
6	Cálculo Edad Gestacional.	X	X	X	X
7a	Aplicación de Vacuna antitetánica (refuerzo o primera dosis).	X			
7.b	Aplicación de segunda dosis antitetánica (cuando corresponda).		X	X	
8	Hacer prueba de Hemoglobina.	X			
9	Glicemia.	X		X	
10	Realización del análisis de sífilis, información sobre la enfermedad.	X		X	
11	Realizar detección de ITS/VIH-SIDA, información sobre la enfermedad.	X		x	
12	Realización de Examen de orina.	X	X	X	X
13	Solicitar grupo sanguíneo y factor Rh.	X			
14	Entrega de suplementos de hierro y ácido fólico.	X	X	X	X

ACTIVIDADES		ATENCIÓNES PRENATALES			
		1 <12 Sg	2 26 SG	3 32 Sg	4 38 Sg
15	Entrega de Albendazol.		X		X
16	Entrega de calcio 2gms vo diario a partir de las 20 semanas.		X	X	X
17	Entrega de Aspirina de tableta 81 mg vo diario después de las 20 semanas.		X	X	X
18	Consejería en signos, síntomas de peligro durante el embarazo.	X	X	X	X
19	Recomendaciones para situaciones de peligro.	X	X	X	X
20	Instrucciones para el parto / Plan de Parto.			X	X
21	Consejería en Lactancia Materna Exclusiva y Planificación Familiar.	X	X	X	X
22	Detección y referencia de presentación pélvica ó situación transversa del feto.				X

**1. Llenado y análisis de formularios de atención prenatal.** Los que se utilizan son: historia clínica perinatal base, carné perinatal, formulario de clasificación de OMS, modificado y los relacionados del expediente clínico, se realizará llenado de HCPB y carné según las indicaciones que aparecen en anexo 3 y 4 (ver págs. xx y xx). La información se obtiene a través del interrogatorio que realiza el/la proveedor/a con la embarazada.

#### Conducta ante análisis de Formularios e Historia Clínica en APN

Criterios de OMS	Conducta a seguir	REFIERA A
No presenta alguna de los criterios del formulario de Clasificación de OMS modificado.	Maneje como bajo riesgo	Manejo en atención primaria
Si presenta alguna de los criterios del formulario de Clasificación de OMS modificado.	Referir	Especialista
Si durante el interrogatorio se encuentran complicaciones que comprometen la vida de la embarazada derivado de los hallazgos de la Clasificación OMS modificada.	Referir	Hospitalización

**2. Clasificación de embarazo de Bajo o Alto Riesgo.** Esta actividad debe ser SIEMPRE realizada en cada atención prenatal, el/-la proveedor/a- debe escribir los factores de riesgo (potenciales o reales) identificados durante la misma y vigilar la evolución de los mismos. Se obtiene de efectuar un adecuado llenado y análisis de los formularios de la APN.

**3. Indagar sobre Violencia.** A través del interrogatorio identificar si la embarazada es o ha sido víctima de algún tipo de violencia: Física, Psicológica o Emocional, Sexual, Económica y por negligencia o descuido. Proceda a evaluar los efectos en la respectiva visita, proceda a realizar abordaje con ética, confidencialidad y evite la revictimización. Oriéntela sobre las alternativas tanto médicas, como psicológicas y judiciales existentes. Refiérala según corresponda.

**Conducta según signos y síntomas de Violencia y APN**

Criterios de OMS	Conducta a seguir	REFIERA A
No presenta Signos o síntomas de Violencia Física.	Maneje como bajo riesgo	Manejo en atención primaria
Signos o síntomas de Violencia Física que no comprometen, en el momento de la atención, el bienestar de la madre o su hijo-a. En caso de violencia no física, deberá ser manejada con el equipo de salud que tiene a su cargo la atención multidisciplinaria a las víctimas de la violencia.	Referir	Especialista
<b>Signos de maltrato físico o sintomatología que interfiera con bienestar de la madre o su hijo-a.</b>	Referir	Hospitalización

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

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

La presión arterial diastólica por sí sola es un indicador exacto de **hipertensión en el embarazo**, la presión arterial elevada y la proteinuria definen la **preeclampsia**. (8)

**Conducta ante incremento de Presión Arterial y APN**

SI EXISTE	Conducta a seguir	REFIERA A
• P.A normal: 120/60.	Continuar en atención APN de bajo riesgo.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Presión arterial mayor o igual a 140/90, o</li> <li>Presión diastólica (o mínima) es de 90 mmHg o más, en posición sentada luego de reposo por 10 minutos en dos lecturas consecutivas tomadas con un intervalo de 4 horas.</li> <li>Presión diastólica mayor de 90mmHg pero menor de 110mmHg. Es indicativo de PREECLAMPSIA MODERADA. (8)</li> </ul>	Se deberá de abordar como lo indican los Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas.	Traslado inmediato para atención especializada.
• Presión diastólica igual o mayor a 110 mmHg. Es indicativo de PREECLAMPSIA GRAVE (8).	<p>Inicie tratamiento para reducir la presión diastólica a menos de 100 mmHg pero NO por debajo de 90 mmHg para evitar hipoperfusión placentaria y hemorragia cerebral.</p> <p><u>Si no puede trasladarla:</u> maneje en la misma forma que intrahospitalariamente (Ver Manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional en la Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas.</p>	Hospitalización

**5. Medición de Peso, llenado y vigilancia de curva de Incremento de Peso Materno (IPM).** Luego de tener el dato del peso en Kilogramo de la embarazada se procede a graficar el IPM en curva correspondiente según el punto de intersección de las líneas de Incremento de Peso Materno en Kg (horizontal) y la Edad Gestacional-en semanas (vertical) (Ver Reverso, curva derecha de Anexo 2 y 4 de HCPB y Carnet Perinatal, págs. XX y XX). Si el IPM graficado es mayor o menor de lo esperado se debe referir a especialista (Menos de Percentil 10 y más del Percentil 90, entre el Percentil 10 y 25). Los criterios de hospitalización con relación al peso serán evaluados según de forma individualizada por el especialista.

**6. Examen Físico General Completo.** Este debe seguir el orden céfalo-caudal, es importante no olvidar efectuar revisión de cavidad bucal, examen clínico de Mamas y revisar Genitales Externos.

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

Luego proceder a graficar el valor obtenido en la Curva de Crecimiento Uterino (Ver Reverso, curva izquierda de Anexo 2 y 4, págs. XX y XX), que será el punto de intersección entre la altura uterina en cms. (línea horizontal) y la edad gestacional-en semanas (línea vertical), la evolución normal está representada en los rangos comprendidos entre el Percentil 10 y el Percentil 90. También se puede valorar con el gestograma (Ver Anexo XX, pág. XX).

### **Conducta según Curva de Crecimiento Fetal en APN**

Si los valores de la curva de crecimiento fetal son menores al Percentil 10 y mayores al Percentil 90 se deben referir a especialista. Los criterios de hospitalización con relación al crecimiento fetal deberán ser evaluados de forma individualizada por el especialista.

Se puede encontrar:

Útero muy grande para la edad gestacional o Signo en (+). Puede ser mal cálculo de Fecha Probable de Parto, embarazo gemelar, polihidramnios, mola hidatiforme, mioma coincidente con embarazo, malformación fetal, feto grande.

Útero muy pequeño para la edad gestacional o Signo en (-). Puede ser error en la fecha de la última menstruación, retardo del crecimiento fetal o muerte intrauterina.

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

**9. Prueba rápida de bacteriuria y proteinuria en orina.** Se realiza con tiras reactivas. Se debe efectuar a toda embarazada en cada atención prenatal, independientemente de que se encuentre asintomática.

**Conducta ante presencia de Proteinuria durante la APN**

Señales de alarma	Conducta a seguir	REFIERA A
Ausencia de proteinuria.	Maneje como bajo riesgo.	Manejo en atención primaria.
Bacteriuria Proteinuria hasta 2 cruces en prueba de cinta reactiva en dos tomas consecutivas con intervalo de 4 horas o 3 gr/litro en orina de 24 horas. Indicativo de PREECLAMPSIA MODERADA (8).	Referir	Especialista
Bacteriuria. Proteinuria más de 3 cruces en prueba de cinta reactiva en dos tomas consecutivas con intervalo de 4 horas o es mayor de 5 gramos por litro en orina de 24 horas. Indicativo de PREECLAMPSIA GRAVE (8).	Referir.	Hospitalización.

**10. Prescripción de Acido Fólico y Hierro:** Su dosificación se define según si la embarazada tenga o no antecedentes de haber dado a luz a un niño-a con defecto del tubo neural (DTN). Si HAY antecedentes de DTN, o tiene Diabetes tipo II o ha recibido tratamiento con anticonvulsivantes, 4 mg. diario durante el embarazo; Si NO HAY antecedentes de DTN, indicar 0.4 mg. diario durante el embarazo.

A las embarazadas se debe indicar una tableta con concentraciones de 60 mg. de **Hierro Elemental** y orientar sobre reacciones más frecuentes como: mal sabor en la boca, estreñimiento y ardor estomacal. Si existen datos clínicos de anemia pero no hay sintomatología y Hemoglobina es de 11 mg/dl cumplir con tratamiento ambulatorio descrito anteriormente. Si existen signos clínicos de anemia severa más Hemoglobina  $\leq$  a 7 gr/litro. Indique y prescriba inicio de ingesta de 120 mg de Hierro elemental PO y refiera de inmediato al hospital.

**11. Consejería.** En todas las atenciones prenatales se deben brindar orientaciones y conversar con la embarazada sobre signos de alarma, alimentación, higiene y vestimenta adecuada. Todas las orientaciones verbales deben estar acompañadas por instrucciones escritas. Se debe disponer de instrucciones escritas para las embarazadas no alfabetas, ya que los miembros de su familia o vecinos las pueden leer.

**12. Orientaciones básicas de cada APN****PROVEEDOR/A, RECUERDE HABLAR SOBRE:**

Signos o síntomas de peligro: sangrado, dolor de parto, expulsión de líquido a través de la vagina, fiebre, Se deberá de explicar qué hacer y dónde acudir.

La importancia de cumplir orientaciones verbales, exámenes indicados o prescripción de medicinas.

Los hábitos personales de higiene, alimentación, vestimenta, relaciones sexuales, sexo seguro para prevenir ITS/VIH-SIDA, automedicación durante el embarazo, ingesta de alcohol, fumado, aplicación de drogas.

**13. Indicación de próxima cita de APN.** Después de terminar la atención prenatal escribir en la HCPB y decirle a la embarazada cuando debe regresar para la siguiente atención, escribirlo además en el Carné Perinatal.

## **9.2. Primera atención prenatal**

**La primera atención** debe ser siempre brindada por el recurso más calificado disponible que exista en la Unidad de Salud, se espera que dure entre 30 a 40 minutos. El recurso debe entregar a la mujer embarazada su carne perinatal y explicar la utilidad e importancia del mismo; así como su obligatoriedad de portación para toda consulta.

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

Después de haber efectuado revisión de las 13 actividades básicas, proceda a completar los aspectos particulares de esta primera atención.

### **Interrogatorio**

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

### **Examen Físico**

Efectuar medición de Talla materna.

Determinar el Índice de Masa Corporal (IMC). El índice se obtiene del cálculo del peso en Kg entre la talla en metros, se expresa en Kg/m<sup>2</sup>. Es importante además relacionar el IMC con el Incremento de Peso Materno ya que sus valores son directamente proporcionales, es decir, a mayor IMC mayor será el IPM.

Buscar signos clínicos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral y punta de lengua, falta de aire.

Se recomienda un examen vaginal de rutina durante el embarazo (durante la primera visita), utilizando un espéculo para revisar el estado del cuello uterino, presencia de infecciones de transmisión sexual o efectuar toma de muestra de citología exfoliativa (o Papanicolaou, si no ha sido realizado el control anual) con consentimiento de la embarazada y si su condición clínica lo permite. Si la embarazada no lo acepta durante la primera visita, deberá quedar consignado en el expediente y brindar consejería para persuadirla y poder realizárselo posteriormente.

Si hay evidencia de sangrado transvaginal se debe referir, excepto si el-la proveedor-a es especialista quien decidirá la conducta según Protocolo de Emergencias Obstétricas.

### **Exámenes de Laboratorio**

En orina: Examen general de orina (EGO).

En sangre: Prueba de VIH-SIDA previa consejería y consentimiento informado de la embarazada, RPR, Hemoglobina (Hb), Tipo y Rh, Glucemia

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

**En caso de bacteriuria** positiva: explique a la usuaria sobre el cuadro clínico, los riesgos en el embarazo y la importancia de cumplir el tratamiento.

- Reposo según el cuadro clínico.
- Ingesta de líquido forzada (3 a 4 litros por día).
- Explique que debe acudir a la unidad de salud si los síntomas persisten después de 3 ó 4 días.
- Evalúe presencia de dinámica uterina, en caso de trabajo de parto inicie tratamiento útero inhibidor y maduración pulmonar según esquema del Protocolo de Atención al Parto Pretérmino.
- Inicie antibióticoterapia:
- Nitrofurantoina 100 mg por vía oral cada 12 horas por 10 días.
- Cefalexina 500 mg, cada 6 horas por 7 días por vía oral.
- Agregar analgésico: acetaminofen 500 mg cada 6 horas por vía oral. Una semana después de finalizado el tratamiento debe realizarse un examen de orina con cintas cualitativas buscando nitritos. Si existen síntomas sugestivos de infección de vías urinarias es necesario hacer urocultivo y antibiograma.

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

- Nitrofurantoina y Vitamina C 500 mg al día por 10 días y luego continuar con terapia suple siva: Nitrofurantoina 50 mg por día hasta completar los 30 días o hasta el final del parto según el cuadro clínico y tolerancia de la paciente.
- Urocultivo según norma.
- Identifique esquema según sensibilidad de antibiograma.
- Repita el urocultivo al terminar el tratamiento dos semanas después.
- Si el urocultivo es positivo repita el esquema.

### **Identifique factores de riesgo del embarazo actual**

- Infecciones vaginales recurrentes (candidiasis, vaginosis).
- Sospecha de diabetes gestacional. Referir a nivel de mayor nivel resolutivo.
- Explorar especialmente en adolescentes sentimientos, inquietudes y dudas relacionadas con el embarazo. Así como la relación de apoyo de la pareja y/o la familia.
- Pedirle a la embarazada que registre cuando nota los primeros movimientos fetales (según el trimestre en que se realice la primera Atención Prenatal).
- Preguntar por algunos signos y síntomas que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso:
  - Náuseas y vómitos frecuentes, orientar comer 3-4 galletas simples o rosquillas antes de levantarse (en la cama); sugerir alimentación blanda de lo que guste y tolere, ingerido en pequeñas cantidades, cada 2 a 3 horas; tomar líquidos en pocas cantidades en intervalos de cada hora; evitar comidas grasosas, ácidas y condimentadas. Se puede indicar Dimenhidrinato 1 tableta antes de las comidas principales.
  - Várices, aconsejar reposo en decúbito dorsal o lateral por 15 minutos cada 4 horas con las piernas elevadas; caminar de puntillas varias veces al día, usar medias elásticas.
  - Cefalea, investigar causa, analgésico oral como Acetaminofen 300mg. cada 6 u 8 horas.
  - Acidez, indicar comer poca cantidad de dulce; comer despacio; indicar el hidróxido de aluminio o leche después de cada comida;
  - Cistitis, ingerir líquido en abundancia, como mínimo 8 vasos de agua al día; indicar EGO, si no mejora en 24 horas referirla a atención especializada.

Si la captación se está realizando en el tercer trimestre del embarazo, orientar para que inicie la preparación del parto psicoprofiláctico y explicar la importancia de la lactancia materna exclusiva y anticoncepción posparto.

Sensibilizar a la embarazada para que invite a su pareja (o miembro de la familia o amiga) a las siguientes atenciones para que puedan involucrarse en las actividades y aprendan cómo apoyarla a lo largo del embarazo.

### **Situaciones especiales**

- En el caso de que el actual embarazo es producto de abuso sexual, abordar en conjunto con un equipo interdisciplinario donde exista esta probabilidad, de no haber posibilidad realizar una referencia oportuna a las redes de apoyo.
- Consejos, preguntas, respuestas y programación de próxima atención.



### **9.3. Segunda atención prenatal**

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

#### **Interrogatorio**

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

#### **Examen Físico**

Además de lo realizado en la primera atención prenatal, efectuar lo siguiente:

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

#### **Pruebas de Laboratorio**

Sangre: repetir indicación de Hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11 g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención.

Indicar nuevamente el resto de exámenes (VIH/SIDA, RPR, Tipo y Rh, Glucemia) si no se los ha realizado aún.

#### **Identifique factores de riesgo del embarazo actual**

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

### Conducta según evidencia en 2da. Atención prenatal

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

### Implementar las siguientes intervenciones

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

### Resultados de exámenes de Laboratorio y 2da atención prenatal

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

- Indicar Albendazol 400 mg. Vía oral, dosis única.
- Aspirina 80 mg po diario a partir de las 20 semanas a embarazadas con factores de riesgo para Preeclampsia.
- Calcio 2 gm. Po diario a partir de las 20 semanas a embarazadas con factores de riesgo para Preeclampsia.**
- Si tiene antecedentes de cesárea previa y cursa con embarazo actual de 32 semanas de gestación, enfatizar que el parto debe ser hospitalario.
- Consejos preguntas, respuestas y programación de la próxima atención.
- Además de lo realizado en la primera atención, revisar lo relacionado a:
  - Edemas en pies manos y cara: se debe indicar examen general de orina, orientar sobre dieta sin sal, reposo con elevación de miembros inferiores.

- Calambres: ingerir jugo de naranjas, bananos, caminar en puntillas antes de acostarse por un minuto, si hay temperaturas ambientales frías tener cuidado de abrigarse bien.

#### 9.4. Tercera atención prenatal

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

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

##### Interrogatorio

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

##### Examen Físico

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

##### Exámenes de Laboratorio

Sangre: repetir indicación de Hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11 g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención.

Indicar nuevamente el resto de exámenes (Tipo y Rh, Glucemia) si no se los ha realizado aún.

- Indicar RPR.
- Indicar VIH.

**Identifique factores de riesgo del embarazo actual**

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

Signos de peligro	Conducta a seguir	REFIERA A
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo de parto en curso menor de 37 semanas.</li> <li>• Disminución o ausencia de movimientos fetales.</li> <li>• Hemorragia vaginal.</li> <li>• Ruptura Prematura de Membranas.</li> <li>• Convulsiones-visión borrosa-pérdida de conciencia-cefalea intensa, Cambios en la Frecuencia Cardíaca Fetal, Hinchazón en manos-cara-piernas.</li> </ul>	Referencia	Especialista
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo mayor de 41 semanas.</li> <li>• Trabajo de parto prematuro.</li> <li>• Ruptura Prematura de Membranas.</li> </ul>	Referencia	Especialista

- Si la Hemoglobina es mayor de 13 gr/dl en ausencia de otros síntomas o signos puede significar crecimiento fetal anormal, citar para una nueva valoración antes de las 36 semanas para evaluar el crecimiento fetal o la necesidad de referir a especialista.

**Implementar las siguientes intervenciones**

Además de lo realizado en la primera y segunda atención prenatal, revisar lo relacionado a:

- Indicar Albendazol 400 mg. Vía Oral, dosis única si no se indicó en atención prenatal anterior.
- Aspirina 80 mg po diario a partir de las 20 semanas a embarazadas con factores de riesgo para Preeclampsia.
- **Calcio 2 gm. Po diario a partir de las 20 semanas** a embarazadas con factores de riesgo para Preeclampsia.
- Consejos, preguntas, respuestas y programación de la próxima atención.
- Orientar sobre la aparición de signos y síntomas de alarma: contracciones uterinas, salida de sangre-líquido-tapón mucoso transvaginal y movimientos fetales anormales que pueden significar amenaza o trabajo de parto, dar consejos sobre las medidas a tomar.
- Orientaciones sobre Parto Psicoprofiláctico y Plan de Parto.
- Brindar recomendaciones sobre lactancia materna, anticoncepción y la importancia de la atención post parto.
- En el caso de los y las adolescentes hablar de Maternidad y Paternidad responsable, continuidad de proyectos de vida después del parto.

- Preguntar por algunos signos y síntomas que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso: además de los mencionados en la primer y segunda atención, se pueden presentar:
  - Dispepsia, orientar que mastique lentamente los alimentos, y si son intensos los gases carbón vegetal 1 tableta cada 6 horas.
  - Convulsiones, proteger a la embarazada, iniciar tratamiento como eclampsia y referir de inmediato a mayor nivel de resolución.

## **9.5. Cuarta atención prenatal**

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

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

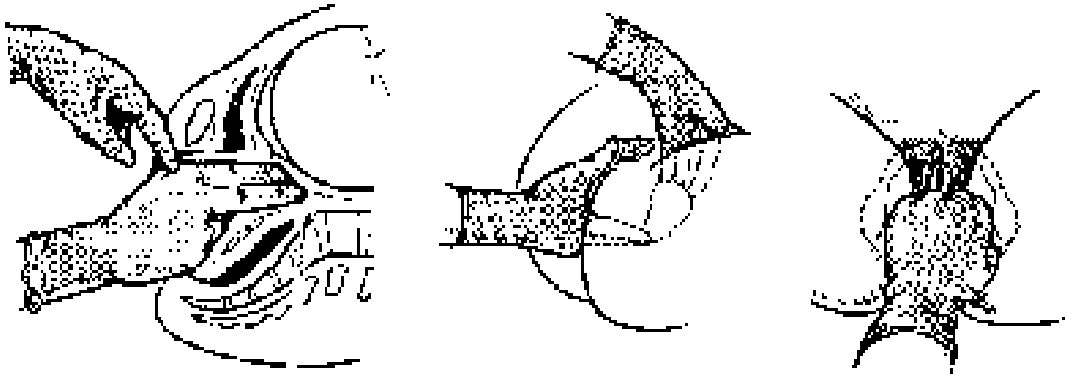
### **Interrogatorio**

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

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

### **Examen Físico**

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



### Exámenes de Laboratorio

Sangre: Hemoglobina cuando se detecte signos de anemia severa en el examen físico o control de tratamiento.

Indicar nuevamente el resto de exámenes (VIH/SIDA, RPR, Tipo y Rh, Glucemia) si no se los ha realizado aún y orientarle que los lleve en cuanto tenga los resultados de los mismos.

### Identifique factores de riesgo del embarazo actual

Explicar a las embarazadas que, si no han tenido su parto para el final de la semana 41 (41 semanas completas o 290 días), si completada la fecha anterior no hay pródromos de trabajo de parto, indicar que acudan nuevamente a la atención prenatal para realizar referencia hacia nivel de mayor resolución según sea el caso.

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

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

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

## Implementar las siguientes intervenciones

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

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

### Acciones para referir a Hospitalización a embarazada

---

#### Enfatizar en garantizar:

---

**Plan de Referencia.** Disponibilidad de transporte de la unidad de salud o solicitarlo a otra institución, personal de apoyo, medio de comunicación, equipo.

**Coordinación previa.** Notificar a unidad de salud adonde será enviada, informar a familiar o acompañante sobre la condición de la embarazada, llenar adecuadamente hoja de referencia.

**Condiciones del traslado.** Embarazada canalizada con bránula 16 o de mayor calibre si se trata de hemorragia asegure dos vías, oxígeno de 4 a 6 litros por minuto por catéter nasal, personal de salud con capacidad técnica resolutive que acompañe para monitoreo de signos vitales y evitando la pérdida de la vía permeable vascular.

**Condiciones especiales.** En hemorragia por sospecha de placenta previa conservar posición de Trendelenburg; en el caso de convulsiones protegerla de golpes o de mordedura de su lengua.

---

## **10. Bibliografía**

1. Republica de Nicaragua. Ministerio de Salud. Segundo Nivel de atención. Guía para el abordaje de las Emergencias Obstétricas. UNICEF. 2004.
2. Matthews Mathai. Rasad Sanghvi. Richard J. Guidotti. Integrated Management of pregnancy and Childbirth. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para Obstetrices y Médicos. OMS. FNUAP. UNICEF. Banco Mundial.2002.
3. Contusalud. com /Embarazo: introducción. 12/07/ 2005.
4. (2) Ricardo L. Schwarcz. Carlos a. Diverges. A. Gonzalo Díaz Ricardo H. Fescina. Obstetricia. Quinta Edición. Librería, Editorial e Inmobiliaria, Florida 340. Buenos Aires, Argentina, 2003.
5. Ministerio de Salud. República de Nicaragua. Dirección de Regulación. Guía metodológica para la elaboración de Protocolos. Managua, Nicaragua, Junio 2005.
6. Ministerio de Salud. República de Nicaragua. Dirección de atención Integral a la mujer, niñez y adolescencia. Protocolos para la atención obstetricia. Managua. Marzo 2001.
7. La CIE 10.
8. J. Villar, MD, MPH, MSc y P. Bergsj MD, PhD. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. OMS 2003.
9. ESTRATEGIA NACIONAL DE SSR.
10. Ricardo Schwarcz et al. Salud Reproductiva Materna Perinatal. Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo. OPS-OMS. Publicación Científica CLAP No. 1321.01.
11. Gobierno de la República. Construyendo la Nueva Nicaragua. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar. Agosto 2001.
12. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Normas y Protocolos de las Complicaciones Obstétricas. Diciembre 2006.



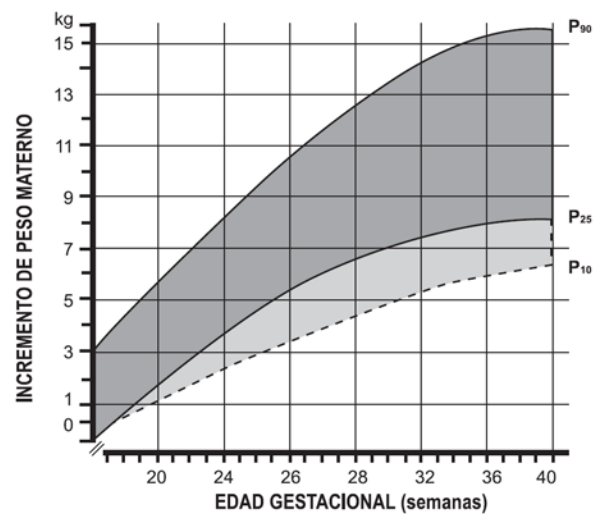
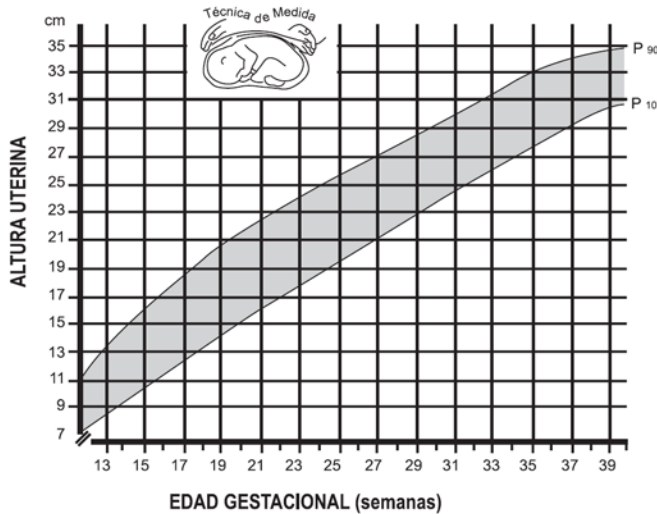
## **11.Anexos**

**FORMULARIO DE CLASIFICACIÓN OMS, MODIFICADO****Criterios para clasificar a las mujeres para el componente básico del nuevo modelo de control prenatal**

Nombre de la paciente: _____	Número de historia clínica	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
Dirección: _____	Telefono: _____	
<b>INSTRUCCIONES:</b> Responda las siguientes preguntas marcando con una cruz el casillero correspondiente.		
<b>ANTECEDENTES OBSTETRICOS</b>		
	<b>No</b>	<b>Si</b>
1. Muerte fetal o muerte neonatal previas.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Antecedentes de 3 o más abortos espontaneos consecutivos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Peso al nacer del último bebé < 2500 g.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Peso al nacer del último bebé > 4500 g.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Tuvo una internación por hipertensión o preeclampsia/eclampsia en el último embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>EMBARAZO ACTUAL</b>		
	<b>No</b>	<b>Si</b>
7. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Menos de 19 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Más de 35 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Isoinmunización Rh (-) en el embarazo actual o en embarazos anteriores.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Hemorragia vaginal.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. Masa pélvica.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>HISTORIA CLINICA GENERAL</b>		
	<b>No</b>	<b>Si</b>
14. Diabetes mellitus insulino dependiente.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. Nefropatía.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Cardiopatía.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18. Cualquier otra enfermedad o afección médica severa.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Por favor, especifique _____ _____		
Una respuesta SI en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir, una cruz en cualquier casillero sombreado) significa que la mujer no es elegible para el componente básico del nuevo modelo de control prenatal. ¿Es elegible? (marque con un círculo) <b>NO</b> <b>SI</b>		
Si la respuesta es NO, será derivada a _____		
Fecha _____	Nombre _____	Firma _____
(personal responsable de CPN)		

CLAP - OPS/OMS MINSA - NICARAGUA										Parto en		N° Identidad		-		-																																																																																																							
NOMBRE: _____										Fecha de nacimiento		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Raza		ning. sec. años		Estado civil																																																																																																					
DOMICILIO: _____										EDAD		años		blanca indígena mestiza negra		ESTUDIOS		casada <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/>																																																																																																					
LOCALIDAD: _____ TEL: _____										años		< de 20 > de 35		ALFABETA		prim. univ.		soltera <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>																																																																																																					
<b>ANTECEDENTES</b>										<b>OBSTÉTRICOS</b>																																																																																																													
FAMILIARES					PERSONALES					gestas previas					abortos					vaginales					nacidos vivos					viven					fin anterior embarazo																																																																																				
no si					no si					no si					no si					no si					no si					no si					no si																																																																																				
TBC pulmonar					diabetes					hipertensión					preeclampsia eclampsia					otros					Cirugía tracto reproductivo					Infertilidad					VIH					cardiopatía					nefropatía					condición médica grave																																																																					
no si					no si					no si					no si					no si					no si					no si					no si					no si					no si																																																																										
ÚLTIMO PREVIO					3 espont. consec.					partos					cesáreas					nacidos muertos					muertos					1° sem.					después 1° sem.					EMBARAZO PLANEADO					FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO																																																																										
< de 2500 g					> de 4500 g					Preeclampsia/eclampsia					3 espont. consec.					partos					cesáreas					nacidos muertos					muertos					1° sem.					después 1° sem.					EMBARAZO PLANEADO					FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO																																																																
< de 2500 g					> de 4500 g					Preeclampsia/eclampsia					3 espont. consec.					partos					cesáreas					nacidos muertos					muertos					1° sem.					después 1° sem.					EMBARAZO PLANEADO					FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO																																																																
<b>EMBARAZO ACTUAL</b>										<b>DUDAS</b>										<b>ANTITETANICA</b>										<b>ANTIRUBEOLA</b>										<b>GRUPO</b>										<b>FUMA</b>										<b>ALCOHOL</b>																																																											
PESO ANTERIOR										TALLA (cm)										DUDAS										ANTITETANICA										ANTIRUBEOLA										GRUPO										FUMA										ALCOHOL																																																	
kg										1										no si										previa si no										previa si no										Rh + -										sensibil. si no										si no										si no										si no																													
FUM										FPP										actual 1° 2°/R										previa si no										previa si no										Rh + -										sensibil. si no										si no										si no										si no																													
mes gest.										Ex. CLINICO normal										Ex. MAMAS normal										Ex. ODONTOLÓGICO normal										PAPANICOLAOU normal										VIH solicitado																																																																					
si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no																																																	
CERVIX normal										< de 20 sem										> de 20 sem										Hb< 20 sem										Hb> 20 sem										< de 20 sem										> de 20 sem										Fe/Folatos Indicados										ESTREPTOCOCCOS B																																							
si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no																													
VDRL/RPR										+ -										+ -										+ -										+ -										+ -										+ -										+ -										+ -										+ -																													
Atención prenatal en:										1										2										3										4										5										6										7										8										9																													
Edad Gestacional										1										2										3										4										5										6										7										8										9																													
Peso (kg)										1										2										3										4										5										6										7										8										9																													
Tensión arterial máx/min (mm HG)										1										2										3										4										5										6										7										8										9																													
Alt. uterina pubis fondo										1										2										3										4										5										6										7										8										9																													
F.C.F. (lat/min)										1										2										3										4										5										6										7										8										9																													
Movimiento fetal										1										2										3										4										5										6										7										8										9																													
PATOLOGIAS EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO										Ninguna										Preeclampsia										Nefropatía										Corioamionitis										R.C.I.U.										hemorragia 2da. mitad										otras																																																	
HTA previa										Eclampsia										Diabetes										Infección urinaria										rotura pre. memb.										hemorragia post parto										Códigos																																																											
HTA inducida embarazo										Cardiopatía										Otra condición grave										Amenaza parto pret.										hemorragia tra. mitad										infección puerperal										Códigos																																																											
<b>PARTO</b>										<b>ABORTO</b>										<b>CARNÉ</b>										<b>CONSULTAS</b>										<b>HOSPITALIZACIÓN</b>										<b>CORTICOIDES</b>										<b>Semana</b>										<b>INICIO</b>										<b>RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO</b>										<b>EDAD GEST. PARTO</b>																													
Fecha Ingreso										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no																			
dia mes año										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no																			
PARTOGRAMA										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no																			
TERMINACION										espon. forceps cesárea vacuum otra										hora min. día mes año										Acompañante										Posición Parto										Ligadura Cordon										NIVEL DE ATENCION																																																											
Indic. princ. de parto operatorio o inducción										oper. induc.										hora min. día mes año										Pareja Ninguno Familiar Otro										Sentada Cucullas Acostada										Precoz (< 30 seg) Tardía (> 30 seg)										3° 2° 1° domic otro																																																											
Nacimiento vivo										EPISIOTOMIA										Oxitocina Manejo Act. Alumb.										PLACENTA completa										orden fetos										ATENDIO médico										enf./obst. auxil. estud./empir. otro										nombre RN																																																	
Muerto										antes parto										DESGARRO										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no																			
ignora momento										1 2 3 4										MEDICACION EN PARTO										ninguna anest. reg. anest. gen. analges. oxitoc. antibiot. sulfato magnesio transfusión otros										PARTO										nombre										NEONATO										nombre																																																	
<b>RECIENTE NACIDO</b>										<b>LONGITUD</b>										<b>EG CONFIABLE</b>										<b>PESO E.G.</b>										<b>APGAR</b>										<b>REANIMACIÓN</b>										<b>FALLECE EN</b>										<b>PUERPERIO</b>																																																	
SEXO										PESO AL NACER										cm										sem. días										1° minuto 5°										si no										hora min. T C pulso PA invol. loquios																																																											
f m										g										cm										FUM ECO										peq. gde.										masaj. tubo máscara										si no										si no										si no										si no																													
no def										menor 2500 g										cm										ESTIMADA										adrenalina										si no										si no										si no										si no																																							
DEFECTOS CONGENITOS										código										Ex. Físico Normal										Aplic. Vitamina K										Apego Precoz										TAMIZAJE NEONATAL										Hbpatia Audición Bilirrubina Meconio 1° día Boca Arriba										REFERIDO																																																	
menor										código										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no																													
mayor										código										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no																			
Ninguna										código										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no																			
ENFERMEDADES										código										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no																			
EGRESO R.N.										vivo										EDAD										LACTANCIA										PESO AL EGRESO										EGRESO MATERNO										viva										fallece										Antirrubéola postparto																																							
hora día mes										vivo después del traslado										Días completos										exclusiva										g										viva										fallece										si no																																																	
Buena tolerancia oral										Signos vitales estables										Buena coloración										Higiene del Recién nacido										BCG Aplicada										Número de Identidad										Recibió Consejería en PF										Egresada con Método de PF										referida										hormonal										otro																			
si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no										si no									
Nombre RN:										Responsable del alta										Responsable del alta										Responsable del alta										Responsable del alta										Responsable del alta										Responsable del alta										Responsable del alta										Responsable del alta																																							

Amarillo significa ALERTA e indica que: más información, análisis y decisiones se encuentran registradas en otras hojas del expediente clínico



## CLAP (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

## LISTADO DE CODIGOS

## Historia Clínica Perinatal - Base

## PATOLOGIAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)

- 50 GESTACION MULTIPLE
- 51 HIPERTENSION PREVIA
- 01 Hipertensión previa esencial complicando EPP
- 02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP
- 52 PREECLAMPSIA
- 04 Hipertensión transitoria del embarazo
- 05 Preeclampsia leve
- 06 Preeclampsia severa y moderada
- 53 Hipertensión previa con proteinuria sobreagregada
- 54 ECLAMPSIA
- 55 CARDIOPATIA
- 56 DIABETES
- 57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa
- 58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa
- 59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo
- 07 Test de tolerancia a la glucosa normal
- 60 INFECCIÓN URINARIA
- 08 Bacteriuria asintomática del embarazo
- 61 OTRAS INFECCIONES
- 09 Infecciones del tracto genital en el embarazo
- 59 Sífilis complicando EPP
- 10 Gonorrea complicando EPP
- 11 Malaria
- 12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)
- 63 Hepatitis viral
- 64 TBC complicando EPP
- 78 Rubéola complicando EPP
- 65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP
- 66 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO
- 67 ANENAZA DEL PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)
- 13 Incompetencia cervical
- 68 DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA
- 14 Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto
- 15 Parto obstruido debido a anomalía de la pelvis materna
- 16 Otros partos obstruidos por causa fetal
- 69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE
- 17 Mola hidatiforme
- 18 Aborto espontáneo y aborto retenido
- 19 Embarazo ectópico
- 20 Aborto inducido y terapéutico
- 21 Amenaza de aborto
- 70 HEMORRAGIA DEL 2do Y 3er TRIMESTRE
- 22 Placenta previa con hemorragia
- 23 Desprendimiento prematuro de placenta

- 24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación
- 25 Ruptura uterina antes o durante el parto
- 26 Laceración obstétrica del cuello del útero
- 71 ANEMIA
- 27 Anemia por deficiencia de hierro
- 72 RUPTURA PREMATURA A DE MENBRANAS
- 28 Infección del saco amniótico y membranas
- 73 INFECCIÓN PUERPERAL
- 29 Sepsis puerperal
- 30 Infección mamaria asociada al nacimiento
- 74 HEMORRAGIA POST PARTO
- 31 Placenta retenida
- 32 Útero atónico
- 33 Laceraciones perinatales de 1er y 2do grado
- 34 Laceraciones perinatales de 3er y 4to grado
- 75 OTRAS PATOLOGIAS ATERNAS
- 35 Placenta previa sin hemorragia
- 36 Hiperemesis gravídica
- 37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión
- 38 Dependencia de drogas
- 39 Sufrimiento fetal
- 40 Polihidramnios
- 41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas)
- 42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical
- 43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio
- 44 Embolismo obstétrico
- 45 Falla de cierre de la herida de cesárea
- 46 Falla de cierre de la episiotomía
- 47 SIDA
- 76 HIV positivo
- 48 Neoplasia maligna del cuello uterino
- 49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria

## PATOLOGIA NEONATAL

- 50 ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINAS
- 51 SINDROMES ASPIRATIVOS
- 52 APNEAS POR PREMATUREZ
- 53 OTROS SDR
- 01 Ductos arteriales persistentes
- 02 Persistencia de la circulación fetal
- 03 Neumonía congénita
- 04 Neumotórax y enfisema intersticial
- 05 Taquipnea transitoria
- 06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el período prenatal

## HEMORRAGIAS

- 07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido
- 55 Hemorragia pulmonar originada en el período prenatal
- 56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)
- 57 HEMORRAGIA INTRACRANEANA
- 08 Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh
- 09 Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO
- 10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino
- 58 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59)
- 11 Policitemia neonatal
- 12 Anemia congénita
- 13 Otras afecciones hematológicas
- 14 INFECCIONES
- 14 Diarrea
- 15 Meningitis
- 16 Onfalitis
- 17 Conjuntivitis
- 59 Infecciones de la piel del recién nacido
- 18 Septicemia
- 20 Enterocolitis necrotizante (ECN)
- 49 Tétanos neonatal
- 60 Sífilis congénita
- 61 Enfermedades congénitas virales
- 68 Síndrome de Rubéola congénita (SRC)
- 69 Citomegalovirus (CMV)
- 70 Toxoplasmosis congénita
- 39 HIV positivo
- 19 Otras infecciones del período perinatal
- 33 NEUROLÓGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)
- 33 Hidrocefalia adquirida
- 34 Leucomalacia periventricular y cerebral
- 35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico
- 36 Hemorragia intracranéica no traumática
- 37 Convulsiones
- 71 Encefalopatía Hipóxico Isquémica
- 38 Otras afecciones del estado cerebral
- 39 METABOLICA/NUTRICIONAL
- 43 Síndrome de "hijo de diabética"
- 45 Hipoglucemia
- 46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales
- 66 OTRAS PATOLOGIAS RN
- 40 Retinopatía de la prematuridad
- 41 Hernia inguinal
- 65 Síndrome de daño por frío

## INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION

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

76 VIH

## MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

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

## ANOMALIAS CONGENITAS

- 120 Anencefalia
- 121 Espina bífida/Meningocele
- 122 Hidranencefalia
- 123 Hidrocefalia
- 124 Microcefalia
- 125 Holoprosencefalia
- 127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central
- 128 Tronco arterioso
- 129 Trasposición grandes vasos
- 130 Tetralogía de Fallot
- 131 Ventrículo único
- 132 Doble tracto de salida de vent. derecho
- 133 Canal atrio-vent. completo
- 134 Atresia pulmonar
- 135 Atresia tricuspide
- 136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo
- 137 Coartación de aorta
- 138 Retorno venoso pulmonar anómalo total
- 139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias
- 140 Paladar hendido
- 141 Fístula traqueo-esofágica
- 142 Atresia esofágica
- 143 Atresia de colon o recto
- 144 Ano imperforado
- 145 Onfalocoele
- 146 Gastrosquisis
- 147 Atresia duodenal
- 148 Atresia yeyunal
- 150 Atresia ileal
- 150 Otras anomalías gastrointestinales
- 151 Genitales malformados
- 152 Agencia Renal bilateral
- 153 Riñones poli o multiquísticos o displásicos
- 154 Hidronefrosis congénita
- 155 Extrofia de la vejiga
- 156 Otras anomalías nefrouriarias
- 157 Trisomía 13
- 158 Trisomía 18
- 159 Síndrome de Down
- 160 Otras anomalías cromosómicas
- 162 Labio hendido
- 161 Polidactilia
- 162 Sindactilia
- 163 Displasia esquelética
- 164 Pes equinovarus / talovalgus (Pie Bot)
- 165 Hernia Diafragmática
- 166 Hipdros fetalis
- 167 Oligoamnios severo
- 168 Otras anomalías musculo-esqueléticas
- 169 Anomalías Tegumentarias

ANTECEDENTES					
FAMILIARES		PERSONALES			
<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Cirugía tracto reproductivo	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TBC pulmonar	Inferilidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> I	<input checked="" type="checkbox"/> II	<diabetes>	VIIH
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hipertensión>	cardiopatía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<preeclampsia eclámpsia>	nefropatía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<otros>	condición médica grave

OBSTÉTRICOS							
<b>gestas previas</b>		<b>abortos</b>		<b>vaginales</b>		<b>nacidos vivos</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		3 espont. consec.				viven	
<b>ÚLTIMO PREVIO</b>		<b>partos</b>		<b>cesáreas</b>		<b>nacidos muertos</b>	
< de 2500 g		<input type="text"/>		<input type="text"/>		muertos	
> de 4500 g		<input type="text"/>		<input type="text"/>		1ª sem.	
Preeclampsia/eclampsia	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		después 1ª sem.	
				fin anterior embarazo			
				día mes año < de 1 año > de 5 años			
				EMBARAZO PLANEOADO			
				FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO*			
				<input type="checkbox"/> pil. <input type="checkbox"/> barrera <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> infértil <input type="checkbox"/> Insg. <input type="checkbox"/> Gx. <input type="checkbox"/> natural			



**Familiares:** Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos) y su cónyuge, los **Personales** a los propios de la embarazada. Marcar la casilla **No** o **Si**. En el caso de “otros”, especificar.

**Obstétricos:** Llenar las casillas correspondientes interrogando a la embarazada en la secuencia indicada. El Número de Gestas, por corresponder a **Antecedentes**, no incluye el embarazo actual; colocar 00 si el embarazo actual es el primero. Marcar las casillas amarillas debajo de **Gestas** en caso de que en la última gestación el recién nacido hubiera pesado menos de 2,500 grs, o que hubiese pesado más de 4,500 grs o si hubiese presentado preeclampsia/eclampsia en embarazos anteriores lo que constituye la segunda causa de muerte materna en Nicaragua y primera causa de muerte materna en quienes son atendidas en unidades de salud.

En el caso de **Abortos** en embarazos anteriores, registrar en el rectángulo amarillo, si ha presentado 3 espontáneos consecutivos, marcar con **x** en el cuadrado amarillo correspondiente. Si no tiene antecedentes de Aborto, marcar con 00.

Cada parto múltiple previo se registra como una gesta, con dos o más partos y con dos o más hijos. La suma de Abortos y Partos (vaginales y cesáreas) debe ser igual al número de Gestas, excepto en el caso de antecedentes de embarazo múltiple. Si no ha tenido partos previos se marcará 00. Registrar la cantidad de nacidos vivos y muertos (rectángulo amarillo) y de los nacidos vivos los que viven al momento de la captación en atención prenatal y los que murieron en la primera semana de vida o después de la primera semana; registrar estos últimos en rectángulo amarillo. Si los antecedentes de estos fuesen negativos, marcar 00.

**Fin Anterior Embarazo:** Anotar el mes y el año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que haya terminado en parto/cesárea o aborto. Marcar 00 si se trata de una Primigesta. Marcar con **x** el cuadrado amarillo en caso de un intervalo intergenésico menor de 1 año o mayor de 5 años.

**Embarazo Planeado,** marcar **Si** cuando por el interrogatorio, la madre dice que lo planeó; marcar **No**, en caso contrario.

**Fracaso de Método Anticonceptivo,** se entiende por fracaso si la mujer estaba usando un método anticonceptivo en el momento de la concepción. Marcar con **x** en el cuadrado amarillo el método usado, barrera se refiere a diafragma y condón. Qx se refiere a esterilización quirúrgica.

## SEGMENTO - EMBARAZO ACTUAL – ATENCIÓN PRENATAL EN:

Se registran los datos recabados durante la primera atención prenatal (captación) y **se va completando en las atenciones o visitas sucesivas.**

EMBARAZO ACTUAL																																																																																	
PESO ANTERIOR kg	TALLA (cm) 1	DUDAS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			ANTITETANICA previa <input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> 1+ 2+/R <input type="checkbox"/>		ANTIRUBEOLA previa <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/> embarazo <input type="checkbox"/>		GRUPO Rh <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	FUMA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> cigarrillos por día	ALCOHOL <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> DROGAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>																																																																						
Ex. CLINICO normal si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Ex. MAMAS normal si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Ex. ODONTOLÓGICO normal si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		PAPANICOLAOU normal si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		VIH solicitado si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																																																																									
CERVIX normal si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	VOR/RPR + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	< de 20 sem día mes		> de 20 sem día mes		Hb < 20 sem < 11 g <input type="checkbox"/>		Hb > 20 sem < 11 g <input type="checkbox"/>		ECO < de 20 sem día mes	> de 20 sem día mes																																																																						
Fe/Folatos Indicados Fe <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Folatos <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Proporcionados si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		ESTREPTOCOCOS B 35 a 37 semanas + <input type="checkbox"/> no se hizo <input type="checkbox"/>																																																																											
ATENCIÓN PRENATAL EN:																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Edad Gestacional</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Peso (kg)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tensión arterial máx/min (mm HG)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alt. uterina pubis fondo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F.C.F. (lat./min)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Movimiento fetal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												Fecha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Edad Gestacional										Peso (kg)										Tensión arterial máx/min (mm HG)										Alt. uterina pubis fondo										F.C.F. (lat./min)										Movimiento fetal									
Fecha	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																																								
Edad Gestacional																																																																																	
Peso (kg)																																																																																	
Tensión arterial máx/min (mm HG)																																																																																	
Alt. uterina pubis fondo																																																																																	
F.C.F. (lat./min)																																																																																	
Movimiento fetal																																																																																	

**Peso Anterior**, es el peso de la mujer en kilogramos, PREVIO al embarazo actual. Cuando se desconoce el peso previo y la embarazada es captada en las primeras 12 semanas, se registrará el peso en esa primera atención prenatal como Peso Anterior. Se recomienda pesar sin zapatos y con lo mínimo de ropa posible o una bata de examen. Calibrar la pesa al menos cada semana. Cuando el peso anterior es desconocido, estimarlo utilizando la tabla de peso materno para la talla, según edad gestacional diseñada por el CLAP.

**Talla**, la medida de pie, descalza, talones juntos y cabeza erguida, en centímetros.

**FUM**, el primer día, mes y año de la última menstruación.

**FPP**, el día, mes y año en que se cumplirán las 40 semanas de gestación. Para su cálculo, usar el Gestograma del CLAP o cualquier otro calendario obstétrico. Como en el ítem anterior, se recomienda llenar siempre este dato, aunque exista duda sobre la FUM. Marcar la casilla **Dudas** No o Si, según corresponda. **Antitetánica**, marcar **si** con una **x** en previa cuando ha tenido al menos una dosis de vacuna antitetánica y marcar **no** cuando no ha recibido ninguna vacuna antitetánica. Constatar esta información preferiblemente a través de la tarjeta de inmunizaciones. En **actual**, registrar el mes de gestación en la casilla 1ª si no ha recibido ninguna dosis previa y se le aplica la primera dosis en el momento, como debe hacerse. 2ª / R: en 2ª se registrará el mes de gestación en que se está aplicando la segunda dosis y en R (porción inferior de la casilla) se registrará el mes de gestación en que se está aplicando el refuerzo. Toda embarazada con esquema completo (antecedentes de 2 vacunas antitetánicas previas o más) debe recibir una dosis de refuerzo de vacuna antitetánica al momento de la captación. En el esquema actual del Programa Nacional de Inmunizaciones, la vacuna antitetánica utilizada es la dT, la cual se puede administrar a cualquier edad gestacional. Se considera inmunizada cuando se ha recibido 2 dosis, independientemente del intervalo entre dosis, el cual preferiblemente debe ser entre 4 a 8 semanas.

**Antirubéola**, según esquema local. Marcar la casilla Previa, si la embarazada refiere haber sido vacunada con anterioridad; **Embarazo**, si fue inmunizada durante **esta gestación**; **no sabe**, cuando no recuerda si fue o no vacunada; **no**, si nunca fue inmunizada.

**Grupo y Rh**, el grupo sanguíneo que corresponda (A, B, AB, O) registrarlo en la casilla. Para Rh y para sensibilización, marcar las casillas correspondientes; si la embarazada se encuentra sensibilizada **Si**, o **No** si no lo está.

**Fuma**, se considera el hábito practicado durante el embarazo actual. En el caso de que la respuesta sea **Si**, anotar el promedio de cigarrillos consumido por día. Si la embarazada No Fuma, completar con 00. **Alcohol**, marcar **Si** con **x** cuando la ingesta diaria es mayor que el equivalente a 2 vasos de vino por día.

**Drogas**, marcar si con **x** cuando utiliza alguna sustancia no indicada por el personal de salud, que sea capaz de producir dependencia.

**Examen Clínico Normal**, marcar **Si** cuando el resultado del examen sea normal y **No** cuando se detecte alguna anormalidad, la que hay que describir.

**Examen de Mamas Normal**, marcar **Si** cuando el resultado del examen sea normal y **No** cuando se detecte alguna anormalidad, la que hay que describir.

**Examen Odontológico Normal**, marcar **Si** cuando el resultado del examen sea normal y **No** cuando se detecte alguna anormalidad, la que hay que describir.

**Papanicolaou Normal**, en caso de habersele realizado dicho examen en el último año o durante el embarazo actual, marcar en la casilla Negativo (-) si el resultado fue normal o Positivo (+) si el resultado fue patológico, lo que hay que describir.

**VIH Solicitado**: Se deberá brindar consejería a fin de que ella tome una decisión informada para aceptar le sea tomada la prueba de VIH. La evidencia es la hoja de consentimiento informado.

**Cérvix normal**, marcar si con **x**, o no de acuerdo al examen vaginal realizado usualmente en la captación y que se aprovecha para la toma de Pap.

**VDRL/RPR** (Reagina Plasmática Rápida) antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas, marcar con **x** el resultado de la prueba en el cuadrado asignado; Negativo (-) es No Reactor y Positivo (+) si es Reactor, anotando la fecha del resultado. En Nicaragua, lo que se realiza es RPR. **Si esta prueba No se hizo, registrar en las casillas con 99.**

**Hemoglobina**, antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas, anotar el valor en gramos por 100 ml. Marcar con **x** en el cuadrado amarillo cuando la hemoglobina sea menor de 11 gr por 100 ml. Como con frecuencia lo que se determina es el valor del hematocrito, se recomienda dividir este valor entre 3 y este valor se anota en la casilla correspondiente a la hemoglobina. **Si esta prueba No se hizo, registrar en las casillas con 99.**

**EGO** (Examen General de Orina), antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas, marcar con **x** el resultado de la prueba en el cuadrado asignado; Negativo (-) No refleja infección urinaria y Positivo (+) traduce infección urinaria, anotando la fecha del resultado. Esta prueba debería estar disponible en todas las unidades de salud con cintas de uroanálisis. **Lo ideal para una buena toma, sería: Aseo de los genitales con agua y jabón, separación de los labios menores, utilización de técnica del chorro medio, procesar la muestra antes de 30 minutos. Si esta prueba No se hizo, registrar en las casillas con 99.**

**Fe / Folatos indicados y Proporcionados**, se marca **Si** cuando son indicados / proporcionados **en cuatro visitas** durante la gestación, se marca **No** si al momento del parto se constata que no fueron indicados / proporcionados.

**Estreptococo B 35-37, semanas.** Indicar si la pesquisa de Estreptococo B en esta edad gestacional realizada con toma recto-vaginal y en medio enriquecido, fue negativa (-) o positiva (+). Si no se realizó en estas condiciones o no se solicitó marcar “no se hizo”.

**Atención Prenatal en:** Anotar el número de código de la unidad de salud en donde se brindó **o brindará de manera habitual** la Atención Prenatal (8 espacios). Si el código de la unidad de salud es el 321, entonces se registrará 00000321.

Este sector se destina al registro de los datos que deben anotarse en cada consulta durante el embarazo; dispone de 9 columnas que corresponden cada uno a una consulta. Si se realizaran más de 9 consultas, adjuntar otro formulario de la HCPB repitiendo solamente el NOMBRE de la embarazada, el CÓDIGO del establecimiento y el NÚMERO de identidad de la embarazada.

**EDAD GESTACIONAL.** Las semanas cumplidas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de la actual consulta. Marcar con una X el triángulo amarillo de la esquina derecha inferior, cuando sea una captación tardía o la edad gestacional se desconoce por FUM

**PESO.** En kilogramos (con un decimal), de la embarazada descalza, con ropa liviana. Marcar con una X el triángulo amarillo de la esquina derecha inferior, cuando los valores encontrados no se correspondan a la talla y edad gestacional o cuando no hay un adecuado incremento de peso (menor o mayor que lo esperado) con respecto al peso previo o de consultas anteriores.

**Tensión Arterial máx/mín (mmHG)** La tensión máxima y mínima expresada en mmHg, valorada con la técnica adecuada, reposo por 20 minutos antes de la toma, en el brazo hábil, con manguito a la altura del corazón. Marcar con una X el triángulo amarillo de la esquina derecha inferior, cuando los valores encontrados muestren una alteración en las cifras tensionales comparadas con las cifras anteriores al embarazo y/o entre mediciones en el mismo embarazo.

**Altura Uterina.** Medir la altura uterina en centímetros desde el borde superior de la sínfisis pubiana al fondo del útero. Marcar con una X el triángulo amarillo de la esquina derecha inferior, cuando los valores encontrados muestren una alteración en las mediciones comparadas con la semana de gestación al momento de la consulta. Utilizar la técnica del pinzamiento entre los dedos índice y medio.

**Presentación.** Para la presentación, escribir “cef” (cefálica), “pelv” (pelviana) o “transv” (transversa). Cuando no sea factible recabar el dato, marcar con una raya horizontal en el espacio correspondiente. Marcar con una X el triángulo amarillo de la esquina derecha inferior,





**Corticoides Antenatales Ciclo Único:** Se anotará Si o No a la indicación de maduración pulmonar utilizada en amenaza de parto pretérmino; cuando la indicación es Si, se especifica en las siguientes casillas el esquema utilizado. Se considera “completo” cuando recibe un ciclo de 4 dosis (6mg IM cada 12 horas por 4 dosis) o el parto ocurre 24 horas después de la primera dosis, se considera “incompleto” cuando el parto ocurre antes de 24 horas de la primera dosis. Se considera “múltiples” cuando recibe más de un ciclo y “ninguna” cuando no recibió corticoides aunque halla estado indicado. Cuando se administraron corticoides indicar en el cuadro “semana de inicio”, la semana en la cual fue iniciado el tratamiento.

**Inicio.** Indicar si el inicio del trabajo de parto fue “espontáneo”, “inducido”, o “cesárea electiva”, marcando la casilla correspondiente.

**Ruptura de membranas anteparto.** Este ítem se refiere a la presencia de ruptura de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto (una hora antes del inicio del trabajo de parto). Se marca “no” en caso de estar indemnes; “si” si se encuentran rotas. Indicar las horas y/o los minutos transcurridos desde la ruptura hasta el parto. Marcar “<37 sem” si la edad gestacional al momento de la ruptura era menor de 37 semanas, si el tiempo de ruptura es mayor o igual a 18 horas marcar “>18hrs”. Si la Temperatura axilar de la paciente al ingreso es mayor o igual a 38 °C, marcar en la casilla “38°C”.

**Edad gestacional al parto.** Indicar la edad del niño(a) al momento del parto en semanas y días consignando si fue calculada por FUM o por ECO; Si no es confiable no se registra.

**Presentación.** Se refiere al tipo de presentación, “cefálica”, “pélvica” o situación “transversa” diagnosticada en el momento del inicio del trabajo de parto. Marcar la casilla que corresponda.

**Terminación.** Marcar en la casilla que corresponda según la forma de terminación, “espontánea”, “cesárea”, “ fórceps”, “vacuum”, “otra”. Anotar la hora, minutos, día, mes y año de la terminación del embarazo en la casilla correspondiente.

**Indicación principal de inducción o parto operatorio.** Anotar la indicación principal de la inducción, cesárea o fórceps y colocar en las casillas el código correspondiente según la lista impresa en el reverso de la HCPB.

**Acompañante en trabajo de parto:** Marcar la casilla correspondiente al tipo de acompañante que tuvo la paciente durante su trabajo de parto, pudiendo ser su “pareja”, algún “familiar”, “otro” en caso de no pertenecer al núcleo familiar o “ninguno”. **Posición parto.** Indicar la posición durante el parto asistido, “sentada”, “en cuclillas” “ginecológica” o “acostada”. Cuando el nacimiento fue sin asistencia por personal calificado, no se marca ninguna casilla y en la sección de quién ATENDIÓ el Parto marcar en “otros” con x.

**Ligadura del cordón.** Marcar la casilla correspondiente; Precoz si el tiempo entre nacimiento y ligadura del cordón fue menor de 30 segundos, Tardía si fue después de 30 segundos.

**Nivel de Atención.** Marcar la casilla correspondiente al lugar donde se atendió el parto. 1º corresponde a las unidades del primer nivel de atención, 2º corresponde a las unidades hospitalarias, otro corresponde a lugares diferentes a los descritos antes y que pueden ser casa base, casa materna, o en vehículo durante su traslado.

**Nacimiento.** Consignar si se produjo el nacimiento vivo indicando en la casilla correspondiente. En caso de muerte intrauterina (incluyendo los abortos) marcar la casilla que indique el momento en que se produce la muerte: “anteparto”, “intraparto” o “se ignora el momento”.

**Episiotomía.** Marcar “si”, sí se realizó y “no” si no se realizó.

**Desgarro.** En caso de producirse desgarros durante el parto marcar en la casilla correspondiente a “Grado (1 a 4)” el grado. En caso negativo marcar “no”.

**Oxitocina manejo activo alumbramiento.** Marcar la casilla que corresponda, “si” o “no” referente al uso de oxitocina para el manejo activo del alumbramiento. Oxitocina 10 UI IM inmediatamente al nacimiento del bebé, durante el primer minuto.

**Placenta completa.** Marcar “si” en el caso que la placenta se alumbró completamente, marcar “no” si fue en forma parcial.





**Invol.** Anotar si existe o no buena retracción o involución del útero. Se anota en centímetros o traveses de dedo la altura del fondo uterino con respecto al borde superior del pubis.

**Loquios.** Anotar características de los loquios de la paciente, según abreviaturas habituales en la institución. Cuenta además con ocho filas para el control de la manera siguiente: cada media hora en las primeras 2 horas, a las 6 horas de la última toma, por turno, al alta y para anotar en la unidad de salud donde se hará atención puerperal.

#### SEGMENTO - EGRESO DEL RECIÉN NACIDO:

EGRESO R.N.			vivo <input type="checkbox"/>		EDAD	LACTANCIA		PESO AL EGRESO	
hora	día	mes	vivo después del traslado <input type="checkbox"/>	fallece <input type="checkbox"/>	Días completos <input type="text"/>	exclusiva <input type="checkbox"/>	parcial <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> g	
			fallece después del traslado <input type="checkbox"/>		< de 1 día <input type="checkbox"/>	fórmula <input type="checkbox"/>			
Buena tolerancia oral		Signos vitales estables		T si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Buena coloración	Higiene del Recién nacido	BCG Aplicada	Número de Identidad	
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		FC si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Nombre RN:					Responsable del alta				

Se considera **Egreso** la fecha del último día de la hospitalización neonatal vivo o fallecido. Anotar el "día y mes" en que el niño egresó del establecimiento y marcar la condición. "Vivo" si se otorga el alta a domicilio estando vivo; "vivo después del traslado" si desde el lugar al que fue referido se le otorgó el alta vivo; "fallece" en caso de fallecer en el lugar del nacimiento; "fallece después del traslado" si fallece en el lugar al que fue referido.

En caso de **Aborto** y de **Muerte Fetal**, esta sección queda en blanco.

**Edad.** Edad al alta en días completos. Si el valor tiene más de dos dígitos igual consignarlo ya que el programa permite su ingreso. Si es menor de 1 día registrar 0 y marcar el casillero amarillo. Si queda en blanco se considera "sin dato".

**Lactancia.** Indicar si hay lactancia al momento del alta. Marcar "exclusiva" si no recibió ningún alimento distinto a la leche humana en las últimas 24 horas previas al alta; "parcial" cuando se alimentó además de con leche humana con fórmulas; "fórmula" cuando se alimentó con fórmulas.

**Peso al egreso.** El peso en gramos del niño, en el momento del egreso.

**Buena tolerancia oral.** Marcar en la casilla "si" o "no" según corresponda.

**Signos vitales estables.** Marcar con una x en la casilla que corresponde a los signos vitales según los valores encontrados al momento del egreso.

**Higiene del recién nacido.** Aquí se deberá anotar los datos relacionados con la higiene del recién nacido según valoración realizada.

**BCG aplicada.** Marcar si cuando al momento del egreso el recién nacido lleva aplicada su BCG y marcar no en caso contrario.

**Número de identidad.** Se refiere al número de identidad del recién nacido que debe ser anotado si fue gestionado antes del alta.

**Nombre del recién nacido.** Anotar el nombre del recién nacido dado por sus padres, en caso contrario se deberá anotar los apellidos del recién nacido.

**Responsable.** Anotar el nombre del recurso de salud responsable del alta del recién nacido.

**SEGMENTO - EGRESO MATERNO:**

<b>EGRESO MATERNO</b>								
<table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	día	mes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	viva <input type="checkbox"/>	fallece <input type="checkbox"/>	Antirrubéola postparto si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
día	mes							
<input type="text"/>	<input type="text"/>							
viva después del traslado <input type="checkbox"/>		fallece después del traslado <input type="checkbox"/>						
Recibió Consejería en PF si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Egresada con Método de PF ninguno <input type="checkbox"/>	referida <input type="checkbox"/> barrera <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/>	hormonal <input type="checkbox"/> ligadura tubaria <input type="checkbox"/> natural <input type="checkbox"/>	otro <input type="checkbox"/>				
Responsable del alta								

Se considera egreso el último día de la internación hospitalaria cualquiera sea su condición al egreso, viva o fallecida. Anotar el día y mes de Egreso de la madre y su condición.

Se marca “viva” si ésta fue su condición al alta; “viva después de traslado” si desde el lugar al que fue referida se le otorga el alta viva; “fallece” si muere en el lugar en que tuvo el parto; “fallece después del traslado” si fallece en otro hospital.

**Antirubéola posparto.** Se marcará una X en la casilla “si” si fue inmunizada en el posparto y en la casilla “no” si no lo fue. **Recibió consejería en PF.** Se marcará una X en la casilla “si” antes de su egreso recibió consejería en métodos de PF y en la casilla “no” si no se brindó ninguna consejería.

**Egresada con un Método de PF.** Se refiere a métodos modernos y naturales. Marcar la alternativa que corresponda de acuerdo con el método anticonceptivo elegido, si además de un método moderno utiliza MELA se marcarán ambos. Se marcará “referida” cuando de acuerdo a su elección decide utilizar un método con posterioridad a su egreso. Marcar “ninguna” si no eligió ningún método ni fue referida.

**Responsable.** Completar con apellido y nombre del recurso de salud responsable del alta.

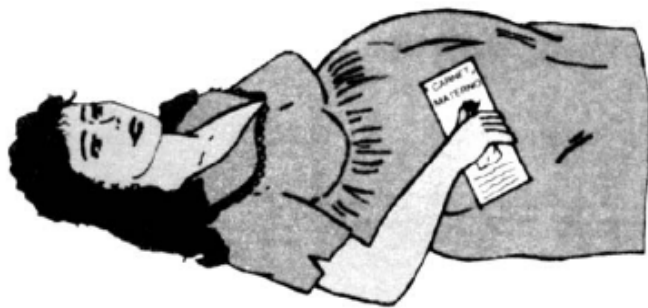
En el reverso de la HCPB se agregó los gráficos de incremento de altura de uterina y la ganancia de peso materno relacionados con la edad gestacional.





República de Nicaragua  
Ministerio de Salud

## Carné Perinatal



Nombres: \_\_\_\_\_

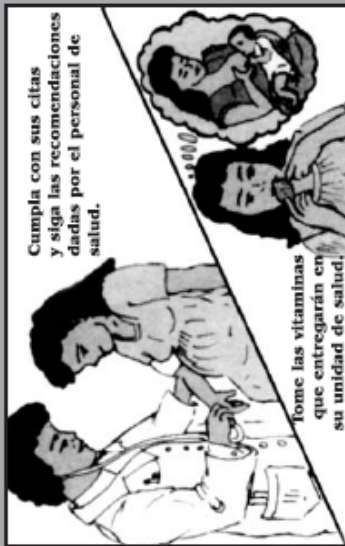
Domicilio: \_\_\_\_\_

Unidad de Salud: \_\_\_\_\_

Este carnet contiene información indispensable para su salud y la de su hijo/a. LíVELO siempre con Usted y entréguelo al equipo de salud cada vez que requiera una atención, ya sea en el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo/a.

Si este cuadro ☐ aparece pintado de color rojo indica que su parto no puede ser atendido en su casa.

## Proteja su Embarazo



Tome las vitaminas que entregaran en su unidad de salud.



Dele amor a su hijo/a desde el embarazo.

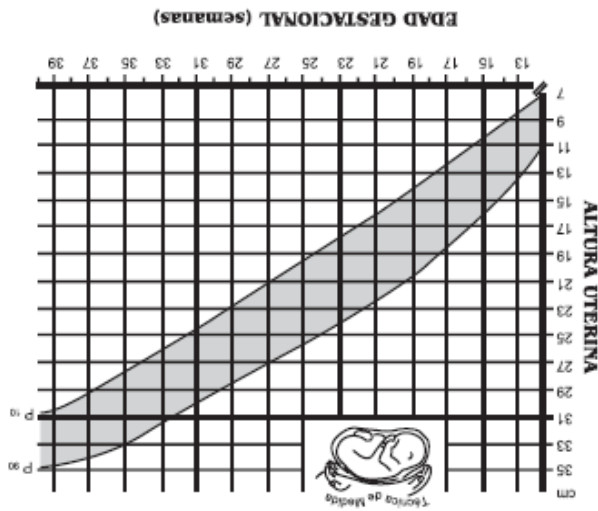
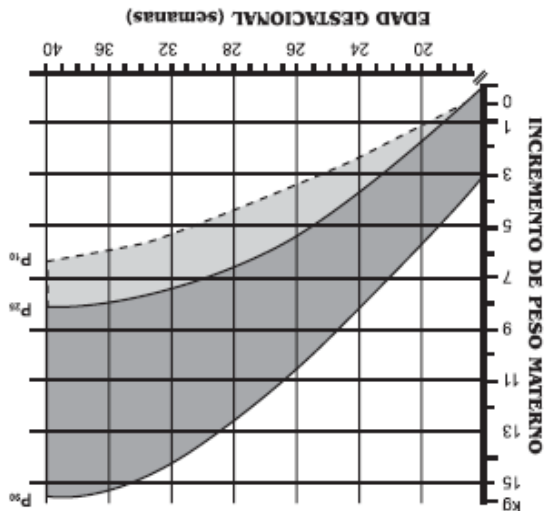
Aplíquese la vacuna antitetánica

CUIDE DE SU HIGIENE PERSONAL.



Usted debe recibir atención inmediata si presenta:

- Salida de sangre o líquido por sus genitales.
- Hinchazón (edema) en sus tobillos, las piernas, las manos y la cara.
- Fiebre o escalofríos.
- Dolores de cabeza continuo, si ve lucécitas o siente zumbido de oídos permanente.
- Disminución o falta de movimientos del niño/a.
- Si presenta dolores de vientre o rabadilla antes de los 9 meses.



Ministerio de Salud

Vicaragua febrero 05



**PERCENTILES DE PESO MATERNO****Altura Uterina y Peso Materno****Evaluación Clínica del Crecimiento Fetal y de la Nutrición Materna**

Desde la semana 13 se presentan los valores correspondientes a los Percentilos 10 y 90 de la Altura Uterina (AU) y del Peso Materno para la Talla y los Percentilos 25 y 90 del incremento de peso materno. Los patrones normales fueron confeccionados por el CLAP\*.

**Evaluación del Crecimiento Fetal:**

Debe sospecharse Retardo en el Crecimiento Intrauterino (RCIU) cuando los valores de incremento del peso materno son inferiores a los corresponden al P25 o los de AU inferiores al P10 de sus correspondientes curvas. Si ambos métodos se utilizan combinados definiendo como sospechosos de RCIU, tanto los valores anormales de la ganancia de peso materno o de la AU, la sensibilidad (capacidad de diagnosticar los verdaderos RCIU) alcanza el 75%.

El incremento de peso materno se calcula restando el peso actual al pregravídico. Muchas veces no se cuenta con el peso pregravídico. En este caso debe utilizarse el P10 de la Tabla Peso Materno para la Talla según la Edad Gestacional.

Los casos con sospecha clínica de RCIU, excluidos el oligoamnios, el error de amenorrea, etc., deberán ser confirmados por ecografía para descartar los falsos positivos.

Clínicamente se sospechará macrosomía fetal, si los valores de la AU superan el P90 del patrón normal; la sensibilidad de este método es de alrededor del 90%. Excluido el polihidramnios, el error de amenorrea, el gemelar, etc., la ecografía confirmará el diagnóstico.

**Evaluación de la Nutrición Materna:**

Debe sospecharse subnutrición cuando el incremento de peso es menor que el P25 o el peso para la talla es menor que el P10 de sus respectivos patrones. Si algún valor es mayor que el P90 de su patrón respectivo, debe sospecharse exceso de ingesta o retención hídrica.

(\*Fescina R.H. y col. Bol. Of. Sanit. Panam. 95:156,1983 / 96:377, 1984. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 62:221, 1967).

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


\*\*Las medidas de la AU fueron obtenidas desde el borde superior del pubis hasta el fondo uterino, desplazando la cinta métrica entre los dedos índice y mayor.

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

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

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

(G): Información proveniente del Gestograma del CLAP.



**Altura Uterina para la Amenorrea:**  
**-Menor que la esperada puede indicar:** Menor edad gestacional, retardo en crecimiento fetal, oligoamnios, muerte fetal.  
**-Mayor que la esperada puede indicar:** Mayor edad gestacional, macrosomía, polihidramnios, gemelares, miomatosis.

**Presión Arterial Normal:** Todo el embarazo, madre sentada, en brazo derecho.  
**P5-P95 Sistólica:** 95-135 mm Hg. **Diastólica:** 55-90 mm Hg  
**No. de Movimientos Fetales Percibidos por la madre en 2 horas** (suma de 4 períodos de 30 min. En 1 día). **Valor Mínimo Normal entre 30-40 sem.:** 10 Movs.

## Cinta Neonatal:

Para estimar la Edad Gestacional en Recién Nacidos de  
Pretérmino cuando es Desconocida



Peso al Nacer para la Edad Gestacional		Estimación de la Edad Gestacional cuando la FUM es Dudosa o Desconocida	
Edad Gestacional (Semanas)	Peso (grs) (*) P10-P90	Perímetro Craneano (cms)	Edad Gestacional (Semanas) P50-P5-P95
		18	20-18.5-21.5
		19	21-19.5-22.5
20	180-580	20	22-20.5-23.5
21	240-570	21	23-21.5-24.5
22	320-740	22	24-22.5-25.5
23	360-860	23	25-23.0-27.0
24	420-980	24	26-24.0-28.0
25	480-1070	25	27-25.0-29.0
26	560-1160	26	28-25.5-30.5
27	620-1350	27	29-26.5-31.5
28	700-1550	28	30-27.5-32.5
29	840-1800	29	31-28.5-33.5
30	1000-2000	30	32-29.0-35.0
31	1160-2200	31	33-30.0-36.0
32	1300-2370	32	34-31.0-37.0
33	1510-2590	33	35-32.0-38.0
34	1770-2900	34	36-33.0-39.0
35	2060-3210		
36	2320-3510		
37	2530-3690		
38	2700-3830		
39	2820-3910		
40	2920-4000		

(\*) Si no se dispone de balanza:  
Perímetro del brazo menor de 9.5 cms  
equivale a peso menor de 2,500 grs (Bajo  
Peso al Nacer)



# **PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL**

## **1. INTRODUCCIÓN**

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

El Ministerio de Salud, viene trabajando el desarrollo de la maternidad segura como estrategia efectiva para mejorar la salud materna y perinatal del País. La intervención relacionada para alcanzar uno de los objetivos de la maternidad segura en el ámbito institucional es la Atención calificada del parto y Cuidados Obstétricos de Emergencia; y en el ámbito comunitario y a fin de incidir sobre la segunda demora se han impulsado entre las principales estrategias las casas maternas el plan de parto y el SICO.

Para la Atención calificada del parto se garantiza que todas las personas que atienden el parto tengan los conocimientos, aptitudes, el equipo y tecnología necesaria (Partograma) para realizarlo en una forma limpia y segura y que a su vez tengan los medios para referir de forma oportuna si se presenta una complicación obstétrica

Los cuidados obstétricos esenciales son una estrategia de atención y organización de los servicios para la atención de las complicaciones obstétricas que contribuyen a disminuir la mortalidad materna y perinatal. Para Garantizar los cuidados obstétricos se requiere contar además de los insumos y la organización de la atención por niveles, con la competencia de los recursos humanos para la atención.

En el año 2007 se observó que la mortalidad materna se presenta con un 22% en el embarazo, 23% en el parto y con un 57% en el puerperio. La distribución por causas, mostró un 59% como obstétrica directa, 26% obstétricas indirectas y 15% por causas no obstétricas.

La principal causa de muerte obstétrica directa sigue siendo la Hemorragia, segunda causa de muerte la Hipertensión Gestacional y la tercera la Sepsis Puerperal.

El Ministerio de Salud, a la vez que garantiza la vigilancia de la atención durante el embarazo, parto y puerperio, diseñó el presente Protocolo de Atención al Parto, con el propósito de estandarizar la atención y mejorar la calidad en su entrega a la población nicaragüense.

La fecha de actualización de este protocolo debe ser dos años después de su aprobación e implementación.

## **2. OBJETIVO**

Homogenizar las pautas para la atención calificada del parto a fin de contribuir en la prestación de servicios de calidad y consecuentemente en la morbilidad materno y perinatal.

## **3. POBLACIÓN DIANA**

Será considerada como población diana y susceptible a toda embarazada que asista a demandar servicios para atención del parto en las unidades de salud públicas y privadas.

## **4. ACTIVIDADES A REALIZAR**

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

## **5. DEFINICIÓN**

Parto es la expulsión de un feto vivo o muerto y sus anexos. En condiciones normales el parto acontece cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo.

## **6. FACTORES DE RIESGO**

### **Antecedentes personales**

- Edad materna (< 20 años y > 35 años).
- Talla baja (< 1.50 cm).
- Multiparidad (> 4 hijos).
- Periodo intergenésico corto (Menor de 24 meses).
- Factores del embarazo actual: Rh(-), PVVS, RPR positivo.
- Patologías del embarazo (anemia, post-término).
- Poco o excesiva ganancia de peso durante el embarazo.

### **Situaciones relacionadas al parto**

- Cambios en la intensidad de las contracciones uterinas (Hipertonía, Atonía uterina).
- Cambios en la frecuencia de las contracciones uterinas (Polisistolia, oligosistolia).
- Estado Psíquico de la parturienta.
- Alteraciones en el Borramiento y dilatación del cuello.

- Variaciones de la frecuencia cardíaca fetal durante el parto (Dips I, Dips II, Sufrimiento Fetal Agudo).
- Trabajo de Parto detenido.
- Ruptura Prematura de Membranas.
- Corioamnioitis.
- Coagulación Intravascular Diseminada.
- Sospecha clínica de DCP.
- Desviación de la curva real del Partograma.

## **7. CLASIFICACIÓN**

### **a) Por la edad gestacional**

- Pretérmino: Parto que ocurre entre las 22 y 36 semanas de amenorrea. Clínicamente en este rango se encuentra el parto inmaduro (22 a 27 semanas) y el parto prematuro: (28 a 36 semanas cumplidas).
- A Término: 37 a 41 semanas cumplidas.
- Postérmino: 42 semanas en adelante.

### **b) Por la intervención o no de agentes externos**

- Espontáneo (sin intervención).
- Provocado o Inducido (con intervención).

### **c) Por la evolución fisiológica**

- Normal o Eutócico.
- Distócico (hay alteración contráctil o del mecanismo del parto).

### **d) Por la presentación del feto**

- Cefálico (vértice, cara y frente).
- Pélvico (franco de nalgas).
- Incompleto o completo (de nalgas).

### **e) Por la vía del nacimiento**

- Vaginal (espontáneo o instrumental-fórceps, vacuum extractor).
- Abdominal (cesárea).

### **f) Por el número de fetos**

- Único.
- Múltiple.



## 8. DIAGNÓSTICO

El parto tiene tres períodos que son:

**Primer periodo:** Borramiento y dilatación del cuello uterino, inicia descenso fetal.

**Segundo periodo:** Descenso y Expulsión del feto

**Tercer periodo.** Salida de los anexos fetales (placenta y membranas)

**Tabla 1. Signos y síntomas según periodos del trabajo de parto**

Signos y síntomas	Período*
Cuello uterino dilatado menos de 4 cms	Primer
Cuello uterino dilatado de 4-9 cms. Tasa de dilatación característica de 1 cm. por hora o más. Comienza el descenso fetal.	Primer
Cuello uterino totalmente dilatado (10 cms). Continúa el descenso fetal. No hay deseos de pujar.	Segundo
Cuello uterino totalmente dilatado (10 cms). La parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis. La mujer tiene deseos de pujar.	Segundo

\* El tercer período del trabajo de parto comienza con el nacimiento del bebé y termina con la expulsión de la placenta.

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

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

### 8.1. Confirmación del Trabajo de Parto

#### 8.1.a. Pródromos de trabajo de parto

Cuello uterino no dilatado no borrado, contracciones uterinas irregulares.

#### 8.1.b. Inicio del trabajo de parto

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

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

#### 8.1.c. Trabajo de Parto

Borramiento: 50-100%, dilatación: 4-10 cm, (cuello uterino se dilata 1 cm por hora), contracciones uterinas regulares, comienza descenso fetal.

## **8.2. Identificación de la Posición y presentación fetal**

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

### **Posición**

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

### **Presentación**

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

Otra característica de una presentación normal es una cabeza bien flexionada, con el occipucio más bajo en la vagina que el sincipucio.

El vértice de la cabeza fetal es la parte que se presenta más comúnmente. Use los puntos de referencia del cráneo fetal para determinar la variedad de posición de la cabeza del feto en relación con la pelvis de la madre (occipucio, bregma, frente y mentón). Si el vértice no es la parte que se presenta, maneje igual que si se tratara de una anomalía de presentación.

### **Variedad de Posición**

Esta es la posición que guarda el punto guía con la extremidad de los principales diámetro maternos. Se valorará por medio del examen ginecológico se evaluará la **variedad de posición**.

La mayor mortalidad se produce por presentaciones anómalas. Ej.: modalidad de cara, modalidad de frente, modalidad de Bregma, presentación pelviana, situación transversa, por lo que la conducta a seguir es la operación Cesárea.

## **8.3. Evaluación del encajamiento y descenso del feto**

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

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

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

Figura No 4. Planos de Hodge



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

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

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

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

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

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

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

## 9. MANEJO

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

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

### 9.1. Atención en el servicio de Emergencia

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

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

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

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

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

### 9.1.1. Interrogatorio

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

### Corroborar edad gestacional.

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

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

### 9.1.2. Examen Físico

#### General

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

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

Peso y talla.

#### Examen Obstétrico

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

#### Maniobras de Leopolds



Figura 27. Primera maniobra de Leopold.



Figura 28. Segunda maniobra de Leopold.



Figura 29. Tercera maniobra de Leopold.



Figura 30. Cuarta maniobra de Leopold.

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

Caracterizar contracciones uterinas (frecuencia y duración).

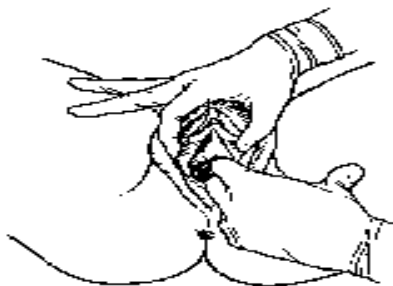
Determinar volumen uterino (medición de altura uterina con cinta obstétrica).

### **Examen Ginecológico**

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

Los exámenes vaginales (Ver Figura 5) se deben realizar por lo menos una vez cada 4 horas durante el primer período del trabajo de parto y después de la rotura de las membranas realizar los estrictamente necesarios. Registre gráficamente los hallazgos en el Partograma.

**Figura 5. Modo de Realizar examen vaginal**



### **9.2. Atención en el servicio de Labor y Parto**

La embarazada en Trabajo de Parto se ingresa a sala de Labor y Parto. Revisar las características a cumplir para lograr un parto seguro y humanizado (ANEXO 2). Se debe garantizar la evaluación del estado de la mujer y su hijo/a, así como, también la vigilancia de la evolución de los Periodos de Trabajo de Parto utilizando como instrumento el Partograma.

El partograma es un instrumento indispensable para evaluar el curso y la calidad de la atención del parto de forma individual. Este instrumento determina cuando la evolución

del parto es normal o no, además contribuye al diagnóstico de la necesidad de oxitócicos y la realización de procedimientos como el parto instrumental o la cesárea.

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

### **9.2.1. Evaluación del Primer Periodo del trabajo del parto: Borramiento y Dilatación**

Hay cierta variabilidad en cuanto a las características de este periodo por la influencia de factores interfirientes como amniotomía, drogas, posición materna.

Se considera como indicativo de anormalidad cuando el trabajo de parto está detenido y hay: Luego de 1 hora en las multíparas y 3 horas en las nulíparas, con contractilidad normal y sin desproporción céfalo-pélvica, la dilatación cervical permanece estacionaria y la cabeza fetal no ha descendido.

El progreso de la dilatación y del descenso de la presentación se evaluará por medio del examen genital por vía vaginal, el cual debe ser efectuado con cuidado, para no provocar la rotura de las membranas.

#### **Cuidados materno-fetales**

- Toma de Signos Vitales incluyendo estado de hidratación materno:
- Si se detecta hipotensión, administrar infusión de Solución Salina. En caso de presentarse cefaleas, fosfenos, acúfenos evaluar inminencia de Eclampsia.
- Investigar signos u otros síntomas acompañantes.
- Embarazada debe estar en decúbito lateral izquierdo e ingerir líquidos azucarados.
- Se considera la situación como de ARO si se encuentran signos de Preeclampsia, cambios en la FCF o el tono uterino.
- Motivar la micción espontánea (evitar cateterismo) para contrarrestar su acción Inhibidora sobre la contractilidad.
- Enema evacuante se puede aplicar antes de los 4 cms. de dilatación (dosis única), si el proveedor lo considera necesario, para impedir la acción inhibidora ejercida por la repleción rectal sobre la contractilidad uterina y evitar la contaminación del área estéril por la materia fecal.
- Orientar a embarazada a que modifique su respiración entre y durante las contracciones. Si la embarazada ha asistido a cursos de parto psicoprofiláctico o sin temor, aliéntela a aplicar las técnicas aprendidas.
- Si se sospecha progreso insatisfactorio del trabajo de parto o trabajo de parto prolongado refiera a especialista, hospitalización o manejo según protocolo de Emergencias Obstétricas.

#### **Complicaciones del Primer Periodo**

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

- Hipertonía uterina.
- Sufrimiento Fetal Agudo.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Eclampsia, preeclampsia.
- Presentaciones anómalas del feto.
- Ausencia del descenso del feto.
- Trabajo de parto prolongado.
- Presencia de líquido amniótico con manchas de meconio.

#### 9.2.2. Evaluación del segundo periodo del trabajo del parto: Descenso y Desprendimiento Fetal

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

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

- El descenso constante del feto por el canal del parto.
- La realización de la rotación interna de la cabeza fetal.
- El desprendimiento del feto, sin dificultades en el moldeamiento de la cabeza fetal.

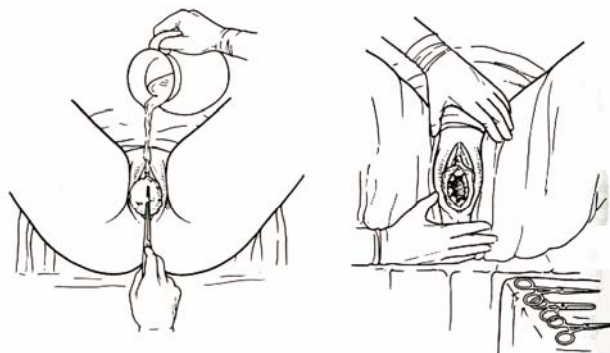
**La expresión clínica de estas tres condiciones se manifiesta en el deseo de pujar de la mujer**, se debe alentar una adecuada realización de los pujos en este momento, coincidiendo con el acmé de la contracción.

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

- Sutura sagital palpable en toda su longitud sin cabalgamiento.
- Sutura sagital con cabalgamiento pero reducibles.
- Suturas superpuestas con cabalgamiento pero no reducibles (Sospecha de DCP).
- Sutura con cabalgamiento mayor de 2cm (sospechar muerte fetal).<sup>17</sup>
- Cuidados materno-fetales.

La utilización de ropa limpia y estéril, instrumental necesario y asepsia de región perineal son fundamentales para favorecer las condiciones de asepsia en el nacimiento del-a niño-a, según se muestra en la figura 6.

**Figura 6 Lavado Perineal**



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

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

Si la presión arterial de la mujer desciende, sospeche hemorragia.

Si hay irregularidades en la frecuencia cardíaca fetal (menos de 120 o más de 160 latidos por minuto), sospeche sufrimiento fetal, proceda a estabilizar y refiera a unidad de mayor capacidad resolutive.

Cualquier posición o presentación que no sea la occipito-anterior con un vértice bien flexionado, se considera una anomalía de posición o presentación.

Si se sospecha progreso no satisfactorio del trabajo de parto o trabajo de parto prolongado, investigue y maneje la causa del progreso lento.<sup>18</sup>

Es muy importante realizar y evaluar las siguientes actividades:

#### **Controles de la contractilidad uterina y los pujos maternos**

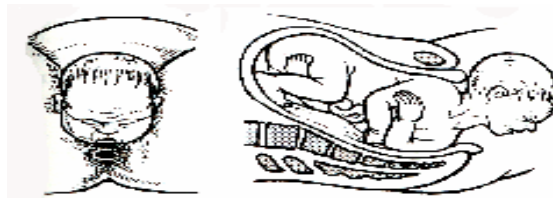
- Si hay *hipodinamia primitiva*, se debe tratar con estimulación oxitócica y si es *hipodinamia secundaria* se deberá tomar en cuenta las causas de las mismas para descartar contraindicación del uso de Oxitocina.
- Se deberá estimular una adecuada ventilación y relajación de la parturienta entre contracciones.
- Se recomienda no efectuar amniotomía, hasta alcanzar los 10 cms de dilatación. Cuando no hay descenso en las nulíparas y multíparas, esperar 15 minutos para hacer amniotomía (con la presentación fija o encajada y durante la contracción).
- Orientar a la parturienta la técnica correcta del pujo.
- Protección del periné a fin de evitar desgarros y laceraciones.
- Evaluar la elasticidad de los tejidos vulvares, perineales y vaginales y el tamaño de la presentación.



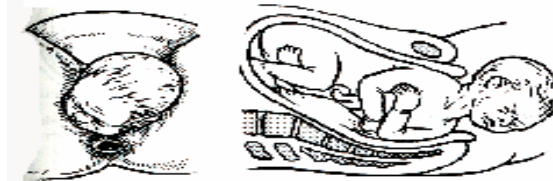
- Evaluar la velocidad del descenso de la presentación y el impulso proporcionado por el pujo materno según la paridad materna.
- Permitir el avance de la presentación manteniendo su flexión hasta que la circunferencia suboccipitobregmática haya traspasado el anillo vulvar distendido.
- Solicitar a la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

**Figura 7 Período expulsivo**

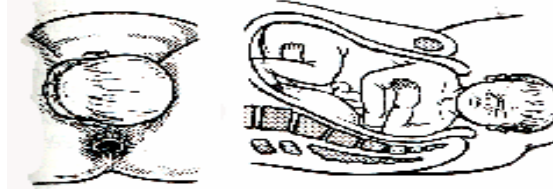
**Expulsión cefálica**



**Restitución**



**Rotación Externa**



**Expulsión fetal**

- Controle la cabeza y los hombros del bebé a medida que se expulsan, asegurándose de que los hombros hayan girado hacia la línea media para prevenir una extensión de la episiotomía. Simultáneamente pídale a la mujer que jadee o que realice pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé

- Para controlar la expulsión de la cabeza coloque los dedos de una mano contra la cabeza del bebé, para dirigir el desprendimiento de la misma, con la otra mano proteja con delicadeza el periné para proteger los desgarros por el mentón fetal.
- Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, asegúrese que la misma haya cumplido la restitución y la rotación externa.<sup>20</sup>
- Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé pídale a la mujer que deje de pujar.
- Aspire la boca y nariz del bebé solo si hay excesiva cantidad de líquido amniótico o presencia de meconio.
- Revise con los dedos alrededor del cuello del bebé, para detectar presencia de circulares del cordón umbilical.
- Si el cordón umbilical se encuentra alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.
- Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, coloque dos pinzas en el mismo (a fin de asegurar los extremos del cordón seccionado) y córtelo antes de desenrollarlo del cuello.<sup>21</sup>
- Levante la cabeza del bebé hacia delante para extraer el hombro posterior, efectuando protección perineal de la salida del hombro posterior, para prevenir desgarros o extensión de la episiotomía cuando su práctica está indicada.
- Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras éste se desliza hacia fuera.
- Mantenga al bebé al nivel del periné hasta que el cordón deje de pulsar, inmediatamente después corte entre las pinzas el cordón.
- Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre después de pinzado y cortado el cordón y proceda a pinzar y cortar el cordón umbilical dentro de los tres minutos de nacido.
  - Seque al bebé por completo, límpiele la cara y aspire nuevamente la boca y nariz sólo si hay excesiva cantidad de líquido amniótico o presencia de meconio y evalúe su respiración.
- Si existe una dificultad en la extracción de los hombros, sospeche una distocia de hombros.
- La mayoría de los bebés comienzan a llorar después de los primeros 30 segundos de nacidos.
- Si el bebé llora o respira (ascenso del tórax por lo menos 30 veces por minutos), deje al bebé con la madre en la sala de parto si la madre está apta.
- Si el bebé no respira dentro de los primeros 30 segundos, pida ayuda y adopte los pasos necesarios para reanimar al bebé.
- Asegúrese de que el bebé se mantenga tibio y en contacto piel a piel con la madre.

- Cubra al bebé y, asegúrese de que la cabeza esté cubierta para evitar enfriamiento.
- Si la madre no se encuentra en buenas condiciones deposite al bebé para su cuidado en el personal que apoya la atención del parto (pediatra, enfermera).

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

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

### **Realización de episiotomía solo si es imprescindible**

La episiotomía no se debe realizar como procedimiento de rutina.

Si se estima que los factores que predisponen a desgarros son insuperables, se debe efectuar infiltración perineal con anestesia local antes de iniciado el desprendimiento, para posteriormente realizar una episiotomía.

**La episiotomía debe considerarse sólo en los casos de:** Parto vaginal complicado: nulíparas con periné resistente, parto de nalgas, distocia de hombro, parto con fórceps, extracción por vacío (vacuum) o ventosa obstétrica, cicatrizaciones de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados, sufrimiento fetal.

Revise los principios generales de atención y aplique una solución antiséptica al área perineal.

Brinde apoyo emocional y aliento.

Use infiltración local con Lidocaína al 2%, pero antes asegúrese que no haya alergia conocida a la Lidocaína o a medicamentos relacionados.

### Técnica de aplicación de Lidocaína al 2%

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

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

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

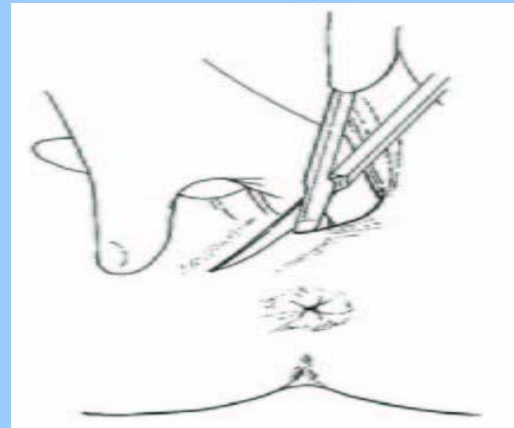
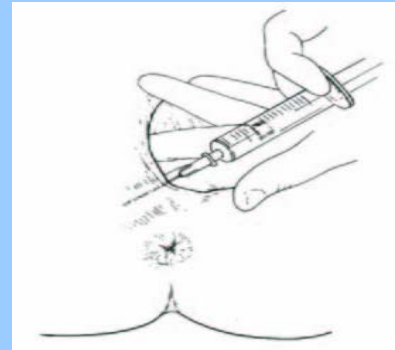
Coloque tempranamente el anestésico para permitir que tenga tiempo suficiente de producir efecto.

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

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

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

Use las tijeras de Lister o Mayo recta para cortar el perineo cerca de 3-4 cms en dirección mediolateral (Ver Figura 9).



**Figura 9: Uso de Tijeras en Corte de Periné**

### Complicaciones del Segundo Período

- Fase expulsiva prolongada.
- Complicaciones de la Episiotomía:
  - Hematoma, abra y drene. Si no hay signos de infección y se ha detenido el sangrado, vuelva a cerrar la episiotomía.
  - Si hay signos de infección, abra y drene la herida. Retire las suturas infectadas y debride la herida.
  - Si la infección es leve, no se requiere antibióticos.
  - Si la infección es severa pero no involucra los tejidos profundos, referir para valoración.
  - Si la infección es profunda, involucra los músculos y está causando necrosis referir URGENTEMENTE para valoración e inicie administración de doble antibioticoterapia:

- Dosis inicial o de carga: Ampicilina 4 gr. IV, o Penicilina Cristalina 4 millones unidades internacionales IV y refiera a la unidad de mayor resolución.
  - La Dosis de mantenimiento para estos casos será: Ampicilina 2 gm IV, cada 4 o 6 horas o Penicilina Cristalina 2 millones de unidades internacionales cada 4 o 6 horas.
  - Agregar a cada una de las opciones: Gentamicina 80 mg IV, cada 12 horas ó 160 mg IV, diaria (si existen problemas renales o peso menor de 60 kg, administrar 1.5 mg por Kg de peso cada 12 horas<sup>25</sup>
- En el caso de desgarros de segundo grado o prolongación de la episiotomía referir.
  - Hemorragia. Canalice con bránula No.16 o de mayor calibre, establezca hemodinámicamente con Solución Salina Normal al 0.9% o Ringer y valore traslado a unidad de salud de mayor resolución.

### **9.2.3. Evaluación del tercer periodo del trabajo de parto: Expulsión de placenta y membranas**

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

#### **Signos:**

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

#### **Cuidados materno-fetales**

- Vigilar cara y signos vitales de la parturienta.
- Vigilar la pérdida sanguínea.
- Actuar para recibir la salida de la placenta, retorcerla sobre su eje o sostenerla en las manos al mismo tiempo que se trata de elevar el útero sobre el pubis (alumbramiento natural).

- Vigilar constitución de **globo de seguridad de Pinard** que es el signo de garantía de **hemostasia perfecta**.
- Realizar cuidadosa revisión de placenta y membranas, de éstas últimas caracterizar su integridad en extensión y espesor.
- **NO ABANDONAR A LA PARTURIENTA HASTA TRANSCURRIDO UN PLAZO DE 2 HORAS.**

### **Manejo Activo: Tercer Período del parto**

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

En el manejo activo se incluye:

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

### **Administración inmediata de 10 UI de Oxitocina IM.**

- Dentro del minuto después del nacimiento del bebé, palpe al abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés.
- Aplicación de 10 UI de Oxitocina IM, inmediatamente después del nacimiento del bebé (en el primer minuto), pero antes del nacimiento de la placenta, aún cuando se ha utilizado Oxitocina para inducto-conducción.
- Para este fin, al preparar el equipo de atención de partos, debe servirse también una jeringa descartable cargada con las 10 UI de Oxitocina. El sitio de aplicación puede ser en el brazo (músculo deltoides), si hubiese otro recurso de salud que lo esté apoyando, o con mayor frecuencia en el muslo (particularmente cuando se encuentra atendiendo el parto solo/a).
- La Oxitocina se prefiere porque produce efecto 2-3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y se puede usar en todas las mujeres. Si no se dispone de Oxitocina, administre Ergometrina 0.2 Mg. IM o Prostaglandinas. Antes de administrar estos medicamentos asegúrese de que no exista ningún otro bebé.
- **No administrar** Ergometrina a mujeres con preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.

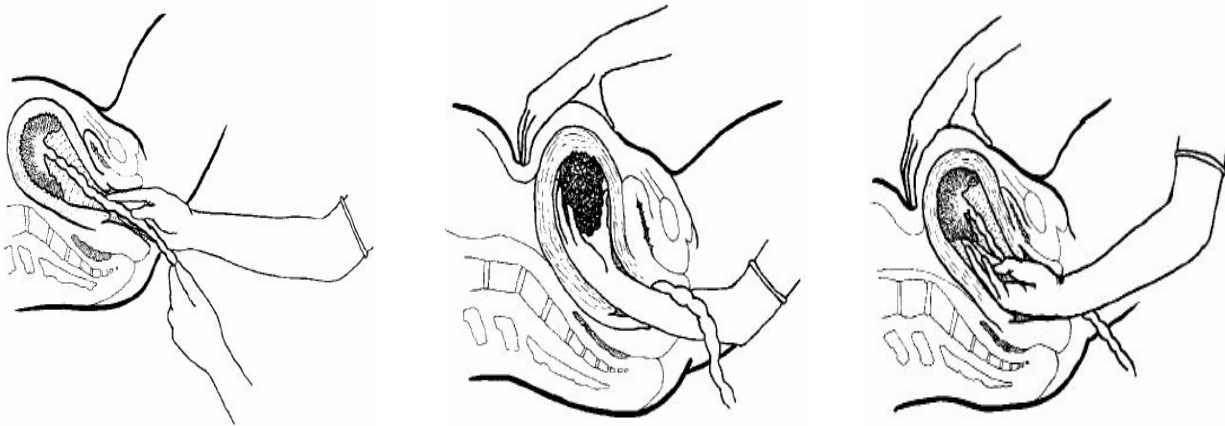
### **Tensión controlada y suave del cordón umbilical durante la contracción uterina.**

- Se realiza durante la contracción y después de haber observado los signos de desprendimiento. Si se efectúa sin contracción puede provocarse una eversión uterina.
- Pinze el cordón umbilical cerca del perineo, usando una pinza Forester (de ojo). Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.
- Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, estabilice el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical, determine si al hacer tensión del cordón se transmite movimiento al cuerpo uterino, si éste no se moviliza significa que la placenta se ha desprendido y se puede continuar la tensión controlada del cordón. Si hay contracción uterina, mantenga firme el útero y ejerza contracción, mientras se efectúa la tensión leve del cordón umbilical. Esto ayuda a prevenir la inversión uterina.
- Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2-3 minutos). Cuando el útero se redondee o el cordón se alargue (signo de desprendimiento placentario), hale del cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta, ocurre pequeño sangrado transvaginal y hay contracción uterina. Con la otra mano, continúe ejerciendo contracción sobre el útero.
- Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón umbilical (es decir, si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón y efectúe lo siguiente:
  - Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente. Si es necesario, utilice una pinza de ojo para pinzar el cordón más cerca del perineo a medida que se alargue.
  - Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contracción.
  - Nunca aplique tracción al cordón umbilical (halón) sin aplicar la contracción (pujo) por encima del pubis con la otra mano.
- Al ser expulsada la placenta, las membranas delgadas pueden desgarrarse. Sostenga la placenta con las dos manos y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas queden retorcidas (Maniobra de Dublín).
- Hale lentamente para completar la extracción.
- Si las membranas se desgarran, examine con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino provisto de guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel y utilice una pinza de ojo para retirar cualquier trozo de membrana retenido.
- Examine cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra. Primero revise la cara fetal y luego, invirtiéndola, examine la cara materna colocándola sobre una superficie plana, asegúrese que no le falte un cotiledón. Observe las membranas desde el sitio de rotura, tratando de reconstruir la bolsa

amniótica. Si falta una porción de la superficie materna o hay desgarro de membranas vascularizadas, sospeche retención de fragmentos placentarios.

- Si se produce una inversión uterina, coloque el útero nuevamente en su posición.
- Si se ha arrancado el cordón umbilical, pudiese ser necesaria la remoción manual de la placenta con la realización inmediata de masaje uterino. ES UN ACTO DE EMERGENCIA a fin de EVITAR MUERTE MATERNA POR HEMORRAGIA (Ver Anexo 12 de Protocolo de Atención de Emergencias Obstétricas).

**Figura 11. Remoción manual de la placenta**



### **Remoción manual de la placenta**

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

### **Masaje uterino**

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

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

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

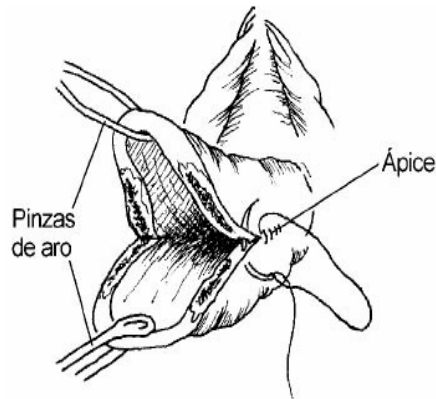
### **Revisión del canal del parto**

- Realice examen sistemático sin excepción del canal del parto, provisto de guantes estériles y utilice una pinza Forester para retirar cualquier trozo de membrana retenida.
- Segmento uterino inferior.
- Cérvix: Con pinzas de Forester en toda su extensión.
- Vagina: Paredes anterior, posterior y laterales derecha e izquierda.
- Genitales externos: Vulva y Periné.



- Examine cuidadosamente y repare cualquier desgarro **antes** de realizar la episiorrafia. (Ver anexo No 15 de las complicaciones obstétricas) (Ver Figura 12).

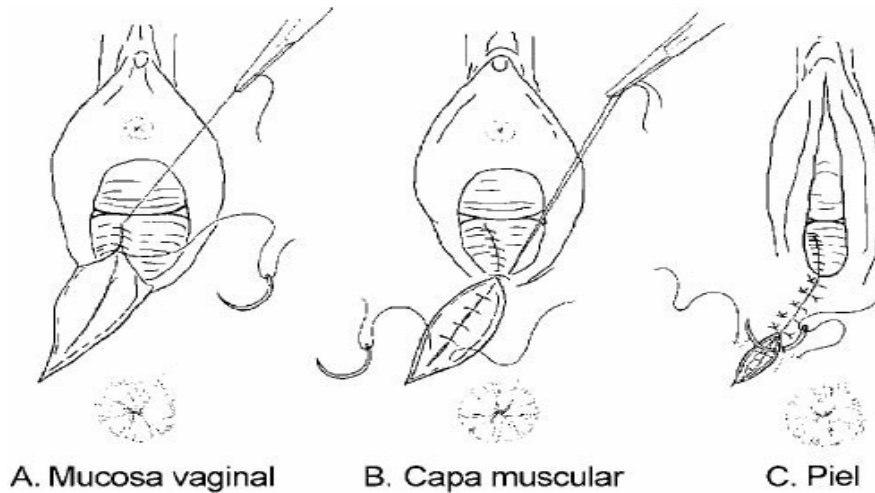
**Figura 13 Reparación de Desgarro Cervical**



#### **Reparación de la episiotomía:**

- Es importante que se usen suturas absorbibles para el cierre. Las suturas de poliglicol (Vicryl) son preferibles a las de Catgut cromado debido a su fuerza de tensión, sus propiedades no alergénicas, su baja probabilidad de complicaciones infecciosas y dehiscencia de la episiotomía. El Catgut cromado es una alternativa aceptable, pero no es lo ideal.
- Aplique una solución antiséptica al área alrededor de la episiotomía.
- Si la episiotomía se extiende a través del esfínter anal o la mucosa rectal, maneje de igual manera que los desgarros de tercer o cuarto grado, respectivamente. Cierre la mucosa vaginal con una sutura continua 2-0.
- Comience la reparación cerca de 1 cm. por encima del ángulo (parte superior) de la episiotomía. Continúe la sutura hasta el nivel de la abertura vaginal.
- En la abertura de la vagina, junte los bordes cortados de la abertura vaginal. Lleve la aguja por debajo de la abertura vaginal y hágala pasar a través de la incisión y anude.
- Cierre el músculo perineal utilizando suturas interrumpidas con hilo Catgut 2-0 (o subcuticulares). (Ver Figura 10).
- Cierre la piel.

**Figura 14 Episiorrafia por planos**



Mientras realiza la episiorrafia brinde consejería acerca de:

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

9.3. Control y seguimiento inmediato (dos horas post parto):

Finalizada el alumbramiento dirigido y atención inmediata del recién nacido/a, y antes de reparar la episiotomía se debe:

- Tomar los Signos vitales de la madre cada 30 minutos.
- Vigilancia del sangrado cada 30 minutos. En las dos primeras horas postparto y luego por turno.
- Registro de los datos de la atención en el expediente. Llenando las casillas del puerperio y egreso materno.
- Evalúe el aspecto general: color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas.
- Asegurarse que hay buena involución uterina o sensibilidad uterina así como la presencia del globo de seguridad de Pinard.

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

- Brinde consejería sobre: Abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado apego precoz, deambulación temprana, higiene personal y genital, curación de episiotomía si existiera.
- Suplemento de vitamina A, hierro y ácido fólico y multivitaminas.
- Exámenes de control: hematocrito, y examen general de orina.
- Detección precoz de signos de alarma.

#### **9.4. Criterios de alta médica de labor y parto:**

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

## **10. BIBLIOGRAFÍA**

1. Republica de Nicaragua. Ministerio de Salud. Segundo Nivel de atención.
2. Guía para el abordaje de las Emergencias Obstétricas. UNICEF. 2004.
3. Matthews Mathai. Rasad Sanghvi. Richard J. Guidotti. Integrated Management of pregnancy and Childbirth. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para Obstetrices y Médicos. OMS. FNUAP. UNICEF. Banco Mundial.2002.
4. Contusalud. com /Embarazo: 12/07/ 2005.
5. Ricardo L. Schwarcz. Carlos a. Diverges. A. Gonzalo Díaz Ricardo H. Fescina. Obstetricia. Cuarta Edición. Librería, Editorial e Inmobiliaria, Florida 340. Buenos Aires, Argentina, 2003.
6. Ministerio de salud. Republica de Nicaragua. Dirección de Regulación. Guía Metodologica para la elaboración de Protocolos. Managua, Nicaragua, Junio 2005.
7. Normas Nacionales para el embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo. República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Dirección del I Nivel de atención. 2005.
8. Plan Nacional de Salud, 2004- 2015. República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Septiembre 2004.
9. Ministerio de Salud de Nicaragua. Análisis de la situación de Salud 1997-2002.
10. Salud materna e infantil en Nicaragua. Avances y desafíos 2005. Día mundial de la Salud 2005. República de Nicaragua. Ministerio de Salud. OPS. OMS. UNFPA. UNICEF.
11. Derek Llewellyn Jones. Ginecología y obstetricia. Séptima Edición. Impresiones Harcourt. Madrid. 2000.
12. Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas.

## **11. ANEXOS**

## Anexo 1. Uso del partograma

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

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

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

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

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

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

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

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

### Actividad Uterina

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

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

### Dilatación Cervical

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





**POSICIÓN:** VERT. HORIZONTAL

**PARIDAD:** TODAS MULTIPARAS NULLIPARAS

**MÓVUL:** INTE-GRAS INTE-GRAS ROTAS INTE-GRAS ROTAS

**VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA LÍNEA DE ALERTA (Antes) p 10**

0:15	0:15	0:05	0:30	0:20
0:25	0:25	0:10	0:35	0:35
0:35	0:40	0:25	0:40	0:50
1:00	0:55	0:35	1:00	1:05
1:15	1:25	1:00	1:30	1:25
2:10	2:30	2:30	3:15	2:30

LÍNEA DE BASE DESDE LA QUE SE CALCULA EL TIEMPO PARA UBICAR EL PUNTO A LOS 6cm

**PLANOS DE HODGE Y VARIACIÓN DE POSICIÓN**

PR. VENTRA CESPICADA FETAL ☒ 0

RELACIÓN CERVICAL ☐ 0

RECURRENCIA CONTRACCIONES ☐ 0

SATUR. ESPONTÁNEO UTERO ☐ (mm)

ROTURA ARTIFICIAL MEMB ☐ (mm)

**INTENSIDAD CONTRACCIONES Y DOLOR**

Fuente ☐ ++

Normal ☐ +

Débil ☐ -

**OBSERVACIONES**

Hidratación ☐ H

Opi ☐ 2

Opi ☐ 3

Opi ☐ 4

Opi ☐ 5

**DOLOR**

Lacta ☐ 2

Suprapúbica ☐ SP

Sacro ☐ S

**POSICIÓN MATERNA**

Lat. derecho ☐ D

Lat. izquierdo ☐ I

Prone ☐ P

Sem. sentada ☐ SS

Deitada ☐ D

Paralela ☐ P

Caminando ☐ PC

**DIAGNÓSTICO**

DIA MES AÑO

**HORAS DE TRABAJO DE PARTO**

**HORA REAL**

**PARTOGRAMA - CLAP - OPS/OMS**

NOMBRE Y APELLIDO: 17-10

Nº DE HISTORIA CLÍNICA

**DILATACIÓN CERVICAL (cm)**

**FRECUENCIA CONTRACCIONES (en 10 min)**

**FRECUENCIA CARDÍACA FETAL (lat/min)**

**PLANOS DE HODGE**

**DIAGNÓSTICO**

**CLAP OPS/OMS**

**TENSION ARTERIAL**

**PULSO**

**POSICIÓN MATERNA**

**INTENSIDAD CONTRACCIONES**

**DURACIÓN CONTRACCIONES**

**DOLOR**

**OBSERVACIONES**

**CLAP OPS/OMS**

**CLAP OPS/OMS**

c: A las 12:05 se encuentra paciente con hipoactividad uterina (2 contracciones uterinas en 10 min de 20 seg de duración y de poca intensidad), secundaria a falta de ingesta y deshidratación, por lo que se decide hidratarla con Sol. de lactato Ringer y permitirle la ingesta de jugos azucarados. Se descarta una desproporción cefalopélvica y se decide conducirla con Oxitocina, 2.5 uds en 500 ml de DW5% (ó SSN) a 2.5 mil unidades por minuto (10 gotas por min). A las 13 horas como resultado de una inadecuada vigilancia de la infusión de oxitocina, pues accidentalmente se abrió la llave del suero provocando hiperactividad uterina y parto precipitado, lo que produjo lesiones a la madre y el feto.

## **Anexo Nº 2**

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

#### **Relacionadas con el servicio y proveedor/a**

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

#### **Relacionados con la parturienta**

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

### ANEXO 3.

#### Evalúe el estado del feto

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

#### Si hay rotura de membranas

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

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

**Si la mujer está muy afectada por el dolor**

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

## **Anexo Nº 5.**

### **Maniobras para el control del sangrado uterino**

#### **A- Compresión bimanual del útero**

##### ***Preparación del personal***

- Deben intervenir un mínimo de dos personas, por lo menos una de ellas capacitada en la técnica.
- El personal de apoyo constantemente estará conversando con la paciente, vigilando sus funciones vitales y reacciones.
- Antes del procedimiento se debe revisar que todos los materiales se encuentren disponibles, y seguir las medidas de bioseguridad correspondientes a todo acto quirúrgico.

##### ***Actividades previas***

- Insumos para colocar vía intravenosa.
- Guantes estériles.
- Lubricante y antiséptico local.
- Ropa de atención del parto.
- Jabón y agua.

##### ***Precauciones***

- Durante este procedimiento proteja su piel de salpicaduras de sangre.
- Use una bata con mangas largas.
- Sobre ésta póngase los guantes estériles, cubriendo los puños de su ropa.

##### ***Procedimiento inicial***

- Observe si hay signos de shock.
- Mientras hace la preparación, pida a su asistente que haga un masaje uterino externo o compresión bimanual externa o que sostenga el útero.
- Coloque una vía segura y pasar solución salina o Ringer a chorro (esto ayudará a prevenir el shock).
- Introduzca una mano en la vagina y forme un puño.
- Coloque el puño en el fondo del saco anterior y aplique presión contra la pared anterior del útero.
- Con la otra mano presione profundamente en el abdomen por detrás del útero aplicando presión contra la pared posterior del útero.
- Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado y la contracción del útero.
- Compresión bimanual del útero.

#### **B- Compresión de la aorta abdominal**

Otra alternativa consiste en comprimir la aorta:

- Aplique presión hacia abajo con un puño cerrado sobre la aorta abdominal directamente a través de la pared abdominal.
- El punto a comprimir queda por encima del ombligo y ligeramente a la izquierda.
- Las pulsaciones aórticas pueden sentirse fácilmente a través de la pared abdominal anterior en el período del post parto inmediato.
- Con la otra mano, palpe el pulso femoral para verificar que la compresión sea adecuada.
- Si el pulso es palpable durante la compresión, la presión ejercida por el puño es inadecuada.
- Si el pulso femoral no es palpable, la presión ejercida es adecuada.
- Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado.
- Si el sangrado continua, a pesar de la compresión, practique laparotomía exploradora. y realice la ligadura de las arterias uterinas y uteroovárica.
- Compresión de la aorta abdominal y palpación del pulso femoral.

# **PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO**



## **1. INTRODUCCIÓN**

En América Latina y el Caribe la mortalidad neonatal representa el 60% de las muertes de la niñez menor de un año y el 36% de la mortalidad de los menores de cinco años.

En Nicaragua, las tasas de mortalidad del menor de cinco años han venido descendiendo progresivamente en los últimos años, a expensas principalmente de la mortalidad infantil. De estas muertes infantiles, el 71% son muertes neonatales. Desde 1998 hasta la fecha, las tasas de mortalidad neonatal permanecen casi inalteradas, siendo de 20 x 1000 nacidos vivos en el 98 y a de 17 x 1000 nacidos vivos en el 2007. En América Latina y el Caribe.

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

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

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

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

Para mejorar las condiciones de salud de la mujer y del niño, es necesario contar con el equipamiento adecuado y que el personal de salud aplique las normativas y protocolos establecidos a fin de poder cumplir con los compromisos adquiridos a nivel internacional.

Los protocolos tienen como propósito reducir las desviaciones no deseadas en la entrega de los servicios y representan los niveles óptimos de salud que se espera como resultado de los servicios que el sistema proporciona. Los protocolos son procedimientos escritos que guían las acciones del personal profesional y técnico para garantizar la seguridad de los usuarios en el abordaje de una condición clínica.

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

## **2. OBJETIVO**

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

## **3. POBLACIÓN DIANA**

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

## **4. ACTIVIDADES A REALIZAR**

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

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

## **5. DEFINICIÓN**

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

## **6. ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO**

### **Introducción**

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

### **6.1. PREPARACIÓN**

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

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

## 6.2. PROCESO DE ATENCIÓN

### 6.2.1. EVALUACIÓN RÁPIDA

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

- ¿Es de término?
- ¿El líquido amniótico es claro?
- ¿Está respirando o llorando?
- ¿Tiene buen tono muscular?

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

1. Colocarlo de costado o boca arriba sobre el abdomen materno
2. Retirar de boca y nariz las secreciones o el líquido amniótico claro con una gasa o toalla limpia y se aspira sólo si es necesario.

3. Secarlo con sabanita limpia y previamente calentada, durante 5 min en fuente de calor. Cambiar la sábana mojada.
4. Dejar al RN sobre el tórax de la madre en contacto piel-piel para realizar el apego precoz y lactancia materna.
5. Se cubre con la misma sábana seca de la madre.

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

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

Inmediatamente después **se evalúa la tríada: Respiración, Frecuencia Cardíaca (FC) y Color.**

Si hay **respiraciones espontáneas, Evaluar FC, si la FC es > 100 lpm**, se pasa a evaluar **el Color**. Si el color es rosado o con acrocianosis se procede a evaluar el Apgar al 1er minuto (ver valoración de APGAR) y continuar los cuidados de rutina.

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

### 6.2.2. MANEJO DEL CORDÓN UMBILICAL

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

Ligar **el cordón umbilical** con cinta reata o clamp umbilical a 2-3 cm de la base, se corta con tijera o bisturí estéril, 1 cm por arriba de la ligadura y se le hace un doble nudo, ½ cm arriba del anterior.

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

El pinzamiento tardío del cordón umbilical disminuye el riesgo de anemia en el lactante.

**El cordón se limpia con agua estéril y jabón antiséptico. Las evidencias recientes no sustentan las aplicaciones de alcohol, ya que se retarda su desprendimiento. Se debe dejar al descubierto, para que se seque al aire libre.** Usualmente el cordón se desprende del abdomen entre los 6 y 14 días después del nacimiento.

### 6.2.3. EXAMEN FÍSICO GENERAL DEL RECIÉN NACIDO

El objetivo de realizar un examen físico general, es valorar el estado general y detectar cualquier anomalía que en forma inmediata, pueda poner en peligro la vida del niño. Esta exploración incluye: evaluación de la respiración, de la FC, de la coloración, del

tono muscular, de la actividad y se verifica la permeabilidad anal con termómetro (en el mismo acto se toma la temperatura rectal).

Se hace una exploración ligera, que comprende:

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

#### 6.2.3.1. Atresia de coanas

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

#### 6.2.3.2. Atresia de Esófago

Solamente cuando exista sospecha de atresia de esófago (polihidramnios y/o excesiva salivación) se justifica comprobar la permeabilidad del esófago, pasando por nariz hacia estomago una sonda de alimentación Nº5. **Si no hay impedimento al pasar la sonda se descarta la atresia.** Si hay dudas, se puede intentar la visualización o palpación de la punta del catéter en la mitad izquierda del abdomen superior, detrás de la pared abdominal. Si esta palpación fuera negativa, la inyección de 10 ml de aire por la sonda, se podrá percibir por la mano puesta sobre el abdomen a nivel del estómago. Si esta maniobra fuera negativa, se debe confirmar atresia esofágica con un estudio

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

**En el RN normal: La frecuencia respiratoria (FR) es de 40-60 x minuto, la FC en reposo es 120-160 lpm, el color es rosado o con acrocianosis (cianosis distal)**

#### 6.2.4. PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD HEMORRÁGICA DEL NEONATO

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

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

#### 6.2.5. PROFILAXIS DE INFECCIÓN OCULAR.

Aplicar colirio o ungüento oftálmico de antibióticos tales como: tetraciclina al 1% (terramicina), solución de Iodo-povidona al 2.5%, o nitrato de plata al 1%(gotas). Se aplican en ambos ojos dentro de la primera hora del nacimiento, abriendo los párpados con los dedos y aplicando las gotas o ungüento en el ángulo interno del párpado inferior.

#### 6.2.6. IDENTIFICACIÓN.

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

#### 6.2.7. APEGO PRECOZ.

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

Entre más pronto sea el apego precoz, se logra una lactancia exitosa y mas duradera, mejora la adaptación del RN, disminuyen los problemas metabólicos (hipoglucemia, hipo calcemia) y acelera la involución uterina. Mediante la lactancia materna desde el primer día de vida es posible evitar el 16% de las muertes neonatales y hasta un 22% si la lactancia materna comienza durante la primera hora después del nacimiento.

En los nacidos por cesárea, con utilización anestesia regional, se puede y se debe iniciar el apego precoz, dentro de la primera hora de vida: **la lactancia debe iniciarse**

**de inmediato.** Con anestesia general, puede iniciarse en cuanto la madre se recupera de la anestesia.

### 6.2.8. EVITAR LA HIPO E HIPERTERMIA

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

### 6.2.9. EVALUANDO EL COLOR

La coloración normal del RN en las primeras horas, es rosada o con acrocianosis (cianosis distal). **Cualquier otro color, es anormal.**

La acrocianosis no traduce hipoxemia y no requiere O<sub>2</sub>; es solo una vasoconstricción periférica en respuesta al frío o a una circulación lenta, que se puede observar al inicio de su adaptación al medio extrauterino.

### 6.2.10. VALORACIÓN DEL APGAR

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

**Puntaje de Apgar**

Signos	Puntaje	Puntaje	Puntaje
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Respiración	Ausente	Irregular (llanto débil)	Regular (llanto fuerte)
Frecuencia Cardíaca	Ausente	< 100 lpm *	> 100 lpm
Color de piel y mucosas	Palidez o cianosis generalizada	Acrocianosis Cuerpo rosado	Rosado total
Tono muscular	Flacidez	Flexión moderada de extremidades	Flexión completa/ movimiento activo
Respuesta a estímulo del pie (irritabilidad refleja)	Sin respuesta	Algunos movimientos	Llanto vigoroso

\* Lpm: latidos por minuto.

### Interpretación del Puntaje del Apgar:

- 8-10 es normal.
- 4-7 depresión leve–moderada.
- 0- 3 depresión severa.

**No se debe utilizar el APGAR para decidir intervención en el recién nacido, su mayor utilidad es como pronóstico de función neurológica. PARA LA INTERVENCIÓN DEBEMOS UTILIZAR: ESFUERZO RESPIRATORIO, FRECUENCIA CARDIACA Y COLORACIÓN**

### 6.2.11. DETERMINACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL (EG).

Para calcularla se debe utilizar la fecha de última menstruación (FUM), si el dato brindado por la madre es confiable. Corroborar con métodos clínicos utilizando el test de Capurro o el de Ballard modificado (Ver Anexos:). Según la edad gestacional, lo podemos clasificar como: Pretérmino (< 37 semanas), a término (37 a 41 6/7 s.) y Postérmino ( $\geq$  42 semanas).

#### 6.2.11.1. Cálculo de edad gestacional por amenorrea, FUM:

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

#### 6.2.11.2. Edad gestacional mediante valoración de Capurro

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

Existen dos variantes de este método:

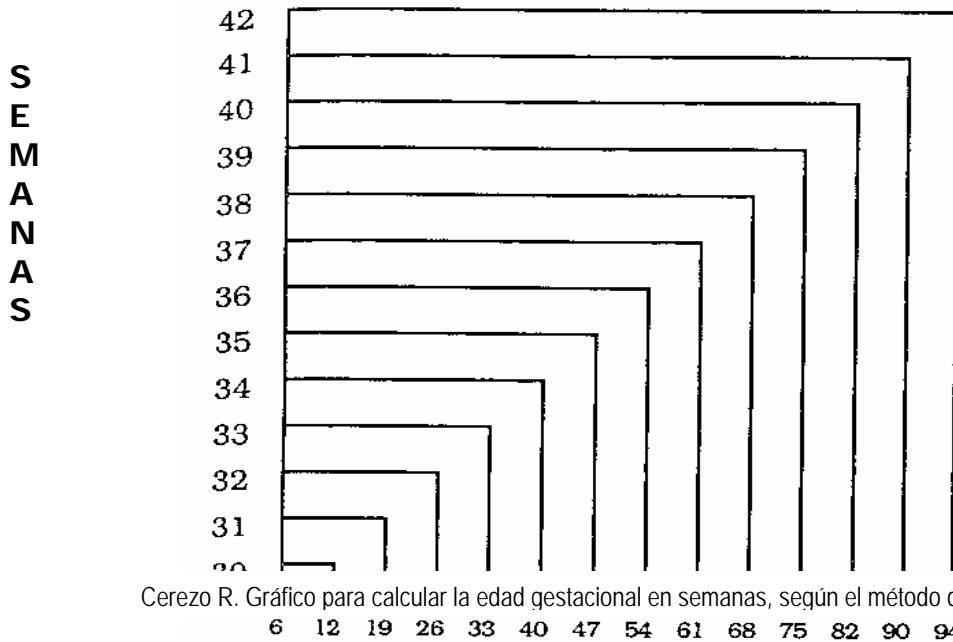
- ❖ **El Capurro A**, aplicable a todo RN que no haya sufrido agresión que afecte su respuesta neuromuscular (anestesia, trauma, infección, etc.) y consta de 4 parámetros somáticos y 2 neurológicos.
- ❖ **El Capurro B**: es aplicable a todo niño de 1500 g ó más que no se pueda explorar adecuadamente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

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

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

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





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

Puntaje de los 5 parámetros

### 6.2.11.3. Nuevo score de Ballard.

Puede valorar desde las 20-44 semanas de EG, de aplicación fácil, se puede utilizar en RN: < 28 semanas, RN en ventilador, y tiene una mayor exactitud. Preferible hacerse en las primeras 12 horas en < 28 semanas. Evalúa la madurez: Neuromuscular y Física.

**Madurez Neuromuscular:** con el avance de la EG, hay un reemplazo del tono extensor por el flexor con una progresión cefalocaudal.

**Postura:** observar al RN que este libremente, en posición supina (boca arriba).

**Angulo muñeca-antebrazo:** flexione la muñeca y mida el ángulo mínimo entre la superficie ventral del antebrazo y la palma de la mano.

**Regreso en flexión:** con el RN en posición supina, se sostiene el antebrazo sobre el brazo por 5 segundos, luego se extiende totalmente y se suelta. Nótese el tiempo que tarda en reasumir la posición flexionada y se mide el ángulo brazo-antebrazo.

**Angulo poplíteo:** flexione la cadera, con el muslo sobre el abdomen, entonces sin levantar la cadera de la superficie de la cama, se extiende la rodilla, todo lo posible, se mide el ángulo poplíteo (entre muslo-pierna).

**Signo de la bufanda:** Manteniendo la cabeza en la línea media, halar la mano, alrededor del cuello, como una bufanda, observando la posición del codo en relación de la línea media.

**Talón- oreja:** En posición supina, la pelvis en contacto con la superficie de la cuna, se halan los pies hacia la cabeza, permitiendo que la rodilla se coloque al lado del abdomen. Ver los cuadros del score. La madurez física, se explica con claridad en el cuadro.

### 6.2.12. HIGIENE CORPORAL.

La piel cabelluda se limpia cuidadosamente, así como el exceso de sangre, respetando el unto sebáceo, antes de ser presentado a la madre. En caso de estar cubiertos de sangre o meconio, se recomienda retirarlos, mediante algodón embebido en agua y eventualmente un jabón neutro, no antiséptico. En el caso de fetidez, amnionitis o sospecha de ella o materias fecales, se recomienda realizar higiene con jabón o un desinfectante de piel (clorhexidina 4%). Se deberá hacer una higiene cuidadosa de oídos, narinas, lugares de acumulación de sangre, unto y secreciones, que escapen a la limpieza habitual. El primer baño se deberá realizar después de haber confirmado que el recién nacido encuentra normo térmico ( $T^{\circ}$  corporal entre  $36,5-37^{\circ}$  C) y de preferencia después de las 24 horas de nacido.

### 6.2.13. SOMATOMETRIA

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

- RN con peso **adecuado** para su edad gestacional: cuando el peso se ubica entre los percentiles 10 y 90 para su edad gestacional.
- RN **pequeño** para la edad gestacional: peso y talla por debajo del percentil 10 para su edad gestacional.
- RN con **bajo peso** para la edad gestacional: peso por debajo y talla por encima del percentil 10.
- RN con **gran peso** para su edad gestacional: cuando el peso se ubica por encima del percentil 90 para su edad gestacional.
- RN **Excepcionalmente grande**: con peso al nacer  $> 4,500$  gramos ó más.

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

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

- PR-GEG: Pretérmino grande para la edad gestacional.  
PR-AEG: Pretérmino adecuado para la Edad gestacional.  
PR-PEG: Pretérmino pequeño para la edad gestacional.  
PR-BPEG: Pretermino bajo peso para la edad gestacional.  
T-GEG: A término grande para la edad gestacional.  
T-AEG: A término adecuado para la edad gestacional.  
T-PEG: A término pequeño para la edad gestacional.  
T- BPEG: A término bajo peso para la edad gestacional.

PT-GEG: Post-término grande para la edad gestacional.

PT-AEG: Pos-término adecuado para la edad gestacional.

PT-PEG: Pos-término pequeño para la edad gestacional.

PT-BPEG: Pos-término bajo peso para la edad gestacional

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

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

### **Brindar Cuidados de Rutina:**

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

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

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

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

## 7. BIBLIOGRAFIA

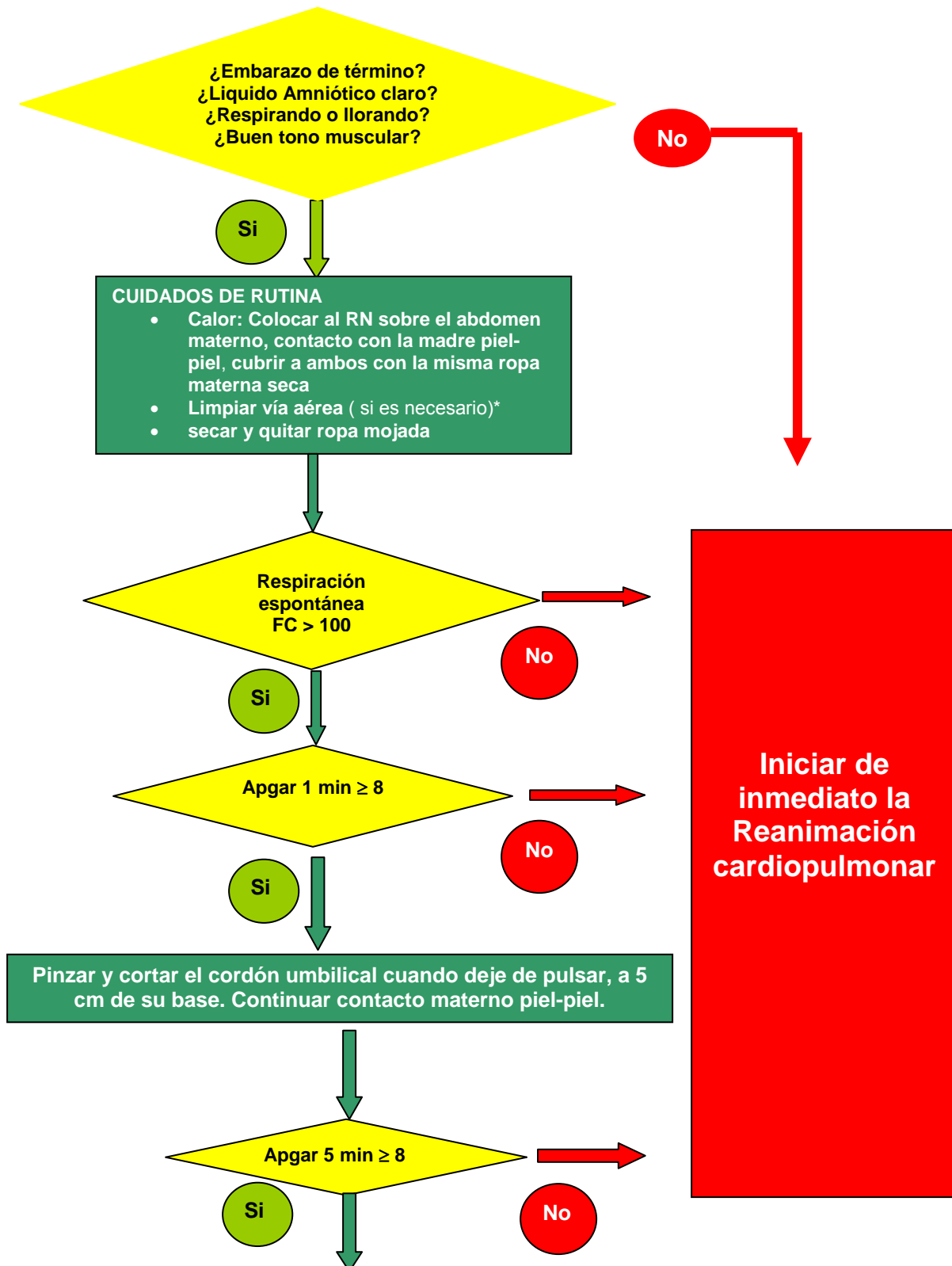
1. Grisaru D, Deutch V, Pick M, et al. Placing the newborn on the maternal abdomen after delivery increases the volume and CD34 cell content in the umbilical cord blood collected: an old maneuver with new applications. *Am J Obstet Gynecol* 1999 May; 180(5):1240-3.
2. Zupan J, Garner P, Omari AAA. Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2. Art. No.: CD001057. DOI: 10.1002/14651858.CD001057.pub2 The Cochrane Collaboration, currently published in *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008 Issue 1, Copyright © 2008 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley and Sons, Ltd. The full text of the review is available in *The Cochrane Library* (ISSN 1464-780X).
3. Gupta R, Ramji S. Effect of delayed cord clamping on iron stores in infant born to anemic mothers: a randomized controlled trial. *Indian Pediatr* 2002 Feb;39(2):130-5.(Medline).
4. (Puckett RM, Offringa M. Prophylactic vitamin K for Vitamin K deficiency bleeding in neonates. (Cochrane Review).In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update software.
5. Autret-Leca E, Jonville-Bera AP. Vitamin K in neonates: how to administer, When and to Whom. *Paediatr Drugs*, 3(1):1-8, 2001 (Medline).
6. Fear NT, Roman E, Ansell P, Simpson J, Day N, Eden OB. Vitamin K and childhood cancer: a report from the United Kindgom Childhood Cancer Study. *Br J Cancer* 2003. Oct 6;89(7):1228-31 (Medline).
7. Pruebas científicas de los 10 Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. OMS, Ginebra, 1998.
8. )Sutor AH. New aspects of vitamin K prophylaxis. *Semin Thromb Hemost* 2003 Aug; 29 (4): 373-6. (Medline).
9. Hansen KN, Minousis M, Ebbesen F. Weekly oral vitamin K prophylaxis in Denmark. *Acta Pediatr*. 2003 Jul; 92(7): 802-5 (Medline).
10. R von Kries, A Hachmeister and U Gobel. Oral mixed micellar vitamin K for prevention of late vitamin K deficiency bleeding. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal* edition 2003; 88: F109. (Medline).
11. Manual de pediatría del HARRIET LANE, Mc Graw Hill ,15a Ed: 403, 2002.
12. Issenberg SJ, Apt L, Wood M. A controlled trial of povidoneiodine as prophylaxis against ophtalmia neonatorum. *N Engl J Med* 1995. Mar2;332(9): 562-566 (Medline).
13. Bystrova K, Widstrom AM, Mattiesen AS. Et al. Skin to skin contact may reduce negative consequences "of the stress of being born: a stydy of temperature of newborn infants, subjected to different ward routines in St Petersburg. *Acta Pediatr*, 2003;92(3)(Medline).
14. Moster D, Lie R T,Markstad T. Joint association of Apgar scores and early neonatal symptoms with minor disabilities at school age. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal*. Edition 2003;86: F16 (Medline).
15. Moster D, Lie RT, Irgrens LM, Bjerkedal T, Markestad T. The association En el RN normal: La frecuencia respiratoria (FR) es de 40-60 x minuto, la FC en reposo es 120-160 lpm, el color es rosado total (generalizado) o con acrocianosis of Apgar score with subsequent death and cerebral palsy: A population-based study in term infants. *J Pediatr* 2001 Jun; 138(6):98-803. (Medline).

16. González Barberena C, Martínez Guillen F: Asfixia al Nacer. Abril-Agosto 1989. Neonatología HFVP, Managua.
17. Guía para el Cuidado del Neonato. Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua. Marzo 2007.
18. Karen M. Edmond, MMSc, FRCPCH, Charles Zandoh, MSc, Maria A. Quigley, SeebaAmenga-Etego, MSc, Seth Owusu-Agyei, PhD y Betty R. Kirkwood, MSc, FMedSci, "Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality" Pediatrics, 2006; 117; 380-386.
19. Patricia A. Janssen, Barbara L. Selwood, Simon R. Dobson, Donlim Peacock, and Paul N. Thiessen: To Dye or Not to Dye: A Randomized, Clinical Trial of a Triple Dye/Alcohol Regime Versus Dry Cord Care PEDIATRICS Vol. 111 No. 1 January 2003, pp. 15-20

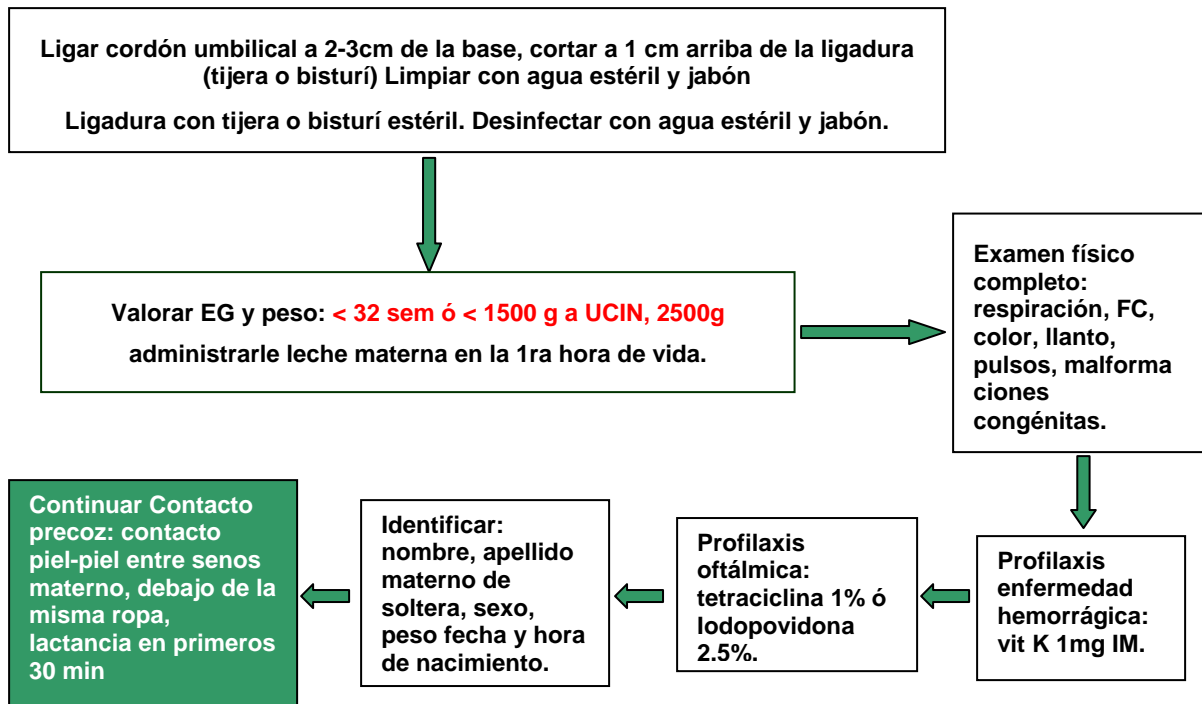
## **8. ANEXOS**

## Algoritmo de Atención Inmediata al Recién Nacido sin Asfixia

### NACIMIENTO







## **EQUIPO Y MEDICAMENTOS PARA REALIZAR LA ATENCIÓN NEONATAL INMEDIATA**

Para muchos niños/as la reanimación no puede ser anticipada por lo tanto, donde se atienden nacimientos debe mantenerse un medio ambiente limpio, cálido, con los medicamentos y equipamiento completo, a mano y en condiciones óptimas de funcionamiento.

El nacimiento de un recién nacido de bajo riesgo, debe estar inmediatamente disponible una persona capacitada para realizar una reanimación completa.

### **Equipo de succión:**

- Pera de goma.
- Succionador mecánico.
- Catéteres de succión 5,6,8,10 ó 12 French.

### **Equipo de Ventilación:**

- Oxígeno con flujómetro (tasa de flujo hasta 10 L/mint).
- Bolsa (ambú) y máscara de ventilación.
- Equipo de intubación: Laringoscopio con hojas rectas, No. 0 y 1, tubos traqueales 2, 5, 3, 0, y 4.0 mm de diámetro interno (ID).

### **Medicamentos:**

- Epinefrina 1:10,000 (0.1 mg/ml).
- Expansor de volumen: Cristaloides isotónicos (solución salina normal, acetato de ringer 100 o 250 ml).
- Bicarbonato de sodio al 4.2 % (5 meqv / 10 ml), ampollas de 10 ml.
- Hidrocloruro de naloxona 0.4 mg/ml, ampollas de 1 ml ó 1mg / ml ampollas de 2 ml.
- Solución salina normal: 30 ml.
- Dextrosa al 10 %: 250 ml.
- Vitamina K.
- Tetraciclina al 1% (terramicina), solución de Iodo-povidona al 2.5%, o nitrato de plata al 1 %(gotas).









## **Misceláneos**

- Equipo de cateterismo de vasos umbilicales.
- Guantes estériles.
- Bisturí o tijeras.
- Cinta Umbilical.
- Catéteres umbilicales.
- Llave de tres vías.
- Jeringas de 1,3,5,10,20,50 ml.
- Aguja calibre 25,21,18.
- Fuente de calor radiante.
- Superficie acojinada firme.
- Reloj.
- Sabanas calientes.
- Estetoscopio.
- Cintas de ½ ó ¾ pulgadas.
- Oxímetro.
- Monitor cardíaco y electrodos.

# CAPURRO "A"

FECHA:

HORA:

TEXTURA DE LA PIEL (T.P.)	DELATINOSA 0	FINA Y LISA 5	ALGO MAS GRUESA DESCAMACION SUPERFICIAL 10	GRUESA CON GRIETAS SUPERFICIALES DESCAMACION EN MANOS Y PIES 15	GRUESA APERGAMINADA CON GRIETAS PROFUNDAS 20
FORMA DE LA OREJA (F.O.)	APLANADA SIN FORMA INCURVACION ESCALA O NULA 0	INCURVACION DE UNA PARTE DEL BORDE DEL PABELLON 5	PABELLON PARCIALMENTE INCURVADO EN TODA LA PARTE SUPERIOR 15	PABELLON TOTALMENTE INCURVADO 20	
TAMANO DE LA GLANDULA MAMARIA (T.G.M.)	NO PALPABLE 0	PALPABLE MENOR DE 5 mm. DE DIAMETRO 5	DIAMETRO ENTRE 5 y 10 mm. 10	DIAMETRO MAYOR DE 10 mm. 15	
PLIEGUES PLANTARES (P.P.)	SIN PLIEGUES 0	PLIEGUES MAL DEFINIDOS SOBRE LA MITAD ANTERIOR 5	PLIEGUES BIEN DEFINIDOS SOBRE LA MITAD ANTERIOR Y SURCOS EN EL TERCIO ANTERIOR 10	SURCOS EN LA MITAD ANTERIOR DE LA PLANTA 15	SURCOS EN MAS DE LA MITAD ANTE- RIOR 20
MANIOBRA DE LA BUPANDA (M.B.)	 0	 5	 10	 15	
POSICION DE LA CABEZA (P.C.)	 0	 4	 8	 12	

- 1.- SI LA VALORACION RESULTA ENTRE DOS CIFRAS, TOME EL PROMEDIO
- 2.- AÑADASE A LA SUMA TOTAL 200 Y SE OBTIENE EN DIAS LA EDAD GESTACIONAL  
(FORMULA ES - 200 + TP + FO + TM + PP + MB + PC)
- 3.- RANGO DE 200 A 309 DIAS

RESULTADO     
Dias

MEDICO QUE VALORO NOMBRE

FIRMA

\*cuando hay meconio, sangre, secreciones espesas

## CAPURRO "B"

FECHA:







HORA:





TEXTURA DE LA PIEL (T. P.)	GELATINOSA <div>0</div>	FINA Y LISA <div>5</div>	ALGO MAS GRUESA: DISCRETA DESCAMACION SUPERFICIAL <div>10</div>	GRUESA CON GRIETAS SUPERFICIA- LES + DESCAMACION EN MANOS Y PIES <div>15</div>	GRUESA: APERGAMINADA CON GRIETAS PROFUNDAS <div>20</div>
FORMA DE LA OREJA (F. O.)	APLANADA SIN FORMA INCURVACION ESCALA O NULA <div>0</div>	INCURVACION DE UNA PARTE DEL BORDE DEL PABELLON <div>5</div>	PABELLON PARCIALMENTE INCURVADO EN TODA LA PARTE SUPERIOR <div>10</div>	PABELLON TOTALMENTE INCURVADO <div>15</div>	<div>20</div>
TAMAÑO DE LA GLANDULA MAMARIA	NO PALPABLE <div>0</div>	PALPABLE MENOR DE 5 mm. DE DIAMETRO <div>5</div>	DIAMETRO ENTRE 5 y 10 mm. <div>10</div>	DIAMETRO MAYOR DE 10 mm. <div>15</div>	<div>20</div>
PLIEGUES PLANTARES (P. P.)	SIN PLIEGUES <div>0</div>	PLIEGUES MAL DEFINIDOS SOBRE LA MITAD ANTERIOR <div>5</div>	PLIEGUES BIEN DEFINIDOS SOBRE LA MITAD ANTERIOR Y SURCOS EN EL TERCIO ANTERIOR <div>10</div>	SURCOS EN LA MITAD ANTERIOR DE LA PLANTA <div>15</div>	SURCOS EN MAS DE LA MITAD ANTE- RIOR <div>20</div>
FORMA DEL PEZON	PEZON APENAS VISIBLE. NO AREOLA <div>0</div>	PEZON BIEN DEFINIDO AREOLA LISA Y CHATA. DIAMETRO MENOR 7.5 mm <div>5</div>	PEZON BIEN DEFINIDO AREOLA PUNTEADA. BORDE LEVANTADO DIAMETRO MENOR 7.5 mm <div>10</div>	PEZON BIEN DEFINIDO AREOLA PUNTEADA. BORDE LEVANTADO DIAMETRO MAYOR 7.5 mm <div>15</div>	<div>20</div>

- 1.- SI LA VALORACION RESULTA ENTRE DOS CIFRAS TOMAR EL PROMEDIO.
- 2.- AÑADASE A LA SUMA TOTAL 208 Y SE OBTIENE EN DIAS LA EDAD GESTACIONAL
- 3.- RANGO ENTRE 208 Y 308 DIAS.

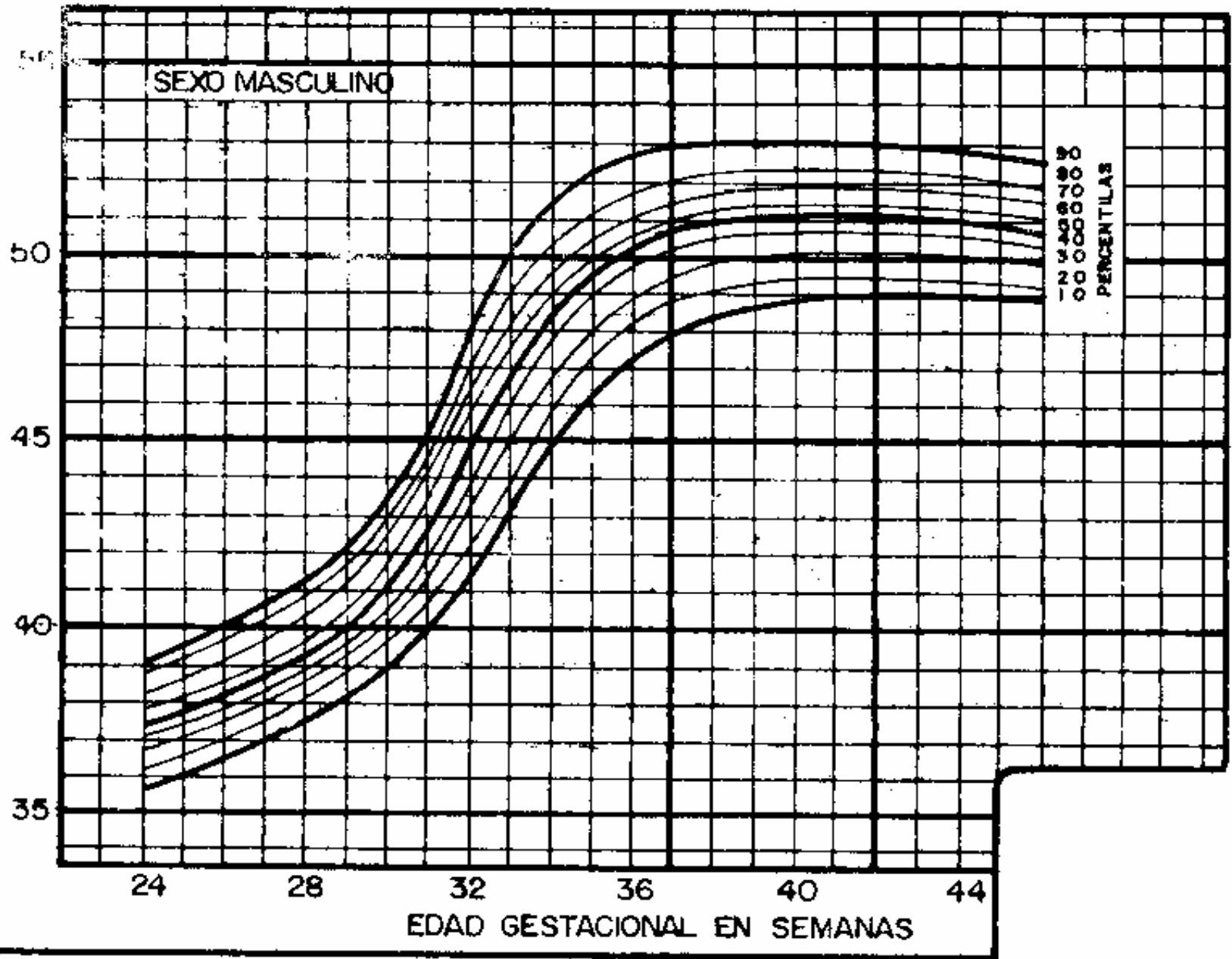
RESULTADO



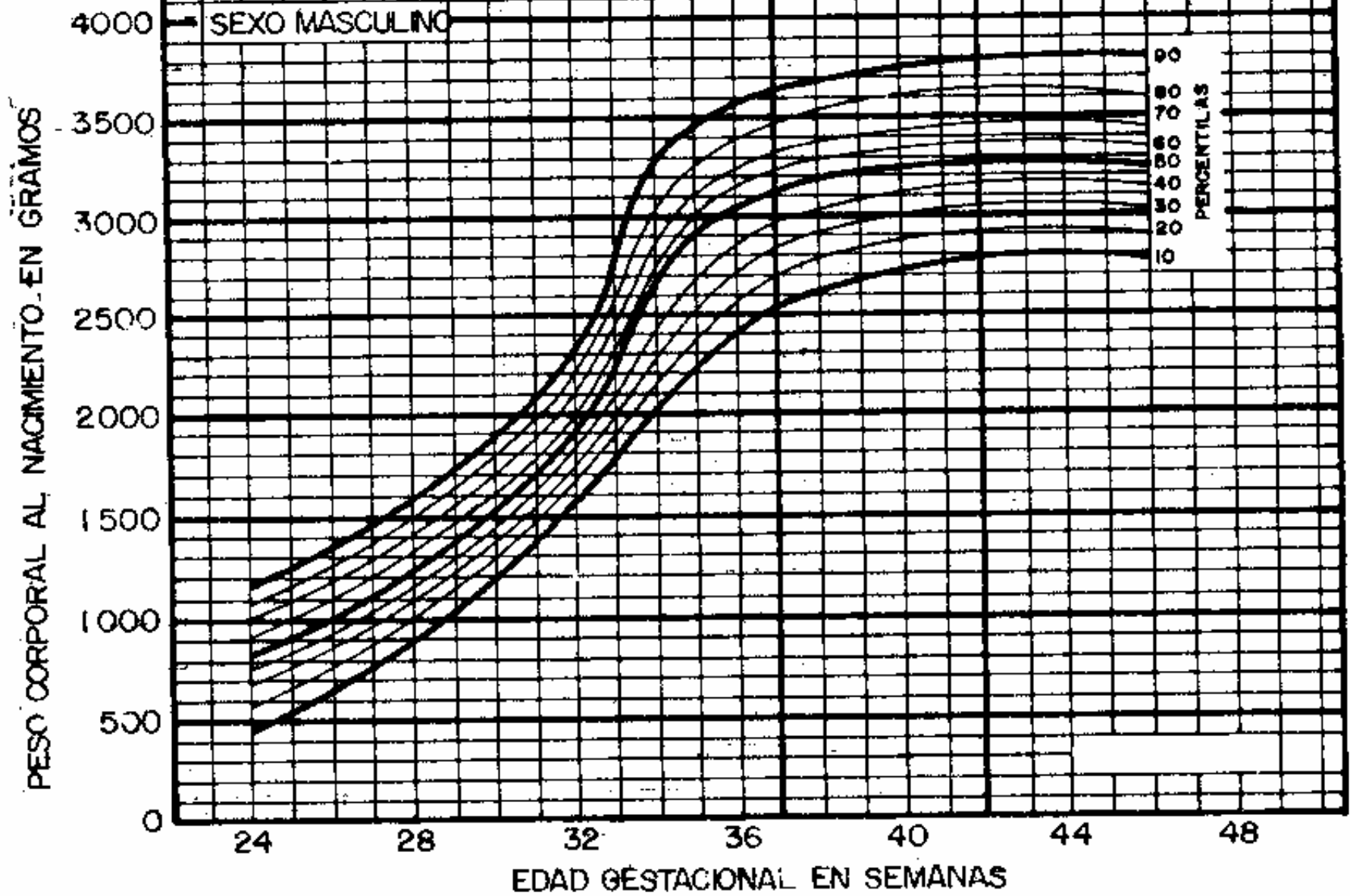
  
Días

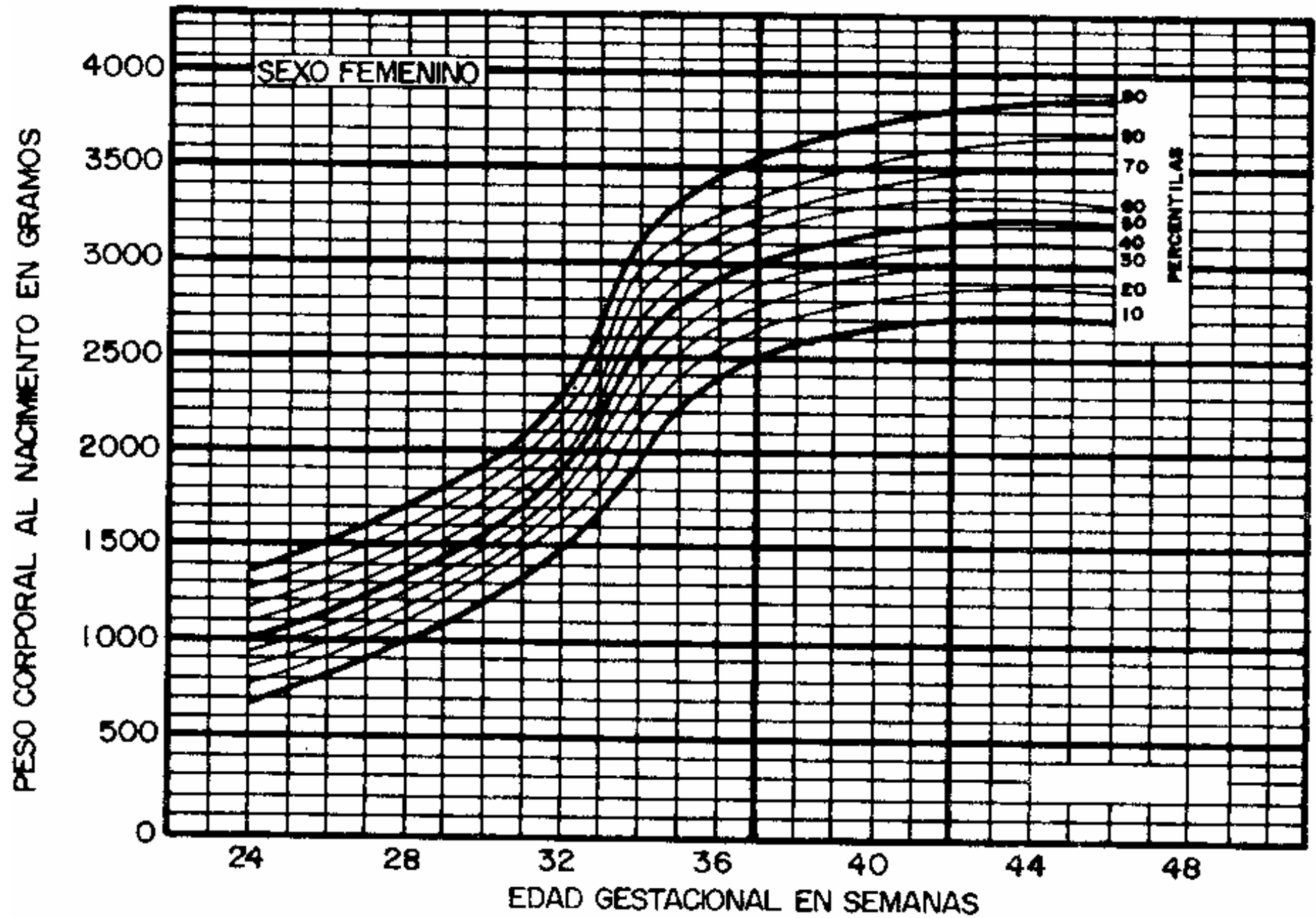
MEDICO QUE VALORO \_\_\_\_\_

LONGITUD CORPORAL AL NACIMIENTO EN CMS.

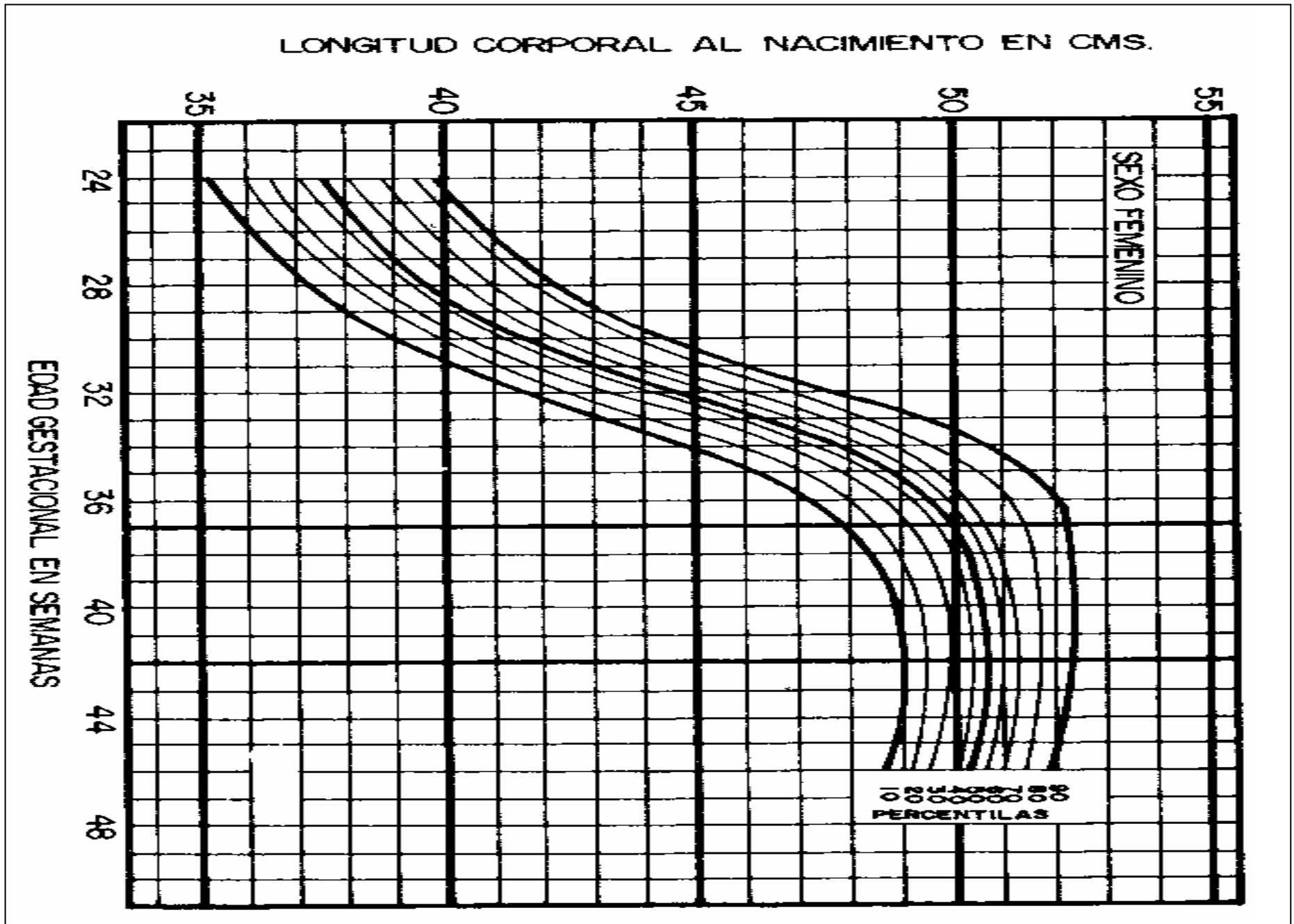





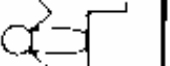




















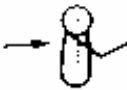
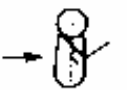


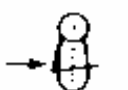






ESTUDIO DEL RECIEN NACIDO CURVAS DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO









Madurez Neuromuscular	-1	0	1	2	3	4	5
Postura							
Angulo muñeca-ante-brazo	 >90°	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°	
Regreso en flexión del brazo		 180°	 140°-180°	 110°-140°	 90°-110°	 < 90°	
Angulo popliteo	 180°	 160°	 140°	 120°	 100°	 90°	 < 90°
Signo de la bufanda							
Talón oreja							

Madurez Física	- 1	0	1	2	3	4	5
Piel	Viscosa transparente Friable	Gelatinosa, Roja y translúcida	Lisa, rosada Venas Visibles	Descamación Superficial y/o Rash. Pocas Venas	Grietas, Áreas pálidas, Venas raras	Apergaminada grietas profundas no vasos	Agrietada y Arrugada
Lanugo	Ningunos	Esparcidos	Abundante	Delgado	Áreas libres	Mayoría libre	
Superficie Plantar	talón-dedo del pie 40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	>50 mm No pliegues	Surcos rojos Tenues	Pliegues Transversos Anteriores	Pliegues en 2/3 anteriores	Pliegues en toda la planta	
Mamas	Imperceptible	Poco Perceptibles	Aplanada Sin areola	Areola inicial botón 1-2 mm	Incremento de areola Botón de 3-4mm	Areola Completa Botón 5-10mm	
Ojo / oreja	Párpados unidos Suavemente: -1 Firmemente: -2	Párpados abiertos pabellón plano se mantiene plegado	Pabellón poco curvado, suave, regreso lento	Pabellón bien incurvado, suave pero regreso instantáneo	Formado y Firme regreso instantáneo	Cartilago Grueso Oreja dura	
Genitales Masculinos	Escroto liso	Escroto vacío, arrugas tenues	Testículos en el canal superior arrugas raras	Testículos en descenso, pocas arrugas	Testículos descendidos abundantes arrugas	Testículos colgantes arrugas profundas	
Genitales Femeninos	Clítoris Prominente Labios planos	Clítoris prominente Labios menores pequeños	Clítoris Prominente agrandamiento de labios	Labios mayores y menores igual de prominentes	Labios mayores grandes y menores pequeños	Labios mayores cubren clítoris y labios menores	

## Grado De la Madurez

Score	Semanas
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

## **PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PUERPERIO FISIOLÓGICO**

## **1. INTRODUCCIÓN.**

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

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

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

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

## 2. OBJETIVO

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

## 3. POBLACIÓN DIANA

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

## 4. ACTIVIDADES A REALIZAR

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

## 5. DEFINICIÓN

Puerperio normal es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta casi regresarlas a su estado inicial. Sólo la glándula mamaria es la excepción pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad.

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

**Puerperio Fisiológico:** Cuando no se encuentran signos de peligro y su evolución es normal.

**Puerperio Patológico:** Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia con la consecuente anemia, pero cualquier enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa pueden provocar una evolución patológica del puerperio. Entre sus principales síntomas se encuentran el sangrado anormal, fetidez, fiebre o dolor en bajo vientre.

## 6. CLASIFICACIÓN

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

- Inmediato (primeras 24 horas).

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

Para efectos de registro del MINSA se utiliza lo de hoja de “Registro diario de consultas y Atención Integral” considerándose como puerperio las pacientes que acuden para control en los primeros 42 días después del parto; donde puerperio inmediato son primeras 24 horas; puerperio mediato del 2do al 7 día y tardío al periodo que sigue del 8 día hasta el 42 día, después del alumbramiento.

## 7. FACTORES DE RIESGO

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

### Causas de HEMORRAGIA

#### **Antenatales**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia.</li> <li>• Estado Nutricional deficitario.</li> <li>• Inmunosupresión.</li> <li>• Várices maternas.</li> <li>• Macrosomía.</li> <li>• Polihidramnios.</li> <li>• Síndrome Hipertensivo Gestacional.</li> <li>• Embarazo gemelar.</li> <li>• Miomatosis Uterina.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes de Coagulopatías (Púrpura Trombocitopénica) Ruptura Prematura de Membranas mayor de 6 horas (RPM), Inserción anormal de placenta.</li> <li>• Incumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia previo a la atención del parto y puerperio.</li> </ul> |
|---|--|

#### **Antes de la expulsión de la placenta:**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento en la frecuencia de tactos vaginales durante la atención del parto (más de cuatro).</li> <li>• Parto Prolongado.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retención de placenta.</li> <li>• Laceraciones del útero y canal del parto (desgarro o rotura uterina, desgarró cervical, desgarró vaginal y perineal).</li> </ul> |
|--|---|

#### **Después de la expulsión de la placenta:**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipotonía o atonía uterina.</li> <li>• Retención de restos placentarios o membranas.</li> <li>• Laceraciones del canal del parto.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coagulopatía materna.</li> <li>• Rotura uterina.</li> <li>• Inversión Uterina.</li> </ul> |
|---|--|

## Causas de SEPSIS

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Estados deficitarios maternos: Anemia, inmunosupresión, hemorragia.</li><li>• Aborto inducido en condiciones no seguras.</li><li>• Parto domiciliario.</li><li>• La rotura prematura de membranas.</li><li>• Múltiples tactos vaginales.</li><li>• Falta de cumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Parto patológico, los accidentes asociados a este evento y las intervenciones que se realizan para solucionarlos: Trabajo de parto prolongado, retención de restos placentarios, desgarros del canal del parto, extracción manual de la placenta.</li><li>• Infección de vías urinarias.</li></ul> |
|---|--|

## 8. DIAGNÓSTICO

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

### 8.1. PUERPERIO INMEDIATO

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

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

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

### 8.2. PUERPERIO PROPIAMENTE DICHO (2do al 10mo día)

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

#### Síntomas

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

#### Signos



En el examen físico general se puede observar que la puérpera tiene un aspecto tranquilo y su estado general es normal.

El pulso y la presión arterial son normales.

Disminuyen las pigmentaciones de la piel, cara, mamas son turgentes-duras-con red venosa visible, las estrías de abdomen pierden su color rojizo y se vuelven nacaradas.

La glándula mamaria incrementa su volumen y produce el calostro, la secreción láctea se produce alrededor del 3ro o 4to día.

Existe una asociación positiva entre el período de la lactancia y la amenorrea corta o larga de acuerdo con la duración de la alimentación al pecho. Se conoce que la mitad de las madres que lactan presentan amenorrea completa, un poco menos del 50% pueden menstruar y 3/5 partes tiene la probabilidad de quedar embarazadas durante la lactancia.

Las modificaciones locales se caracterizan por la existencia de una capa de fibrina y de células deciduales que recubren la cavidad uterina y que son eliminadas en forma de loquios los cuales son flujos líquidos, son sanguíneos después del parto, a partir del 3ro-4to día la sangre se mezcla con los exudados y son serosanguinolentos, después del 7mo día se convierten en serosos, su olor es a hipoclorito de sodio y no son fétidos, pueden durar hasta 15 días.

El útero tiene una ubicación abdominal; alrededor del 6to día está a la mitad de la distancia entre el ombligo y el borde superior del pubis, no es doloroso a la palpación. El cuello uterino recupera su consistencia y es casi normal al 3er día, el orificio interno se cierra alrededor del 12avo día y los genitales externos vuelven a su aspecto normal. La involución uterina se extiende hasta la aparición de la primera menstruación.

Los entuertos son contracciones uterinas dolorosas en el puerperio, generalmente se producen en el momento en que el-la niño-a se pega al pecho materno, son intermitentes y seguidos de una pequeña pérdida vaginal, son más frecuentes en las multiparas que en las primíparas, debido a la disminución del tono uterino en las primeras.

El ano puede presentar un rodete hemorroidal (sobre todo después de un expulsivo largo).

### **8.3. PUERPERIO ALEJADO (11vo a 45avo día)**

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

### **8.4. PUERPERIO TARDIO (45avo a 60avo día)**

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

## 9. MANEJO CLÍNICO

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

### 9.1. ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO (Primera 24 horas)

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

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

- **Aspecto general.** Color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas
- **Signos vitales**
- **Sangrado**
- **Loquios.** Después de 6 horas de la última toma, por turno y al alta.
- **Formación y persistencia del globo de seguridad de Pinard:** Palpación del útero a nivel o un poco por debajo del ombligo, con límites bien definidos, consistencia firme y elástica, que cambia a leñosa cuando vienen las contracciones. Si hay falta de contractilidad es útil colocar una bolsa de hielo en el hipogastrio luego de haber realizado estimulación de la contractilidad a través de masaje por palpación.

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

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

Canalice una vía intravenosa con 1,000 ml de solución salina normal.

Aplique dosis inicial de antibióticos (Penicilina Cristalina 2 millones UI IV más Gentamicina 160mg IV).

Aplique dosis de dT según esquema de vacunación.

Refiera de inmediato a especialista o a hospitalización.

### **Criterios de traslado de sala**

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

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

Características de loquios no mal olientes y no hemorrágicos.

### **Criterios de alta hospitalaria**

- No presencia de hemorragia.
- No presencia de infección puerperal.
- No fiebre.
- Signos vitales dentro de límites normales.

### **Recomendaciones a brindar antes del egreso hospitalario:**

- **Deambulación precoz.** Disminuye el riesgo de fenómenos tromboembólicos ya que activa la circulación de retorno, favorece la función intestinal y vesical, restablece la tonicidad de los músculos abdominales, favorece el derrame loquial.
- **Alimentación. Balanceada** en calorías, proteínas, fibras y líquidos abundantes para favorecer la evacuación intestinal y suplir las necesidades nutricionales tanto de las púérperas que lactan como la de las que no lo hacen.
- **Higiene personal.** Recomendar baño en ducha (regadera) y no en inmersión, lavado externo con agua y jabón de la región perineo-vulvar una vez al día y de arriba hacia abajo, no realizarse lavados ni duchas vaginales, no colocarse apósitos de algodón y cambiar la toalla sanitaria varias veces al día. La episiorrafia debe mantenerse limpia y seca.
- **Lactancia Materna.** Educar sobre la importancia de brindar lactancia materna exclusiva y el cuidados de las mamas, éste último se basa en la limpieza de areola y del pezón antes y después de alimentar al niño/a, evita las infecciones cuya puerta de entrada son las grietas que se forman por las lesiones que puede presentarse durante la succión.
- **Relaciones sexuales.** Se pueden iniciar cuando haya desaparecido el sangrado y las molestias perineales. El tiempo no debe ser estricto y no se puede generalizar, dependerá de cada pareja y de la conducta sexual que se haya desarrollado.
- **Las opciones de métodos de planificación familiar de manera informada.** El propósito de la anticoncepción posparto, transcesárea y posaborto es ampliar el intervalo intergenésico a por lo menos dos años, evitar el embarazo en adolescente que ha tenido un evento obstétrico, evitar el embarazo no deseado o no planificado, mejorar la calidad de vida, elevar su autoestima y autocuidado y disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Se debe impulsar la realización de

acciones de información, educación y comunicación en temas de planificación familiar tanto en domicilio, como en el primer y segundo nivel de atención.

- Importancia de llevar a su hijo-a a **vigilancia y control del crecimiento y desarrollo** y signos-síntomas de alarma o peligro del bebé. Entregar el documento del certificado de nacimiento del niño-a y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata.
- **Citas** para asistir a atención del puerperio nuevamente, vacunación del niño o niña y para la evaluación de la puérpera.

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

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

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

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

### Signos

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

### Conductas según situación

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

Referir a especialista si...

Referir a hospitalización si...

Brindar orientaciones similares a las de egreso hospitalario

Exámenes complementarios (solamente si se requieren):

- Biometría Hemática.
- Examen General de Orina.
- Cultivo cervical.
- Plaquetas.

Si se identifican alguna de las siguientes complicaciones realizar referencia a especialista o a hospitalización para su abordaje terapéutico. Si se cuenta con el

recurso con competencia que sea éste quien realice el abordaje, de lo contrario proceda a referir a hospitalización garantizando las condiciones básicas de la misma.

**Hematoma paragenital.** Ocurre cuando la hemostasia no es adecuada antes del cierre de la episiotomía, en ocasiones estos se infectan. La puerpera manifiesta sensación de cuerpo extraño y ardor en región vulvoperineal, a veces con dolor irradiado a muslo. Si son pequeños pueden reabsorberse, los grandes pueden abrirse al exterior por esfacelo de la pared y complica el pronóstico.

**Trombosis venosa profunda:** Es debida a estasis del embarazo y al estado hipercoagulable por efecto del estrógeno. Para evitar este problema es importante la deambulación temprana y el retraso del uso de píldoras anticonceptivos por vía oral hasta dos semanas o más reducen la frecuencia de esta complicación.

**Dehiscencia:** La dehiscencia por herida es la separación de las capas de una herida quirúrgica.

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

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

**Infección:** Si se trata de piel y fascia superficial, se utiliza un antibiótico de amplio espectro, si al cabo de de 48 horas no responde al tratamiento, abrir la episiorrafia y debridar.

**Mastitis:** Complicación que se caracteriza por fiebre, tumefacción, edema y enrojecimiento de las mamas y que además son sensibles y dolorosos, además hay fiebre y ganglios axilares. Aplicar antibióticos orales, realizar drenaje de la leche materna, se administra **Dicloxacilina 500 mg.** P.O. cada 6 horas por 7 días.

**Sepsis Puerperal:** Es una complicación de la infección del tracto genital después del parto o de un aborto, se caracteriza por presentar: dolor pelviano, fiebre igual o mayor a 38 grados centígrados por lo menos en una ocasión, taquicardia, secreción vaginal anormal purulenta, con mal olor o sangrado anormal, disminución del ritmo de involución uterina.<sup>2</sup>

Son indicaciones de abordaje quirúrgico:

- Desgarros del canal del parto.
- Sangrado anormal.
- Restos placentarios.
- Sepsis puerperal, previa impregnación con antibióticos.

### **9.3. ATENCIÓN DEL PUERPERIO ALEJADO (11vo a 45avo día)**

Se recomienda realizar una revisión ginecológica post-parto al finalizar la sexta semana. Es una consulta completa y detallada sobre la evolución de la lactancia, el estado del recién nacido y los cambios maternos, se aprovechará para visualizar el cuello y tomar citología vaginal si no se ha efectuado durante el embarazo, también se aprovecha para orientar a la pareja sobre planificación familiar.

### **9.4. ATENCIÓN DEL PUERPERIO TARDIO (45avo a 60avo día)**

La atención del puerperio tardío es igual a la atención del puerperio alejado, consiste en una revisión ginecológica post-parto al finalizar la décima primera semana. Es una consulta completa y detallada sobre la evolución de la lactancia, el estado del recién nacido y los cambios maternos, se aprovechará para visualizar el cuello y tomar citología vaginal si no se ha efectuado durante el embarazo o en los controles previos, también se aprovecha para orientar a la pareja sobre planificación familiar.

## **10. BIBLIOGRAFÍA**

1. Republica de Nicaragua. Ministerio de Salud. Segundo Nivel de atención.
2. Guía para el abordaje de las Emergencias Obstétricas. UNICEF. 2004.
3. Matthews Mathai. Rasad Sanghvi. Richard J. Guidotti. Integrated Management of pregnancy and Childbirth. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para Obstetrices y Médicos. OMS. FNUAP. UNICEF. Banco Mundial.2002.
4. Contusalud.com./Embarazo:introducción. 12/07/ 2005.
5. Ricardo L. Schwarcz. Et. Al. Obstetricia. Quinta Edición. Décima quinta reimpresión. Edición. Librería, Editorial e Inmobiliaria, Florida 340. Buenos Aires, Argentina, 2003.
6. Ministerio de salud. Republica de Nicaragua. Dirección de Regulación. Guía Metodológica para la elaboración de Protocolos. Managua, Nicaragua, Junio 2005.
7. Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2003. © 1993-2002 Microsoft Corporación. Reservados todos los derechos.
8. Normas Nacionales para la Atención Prenatal, Parto y Puerperio de bajo riesgo. República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Dirección del I Nivel de atención. Mayo 2006.
9. Derek Llewellyn- Jones. Ginecología y obstetricia. Séptima edición. Ediciones Harcourt, 2000.Madrid, España.
10. Profesor Dr. Miguel Margulies. Intervención para prevenir la muerte en mujeres con alto riesgo de muerte materna. 1995.
11. Mujeres del Oeste. Aborto. Artículos. Morón. Provincia de Buenos Aires Argentina. [mujoeste@lvd. Com.ar](mailto:mujoeste@lvd.com.ar).
12. República de Nicaragua. Política Nacional de Salud 2004-2015. Managua, mayo 2004.