# CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

# Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto



Costa Rica

**2008**

**Grupo Ejecutor:**

Dra. Ileana Quirós Rojas. Médica Salubrista. Área de Atención Integral a las Personas CCSS
Dra. Xenia Sancho Mora. Médica de Familia. Área de Atención Integral a las Personas CCSS
Dra. Sonia Chaves Quirós Pediatra. Área de Atención Integral a las Personas CCSS.
Dr. Roberth Moya Vásquez. Pediatra. Área de Atención Integral a las personas. CCSS.
Dra. Flory Vanessa Umaña Herrera. Médico General. Área de Atención Integral a las Personas. CCSS.
Lic. Ma. del Socorro Peralta Ramírez. Enfermera (o) obstetra. Departamento de Medicina Preventiva

**Grupo de Validación de la Guía:**

Dr. Jaime Lazo Behm. Pediatra Neonatólogo. Hospital Nacional de Niños.
Dr. Jorge Sanabria Loaiza Pediatra Neonatólogo. Hospital William Allen. Turrialba.
Dr. Jorge Ronald Ocampo Mora. Neonatólogo. Hospital San Vicente de Paul. Heredia.
Dra. Johanna Gonzáles Solís. Médico General . Hospital de Golfito.
Dr. Juan Carlos Molina Cambronero. Neonatólogo. Hospital de las Mujeres.
Dra. Julia Fernández Monge. Pediatra. Hospital Max Peralta. Cartago. ACOPE.
Dra. Lila Umaña S. Pediatra. Coordinadora CREC. INCIENSA.
MSc. María Cecilia Gonzáles Chavarría. Enfermera Obstetra. Hospital Calderón Guardia.
MSc. Maricel Salazar Pinto. Enfermera Obstetra Hospital San Rafael. Alajuela.
Dr. Mario Almendares Lugo. Pediatra. Hospital Carlos Luis Valverde Vega. San Ramón.
Dr. Marvin Anchía Hernández. Pediatra. Hospital de Golfito.
Lic. Nuria Ruiz Velásquez. Enfermera. Hospital William Allen. Turrialba.
MSc. Raquel Durán Algarín. Enfermera Neonatóloga. Hospital Tony Facio C. Limón.
MSc. Victoria Mata Vargas. Enfermera Obstetra. Hospital Monseñor Sanabria. Puntarenas.
Licda. Lidia Campos. Enfermera Dirección Regional Brunca.
Licda. Mireya Cordero M. Enfermera. Área de Salud Puriscal.
Licda. Nora Fonseca Vásquez. Trabajadora Social. Dirección Regional Chorotega
Dr. Francisco Gómez Casal Pediatra. Área de Salud Aserrí
Licda. Mayela Monge. Enfermera Área de Salud Venecia.
Licda. Irma Morice Ch. Enfermera. Área de Salud Goicoechea
Licda. Socorro Peralta Rodríguez Enfermera. Hosp. Max Peralta.
Licda. Jenny Rodríguez. Educadora Prenatal. Asociación AMSEMA
Dr. Eddy Salas Chávez. Médico de Familia Coopesain.
Licda. Gabriela Solano Mora. Psicóloga. Área de Atención Integral a las Personas.
Licda. Mary Tindall Enfermera y Partera Profesional.
Dra. Rebecca Turecky Enfermera y Partera Profesional.
Dra. Olga Marita Ugarte Médica de Familia

**Participantes en la revisión técnica :**

Dr.Luis Guillermo Ledesma Ginecoobstetra. Jefe de Consulta Externa. Hospital de las Mujeres.
Dr. Max Varela Campos. Ginecoobstetra. Jeje del Servicio de Ginecostretricia Hosp. San Juan de Dios
Licda. Nidia Lobo Enfermera Hospital San Juan de Dios.
Licda. Cristina Espinoza. Enfermera. Hospital Calderón Guardia.
Licda. Griselda Ugalde Enfermera y Master en Salud Pública. Universidad de Costa Rica.

## PRESENTACIÓN DE GERENCIA MÉDICA

La siguiente guía pretende la unificación de criterios básicos que se aplican en la atención a las mujeres y los (as) niños (as) durante el periodo de embarazo, parto y post natal.

Las acciones que se incluyen están inscritas en el enfoque de atención integral y basadas en la evidencia científica actualizada, de forma que se asegure el mantenimiento de la integridad de la población atendida.

Es fundamental recordar el derecho que tiene todo ser humano a una atención de buena calidad, por lo que el cumplimento de esta guía es de carácter obligatorio ya que se constituye la base estandarizada de lo que debe realizarse en los servicios institucionales en toda la red de servicios.

Se incluyen además los aspectos pertinentes de la legislación nacional y los estándares internacionales asociados a la atención de estos procesos.

Asimismo, se constituye como un instrumento que favorece la humanización y la alta calidad en los servicios institucionales, misión fundamental de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Dra. Rosa Climent Martín
Gerente Médica

LA ATENCION INTEGRAL DE LA MUJERES DURANTE EL PERÍODO PRENATAL, EL PARTO Y POSTPARTO, ASI COMO LA ASISTENCIA EFICIENTE DEL RECIEN NACIDO, CONSTITUYEN LAS TRES INTERVENCIONES MÁS IMPORTANTES QUE EL EQUIPO DE SALUD PUEDE REALIZAR PARA CONSOLIDAR UNA BUENA SALUD PERINATAL.

EL PRESENTE DOCUMENTO ESTÁ DIRIGIDO A TODOS EL EQUIPO DE SALUD, RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS MUJERES Y NIÑAS (OS) DURANTE EL PRENATAL, EL PARTO Y EL PERÍODO POSPARTO. SU PROPÓSITO ES BRINDAR LOS ESTANDARES Y LINEAMIENTOS BÁSICOS QUE PERMITIRÁN AL NIVEL OPERATIVO OFRECER A LA POBLACIÓN INVOLUCRADA EN ESTOS PROCESOS SERVICIOS DE SALUD OPORTUNOS, EFICACES Y HUMANIZADOS.

# TABLA DE CONTENIDOS


***PRESENTACIÓN DE GERENCIA MÉDICA*** ¡Error! Marcador no definido.

***TABLA DE CONTENIDOS*** 6

***LISTA DE ANEXOS*** 8

***INTRODUCCIÓN*** 9

***Esta guía de atención esta basada en las normas de atención materna perinatal y del Recién nacido del 2.000.*** 9

***ATENCIÓN PRENATAL*** 13

**1 CONCEPTO** 13

**2 OBJETIVO** 13

**3 REQUISITOS** 13

3.1 Equitativa 13
3.2 Precoz 14
3.3 Periódico 14
3.4 Completa 14
3.5 Con enfoque de riesgo 14

**4 HISTORIA DE SALUD Y DETERMINACION DEL RIESGO** 16

4.1 ¿Cómo evaluar el riesgo? 16
4.2 ¿Quiénes están en riesgo? 16
4.3 ¿Que factores de riesgo se presentan durante el embarazo actual? 17
4.4 Clasificación del riesgo 19
4.5 NIVEL I -CAPTACIÓN Y MANEJO BÁSICO- 21
4.6 NIVEL II -EVALUACIÓN Y MANEJO INTERMEDIO- 23
4.7 NIVEL III -MANEJO DE LA GESTANTE CON CONDICIONES ALTO RIESGO- 24

**5 ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRENATAL DE ACUERDO EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCIÓN** 25

5.1 COMPONENTE: PLANIFICACIÓN LOCAL 25
5.2 COMPONENTE: ATENCIÓN AMBULATORIA 32

**6 ANEXOS** 46

***ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL*** 65

**1 Definiciones** 65

1.1 Población asistida: 65

***Toda embarazada en labor de parto.*** 65

1.2 Condiciones que influyen en el proceso de labor y parto: 65
1.3 Falso trabajo de parto: 66
1.4 Verdadero trabajo de parto: 66
1.5 Partograma 66
1.6 Componentes del gráfico de labor y parto o del partograma 67

***a) Normal: 120 – 160. Sin cambio con las contracciones.*** 67

1.7 Trabajo de parto 69

**2 OBJETIVOS** 71

**3 PERSONAL** ____ **71**

**4 ACTIVIDADES LA ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL** ____ **73**
4.1 COMPONENTE: PROCESO DE ADMISIÓN ____ 73
4.2 COMPONENTE: PREPARTO (Primer período del parto: fase latente) ____ 74
4.3 COMPONENTE: PRIMER PERIODO DEL PARTO: FASE ACTIVA ____ 75
4.4 COMPONENTE: SEGUNDO PERIODO DEL PARTO: EXPULSIVO ____ 78
4.5 COMPONENTE: TERCER PERIODO DEL PARTO: ALUMBRAMIENTO ____ 81

**5 ACTIVIDADES LA ATENCIÓN DEL POST PARTO NORMAL** ____ **82**
5.1 COMPONENTE: ATENCION DE LA MADRE EN EL POSPARTO INMEDIATO ____ 82
5.2 COMPONENTE: ATENCION MEDIATA DEL RECIEN NACIDO SANO. ____ 83
5.3 COMPONENTE: ATENCION DEL BEBÉ Y DE LA MADRE EN SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO. ____ 86

**6 ACTIVIDADES LA ATENCIÓN DEL POST PARTO NORMAL** ____ **94**
6.1 COMPONENTE: VALORACIÓN INTEGRADA DEL BEBÉ Y DE LA MADRE PARA EL EGRESO ____ 94
Tabla 3. Cuadro resumen de actividades para cada período ____ 97

**7 ANEXOS** ____ ¡Error! Marcador no definido.

***ATENCIÓN DEL POSPARTO*** ____ ***117***

**1 DEFINICION** ____ **117**

**2 OBJETIVO** ____ **117**
2.1 Extenso ____ 117
2.2 Precoz ____ 117
2.3 Complejo e integral ____ 117
2.4 Educación ____ 117

**3 PERSONAL** ____ **117**

**6 ACTIVIDADES LA ATENCIÓN AMBULATORIA DEL POST-PARTO NORMAL** ____ **118**
6.1 COMPONENTE: ATENCIÓN PRIMARIA ____ 118
6.2 COMPONENTE: INFORMACIÓN Y REGISTRO ____ 119
3.1 COMPONETE: PRECONSULTA ____ 120
3.2 COMPONENTE: CONSULTA A LA MADRE ____ 121
3.3 COMPONENTE: CONSULTA AL (A) RECIÉN NACIDO (A) ____ 124
3.4 COMPONENTE: POS CONSULTA ____ 125

***BIBLIOGRAFIA.*** ____ ***127***

## LISTA DE ANEXOS


Anexo 1. Historia Clínica Perinatal Base ..... 46
Anexo 2. Carné Perinatal ..... 47
Anexo 3. Control de Crecimiento Intrauterino: ..... 48
Anexo 4. Criterios de detección, según tipo de violencia en mujeres ..... 50
Anexo 5. Prueba de presión supina o ROLL OVER TEST ..... 53
Anexo 6. Flujograma para detección de infección urinaria. Parte A ..... 54
Anexo 7. Flujograma para el manejo del factor Rh ..... 56
Anexo 8. Infecciones del Tracto Genital ..... 57
Anexo 9. Flujograma para la detección temprana de sífilis y prevención de sífilis congénita. ..... 58
Anexo 10. Recomendaciones para la prevención vertical ..... 59
Anexo 11. Vacunación con DT en la embarazada ..... 60
Anexo 12. Detección precoz y manejo de la diabetes. ..... 61
Anexo 13. Hipertensión Arterial durante el Embarazo. ..... 62
Anexo 14. Reglamento del Seguro de Salud ..... 63
Anexo 15. Hola de labor y parto. Partograma ..... 98
Anexo 16. Hoja de registro de labor y parto ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Anexo 17. Apoyo a las mujeres durante la labor de parto. ..... 102
Anexo 18. Plan de parto ..... 104
Anexo 19. Práctica de la episiotomía en el parto vaginal. ..... 106
Anexo 20. Manejo activo del tercer estadío del trabajo de parto comparado con el expectante. Prendiville W.J., Elbourne D., McDonald S. ..... 108
Anexo 21. Diferentes posiciones para el parto ..... 109
Anexo 22. Valoración APGAR……..…105
Anexo 23 Boleta de notificación de malformaciones congénitas…..……106
Anexo 24 Guía para el manejo de la Hiperbilirrubinemia en Niños (as)..……108

## INTRODUCCIÓN

**Esta guía de atención esta basada en las normas de atención materna perinatal y del Recién nacido del 2.000.**

Debido a la difusión de los avances en Obstetricia y de los diferentes movimientos mundiales para humanizar el nacimiento, se considero necesario actualizar los estándares de atención las prácticas que los diferentes estudios han demostrado seguras y eficaces. Se han excluido las que, utilizadas de forma rutinaria producen mayores riesgos y complicaciones, así como las que han demostrado que no tienen ningún beneficio y que al aplicarlas, mas bien producen mayores inconvenientes para las madres y los recién nacidos y gastos institucionales innecesarios.

Estos estándares basados en la mejor evidencia científica disponible se han contextualizado en la atención integral en salud, eje del modelo de atención; cuya base es la atención primaria y el foco principal es la atención centrada en las personas, en este caso: las mujeres y sus bebés.

En este sentido, el enfoque de atención de las mujeres, los niños y niñas, así como de sus familias en los diferentes aspectos de la salud reproductiva y en particular, durante el embarazo y nacimiento, requiere de una transformación indispensable: de la medicalización y el intervencionismo innecesario a un enfoque positivo de salud, que incorpora e integra los aspectos objetivos y subjetivos de proveedores (as) y de los y las usuarias (os).

Muchos estudios científicos han mostrado que las condiciones y la forma en que las mujeres viven su embarazo y parto tienen un impacto en sus vidas y la de sus hijas(os), por lo que los procesos de atención en el enfoque mencionado se deben sustentar en evidencia y no en mitos o costumbres que favorecen la implantación de prácticas nocivas o inútiles en la atención de las madres y sus bebés.

Se requiere entonces, que tanto las autoridades, prestadores de servicios directos y las mismas usuarias, analicemos el modelo de prestación de servicios que ha imperado en esta área para que favorezcamos en todos los niveles la transformación de este modelo tecnocrático hacia uno holístico, más humanizado. Esto implica el cambio de los siguientes aspectos:

| *Modelo tecnocrático* | *Modelo holístico, humanizado* |
|---|---|
| • El cuerpo concebido como una máquina | • La persona entendida como sujeto que integra las esferas biológica, emocional y social |
| • El cuerpo femenino concebido como defectuoso, incapaz de llevar sus procesos fisiológicos sin ayuda | • El cuerpo femenino como organismo sano, sabio, capaz de reconocer sus necesidades y llevar a buen término el embarazo y el parto |
| • Embarazo y parto como enfermedad o estado patológico<br>• Atención centrada en las prácticas del hospital y del personal de salud<br>• Bebé visto como producto<br>• Madre separada del feto<br>• Intereses de la madre y del bebé presentados como antagónicos | • Los procesos reproductivos normales, saludables<br>• Atención centrada y organizada hacia las madres y sus bebés<br>• Madre y bebé como una unidad<br>• Intima conexión entre el crecimiento del bebé y el estado o condición de la madre |
| • La seguridad del feto en contra de las necesidades emocionales de la madre | • Lo que es bueno para la madre es bueno para el bebé<br>• La seguridad del bebé y las necesidades de la madre son lo mismo |
| • Supremacía de las técnicas, los procedimientos<br>• El personal de salud es quien dirige, controla y pone las pautas del desarrollo del proceso | • El personal de salud acompaña, guía, apoya, vigila, no dirige o impone<br>• La atención se centra en la mujer, ésta tiene un rol activo dirigiendo y vivenciando su proceso de parto |
| • Las mujeres deben adaptarse a las condiciones ambientales y a la cultura del establecimiento de salud | • El conocimiento vivencial y emocional es valorado tanto como lo tecnológico |
| • Condiciones que restringen llenar las necesidades de las mujeres (fisiológicas y emocionales) | • Se dan condiciones adecuadas para llenar las necesidades de la madre durante todo el proceso (acompañamiento efectivo y deseado, respeto, descanso, hidratación, nutrición, condiciones ambientales |

Adaptado de: Davis-Floyd R. Modelos de parto

La transformación del modelo en la práctica es posible mediante el análisis crítico de nuestro quehacer, aplicando el concepto de equipos de trabajo, cuyos miembros analizan, se actualizan, se acompañan para atender a las madres y a sus bebés en armonía, trabajando como iguales, buscando facilitar las respuestas propias de las mujeres durante los procesos de gestación y nacimiento.

Esta orientación no es antojadiza, ya la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1.985, ha identificado una serie de principios acerca del cuidado perinatal, los cuales incluyen;

**El cuidado del embarazo y parto normales debe:**

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un conjunto básico de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.
6. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no-solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
8. Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos principios aseguran fuertemente la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo. Estos están siendo incorporados en los materiales técnicos así como también en las herramientas de monitorización y evaluación de la Oficina Regional Europea de la OMS. OMS, 2.001

Basado en los planteamientos expuestos, es que la presente guía incluye una serie de acciones detalladas para lograr cada objetivo. Parte de la perspectiva global, colectiva con la planificación local, tanto en el primer nivel como en el hospital para determinar el perfil de la población que se atiende y sus necesidades, hasta concretar las acciones a nivel individual.

Asimismo, a diferencia del documento anterior, se integran las actividades y se ubican de acuerdo a los procesos que van transitando las madres y sus bebés, no por servicios o procesos de trabajo. Esto es coherente con el cambio que debemos lograr en el modelo y por tanto, en el quehacer cotidiano.

Se pretende con la aplicación de estos estándares que la atención se centre en la normalidad de los procesos fisiológicos del nacimiento, en la exploración, la observación, ya que estudios en Europa y en Estados Unidos señalan que en los centros donde las mujeres son bien valoradas, se respeta el proceso fisiológico y se respetan las decisiones de las madres tienen menores tasas de morbilidad materna e infantil.

Se espera que esta guía facilite el cumplimiento de los estándares establecidos y contribuya a mejorar los índices de salud materno-infantil y a una mayor satisfacción de usuarias, sus familias y los (as) proveedores (as).

# ATENCIÓN PRENATAL

## 1 CONCEPTO

La atención prenatal es una de las estrategias más importantes para favorecer la salud de las mujeres y los niños, ya que permiten evitar las discapacidades y la muerte. Es un conjunto de actividades que deben realizar los servicios de salud en los diferentes ámbitos de acción, que permiten asegurar condiciones adecuadas en relación al cuido de la salud de las mujeres embarazadas y de sus hijas (os).

En tal sentido, la atención prenatal tiene como propósito identificar condiciones de riesgo tanto para las madres como a sus niñas(os). Persigue además, favorecer la participación de las mujeres, las familias y las comunidades a las cuales pertenecen. De esta manera se logra fortalecer las relaciones de estas instancias con la red de servicios de salud. Esto quiere decir que la atención prenatal se inicia en el espacio comunitario y concluye en este mismo espacio, que es donde se construye la salud.

En la atención prenatal se deben incluir entonces: la visita domiciliar, las acciones de diagnóstico, la sensibilización de las comunidades ante los problemas y necesidades de las mujeres en este período, la atención directa, la preparación para el parto, la educación prenatal y el seguimiento en el hogar.

## 2 OBJETIVO

Brindar a todas las mujeres embarazadas, a sus futuras hijas(os) y a sus familias una atención integral de calidad, que responda a sus necesidades en forma oportuna, eficaz y eficiente.

## 3 REQUISITOS

### *3.1 Equitativa*

Es fundamental conocer la situación de salud del área para identificar de manera general las condiciones de vida de las poblaciones y comunidades y en forma particular, las características de la población femenina, los embarazos esperados, los grupos de riesgo, las barreras de acceso a los servicios y cuidados durante el embarazo, parto y post-natal, así como también, la identificación de las redes de apoyo y otros recursos disponibles para abordar necesidades y problemas específicos que surjan durante el proceso.

Sólo en la medida en que se conozca el contexto del área que se atiende, se pueden establecer estrategias viables dentro de la programación y planificación local y sobre todo, en la asignación de los recursos. Es decir, que este es un requisito indispensable para poder lograr una atención prenatal, del parto y del post-parto a todo el grupo de embarazadas, aplicando con eficacia, el enfoque de riesgo individual y colectivo. Solo de esta manera se puede contribuir a una mejor salud materna perinatal.

### *3.2 Precoz*

La atención prenatal debe iniciarse lo más temprano posible. La captación debe hacerse en el ámbito domiciliar durante el primer trimestre de la gestación o en otros contactos con los servicios de salud para evitar oportunidades perdidas. Solo de esta manera se asegura que la ejecución de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud -razón fundamental de esta atención - sean oportunas y eficaces. Permite además, la identificación precoz de mujeres con embarazos de alto riesgo, lo que posibilita planificar en forma oportuna los requerimientos de atención obstétrica que cada caso requiera y el lugar donde ésta deba recibirse.

### *3.3 Periódico*

La atención directa debe hacerse en forma periódica, con una frecuencia que varia según el grado y tipo de riesgo del embarazo. Las mujeres con alto riesgo obstétrico o médico necesitan una atención diferenciada, en función de las características y el tipo de problema que presenten. En un embarazo de bajo riesgo, la frecuencia de controles prenatales debe guiarse por el siguiente esquema:

- Durante las primeras 32 semanas, se hará un control prenatal cada seis semanas.
- De la semana 32 a la 38, los controles se harán cada tres semanas.
- De la semana 39 a la 41, los controles se harán cada semana.
- A las 41 semanas o más, deberá referirse a la mujer al siguiente nivel de atención (II o III) que tenga la capacidad resolutiva para realizar Perfil Biofísico Fetal.

Debe considerarse que el mínimo aceptable en un embarazo de bajo riesgo debe ser de cinco controles prenatales, de acuerdo con los criterios mencionados anteriormente

### *3.4 Completa*

Se debe garantizar el cumplimiento de los estándares básicos de la atención prenatal para el fomento y protección de la salud de las mujeres embarazadas y sus hija (os) la cual incluye el derecho a la participación en la toma de decisiones de la mujer y/o su pareja u otra persona que ésta asigne, así como el derecho al acompañamiento, durante todo el proceso de embarazo, parto y pos parto. En tal sentido, se deben crear las condiciones que aseguren el ejercicio de estos derechos.

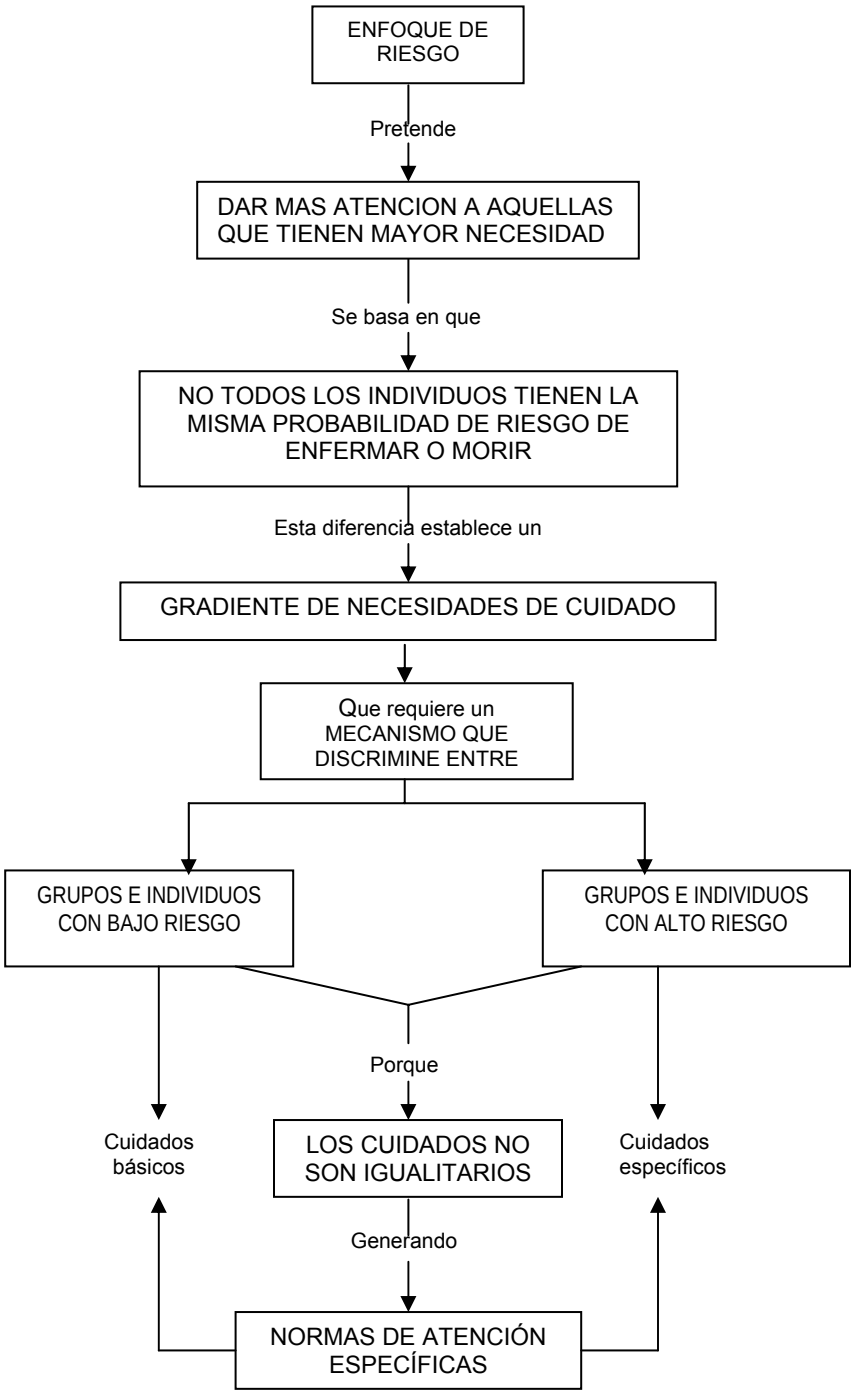
### *3.5 Con enfoque de riesgo*

Es necesaria la fijación de un criterio discriminador entre el alto y el bajo riesgo, tanto a nivel individual como colectivo (poblacional), que permita planificar, **asignar los recursos, establecer prioridades** y operativizar acciones específicas en la atención individual y colectiva.

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho de que no todas las personas o colectivos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado. En algunas personas dicha probabilidad es mayor que en otras, ya sea por una predisposición genética, por las condiciones de vida en la que se interactúan elementos protectores/destructivos de la salud, por los valores, actitudes, hábitos, conductas, entre otros eventos.

Las necesidades de salud del grupo de bajo riesgo se resuelven generalmente, con acciones de atención primaria en los diferentes niveles de atención. Las de alto riesgo requieren una atención especializada. La figura 1 muestra el algoritmo a seguir en la atención prenatal eficiente con enfoque de riesgo.

Figura 1. Fundamentos de la normalización del control prenatal, según enfoque de riesgo.




*Modificado de: Moreno E. y Díaz G.A. (1986) Normatización del cuidado de la Salud Materno-Infantil. Salud Perinatal; 2 (6): 50-54.*

## 4 HISTORIA DE SALUD Y DETERMINACION DEL RIESGO

El riesgo se define en términos generales como la presencia de condiciones ya sean biomédicas y/o de vida que interaccionan de forma positiva o negativa. En especial se deben tomar en cuenta los procesos deteriorantes, que se generan de estas condiciones de vida particulares que van a vulnerabilizar a la madre y al feto o neonato, estos casos son los que se encuentran en mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes o después del parto. Uno de los principales propósitos del cuidado antenatal es detectar las condiciones que ponen en riesgo a la madre o al feto y que afecten a corto o largo plazo la calidad de vida, ya que la identificación apropiada de las mujeres en riesgo puede permitir una intervención oportuna de forma integrada.

### *4.1 ¿Cómo evaluar el riesgo?*

Realice una valoración inicial integrada con base en una historia de salud completa y un examen físico completo y minucioso, así como lo que las usuarias relatan, tomando en cuenta la subjetividad de ellas (la cultura, sus expectativas, valores, condiciones materiales, de redes de apoyo) considerando las condiciones de vida particulares de la persona y de la comunidad a la que pertenece. También se debe tomar en cuenta la capacidad resolutiva en cuanto a recursos, distancias, etc., de la red de servicios institucionales disponibles.

Debido a que **el riesgo para desarrollar complicaciones NO ES ESTÁTICO**, **Re-evalúe integradamente el riesgo en cada consulta prenatal.**

La Historia Clínica Perinatal es un instrumento que permite discriminar el riesgo biológico. Cada uno de los factores de riesgo se identifican en sus cuadros color amarillo, como señal de alerta (Anexo I-1). Por lo que no debe obviarse el obtener y analizar información adicional para realizar una buena valoración, clasificación y abordaje del riesgo (examen físico, pruebas de laboratorio y otros datos pertinentes). ***En cada consulta debe realizarse un análisis de los datos obtenidos y de los hallazgos y tomarse las medidas que correspondan de acuerdo con la situación encontrada.***

Debido a que el carné perinatal contiene la HCPB, así como otra información relevante para el seguimiento del embarazo, éste se convierte en un instrumento importante que provee de información tanto a la portadora de este como a los proveedores de salud donde la mujer consulte. ***Consecuentemente, se debe validar siempre la presentación y análisis de los datos anotados por el personal que le ha dado seguimiento en cualquiera de los niveles.***

### *4.2 ¿Quiénes están en riesgo?*

A. Con base en los *antecedentes personales* están en riesgo las personas portadoras de:

Endocrinopatías

Cardiopatías

Enfermedades crónicas o agudas asociadas: HTA, Enfermedades del colágeno, neumopatías, nefropatías, epilepsia.

Esterilidad / Infertilidad previas, FIV o Inseminación artificial

B. De acuerdo con la *historia obstétrica* previa están en riesgo las mujeres con pérdidas anteriores:

2 o más pérdidas en el primer trimestre

1 o más pérdidas en el segundo o tercer trimestre

2 o más muertes fetales (óbitos, natimuertos)

2 o más muertes neonatales

C. Mujeres con *complicaciones obstétricas* previas como:

Anomalía pélvica

Placenta previa

Desprendimiento prematuro de placenta

Parto de pretérmino

Macrosomía fetal

Isoinmunización Rh

Defectos fetales

Cirugía uterina previa / cesárea anterior

Trastornos hipertensivos

*4.3 ¿Que factores de riesgo se presentan durante el embarazo actual?*

*A)* Factores de riesgo presentes en la *evaluación inicial*

1) Edad de la madre
   (a) Mujeres menores de 15 años
   (b) Mujeres mayores de 35 años
2) Estado nutricional de la madre
   (a) Bajo Peso
   (b) Sobrepeso
   (c) Obesidad mórbida (sobre el percentilo 90 del nomograma)
3) Ganancia de peso durante el embarazo de acuerdo con estado nutricional
   (a) Déficit ( < 2 K/mes)
   (b) Exceso ( >2 K/mes)
4) Edad gestacional incierta
5) Inicio tardío del control prenatal
6) Embarazo Múltiple

7) Embarazo no esperado o no deseado
8) Embarazo dentro de los 24 meses siguientes al último parto
9) Antecedentes de alguna Infección de Transmisión Sexual (ETS).
10) HIV / SIDA
11) Hepatitis B

*B)* Factores de riesgo que se desarrollan *durante el embarazo*

1) Retardo del crecimiento intrauterino
2) Volumen anormal del líquido amniótico
   (a) Oligohidramnios
   (b) Polihidramnios
3) Presencia de anormalidad fetal
4) Cirugía durante el embarazo
5) Placenta previa
6) Desprendimiento prematuro de placenta
7) Sangrado vaginal de origen incierto
8) Diabetes Gestacional
9) Hipertensión inducida por el embarazo
10) Infecciones durante el embarazo: ITS, Infección Urinaria, Enfermedades Exantemáticas
11) Serología HIV positivo / SIDA clínico
12) Hepatitis B
13) Presentación viciosa
14) Amenaza de parto prematuro
15) Ruptura prematura de membranas
16) Embarazos mayores de 41 semanas
17) Incompatibilidad Rh y/o isoinmunización

C) Condiciones de vida que generan riesgos, vulnerabilizan y potencializan la probabilidad de sufrir complicaciones o gravedad de riesgos biomédicos (presentes en la historia de vida, evaluación inicial y durante el embarazo).

1) Necesidades básicas insatisfechas:
   *(a) Alta dependencia económica: con más de tres personas dependiendo de un asalariado con primaria completa o menos de escolaridad.*

*(b) Casa inadecuada: pieza de vecindad; tugurio: techo o piso en malas condiciones, paredes elaboradas con materiales de deshecho.*

*(c) Servicios básicos inadecuados: sin agua intradomiciliar o sin servicios sanitarios en zona rural. Servicios compartidos con otras familias o con excusado sin conexión a tanque séptico o alcantarillado en área urbana.*

*(d) Niños de 7 a 12 años sin asistir a la educación formal.*

(e) *Hacinamiento crítico: 3 o más personas por dormitorio o vivienda sin dormitorios.*

2) Limitaciones físicas o mentales que pueden afectar la capacidad de autosuficiencia, de ejercicio de la maternidad, o del cumplimiento del plan de atención.
3) Falta de apoyo social o familiar: rechazo familiar, agresión, abandono.
4) Violencia intrafamiliar: presencia de signos que sugieran golpes, mordiscos, puñetazos, quemaduras, depresión, aislamiento, etc. (Anexo 1-4)
5) Embarazo por violación o incesto.
6) Consumo de alcohol y/o drogas
   (a) Tabaquismo
   (b) Alcoholismo
   (c) Uso de marihuana
   (d) Uso de cocaína
   (e) Uso de otras drogas
7) Rutina de trabajo peligrosa / Acoso laboral por embarazo
8) Afecciones emocionales y desórdenes psiquiátricos
   (a) Cuadro ansioso-depresivo
   (b) Ideas suicidas
   (c) Psicosis
   (d) Retardo Mental
   (e) Depresión Mayor

### *4.4 Clasificación del riesgo*

***La clasificación del tipo y del nivel de riesgo*** en que se encuentra la mujer embarazada, ***es fundamental*** para definir conjuntamente (equipo de salud y usuaria) los planes y acciones, así como la prioridad de éstas, durante la atención prenatal, el parto y el posparto. Las condiciones que se presentan a continuación, constituyen una guía para evaluar y clasificar de forma integrada el riesgo individual, no solo de la condición obstétrica.

NO DEBE OLVIDARSE LA CONTEXUALIZACIÓN DEL O LOS RIESGOS ENCONTRADOS, ASÍ COMO LA EXISTENCIA DE RECURSOS DISPONIBLES EN EL NIVEL EN QUE SE ATIENDE LA USUARIA Y LOS DISPONIBLES EN LA RED INSTITUCIONAL Y LA COMUNIDAD.

A. **Riesgo bajo**

Se incluyen en este grupo todas las gestantes en las cuales no se haya identificado ninguna condición de riesgo o que tenga condiciones en su historia personal y su situación actual que la vulnerabilicen para desarrollar procesos patológicos o de deterioro. Se considera que en estos casos existe una gran posibilidad de que el embarazo llegue a un buen término, con una madre y un(a) recién nacido(a) sano(a) por lo que su control se realiza en el I Nivel de atención. Sin embargo, ***debe tenerse presente que "riesgo bajo" no significa ausencia de riesgo o que éste no se desarrollará en el curso del embarazo y el parto.***

B. **Riesgo Moderado**

En este grupo se incluyen gestantes que presentan condiciones biomédicas, psicológicas, emocionales o sociales de gravedad media, que son bastante frecuentes, los cuales si no se controlan pueden generar posteriores complicaciones o peligro de muerte.
En general estos casos pueden abordarse con el seguimiento del EBAIS, con apoyo del ginecobstetra, trabajador(a) social o psicólogo(a) según corresponda, en el II nivel de atención o en el equipo apoyo del área.

C. **Riesgo Alto:**

En este grupo se encuentran las gestantes con factores de riesgo biomédicos, particularmente obstétricos, frecuentes y graves que requieren tecnología y abordaje especializados, o aquellas que presentan condiciones emocionales o sociales que amenazan de forma inminente la vida. Estas gestantes deben ser transferidas al II o III Nivel para ser manejadas en Alto Riesgo, es importante la identificación de los recursos idóneos según la naturaleza del riesgo. Se deberá valorar cada caso de acuerdo con las posibilidades locales y al realizar la referencia, en ésta se deben consignar las condiciones de riesgo, otra información pertinente a su condición así como la prioridad de la atención.

Para clasificar la condición de riesgo de la embarazada debe de realizarse un análisis de todos los aspectos presentes en ese momento y que intervienen en forma decisoria en ese caso particular. De esta manera es posible hacer una predicción del nivel de riesgo, la peligrosidad para su salud integral o para su vida, que depende de las características de cada persona en su contexto.

En todas las situaciones en las que se detecten gestantes en alto riesgo, se deben programar s visitas domiciliares y darles seguimiento en el primer nivel de atención, a pesar de que hayan sido referidas a otro nivel de atención.

ESTABLECIMIENTOS Y RECURSOS

*4.5 NIVEL I -CAPTACIÓN Y MANEJO BÁSICO-*

A. Establecimientos
- Áreas de Salud:
  - Sectores.
  - Equipo de Apoyo
- Clínicas de consulta externa de la CCSS
- Hospitales periféricos, tipo 1.
- Todos los establecimientos incluidos en los niveles II y III que dispongan de Atención Prenatal.

B. Recurso Humano (uno o varios de ellos)
- Equipo Básico de Atención Integral de Salud
  - Asistente técnico de Atención Primaria
  - Auxiliar de enfermería
  - Médica (o) asistente general
  - Asistente técnico de EBAIS
- Equipo de Apoyo
  - Médica(o) de familia
  - Microbióloga(o)
  - Farmacéutica(o)
  - Enfermera(o) general
  - Enfermera(o) obstetra
  - Trabajador(a) social
  - Nutricionista
  - Psicóloga(o)
  - Odontóloga(o)
  - Médica(o) asistente especialista en Obstetricia y Ginecología
- Registro de Salud
  - Recepcionista
  - Técnica(o) de archivo

C. Recurso técnico
- Papelería
  - Historia Clínica
  - Carné perinatal
  - Hojas evolución
  - Hojas urgencias
  - Referencias
  - Notas Enfermería
  - Hoja signos vitales
  - Epicrisis
  - Fichas familiares
  - Hojas citología
  - Recetarios
  - Ordenes laboratorio y rayos X

D. Recursos materiales

1) Sala de pre consulta
   - Dos sillas
   - Equipo de toma de presión arterial
   - Equipo para toma de temperatura
   - Balanza para adultos con altímetro
   - Tarjeta de citología
   - Material educativo
   - Camilla
   - Mesa para equipo
   - Frascos de algodón y alcohol
   - Jeringas de varios tamaños
   - Agujas hipodérmicas (varios tamaños y calibres) Intracarth
   - Bandejas con agua jabonosa
   - Vacunas
   - Escritorio
   - Material educativo

2) Consultorio
   - Gradilla, biombos (división de algún tipo ej.: cortina)
   - Escritorio
   - Sillas
   - Mesa auxiliar para equipos
   - Basurero con bolsas y tapa
   - Equipo de diagnóstico con baterías
   - Calendario y gestograma
   - Cinta métrica
   - Fetoscopio
   - Sábanas/papel Kraf
   - Toallas de papel
   - Baldes con agua jabonosa
   - Frasco con espátulas y aplicadores
   - Tubos de cultivo estériles
   - Kit para toma de citología
   - Solución Lugol (Yodo - yoduro)
   - Espéculos y guantes
   - Pinza de mota
   - Ordenes para Centro de Nutrición
   - Camilla ginecológica
   - Lavatorio
   - Lámpara cuello de ganso
   - Banco

3) Otros
   - Soluciones intravenosas
   - Equipos venoclisis
   - Equipo para atención de parto
   - Equipo para oxígeno
   - Equipo para aspiración
   - Depósito para punzo cortantes

- Exámenes de laboratorio:
  Hemograma y hematocrito
  Pruebas cruzadas para grupo y Rh
  Serología para lues (VDRL)
  Ácido úrico, nitrógeno ureico, creatinina, glicemia, fibrinógeno
  Proteinuria
  General de orina
  Urocultivo
  Papel Nitrazina

### *4.6 NIVEL II -EVALUACIÓN Y MANEJO INTERMEDIO-*

A. Establecimientos
- Clínicas de consulta externa de la CCSS, tipo 3 y 4
- Hospitales periféricos, tipo 2 y 3
- Hospitales regionales
- Hospitales nacionales que dispongan de unidades de atención de II nivel

B. Recurso humano
- Auxiliar enfermería
- Enfermera(o) general
- Asistente pacientes
- Asistente quirófano
- Enfermera(o) obstetra
- Interna(o) universitario
- Médica(o) asistente en medicina general
- Médica(o) asistente especialista en obstetricia y ginecología
- Médica(o) asistente especialista en pediatría o en neonatología
- Médica(o) asistente especialista en perinatología
- Trabajador(a) Social, Psicóloga(o), Psiquiatra, Enfermera(o) con especialidad en salud mental.

C. Recursos técnicos
- Todos los descritos en el Nivel I
- Exámenes de laboratorio:
  Tolerancia a la glucosa oral
  Pruebas funcionales hepáticas y renales
  Bioquímica de líquido amniótico
  Anticuerpos por toxoplasma
  Detección HIV
- Estudios materno-fetales
  Monitor fetal externo
  Ultrasonografía

*4.7 NIVEL III -MANEJO DE LA GESTANTE CON CONDICIONES ALTO RIESGO-*

A. Establecimientos
   - Hospitales nacionales:
     Unidades de alto riesgo obstétrico
     Unidades de alto riesgo neonatal

B. Recuso Humano
   - Auxiliar de enfermería
   - Asistente de pacientes
   - Asistente de quirófano
   - Enfermera(o) general
   - Enfermera(o) obstetra
   - Interna(o) universitario
   - Médica(o) residente en obstetricia
   - Médica(o) asistente especialista en obstetricia y ginecología
   - Médica(o) asistente especialista en neonatología (las 24 horas)
   - Médica(o) asistente especialista en obstetricia, responsable del alto riesgo obstétrico
   - Médica(o) asistente especialista en neonatología, responsable del alto riesgo neonatal.
   - Médica(o) asistentes especialistas de interconsulta: medicina interna, endocrinología, nefrología, cardiología, genética, anestesia, cuidados intensivos.
   - Trabajador(a) Social, Psicólogo(a), Psiquiatra, Enfermera(o) con especialidad en salud mental.

C. Recurso técnico
   - Todos los requeridos en los niveles I y II
   - Exámenes de laboratorio
     Análisis de líquido amniótico: cultivo, frotis, pruebas bioquímicas de maduración pulmonar, amniocentesis genética.
     Lecitina / esfingomielina, fosfatidilglicerol
   - Unidad de estudios materno-fetales:
     Cardiotocógrafo (monitor fetal) externo e interno, anteparto e intraparto.
     Determinación del ph fetal
     Ultrasonografía: antropometría fetal, morfología fetal y perfil biofísico fetal
     Estudio Doppler
   - Recursos auxiliares:
     Determinación de glucosa por micrométodo
     Bomba de infusión
     Monitor signos vitales
     Monitor de saturación de oxígeno
     Aspiradores
     Cama de barandas

## 5 ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRENATAL DE ACUERDO EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCIÓN

Cada una de las actividades que deben realizarse en la atención prenatal de las mujeres con un embarazo de bajo riesgo responde a objetivos específicos, cuya consecución redundará en el mejoramiento de la salud de las madres y de sus bebés. A continuación se señalan estas actividades, así como los responsables de ejecutarlas.

### *5.1 COMPONENTE: PLANIFICACIÓN LOCAL*

*PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Análisis del diagnóstico de salud o ASIS local | Planificar la respuesta de los servicios de salud a las necesidades y problemas de la población a su cargo, tomando en cuenta a la comunidad y sus formas de participación | a) Favorecer el diálogo con la comunidad y la planificación participativa<br>b) Detección de familias con riesgo.<br>c) Determinar la población de mujeres en edad fértil.<br>d) Determinar el número de embarazos esperados.<br>e) Valorar condiciones que limiten o dificulten el acceso a una atención prenatal oportuna, completa y de calidad de las embarazadas del área de atracción (condiciones de vida, aspectos organizativos del servicio de salud u otros).<br>f) Elaborar y mantener actualizado el tarjeteros de recursos (institucionales, comunitarios, otros) para la atención o información en necesidades o problemas de las usuarias que no son exclusivos de salud | Dirección del Área de Salud<br>EBAIS.<br>Equipo de Apoyo.<br>Personal Administrativo. |

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 2. Programación Local | Determinar las acciones que deben realizarse para incluirlas en el PAO y PRESUPUESTO con el fin de atender a la población esperada y cumplir la aplicación de las normas, para cada conjunto social o grupo de población, a fin de lograr una cobertura óptima de atención prenatal con calidad. | a) Incluir en el PAO y presupuestar las siguientes tareas:<br>▪ Promoción de la consulta y de la educación prenatal y postnatal, a través de medios eficaces y recursos disponibles para la realidad local.<br>▪ Promoción de derechos y deberes en los servicios de salud (Reglamento de Salud ver anexo I-14)<br>▪ Establecimiento o reforzamiento de las actividades de un programas docencia-servicio y educación contínua a todo el personal.<br>▪ Programa de fomento y compromiso con la humanización y mejoramiento de la calidad de la atención.<br>b) Programar las siguientes actividades:<br>▪ Horas de consulta prenatal.<br>▪ Sesiones de equipo para discutir casos, procesos de atención y análisis de trabajo en equipo<br>▪ Atenciones individuales y grupales.<br>▪ Planificar los cursos de preparación para el parto o educación prenatal.<br>▪ Educación en el área de salud sexual y reproductiva, así como en salud bucodental, nutrición, lactancia materna, actividad física y promoción de relaciones no violentas.<br>▪ Atención de la salud bucodental, de acuerdo con la norma de la disciplina correspondiente.<br>▪ Visita domiciliar de seguimiento de mujeres con embarazo de alto riesgo y pérdida de cita.<br>▪ Inducción al personal nuevo y evaluación con todo el personal sobre los derechos, reglamento de salud, importancia del control prenatal y aplicación de normas, así como cuáles son las facilidades y dificultades para que las mujeres ejerzan sus derechos. | Dirección del Área de Salud<br>Equipo de apoyo<br>EBAIS<br>Personal Administrativo |

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 3. Planeamiento de la Visita Domiciliar | Garantizar continuidad en la atención prenatal, para que ésta sea extensa, precoz, periódica, completa y con enfoque de riesgo. | a) Planeamiento de la visita utilizando el registro de seguimiento de casos y las referencias de otros miembros del equipo de salud.<br>b) Programación de la visitas según condición de las usuarias e indicaciones en los planes de atención. Dar seguimiento por equipo de apoyo y EBAIS | EBAIS.<br>Equipo de Apoyo.<br>Personal Administrativo |
| 4. Monitoreo y evaluación de la atención prenatal. | Mejorar la áreas críticas y mantener las fortalezas identificadas en la atención prenatal | a) Evaluación y planificación en equipo<br>b) Estudio de casos específicos<br>c) Implementación de la trazadora de atención prenatal.<br>d) Análisis de muertes maternas e infantiles.<br>e) Supervisión y evaluación de la aplicación de las normas. | Director del Área<br>Equipo de Apoyo.<br>EBAIS.<br>Personal Administrativo |

*II-III NIVEL: ATENCIÓN AMBULATORIA E INTERNAMIENTO*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Análisis del servicio a nivel ambulatorio y de hospitalización. | Planificar de forma racional e integral la atención de los problemas de salud de las gestantes atendidas en ese nivel. | a) Realizar diagnóstico y análisis de datos:<br>(1) Población adscrita al establecimiento<br>(2) Áreas de atracción<br>(3) Población por atender según:<br>-Centros de referencia<br>-Área geográfica<br>-Grupos de edad.<br>(4) Comportamiento histórico de la demanda.<br>b) Embarazos de alto y bajo riesgo.<br>(1) Patologías más frecuentes atendidas<br>c) Tiempos de espera para US / citas a consulta de alto riesgo.<br>d) Causas de referencias más frecuentes. | |

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| | | e) Análisis del sistema de referencia y contrarreferencia y funcionamiento del hospital con respecto a la red.<br>f) Problemática psico - social más frecuente<br>g) Causas más frecuentes de satisfacción e insatisfacción de las usuarias.<br>h) Urgencias obstétricas atendidas en todos los servicios, tipo de emergencia, oportunidad, eficacia, eficiencia y calidad técnica de la atención.<br>i) Estadística en relación a partos atendidos:<br>(1) Número de Partos según edad, paridad, tipo de parto, con o sin control prenatal.<br>(2) Número y porcentaje de partos intervenidos<br>(3) Tipos de intervenciones en estos partos<br>(4) Complicaciones más frecuentes durante el parto y posparto.<br>(5) Número de egresadas según causa<br>(6) Reingresos por todas las causas.<br>(7) Estancias prolongadas.<br>(8) Traslados según causa:<br>• Internos (Otros servicios).<br>• Externos<br>(9) Defunciones: causas / defunciones prevenibles. | Jefe de servicio<br>Personal del servicio<br>Comisiones de análisis de Mortalidad Materna y Mortalidad Infantil |

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 2. Análisis del proceso de atención. | Planificar de forma racional, integrada y humanizada la atención de los problemas de salud de las gestantes atendidas en ese nivel. | a) Identificación y análisis de barreras de acceso para una atención humanizada y de calidad de los servicios ambulatorios, de urgencias y de internamiento. Considerando barreras organizacionales, geográficas, económicas y culturales tanto desde la perspectiva de las usuarias, como de los proveedores (personal de salud) y del sistema.<br>b) Número de camas y distribución.<br>c) Porcentaje de cesáreas, causas de éstas y resultados de su intervención.<br>d) Condiciones de aseo, seguridad, privacidad de las salas de espera, de ingreso, de labor, partos, estado de los baños; condiciones que permitan la dignificación de las mujeres ingresadas y en la consulta externa. Disponibilidad de salas de operaciones.<br>e) Recurso Humano (auxiliar de enfermería, asistente de pacientes, Enfermera (o) obstetra, médicos(as), trabajador (a) social, nutricionista, personal de sala de operaciones, laboratorio, odontología.<br>f) Efectividad, eficacia y oportunidad del trabajo en equipo con los Servicios de diagnóstico, tratamiento y otros.<br>g) Existencia de programas docencia-servicio a todo el personal relacionado con esta área, educación continua, etc.<br>h) Existencia de un programa de fomento y compromiso con la humanización y mejoramiento de la calidad de la atención del parto, postparto, postaborto y en la atención ambulatoria y de internamiento | Jefe de servicio<br>Personal del servicio |

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| | | i) Análisis de las Investigaciones que se realizan en el servicio<br>j) Condición de la estructura / distribución del espacio / Condición y distribución del equipo.<br>k) Identificación de áreas críticas en el proceso de atención a través de diversas metodologías que se dispongan: análisis de casos, metodología de entidades trazadoras: Análisis de muertes maternas e infantiles, análisis de cesáreas, morbilidad e infecciones intrahospitalaria, identificación de satisfacción de usuarios y prestatarios, causas de insatisfacción y satisfacción. Así como la pesquisa del estado general, integral al egreso de la usuaria con su hijo.<br>l) Análisis de la inversión del presupuesto e incentivos asignados al servicio para la transformación positiva de la atención de las usuarias.<br>m) Elaboración de planes de acción para las áreas críticas identificadas.<br>n) Monitoreo del avance y evaluación de resultados de los planes en ejecución | |
| 3. Evaluación de las muertes maternas e infantiles intrahospitalarias | Reconocer problemas en el proceso de atención que derivaron en la ocurrencia de una muerte materna o infantil. | a) Análisis de muertes maternas e infantiles, por medio de las comisiones respectivas, así como seguimiento y elaboración de informe del avance de los planes y evaluación del cumplimiento de metas propuestas en el plan. | Dirección General del Hospital<br>Jefe de servicio<br>Personal del servicio<br>Miembros de las comisiones respectivas. |

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 4. Elaboración del presupuesto y Plan Anual Operativo. | Identificar los recursos e insumos, con base en los análisis de la asignación de los recursos, así como de las áreas críticas del proceso de atención y de las barreras de acceso; que permitan planificar y evaluar las acciones en cuanto a la atención prenatal, parto, postparto, para lograr de acuerdo con el nivel resolutivo una atención de calidad técnica y humanizada. | Debe incluirse en el PAO y presupuesto anual :<br><br>a) Actividades para la evaluación e inducción al personal nuevo y reevaluación con el personal permanente sobre: derechos y deberes de las usuarias -reglamento de salud, -atención,- aplicación de normas y protocolos existentes.<br>b) Elaboración de un plan de orientación, educación e información para las personas que acompañan a las mujeres durante la labor y el parto, para lograr un apoyo efectivo, sea por familiares, amigas, personal voluntario u otro preparado para tal fin en la maternidad. Estos últimos en el caso de que la mujer no contara con acompañante, o bien lo solicite.<br>c) Análisis de las oportunidades y espacios que faciliten a las mujeres para que ejerzan sus derechos y se dignifiquen a las usuarias.<br>d) Establecer un sistema eficiente y eficaz de referencia y contrarreferencia con las Áreas de Salud y otros Hospitales<br>e) Incluir plan de señalización adecuada y mejoramiento de la infraestructura y logística en función de las necesidades de las usuarias y acompañantes.<br>f) Incluir acciones de monitoreo y evaluación sobre las áreas descritas en los puntos. g), h), i), del punto 2 y de los planes de acción derivados de los análisis de las muertes maternas e infantiles. | Director (a) del Centro<br>Director(a) de Enfermería<br>Jefe (a) del Servicio de Trabajo Social<br>Psicóloga (o)<br>Equipo interdisciplinario:<br>Jefe de servicio de ginecología, obstetricia, enfermería, trabajo social, psicología, usuarias |

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 5. Seguimiento de gestantes de riesgo | Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia en la red de servicios | a) Analizar, desarrollar y monitorear el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.<br>b) Enviar listado a las Áreas de Salud de las mujeres en atención de alto riesgo prenatal, post-parto, post-aborto para seguimiento en el hogar. | Director del Centro<br>Director(a) de Enfermería<br>Jefe (a) del Servicio<br>Jefatura de Redes |

## *5.2 COMPONENTE: ATENCIÓN AMBULATORIA*

### *5.2.1 DETECCIÓN Y CAPTACIÓN TEMPRANA*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Detección precoz de la embarazada | Detectar de forma oportuna, eficiente y eficaz a las mujeres gestantes de la comunidad en el primer trimestre de embarazo | a) Identificación temprana de mujeres gestantes a través del trabajo en equipo, involucrando a la comunidad, parteras tradicionales, ECOS, promotoras de salud y otras instituciones y medios de comunicación disponibles. | EBAIS<br>Equipo de Apoyo |
| 2. Visita Domiciliar a casos específicos. | Garantizar un control prenatal completo y oportuno al 100% de las mujeres gestantes que asisten al área. Se priorizarán a las embarazadas con:<br>▪ pérdida de citas<br>▪ riesgo obstétrico<br>▪ alto riesgo familiar | a) Valoración del soporte familiar y social con que cuenta la usuaria.<br>b) Informar sobre derechos y deberes de las usuarias y estimular el ejercicio de ellos.<br>c) Indagar motivos y dar seguimiento a usuarias con pérdida de cita o que se niegan a asistir al control prenatal.<br>d) Investigar la presencia de signos y síntomas de alerta, dar información y aclarar dudas sobre este aspecto<br>e) Dialogar sobre conocimientos y facilidades para la protección de ITS. Brindar información al respecto. | EBAIS |

### *5.2.2 INFORMACIÓN Y REGISTRO*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Inscripción en la consulta de todas las mujeres embarazadas que solicitan y son referidas para su atención | Contar con un registro actualizado y completo de las gestantes del Área. | a) Brindar orientación e información a la usuaria embarazada y acompañante sobre la atención prenatal.<br>b) Inscribir a la embarazada en la consulta y clasificarla según:<br>• Caso nuevo: Mujer embarazada que llega por primera vez a la consulta<br>• Caso subsecuente: Mujer embarazada que llega por segunda o más veces a la consulta prenatal<br>• Caso referido por condiciones de riesgo<br>c) Confección del expediente de salud, adjuntándole la Historia Clínica Perinatal. Adjuntar tarjeta de citas y Carné Perinatal (Anexo I-1 y I-2).<br>d) Solicitar expedientes, revisar y buscar exámenes pendientes, para la consulta.<br>e) Dar cita para ser atendida el mismo día de acuerdo a posibilidades de la usuaria y dificultad para acceder a los servicios.<br>f) Pasar los expedientes para la preconsulta | Personal de REDES<br>Personal administrativo (seguridad, aseo, Información) |
| 2. Información sobre la consulta prenatal y actividades educativas. | Dar oportunidad a todas las gestantes de una información confiable de la atención prenatal y cuidados de su salud. | Información a las usuarias sobre los días y horarios de consulta cursos de preparación psicofísica del parto y otras actividades | Personal de Salud |
| 3. Elaboración de informes | Contar con información que permita la evaluación de la planificación local. | Realizar el informe diario estadístico de la consulta | Personal de REDES<br>EBAIS<br>Equipos de Apoyo<br>Jefe de Consulta Externa. |

### *5.2.3 PRE-CONSULTA*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Organización de la consulta prenatal | Completar la información pertinente para la evaluación integral de la mujer embarazada. | a) Preparar los expedientes y pasar a la consulta<br>b) Saludar, llamar a la usuaria por su nombre<br>c) Entrevista a la usuaria con una actitud basada en el respeto, el diálogo y la empatía. Indagar sobre datos generales y otra información que la mujer y la persona que atiende considere pertinente y relevante para la atención integral.<br>d) Llenar Historia Clínica Perinatal con los datos generales: identificación, signos vitales, peso/talla.<br>e) Toma de signos vitales, peso y talla en todas las consultas. Reportar y explicar a la usuaria éstos.<br>f) Llenado del Carné Perinatal y explicación a las mujeres sobre contenido e importancia.<br>g) Anotar en el expediente de salud la información adicional pertinente. | Auxiliar de Enfermería |
| 2. Educación a la mujer embarazada y la familia gestante en los diferentes ámbitos (hogar, comunidad, servicios de salud y otros) | Brindar de forma continua información pertinente a la gestante y su familia que les permita mejorar la salud en forma integral | a) Estar atento (a) de datos que reflejen la adaptación al embarazo (ajustes emocionales, físicos, en la familia, trabajo<br>b) En cada uno de los contactos: explore de forma cuidadosa y con respeto las condiciones en que transcurre el embarazo y las situaciones particulares que se presenten durante el mismo. (diagnóstico de malformaciones en el feto, violencia, aparición de una complicación o enfermedad grave y otros pertinentes)<br>c) Escuchar las dudas y temores que la mujer embarazada y su familia tienen sobre el proceso que está viviendo.<br>d) Dar información adaptada a la edad, edad gestacional, al contexto y lenguaje de las usuarias, así como a las necesidades y solicitud | Equipo de Salud |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | de la misma.<br>Se considera que los temas básicos para tratar en los diferentes contactos son los siguientes:<br>• Derechos de la mujer y del niño y la niña en los servicios de salud de la CCSS, educación prenatal, preparación psicofísica para el parto y otros escenarios.<br>• Importancia del control prenatal, Vacunación, Lactancia Materna, signos que indican que sufre Violencia Intrafamiliar, signos y síntomas de alarma, atención posparto, Anticoncepción post-parto, protección sexual, signos y síntomas de depresión posparto.<br>• información sencilla sobre desarrollo intrauterino según mes de gestación, factores de riesgo que pueden afectar el desarrollo del bebé.<br>• aspectos generales en cuidados del recién nacido, control de crecimiento y desarrollo integral posterior al nacimiento, uso del carne del desarrollo integral del niño y la niña<br>• recomendar actividades para favorecer el vínculo padre-bebé, madre -bebé. | |

### *5.2.4 CONSULTA PRENATAL / CONTROL PRENATAL*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Entrevista a la embarazada | Obtener información relevante para la atención de la mujer embarazada en los diferentes contactos con el servicio de salud durante su embarazo, adecuada a su edad, etapa de desarrollo, condición de discapacidad y otros particulares.<br><br>Valoración de la adaptación de la mujer al embarazo en las diferentes esferas: emocional, social y otras | a) Saludar a la usuaria, llamarla por su nombre. RESGUARDAR LA PRIVACIDAD Y DIGNIDAD DE LAS MUJERES<br>b) Revisar y completar la HCPB<br>c) Preguntar a la embarazada o a la persona tutora o representante legal, cuando la persona no tenga capacidad para hacerlo, sobre su estado general.<br>d) Evaluación de la adaptación o no al embarazo (ajustes emocionales, físicos, en la familia, trabajo): explore de forma cuidadosa las condiciones en que se dio el embarazo. Cuando sea producto de abuso sexual independiente de la edad y condición, así como en menores de edad o personas con una discapacidad que la limite cognitiva y volitivamente, refiérala siempre a la persona especialista en estas áreas para un abordaje conjunto y aplicar los procedimientos legales correspondientes.<br>e) Explorar las dudas y temores de la consultante y de sus acompañantes.<br>f) Valore en cada uno de los contactos las condiciones en que transcurre el embarazo y las situaciones particulares que se presenten durante el mismo. (diagnóstico de malformaciones en el feto, violencia, aparición de una complicación o enfermedad grave, y otras) | Médico (a) o Enfermera (o) Obstetra |

| ACTIVIDADES | OBJETIVOS | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| | | g) Revisión de las anotaciones de la auxiliar de enfermería u otros profesionales involucrados<br>h) Revisión del expediente, de anotaciones, exámenes y otros anteriores. Dar énfasis a la identificación de las condiciones de riesgo con base a la historia y lo relatado durante la consulta y el contexto de la usuaria.<br>i) Validar síntomas y dudas de las mujeres.<br>j) Aclarar las dudas que se presenten con palabras sencillas, claras y de manera completa y respetuosa.<br><br>Apoye, escuche y acompañe de forma empática y respetuosa | Médico (a) o Enfermera (o) Obstetra |
| 2. Determinación de la edad gestacional y la fecha posible de parto | Programar las actividades de evaluación y seguimiento durante el embarazo | a) Calcular la edad gestacional y fecha probable de parto, a través de: fecha de última regla (uso de gestogramas y otros métodos) y medición de altura uterina. | |
| 3. Evaluación del estado nutricional materno y del incremento de peso durante la gestación | Monitorear el estado nutricional para detectar desviaciones que, por su magnitud, requieran la atención del personal de salud | a) Uso de nomograma para clasificación de la relación peso/talla de la mujer (Anexo I-3 / A - B).<br>b) Establecer la categoría de estado nutricional.<br>c) Dar recomendaciones pertinentes de acuerdo a la valoración realizada.<br>d) Referencia a personal especializado de acuerdo al problema detectado, si es del caso. | Médico (a) o Enfermera (o) Obstetra |
| 4. Realización del examen físico completo | Evaluar el estado general de la embarazada, su adaptación al embarazo y clasificar el riesgo. | a) Explicación de los “pasos” del examen físico, así como los procedimientos a realizar, y contestar consultas de forma clara y concisa, así como resguardar la dignidad y privacidad al examinarla.<br>b) Evaluación de los datos de presión arterial, peso, talla, ganancia de peso.<br>c) Revisión de la salud buco dental para detección de procesos sépticos dentales. | Médico (a) o Enfermera (o) Obstetra |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | d) Realización del examen de mamas: verificar que no existan anomalías o condiciones que puedan dificultar la lactancia, detectar patología mamaria<br>e) Realización del examen gineco-obstétrico completo: buscar signos de certeza o probabilidad de embarazo, detectar, referir, dar seguimiento y tratar precozmente patología encontrada.<br>f) En el caso de detectar una ITS: explicar a la usuaria de forma veraz y completa el diagnóstico, así como explicar y dar tratamiento inmediato.<br>g) Explorar conductas de riesgo personales y de la pareja (s) de manera respetuosa y confidencial. Esta exploración debe ser enfocada hacia la prevención y atención de ella y su pareja, y no al juzgamiento de su comportamiento.<br>h) Indagar las condiciones de la relación para determinar la posibilidad de la mujer para manejarlo a nivel de pareja y seguir el tratamiento.<br>i) Referir Oportunamente a trabajo social o psicología a las mujeres que así lo requieran para su intervención.<br>j) Darle seguimiento en el hogar si se requiere | |

| ACTIVIDADES | OBJETIVOS | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 5. Detección temprana de futuros estados hipertensivos durante el embarazo. | Referir adecuada y oportunamente al segundo o tercer nivel de atención médica los casos que lo requieran | a) Realización del ROLL OVER TEST a partir de las 20 semanas (Anexo I-5).<br>b) Medición de la tensión arterial.<br>c) Evaluación de edemas palpebrales y podálicos y de la de ganancia de peso en cada consulta.<br>d) Detección de hemoconcentración repentina.<br>e) Detección de proteína en orina.<br>f) Si se encuentran signos y síntomas sugestivos de HTA, referirse al anexo I-13. | Médico (a) o Enfermera (o) Obstetra |
| 6. Evaluación del crecimiento, desarrollo y bienestar fetal | Detectar oportunamente alteraciones en el crecimiento, desarrollo y bienestar fetal. | a) Medición de la Altura Uterina<br>b) detectar presentación, situación, actitud fetal y número de fetos, por maniobras de Leopold<br>c) Determinación de la frecuencia cardiaca fetal.<br>d) Determinación de los movimientos fetales<br>e) Anotar los datos en forma clara y completa en la HCPB y el carné perinatal<br>f) Analizar cuidadosamente los datos obtenidos<br>g) Explicarle a la madre la evolución del crecimiento y bienestar del feto. | Médico (a) o Enfermera (o) Obstetra |

| ACTIVIDADES | OBJETIVOS | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 7. Detección precoz y tratamiento en el embarazo de:<br>a) Anemia | Selección de pruebas de laboratorio de rutina para detectar y tratar los trastornos comunes durante el embarazo.<br>▪ Determinación de la hemoglobina | a) Indicar Hb y Hto en la primera consulta y en la semana 30 a 35<br>b) Prescripción de Hierro y Ácido Fólico a partir del primer trimestre.<br>c) Explicar la importancia del uso del ácido fólico y el hierro, la continuidad del tratamiento, así como de posibles efectos adversos del medicamento y formas de disminuirlos. | Médico (a) o Enfermera (o) Obstetra |
| b) Posible incompatibilidad sanguínea materno-fetal. | ▪ Determinación de Grupo y factor Rh | d) Indicar Grupo y Rh en la primera consulta.<br>e) Aplicar flujo grama de manejo del factor Rh (Anexo I-7). | |
| c) Detección de Infección del tracto urinario. | ▪ Determinación en orina de: bacteriuria y leucocituria asintomáticas. | f) Lo óptimo es Indicar y valorar examen de orina con técnica en todas las consultas. Búsqueda activa de las usuarias que tengan hallazgos de infección urinaria en el examen de laboratorio (bacteriuria asintomática).<br>g) Aplicar flujograma para detección y tratamiento de infección urinaria (Anexo I-6. Parte A y B). Explicar a la usuaria las medidas que debe tomar para que el tratamiento tenga efecto y las probables complicaciones de la presencia de bacterias o infección urinaria. | |
| d) Diabetes | ▪ Determinación de:<br>• Factores de riesgo por DM. Gestacional<br>• Estado de pre diabetes<br>• Diabetes gestacional | h) Si la primera atención prenatal es antes de las 24 semanas: realizar glicemia en ayunas y determinación de factores de riesgo y entre las 24 y 28 semanas realizar el tamizaje con glicemia poscarga (Anexo1-12).<br>i) Si el primer contacto ocurre después de la semana 24 y antes de la 28 de gestación realizar de una vez la glicemia pos- carga. Si ésta no está disponible realizar la glicemia post prandial. | |

| ACTIVIDADES | OBJETIVOS | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| e) Detección de sífilis | ▪ Determinar la presencia de sífilis y prevenir la sífilis congénita | a) Indicar y valorar VDRL en la primera consulta, y en el 2° y 3° trimestre del embarazo.<br>b) Explicar formas para prevenir y detectar conductas de riesgo en ella y su pareja para contraer ITS e HIV.<br>c) Si es positivo aplicar flujograma de manejo del V.D.R.L. (Anexo I-9) y lo mencionado en el punto 4. de f a j. VALORAR TRATAMIENTO INMEDIATO. "Cada caso nuevo de sífilis congénita refleja una falla en la atención en salud" (OPS, 2.004)<br>d) Aplicar acciones mencionadas en el punto 4. | Médico (a) o Enfermera (o) Obstetra |
| 8. Prevención de tétano neonatal y puerperal | Evitar tétano materno y neonatal | a) Revisión de esquema de vacunación<br>b) Aplicación de vacuna de acuerdo al flujograma para la vacunación con DT en el embarazo (Anexo I-11). | Médico (a)<br>Enfermera (o) obstetra<br>Auxiliar de Enfermería |
| 9. Tamizaje prenatal para VIH | Prevenir la transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana | a) Explorar conductas de riesgo(aplicar acciones del punto 4. f-j)<br>b) Brindar consejería sobre los beneficios del tamizaje prenatal para VIH.<br>c) Obtener el "Consentimiento" de la mujer para que se realice la prueba de ELISA -VIH.<br>d) Citar a la mujer para darle el resultado de la prueba y explicarle su significado.<br>e) Referir al nivel que corresponda si es necesario en caso de confirmación diagnóstica (Anexo I-10) | Médico o Enfermera (o) obstetra |

| ACTIVIDADES | OBJETIVOS | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 10. Evaluación y clasificación del riesgo en el embarazo en cada consulta | Determinar riegos biomédicos y condiciones que aumenten los peligros para la salud integral de la madre o del niño, los cuales pueden tener su origen en el ámbito biológico y/o en las condiciones de vida de las personas. *Contextualizar las condiciones de riesgo encontradas, en términos de la edad de la madre, recursos personales, redes de apoyo, gravedad potencial de la condición, residencia, situación socio económica, laboral, existencia de alteraciones en su salud mental, existencia de alguna discapacidad que incapacite o no para dar consentimiento o tomar decisiones. Así como en las características de la cultura de la comunidad.* | La clasificación de riesgo de forma integrada y eficaz, implica individualizar cada caso, con base en el conocimiento técnico, la experiencia y el contexto específico de la usuaria y el nivel resolutivo del servicio. Considerando:<br>a) Condiciones sociales y emocionales de cada mujer (económicas, familiares, etc.)<br>b) Historia completa de salud que permita identificar condiciones biomédicas específicas de riesgo<br>c) Examen físico organizado y minucioso.<br>d) Aplicación de pruebas de laboratorio de rutina.<br>e) Valoración de la adaptación al embarazo y estado emocional: detectar signos o síntomas de angustia o de cualquier estado emocional particular de la mujer que llame la atención<br>f) Pruebas de laboratorio y gabinete especiales para las condiciones encontradas<br>g) Una valoración fetal integral en el curso de la gestación<br>h) Valoración cuidadosa de la vía de parto.<br>*i) Referencia urgente cuando exista alguna condición que genere duda, implique suspensión de un tratamiento o que amenace de forma mediata o inmediata la salud o vida de la mujer (ver anexo 14)*<br>j) En caso de que el embarazo se convierta en una amenaza potencial o inminente para la salud integral o la vida de la madre, *refiérase inmediatamente* a la guía de interrupción terapéutica del embarazo, de acuerdo con el artículo 121 del código Penal. Al ser referida se le debe dar un seguimiento oportuno para su condición específica y verificar que fue atendida en el centro de referencia.(anexo 14) | Médico o Enfermera (o) obstetra |

| ACTIVIDADES | OBJETIVOS | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 11. Intercambio de información necesaria para ofrecer las mujeres embarazadas y su familia la oportunidad de asumir el autocuidado durante esta etapa y realizar su plan de parto. | Fortalecer a las mujeres gestantes y a sus familias para la apropiación de su proceso de embarazo y de parto, por medio de acciones educativas participativas y de respeto a la autonomía de las mismas. | a) Respetar el derecho de la usuaria de solicitar y obtener la información de su proceso, así como de los procedimientos, tratamientos o medicamentos que se indicarán.<br>b) Aclarar dudas y temores de forma respetuosa, horizontal. Debe utilizarse lenguaje sencillo al traducir los términos médicos al lenguaje cotidiano.<br>c) Brindar información considerando necesidades y etapa del embarazo, edad de la usuaria, en relación a: Importancia de la atención prenatal, Vacunación, Autocuidado, Lactancia Materna, Violencia Intrafamiliar, Puerperio, Anticoncepción post-parto, Prevención de ETS /SIDA y otros pertinentes al caso individual y preferencias.<br>d) Es importante aclarar cualquier duda con respecto desarrollo del niño o niña dentro del útero según edad gestacional, así como aquellas condiciones que pueden afectar su desarrollo<br>e) Referir a los lugares o instancias pertinentes según sea el caso (Ej.: VIF)<br>f) Estimular desde el primer contacto la visión de que el embarazo y parto son procesos naturales y como tales, debe intervenirse lo menos posible, desde el punto de vista médico y tecnológico.<br>Apoyar a la usuaria en la elaboración de su plan de parto, brindar elementos e información progresivamente, de acuerdo a las necesidades individuales: Centro donde será el nacimiento, quién la acompañará durante el parto, cómo enfrentarse al parto, posición durante el parto, qué le gustaría hacer inmediatamente cuando nazca el bebé, está dispuesta y tiene apoyo para dar lactancia. Aclararle que podría ocurrir un imprevisto o una complicación | Médico o Enfermera (o) obstetra<br>Equipo de Salud |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | en cuyo caso sería necesario hacer una cesárea u otro procedimiento, es importante explorar cuáles son sus recursos en tal caso. | |
| 12. Llenado del Carné Perinatal | Dar seguimiento adecuado en la atención de las mujeres gestantes a través de proporcionarle a la usuaria una historia resumida de su embarazo, que pueda ser utilizada por ella y en diferentes establecimientos. | a) Anotar en el carné perinatal los hallazgos encontrados en la consulta.<br>b) Explicar la importancia del carné, y en qué consiste la información para que la usuaria se apropie de éste. | Médico (a) o Enfermera (o) obstetra |

### *5.2.5 POST-CONSULTA*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Orientación a la embarazada sobre el plan de atención generado en la consulta | Asegurarse que la usuaria ha satisfecho las dudas que presentaba y que ha comprendido su estado de salud y la de su bebé, así como la importancia que tiene la atención prenatal y la preparación para el parto. | a) Revisar que los datos consignados en el expediente y el carné perinatal estén completos.<br>b) Orientación sobre:<br>Exámenes de laboratorio y/o gabinete<br>Referencias<br>Medicamentos<br>c) Contestar las dudas y complementar las indicaciones del médico(a) o enfermera(o) obstetra durante la consulta<br>d) Revisar si es un caso prioritario para dar seguimiento<br>e) Reforzar, animar y orientar a cada usuaria a realizar el plan de parto.<br>f) Reforzar conductas y actitudes positivas hacia el parto. | Auxiliar de enfermería<br>Personal de REDES |
| 2. Llenado de documentos para seguimiento | Asegurar la continuidad de la atención de la mujer gestante | a) Anotar la próxima cita en el cuaderno de citas (agendas), tarjeta de citas y/o carné perinatal<br>b) Darle verbalmente la información | Personal de REDES<br>Auxiliar de Enfermería |

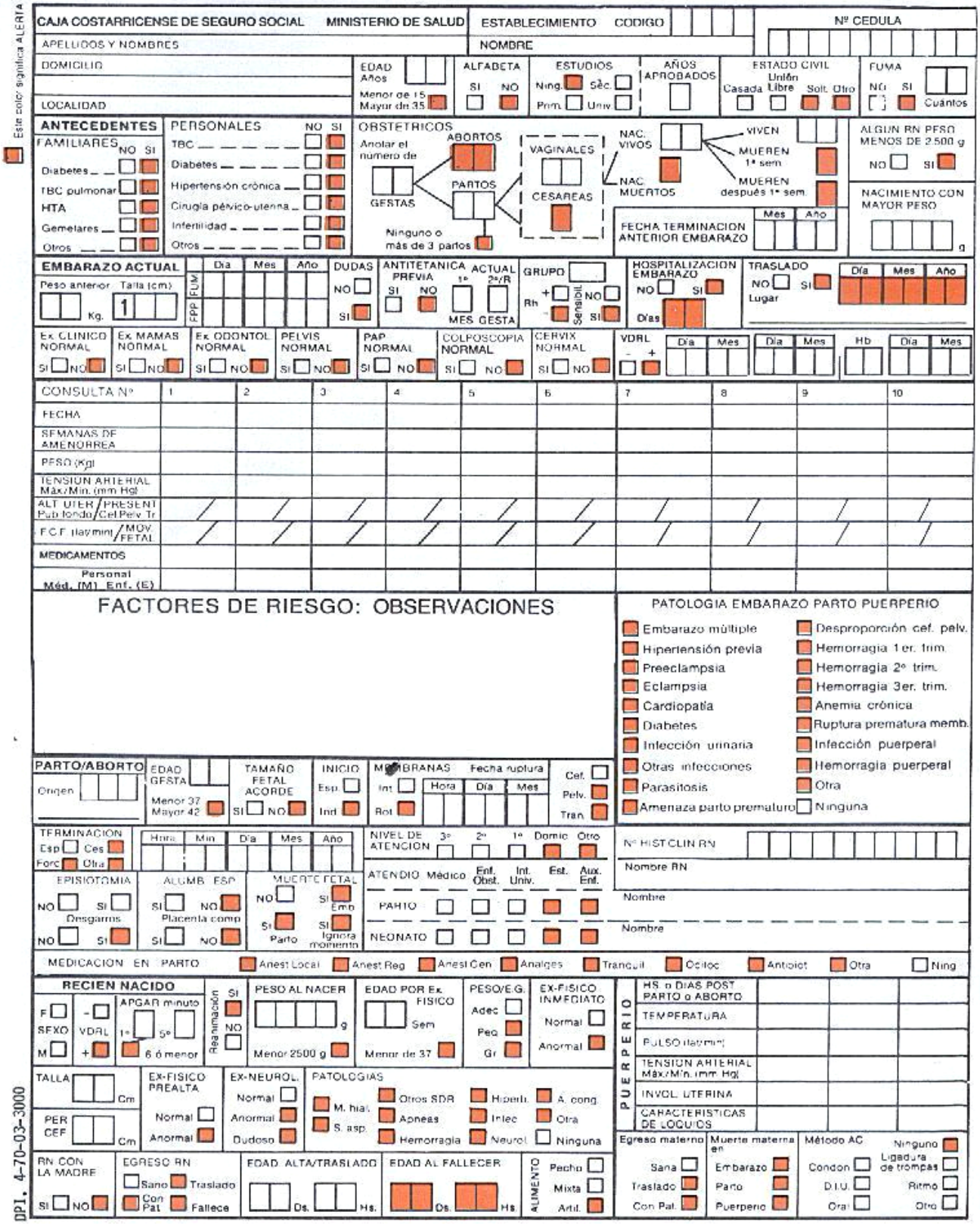
*Tabla 1. Cronología de las actividades para el control prenatal*

| **ACTIVIDADES PROPUESTAS** | **1ª consulta** | **CONSULTAS SUBSECUENTES** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Semanas de gestación | | | | |
| | | **-de 19** | **20-24** | **27-29** | **30-35** | **38ó+** |
| Registro de datos | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Interrogatorio | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Examen físico completo | **X** | | | | | |
| Examen Odontológico | **X** | | | | | |
| Evaluación de signos y síntomas de alarma referidos por la mujer | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Revisión de la última citología cervico-uterina | **X** | | | | | |
| En caso necesario toma de citología cérvico-uterina | **X** | | | | | |
| Evaluación de edad gestacional | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Hb / Hto | **X** | | | | **X** | |
| Grupo Rh | **X** | | | | | |
| VDRL | **X** | **R**ealizar en 2ª y 3ª trimestre | | | | |
| Glicemia en ayunas | **X** | | | Repetir entre las 28 y 34 semanas de gestación | | |
| Glicemia post-carga | **X*** | | | | | |
| Orina general con técnica | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Medición de talla | **X** | | | | | |
| Medición de peso en Kg. | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Evaluación de la ganancia de peso | | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Evaluación de edemas | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Medición de tensión arterial | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Medición de altura uterina | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Evaluación clínica de cantidad de líquido amniótico | | | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Diagnóstico de número de fetos | | | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Frecuencia cardiaca | | | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Movimientos fetales | | | **X** | **X** | **X** | **X** |
| ROLL OVER TEST | | | **X** | **X** | **X** | |
| Presentación fetal | | | | **X** | **X** | **X** |
| Valorar presencia de infecciones del trato genital | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Vacunación con DT | **Según esquema** | | | | | |
| Administración de hierro y ácido fólico | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Evaluación y clasificación del riesgo | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Educación para la salud | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Dar Información, aclarar dudas o consultas | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Evaluación del ajuste al embarazo | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Elaboración del plan de parto | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |

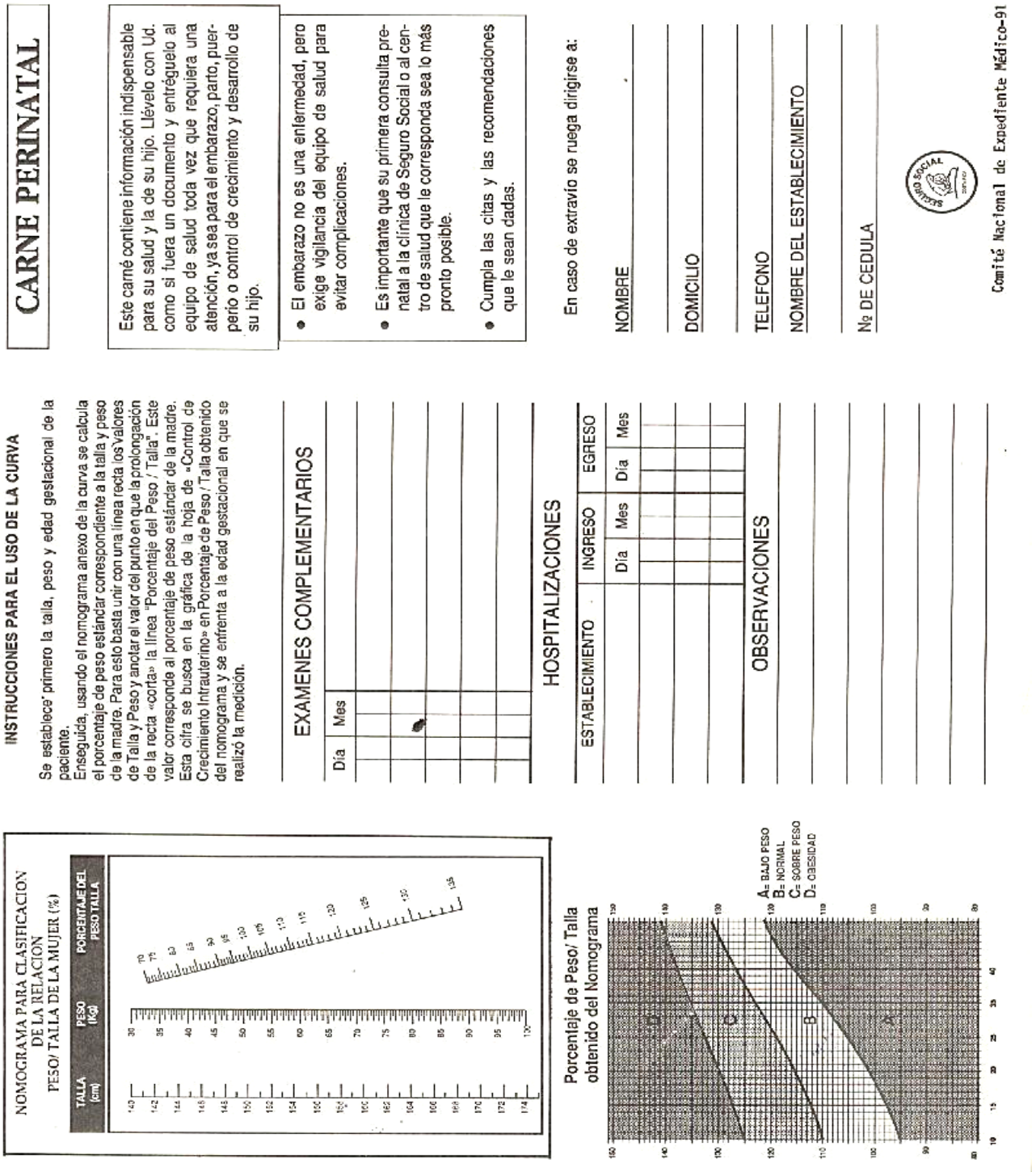
***** En la primera consulta para mujeres con factores de riesgo.

# 6 ANEXOS

*Anexo 1. Historia Clínica Perinatal Base*



## *Anexo 2. Carné Perinatal*



# CARNE PERINATAL

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Llévelo con Ud. como si fuera un documento y entréguelo al equipo de salud toda vez que requiera una atención, ya sea para el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

- El embarazo no es una enfermedad, pero exige vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.
- Es importante que su primera consulta prenatal a la clínica de Seguro Social o al centro de salud que le corresponda sea lo más pronto posible.
- Cumpla las citas y las recomendaciones que le sean dadas.

En caso de extravío se ruega dirigirse a:

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

TELEFONO _____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____

Nº DE CEDULA _____

Comité Nacional de Expediente Médico-91

**INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LA CURVA**

Se establece primero la talla, peso y edad gestacional de la paciente.
Enseguida, usando el nomograma anexo de la curva se calcula el porcentaje de peso estándar correspondiente a la talla y peso de la madre. Para esto basta unir con una línea recta los valores de Talla y Peso y anotar el valor del punto en que la prolongación de la recta «corta» la línea "Porcentaje del Peso / Talla". Este valor corresponde al porcentaje de peso estándar de la madre. Esta cifra se busca en la gráfica de la hoja de «Control de Crecimiento Intrauterino» en Porcentaje de Peso / Talla obtenido del nomograma y se enfrenta a la edad gestacional en que se realizó la medición.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

| Día | Mes | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

HOSPITALIZACIONES

| ESTABLECIMIENTO | INGRESO | | EGRESO | |
|---|---|---|---|---|
| | Día | Mes | Día | Mes |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

OBSERVACIONES

NOMOGRAMA PARA CLASIFICACION DE LA RELACION PESO/ TALLA DE LA MUJER (%)

TALLA (cm) | PESO (Kg) | PORCENTAJE DEL PESO TALLA

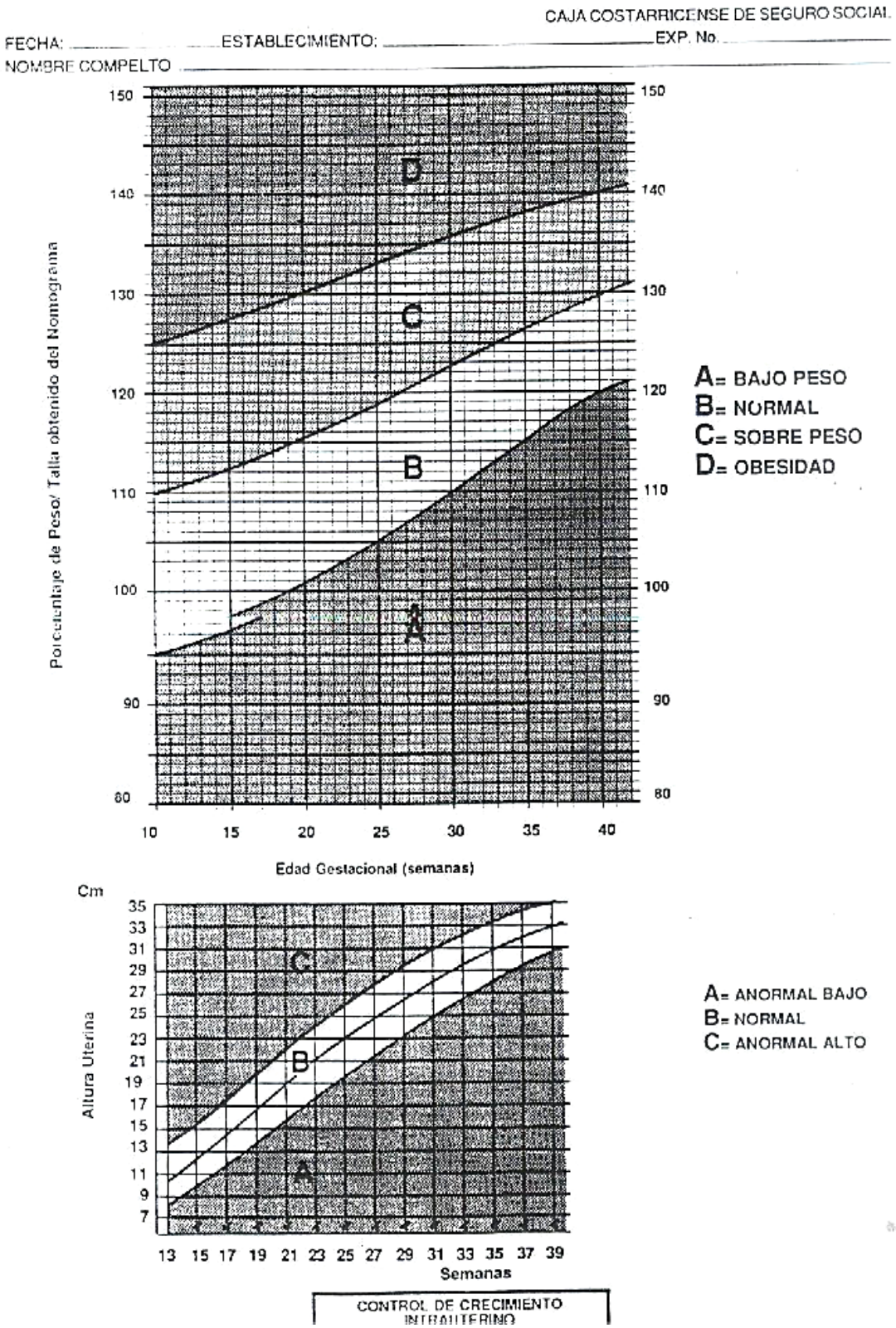
Porcentaje de Peso/ Talla obtenido del Nomograma

A= BAJO PESO
B= NORMAL
C= SOBRE PESO
D= OBESIDAD

*Nota aclaratoria: La página interna del carné perinatal contiene la Historia Clínica Perinatal Base en el mismo formato mostrado en el Anexo I-1.*

*Anexo 3. Control de Crecimiento Intrauterino:*

*A: Gráficos para el control de peso/talla y altura uterina.*

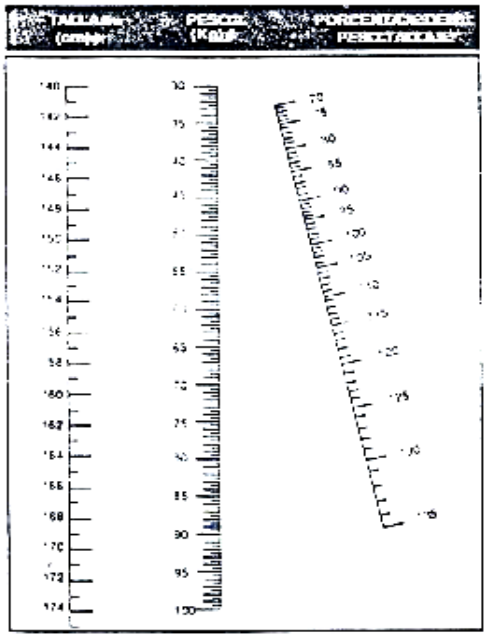


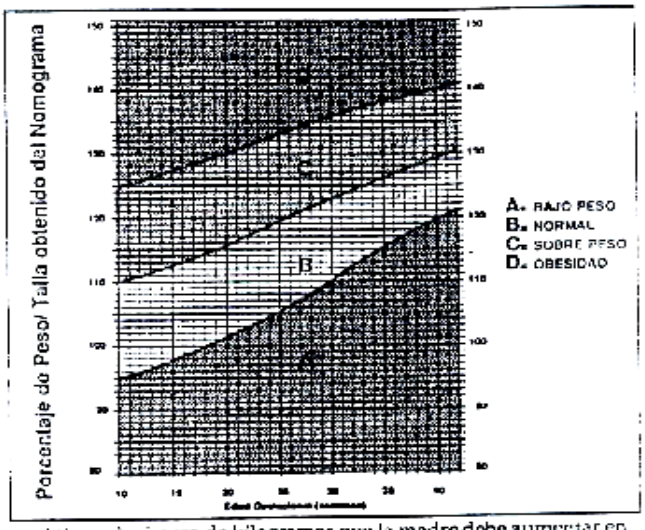
*Anexo 3. Control de Crecimiento Intrauterino:*

*Parte B: Indicaciones*

# CONTROL DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO

NOMOGRAMA PARA CLASIFICACION
DE LA RELACION
PESO/ TALLA DE LA MUJER (%)






## INSTRUCCIONES

**1- Uso de la curva**

Se establece primero la talla, peso y edad gestacional de la paciente.

Enseguida, usando el nomograma anexo de la curva se calcula el porcentaje de peso estándar correspondiente a la talla y peso de la madre. Para esto basta unir con una línea recta los valores de Talla y Peso y anotar el valor del punto en que la prolongación de la recta "corta" la línea "Porcentaje del Peso/Talla". Este valor corresponde al porcentaje de peso estándar de la madre. Esta cifra se busca en la grafica de la hoja de "Control de Crecimiento Intrauterino" en Porcentaje de Peso/Talla obtenido del nomograma y se enfrenta a la edad gestacional en que se realizó la medición.

Ejemplo:

Para una mujer que mide 1,54 m. y pesa 55 kg. su porcentaje estándar corresponde a 102% en el control.

**2- Categorías de estado nutricional**

La curva señala con áreas sombreadas las siguientes categorías de estado nutricional.

**Bajo peso:** Corresponde al área A.
Normal: Corresponde al área B.
Sobre peso: Corresponde al área C.
**Obesidad:** Corresponde al área D.

Cuando el Peso/Talla materno se ubica sobre una divisoria de categoría de peso, la madre se clasifica en la categoría inmediatamente inferior.

**3- Peso deseable de término**

Además de permitir el cálculo del porcentaje del peso estándar, el nomograma permite calcular el peso deseable al término del embarazo. Este cálculo es útil en las pacientes de Bajo Peso inicial, ya que las madres en el área Normal (área B) deben aumentar por lo menos 12 kg. Y aquellas en Sobrepeso (área C) y Obesidad (área D) un mínimo de 7,5 Kg. Sin embargo es importante saber el peso deseable de una madre con Bajo Peso inicial (área A), para orientar el tratamiento nutricional. Para esto se une el valor de talla materna con el peso 120% y se observa el valor de peso que corta esta recta imaginaria; ese es el peso deseable al término del embarazo. A este valor se resta el peso actual de la madre y se obtiene el número de kilogramos que la madre debe aumentar en lo que resta de su embarazo. Por ejemplo, una madre de bajo peso que mide 1,54 m. y que tiene un peso final recomendado de 120% debe pesar 64 kg. en la semana 40. Si en la semana 12 pesa sólo 50 Kg. necesitaría aumentar 14 Kg.

**4- Incrementos de peso**

El aumento de peso del embarazo no es un fenómeno uniforme. Toda mujer normal tiene periodos de incrementos que se apartan del promedio. La curva permite graficar estas fluctuaciones y reconocer aquellas desviaciones que, por su magnitud, requieren la atención del personal de salud. Para este fin es necesario usar como "canal de aumento de peso" a la pequeña área limitada por las líneas de incremento situadas inmediatamente por arriba y por debajo del punto en que se sitúa el porcentaje de peso inicial de la madre en observación.
Cuando en controles sucesivos al aumento de peso de la madre "se sale" de este canal, ya sea por exceso o por déficit, se recomienda evaluar cuidadosamente la situación. La única excepción son los casos en que el peso materno estaba ubicado sobre una de las líneas o muy cerca de una de ellas.
En este caso, se recomienda observar la evolución hasta un próximo control prenatal. Cuando se comprueba, de la manera descrita, un déficit en el aumento de peso, esto se define como "Bajo incremento".

**5- Casos especiales de interpretación de la curva**

**Adolescentes:**
La curva puede subestimar los incrementos ponderales de adolescentes que han concebido dentro de un período de 4 años después de la menarquia. A este grupo de madres jóvenes se les recomienda incrementar 1 Kg. adicional a los que indica la curva (en peso deseable de término).

**Talla alta:**
La curva no incluye valores para madres cuyas tallas excedan los límites incluídos en el nomograma. Para estos casos excepcionales se sugiere un incremento ponderal de 7,5-10,5 Kg. si la madre es obesa, 10, 5-13,5 Kg. si aparece normal, y superior a 13,5 Kg. si aparece enflaquecida.

**Pesos extremos:**
Si la obesidad de la madre es muy marcada (peso inicial superior a un 135% de la norma) debe recomendarse un incremento ponderal de 7,5-10,5 Kg.
Si una mujer muy enflaquecida llegara a embarazarse (peso en la semana gestacional 10-12 inferior a un 80% del estándar) inicialmente debe recomendarse una ganancia ponderal mínima de 15-17 Kg.
Una vez lograda cierta mejoría, los valores de peso podrán graficarse en la Curva Patrón.

SECCION MATERNA
DEPTO. MEDICINA PREVENTIVA

## 1. Indicadores de posible violencia física

| Lo que puede observarse: | Lo que la persona reporta: |
|---|---|
| ➢ Moretones en diferentes partes del cuerpo<br>➢ Quemaduras<br>➢ Laceraciones<br>➢ Heridas<br>➢ Fracturas<br>➢ Problemas crónicos de salud<br>➢ Múltiples hospitalizaciones<br>➢ Embarazos no deseados<br>➢ Intentos o ideas suicidas<br>➢ Tímpanos perforados<br>➢ Enfermedades de transmisión sexual (Incluyendo el VIH/SIDA)<br>➢ Muerte | ➢ Pellizcos<br>➢ Bofetadas<br>➢ Golpes<br>➢ Empujones, sacudidas<br>➢ Amenazas con armas<br>➢ Tirones de cabello<br>➢ Mordidas<br>➢ Puñetazos<br>➢ Patadas<br>➢ Lanzamiento de objetos |

## 2. Indicadores de posible violencia sexual (Secuelas de abuso sexual-infantil-Blume, 1990)

| Lo que puede observarse: | Lo que la persona reporta: |
|---|---|
| ➢ Desórdenes de la alimentación (anorexia, bulimia) y el sueño (insomnio, pesadillas)<br>➢ Pobre imagen corporal<br>➢ Adicciones<br>➢ Automutilaciones / autodestructividad<br>➢ Miedos /temores / fobias<br>➢ Desórdenes afectivos<br>➢ Problemas relacionados al establecimiento de la confianza de los límites personales<br>➢ Culpa/vergüenza<br>➢ Revictimizaciones<br>➢ Amnesia psicogénica /disociación<br>➢ Sentimientos de impotencia y abandono<br>➢ Estigmatización<br>➢ Negación, minimización o justificación de abuso<br>➢ Patrón de relaciones conflictivas<br>➢ Problemas en el área de la sexualidad (anorgasmia, vaginismo, otros).<br>➢ Trastornos físicos (gastrointestinales, ginecológicos) recurrentes embarazos no deseados<br>➢ Problemas para la expresión del enojo<br>➢ Limitada tolerancia a la felicidad | ➢ Manoseos o caricias no deseados<br>➢ Actos sociales obligados<br>➢ Penetración anal<br>➢ Violación marital<br>➢ Pareja exige sexo con amenazas<br>➢ Exposición obligatoria a material pornográfico<br>➢ Obligación de presenciar o realizar actividades sexuales con otras personas.<br>➢ Relaciones forzadas con animales<br>➢ Relaciones emocionales sexualizadas.<br>➢ Obligación de realizar actos sexuales no deseados<br>➢ Provocación de dolor durante el acto sexual como estímulo excitante para la pareja.<br>➢ Burlas y críticas al comportamiento sexual de la mujer<br>➢ Exige sexo después de una discusión o después de haber golpeado a la persona víctima<br>➢ Obligación de ejercer la prostitución |

### 3. Indicadores de posible violencia emocional

| Lo que puede observarse: | Lo que la persona reporta: |
|---|---|
| ➢ Dolencias crónicas (dolores de cabeza, molestias gastrointestinales, dolores de espalda)<br>➢ Trastornos del sueño<br>➢ Trastornos de la alimentación<br>➢ Angustia, ansiedad, temores<br>➢ Depresión<br>➢ Recuerdos dolorosos revividos con gran intensidad (flashbacks)<br>➢ Impotencia<br>➢ Pasividad, introversión<br>➢ Irritabilidad<br>➢ Aislamiento (pocos contactos sociales)<br>➢ Justifica la agresión que sufre<br>➢ Se culpa por la agresión que vive<br>➢ Dificultad para la toma de decisiones<br>➢ Busca soluciones mágicas<br>➢ Sentimientos de impotencia<br>➢ Baja autoestima | ➢ Insultos verbales comunes<br>➢ Gestos insultantes<br>➢ Gritos<br>➢ La ridiculiza<br>➢ Rechazo<br>➢ Comparaciones<br>➢ Manipulaciones<br>➢ Críticas constantes<br>➢ Culpabilizaciones<br>➢ Distancia ofensiva por parte del ofensor<br>➢ Amenazas (golpearla, abandonarla, quitarle la ayuda económica, quitarle los (as) hijos, matarse, matarla, matar a los hijos (as)<br>➢ Le cuenta sus aventuras con otras mujeres<br>➢ Promesas o esperanzas falsas<br>➢ Controla las actividades de la víctima<br>➢ Prohíbe que la persona víctima realice ciertas actividades (trabajar, estudiar, tener amistades, visitar a la familia).<br>➢ Impide que controle sus embarazos<br>➢ Destruye objetos de la persona víctima.<br>➢ Creación de un ambiente de miedo. |

### 4. VALORACION DEL RIESGO DE MUERTE PARA LA MUJER

**(Guía de Letalidad de la Dra. Leonore Walker)**

- La frecuencia del uso de la violencia por parte de la pareja está aumentando.
- La gravedad de la violencia de la pareja está aumentando.
- La pareja frecuentemente se intoxica con alcohol y usa drogas.
- La pareja amenaza con lastimar a los hijos o hijas.
- La pareja amenaza con matar a la mujer o a otras personas.
- La pareja usa la fuerza o amenazas para tener relaciones sexuales.
- Hay amenazas o intentos de suicidio por parte del hombre o de la mujer.
- Hay armas en la casa o son accesibles.
- Antecedentes de problemas psiquiátricos en el hombre o la mujer.
- Alto nivel de proximidad del hombre y la mujer (sí trabajan o viven juntos o muy cerca).
- Necesidad del hombre de controlar el contacto con los niños y niñas.
- Episodios recurrentes de estrés en la vida de la mujer y el hombre.
- Historia criminal previa del hombre.

En estos casos se requiere la toma inmediata de medidas de protección para la o las persona afectadas, tanto en el ámbito legal como personal, lo que en muchos casos implicará la búsqueda de recursos de reubicación temporal (albergues, comunales, familiares) mientras se ejecutan las medidas legales correspondientes. Las medidas de ubicación temporal de la persona afectada fuera del hogar no son recomendables en todos los casos, siendo preferible la salida del ofensor. Sin embargo, cuando la vida de la persona afectada está en riesgo, deben ser utilizadas.

## *PREGUNTAS CLAVES*
## PARA LA DETECCIÓN DE SITUACIONES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA ENTREVISTA A MUJERES EMBARAZADAS

1. ¿Cuándo ha habido conflictos o discusiones con su pareja, él le ha tirado objetos, portazos, destruido muebles, la ha echado de la casa?
2. En este embarazo ¿ha sido golpeada por su pareja?
3. ¿Actualmente tiene miedo que la agreda, maltrate o golpee su pareja?

***RECUERDE QUE EN MUCHOS CASOS, LA VIOLENCIA AUMENTA EN FRECUENCIA O INTENSIDAD CUANDO LA MUJER ESTÁ EMBARAZADA***

*Anexo 5. Prueba de presión supina o ROLL OVER TEST*[1]

TÉCNICA

1. Coloque a la embarazada en decúbito lateral y obtenga el valor estable de la presión arterial diastólica a través de varias mediciones de ésta.
2. Posteriormente coloque a la embarazada en posición supina para tomar la presión arterial diastólica un minuto después.

PRUEBA POSITIVA

Si la presión arterial diastólica en posición supina aumenta 20 mmHg o más, con relación a la presión tomada en posición lateral.

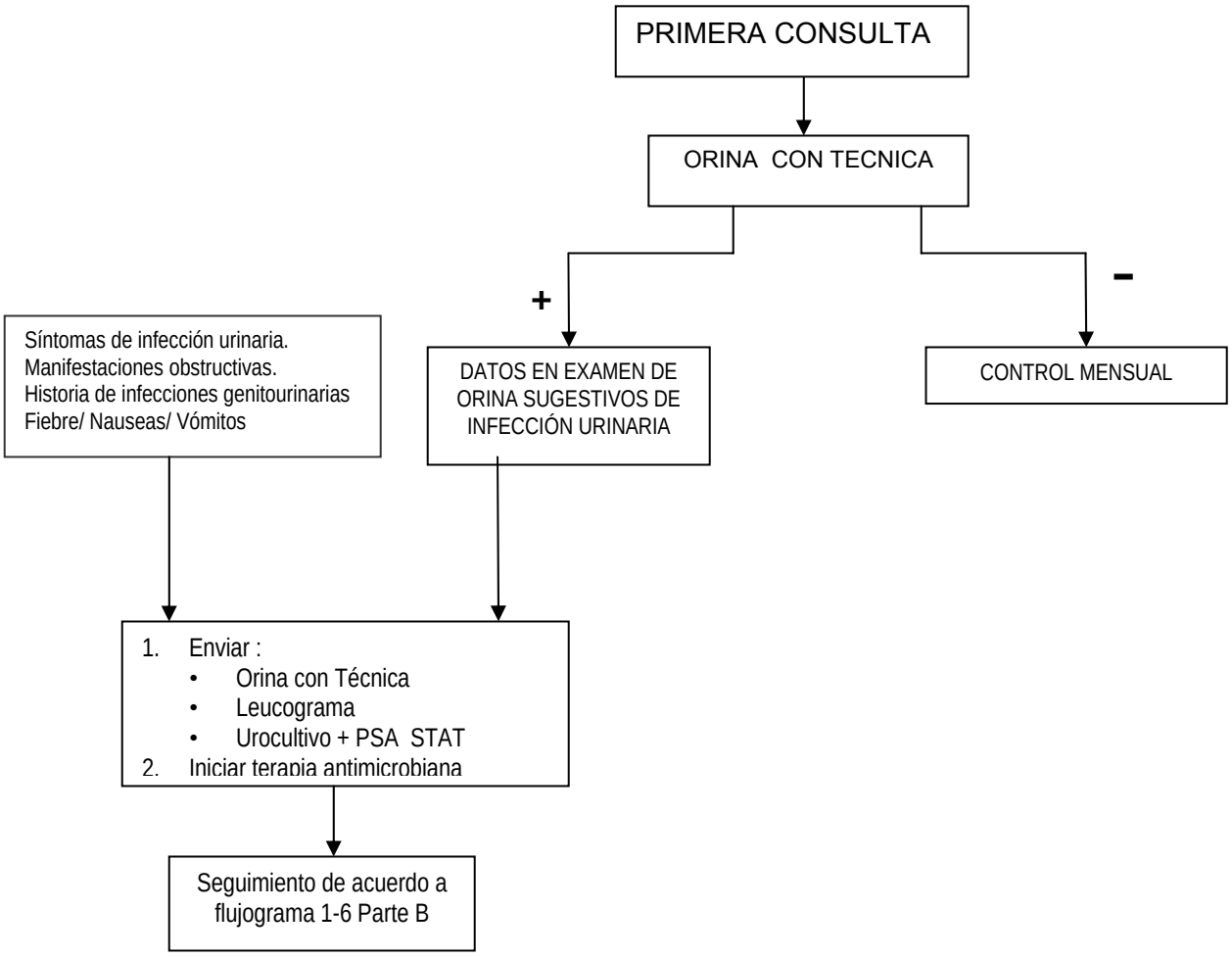
Una prueba positiva se relaciona con una mayor sensibilidad a la angiotensina II y por lo tanto, se asocia a un mayor riesgo de presentar hipertensión gestacional.

RECOMENDACIONES

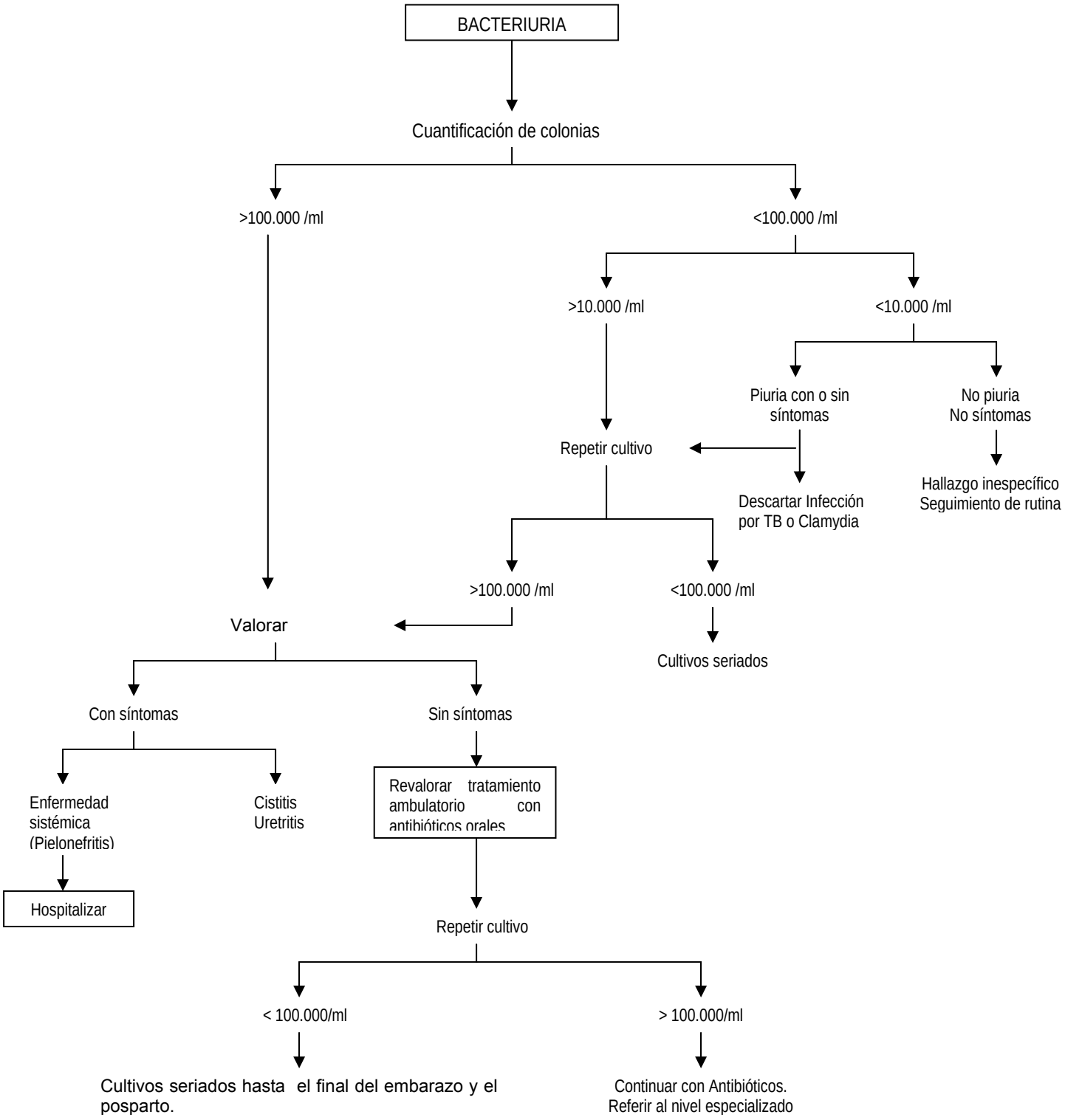
En caso de tener una prueba positiva, citar a la paciente cada 15 días hasta la semana 37 y luego, una vez por semana, en busca de signos y síntomas de pre-eclampsia. Es importante recordar que el análisis de los resultados de la prueba deben asociarse a otros elementos tal como se señalo en la sección 6.2.4 CONSULTA PRENATAL / CONTROL PRENATAL, actividad 6.

[1] *Programa Especial de Salud Materno-Infantil y Población. (1995)* ***Estados Hipertensivos del Embarazo****. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. CLAP-OPS/OMS.*

*Anexo 6. Flujograma para detección de infección urinaria. Parte A*

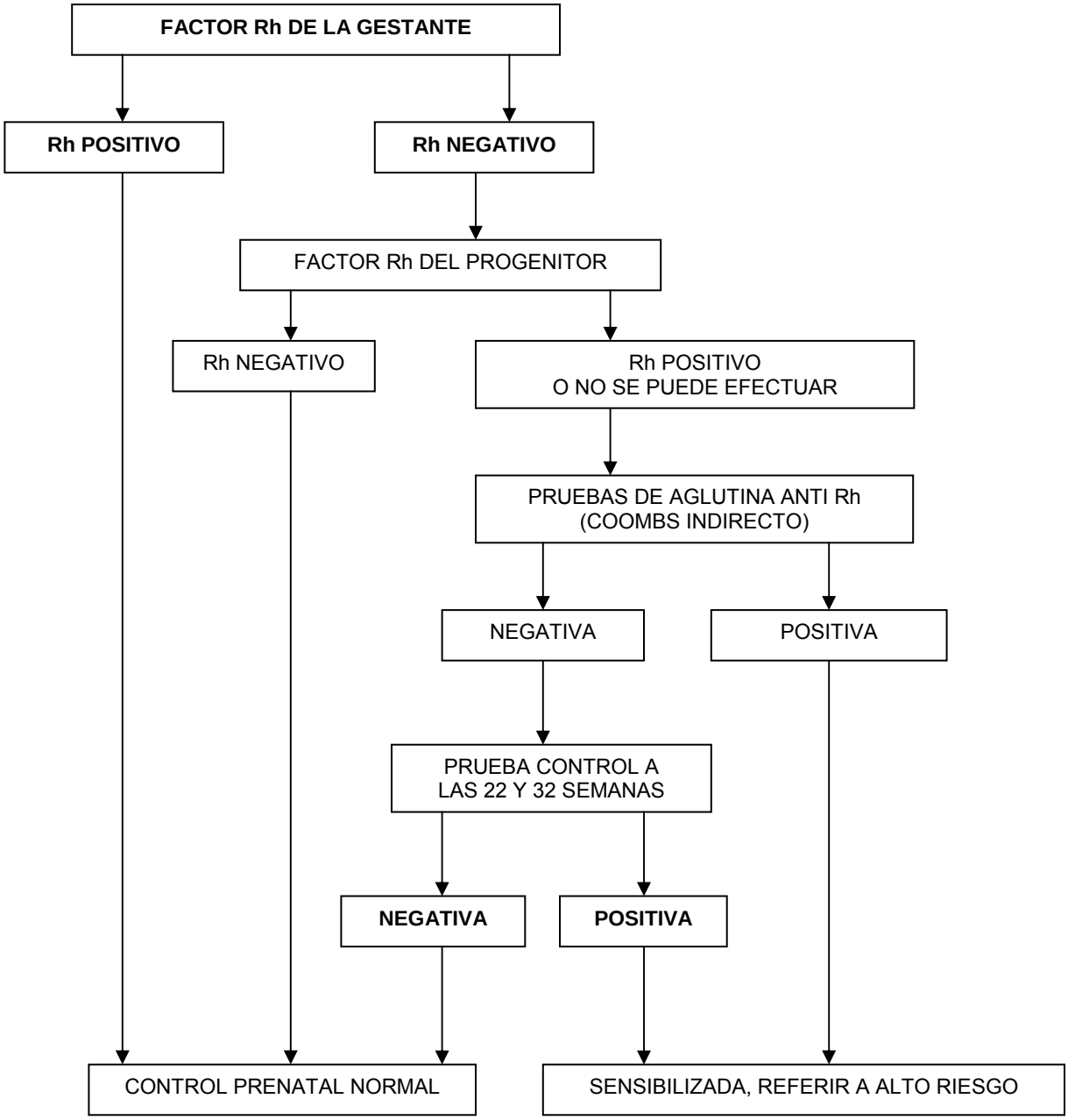


*Anexo 6. Flujograma para detección de infección urinaria[2]. Parte B*




[2] *Fuente: Balmookoot Balgobin. Bacteriuria en:* ***Obstetrical Decision Making****. CV Mosby Companies. St. Louis Missouri, 1987*

*Anexo 7. Flujograma para el manejo del factor Rh*



## Generalidades [3]

Las infecciones del tracto genital son un problema común en las mujeres. La presencia de infección altera el balance normal de la flora en la vagina y el cérvix, la cual ejerce un efecto protector de las infecciones ascendentes, debido a que mantiene el pH ácido en la vagina manteniendo así poca proliferación de patógenos.

Existe evidencia de que la detección y el tratamiento tempranos de las ITS en las mujeres embarazadas, puede prevenir una proporción de partos de pretérmino.

Para el diagnóstico temprano de las ITS en fundamental investigar sobre los signos y síntomas en cada consulta, así como explorar sobre ***relaciones sexuales sin protección en situaciones de riesgo***, tales como violencia, que ella o su compañero mantenga relaciones sexuales con diferentes personas sin protección.

Riesgos para la madre:

- Infecciones genitales sin tratar pueden causar Inflamación pélvica crónica o enfermedad sistémica.
- Infecciones no tratadas pueden llevar a infertilidad u otras secuelas.

Una vez que se ha identificado una infección genital es recomendable examinar por otros patógenos. Por ejemplo, aproximadamente una tercera parte de las mujeres con infección gonocóccica están infectadas también con clamydia.

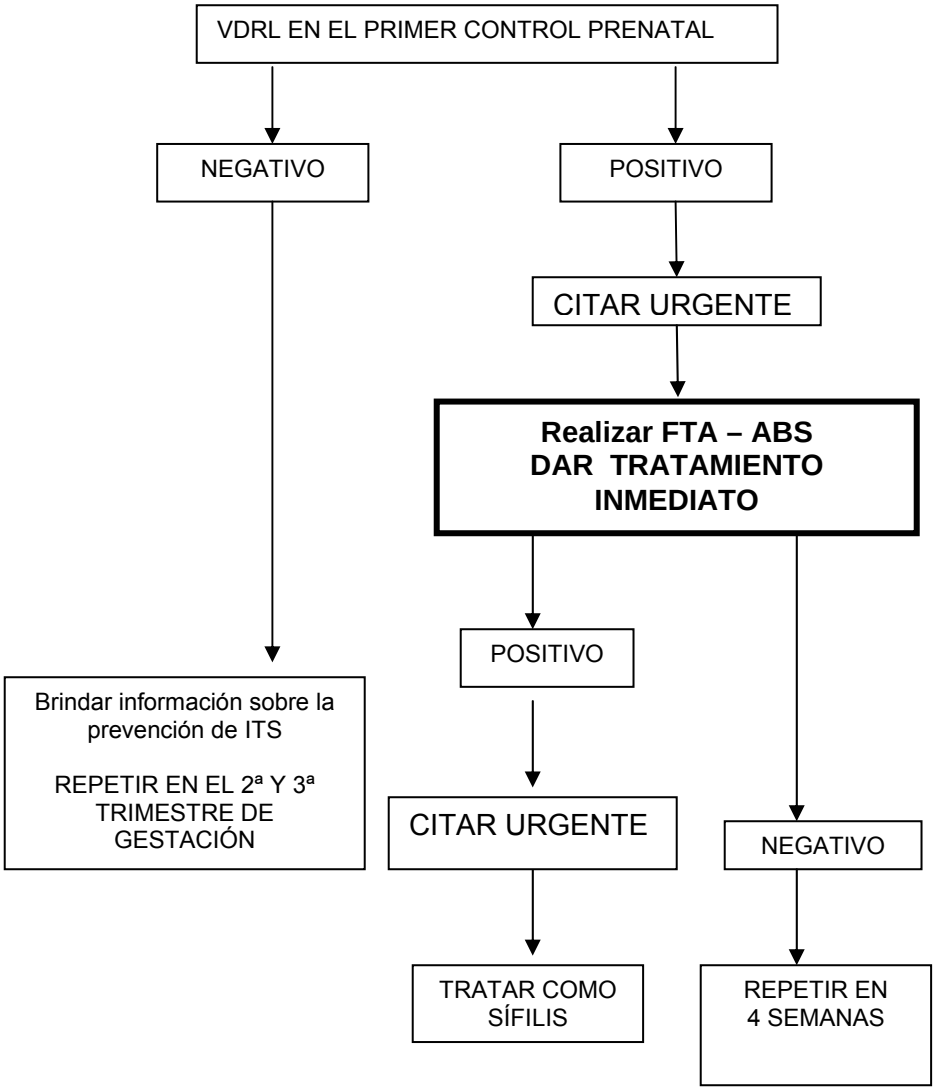
Riesgos para el niño o la niña:

- Pueden desencadenar una labor de pretérmino.
- La infección puede ascender, y comprometer el líquido amniótico, la placenta y/o el feto.
- Puede infectar al niño o la niña cuando pasa por el canal de parto

El manejo de las mujeres con una infección de transmisión sexual no se limita únicamente a proporcionar el tratamiento con antibióticos sino a la reducción y prevención de situaciones de riesgo, así como el tratamiento del compañero sexual. Esto se puede lograr realizando un diagnostico correcto, dando un adecuado tratamiento para la o las infecciones actuales para ella y su pareja, y brindando educación en salud.

[3] *Modificado de: Bailey Carey, Ferguson J.E., Boyle Robert and Kattwinkel John. Outpatient Perinatal Education Program. The high risk mother and fetus. University of Virginia Health Science Center.*

*Anexo 9*. Flujograma para la detección temprana de sífilis y prevención de sífilis congénita.




Incluir consejería en todos los casos para la prevención de ITS, así como acompañamiento y seguimiento de las usuarias infectadas por alguna ITS.

## *TAMIZAJE CON ELISA-VIH DE LA MUJER EMBARAZADA*

1. Todas las mujeres que acuden a la primera consulta prenatal deben recibir consejería sobre los beneficios del tamizaje prenatal para VIH.

2. Luego de la consejería (información, orientación y acompañamiento en la toma de decisiones), si la mujer está de acuerdo en realizarse la prueba de ELISA-VIH, esto debe de constar en el expediente con la firma de la interesada.

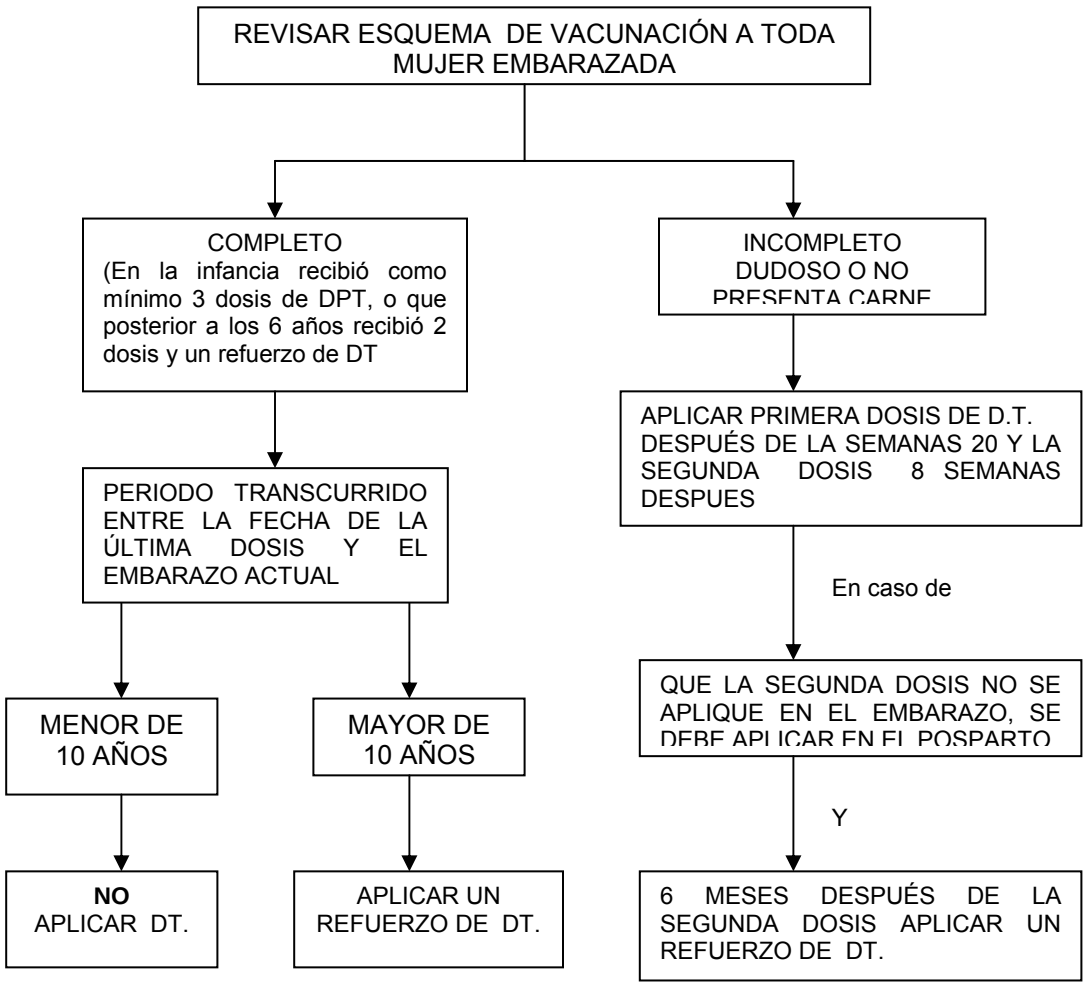
3. Obtener 5 cc de sangre total por punción de una vena periférica, depositarlos en un tubo sin anticoagulante, separar el suero y enviarlo con una orden para "ELISA-VIH".

4. Los casos con ELISA-VIH reactivo deben ser reportados de inmediato al personal de salud que atendió la consulta prenatal.

5. Citar a la mujer para explicarle el resultado de la prueba y referirla de inmediato al nivel de atención que corresponda.

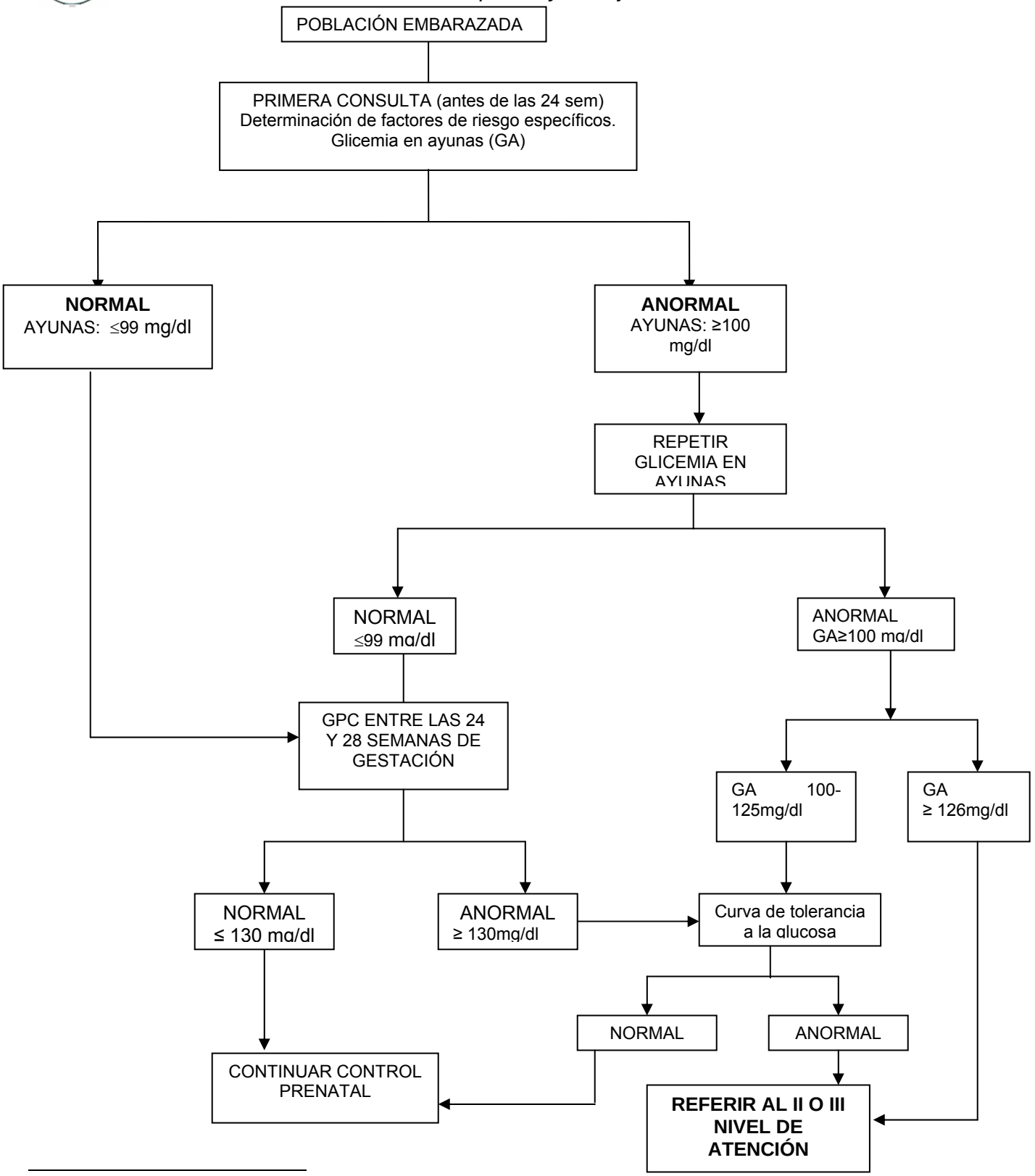
6. En el siguiente nivel se debe obtener una segunda muestra de sangre para el segundo ELISA-VIH y la prueba de Western-Blot.

*Anexo 11*. Vacunación con DT en la embarazada[4]




[4] Programa de Vigilancia Epidemiológica, CCSS.

*Anexo 12. Detección precoz y manejo de la diabetes[5].*

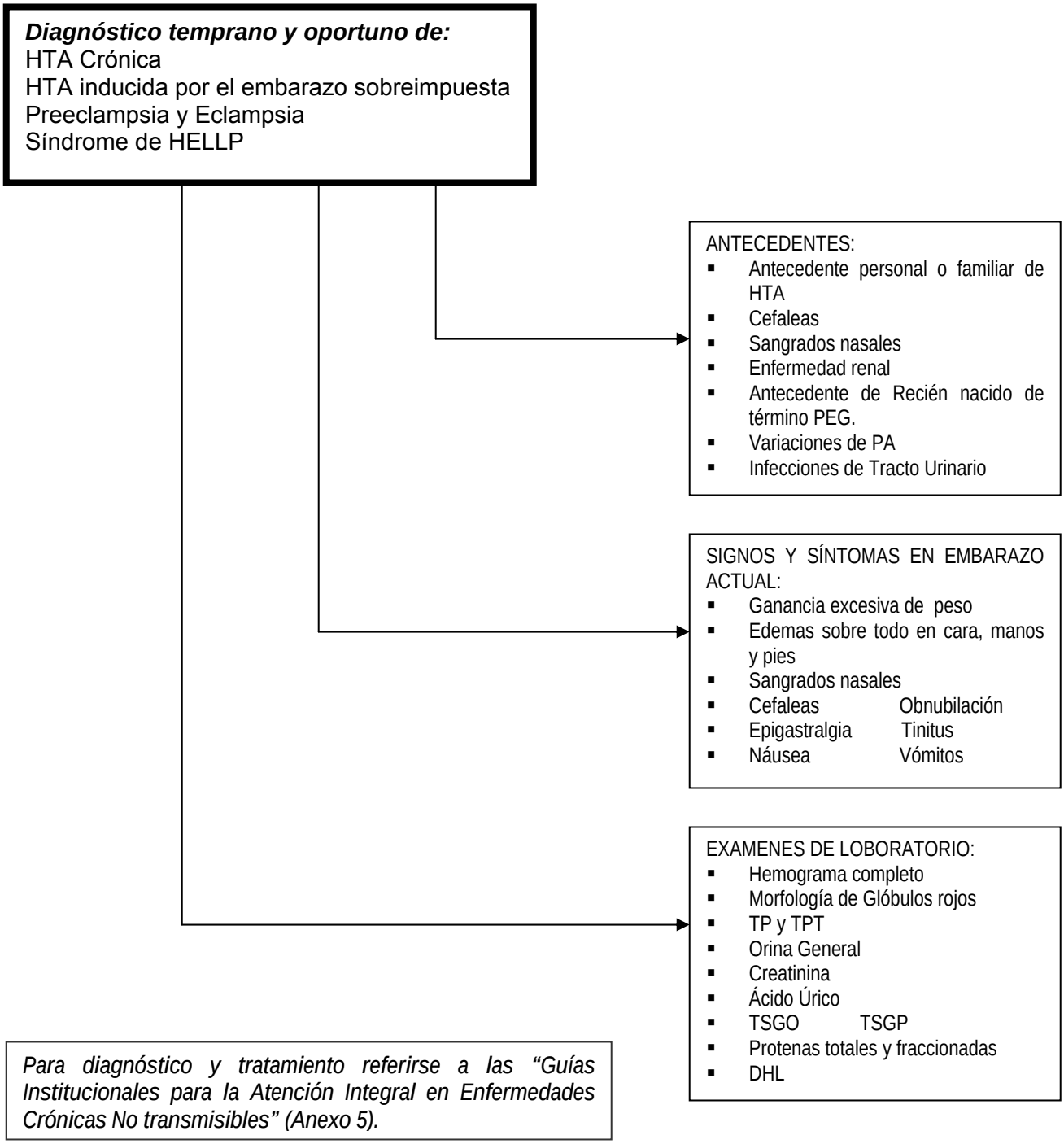



[5] *CCSS (2007) Manual para la Atención Integral de la Diabetes Tipo 2. En el primer nivel de atención. San José, Costa Rica.*

*Anexo 13. Hipertensión Arterial durante el Embarazo.*

El papel del equipo de salud con respecto a este tema, se concentra en cuatro áreas fundamentales:

1. Consejería a hipertensas crónicas en edad reproductiva.
2. Detección temprana.
3. Valoración y clasificación inicial de riesgo y referencia.
4. Manejo Inicial




*Para diagnóstico y tratamiento referirse a las "Guías Institucionales para la Atención Integral en Enfermedades Crónicas No transmisibles" (Anexo 5).*

*Anexo 14 Abordaje general del embarazo de alto riesgo*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS |
|---|---|---|
| Definición de prioridad de atención cuando se ha detectado que el embarazo es de alto riesgo para la salud integral y vida de la consultante<br><br>Refiérase a la Guía específica para la atención oportuna y completa. | *Proteger la salud y la vida de las mujeres* por medio de acciones eficaces, rápidas y oportunas para *Evitar situaciones de riesgo para su salud integral y su vida*<br><br>*Recuerde que el embarazo debe ser una época de alegría y satisfacción, no una amenaza de sufrimiento y de muerte para las mujeres y sus familias* | a) Escuchar activamente a las mujeres y en los casos especiales a sus tutores o representantes legales<br>b) Determine situaciones individuales que vulnerabilicen a la gestante tomando en cuenta su edad, condiciones de vida y de discapacidad, si estas últimas existieran<br>c) Explicarle a la usuaria de forma clara, completa y sencilla su condición y el riesgo a la que está expuesta<br>d) Exponerle las diferentes opciones para su atención, sin mezclar o incluir sus creencias personales, ya que este proceder solo perjudicará a la mujer ya que la expondrá a una situación de mayor riesgo.<br>e) Si tiene dudas o reservas en relación con la opción de la interrupción terapéutica del embarazo, recuerde que ésta es una decisión que debe tomar la embarazada, y cuando corresponda su tutor o representante legal, no usted como proveedor. Por esta razón es que debe referirla sin demora al centro especializado en el tema. Insistir en que acuda de manera rápida<br>f) Si la atención se está prestando en un servicio de atención primaria o la mujer presentara condiciones ajenas a la especialidad en la que está siendo atendida: Referir o realizar una interconsulta urgente al especialista correspondiente. Asimismo cuando exista alguna condición que genere duda, implique suspensión de un tratamiento o que amenace de forma mediata o inmediata la salud o vida de la mujer<br>g) Hacer referencia completa, clara y adjuntar los documentos necesarios al centro especializado para la valoración experta, para asesoría y seguimiento.<br>h) Brindarle los datos necesarios, los tiempos y trámites establecidos del centro especializado<br>i) Explorar si cuenta con recursos de apoyo (financieros, familiares y otros) para poder asistir al centro<br>j) Realizar la coordinación necesaria de forma inmediata, sea con el equipo de salud o recursos comunitarios<br>GUARDAR LA DISCRECIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA USUARIA |

***El realizar una valoración acuciosa de forma integral de la usuaria y tomar decisiones de manera rápida y oportuna puede salvar la vida de las mujeres***

## *Anexo 15. Reglamento del Seguro de Salud*[6]

### *Capitulo VI: Derechos y deberes de los usuarios*

Cuando un usuario utilice documentos de asegurado que no le pertenezcan con el fin de recibir atención médica, el Director del centro asistencial respectivo estará en la obligación de denunciar los hechos ante el Ministerio Público o los tribunales represivos correspondientes. El no cumplimiento oportuno de esta obligación, sin justa causa, se calificará como falta grave para los efectos laborales y administrativos.
Si el asegurado se presenta sin los documentos que lo acrediten como tal, será atendido si se trata de urgencia o de emergencia, pero si no acredita su condición dentro de los cinco días posteriores a la fecha en que concluyó la atención médica, el servicio le será cobrado por las vías que fueren pertinentes.

# CAPITULO VI

## DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS

### Artículo 75º
### De los derechos de los asegurados

Los asegurados tienen derecho a:
a. Ser atendidos en forma oportuna, dentro de las posibilidades de la Institución, con el máximo respeto, sin discriminación alguna, bajo una relación que destaque su condición de ser humano.
b. Recibir información precisa y clara sobre la realidad de su estado de salud, así como de las implicaciones de las diferentes alternativas de tratamiento a que podría ser sometido, de tal modo que pueda adoptar la decisión que mejor se ajuste a sus deseos o a sus convicciones en forma totalmente libre y voluntaria. Este derecho incluye el de ser informado, cuando así lo solicite el paciente por cualquier medio, de la razón de toda medida diagnóstica o terapéutica que se proponga, o de cualquier prueba complementaria. Se entiende que la información debe serle suministrada en términos que él pueda entender, dependiendo de su nivel de educación o de experiencia.
c. Que toda la información que genere el sistema de salud sea documentada, sin ningún tipo de exclusión o de excepción, en



el expediente clínico.
d. Conocer y solicitar la certificación de cualquier información de su expediente clínico.
e. Que todos los informes y registros reciban trato absolutamente confidencial, salvo cuando por ley especial deba darse noticia de ellos a las autoridades sanitarias.
f. Que se respete el derecho a la imagen, de modo que no sea objeto de información pública sin consentimiento expreso.
g. Tener acceso, en caso de duda, a una segunda opinión de otro médico de la Caja Costarricense de Seguro Social, antes de autorizar tratamientos, intervenciones quirúrgicas o procedimientos médicos de cualquier tipo.
h. Conocer el nombre del médico tratante y del personal responsable de su atención, así como la especialidad y calificación del personal y su responsabilidad en la coordinación, selección y administración del tratamiento.
i. Decidir libremente, sin ningún tipo de coacción o condicionamiento, su participación como sujeto pasivo en investigaciones clínicas o terapéuticas.
j. Decidir libremente, sin ningún tipo de coacción o condicionamiento, ser sometido a cualquier tipo de diagnóstico, tratamiento o procedimiento de análoga naturaleza.
k. Decidir libremente, sin ningún tipo de coacción o condicionamiento, si se somete a procedimientos diagnósticos o terapéuticos de efectividad no comprobada. Unicamente cuando hayan sido debidamente advertidos de los riesgos y ventajas de tales tratamientos. Los pacientes podrán autorizar su aplicación así como desautorizarla en cualquier momento, a su mayor conveniencia. El consentimiento siempre debe quedar constando por escrito.
l. Recibir la explicación pertinente sobre su estado de salud, sobre la evolución futura y la instrucción suficiente de toda indicación o contraindicación médica.
m. Recibir instrucciones claras, por escrito, sobre la utilización de los medicamentos recetados.
n. Conocer la organización y funcionamiento general del centro de salud, mediante información escrita que se le entregará en el momento de su ingreso.
ñ. Esperar una atención continua, y a recibir información sobre



sus necesidades de atención posteriores a su egreso, así como a recibir adiestramiento, de acuerdo con los recursos institucionales, sobre como cuidar personalmente su salud.
o. No ser rechazado por motivo de su enfermedad, cualquiera que sea su naturaleza o gravedad.
p. Ser visitado por sus familiares, amigos y otros, o recibir de ellos comunicaciones telefónicas o escritas, así como rechazar la visita de aquellas personas con quienes no desee comunicarse.
q. Expresar, por la vía de su predilección, las quejas reclamaciones o sugerencias que desee formular, y recibir respuesta escrita de la autoridad competente sobre las mismas.

### Artículo 76º
### De los derechos de la mujer embarazada

Además de los anteriores, la mujer embarazada tendrá los siguientes derechos:
a. Participar en las decisiones relacionadas con su bienestar o el de su hijo aún no nacido.
b. Recibir cursos de preparación para el parto.
c. Estar acompañada de una persona de su confianza durante el tiempo anterior al parto, durante la labor de parto y durante el período posterior al mismo.
d. Tener a su lado al niño, así como a su padre, tan pronto como sea posible, después del parto y durante su estancia en el hospital.
e. Atender a su hijo personalmente, si su condición o la del niño lo permite, y alimentarlo según las posibilidades y necesidades de ambos.
f. Todos los demás prescritos en el ordenamiento jurídico.

### Artículo 77º
### De los derechos del niño

En forma adicional a los derechos previstos en el artículo 75º, y sin perjuicio de los derechos consagrados en otros instrumentos normativos de mayor rango, los niños tendrán los siguientes derechos.
a. Estar acompañado de sus padres o de las personas que los sustituyan, el máximo tiempo posible durante su permanencia



en el hospital, participando activamente en la vida hospitalaria.
b. Recibir el tratamiento, la educación y la asistencia especiales que requiera su estado particular, en el caso que experimente una invalidez física, mental o social.
c. Disponer de todas las oportunidades de juego y de recreo que se dirigirán para las mismas finalidades que la educación. La sociedad y las autoridades públicas harán todo lo necesario para fomentar el disfrute de este derecho.
d. Recibir información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.
e. A una recepción y seguimiento individual, destinándose en la medida de lo posible las mismas enfermeras y auxiliares para dicha recepción.
f. A contactar con su padre o con la persona que lo sustituya, en momentos de tensión, disponiendo a tal efecto de los medios adecuados.
g. Disponer de locales amueblados y equipados de modo que respondan a sus necesidades de cuidados, educación y juegos de acuerdo con las normas de seguridad.
h. Proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital y beneficiarse de las enseñanzas y material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, siempre que no suponga obstáculos o perjuicio en su tratamiento.
i. Disponer durante su permanencia en el hospital, de juguetes adecuados a su edad, de libros y medios audiovisuales.
j. Disponer de la Libreta del Niño como documento personal en el cual se reflejen las vacunaciones y el resto de datos de importancia para su salud.

### Artículo 78º
### De las obligaciones y responsabilidades de los asegurados

Los asegurados, independientemente de su condición, tendrán las siguientes responsabilidades y obligaciones.
a. Observar las normas propias del centro de salud que afecten su tratamiento y conducta.



[6] *Aprobado por Junta Directiva en el artículo 36° de la sesión número 143, celebrada el 22 de julio de 1997.*

Las tendencias mundiales están dirigiéndose a recuperar la visión de "normalidad" del embarazo y el nacimiento, es decir, a la desmedicalización de esos procesos. La evidencia científica muestra que "se obtienen mejores resultados en relación con la salud de las madres y de sus niñas (os), utilizando menos intervenciones, drogas y tecnología" (OMS, 1996). Por lo que **"en el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural".**

Con base en lo anterior, se hace necesario revisar los conceptos, definiciones e intervenciones con el fin de establecer coherencia con el enfoque.

## 1 Definiciones

### *1.1 Población asistida:*

Toda embarazada en labor de parto.

### *1.2 Condiciones que influyen en el proceso de labor y parto:*

Existen tanto condiciones generales de las mujeres así como condiciones obstétricas que pueden favorecer o desfavorecer el proceso de labor y parto: el estado general de la madre (las condiciones en que se ha desarrollado su embarazo, condiciones presentes: hidratación, nutrición, descanso, su estado emocional, el acompañamiento efectivo, la paridad, las condiciones favorables de cérvix, la madurez fetal, la condición feto placentaria (movimientos fetales, reactividad fetal), la presentación y posición del feto, el estado de integridad de las membranas y la actividad uterina.

Hay que recordar que deben ser considerados de forma importante las condiciones ambientales y humanas relacionadas con la atención en el establecimiento de salud, desde su admisión hasta la atención de su parto. Aspectos tales como la interrelación con el personal del hospital, la privacidad, los muebles, la luz, el ruido ambiental etc. ya que éstas influyen directamente en el estado emocional de la madre, liberando o inhibiendo sustancias (hormonas y neurotransmisores) que afectan directamente la contractilidad uterina. Como lo menciona Michel Odent: "el proceso del nacimiento está regido por el cerebro primitivo, el cual libera un "cóctel de hormonas" para facilitar el camino" (Davis, 2.004) es decir, el proceso del parto no está regido por la voluntad o el razonamiento generado por la neocorteza, se trata más bien de un proceso regido por el "instinto". Todas las condiciones que estimulen la neocorteza como la luz intensa, el ruido, la sensación de ser observada u otras condiciones que le produzcan tensión en la madre, van a generar una serie de reacciones fisiológicas mediadas por neurotransmisores que van a impedir un desarrollo adecuado de los procesos. Davis, 2.004

**Parto normal:**

Se define como parto normal aquel que:
***"inicia espontáneamente, es de bajo riesgo al iniciar y permanece así durante toda la labor y el parto. El (la) niño (a) nace espontáneamente, de vértice, entre las 37 y 42 semanas de gestación. Después del nacimiento la madre y el infante se encuentran en buenas condiciones"*** *(WHO/FRH/MSM/96.24)*

De acuerdo con esta definición diversos estudios han mostrado que la tasa promedio de parto de alto riesgo es de aproximadamente el 20%, similar a la proporción de embarazos de alto

riesgo. En general se considera que la proporción de mujeres de bajo riesgo al inicio de la labor está entre el 70% y 80% *(WHO/FRH/MSM/96.24)*.

Por lo anterior, en un parto normal debe haber una razón válida para interferir con ese proceso natural

Es necesario hacer el diagnóstico de verdadero trabajo de parto para la admisión de la embarazada, ya que el trabajo del parto suele dividirse en falso y verdadero.

El parto normal es atendido por personal autorizado, Médico(a), enfermeras obstetras, internos universitarios y enfermeras de postgrado bajo supervisión, previa valoración del médico gineco-obstetra o de la enfermera obstetra.

*1.3 Falso trabajo de parto:*

El falso trabajo de parto, que es bastante común al final del embarazo, se caracteriza por contracciones irregulares, que se acompañan de dolor dorsal leve o severo pero sin progreso, no hay modificaciones cervicales y la presentación no desciende.

*1.4 Verdadero trabajo de parto:*

El verdadero trabajo de parto comienza con contracciones uterinas regulares, las cuales se vuelven más frecuentes, más intensas y de mayor duración a medida que transcurre el tiempo; hay cambios cervicales (dilatación y borramiento), generalmente ocurre expulsión del tapón, mucoso y descenso de la presentación.

*1.5 Partograma*

Es una representación gráfica de la evolución del trabajo de parto, que se aplica tanto en parto espontáneo como el inducido y permite alertar en aquellos casos que se insinúa un detenimiento o poco progreso del trabajo de parto. Evita el uso innecesario de maniobras y medicamentos, porque amerita la evaluación integrada y cuidadosa de la mujer.

En este instrumento se registra:

- Dilatación cervical
- Frecuencia de las contracciones
- Altura de la presentación
- Variedad de posición
- Frecuencia cardiaca fetal
- Estado de las membranas ovulares

Con base en los datos se construyen las curvas de alerta, las cuales permiten evaluar el progreso del parto en un caso individual. Marcan un límite extremo (percentil 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo con base en datos que incluyen al 90% de la totalidad de los partos normales. Permiten alertar precozmente ante aquellos casos que, al traspasar ese límite, estén mostrando un enlentecimiento que requiera mayor vigilancia para descartar cualquier anomalía. Díaz, G y colaboradores, CLAP 1993.

***La valoración del progreso de la labor de parto se hace a través de la observación de la mujer, su apariencia, comportamiento, lo que ella expresa, las contracciones y el descenso de la presentación; así como la dilatación cervical.***

## *1.6 Componentes del gráfico de labor y parto o del partograma*

### *1.6.1 Tiempo:*

Se toma desde cero (en el momento de inicio de admisión al hospital). Ejemplo: si ingresa a las 6 p.m. este corresponde al cero y se continua reportando. Aunque la mayoría de la labor de parto es completada en menos de 10 horas de su admisión al hospital, este gráfico comprende hasta las 12 horas.

### *1.6.2 Registro del corazón fetal:*

Se recomienda hacerlo antes, durante y después de las contracciones, para detectar tempranamente variaciones en la frecuencia cardiaca fetal, auscultando cada 15 o 30 minutos durante todo el período de labor y parto. Para anotar los cambios se utilizará la siguiente clasificación:

a) Normal: 120 – 160. Sin cambio con las contracciones.
b) Anormal :
   - Taquicardia: 160-180 (leve). 181 o más (severa)
   - Bradicardia: 100-119 (leve). 90 o menos (severa)
   - Desaceleración temprana: presentando bradicardia durante la contracción.
   - Desaceleración tardía: bradicardia después de la contracción.
   - Desaceleraciones variables: bradicardias que no tienen relación con la contracción.

### *1.6.3 Líquido amniótico*

- Si las membranas están integras, se anota I.
- RA para ruptura artificial
- RE para ruptura espontánea

Características del líquido:

- Claro : C
- Sanguinolento: S
- Meconial: M

### *1.6.4 Planos Hodge*

Corresponden al descenso de la presentación.
I Plano: va del borde superior del pubis al promontorio.
II Plano: va del borde inferior del pubis a la segunda y tercera articulación sacra.
III Plano: Pasa por las espinas ciáticas.
IV Plano: Pasa por la punta del coxis.

Para llevar el control de Planos de Hodge contra Horas de Labor en el PARTOGRAMA, se hace con un +.

### *1.6.5 Dilatación cervical*

La dilatación cervical demuestra el progreso verdadero de la labor de parto (fase activa, 4 cm). Se examina a la embarazada de acuerdo con su evolución.

Para llevar el control de Dilatación contra Horas de Labor en el PARTOGRAMA, se hace con un 0.

### *1.6.6 Concepto de línea de alerta y línea de acción*

El propósito de la línea de alerta es ayudar a detectar tempranamente el momento en que la labor de parto es anormal. Cuando la labor de parto cae por debajo de la línea de alerta, se requiere evaluar los factores que están afectando el desarrollo de la labor.

Se ha establecido un tiempo de 4 horas de evolución del parto normal desde que se inicia la fase activa (subfase de aceleración) para trazar la línea de alerta. Si la labor no progresa en 4 horas, se requiere analizar la situación para identificar los factores que están afectando la evolución de la labor y determinar el plan a seguir.

Para establecer las curvas patrón normales, se consideraron algunas características que pudiesen influir en la evolución de la dilatación. Se subdividio según la paridad (nulíparas y multíparas), la posición materna durante el trabajo de parto (vertical u horizontal) y el estado de las membranas ovulares (membranas rotas y membranas íntegras). Del estudio de comportamiento de las curvas de dilatación cervical para distintas situaciones obstétricas, se reconocieron cinco patrones normales diferentes (Anexo II- 1). (CLAP OPS/OMS, Publicación científica 1203, 1993)

## *1.7 Trabajo de parto*[7]

*Tabla 2. Diagnóstico del período y la fase del trabajo de parto*

| *Signos y síntomas* | *Período* | *Fase* |
|---|---|---|
| • Cuello uterino no dilatado | Trabajo de parto falso/<br>No hay trabajo de parto | |
| • Cuello uterino dilatado menos de 4 cm. | Primer | Latente |
| • Cuello uterino dilatado de 4-9 cm.<br>• Tasa de dilatación característica de 1 cm. por hora o más<br>• Comienza el descenso fetal | Primer | Activa |
| • Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm.)<br>• Continúa el descenso fetal<br>• No hay deseos de pujar | Segundo | Temprana<br>(no expulsiva) |
| • Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm.)<br>• La parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis<br>• La mujer tiene deseos de pujar | Segundo | Avanzada<br>(expulsiva) |

### *1.7.1 Progreso del primer período del trabajo de parto*

- Los hallazgos que sugieren un **progreso satisfactorio** en el primer período del trabajo de parto son:
  - La madre está concentrada, expresa deseos y emociones de acuerdo a la fase
  - las contracciones son regulares, de frecuencia, intensidad y duración que aumentan progresivamente;
  - una tasa de dilatación del cuello uterino está de acuerdo con los parámetros del partograma(dilatación del cuello uterino sobre la línea de alerta o a la izquierda de la misma);
  - el cuello uterino bien adosado a la parte fetal que se presenta.

- Los hallazgos que sugieren un **progreso insatisfactorio** en el primer período del trabajo de parto son:
  - La madre está deshidratada, agotada. Su cuerpo está tenso, sobre todo cuello, hombros y espalda.
  - Las contracciones se vuelven débiles, irregulares e infrecuentes después de la fase latente;
  - una tasa de dilatación del cuello uterino más lenta o se estacionó en la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino a la derecha de la línea de alerta);
  - el cuello uterino mal adosado a la parte fetal que se presenta.

[7] WHO/RHR/00.7 (2002) Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstétricas y médicos.

El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto prolongado y requiere la reevaluación inmediata de las condiciones maternas, fetales y ambientales para corregir sus causas.

### *1.7.2 Progreso del segundo período del trabajo de parto*

- Los hallazgos que sugieren un **progreso satisfactorio** en el segundo período del trabajo de parto son:
  - El descenso constante del feto por el canal de parto;
  - El inicio de la fase expulsiva (de pujar).

- Los hallazgos que sugieren un **progreso insatisfactorio** en el segundo período del trabajo de parto son:
  - La ausencia de descenso del feto por el canal de parto;
  - La falta de expulsión durante la fase avanzada (expulsiva)

### *1.7.3 Progreso del estado del feto*

- Si hay irregularidad en la frecuencia cardiaca fetal (menos de 100 o más de 180 latidos por minuto), sospeche sufrimiento fetal.

- En el trabajo de parto, cualquier posición o presentación que no sea la occípito-anterior con un vértice bien flexionado, se considera una anomalía de posición o presentación.

### *1.7.4 Progreso del estado de la madre*

Evalúe a la mujer para detectar signos de sufrimiento, por ejemplo:

- Si el pulso de la mujer se está acelerando, puede estar deshidratada o con dolor. Asegúrese de que reciba una hidratación adecuada vía oral con líquidos.

- Ofrezca y aplique técnicas para disminuir la tensión y el dolor tales como: masaje, mensajes positivos, descanso, baño o tina con agua caliente, técnicas de relajación y de respiración

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

- Si hay acetona en la orina de la mujer, sospeche una nutrición deficiente ofrezca líquidos azucarados, miel u otros que la mujer tolere.

"la restricción absoluta de ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto no es de utilidad, genera disconformidad en las mujeres y resulta riesgoso. Se desaconseja el uso rutinario de vías para hidratación endovenosa. No hay evidencias que sean de utilidad para una eventual emergencia obstétrica" (OMS, 1996)

*Nota: Para prevenir deshidratación y cetosis siga las actividades y tareas descritas en el apartado de "Actividades para la atención del parto normal"*

## 2 OBJETIVOS

El objetivo fundamental de la atención del parto es lograr una madre y un bebé en buenas condiciones de salud, en todas sus dimensiones, efectuando el mínimo nivel posible de intervenciones que es compatible con una atención segura. **Esto implica que en un nacimiento normal debe haber una razón valida para interferir con este proceso natural. (**OMS, 1996, 2.001). Para lograr este objetivo es necesario:

a. Evaluar y clasificar a la embarazada de acuerdo con las condiciones durante el embarazo y el inicio de la labor de parto.

b. Valorar los factores de riesgo y detección temprana de problemas a través de la observación de la mujer durante la labor de parto, el monitoreo de la condición fetal y la condición del niño o la niña después del nacimiento.

c. Aplicar las prácticas que se han demostrado por la evidencia ser útiles y seguras.

d. Apoyar a las mujeres, su acompañante y a la familia durante la labor, al momento del nacimiento y en el periodo posterior.

## 3 PERSONAL

Médico(a) gineco-obstetra, médico(a) residente, médico(a) general e interno(a) universitario supervisado por médico(a) gineco-obstetra.
Enfermera(o) obstetra, generalista o estudiante de enfermería bajo supervisión de Enfermera(o) obstetra.
Auxiliar de enfermería que colabora circulando.
Otro personal: de seguridad, administrativo y otro de apoyo a las labores sustantivas.

## 4 ACTIVIDADES LA ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL

### *4.1 COMPONENTE: PROCESO DE ADMISIÓN*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Valoración integrada del bienestar de la embarazada de acuerdo con las condiciones de riesgo durante el prenatal y la labor de parto. | Asegurar una atención oportuna, cálida y técnicamente adecuada a las mujeres gestantes. | a) Solicitar y analizar los datos del carné perinatal.<br>b) Evaluación clínica de la gestante: signos vitales, altura uterina, frecuencia cardíaca fetal (FCF), maniobras de Leopold dilatación y borramiento del cervix, presentación y condición de las membranas, ingesta de líquidos, diuresis.<br>c) Valoración del dolor, del estado emocional y necesidad de apoyo.<br>d) Valoración o indicación de exámenes de laboratorio.<br>e) Valoración del riesgo. | • Médico(a): General / Residente / Ginecobstetra.<br>• Enfermera(o) Obstetra. |
| 2. Internamiento de la embarazada | | a) Establecer una comunicación respetuosa y empática con la gestante y su acompañante, llamarla por su nombre, resguardar la privacidad y la dignidad de la parturienta, aclarar dudas y responder preguntas.<br>b) Llenar formularios de historia clínica perinatal e internamiento.<br>c) Orientar a la embarazada y acompañante en el proceso de admisión y dinámica hospitalaria. | • Médico(a): General / Residente / Ginecobstetra.<br>• Enfermera(o) Obstetra.<br>• Personal de REDES |
| 3. Favorecimiento de la participación de una persona que acompañe a la embarazada en el proceso (Anexo II-4). | Ofrecer a la mujer embarazada un ambiente cálido durante el trabajo de parto. | a) Cumplir las disposiciones del Reglamento de Salud, con relación al derecho a la permanencia del acompañante que la mujer prefiera. | • Médico (a): General / Residente / Ginecobstetra.<br>• Enfermera Obstetra. |

*4.2 COMPONENTE: PREPARTO (Primer período del parto: fase latente)*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Evaluación del estado general de la madre y el niña (o) y valoración de la labor de parto. | Asegurar una atención oportuna, cálida y técnicamente adecuada a las mujeres gestantes en cada una de las etapas del parto de acuerdo con el riesgo. | a) Valoración de ingreso<br>▪ Solicitar y analizar el Carné Perinatal y el expediente.<br>▪ Toma de signos vitales.<br>▪ Realización de anamnesis y examen físico.<br>▪ Exploración de la intensidad y manejo del dolor, del estado emocional y necesidad de apoyo.<br>▪ Valoración de la fase de parto: Evaluación de la contractilidad uterina (tono, intensidad, duración, y frecuencia).<br>▪ Auscultar FCF, antes durante y después de la contracción.<br>▪ Valoración de la dilatación y borramiento del cérvix, estado de las membranas ovulares, presencia de sangrado.<br>▪ Evaluación de la presentación fetal: variedad de posición y plano.<br>b) Explicación de cada uno de los pasos de las diferentes evaluaciones y exámenes, así como de sus hallazgos.<br>c) Valoración integrada del riesgo: historia prenatal, estado emocional, condiciones generales y obstétricas.<br>d) Orientación y apoyo a la embarazada sobre los pasos a seguir, para disminuir la ansiedad y dar seguridad durante la labor de parto.<br>e) Evacuar las dudas, dar confianza y respetar el derecho de la usuaria a estar acompañada de una persona que ella elija y en la cual confíe.<br>f) Orientar al (la) acompañante y explicar técnicas para que ofrezca un apoyo eficaz. | • Médico(a): General / Residente / Ginecobstetra.<br>• Enfermera(o) Obstetra.<br>• Enfermera(o) general<br>• Auxiliar de enfermería |

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| | | g) Discutir con la mujer la conducta a seguir, considerando su condición y tomando en cuenta el plan de parto de la gestante.<br>h) Preguntar y respetar los deseos individuales de cada embarazada para proporcionar el ambiente adecuado. (en el 100% de las mujeres)<br>i) Registro de datos: anotar lo encontrado y las indicaciones respectivas. | |

### *4.3 COMPONENTE: PRIMER PERIODO DEL PARTO: FASE ACTIVA*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Evaluación del estado general de la madre y el niño(a). | Asegurar una atención oportuna, cálida y técnicamente adecuada a las mujeres gestantes en cada una de las etapas del parto de acuerdo con el riesgo.<br>Vigilar que la permanencia de la mujer en la sala de labor no sea mayor de 12 horas. | a) Asegurarle a la paciente las condiciones físicas adecuadas, tales como comodidad, privacidad, un ambiente confortable y agradable.<br>b) Revisión de la anamnesis, valoración general de la condición de salud y exámenes de laboratorio.<br>c) Toma de signos vitales, incluyendo la temperatura en cada una de las fases del parto.<br>d) Valoración del estado de hidratación y diuresis<br>e) Evaluar la condición fetal: FCF, altura uterina, situación, presentación, posición, líquido amniótico, número de fetos.<br>f) Clasificación del riesgo según historia clínica y la evolución en cada fase de la labor de parto.<br>g) EVITAR LA COLOCACIÓN DE CATÉTERES Y SOLUCIONES DE FORMA RUTINARIA.<br><br>En el parto de bajo riesgo debe ser 0% la colocación de catéteres de rutina, sólo con evidencia clínica que conste en el expediente de salud | • Médico (a): General / Residente / Ginecobstetra.<br>• Enfermera Obstetra.<br>• Auxiliar de enfermería |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| | | h) El examen vaginal se realizará por la persona responsable cumpliendo todas las condiciones de asepsia, de forma gentil, respetuosa y cuando la mujer esté lista para ello. Si por razones de docencia se desea realizar nuevamente, esto sólo podrá realizarse CON EL DEBIDO CONSENTIMIENTO DE LA MUJER.<br>i) Auscultar la FCF durante y después de la contracción (ver Tabla II-1 )<br>j) Vigilar la dinámica uterina: tono uterino, intensidad, duración y frecuencia en 10 minutos (ver Tabla II-1)<br>k) Vigilar la evolución de la dilatación y borramiento del cérvix, integridad de las membranas, presencia de sangrado y descenso de la presentación. Se debe realizar el mínimo de tactos vaginales, de acuerdo a la evolución de la labor de parto, según dinámica uterina y necesidades de cada mujer. Durante la primera etapa del parto se considera suficiente cada cuatro horas (OMS, 1993). Si el proceso del parto es muy rápido los tactos pueden limitarse a uno. Otra recomendación es realizarlo al inicio para establecer la fase activa a través del criterio de dilatación cervical y cuando hay variación de la intensidad y frecuencia de las contracciones o ante la urgencia de pujar o pérdida repentina de líquido amniótico. | |

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| | | l) Brindar orientación y apoyo a la madre: escuchando sus temores, aclarando sus dudas, explicándole con palabras claras y sencillas como va su labor. Pregúntele a la mujer qué es lo que necesita y respete su derecho de conocer y dirigir su propio parto.<br>m) Mantener una adecuada hidratación de la mujer. Ofrecer líquidos y bebidas nutritivas para evitar la deshidratación y la cetosis en el 100% de las mujeres. El ayuno no está permitido durante el parto normal.<br>n) Mantener integridad de las membranas.<br>o) Animar a la mujer para que según su condición encuentre la posición que le resulte más cómoda (sentada, acostada, deambular). Debe cumplirse en el 100% de las mujeres<br>p) No administrar ningún medicamento (VO, IV, IM, VV) durante la labor de parto, salvo indicación médica escrita justificando la medida el seguimiento debe realizarse por el profesional que indicó la medida.<br>q) No obligar a la mujer a pujar si no está lista, si no siente el deseo de hacerlo, ya que esta maniobra está asociada a bradicardia fetal, aumento de episiotomías y mayor probabilidad de aplicación de maniobras de reanimación al recién nacido.<br>r) Facilitar el manejo de la contracción, por medio de:<br>• Trato respetuoso y dignificante por parte de todo el personal<br>• Acompañamiento continuo efectivo por una persona de confianza | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | • Dar la información sobre el progreso de la labor | |

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| | | • Permitir que exprese sus sentimientos y emociones<br>• Ducha de agua tibia<br>• Inducción de la relajación entre contracciones y de las técnicas de respiración.<br>• Masajes | |
| 2. Registro de la evolución del trabajo de parto | Monitorear la evolución del parto para la detección de condiciones de riesgo intraparto. | a) Llenar y analizar el partograma en <u>TODOS LOS CASOS.</u><br>b) Revalorar riesgo y reportar y consultar inmediatamente ante cualquier situación. | Médico (a): General / Residente / Ginecobstetra.<br>Enfermera Obstetra.<br>Auxiliar de enfermería |

### *4.4 COMPONENTE: SEGUNDO PERIODO DEL PARTO: EXPULSIVO*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Orientación a la madre y al acompañante | Favorecer el derecho de la mujer de conocer y decidir sobre su propio parto. | a) Explicar con palabras claras y sencillas los pasos que se llevarán a cabo.<br>b) Animar a la embarazada para que se sitúe en la posición más cómoda y fisiológica. <u>Respetar la posición que la mujer elija para el período expulsivo</u>. Se debe evitar periodos prolongados en posición supina, ya que se ha demostrado que produce mayor dolor, incomodidad, favorece el trauma perineal y vaginal y disminuye la oxigenación fetal (WHO, 1993). Anexo | Médico (a): General / Residente / Ginecobstetra.<br>Enfermera (o) obstetra<br>Auxiliar de enfermería<br>Asistente de pacientes |
| 2. Atención de la embarazada | Asegurar una atención oportuna, cálida y | a) Realizar lavado quirúrgico de antebrazos, manos | Médico (a): General / |

| | | | |
|---|---|---|---|
| durante el segundo período del parto o expulsivo.<br>*Segundo período del parto comprende desde la dilatación completa (10 cm) hasta el nacimiento del niño (a).* | técnicamente adecuada a las mujeres durante el período expulsivo, así como al recién nacido. | y uñas.<br>b) Vigilancia de las condiciones generales maternas y fetales:<br>• Signos vitales<br>• Contractilidad uterina<br>• Características del líquido amniótico.<br>• FCF cada 5 minutos | Residente / Ginecobstetra<br>Enfermera (o) obstetra<br>Auxiliar de enfermería |

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| | | c) Asegurarse que la temperatura de la sala sea adecuada: entre 23 a 25ºC<br>d) Respetar el ritmo de la mujer, no insistir en el pujo si no siente ese deseo. No realizar maniobras para la expulsión intempestiva del bebé (Kristeller).<br>e) Evitar la manipulación del periné. Si la parturienta se encuentra en decúbito; mantener la integridad perineal y de áreas vulnerables: protección manual, no hacer tactos frecuentes, ni compresión vaginal.<br>f) No se debe realizar como procedimiento de rutina la episiotomía. No hay evidencia del efecto protector de la episiotomía ni para la madre ni para el (la) niña (o) (anexo II-4). El nivel máximo no debe sobrepasar en el 10% de todos los partos atendidos.<br>g) Si la madre lo desea y la posición lo permite deje que toque la cabeza del bebé<br>h) Al presentarse la cabeza, séquela con una toalla seca limpia y tibia, con especial cuidado en los párpados, nariz y boca. La succión de los carrillos de la boca y las fosas nasales del bebé con una pera de goma estéril no se realiza de rutina, solamente si el bebé tiene gorgoteo o le | Médico (a): General / Residente / Ginecobstetra<br>Enfermera (o) obstetra<br>Auxiliar de enfermería |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | cuesta respirar.<br>i) Verificar la condición del bebé: si está cianótico, tiene dificultad respiratoria, está flácido, no llora Aplique de inmediato el protocolo de reanimación neonatal<br>j) Anotar la hora del nacimiento | |

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| | | k) Valorar el Apgar al minuto<br>l) Realizar pinzamiento tardío del cordón umbilical (ligadura oportuna 3 minutos o cuando el cordón deja de latir) y cortar a dos o tres centímetros de la base. Verificar la presencia de tres vasos.<br>n) Tomar la muestra de sangre del cordón (para Grupo y Rh)<br>o) Valorar el Apgar a los 5 minutos<br>p) Colocar al (a) niño (a) sobre la madre inmediatamente del nacimiento, cubrirlos con una manta, seca y tibia, permita el contacto piel con piel para que la madre reconozca a su bebé y él o ella busque el seno materno. No se debe forzar al recién nacido a tomarlo. Este contacto debe durar hasta que se concluya todo el proceso de alumbramiento y el bebé haya tomado la primera lactada.<br>q) **si el nacimiento se da por cesárea programada, ésta debe procurar realizarse con anestesia epidural, proceder con la atención del(a) recién nacido (a) de igual manera. Si fuera por anestesia general, el contacto con la madre se hará tan pronto ella esté en condiciones, aún en la sala de recuperación.*<br>r) Identificar al recién nacido en presencia de la madre o el acompañante. Se harán dos | Médico (a): General / Residente / Ginecobstetra<br>Enfermera (o) obstetra<br>Auxiliar de enfermería |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | pulseras, ambas se colocarán en miembros superiores y se escribirá la siguiente información: nombre completo del niño, nombre completo de la madre, sexo del recién nacido, fecha y hora del nacimiento. Los datos deberán de ser verificados por la madre o acompañante antes de que sean colocadas las pulseras | |

### *4.5 COMPONENTE: TERCER PERIODO DEL PARTO: ALUMBRAMIENTO*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Atención de las mujeres durante el tercer período del parto o alumbramiento: *Comprende desde el nacimiento del niño (a) hasta la salida de la placenta* | Asegurar una atención oportuna, cálida y técnicamente adecuada a las mujeres gestantes durante el alumbramiento. | a) Apoyar a las mujeres para facilitar el manejo del dolor. Explicar cada uno de los procedimientos que se realizan.<br>b) Continuar vigilando condiciones generales de la madre: estado emocional, signos vitales y cantidad de sangrado.<br>c) Valorar de acuerdo al riesgo de la mujer el manejo activo del tercer período del trabajo de parto (Anexo II-5).<br>d) Una vez que se ha expulsado la placenta, se revisa cuidadosamente para descartar retención de cotiledones o membranas.<br>e) Examine cuidadosamente el canal del parto.<br>f) No hacer maniobras de limpieza de útero<br>g) Practicar asepsia del periné.<br>h) Sutura de desgarros.<br>• Suturar siguiendo planos anatómicos.<br>• Ligar los vasos sangrantes por separado.<br>• No dejar espacios muertos.<br>i) Hacer tacto vaginal y rectal para comprobar que la mucosa rectal este íntegra y evitar dejar espacios muertos y gasas vaginales. | Médico (a): General / Residente / Ginecobstetra<br>Enfermera (o) obstetra<br>Auxiliar de enfermería |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Permita a la mujer estar tranquila con su bebé y con su acompañante, dé solo la información pertinente en ese momento y apóyelos. | |

## 5 ACTIVIDADES LA ATENCIÓN DEL POST PARTO NORMAL

### *5.1 COMPONENTE: ATENCION DE LA MADRE EN EL POSPARTO INMEDIATO*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Atención de la madre durante el cuarto período del parto o período uterino. *Va desde la salida de la placenta hasta seis horas posteriores al alumbramiento.* | Asegurar una atención oportuna, cálida y técnicamente adecuada a las mujeres gestantes en el posparto inmediato. | a) Vigilar estrictamente:<br>• Estado general de la madre: estado de conciencia, hidratación, color, temperatura, diuresis. Preguntarle cómo se siente.<br>• Signos vitales de la madre: Tomar presión arterial posterior durante el parto, luego a la hora y a las 2 horas o según se considere necesario.<br>• Consistencia e involución uterina<br>• Sangrado vaginal<br>• Presencia o no del globo vesical<br>b) Anotar los cambios observados y reportar signos de alarma.<br>c) Crear un ambiente favorable en los servicios, facilitando el contacto madre-hijo(a) después del parto.<br>d) Buscar el momento más oportuno para brindar orientación a la madre en signos y síntomas de alarma en ella o el (la) bebé, actividades de | Médico (a): General / Residente/Ginecobstetra<br>Enfermera Obstetra.<br>Auxiliar de enfermería |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | apego, lactancia materna, posición en que debe colocar a dormir a su niña (o) (posición supina),etc. | |

*5.2 COMPONENTE: ATENCION MEDIATA DEL RECIEN NACIDO SANO.*

| ACTIVIDAD | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Evaluación integrada del recién nacido | Detectar oportunamente problemas de salud en el (la) recién nacido (a) | a) Para evitar el enfriamiento: mantener al niño o niña en una fuente de calor radiante mientras se le realizan los procedimientos, si no se cuenta con tales, se debe cubrir con una sábana seca, tibia y limpia.<br>b) Limpiar la piel del recién nacido solo en presencia de meconio espeso, heces maternas o secreciones fétidas, sin que implique el baño completo.<br>c) Realizar la evaluación clínica y antropométrica: pesarlo (a), medir la circunferencia cefálica y la longitud<br>d) Realizar la inspección inicial para detectar malformaciones o anomalías evidentes | Médico (a): General Pediatra, Neonatólogo (a), Enfermera(o) obstétrica, auxiliar de enfermería |
| 2. Aplicación de medidas profilácticas | Detectar y prevenir problemas de salud frecuentes en el (a) recién nacido (a) | Aplicación de medidas para la prevención de conjuntivitis gonocócica y no gonocócica | Médico (a): General Pediatra, Neonatólogo (a), |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | neonatal:<br>a) Limpiar los párpados con una gasa estéril sin hacer presión.<br>b) Abra cada ojo cuidadosamente y aplique tetraciclina clorhidrato al 1% o oxitetraciclina al 0.5% ungüento eritromicina al 0.5%.<br>c) No haga contacto directo de la boquilla del envase con el párpado.<br><br>Prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido.<br>Aplique Vitamina K, dosis de 1 mg por vía intramuscular. Se colocará en el músculo vasto lateral externo (muslo) previa limpieza del área con agua y jabón. | Enfermera(o) obstétrica, auxiliar de enfermería |

| ACTIVIDAD | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| | | Prevenir tétanos neonatal y onfalitis.<br>Aplique alcohol de 70 grados en el muñón del ombligo, solo en casos de partos Extrahospitalarios.<br><br>Solo en caso de salivación excesiva o antecedente de polihidramnios descartar atresia de esófago<br>a) Aplique técnica correcta de colocación de sonda oro gástrica, Corrobore que la sonda llegó a la cavidad gástrica, no extraiga el contenido.<br>b) Valore la permeabilidad anal con sonda de alimentar número 8<br><br>Asegurarse que no exista ano imperforado<br>Valore la permeabilidad anal con sonda de alimentar numero 8. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3. Atender las necesidades vitales del recién nacido | Proporcionar medidas de seguridad y protección al (a) recién nacido (a) y su madre | Identificación dactilar de la madre y el niño o la niña:<br>a) Tomar la huella dactilar del pulgar derecho de la madre y del pulgar derecho del niño o niña.<br>b) Imprimir ambas huellas en el espacio correspondiente de la fórmula Nº 470-03-3010 y en el carné de desarrollo Integral del Niño y la Niña.<br><br>Mantener la temperatura corporal:<br>Vista al niño o la niña, con camisa y pañal<br>Asegúrese de que el niño o la niña no quede inmovilizado (a) por la ropa y excesivamente abrigado.<br><br>Prevención de enfermedades nosocomiales.<br>Cumplir las normas de higiene y bioseguridad: lavado de manos y antebrazos cuidadosamente | Enfermera(o),auxiliar de enfermería<br><br>Todo el personal |

| ACTIVIDAD | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| | | con agua y jabón con la técnica apropiada cada vez que tenga contacto, antes y después de atender a cada madre con su bebé, instruir a los familiares y acompañantes o a cualquier otro personal involucrado sobre esta medida<br><br>Estimular el vínculo afectivo con los miembros de la familia<br>Facilitar el contacto temprano del recién nacido con el padre, abuela o cuidador(a) significativo (a), anímelo (a), aclare dudas, temores.<br>Mencione la importancia del contacto inicial por medio de palabras, miradas o caricias.<br><br>Registro de información de examen neonatal. | Médico (a): General Pediatra, Neonatólogo (a), Enfermera(o) obstétrica, auxiliar de enfermería |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Llenar el Examen neonatal inicial (cód. 470-03-3010) y las notas de seguimiento (cód. N 470 03 3020) y del carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña.<br><br>Regresar al niño o niña con su madre<br>Una vez que se han realizado los procedimientos, Trasladar a la madre junto con su bebé a sala de alojamiento conjunto, con el expediente de salud y en la misma camilla. | |

*5.3 COMPONENTE: ATENCION DEL BEBÉ Y DE LA MADRE EN SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO.*

| ACTIVIDAD | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Ubicación de la madre y su hija (o) en el salón de posparto en alojamiento conjunto. | Facilitar el apego materno y fortalecer la capacidad de las madres para su auto cuidado y el de su bebé | Crear un ambiente favorable en los servicios, facilitando el contacto madre-hijo(a) después del parto.<br><br>Valore la condición de salud del niño o niña y la madre. Si las condiciones personales de la madre, el (la) niño (a) y el mobiliario lo permite, | Médico (a): General / Residente/Ginecobstetra, Pediatra, Neonatólogo (a)<br>Enfermera Obstetra.<br>Auxiliar de enfermería<br>Otro personal |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | ambos deben de permanecer en la misma cama<br><br>Compruebe los datos de identificación del recién nacido en relación con la madre, tanto en el brazalete como en el expediente de la madre. - Verificar con la madre y en las anotaciones en el formulario Nº 470-07-3010 que el niño o niña tomó calostro. | |
| 2. Valorar el estado de salud del niño o niña | Prevenir enfermedades infecciosas en el (la) Recién nacido (a) | Aplicación de vacunas según esquema:<br>Aplicar la vacuna de BCG y primera dosis de antihepatitis B al lado de su madre según norma nacional de vacunación | Enfermera (o), auxiliar de enfermería |

| ACTIVIDAD | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| | Determinar problemas en la salud del (a) recién nacido (a) | Evaluación de:<br>a) el examen físico neonatal en las primeras 24 horas (formulario cód.4-70-03-3015 Examen neonatal detallado ) y en caso necesario aplicar el formulario 4-70-03-3030 (Método de Capurro)<br>b) el VDRL de la madre, si es positivo tome las | Médico (a): General / Residente / Ginecobstetra.<br>Enfermera Obstetra.<br>Auxiliar de enfermería |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | medidas urgentes en la madre y el niño (a)<br>c) existencia de ictericia, si existe : realizar determinaciones de laboratorio pertinentes<br>d) El estado de salud del RN cada 8 horas : Controlar signos vitales, temperatura, vigilar el estado del muñón umbilical, verificar la presencia de deposiciones y orina, vigilar condiciones higiénicas y del vestido, reportar al médico en casos de vómitos o sialorrea u otros signos que puedan indicar anormalidad<br>e) informar y explicarle a la madre cualquier anormalidad encontrada | |
| 3. Detección, registro y envío al Centro de Registro de Enfermedades Congénitas (CREC) la boleta de malformaciones congénitas | Cumplir con la obligatoriedad de la notificación de malformaciones congénitas según decreto 16488 de 1.985. | a) En caso de que al recién nacido se le diagnostique o se sospeche la presencia de alguna malformación congénita, se debe llenar la boleta de notificación obligatoria de malformaciones congénitas (CREC) y efectuar las coordinaciones necesarias para entregarla al INCIENSA.<br>b) Anotar en el Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña el diagnóstico y fecha del reporte. | Médico (a): General Pediatra, Neonatólogo (a), Enfermera (o), auxiliar de enfermería |

| ACTIVIDAD | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4. Valoración del estado de salud de la madre | Detectar y prevenir problemas de salud frecuentes en la madre | a) Vigilar estrictamente:<br>• Estado general de la madre: estado de conciencia, hidratación, color, temperatura, diuresis. Preguntarle cómo se siente.<br>• Signos vitales de la madre: Tomar presión arterial posterior cada 4 horas o según se considere necesario de acuerdo a la condición<br>• Consistencia e involución uterina<br>• Sangrado vaginal<br>• Dolor e inflamación perineal, descartar la presencia de hematomas<br>• Presencia o no del globo vesical<br>b) Anotar los cambios observados y reportar signos de alarma. Tomar las medidas necesarias en forma inmediata.<br>c) Animar a la deambulación y a ingerir alimentos para facilitar la diuresis y la evacuación intestinal y reducir el riesgo de trombosis<br>Brindar información para cuidados del periné y otros pertinentes del posparto mediato | Médico (a): General / Residente / Ginecobstetra.<br>Enfermera Obstetra.<br>Auxiliar de enfermería |
| 5. Valoración de las oportunidades y dificultades de la madre y su familia para un periodo postnatal saludable | Brindar información pertinente a la usuaria que le permita su auto cuidado y el cuidado de su bebé. | Brindar información sobre los cuidados del puerperio y del(a)recién nacido (a), enfatizando en signos y síntomas de alarma:<br>a) *En el (la) bebé*<br>• Cuidados familiares básicos del R.N<br>• Prueba de tamizaje Neonatal al cuarto día al sétimo día de nacido.<br>• Prevención de muerte súbita.<br>• signos de alarma: Ictericia, fiebre, cianosis vómitos, distensión abdominal y otros. | Médico (a): General / Pediatra, Neonatólogo (a) Residente / Ginecobstetra.<br>Enfermera Obstetra.<br>Auxiliar de enfermería |

| ACTIVIDAD | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| | | *Reconocer signos de alarma en ella:*<br>• Hemorragia posparto: sangrado súbito y profuso, sangrado persistente, desmayos, mareos, palpitaciones o taquicardia.<br>• Infección: fiebre, escalofríos, dolor abdominal, flujo vaginal maloliente<br>• Preeclampsia /eclampsia: dolor de cabeza acompañado por uno o más de los siguientes síntomas en las 72 horas después del parto: trastornos visuales, náuseas, vómitos.<br>• Trombo embolismo: dolor lateral en la pierna, enrojecimiento o hinchazón, dificultad para respirar o dolor torácico.<br><br>b) Orientar sobre el control postnatal conjunto a los 8 y 30 días posparto.<br>c) Revisión del estado vacunal de la madre y valoración de vacunación específica<br>d) Proporcionarle información acerca de donde puede consultar si tiene dudas sobre los cuidados de su hijo y de ella(a) | |
| 6. Cumplir lo dispuesto en la Ley 7430 Ley de Fomento de la lactancia materna y su reglamento, así como la Ley 7494 y su reglamento de Contratación Administrativa Capítulo IX 104.2 y 104.3 del reglamento. | Asegurar las condiciones adecuadas estipuladas en la ley para la promoción de la lactancia | Recordar que :<br>• Queda prohibido para todo el personal que labora en la CCSS recibir obsequios o beneficios de los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna u productos comercializados como tales y de los utensilios conexos. También otros productos comerciales relacionados con el cuidado del recién nacido. Así como promocionar los mismos en la Institución<br>• La alimentación ideal del (a) recién nacido (a) es la leche materna a libre demanda. Para asegurar el ejercicio de este | Médico (a): General / Pediatra, Neonatólogo (a) Residente / Ginecobstetra.<br>Enfermera Obstetra.<br>Auxiliar de enfermería |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | derecho de la madre y el (la) niño (a) es necesario que se cumpla el alojamiento conjunto, se apoye y se estimule a la madre al respecto.<br><br>• Si por razones de salud del bebé o de la madre no se pudiera lograr este objetivo, el o la médico (a) encargado (a) deberá anotar en el expediente la razón por la cual ocurrió esta situación. En estos casos y en los que la madre ha decidido en ese momento que no le dará pecho, se le indicará alimentación con fórmula *utilizando* ***cucharita, copa u otro método que no sea biberón lo cual también debe constar en el expediente.*** | |

| ACTIVIDAD | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 7. Información y consejería en lactancia materna | Fortalecer los conocimientos y actitudes positivas de la madre ante la lactancia materna. | Consejería en lactancia materna<br>a) Explorar las condiciones físicas y emocionales de la madre en el momento. Acercarse de forma empática de acuerdo con la situación encontrada.<br>b) Valorar en conjunto con la madre las condiciones y su deseo de amamantar. Aclarar dudas y escuchar temores. Apoyar y respetar su decisión. Indagar cuáles son sus necesidades, oportunidades y dificultades para tomar la decisión.<br>c) Explicar a la madre las ventajas de la lactancia para ofrecerle consejos que le permitan llevar a cabo ésta de forma exitosa.<br>d) Brindar información en forma amigable y respetuosa. No dé órdenes, ni imponga sus creencias o posiciones. Recuerde que es un momento de cambio, de reacomodo a sensaciones físicas y emocionales. Lo que necesita la madre es apoyo y orientación, así como información para tomar las mejores decisiones para su bebé y para ella. Si la madre decidiera que no, igualmente bríndele información concisa y sencilla, además de darle los números y direcciones donde pueden ayudarla si cambiara de opinión o tuviera alguna duda.<br><br>e) Informe sobre los siguientes aspectos:<br>• Beneficios de la lactancia materna.<br>• Técnicas correctas para el amamantamiento.<br>• Técnicas para la extracción manual de leche | Médico (a): General Ginecobstetra, Pediatra, Neonatólogo (a), Enfermera (o), auxiliar de enfermería |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | materna.<br>• Consejos básicos sobre el proceso de lactancia en el primer mes.<br>• Peligros asociados al chupón y la chupeta.<br>• Indagar cuáles son las dudas y temores al respecto, responder de manera respetuosa, sencilla y clara.<br>• Problemas comunes que se podrían presentar y cómo resolverlos<br>• Indicar en cuáles situaciones debe consultar urgente<br>• Ofrecer números telefónicos y direcciones de personas, grupos de apoyo a la madre, Clínicas de lactancia, servicio de pediatría y neonatología y otros para posibles consultas. | |

## 6 ACTIVIDADES LA ATENCIÓN DEL POST PARTO NORMAL

### *6.1 COMPONENTE: VALORACIÓN INTEGRADA DEL BEBÉ Y DE LA MADRE PARA EL EGRESO*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| Evaluación del egreso | Garantizar el egreso de la madre y el niña (o) en las mejores condiciones. | a) Explorar existencia de redes de apoyo adecuadas para la madre.<br>b) Realizar la evaluación clínica para valorar el egreso de la madre y el recién nacido a las 24 horas del nacimiento:<br>• Atender las dudas y/o consultas de la mujer<br>• Examen físico completo: temperatura, presión arterial, presencia de sangrados anormales, etc.<br>• Resultados de exámenes de laboratorio (Hb./Hto./ /VDRL)<br>c) Valoración del estado de ánimo y bienestar emocional de la madre<br>d) Explicar el proceso fisiológico de recuperación durante el puerperio, así como los cambios emocionales normales y cómo enfrentarlos. (los primeros tres días, las dos primeras semanas y de la segunda a la octava semana). Recuerde los cuidados posparto.<br>e) Egresar al recién nacido 24 horas después de su nacimiento siempre y cuando cumpla con las condiciones necesarias para su egreso:<br>• Rosado, activo, succionando, afebril<br>• Con deposiciones normales<br>• Micción adecuada<br><br>Asegúrese de que le fue entregado y explicado a la madre el Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña. | Médico (a): General / Residente/Ginecobstetra.<br>Médico (a): General Ginecobstetra, Pediatra, Neonatólogo (a),<br>Enfermera (o), auxiliar de enfermería |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | f) Cuando la madre ha decidido dar lactancia y se ha establecido el proceso; compruebe que el mismo se esté dando de manera exitosa (ausencia de dolor o lesiones en pezones, posición y acople correcto del recién nacido al seno de la madre) con el fin de colaborar con la madre<br><br>g) Referir a la clínica de lactancia materna 48 horas post egreso los casos de niños o niñas de riesgo.<br><br>h) Explicar a la mujer la importancia de la consulta post-parto y en consultar de forma inmediata ante cualquier cambio en los patrones normales explicados tanto en ella como en su bebé. | |
| Registro de datos | Asegurar la completud de la información sobre todo el proceso de atención hospitalaria para facilitar la continuidad de la atención | i) Llenado de:<br>• Historia clínica.<br>• Carné Perinatal, que será utilizado como instrumento de referencia para el control posparto.<br>• Certificado de nacimiento<br>Entregar a la madre la copia del certificado de nacimiento. | Médico (a): General / Residente/Ginecobstetra.<br>Enfermera(o) Auxiliar de enfermería<br>Personal de REDES |

*Tabla 3. Cuadro resumen de actividades para cada período*

| INGRESO | | PRIMER PERÍODO Dilatación y borramiento | | | | SEGUNDO PERIODO Expulsivo | TERCER PERIODO Alumbramiento | CUARTO PERIODO Uterino |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **FASES** | | | | | | |
| | | **LATENTE** | **ACTIVA** | | | | | |
| | | | Acele-ración | Declive máximo | Decele-ración | | | |
| | Orientación y apoyo a la embarazada y su acompañante. | | | | | | | |
| | Clasificación del riesgo intraparto | STAT | STAT | STAT | STAT | STAT | | |
| **X** | Anamnesis. Examen físico | STAT | STAT | | | | | |
| **X** | Evaluación hemática | STAT | STAT | | | | | |
| **X** | Auscultar presión arterial | STAT | STAT | STAT | STAT | | | c/1 h por 2 hs |
| **X** | Pulso-respiración | STAT | STAT | STAT | STAT | STAT | STAT | STAT |
| **X** | Medición de la altura uterina | PRN | | | | | | |
| **X** | Auscultar frecuencia cardiaca fetal | c/4 hs | c/2 hs | c/30´ | c/5´ | | | |
| **X** | Control dinámica | c/4 hs | c/2 hs | c/1 h | c/20´ | | | |
| **X** | Tactos vaginales | Según dinámica uterina verificada y la condición de cada mujer | | | | | | |
| **X** | Limpieza genitales de la madre | STAT | STAT | PRN | PRN | STAT | | PRN |
| | Llenado del Cervicograma | | c/2 hs | c/1 h | c/1 h | | | |
| | Tomas de decisión en la línea de acción | | STAT | STAT | STAT | | | |
| **X** | Orientación a la embarazada | STAT | STAT | STAT | STAT | STAT | STAT | STAT |
| **X** | Ejercicios de relajación y respiración | PRN | PRN | PRN | PRN | PRN | | |
| | Revisión de vagina y cuello uterino | | | | | STAT | | STAT |
| | Anotación del parto | | | | | | | STAT |
| | Elaborar el plan de atención para el parto. | STAT | | | | | | |

## 7 Anexo 16. Registro de labor y parto. Partograma

### Labor de Parto, Parto y Posparto

| Nº de Expediente | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| labor: Nombre completo PRIMERA CONSULTA | Fecha de ingreso a sala de labor: Hora | Dia | Mes | Año |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Edad | FUR | Edad Gestacional en semanas | Total Gestas | Paras | Abortos | Cesareas |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| Atención Prenatal ⬭ Sí ⬭ No | Edad Gestacional en el primer control: | Número de Controles | Sem.Gest. | Cons. X méd. | Cons. Totales |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Medico (a) General _____ | | | |
| Evolución del período Prenatal ⬭ Bajo riesgo ⬭ Alto Riesgo (Especifique las condiciones de riesgo) | | Medico (a) Espec. _____ | N° de embarazos | | |
| | | Enfermera obstetra _____ | | | |
| | | Sin Control Prenatal _____ | | | |

**Valoración del Riesgo de la mujer al ingreso en sala de labor**

| Condición de riesgo al ingreso | ⬭ Alto Riesgo | |
|---|---|---|
| ⬭ Bajo riesgo | ⬭ Obstétrico (Especifique) | ⬭ Medico (Especifique) |
| | | |

Otras condiciones de Riesgo Asociadas

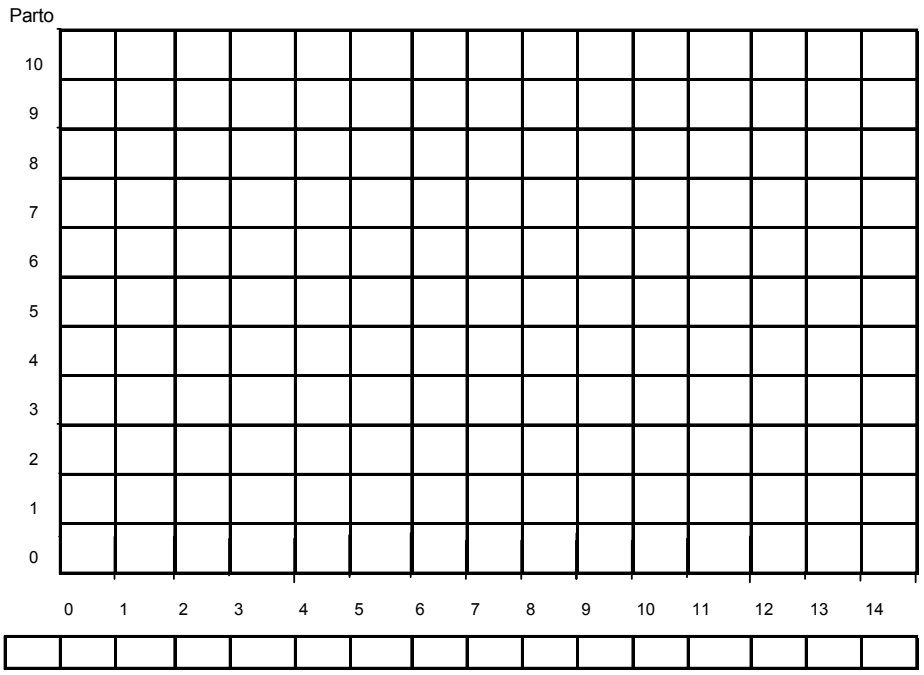
**Control de Frecuencia de Corazón Fetal**

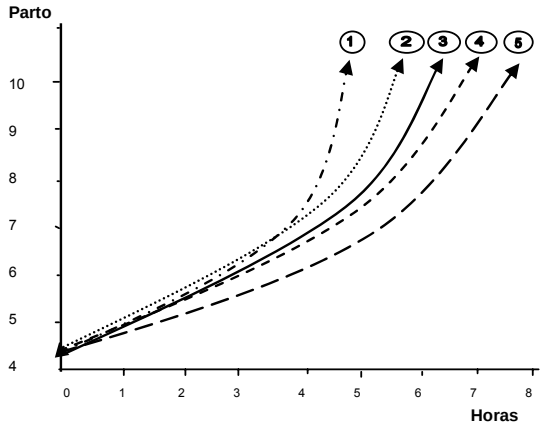
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 180 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 160 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 140 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 120 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Fecha de Admisión | | | | Edad Gest. Calculado por | |
|---|---|---|---|---|---|
| Hora | día | Mes | Año | | |

| Inmunohematología | | |
|---|---|---|
| | Grupo | RH |
| Embarazada | | |
| Padre | | |
| CONTROL | **1er.** | **ultimo** |
| Hgb | | |
| Peso | | |
| Sem. Amen | | |

## Cervicograma




| | Posición Materna | Paridad | Membranas Ovulares | N |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Horizontal | Multiparas | Rotas | 307 |
| 2 | Vertical | Todas | Integras | 230 |
| 3 | Horizontal | Multiparas | Integras | 253 |
| 4 | Horizontal | Nuliparas | Rotas | 240 |
| 5 | Horizontal | Nuliparas | Integras | 158 |
| | | | N Total | 1188 |

## Valores para la construcción de las Linea Alerta (P10)

| Posición | Vertical | 1 Horizontal | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Paridad | Todas | 2 Multiparas | | 3 Primiparas | |
| Membranas | Integras | Integras | Rotas | Integras | Rotas |
| 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 | |
| 2:10 | 2:30 | 2:30 | 3:15 | 2:30 | |

## Controles del período de dilatación

| | Hora / Fecha | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Controles Maternos | Frecuencia Cardiaca | | | | | | | | |
| | Presión Arterial | | | | | | | | |
| | Posición | | | | | | | | |
| Contractilidad Uterina | Frecuencia | | | | | | | | |
| | Duración | | | | | | | | |
| | Intensidad | | | | | | | | |
| | Tono | | | | | | | | |
| F.C.F | Frecuencia entre contrac. | | | | | | | | |
| | Bradicardia asoc. Contrac. | | | | | | | | |
| Carat. Cervix | Borramiento | | | | | | | | |
| | Dilatación | | | | | | | | |
| Memb Ovulares | Estado de membranas ovul. | | | | | | | | |
| | Líquido amniótico | | | | | | | | |
| Presenta-ción | Presentación / Variedad | | | | | | | | |
| | Plano | | | | | | | | |

## Utilización de Medicamentos

| Hora | Medicamento | Dosis y Vía | Razones por las que se indica | Nombre y código del Funcionario que indica | Firma del Funcionario que aplica |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## Nota de Parto

**Apoyo continuo durante la labor de parto:**

Sí No Dado por: _____

**Apoyo continuo durante el parto:**

Sí No Dado por: _____

Posición durante la labor de parto y el parto:

Posición Libre (de acuerdo a la elección de la mujer)

Establecida por el personal de salud Motivo:_____

## Indique las condiciones de riesgo desarrolladas durante el parto

| II Fase | III Fase | IV Fase | Clasificación del parto: |
|---|---|---|---|
| | | | Bajo riesgo Alto Riesgo |

## Período Expulsivo y Alumbramiento

**Forma de terminación:**

Espontáneo Cesárea Electiva

Conducido Cesárea Intraparto

Inducido Fórceps

Otra_____

**Medicación en período expulsivo:**

Anestesia pudenda Oxitocina

Anestesia peridural Otro_____

Anestesia general Ninguna

Duración de 3 cm a dilatación completa _____h_____m

Período Expulsivo_____min.

Alumbramiento a los_____min

**Tipo de alumbramiento**

Espontáneo Manual

Manejo Activo Otro

**Placenta**

Completa Incompleta

Normal Anormal

Claro Fétido

Turbio Sanguinolento

Meconial Otro

**Episiotomía**

No

Si Motivo: _____

_____

_____

**Desgarros**

No

Si _____

_____

_____

Personal que atendió:

1. Médico General 2. Médico Especialista 3. Obstétrica 4. Enfermera General

5. Est. Medicina 6. Auxiliar de Enfermeria 7. Estu. Obstetricia 8. Extrahospitalario

Personal que atendió

| Recién Nacido (a) | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Número | Sexo | | | Condición al Nacer | | Peso al nacer | Vacunas | | | | Talla | Apgar | |
| | (1) M | (2) F | (3) Ind | (1) Vivo | (2) Muerto | | BCG | | Hepatitis B | | | Min | 5 min. |
| | | | | | | | 1. Si | 2.No | 1. Si | 2.No | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

| Sexo | Condición | Peso | | | | BCG | HEP B |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**Observaciones**

| Posparto | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha/ Hora** | **Pulso** | **Presión Arterial** | **Observaciones** |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Día | Mes | Año | Nombre y apellidos del profesional | Código profesional responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

## Anexo 17. Apoyo a las mujeres durante la labor de parto.

*Hodnett ED*

*Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Número 3, 2000*

*Fecha de modificación significativa más reciente: 17 de Mayo 1999*

### Antecedentes

El apoyo social se conceptualiza comúnmente como el que incluye tres dimensiones: consejo o información, asistencia concreta y apoyo emocional (estar presente, escuchar, brindar confianza y tranquilidad). Este apoyo es bidireccional, esto implica que existe la expectativa de que dos personas se van a proveer asistencia mutua. En muchas situaciones en los servicios de salud el apoyo es unidireccional, donde una parte es quien da y la otra quien recibe, y mientras que el término de "apoyo social" es inapropiado, el concepto básico es el mismo. Estudios descriptivos sobre las experiencias de las mujeres durante el parto sugieren que las mujeres en labor de parto aprecian el consejo y la información, medidas para confortarla y otras formas de asistencia concreta que les permita arreglárselas con la labor, así como la presencia permanente de una persona de su confianza. Los estudios incluidos en esta revisión evalúan los efectos del apoyo durante el parto en una variedad de resultados tanto desde el punto de vista médico como psicológico.

### Objetivos

Determinar los efectos, tanto en las madres como en sus bebés, del soporte social permanente comparado con el cuidado hospitalario usual. Un segundo objetivo es determinar si la magnitud de los efectos del soporte social permanente es influenciada por la presencia de otra persona que la mujer haya elegido para que la acompañe durante la labor de parto.

### Estrategia de búsqueda

El registro de los ensayos clínicos mantenido y actualizado por el Cochrane Pregnancy and Childbirth Group.

### Criterios de Selección

Todos los ensayos controlados aleatorizados que comparen apoyo permanente durante la labor de parto con el cuidado hospitalario usual.

### Recolección y análisis de datos

Se determino la calidad de los ensayos y se extrajeron los datos de manera independiente por dos revisadores.

### Resultados principales

Catorce estudios que incluyen más de 5000 mujeres fueron incluidos en esta revisión. La presencia continua de una persona que brinde soporte reduce la posibilidad de medicación para aliviar el dolor, parto vaginal operative, parto por cesárea, y un Apgar menor de 7 a los 5 minutos. El apoyo permanente también se asocio con una pequeña reducción en la duración de la labor de parto. Seis estudios evaluaron los efectos del apoyo en la visión de las mujeres sobre su experiencia de parto, aunque los estudios utilizaron diferentes medidas (satisfacción general, falla para enfrentar bien la labor, encontrar la labor de parto peor que lo esperado, y el nivel de control personal durante la labor de parto) en cada uno de ellos los resultados favorecieron al grupo que había recibido apoyo.

## Conclusiones

El apoyo permanente durante la labor de parto por parte de enfermeras, parteras profesionales u otras personas parece tener un número de beneficios tanto para la madre como para su bebé y no muestra ningún riesgo o efecto adverso para ellos. Debido a los beneficios asociados con el apoyo durante la labor de parto, deben realizarse todos los esfuerzos para que las mujeres reciban un apoyo permanente durante la labor de parto. Este apoyo debe incluir la presencia permanente, proveer tranquilidad y estímulo.

## Anexo 18. Plan de parto

El plan de parto es una lista ideal de preferencias para el momento del parto, es una forma de hacerle saber al médico o médica y al resto del personal de salud, cómo desea la mujer que sea su parto, dándole una verdadera participación en torno a las decisiones que tienen que ver con su proceso.

Para elaborar el plan la mujer debe haber recibido una adecuada información sobre las diferentes intervenciones que existen, sus riesgos y beneficios, por parte del equipo de salud que la atiende. La embarazada debe conocer cuál es su estado de salud y cuáles son las mejores opciones de acuerdo con su condición. Esto se logra únicamente a través de la participación de la mujer en toda su atención prenatal.[8]

A continuación se señalan algunos de los aspectos[9] que deben ser considerados en la elaboración del plan de parto:

*Nombre:*

*Médico:*

| |
|---|
| ***Acompañante en el parto:*** |
| ***Analgésicos*** |
| ***Cómo enfrentar al parto:*** |
| ***Postura para el parto:*** |

| |
|---|
| ***Asistencia médica*** |
| ***El alumbramiento*** |
| ***Amamantar:*** |
| ***Problemas imprevistos*** |
| ***Notas*** |

[8] Sancho M.X., Osorio R.A., Rosabal M.I., Vargas U.I. (2004) Control Prenatal, Puerperio y Manejo del Riesgo. Modulo9-Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. San José, Costa Rica.
[9] Stoppard M. Nuevo libro del Embarazo y nacimiento. Editorial Norma. Bogota, Colombia. 2000.

El siguiente es un ejemplo de un plan de parto:

*Nombre:*

*Médico:*

***Acompañante en el parto:***
*Me gustaría estar acompañada por mi pareja durante todo el proceso de parto.*

***Analgésicos***
*Me gustaría pasar sin ellos.*
*Mi pareja puede darme masajes como apoyo efectivo para el manejo del dolor.*

***Cómo enfrentar al parto:***
*Me gustaría sentirme libre, poder caminar, moverme y cambiar de posición al momento del parto.*
*Me gustaría poder ingerir algún líquido durante la primera etapa del parto.*
*Preferiría mantener el número de exámenes vaginales al mínimo.*
*No deseo un suero a menos que me deshidrate.*
*No deseo monitorear al feto continuamente a menos que sea requerido por la condición de mi bebé.*

***Postura para el parto:***
*Quisiera que se me permita elegir la posición en la cual doy a luz, quisiera intentar dar a luz en posición de cuclillas, o usar al compañero como apoyo.*

***Asistencia médica:***
*No deseo romper la membrana amniótica artificialmente, a menos que existan muestras de estrés en el bebé que requieran de una intervención.*

*Continúa…*

***Asistencia médica***
*Si no está progresando el trabajo de parto, quisiera romper la membrana amniótica antes de que otros métodos se utilicen para acelerar el parto.*
*Preferiría se me permitiera intentar cambiar la posición o usar otros métodos naturales (como caminar, estimular los pezones) antes de que se administre el pitocín.*
*Preferiría no tener una episiotomía a menos que sea absolutamente requerida para la seguridad del bebé.*

***El alumbramiento:***
*Quisiera un espejo disponible para ver la cabeza del bebé al momento de su nacimiento y tener la oportunidad de tocar su cabecita cuando se asome.*
*Quisiera tener a mi bebé colocado en mi estomago inmediatamente después de que nazca.*

***Amamantar:***
*Planeo amamantar a mi bebé y quisiera comenzar a hacerlo momentos después del nacimiento.*
*A menos que sea por razones de salud, no deseo ser separada de mi bebé.*
*A menos que médicamente sea necesario, no deseo darle chupón al bebé (incluyendo agua, agua con azúcar, etc.)*

***Problemas imprevistos:***
*A menos que sea absolutamente necesario, quisiera evitar una cesárea. Si esta se indica, quisiera ser informada y participar completamente en las decisiones.*

***Notas***
*Por favor tengan en cuenta que soy vegetariana*

## Anexo 19. Práctica de la episiotomía en el parto vaginal.

*Carroli G., Belizan J.*

*Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Número 3, 2000*

*Fecha de modificación significativa más reciente: 4 de Mayo 1999*

**Antecedentes**
La episiotomía se realiza para prevenir desgarros perineales severos, pero su uso rutinario ha sido cuestionado. Los efectos relativos de la episiotomía de la línea media en comparación con la mediolateral son poco claros.
**Objetivos**
El objetivo de esta revisión es determinar los efectos de un uso restrictivo de la episiotomía en comparación con su utilización sistemática durante el parto vaginal.
**Estrategia de búsqueda**
El registro de los ensayos clínicos mantenido y actualizado por el Cochrane Pregnancy and Childbirth Group.
**Criterios de selección**
Todos los ensayos controlados aleatorizados que comparen el uso restrictivo de la episiotomía respecto de la utilización sistemática. Las evaluaciones secundarias se refieren al uso restrictivo de la episiotomía mediolateral en comparación con la utilización sistemática; el empleo restrictivo de la episiotomía de la línea media en comparación con su uso sistemático; utilización de la episiotomía de la línea media en comparación con la línea mediolateral.
**Recolección y análisis de datos**
Se determino la calidad de los ensayos y se extrajeron los datos de manera independiente por dos revisadores.
**Resultados principales**
Se incluyeron seis estudios. En el grupo de episiotomías rutinarias, 72.7% (1752/2409) de las mujeres tuvieron episiotomías, mientras que la tasa en el grupo de uso restricivo de episiotomías fue de 27.6% (673/2441). Comparada con la episiotomía de uso rutinario, la episiotomía restrictiva conlleva menos trauma perineal posterior (riesgo relativo 0.88, 95% intervalo de confidencia 0.84 a 0.92), menos necesidad de sutura del traumatismo perineal (riesgo relativo 0.74, 95% intervalo de confidencia 0.71 a 0.77) y menos complicaciones de la cicatrización (riesgo relativo 0.69, 95% intervalo de confidencia 0.56 a 0.85). La episiotomía restrictiva se asocio con un mayor riesgo de trauma perineal anterior (riesgo relativo 1.79, 95% intervalo de confidencia 1.55 a 2.07). No hubo ninguna diferencia en el riesgo de trauma vaginal o perineal graves (riesgo relativo 1.11, 95% intervalo de confidencia 0.83 a 1.50); dispareunia (riesgo relativo 1.02, 95% intervalo de confidencia 0.90 a 1.16); incontinencia urinaria (riesgo relativo 0.98, 95% intervalo de confidencia 0.79 a 1.20); o dolor. Los resultados de la comparación de la episiotomía mediolalateral versus episiotomía de línea media, restrictiva vs rutinaria, fueron similares a los resultados generales.

**Conclusiones**
Políticas de uso restrictivo de la episiotomía demuestran tener beneficios comparado con políticas de uso rutinario. Existe menor riesgo de trauma perineal posterior, de la necesidad de sutura del traumatismo perineal y de complicaciones de la cicatrización. Ninguna diferencia en el riesgo de dolor, dispareunia o incontinencia urinaria, ni de trauma vaginal o perneal graves.

Sobre la base de las pruebas disponibles, se recomienda una práctica de uso restrictivo de la episiotomía.

## EPISIOTOMÍA[10]

La episiotomía es una técnica que no se debe realizar de manera habitual

- Revise las indicaciones

***La episiotomía sólo se debe considerar en caso de:***

- ***Parto vaginal complicado (parto de nalgas, distocia de hombro, parto con fórceps, extracción por vacío);***
- ***Cicatrización deformante por mutilación genital femenina o desgarros de tercer o cuarto grado mal curados;***
- ***Sufrimiento fetal***

- Asegúrese de que no haya alergia conocida a la lidocaína o a medicamentos relacionados.

- Use infiltración local con lidocaína o un bloqueo pudendo. Dado que una mujer a la que se le administra anestesia local permanece despierta y alerta durante el procedimiento, es especialmente importante asegurarse de que se le proporcione:
  - Orientación acerca del procedimiento que se va a realizar para aumentar su cooperación y reducir al mínimo sus temores;
  - Buena comunicación a lo largo del procedimiento
  - Tiempo y paciencia, puesto que los anestésicos no actúan de inmediato

- 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 0.5 %. Aspire para asegurarse de que no ha penetrado en un vaso. 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 vulva a probar.

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

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

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

[10] O.M.S. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetrices y médicos. Versión preliminar en español previa a publicación. 2000

## Anexo 20. Manejo activo del tercer estadío del trabajo de parto comparado con el expectante.

*Prendiville W.J., Elbourne D., McDonald S.*

*Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Número 3, 2000.*

*Fecha de modificación significativa más reciente:8 de Julio de 1998*

**Antecedentes**
El manejo expectante del tercer período del parto o política de no intervención implica el dejar que la expulsión de la placenta sea espontánea o bien ayudarla por gravedad o estimulación del pezón.
Por el contrario, el manejo activo implica intervenir en este proceso utilizando la administración profiláctica de oxitócicos después del parto, pinzar y seccionar precozmente el cordón y la tracción controlada del cordón umbilical.

**Objetivos**
El objetivo de esta revisión fue comparar los efectos del manejo activo del tercer período del parto con los del manejo expectante, sobre la perdida de sangre, la hemorragia posparto y otras complicaciones maternas y perinatales propias del este período del parto.

**Estrategia de búsqueda**
El registro de los ensayos clínicos mantenido y actualizado por el Cochrane Pregnancy and Childbirth Group.

**Criterios de selección**
Todos los ensayos controlados aleatorizados que comparen el manejo activo del tercer período del parto con el expectante en mujeres con embarazos únicos, con presentación fetal cefálica y en las que se esperaba parto vaginal.

**Recolección y análisis de datos**
Se determino la calidad de los ensayos y se extrajeron los datos de manera independiente por dos revisadores.

**Resultados principales**
Se incluyeron cuatro estudios, tres de ellos eran de buena calidad. Comparado con el manejo expectante, el manejo activo se asocio con: reducción del riesgo de perdida de sangre, hemorragia posparto de más de 500 ml (odds ratio 0.34, 95% intervalo de confidencia 0.28 a 0.41); tercer estadio del trabajo de parto prolongado y anemia. Por otra parte con un mayor riesgo de nauseas, vómitos y aumento de tensión arterial en la madre (probablemente por el uso de ergometrina como componente del oxitócico usado). Ninguna ventaja o desventaja aparentes para el bebé.

**Conclusiones**
El manejo activo sistemático es superior al expectante en términos de la pérdida de sangre, la hemorragia posparto y otras complicaciones graves de tercer estadio del trabajo de parto. Sin embargo el manejo activo está asociado con un mayor riesgo de efectos secundarios desagradables (como nausea y vómitos), e hipertensión, cuando se utilizó ergometrina. El manejo activo debe ser el manejo de elección en los casos de mujeres con embarazo único, que esperan un parto vaginal en un hospital. Las implicaciones están menos claras para otros entornos, incluidas la práctica domiciliaria (en países industrializados y en desarrollo).

**Anexo 21: Diferentes Posiciones en el parto**

# Posiciones para facilitar y acelerar el parto

El contacto fisico, las palabras tranquilizadoras y alentadoras, las miradas a los ojos, son ayudas preciosas



"Durante las contraccio-nes yo tenia la necesidad de que me tomaran de las manos. Eso es lo que me ayudo a sobreponerme."



"Lo que verdaderamente me ayudo fue el masaje. Queria que me hicieran mas y cada vez mas fuerte. Era maravil-



Una presion firme o un masaje en la parte baja de la espalda pueden ser utiles durante una contraccion.

Para ayudar al bebe a descender a lo la largo de la pelvis, trate de...



... balancear sus caderas de derecha a izquierda contra una pared



... o de balancearlas colgandose de una puerta abierta

Aunque usted tenga necesidad de una vigilancia continua usted puede quedarse en posicion vertical



El balanceo es siempre reconfor-tante



Si usted necesita descansar, ponga susu pies mas abajo que su cola para preservar la abertura de la pelvis



Utilice todo lo que tenga a su disposicion para mantenerse derecha

La posicion vertical y la libertad de movimiento permiten parir mas rapido

El agua la puede reconfortar mucho



Las contracciones son en general menos dolorosas en el agua





Usted puede igual beneficiarse de un monitoreo fetal en la banera

"La banera era fantastica... Tal como lo habia imagi-nado!"

Aunque la mayoria de las salas de partos tienen una camilla, tenga en cuenta que acostarse, enlentece el trabajo



Trate de levantar su cola y tirarse para delante en cada contraccion

Si el trabajo se enlentece...



la partera puede aconsejarte subir la escalera yendo de costado

O trate de arrodil-larse sobre una sola rodilla



Version espagnole : Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté http://afar.ws afar@fraternet.org

The National Childbirth Trust
The voice of parents

Enquiry Line: 0870 444 8707 Website: www.nctpregnancyandbabycare.com

To order more copies call 0870 112 1120 or visit www.nctms.co.uk

(Registered Charity Number: 801395)

# Posiciones para facilitar el nacimiento de su bebe



Busque el mejor apoyo con la ayuda de su partera para mantener la verticalidad



Trate de arrodillarse si esta cansada

"Cuando las contracciones se hicieron mas fuertes yo me apoye sobre las manos y las rodillas y senti menos el peso de mi espalda"





El agua puede facilitar sus movimientos

Su pelvis se ensanchara mas si sus rodillas estan mas bajas que sus caderas



"Uno sabe que es doloroso pero no tiene la menor idea de lo que sera en realidad... Es cierto que se olvida rapidamente. Yo no tuve ningun mal recuerdo. Lo unico que me acuerdo es de una enorme oleada de amor y de alivio."

"Expirar durante la contraccion, verdaderamente me ayudo"



El bebe esta aqui !



Version espagnole : Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté http://afar.ws afar@fraternet.org

The National Childbirth Trust
The voice of parents

Enquiry Line: 0870 444 8707 Website: www.nctpregnancyandbabycare.com
To order more copies call 0870 112 1120 or visit www.nctms.co.uk
(Registered Charity Number: 801395)

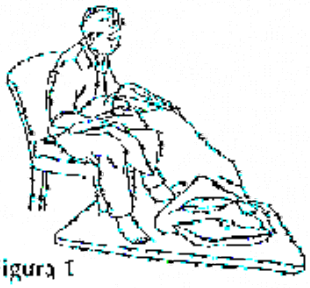


Figura 1



Figura 2



Figura 3

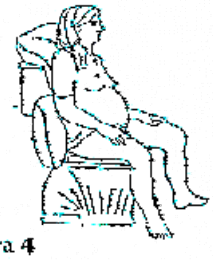


Figura 4



Figura 5

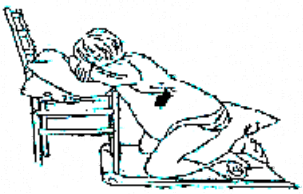


Figura 8



Figura 11

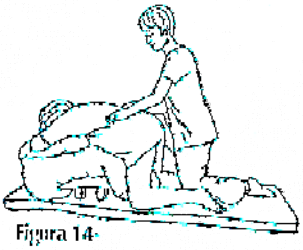


Figura 14

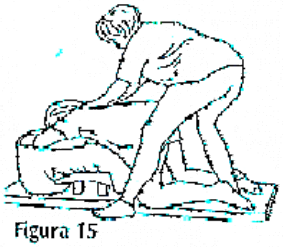


Figura 15

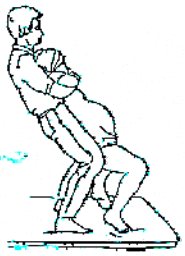


Figura 21



Figura 22

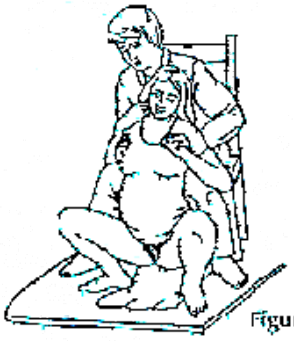


Figura 23

## Anexo 22. Valoración del APGAR

*ESCALA DE APGAR.*

| ESQUEMA VALORACIÓN APGAR | 0 | 1 | 2 |
|---|---|---|---|
| a. Frecuencia cardiaca | Ausente | Menor de 100 | Mayor de 100 |
| b. Esfuerzo respiratorio | Ausente | Irregular, llanto débil | Regular, llanto fuerte |
| c. Tono muscular | Flácido | Ligera flexión extremidades | Extremidades flexionadas |
| d. Reacción al estímulo | No respuesta | Gesticulaciones | Buena respuesta |
| e. Color | Azul o pálido | Extremidades cianóticas | Rosado |

## Anexo 23. Boleta de notificación de Malformaciones congénitas

*Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)*

*Teléfono: 279 99 11, Fax: 279 81 75*

*Boleta de notificación obligatoria de malformaciones congénitas*

**Datos del establecimiento de salud que notifica**

**Nombre del Establecimiento :** **Fecha de reporte:** *(DD-MM-AAAA)*

**Datos de la madre**

**Nombre completo de la Madre:** _____

□ Cédula _____ □ Pasaporte _____ □ No. Expediente _____

**Edad materna:** **Teléfonos:**

**Recibió vacuna rubéola** (después de los 12 años, pedir carné): 1. Si 2. No 3. NR

**Dirección del Paciente**

_____ _____ _____ _____

*Provincia* *Cantón* *Distrito* *Barrio – Caserío*

**Otras señas: (Dirección exacta)**

**Datos del padre**

**Nombre completo del Padre:** _____

□ Cédula _____ □ Pasaporte _____ □ No. Expediente_____

**Edad paterna:** **Teléfonos:**

**Datos del niño**

Nombre completo del recién nacido: _____

□ Certificado nacimiento_____ □ Cédula_____ □ No. Expediente_____

Fecha de nacimiento: *(DD-MM-AAAA)* _____

Sexo: 1. Masculino 2. Femenino 3. Ambiguo Condición al nacimiento: 1. vivo 2. muerto

Edad gestacional _____semanas (1. Capurro 2. FUR 3.U.S) Peso al nacer: _____ gramos

Condición de salida: 1. Traslado HNN 2. Casa 3. Traslado otro hospital 4. Fallecido

**Describa las malformaciones congénitas (detalle con letra clara nombre, localización, tamaño etc)**

El recién nacido corresponde a : □ Malformado simple □ Malformado múltiple (2 o más malformaciones)

Uso del CREC Códigos CIE 10

1.___ ___ ___ ___ ___

2.___ ___ ___ ___ ___

3.___ ___ ___ ___ ___

4.___ ___ ___ ___ ___

5.___ ___ ___ ___ ___

6.___ ___ ___ ___ ___

7.___ ___ ___ ___ ___

8.___ ___ ___ ___ ___

Se realizó al RN reflejo rojo? 1. NO 2. SI Resultado nl Resultado anormal _____

| Nombre y código del funcionario de salud que llenó la boleta: | Nombre del funcionario de REMES: | Sello |
|---|---|---|
| | | |

| | PROCEDIMIENTO | Código | Revisión |
|---|---|---|---|
| | Boleta Solicitud de Diagnóstico | | |

## Instrucciones de llenado

La presente boleta constituye el formulario para cumplir con el decreto 16488- S, del año 1985, donde se establece que los funcionarios de los establecimientos de salud están obligados a remitir al CREC toda la información de los nacimientos cuyas características indiquen alguna alteración congénita. La información del paciente debe ser llenada por el médico o enfermera una vez realizado el exámen físico compelto al recién nacido. Por favor escriba con lapicero haciendo letra clara.

**Datos establecimiento de salud**

*Nombre del establecimiento*: Indicar el nombre del establecimiento de salud de donde procede la boleta. *Ej. Hospital Max Peralta*

*Fecha de reporte:* Indicar la fecha en que se llena la boleta con el siguiente formato (DD-MM-AAAA)

**Datos de la madre**

*Nombre de la madre:* Anote primer apellido, segundo apellido y nombre

*Identificación directa:* Anotar el número de cédula, pasaporte o número de expediente

*Edad materna:* Anotar la edad en años cumplidos *Teléfonos:* Anote el número de teléfono de la residencia de la madre, celular o algún otro teléfono disponible por medio del cual se pueda contactar.

*Recibió vacuna rubéola:* Anote en la casilla según corresponda, por favor verifique con el carnet de vacuna si realmente la madre recibió la vacuna de rubéola después de los 12 años

*Dirección del paciente:* Anote la provincia, cantón, distrito y caserío del lugar de residencia del paciente. Otras señas: anote la dirección exacta del domicilio del paciente

**Datos del padre**

*Nombre del padre:* Anote primer apellido, segundo apellido y nombre

*Identificación directa:* Anotar el número de cédula, pasaporte o número de expediente

*Edad paterna:* Anotar la edad en años cumplidos *Teléfonos:* Anote el número de teléfono de la residencia del padre, celular o algún otro teléfono disponible por medio del cual se pueda contactar.

**Datos del niño**

*Nombre del recién nacido:* Anote primer apellido, segundo apellido y nombre

*Certificado de nacimiento:* en caso de no tener disponible el número de cédula del niño, escriba por favor el número de certificado. *Cédula:* Llenar en caso de tener disponible este dato. *No. Expediente:* Llenar en caso que no esté disponible la cédula o número de certificado.

*Fecha de nacimiento:* Indique la fecha con el siguiente formato (DD-MM-AAAA)

*Sexo:* Marque la casilla que corresponda *Condición al nacimiento:* Marque la casilla que corresponda

*Edad gestacional :* Anote la edad gestacional al nacimiento en semanas y marque el método utilizado para el cálculo.

*Peso al nacer:* Anote el peso al nacer en gramos

*Condición de salida:* Indique la condición en que se egresa el paciente según corresponda

**Describa las malformaciones congénitas (detalle con letra clara nombre, localización, tamaño etc)**

Anote si el recién nacido presenta una malformación simple o corresponde a un malformado múltiple, los síndromes corresponden a esta categoría, además de anotar el nombre del síndrome se recomiendo especificar todas las malformaciones que presenta el recién nacido.
*Indique si el paciente está asintomático o sintomático*, si presenta algún síntoma, indique la fecha de inicio.

*Se realizó al RN reflejo rojo?* Anote la casilla que corresponda. En caso que el resultado sea anormal, especifique cual fue el hallazgo.

**Nombre y código del funcionario que llenó la boleta**

Anote el nombre y código del funcionario de salud que llenó la boleta

**Nombre del funcionario de REMES**

Anote el nombre del funcionario de REMES que llenó la boleta

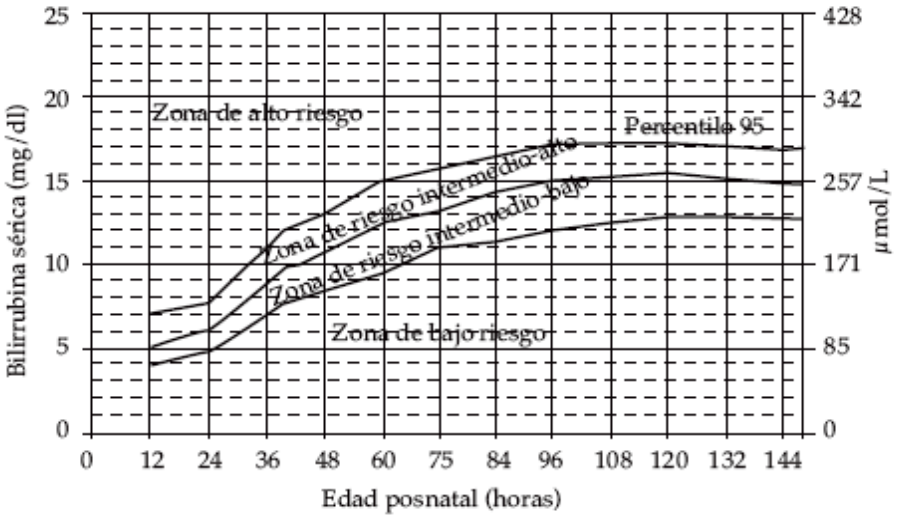
**Sello**

Coloque el sello del establecimiento de salud.

## Anexo 24: Guía de Manejo de la Hiperbilirrubinemia en Niños y Niñas Mayores de 35 Semanas de Edad Gestacional

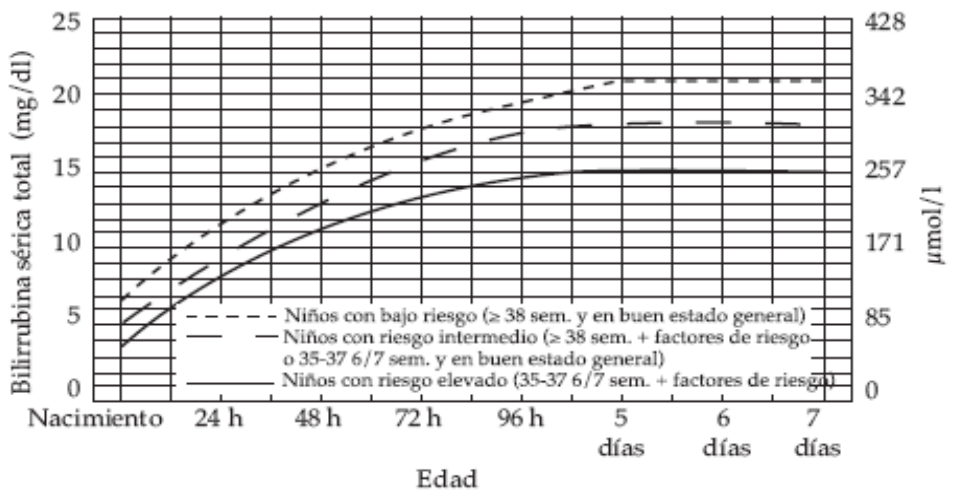
**Nomograma para establecer riesgo de hiperbilirrubinemia severa en niños y niñas mayores de 35 semanas de edad gestacional**

FIGURA 1. *Nomograma de Bhutami*



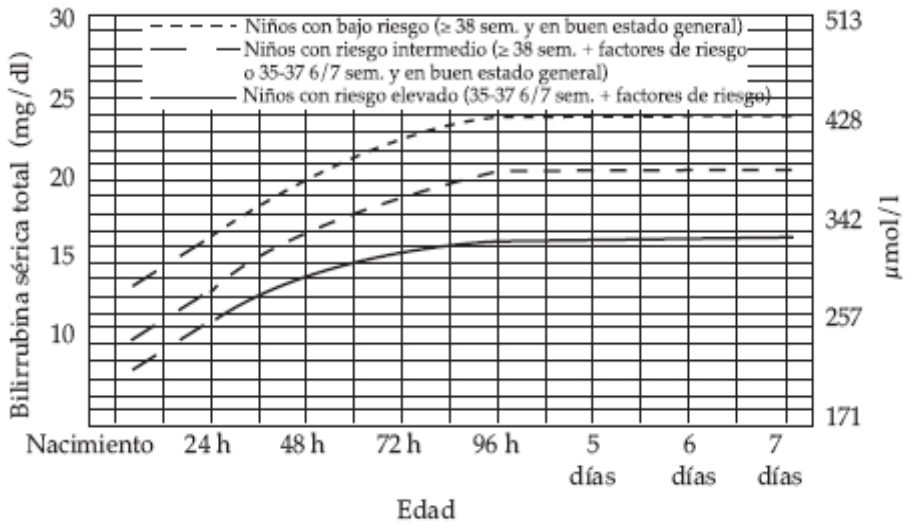

**Manejo con Fototerapia en Niños y Niñas Mayores de 35 Semanas de Edad Gestacional con Ictericia Neonatal**

FIGURA 2. *Fototerapia*



**Manejo con Exsanguinotransfusión en Niños o Niñas de 35 Semanas de Edad Gestacional con Ictericia Neonatal**

FIGURA 3. *Guías para exsanguinotransfusión en niños de 35 semanas o más*




**Factores de riesgo significativos**

- Enfermedad hemolítica
- Asfixia
- Letargo significativo
- Inestabilidad térmica
- Sepsis
- Acidosis
- Albúmina < 3 g/dl.

**Fuente**: American Academy of Pediatrics. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics 2004; 114(1):297-316.

## ATENCIÓN DEL POSPARTO

## 1 DEFINICION

El control posparto consiste en una serie de actividades que se llevan a cabo con la mujer y su bebé con la finalidad de obtener un mejor grado de salud para ella y orientar la planificación de la familia y el cuidado del recién nacido.

## 2 OBJETIVO

Efectuar un control posparto y posaborto eficiente. Para esto, el control debe contemplar cuatro requisitos básicos: extenso, precoz, completo e integral y educativo.

### *2.1 Extenso*

Sólo en la medida en que la población blanco sea vigilada en su totalidad y sea usuaria de los servicios de control posparto y posaborto y de planificación familiar, los servicios de salud del país podrán cumplir sus objetivos de cobertura y calidad.

### *2.2 Precoz*

El control debe ser precoz, a los 8 días y al mes del nacimiento para detectar oportunamente el estado de salud en el puerperio, orientar a la madre con el recién nacido, así como la orientación sobre lactancia materna y planificación familiar.

### *2.3 Complejo e integral*

Los contenidos mínimos de control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación, rehabilitación y prevención de patologías de la puérpera y del recién nacido. Deberá representar, además, la aplicación práctica del conocimiento científico más actualizado.

### *2.4 Educación*

Las puérperas deberán conocer los síntomas y signos de alarma en ellas y en el recién nacido para su consulta, además de su fisiología del puerperio. Esta educación debe darse previamente al parto, dentro de la consulta prenatal y en los cursos de preparación para el parto. Se establecerán factores de riesgo con el fin de discriminar a las pacientes y a los recién nacidos que deban ser seguidos de cerca en las consultas especializadas.
Selección de actividades de control de normas.

Cada una de las actividades que deben realizarse en su control, responden a objetivos específicos, cuya consecución redundará en el mejoramiento de la salud de la madre y el niño (a).

## 3 PERSONAL

Asistente Técnico en Atención Primaria.
Oficinista.
Auxiliar de enfermería.
Médico (a).
Enfermera obstetra y enfermera general.

## 6 ACTIVIDADES LA ATENCIÓN AMBULATORIA DEL POST-PARTO NORMAL

### *6.1 COMPONENTE: ATENCIÓN PRIMARIA*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Detección y captación de la puérpera y el recién nacido. | Brindar continuidad en la atención a todas las puérperas y sus familias | a) Identificación temprana (en los primeros ocho días) de las mujeres que se encuentren en el posparto, y de sus niños (as), por medio del registro de pacientes. | EBAIS<br>Equipo de Apoyo |
| 2. Fomento de la consulta posparto, crecimiento y desarrollo. | | a) Referencia a la madre y al (a) niño (a) para su atención conjunta.<br>b) Brindar información sobre horarios de consulta | EBAIS<br>Equipo de Apoyo |
| 3. Visita domiciliar basada en enfoque de riesgo | Vigilar el estado de salud de la madre y el (la) niño.(a) | a) Planeación de las visitas con base en el registro de pacientes embarazadas.<br>b) Reconocimiento de signos y/o síntomas de alarma tanto en la madre como en los (as) bebés<br>c) Detección y referencia de casos de riesgo.<br>d) Identificación de las necesidades de anticoncepción de la mujer y su pareja. | EBAIS<br>Equipo de Apoyo |
| 4. Educación | Proporcionar la información necesaria para favorecer el auto cuidado | a) Informar sobre la evolución y cambios normales así como los cuidados en el puerperio y los signos y síntomas de alarma en ella y su bebé.<br>b) Brindar información y orientación sobre:<br>• Higiene perineal<br>• Cambios emocionales<br>• Problemas comunes (cansancio, estreñimiento, hemorroides, incontinencia entre otros) | EBAIS<br>Equipo de Apoyo |

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| | | • Lactancia materna<br>• Cuidados del recién nacido<br>• Estimulación temprana<br>• Prevención de muerte súbita<br>• Consulta de crecimiento y desarrollo y uso del carné<br>• Anticoncepción y protección de ITS/HIV<br>• Inicio de relaciones sexuales y su relación con los cambios experimentados.<br>• Cuando sea pertinente Ley de paternidad responsable | |

*6.2 COMPONENTE: INFORMACIÓN Y REGISTRO*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Recepción de pacientes | Inscribir en la consulta a todas las mujeres puérperas y clasificarla según:<br>• Caso nuevo: Mujer puérpera y recién nacido que llegan por primera vez a la consulta.<br>• Caso subsecuente: Mujer puérpera y recién nacido que llega por segunda o más veces a la consulta prenatal<br>• Caso referido con condiciones de riesgo | a) Solicitar Carnés Perinatales y Carnés de Salud del (a) Niño (a)<br>b) Solicitar expediente o confeccionar expediente.<br>c) Selección de expedientes, posteriormente pasarlos a sala de preparación.<br>d) Verificar si el o la niño(a) está inscrito(a) en el registro civil, si no lo está; enviarlo a la oficina respectiva | Personal de REDES |
| 2. Registro de datos | Servir de base para la planificación del seguimiento de la puérpera y del recién nacido. | elaboración del control estadístico de la consulta | Personal de REDES<br>EBAIS<br>Equipo de Apoyo |
| 3. Elaboración de informes. | Contar con la información adecuada para la programación y reprogramación locales. | | EBAIS<br>Equipo de Apoyo |
| 4. Análisis de la información. | Evaluar y programar las actividades en el | | EBAIS |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | nivel local. | | Equipo de Apoyo |

*3.1 COMPONETE: PRECONSULTA*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Organización de la consulta posparto | Preparar a la madre y el (la) recién nacido (a) para la consulta. | a) Seleccionar y preparar a las usuarias dando prioridad a las de mayor riesgo<br>b) Revisión del carné perinatal<br>c) Interrogar sobre:<br>• Días posparto<br>• Control posnatal<br>• Atención del parto<br>• Complicaciones durante el parto<br>• Estado actual<br>d) Control de signos vitales: PA, Pulso, Temperatura y Peso<br>e) Escuchar los sentimientos, las dudas y temores de la usuaria. | Auxiliar de Enfermería |
| 2. Información y Educación | Proporcionar la información necesaria para favorecer el autocuidado | a) Orientación a la madre en las etapas de desarrollo del bebé, actividades de apego, lactancia materna y estimulación temprana.<br>b) Brindar información sobre los cambios y cuidados del puerperio de acuerdo a las etapas y del recién nacido. | Auxiliar de Enfermería |

*3.2 COMPONENTE: CONSULTA A LA MADRE*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Realización de entrevista | Obtener información relevante del parto. | a) Revisión del carné perinatal<br>b) Interrogar sobre antecedentes, signos y síntomas y estado actual.<br>c) Valoración del estado emocional y bienestar en general<br>d) Indagar por situaciones de violencia o abuso | Médico (a)<br>Enfermera (o) |
| 2. Realización del examen físico completo | Evaluar el estado clínico general de la puérpera y la presencia de patología en curso. | a) Evaluación de los signos vitales anotados por la auxiliar de enfermería.<br>b) Realizar examen físico completo:<br>• Revisión de la salud buco dental<br>• Examen de mamas: Valoración funcionalidad del pezón y colecciones o signos de infección.<br>• Examen ginecológico: Valoración de la presencia de signos de infección, comprobar la involución uterina, sangrados, el estado perineal y la integridad del cérvix y la vagina. | Médico (a)<br>Enfermera (o) |
| 3. Evaluación del estado nutricional de la puérpera | Detectar desnutrición u obesidad. | a) Medición de peso y talla.<br>b) Referir a la consulta de nutrición aquellas pacientes que lo ameriten.<br>c) Entregar el complemento alimentario a las señoras que amamantan y que lo requieran | Médico (a)<br>Enfermera (o) |
| 4. Detección precoz y tratamiento de anemia | | a) Determinación de hemoglobina.<br>b) Administración de hierro y ácido fólico. | Médico (a)<br>Enfermera (o) |

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 5. Identificación de las necesidades en anticoncepción. | Facilitar a las personas usuarias la elección del método anticonceptivo que más se ajuste a sus necesidades. | a) Evaluación y clasificación del riesgo reproductivo.<br>b) Brindar información sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles.<br>c) Prescripción y explicación de la utilización del método seleccionado a la mujer y su pareja.<br>d) Recordarle que los cambios experimentados pueden hacer que las primeras relaciones sexuales pos-parto sean incómodas o un poco dolorosas | Médico (a)<br>Enfermera (o9 |
| 6. Fomento de la Lactancia Materna | Orientar sobre los beneficios de la lactancia materna para la madre y el (la) recién nacido (a). | a) Preguntar sobre problemas con la lactancia materna.<br>b) Revisión de técnicas de amamantamiento.<br>c) Valoración de reinducción de lactancia en madres que la han suspendido | Médico (a)<br>Enfermera (o) |
| 7. Educación para salud. | Proporcionar información para la toma de decisiones en el cuidado de la salud | a) Evaluar y reforzar el conocimiento sobre:<br>• Puerperio normal<br>• Signos y síntomas de alarma<br>• Consulta planificación familiar y Crecimiento y Desarrollo.<br>• Higiene bucodental<br>• Autocuidado<br>• Prevención de la violencia intrafamiliar<br>b) Indicarle que debe consultar si:<br>• El sangrado vaginal no para después de la sexta semana pos-parto | Médico (a)<br>Enfermera (o) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Si el dolor durante la relación sexual persiste | |

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 8. | | • Dolor de espalda severo o persistente que limita sus actividades diarias<br>• Durante las ocho semanas pos nacimiento cualquier síntoma en relación al estado de ánimo o empeoramiento de la tristeza posparto (“baby blues”) o prolongación de ésta por más de dos semanas. | |
| 9. Registro de datos | Llevar el control del estado de salud de la madre y el recién nacido. | a) Llenado del carné perinatal<br>d) Anotar en expediente los hallazgos y el plan de seguimiento: si es de alto riesgo, registrarlo como tal y dar prioridad al seguimiento.<br>e) Valorar referencia a las instancias que corresponda | Medico (a)<br>Enfermera (o) |

### *3.3 COMPONENTE: CONSULTA AL (A) RECIÉN NACIDO (A)*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Realización de entrevista | Obtener información relevante del (a) recién nacido (a). | • Revisión de datos del parto y de la condición del (a) niño (a) al nacimiento<br>• Indagar con la madre el estado actual del (a) bebé y cualquier duda o preocupación<br>• Explicar y dar información relevante sobre el desarrollo y el crecimiento esperado en esa etapa, cuidados básicos<br>• Realizar la evaluación integrada del riesgo (condiciones de vida, condiciones clínicas u otras) | Médico (a)<br>Enfermera (o) |
| 2. Realización del examen físico completo | Evaluar el estado clínico del (a) recién nacido (a). | • Valoración antropométrica (peso, talla, circunferencia cefálica) interpretación de las gráficas de crecimiento<br>• Examen físico completo, incluyendo el neurológico | Médico (a)<br>Enfermera (o) |
| 3. Registro de datos | Llevar el control del estado de salud de la madre y el (la) recién nacido (a). | • Llenado del carné de salud<br>• Anotar en expediente los hallazgos, la condición de riesgo y el plan de seguimiento.<br>• Si es de alto riesgo, registrarlo como tal y dar prioridad al seguimiento.<br>• Valorar referencia a las instancias que corresponda | Médico (a)<br>Enfermera (o) |

*3.4 COMPONENTE: POS CONSULTA*

| ACTIVIDADES | OBJETIVO | TAREAS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1. Orientación a la mujer sobre las indicaciones dadas en la consulta | Asegurar que la usuaria comprenda, acepte y cumpla las indicaciones de la consulta | a) Orientación sobre:<br>b) Explicar a la usuaria y familiares sobre la conducta a seguir, en relación con las indicaciones dadas en la consulta. | Auxiliar de enfermería |
| 2. Educación | Mejorar la salud de la familia. | a) Evaluar y reforzar el conocimiento sobre:<br>• Puerperio normal<br>• Lactancia materna<br>• Signos y síntomas de alarma<br>• Consulta planificación familiar y Crecimiento y Desarrollo.<br>• Higiene bucodental<br>• Autocuidado | Auxiliar de enfermería |
| 3. Llenado de documentos para seguimiento | | a) Llenado del expediente médico.<br>b) Anotar la próxima cita de planificación familiar en la tarjeta de citas | Personal de REDES |
| 4. Realización de sesiones clínicas. | Analizar casos seleccionados para elaborar un plan de seguimiento y para la atención y educación continua del personal. | Registrar los casos y analizarlos en equipo<br>Registro de análisis y plan de seguimiento en el expediente | EBAIS<br>Equipo de apoyo |
| 5. Visita domiciliar | Vigilar el estado de salud de la madre e hijos | a) Programación de visita domiciliar para casos de alto riesgo.<br>b) Seguimiento de casos de riesgo | EBAIS<br>Equipo de apoyo |


Seguro Social
Costa Rica

## BIBLIOGRAFIA


Bailey, C, Ferguson J.E., Boyle R y Kattwinkel J. (1.999). Outpatient Perinatal Education Program. The high risk mother and fetus. University of Virginia Health Science Center.

Bluff, L. ( 2005). Early versus delayed cord camping. *International Journal Childbirth Education, 4* (20), 16-21.

Boies,E & Stellwagen, L. (2006). Care of the well newborn*. Pediatrics in Review. 27*, 89-98.

Caja Costarricense de Seguro Social (2007) Manual para la Atención Integral de la Diabetes Tipo 2. En el primer nivel de atención. San José, Costa Rica.

Centro Latinoamericano de Perinatología (2.001). Formas de cuidado durante el embarazo y el parto. Consultado en marzo, 2007 en http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/BOLETIN19.pdf

Coalición para la mejora de los servicios de Maternidad (CIMS) (1.996). Iniciativa par aun parto respetuoso con la Madre. Consultado en diciembre, 2.006 en http://www.motherfriendly.org/.

Burgo, Carlos (2.000). ¿Partos modelos o modelos de parto? Consultado en setiembre, 2.007 en http://www.partohumanizado.com.ar/articulo3.html.

Código de la niñez y la adolescencia. (2004). San José: Unidad de Imprenta CCSS. 19.

Cuddy, Sabrina (2.001). Relaxation for pregnancy and labor. Midwifery Today, 3, 46-47.

Davis, Elizabeth (2.004). Heart &hands: a midwife's guide to pregnancy and birth. Berkeley: Celestial Arts.

Early postpartum care of the mother and infant and transition to the comunity. *Family Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines.* 8-13

Eye care and prevention of ophthalmia neonatorum. (2001*). British Columbia Reproductive Care program, March,* pp 1-5.

Friedman, E, Acker, D y Sachs, B (1987). Obstetrical decision making. St. Louis, Missouri: C.V Mosby.

Fundación Oswaldo Cruz (1.999). Ceará: "Viva mulher" e "luz" revolucionam a assistência perinatal. Tema, (17), 27.

Guzmán, A. MacDonald, J., Quirós, I., Sánchez, R & Fernández A. (1997). *Atención integral en salud*. San José. Caja costarricense de Seguro Social. 47.

Harper Barbara (1.996). Opciones para un parto suave: guía para tomar decisiones informadas. México D.F: Lasser Press Mexicana, S.A.

Hotelling, Barbara (2.004). Is your perinatal practice Mother-friendly? Improving Maternity Care. BIRTH, 31:2, 143.

Klein, Susan (2.000). Un libro para parteras. México D.F: Editorial Pax México.

Koblinsky,M, Campbell, O y Heichelheim, J (1.999). Organización de la asistencia obstétrica: opciones eficaces para una maternidad sin riesgo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 77, 116-123.

Lang, S. (Julio 2007) Skin to skin contact and the importance of calostrum. Ponencia presentada en el Curso de prácticas y políticas en lactancia materna, Londres Inglaterra.

Ley de contratación administrativa, reglamento y resolución contraloría. 2002. Editec Editec Editores. 137.

Ley Nº 7430 Fomento de la lactancia maternal y su reglamento. 1998. Ministerio de Salud. 17.

Lothian, Judith (2.007). The Coalition for improving maternity services: evidence basis for the ten steps of mother friendly care. The Journal of perinatal Education, Advancing Normal birth, 16 (1), 1s-9s.

Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Salud Materno Infantil (2.004). Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Buenos Aires: Ministerio de Salud de Argentina.

Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social. (2.000). Normas de atención materno perinatal. San José.

Ministerio de Salud y Caja Costarricense del Seguro Social (1994). Normas de atención integral del recién nacido sano. San José

Normas de atención integral al recién nacido de pretémino o con menos de 2.000 gramos al nacer. (2000). San José

Moreno E. y Díaz G.A. (1986) Normatización del cuidado de la Salud Materno-Infantil. Salud Perinatal; 2 (6): 50-54.

National Guideline Clearinghouse (2.006). Postnatal care. Routine postnatal care of women and their babies. Consultado en marzo, 2.007 en http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG037fullguideline.pdf.

Normas técnicas para la atención del recién nacido. www.Saludcolombia.com/actual/ultimas htlm

Odent, Michel (1.999). La cientificación del amor, el amor en la ciencia. Argentina: Editorial Creavida

Organización Mundial de la Salud, oficina Regional para Europa y sus Estados miembros (2.001). Segunda reunión de puntos focales para la salud reproductiva/salud de las mujeres y niños en la Región europea. Consultado en agosto, 2006 en http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/NOVEDADES/Noved13.pdf.

Pregnancy, childbirth, pospartum and newborn care: A guide for essential practice. (2006) World Health Organization. 2da Edition. Geneva

Programa Especial de Salud Materno-Infantil y Población (1.995). Estados Hipertensivos del Embarazo. Montevideo: CLAP/OPS.

Recomendations for the prevention of the neonatal opthalmia. (2002). *Paediatr Child Health, 7* (7), 480-483.

Sancho M.X., Osorio R.A., Rosabal M.I., Vargas U.I. (2004) Control Prenatal, Puerperio y Manejo del Riesgo. Modulo9-Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. San José, Costa Rica

Santarelli, Carlo (2.002). Trabajo con Individuos, Familias y Comunidades para mejorar la salud de la madre y el recién nacido. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Stoppard Miriam (1.998). Antenatal Care. London: Dorling Kindersley Limited.

Stoppard, Miriam (2.000). Nuevo libro del embarazo y nacimiento. Bogotá: Editorial Norma.

Valderrama, J, Zacarías, F y Mazín, R (2.004). Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Revista Panamericana de salud pública, 16 (3), 211-217.

Vitamin K Administration. (2006) Clinical procedure guidline. 4-7.

WABA. (2007). La lactancia materna durante la primera hora. *WABA*. 1-5

Wagner, Marsden (2.006). El cuidado maternal en España 2.006: la necesidad de humanizar el parto. Medicina Naturista, 10, 598-610.

Wagner, Marsden (2.006). Born in the USA: how a broken maternity system must be fixed to put mothers and infants first. Los Angeles, Ca: University of California Press.

Wagner, M y Gunning, S (2.006). Creating your Birth plan. New York: The Berkeley Publishing Group.

WHO/RHR/00.7 (2002) Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstétricas y médicos.

World Health Organization (1.996). Antenatal Care. Consultado en julio, 2.001 en http://www.who.int/reproductive-health/.

World Health Organization (1.996). Care in Normal Birth: a practical guide, report of a technical working Group. Geneva: WHO, Safe motherhood Unit.

World Health Organization (1.996). Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Consultado en julio, 2001 en http://www.who.int/reproductive-health/.


Seguro Social
Costa Rica