



PROYECTO DE
MEJORAMIENTO DE
LA ATENCIÓN EN SALUD



**MATERIAL TÉCNICO DE HABILIDADES
OBSTÉTRICAS, NEONATALES,
PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN
DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA
ATENCIÓN SANITARIA**

OCTUBRE DE 2011

San Salvador, El Salvador, C.A.

ADVERTENCIA

*El presente documento “Material Técnico de Habilidades Obstétricas, Neonatales, de Planificación Familiar y Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria”, ha sido actualizado por el personal del Ministerio de Salud y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social; se hace posible gracias al apoyo del pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). **Este documento Material Técnico de Habilidades Obstétricas, Neonatales, de Planificación Familiar y Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria 2011” ha sido elaborado con la asistencia técnica de University Research Co., LLC y no reflejan necesariamente el punto de vista de USAID o los del Gobierno de los Estados Unidos.***



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DE
MEJORAMIENTO DE
LA ATENCIÓN EN SALUD



**MATERIAL TÉCNICO DE HABILIDADES
OBSTÉTRICAS, NEONATALES,
PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN
DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA
ATENCIÓN SANITARIA**

OCTUBRE DE 2011

CRÉDITOS

UNIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA

Dra. Sofía Villalta, Coordinadora

Dra. María Esperanza Alvarenga de Aparicio

Dra. Yanira Burgos

Dra. Esmeralda de Ramírez

Dra. Elisa Menjivar de Arostegui

Lic. María Celia Hernández

Lic Sonia Margarita Centeno

ASISTENCIA TÉCNICA URC/AID

Componente de Salud Sexual Reproductiva

Dra. Emilia G. Hernández Lazo

Dra. Patricia del Pilar León Estrella

Componente Infecciones

Lic. Felicia Rubidia Girón

Componente de Infantil

Dra. Patricia de Quinteros

EDICIÓN, REVISIÓN Y AJUSTES:

Dra. Emilia Gudelia Hernández Lazo

Dra. Patricia del Pilar León Estrella

Dra. María Esperanza Alvarenga de Aparicio

Lic. Felicia Rubidia Girón

Dra. Maritza Castillo de Alvarado

COMITÉ DE VALIDACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD

Región Occidental:

Médicos Ginecólogos-Obstetras:

Dr. Miguel Angel Gómez Guerrero

Médico General:

Dra. Ana Miriam Alfaro de Linares

Enfermeras:

Lic. Evelyn Díaz de Rodríguez

Lic. Maritza Claribel Zepeda

Referente Materno:

Dra. Blanca Leticia Cuyuch

Región Central:

Médicos Ginecólogos-Obstetras:

Dr. Edgar Hernández Gutiérrez

Dra. Roció Zacapa

Dr. Jorge Alberto Rico Girón

Enfermeras:

Lic. Zonia Maribel Amaya Fuentes

Lic. Silvia María Hurtado de Cardoza

Lic. Carina Yamileth Rivas Gómez

Referente Materno:

Dra. Ivonne Palacios

Región Metropolitana:

Médicos Ginecólogos-Obstetras:

Dr. Alex Benjamín Amaya Galindo

Dra. Ivonne Ávila del Cid

Dr. José Roberto Alas Romero

Enfermeras:

Lic. Alba Lorena Turcios de Echeverría

Referente Materno:

Dra. Patricia de Baños

Región Paracentral:

Médicos Ginecólogos-Obstetras:

Dra. Patricia Granados de Montoya

Dra. Lilian Cecilia Vásquez Pastore

Dra. Kenia Lisseth Laínez Ramírez

Enfermeras:

Lic. Milagro Castillo de Zúniga

Lic. Ana Lisia Alfaro

Referente Materno:

Dr. Enrique González

Región Occidental:

Médicos Ginecólogos-Obstetras:

Dra. Aurora Salazar de Escolero

Dr. Rene Amaya Martínez

Dra. Claudia Lisseth Molina

Dra. Claudia María Gizzi

Dra. Rosa Vitelia Rubio

Enfermera:

Lic. Griselda Judith de Marengo

Referente Materno.

Dra. Roxana Zelaya

Equipos de Monitores de Hospitales:

Dra. Rosa María Bonilla

Dra. Zonia Arely Trigueros Chávez

Dr. Juan Pio Aparicio

Dr. Wendel Martínez Ascencio

Nivel Central:

Dra. Esmeralda de Ramírez

Dra. Esperanza de Aparicio

Lic. María Celia Hernández

**COMITÉ DE VALIDACIÓN DEL
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1º DE MAYO**

- Dra. Evelyn Martínez de Calderón.** Directora
Dr. Armando Heriberto Lucha. Jefe de la División Médica
Dr. Danilo Arévalo León. Coordinador Nacional de Ginecología y Obstetricia del ISSS
Dr. Fernando Rivera Fortín. Jefe de Enseñanza de Ginecología y Obstetricia
Dra. Maritza Castillo de Alvarado. Jefa de Emergencia y Parto
Dra. Ana Cecilia Patiño Ruíz. Jefa de la UCI
Dr. Jorge Martínez Antonio. Epidemiólogo
Dr. Francisco Fuentes. Médico Agregado de Ginecología
Dr. Salvador Álvarez Castro. Médico Agregado de Ginecología
Dra. Edna Fuentes de Fabian. Médica Agregado de Ginecología
Dra. Silvia Quijano. Médica Agregado de Ginecología
Dra. Xenia Molina de Alberto. Médica Agregado de Ginecología
Dr. David Menjivar. Médico Agregado de Ginecología
Dra. Luz de María Benítez. Médica Agregado de Ginecología
Dra. Elisa Rubio de Vides. Médico Agregado de Ginecología
Dr. Amílcar Herrera. Jefe del Depto de Enseñanza de Neonatología
Dra. Yanira Orellana. Médica Agregada de Neonatología
Dra. Lorena Ponce de Menjivar. Médica Agregada de Neonatología
Lic. Aida Solano de Portillo. Jefe del Departamento de Enfermería
Lic. María Raquel Barillas. Enfermera Supervisora
Lic. Ruth Orellana. Jefa de Enfermeras de Aislamiento
Lic. Paxely Elizabeth Rosa. Enfermera de Partos
Lic. Ana Lilian Bonilla. Enfermera encargada de programa de Atención a la Mujer
Lic. Maritza García. Enfermera de Emergencia
Lic. Vivian Saraí Elías Rivera. Enfermera de Partos
Lic. Daisy Vaquerano de Claros. Enfermera Supervisora
Lic. Sonia Elizabeth de Durán. Coordinadora del NALS
Lic. Mirian Patricia Rivas. Enfermera Jefe de Sala de Operaciones
Enf. Aida Marianela Rivas. Enfermera de UCI
Enf. Zulma de Aguilar. Enfermera Jefa de Ultrasonografía

PRESENTACIÓN

Según la OMS cada año muere alrededor de 500,000 mujeres por complicaciones asociadas al embarazo y el parto, de las cuales más del 80 % son prevenibles, igualmente la mortalidad perinatal está relacionada en una tercera parte a estos eventos, por lo que las intervenciones dirigidas a la madre son de vital importancia para la sobrevivencia neonatal.

En El Salvador, la problemática es muy similar donde el comportamiento de la mortalidad materno- neonatal está relacionado a los cuidados recibidos durante el embarazo, parto, puerperio y la atención inmediata del recién nacido; por lo que las competencias y habilidades del personal de salud que atiende a las mujeres en los periodos antes mencionados son de vital importancia para reducir la morbi-mortalidad materno perinatal.

El Ministerio de Salud (MINSAL) con el propósito de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMC) desde hace tres años con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) crearon los Centros Regionales de Habilidades Obstétricas, Neonatales, de Planificación Familiar y de Prevención de Infecciones para desarrollar las capacitaciones contenidas en los módulos de aprendizaje del manual técnico de competencias obstétricas, neonatales, planificación familiar y prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria; para mejorar la atención brindada en esta área.

Dando continuidad a lo mencionado anteriormente y cumpliendo con uno de los ejes estratégicos de los planteado en el Plan Nacional de Salud; que pretende la creación de un Sistema Único de Salud; y con el apoyo del pueblo de los Estados Unidos, bajo el auspicio del Proyecto “Mejoramiento de la Atención en Salud” de USAID, se ha desarrollado la actualización del presente documento que representa el esfuerzo conjunto a nivel inter-institucional entre el MINSAL y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS); con el objetivo que ambas instituciones implementen en forma unificada la atención materno neonatal.

Es importante mencionar que este documento ha sido revisado, unificado y validado por un equipo multidisciplinario e intersectorial representado por las Unidades de Atención Integral e Integrada en Salud Sexual y Reproductiva en el ciclo de vida, Unidad de Enfermería y niveles operativos del MINSAL, y del Tercer Nivel del ISSS, con asistencia técnica de URC/AID y enriquecido con la experiencia del funcionamiento de los centros.

Este documento incluye una revisión bibliográfica internacional y del marco regulatorio nacional de principales morbilidades, técnicas y procedimientos básicos en la atención pre-concepcional, prenatal, del trabajo de parto, parto, atención del recién nacido, post parto y principales complicaciones durante y después del embarazo, así como, las buenas prácticas para la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitarias

Está dirigido a los participantes de los talleres a ser realizados en los Centros de habilidades, personal médico-paramédico de los diferentes niveles de atención del MINSAL y del ISSS; por lo que se les invita a utilizarlo como una herramienta de apoyo para la actualización de las competencias técnicas de cada uno de los prestadores de servicio de salud.

ÍNDICE

MÓDULO I

PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA	1
Técnica aséptica.....	3
Preparación de los usuarios para procedimientos clínicos.....	3
Uso de técnicas quirúrgicas seguras.....	4
Mantenimiento de un ambiente en el área quirúrgica	4
Lavado de manos	6
Uso de barreras.....	10
Mantenimiento de un área estéril	3
Procedimiento de aseo vulvar.....	6
Sondaje vesical en la mujer	8

MÓDULO II

ATENCIÓN A LA MUJER Y PRECONCEPCIONAL	14
Cuidados preconcepcionales.....	16
Cálculo del índice de masa corporal (IMC)	29
Consejería en planificación familiar	31
Toma de citología cervico-vaginal.....	38
Procedimiento de inserción del DIU.....	47
Examen clínico de mama	53

MÓDULO III

ATENCIÓN PRENATAL.....	61
Control prenatal básico.....	63
Actividades a realizar durante el control prenatal.	68
Exámenes de laboratorio durante el control prenatal.....	72
Procedimiento técnica de toma de la presión arterial.....	74
Procedimiento técnica de toma de pulso	79
Procedimientos para pesar y tallar.....	80
Evaluación clínica de la nutrición materna y del crecimiento fetal	82
Exámenes con pruebas rápidas en el prenatal	89
Gestograma.....	93
Cinta obstétrica.....	94
Llenado del formulario de historia clínica perinatal.....	98
Maniobras de Leopold	127
Consejería en la atención prenatal.....	129
La salud bucal y el embarazo	137

MÓDULO IV

TRABAJO DE PARTO Y PARTO	147
Partograma.....	149
Partograma OMS.....	158
Vigilancia fetal intraparto	169
Asistencia durante el parto	176
Manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP).....	186
Episiotomía y sus complicaciones	190
Puerperio.....	194

MÓDULO V

ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO.....	197
Atención del (la) recién nacido (a) al momento del nacimiento.....	199
Evaluación del Apgar	202
Evaluación de Ballard	204
Adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.....	205

MÓDULO VI

PRINCIPALES COMPLICACIONES DEL PARTO Y POST-PARTO	216
Hemorragia postparto.....	218
Shock hipovolémico	221
Atonia uterina.....	223
Desgarros del cuello uterino, la vagina o el perineo	225
Ruptura uterina	233
Retención placentaria	235
Inversión uterina	238
Hipertensión arterial y embarazo	241
Preeclampsia grave	243
Manejo expectante de la preeclampsia grave	251
Eclampsia	252
Técnica de aplicación de sulfato de magnesio.....	257
Síndrome HELLP.....	262
Coagulación intravascular diseminada (CID)	266

MÓDULO VII

PINCIPALES PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA	271
Legrado uterino	273
A) Legrado instrumental(LUI).....	273
B) Aspiración manual endouterina (AMEU).....	275
Cesárea.....	281
BIBLIOGRAFÍA.....	287

MÓDULO I

PREVENCIÓN DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN
SANITARIA

TÉCNICA ASÉPTICA

Componentes de la técnica aséptica:

La técnica aséptica se refiere a las prácticas que se realizan durante e inmediatamente antes de un procedimiento clínico para que se reduzca la posibilidad de infecciones. A modo de ejemplo se incluyen:

1. Preparación de los usuarios para procedimientos clínicos
2. Uso de técnicas quirúrgicas seguras
3. Mantenimiento de un ambiente más seguro en el área quirúrgica o del procedimiento.
4. Lavado de manos: Clínico y quirúrgico.
5. Uso de barreras
6. Mantenimiento de un área estéril.

Se deberán emplear todas estas prácticas importantes durante los procedimientos clínicos para reducir el riesgo de infecciones.

1. PREPARACIÓN DE LOS USUARIOS PARA PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS

La mayoría de las infecciones que ocurren después de la cirugía se debe a que hay contaminación durante el procedimiento mismo.

Es imprescindible utilizar antisépticos para preparar a los usuarios antes de los procedimientos, lo que ayuda a que las bacterias que se encuentren en la piel de los usuarios no entren y causen infecciones en el sitio que se opera.

a) Preparación de la piel para procedimientos clínicos o quirúrgicos:

- Comprobar que se ha limpiado con jabón y agua la región que se va a operar. (El/la usuario/a puede hacer esto en casa o en la clínica, o con un miembro del personal).
- Usando torundas de gasa o algodón esterilizado o esponjas esterilizadas manipulándola con pinzas o material estéril para aplicar el antiséptico.
- Aplique antiséptico iniciando desde del punto del procedimiento hacia la periferia en una dirección circular.
- No afeite. Si el vello interfiere y la remoción se hace necesaria, hacerlo por depilación o por recorte. Si se usa rasuradora, hágalo inmediatamente antes del procedimiento, no más de una hora.

b) Preparación de la vagina, del cérvix y de otras membranas mucosas:

- Use torundas de gasa o algodón esterilizado o esponjas esterilizadas manipuladas con pinzas o guante estéril.
- Aplique en vulva, vagina y el cérvix una cantidad abundante de antiséptico antes de introducir instrumentos al útero.
- No utilizar alcohol o antisépticos con base de alcohol ya que es irritante en esta zona.

Pasos para el procedimiento de asepsia de paciente y personal de salud.

Debe cumplirse antes de procedimientos invasores: pequeña cirugía, cirugía mayor, punción lumbar, paracentesis, diálisis peritoneal, toracocentesis, médula ósea, vena central, catéter pulmonar (Swan Ganz), pericardiocentesis, inserción de catéter venoso central, catéter arterial, instalación de procedimientos invasores, punciones diagnósticas o terapéuticas, procedimientos quirúrgicos, biopsias percutáneas, Instalación de drenajes percutáneos, entre otros.

- Lavado mecánico con agua limpia y jabón como gluconato de clorhexidina al 4% o yodopovidona; utilizar agua estéril en procedimientos al paciente.
- Aplicación de yodo de 1 al 10 % (Solución acuosa).
- Aplicación de alcohol etílico.
- Aplique los pasos establecidos en el manejo de material estéril.

2. USO DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS

Se puede minimizar el riesgo de infecciones si se utilizan técnicas operatorias correctas. Por ejemplo, es posible reducir el riesgo de infecciones al introducir los DIU sin tocarlos, cargándolos al aparato de inserción mientras todavía estén dentro del envasado esterilizado.

Hay mayor posibilidad de que ocurran infecciones postoperatorias:

- En tejidos que hayan sufrido daño durante la cirugía, debido a que se les ha tocado demasiado o con fuerza excesiva, tales tejidos sanan despacio y quedan propensos a la infección.
- En situaciones de sangrado excesivo, ya que en tales situaciones los tejidos quedan más propensos a que les invadan los microorganismos.

El control meticuloso del sangrado y la manipulación suave y cuidadosa de los tejidos durante la cirugía pueden reducir los riesgos de infección

3. MANTENIMIENTO DE UN AMBIENTE MÁS SEGURO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA O DEL PROCEDIMIENTO

Esto implica el cumplimiento de técnicas asépticas y de las condiciones medio ambientales seguras para el desarrollo del procedimiento.

La asepsia se clasifica en: asepsia médica y asepsia quirúrgica:

Asepsia médica: se refiere a las prácticas y procedimientos para reducir el número de microorganismos y su diseminación, para prevenir o reducir la transmisión entre el personal y el paciente (Limpieza, descontaminación, técnica limpia).

Para cumplirla:

- Usar técnicas de barrera para reducir la transmisión de microorganismos del personal al paciente.
- Proveer controles ambientales para reducir la transmisión microbiana.
 - Use presión negativa en las salas de pacientes con agentes infecciosos de transmisión aérea.

- Limpie rutinariamente el ambiente
- Use equipo de limpieza e implementos: paños limpios, agua
- Use detergente para remover los sólidos
- Use agentes desinfectantes para limpiar sangre y fluidos corporales.

Asepsia quirúrgica: se refiere a las prácticas y procedimientos para eliminar la presencia de microorganismos (técnicas de esterilización, técnica quirúrgica); y mantener objetos y áreas libres al máximo de microorganismos.

Para cumplirla:

- a) Proveer máxima reducción de microorganismos en la piel sin dañar el tejido.
 - Use inicialmente un producto de jabón para remover los sólidos.
 - Use agentes antisépticos con alto nivel residual para que continúe el efecto de supresión microbiana y aplique desde el centro hacia fuera.
 - Aplicar fricción durante el lavado hasta formar espuma, con gasa o esponja si es requerido para el procedimiento o por el área del hospital donde el procedimiento es realizado.
 - Preparar la piel del paciente antes de procedimiento invasivo:
 - Use agentes antisépticos con alto nivel residual. Deje actuar el producto aplicado antes de colocar el campo quirúrgico.
 - Recoger y proteger el cabello del paciente con gorro en los procedimientos en el cuello y zonas adyacentes.
 - Algunas áreas operatorias no pueden estar estériles, se toman medidas para reducir la contaminación al mínimo.
- b) Use técnicas de barrera que disminuyan la transmisión de microorganismos del personal al paciente.
 - Lleve traje apropiado, que esté indicado por el riesgo del procedimiento y el área del hospital donde el procedimiento es realizado; portando correctamente el gorro y la mascarilla.
 - Mantenga el área estéril con guantes estériles, batas y campos estériles.
- c) Provea controles medioambientales para maximizar la reducción de microorganismos durante el procedimiento quirúrgico.
 - Use salas de operaciones especiales para ello.
 - Control activo para reducir la transmisión aérea si los procedimientos son hechos en la cabecera o cama del paciente
 - Mantenga cerradas las puertas durante el procedimiento; use barreras físicas tales como biombos para desviar el tráfico y disminuir la circulación.
 - Excluir visitas y personal a solo el necesario.
 - Suspender actividades de limpieza en el área durante los procedimientos quirúrgicos y desconectar ventiladores ambientales.
 - Proveer la tasa más alta de recambios aéreos en el sistema de ventilación.
 - Mantener en la sala presión positiva.
 - Considerar equipo especial para ventilación, filtrado de partículas de aire de alta eficiencia (HEPA).
 - Limpiar y desinfectar rutinariamente las superficies ambientales con desinfectante. Use agentes germicidas eficaces para la limpieza de sangre y fluidos corporales.

- d) Reprocesar el equipo entre cada paciente, esterilizando o aplicando desinfección de alto nivel, según sea requerido

4. LAVADO DE MANOS

Importancia del Lavado de Mano

La importancia del lavado de manos se fundamenta en la microbiología que ha demostrado la existencia de dos clases de flora, la residente y la patógena, ambas causan infección nosocomial en hospederos susceptibles

La flora residente o normal existe en diferentes sitios anatómicos y puede ser alterada por diferentes condiciones entre ellos la edad, por ejemplo el neonato quien al nacer su piel está completamente estéril. La flora residente sobrevive mayor tiempo y se multiplica en la piel y no se puede eliminar con el lavado de manos ni con el uso de antisépticos, ya que esta permanece en estratos profundos de la piel.

La flora patógena es transitoria, pasa de un hospedero a otro a través del contacto directo e indirecto, sobrevive corto periodo tiempo como resultado de competencia con flora endógena, puede ser removida con el simple lavado social de manos.

Objetivo del Lavado de Manos

Disminuir la contaminación de las manos, minimizar la transmisión de la infección entre pacientes, el personal y prevenir la propagación de patógenos a zonas no contaminadas.

Definición de Lavado de Manos.

Es la remoción física de sólidos o materia orgánica usando agua, jabón y acción mecánica.

Clasificación.

Existen tres clases de lavado de manos: el social, el clínico y el quirúrgico; cada uno cumple un objetivo específico.

- a) **Lavado social o rutinario de manos:** Se utiliza cuando la contaminación con agentes patógenos no existe o es mínima. Se recomienda en actividades domésticas, administrativas y en la mayoría de situaciones clínicas. La acción de eliminación de los microorganismos se ejerce por fricción, favorecida con la acción saponificadora del jabón. Se realiza con agua, jabón corriente y acción mecánica.
- b) **Lavado clínico de manos:** Se utiliza como preparación para la realización de procedimientos invasivos o si el paciente es inmunocomprometido, requiere una acción mecánica más rigurosa. Se realiza con un antiséptico.
- c) **Lavado de manos quirúrgico o antiséptico:** Se utiliza cuando se quiere lograr la ausencia de microorganismos patógenos en la piel. Requiere la aplicación de un antiséptico inocuo destinado a inhibir o destruir los microorganismos y a lograr efecto residual durante la realización del procedimiento. El lavado incluye acción mecánica con énfasis en áreas de pliegues y región de dedos y uñas, estas últimas pueden ser cepilladas o limpiadas con palillos para eliminar los microorganismos presentes en éstas áreas y por las rupturas accidentales que ocurren en éstas áreas de los guantes.

Indicaciones para el lavado de manos:

La indicación de “antes” en las siguientes situaciones, es para proteger al paciente, la indicación de “después” es para protegerse usted mismo.

- Antes de iniciar y después de terminar las labores del día.
- Antes de examinar o prestar atención directa a cada usuario.
- Antes y después de usar guantes (clínicos, quirúrgicos, de limpieza).
- Antes de manipular un dispositivo invasivo
- Antes de manipular material estéril.
- Antes de manipular medicamentos o preparar alimentos
- Antes y después de usar el inodoro.
- Después de manipular objetos contaminados (material, dinero, desechos, etc.).
- Después de entrar en contacto con líquidos o secreciones corporales, mucosas, piel no intacta o vendajes de heridas.
- Al atender al mismo paciente, cuando se pase de un área contaminada a una limpia
- Después de entrar en contacto con objetos inanimados en la inmediata vecindad del paciente
- Cuando tenga las manos visiblemente sucias o sospeche haberse contaminado

Prohibiciones para el procedimiento.

- **No se debe portar alhajas** (como anillos y esclavas). Si se lava las manos portando alhajas, bajo las prendas y entre los espacios de estas queda suciedad y por lo tanto microorganismos. Si se las quita para lavarse las manos, estas quedan contaminadas y al volvérselas a poner, contaminan las manos. En ambos casos el lavado de manos resulta deficiente.
- **No debe usarse uñas postizas.** En las irregularidades del pegamento se adhieren microorganismos que no pueden ser alcanzados por la fricción y se pueden caer en áreas críticas como campos estériles o cavidades.
- **No debe usarse esmalte de uñas, ni aún brillo.** Las irregularidades de las superficies facilitan la adherencia de microorganismos; así mismo, al deteriorarse y desprenderse, se convierte en un cuerpo extraño y contaminante.
- **Use uñas cortas.** El tamaño de la uña no debe sobrepasar el borde del pulpejo.
- **Retírese el reloj de puño.** Desde antes de realizar el procedimiento debe preverse la contaminación. **Nunca se porta reloj ni alhajas bajo los guantes.**
- **Lávese con agua corrida.** Evite introducir las manos en recipiente con agua estancada para no contaminar el agua y que los microorganismos vuelvan a sus manos.



PROCEDIMIENTO DE LAS CLASES DE LAVADO DE MANOS

a) **LAVADO SOCIAL DE MANOS:** La técnica es igual al lavado clínico de manos sólo cambia el tipo de jabón, el equipo a usar es el siguiente:

- Agua limpia.
- Jabón sólido en trozos pequeños en jabonera que permite escurrimiento en su defecto, jabón líquido que se sustituya cada 24 horas.
- Toalla de papel o de tela de un solo uso.
- Alcohol gel al 60-70%.



Limpie debajo de cada uña con palillo o cepillo

b) **LAVADO CLÍNICO DE MANOS:** se utiliza el siguiente equipo:

- Agua limpia (natural o tratada químicamente o filtrada).
- Jabón antiséptico que se cambie cada 24 horas.
- Toalla de papel o de tela de un solo uso.



Con esponja o manos aplica jabón antiséptico en uñas, lecho ungueal y cuatro caras de cada dedo. Continúe con palma dorso y muñeca

Procedimiento

1. Humedezca las manos.
2. Aplique jabón.
3. Cubra ambas manos de jabón haciendo abundante espuma.
4. Friccione por 15 segundos (o más si las manos se ven sucias) toda la superficie de las manos: punta de los dedos, palmas, dorsos de la mano, espacios interdigitales, dedos incluyendo los pulgares y muñeca
5. Enjuáguese ambas manos manteniéndolas hacia arriba.
6. Séquese con toalla de papel o de tela de un solo uso o deje secar al aire.
7. Con la toalla que se seco cierre el grifo.



Siga con 4 caras del antebrazo, codo y hasta 1/3 arriba del codo, la fricción debe durar 2 minutos y medio por cada miembro

c) **HIGIENE CON ALCOHOL:** Pueden usarse soluciones alcohólicas (Etílico o isopropílico) como el alcohol gel para sustituir el lavado de manos **cumpliendo los mismos pasos de la técnica de lavado de manos** descrita anteriormente excepto muñecas. Puede aplicárselo hasta un máximo de 5 veces. **Debe efectuar el lavado de manos clínico con agua y jabón si:** las manos están visiblemente sucias o con materia orgánica o después de la quinta aplicación de alcohol gel.



Enjuague cada brazo manteniendo las manos a la altura de los hombros, y así entre a sala de operaciones

d) **LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS** se utiliza el siguiente equipo:

- Agua limpia filtrada o tratada químicamente.
- Jabón antiséptico en recipiente original.
- Toalla estéril.

Procedimiento

- **Inicie con el lavado clínico de manos (Literal b de este capítulo) incluyendo antebrazo y hasta tercio distal del brazo y no se seque.**
- Mantenga las manos por encima del nivel del codo y alejadas del cuerpo
- Limpie debajo de cada uña con un palillo o con cepillo
- Aplique el antiséptico y con abundante espuma realice el lavado con esponja o con las manos de la parte distal a la proximal sin regresar.
- Comience a tomar el tiempo
- **Friccione por 1 minuto y medio:**
 - Punta de los dedos
 - Cuatro caras de cada dedo, entre los dedos
 - Palma de la mano
 - Dorso de la mano
- **Friccione por 1 minuto las cuatro caras de:**
 - Muñeca
 - Antebrazo
 - Codo
- Repita el procedimiento con la otra mano y antebrazo
- Complete la fricción por 5 minutos en ambos miembros
- Enjuague cada brazo separadamente comenzando de la punta de los dedos y manteniendo las manos a la altura de los hombros, sin regresar.
- Entre a sala de operaciones sosteniendo las manos arriba de los codos a la altura de los hombros y con las palmas hacia adentro, y abra la puerta con la espalda.
- Con una mano tome la toalla estéril y extiendala
- Seque con toalla estéril presionando sus manos, comenzando por la punta de los dedos, sostenga el extremo de la toalla, entre los dedos de la mano que seca, continúe secando hasta llegar al codo. Seque la otra mano y antebrazo usando un extremo diferente de la toalla al finalizar el secado entréguela sin bajar las manos de la altura de los hombros.
- Mantenga las manos por encima del nivel de la cintura y no toque nada antes de ponerse el gabachón y los guantes quirúrgicos.

NOTA: En aquellos casos muy especiales en que miembros del personal quirúrgico son alérgicos a las soluciones antisépticas disponibles o no se cuenta con antisépticos, recurrir a procedimientos alternativos (Alcohol gel) cumpliendo estrictamente los pasos y tiempos del procedimiento.



- Con una mano tome la toalla o campo estéril y extiéndala.
- Seque los dedos de una mano, espacios interdigitales y sosteniéndola con los dedos de la mano que seca continúe con muñeca, antebrazo hasta llegar al codo.
- Con el otro lado de la toalla seque la otra mano, antebrazo hasta el codo con la misma técnica y entréguela (Evite tirarla para No crear turbulencias dentro del quirófano).

5. USO DE BARRERAS.

5.1 Consideraciones generales relacionadas al uso de barreras Mecanismos de transmisión de las infecciones

Las infecciones se transmiten de las siguientes maneras:

- Contacto directo:** Transferencia física directa de microorganismos a través del tacto, relaciones sexuales, transmisión fecal-oral (*Persona-Persona*).
- Contacto indirecto:** Contacto de la persona susceptible con un objeto contaminado como vendajes, ropa, sondas, instrumental, monitores, pudiéndose incluir las gotas de

secreciones nasales, respiratorias y los aerosoles. (*Objeto-Persona*), a través de:

- **Vehículo:** Material que sirve de medio de transmisión de los microorganismos. Puede ser alimento, sangre, agua, así como instrumentos y otros elementos usados durante los procedimientos clínicos.
 - **Vector:** Animales que pueden transmitir los microorganismos.
- c) **Suspensión en el aire:** algunos microorganismos se transmiten por corrientes de aire.

Sujetos Expuestos a Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IAAS).

Las IAAS en general afectan al personal, al paciente o usuario:

- a) **El Personal de Salud.** Esta constantemente expuesto a sangre y otros fluidos corporales potencialmente infecciosos cuando:
- La piel del proveedor se pincha o corta con agujas contaminadas u otros elementos corto punzantes.
 - Cuando los fluidos salpican las mucosas del proveedor.
 - Por medio de la piel abierta por cortadas, rasguños, erupciones, acné, piel agrietada, infecciones por hongos u otros.
- b) **El Paciente o usuario.** Se expone cuando recibe atención, principalmente durante la realización de procedimientos o tratamientos invasivos; entre los factores de riesgo a los que se expone mientras se le realizan los procedimientos diagnósticos y terapéuticos están:
- Incumplimiento del lavado de manos por parte del personal.
 - Incumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia por parte del personal.
 - Procedimiento invasor: Instalación de sondas y catéter intravenoso o uretral, cirugía, trasplantes
 - Admisión en una unidad de quemados o UCI.
 - Estadía hospitalaria prolongada.
 - Asistencia mecánica respiratoria.

Diseminación de las enfermedades infecciosas. Se reconoce que las enfermedades se diseminan por:

- Una fuente de organismo infectante.
- Un huésped susceptible.
- Un medio de transmisión adecuado para el microorganismo infectante.

Fuentes de infección:

a) Paciente

- Flora natural (Infección endógena)
- Flora patógena.

b) Personal médico

- Manos.
- Flora natural.
- Objetos inanimados (Instrumentos, medicamentos).

c) Familiares del paciente

- Comunidad. La exposición de éste grupo es principalmente durante la eliminación inapropiada de desechos médicos.

Los medios de transmisión son:

- Transmisión por contacto
- Transmisión a través de gotas
- Transmisión por vía aérea
- Transmisión a través de un vehículo común
- Transmisión por medio de vectores

Para disminuir el riesgo de adquirir una IAAS, deberá evaluarse el factor de riesgo, cumplir la normativa para la prevención de infecciones, realizar el procedimiento y cuidados con apego a los principios de asepsia y antisepsia.

Existen guías que describen los métodos e instrucciones para la prevención, control e interrupción de las IAAS y de las infecciones altamente transmisibles utilizando barreras físicas y de comportamiento seguro como parte de las medidas de aislamiento; para su cumplimiento efectivo se requiere de la implementación de los recursos necesarios.

5.2 Colocación de barreras físicas personales o equipo de protección personal.

El uso de la vestimenta debe abordarse en dos momentos:

- I. Uso de la ropa limpia (Gorro, camisa, pantalón, zapatera y mascarilla).
- II. Uso de ropa estéril (Gabachón y guantes).

La condición de uso de vestimenta limpia o estéril dependerá si se expone a un procedimiento séptico, limpio o estéril.

El equipo de protección personal cumple dos funciones:

- Protección al paciente ante un procedimiento invasivo
- Protección al personal ante procedimiento séptico

Colocación de equipo de protección individual.

Se refiere a las barreras físicas de uso individual para la prevención de la transmisión de infecciones. Para lograr su efectividad, es necesario cumplir con su colocación y retiro adecuado.

Dependiendo del objetivo que se persigue, el tipo de vestimenta a utilizar puede ser: limpia, para proteger a quien lo porta; estéril para proteger al usuario.

La negación a la dotación, al uso, o a portarlo adecuadamente, es incumplimiento de reglamentos, normas, procedimientos, leyes, otros de bioseguridad.

I. EQUIPO LIMPIO

A. Gorro: El gorro sirve para evitar que el cabello caiga sobre el área anatómica donde se realiza los procedimientos o sobre el material estéril. En las sala de alto riesgo y quirófanos el personal debe usarlos en el momento de realizar el procedimientos invasivo. En casos de que el operador use barba, deberá colocarse protector por las mismas razones anteriores.

Colocación:

- a) El cabello debe estar por arriba del cuello y deberá retirarse aretes, cadenas, ganchos de pelo, etc.
- b) Debe asegurarse que el gorro esta en buenas condiciones y colocarlo de manera que cubra orejas y completamente el cabello.
- c) Es la primera prenda en colocarse para evitar la caída de cabello, caspa, u otro cuerpo extraño sobre la vestimenta y el equipo estéril. (Debe ser colocado antes de entrar a quirófano)

Retiro:

- a) Posterior al retiro de guantes y lavado de manos, deslizar los dedos por debajo del gorro y por encima de las orejas, y empujar hacia fuera dirigiéndolo hacia atrás.
- b) Es la última prenda que se retira.



B. Camisa: Sustituto de la ropa de uso personal previniendo la contaminación de la cintura hasta los hombros, es de uso exclusivo para las áreas críticas tales como: Quirofanos, salas de parto, recuperación, nurseñas, entre otros; es decir, que es de circulación restrictiva de estas áreas. La camisa deberá portar mangas para evitar caída de vello de axilas o gotas de sudor en materiales y equipo, deberán ser cortas para evitar la contaminación. Nunca recoger o enrollar las mangas de la misma.

Colocación: Se coloca posterior al gorro para evitar la caída de cabello sobre la camisa.

Retiro: Si esta manchada y es de meter, deberá enrollarse la parte delantera y retirarla de atrás hacia adelante para evitar contaminarse la cara.

C. Pantalón: Sustituto de la ropa de uso personal previniendo la contaminación de la cintura hacia abajo, es de circulación restrictiva al igual que la camisa, previene contaminación de equipos y pacientes.

Colocación:

- Se coloca posterior a la camisa.
- Se calcula el largo del pantalón en relación a la talla del individuo.
- Se enrolla, el excedente del ruedo del pantalón y el resto de la pierna para evitar arrastrarlo al momento de la colocación.
- Para colocarse el pantalón, sentarse evitando arrastrarlo y contaminarlo.
- Asegurarse que la camisa quede por dentro, para evitar contaminantes y turbulencias con la falda de la camisa.

Retiro: No hay indicación específica; pero se recomienda retirárselo al terminar el procedimiento quirúrgico

D. Zapatera: Fundas impermeables para protección del calzado del personal y del medio ambiente ante derrame de salpicaduras y fluidos contaminantes a fin de evitar la transferencia de microorganismos a áreas limpias.

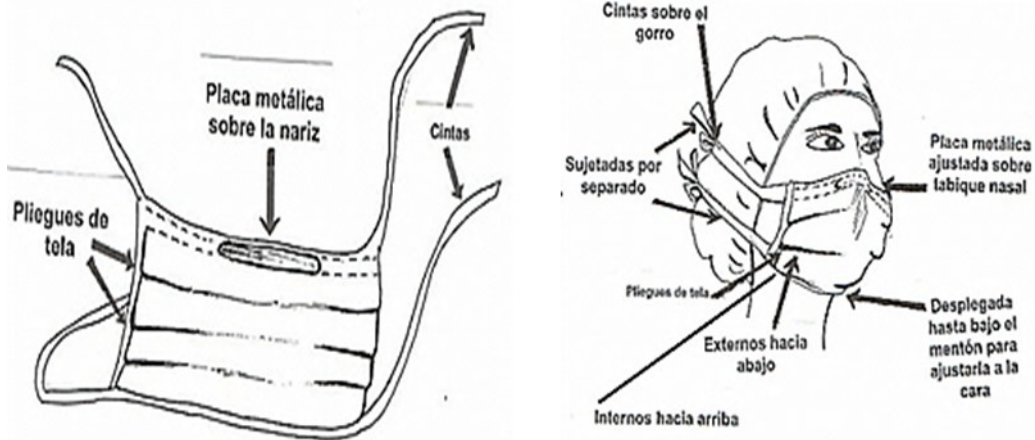
Colocación: Se colocan después del pantalón y deberá contener adentro los ruedos del pantalón.

Retiro: No hay indicación específica; pero se recomienda retirárselo al terminar el procedimiento quirúrgico

No se ha demostrado tener un efecto muy significativo en la reducción de la transferencia de microorganismos, debido a que el paso de microorganismos del piso al aire y luego al paciente es mínimo. Sin embargo, su uso sigue siendo aplicado como parte de la conciencia quirúrgica y aséptica

E. Mascarilla y Respirador: Aislamiento o filtro de las vías respiratorias que previene la transmisión de bacterias a través de secreciones orales y gotas de saliva del personal hacia el material, equipo, campo quirúrgico y del usuario al operador.

El uso del respirador es específico en patologías de transmisión aérea.



Colocación: Lavarse las manos y tomar la mascarilla.

- Colocar la mascarilla sobre la boca y la nariz asegurándose que los pliegues externos abran hacia abajo y la placa metálica o laminilla quede hacia arriba.
- Las cintas de la mascarilla se sujetaran en forma paralela y por separado por encima del gorro. Inicie por las cintas superiores, extienda la parte inferior de la mascarilla cubriendo la barbilla y sujete las cintas inferiores.
- Coloque dos dedos de cada mano en la parte superior de la laminilla y moldéela a la forma de su nariz (Lateralmente)
- La mascarilla permanecerá cubriendo nariz y boca durante todo el procedimiento.

Retiro:

- Quitar la mascarilla desde atrás, soltando primero las cintas inferiores y se descarta sin manipularla.
- Debe retirarse completamente cuando no se usa.
- La mascarilla debe cambiarse tan pronto como se humedezca o se contamine y cuando la condición del paciente lo permita.
- Cambiarla con cada procedimiento, es de uso único y debe de ser descartada

F. Lentes Protectores o Protector Facial: Barreras impermeables para protección de la cara o mucosa ocular ante salpicaduras de sangre o fluidos contaminantes a fin de evitar la transmisión de microorganismos.

Colocación: Se colocan después de la mascarilla, si se empañan ajuste nuevamente la mascarilla.

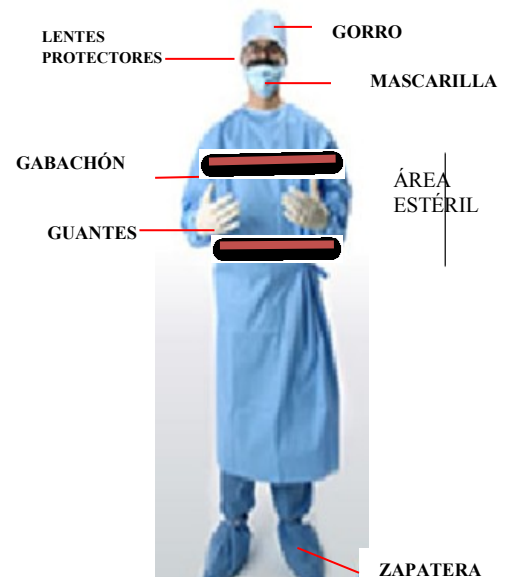
Retiro: Se sugiere retirarlos hacia adelante desde atrás, evitando la contaminación de la cara, después de haberse quitado los guantes y lavarse las manos antes de retirarse la mascarilla

II. EQUIPO ESTÉRIL QUIRÚRGICO:

A. Gabachón o Bata Protectora: Indumentaria de tela o material desechable que sirve para evitar la contaminación del usuario y del equipo durante el procedimiento.

Colocación individual (Sin asistencia)

- Si utiliza delantal impermeable, colocarlo antes del gabachón.
- Deje accesible el gabachón estéril dentro de un campo estéril (Según manejo de material estéril descrito en este documento)
- Realizar lavado quirúrgico y secarse las manos con toalla o campo estéril antes tocar el material estéril
- Tomar el gabachón sin desdoblarlo por el lado de los hombros y alejarse de las superficies (cama, mesa, etc).
- Mantener los brazos extendidos al nivel de los ojos y extender el gabachón sosteniéndolo por los hombros.



Vestimenta Completa

- f) Identifique las aberturas de las mangas.
- g) Deslice la mano correspondiente a una de las mangas hasta la altura de los codos.
- h) Conservar la mano dentro de la manga y sostener el gabachón del lado estéril por el hombro opuesto.
- i) Deslizar la otra mano hasta la altura del codo en su manga respectiva.
- j) Soltar el gabachón.
- k) Extender los brazos simultáneamente hacia el frente, conserve las manos dentro de los puños del gabachón si se calzará guantes con técnica cerrada.
- l) No baje las manos de la altura de su cintura, ni las desplace hacia los costados, hacia atrás ni por arriba de la línea axilar
- m) Solicitar a la circular que sujete el gabachón por el lado interno y tirará de él hacia atrás
- n) El operador rotara hacia los lados con leve inclinación hacia adelante permitiendo que la circular tome los extremos de las citas para sujetarlo por la cintura.
- o) Permita que se lo acomoden.

En éste momento, se considerará estéril únicamente en la parte frontal por arriba de su cintura, por debajo de una línea imaginaria trazada entre ambas axilas y desde los puños del gabachón hasta sus codos

Colocación con asistencia:

- a) Si utiliza delantal impermeable, colocarlo antes del gabachón.
- b) Realizar lavado quirúrgico y secarse las manos con toalla estéril posterior a la colocación de todo el equipo limpio.
- c) Colocarse con los brazos flexionados a la altura de los ojos y permitir que la asistente (Enfermera instrumentista) le coloque las bocas manga del gabachón sobre las manos.
- d) La circular sujeta el gabachón por el lado interno de los hombros y tira de él hacia atrás, simultáneamente el operador estira los brazos hacia delante hasta que la circular sujete el gabachón. Conserve las manos dentro de los puños del gabachón si se calzará guantes con **técnica cerrada**.
- e) El operador rotara hacia los lados con leve inclinación hacia adelante permitiendo que la circular tome los extremos de las citas para sujetarlo por la cintura.
- f) Permita que se lo acomoden.
- g) No baje las manos de la altura de su cintura, ni las desplace hacia los costados, hacia atrás ni por arriba de la línea axilar.

Cuando utilice gabachón y guantes estériles utilice la técnica cerrada para la colocación de los guantes

Retiro:

- a) Lave los guantes
- b) Solicite que le suelten el gabachón y le bajen los hombros del mismo a la altura del antebrazo
- c) Tome el gabachón por los hombros del mismo y tire hacia adelante hasta sacar ambos brazos dejando calzado los guantes.
- d) Si el gabachón es desechable, retírelo por completo junto a los guantes.

B: Guantes: Protectores para las manos, evita la transmisión de microorganismos al contacto. Los tipos varían según el uso.

Se deberá usar guantes cuando se está en contacto con sangre, con mucosas o heridas abiertas, secreciones corporales, al manipular material, equipo contaminado y al entrar en contacto con material estéril.

Colocación con técnica abierta (Sin gabachón):

- a) Los guantes de atención clínica son de uso único.
- b) Previo al calzado de guantes estériles, realíce lavado de manos clínico o quirúrgico, según sea lo indicado.
- c) Asegúrese de tener las manos completamente secas, para evitar que la humedad facilite la proliferación de bacterias.
- d) Tome el par de guantes con su doble envoltura.
- e) Ábralos por la pestaña y sin contaminarlos, colóquelos sobre una superficie plana.
- f) Abra el paquete interno deslizándose los dedos por la parte externa de los dobleces.
- g) Tome un guante por el puño, aléjese de la mesa y sosteniéndolo por encima de la cintura, identifique el pulgar correspondiente ubicándolo hacia el frente.
- h) Sosténgalo por el borde y deslice la mano procurando que cada dedo coincida con los del guante.
- i) Si no quedan bien colocados, déjelo así, no los manipule.
- j) Deslice los dedos de la mano enguantada, excepto el pulgar, por debajo del doblado del otro guante y levántelo por encima de la cintura.
- k) Aléjese de la mesa, identifique el pulgar correspondiente ubicándolo hacia el frente, deslice la mano procurando que cada dedo coincida con los del guante.
- l) Si no quedan bien colocados, acomódelos sin contaminarlos.
- m) Elimine el excedente de talco con un campo húmedo estéril, si es necesario.

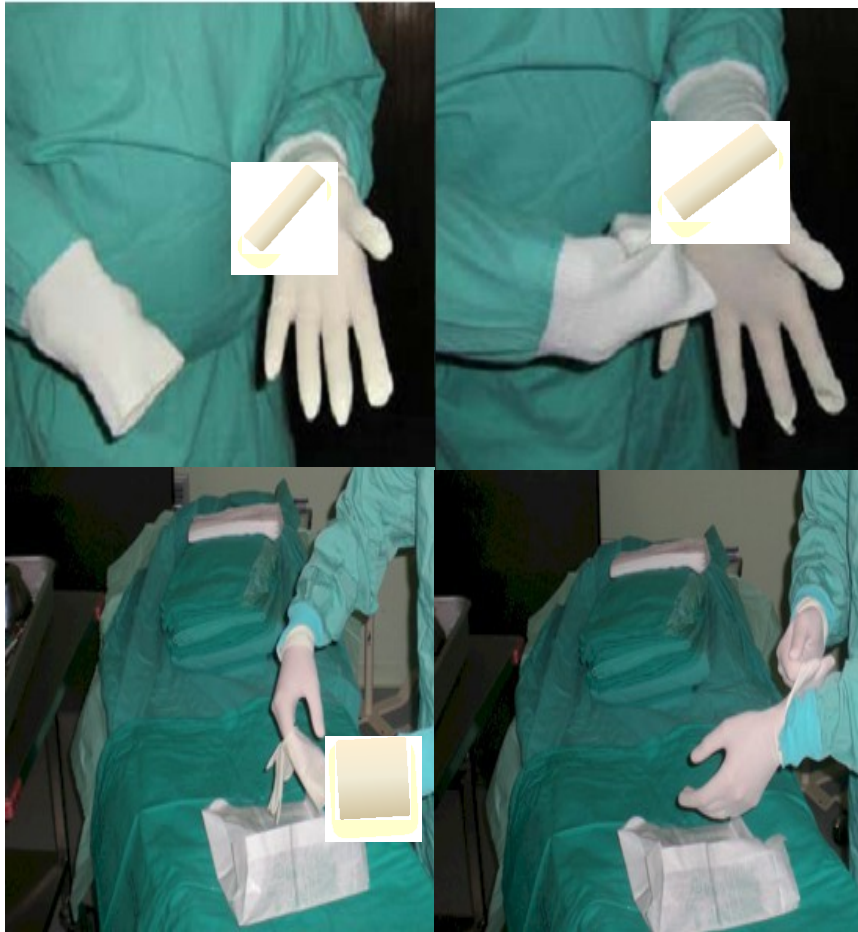
TÉCNICA ABIERTA



Colocación con técnica cerrada:

- a) Al colocarse el gabachón sostenga por la parte interna del mismo el puño del gabachón con sus dedos (No extienda los dedos)
- b) Sin sacar los dedos abra el paquete interno de los guantes por las pestañas
- c) Tome un guante por el puño, aléjese de la mesa y sosteniéndolo por encima de la cintura, identifique el pulgar correspondiente ubicándolo hacia el frente.
- d) Sostenga el guante estéril por el borde anterior de la abertura del puño, ayudándose con la otra mano y vuélvalo sobre su muñeca.
- e) Simultáneamente abra los dedos y con la otra mano tire del borde posterior del puño sobre el dorso de la mano y cálcese el guante deslizado la mano y gabachón dentro de este.
- f) Si no logra deslizar la mano en un solo movimiento auxíliese deslizando el gabachón y guante con la otra mano.
- g) Haga lo mismo con la otra mano
- h) Si no quedan bien colocados, acomódelos sin contaminarlos.
- i) Elimine el excedente de talco con un campo húmedo estéril, si es necesario.

TÉCNICA CERRADA

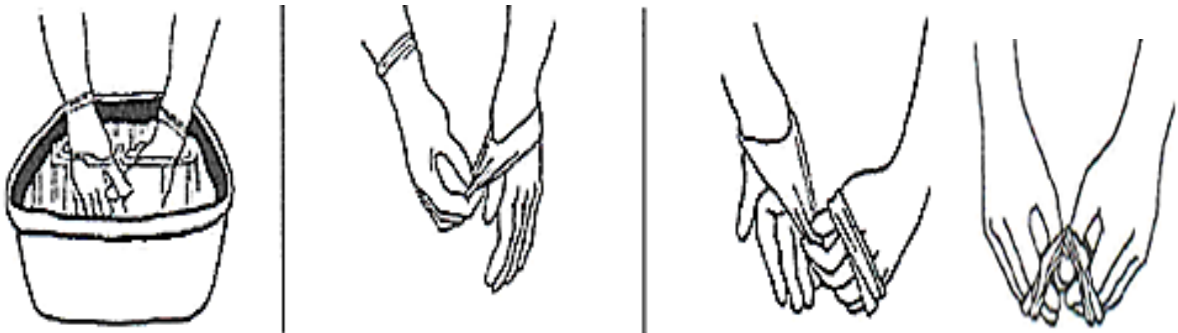


RECOMENDACIONES

- Si el guante se rompe durante el procedimiento, sustitúyalo tan pronto la seguridad del paciente lo permita.
- Mientras no los use, coloque las manos sobre la mesa del procedimiento, en la bolsa canguro que poseen algunos gabachones, o simplemente al frente y por encima de la cintura.
- Nunca cruce los brazos con las manos enguantadas.
- Nunca circule o toque áreas o insumos limpios o contaminados con las manos enguantadas.
- Cámbiese guantes cuando manipule área limpia posterior a una contaminada, aún en el mismo paciente.

RETIRO:

- a) Terminado el procedimiento, enjuague los guantes.
- b) Tome entre el pulgar y el índice de una mano el dorso del guante opuesto.
- c) Tire del guante sin sacar completamente los dedos.
- d) Tome entre el pulgar y el índice de ésta mano, el dorso del otro guante y tire
- e) Deslice los dedos y empuje hasta retirar completamente los guantes.
- f) Colóquelos en el depósito destinado a desechos bioinfecciosos.
- g) Lávese las manos para eliminar la contaminación por alguna fisura o por los microorganismos proliferados.



1. Lavese los guantes
2. Con el pulgar e índice retire parcialmente un guante
3. Con el pulgar e índice enguante de la otra mano retirese el otro guante
4. Deslicelos hasta retirar simultáneamente ambos guantes

6. MANTENIMIENTO DE UN ÁREA ESTÉRIL

Esterilización: proceso por el cual se eliminan del instrumental, telas quirúrgicas y otros objetos, todos los microorganismos (Incluyendo endosporas). El término “estéril” es un término absoluto y se refiere a la completa ausencia de microorganismos.

En 1968 Earle H. Spaulding clasificó los instrumentos según el grado de riesgo de infección relacionado a su uso para aprovechar racionalmente la desinfección y esterilización de los insumos y equipos a usar en el paciente y disminuir los riesgos en el paciente.

Clasificación de Spaulding

Nivel de desinfección requerido del equipo médico según riesgo en el uso del paciente.

USO	CLASE	NIVEL DE RIESGO	NIVEL DE DESINFECCIÓN
Penetra al sistema intravascular o a cavidades o tejidos estériles, (Ejemplo, artroscopías, toma de biopsia, pinzas quirúrgicas)	CRÍTICO	ALTO	Estéril
Contacto con membrana mucosa, Piel no intacta (Ejemplo, gastroscopios)	SEMICRÍTICO	MEDIO	Estéril o con desinfección de alto nivel
Contacto con piel intacta del paciente (Ejemplo, camas)	NO CRÍTICO	BAJO	Desinfección de nivel intermedio o bajo

Las categorías de clasificación son:

Artículos críticos: Objetos que entran en contacto con tejidos estériles o sistema vascular debe ser estéril. Estos artículos son críticos a causa del alto riesgo de contagio que existe si tal artículo se contamina con cualquier microorganismo antes de su uso; ejemplo: instrumentos quirúrgicos, implantes, catéteres cardíacos y urinarios, agujas.

Artículos semicríticos: Son aquellos que entran en contacto con membranas mucosas o piel no intacta. Las mucosas en general son resistentes a las esporas bacterianas comunes, pero susceptibles a las formas vegetativas de las bacterias, virus y M. tuberculosis; ejemplo: equipos de terapia respiratoria, equipo de anestesia, endoscopios y termómetros.

Artículos no críticos: Son aquellos que entran en contacto con piel intacta o no entrará en contacto con el paciente; ejemplo: tensiómetros, sábanas, los bacines y uriniales, las muletas, la cabecera, las mesas, los muebles.

MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL

Es la manipulación adecuada de material libre de agentes infecciosos, con la finalidad de preservar la esterilidad al realizar procedimientos en áreas o cavidades estériles del cuerpo humano. Es obligatorio que el material que entra en contacto se conserve libre de gérmenes a fin de evitar infecciones.

El procesamiento de los materiales y artículos que requieren ser estériles, o que requieren de Desinfección de Alto Nivel (DAN), constituyen una compleja coordinación de etapas, las que son responsabilidad de quien lo realiza (Personal de Central de Esterilización), pero también se necesita que el personal de servicios clínicos que lo utiliza, garanticen la esterilidad del material durante la atención de pacientes:

- Previamente colóquese gorro que cubra completamente el cabello y orejas
- Póngase mascarilla de manera que cubra nariz y boca asegurándola por todos sus extremos.
- Realice lavado de manos clínico.
- Mantenga, manipule y traslade el material estéril arriba del nivel de la cintura y por abajo del cuello, sin que el material entre en contacto con ninguna parte de su cuerpo ni su ropa de trabajo, y protéjalo de contaminantes externos.
- Almacenar los equipos en superficies limpias y secas al menos 50 cm por arriba del piso, de 45-50 cm abajo del techo y 15-20 cm alejado de las paredes.
- No ubique objetos esterilizados cerca de ventanas o puertas que estén abiertas, o fuentes de humedad o de calor.
- Manipular el paquete estéril con manos limpias y secas.
- Verificar la integridad de los envoltorios y sellos. Sepa que se consideran contaminadas las barreras anteriormente esterilizadas o desinfectadas a un alto nivel, cuando se hayan penetrado (Mojado, cortado o roto).
- Verificar visualmente ausencia de material orgánica.
- Verificar el viraje del control químico externo.
- Abrir los equipos sin contaminar su interior.
- Al retirarle la envoltura interna use guantes estériles o pinza estéril.
- Use guantes o pinza estéril al manipular el material estéril.
- El material estéril debe ser utilizado en los siguientes 15 minutos después de abierto, posterior a ese tiempo se considera contaminado.
- Mantenga protegido el equipo con una cubierta estéril mientras no se utiliza.
- Evite hablar innecesariamente durante el desarrollo de procedimientos, aún portando mascarilla.
- No traslade material estéril fuera de su recipiente o envoltura protectora.
- Evite manipular de manera excesiva el material estéril.
- Si el procedimiento es complejo, busque auxilio de personal idóneo.
- Cambie equipo ante la sospecha de contaminación.

ESTABLECIMIENTO Y CONSERVACIÓN DEL CAMPO ESTÉRIL.

- Se establece un campo estéril ubicando telas esterilizadas alrededor del lugar del procedimiento, tanto como en la mesa donde se ponen los instrumentos y otros objetos también esterilizados que se necesiten para el procedimiento.
- Ponga únicamente objetos esterilizados dentro del área estéril.
- Todos los objetos que estén por debajo del nivel de los campos estériles que cubren al usuario se consideran no estériles.
- Cuando el/la profesional de salud tiene puesto correctamente el traje quirúrgico esterilizado, su área esterilizada es la única área que debe de tener contacto con el campo esterilizado.
- El área esterilizada de un/a profesional vestido/a correctamente, se extiende al frente del gabachón desde la línea axilar hasta el nivel de la cintura, desde la punta de los dedos enguantados hasta 3 cm. por encima del codo.
- El personal con vestimenta estéril debe de estar siempre de frente al área estéril y el resto del equipo debe de estar defrenten al área estéril, si es necesario movilizarse hacerlo confrontado espalda con espalda.
- Dese cuenta de dónde y cómo tiene el cuerpo en todo momento y muévase según convenga para que se mantenga la condición esterilizada o con alto nivel de desinfección del campo.
- Nunca debe dar la espalda al área esterilizada.
- Reconozca y mantenga el área esterilizada.
- Solo a los objetos esterilizados y al personal con vestimenta estéril se les debe permitir entrar al campo esteril.
- No contamine los objetos ya esterilizados al abrirlos, al dispensarlos o al transferirlos.
- Se consideran no esterilizados los bordes de los paquetes y frascos que contengan objetos esterilizados.
- No permita que el personal **con vestimenta estéril** toque objetos no esterilizados o que extienda la mano o el brazo por áreas no esterilizadas.
- No permita que el personal **sin vestimenta estéril** toque objetos esterilizados o que extienda la mano o el brazo sobre el área esterilizada.
- Los objetos esterilizados son los únicos que quedan libres de microorganismos potencialmente peligrosos.
- Una vez que un objeto esterilizado tenga contacto con una persona u objeto no esterilizado o con polvo u otras partículas transmitidas por el aire, el objeto ya no se considera estéril. Aun si sólo una persona u objeto no esterilizado entra en el campo estéril, el campo ya no se considera estéril". Por ejemplo, los objetos previamente esterilizados se contaminan si se les toca con la mano desnuda, si tienen contacto con el polvo u otras partículas transmitidas por el aire o si se mantienen fuera del área estéril.

PROCEDIMIENTO DE ASEO VULVAR

La vulva, labios mayores y menores se caracterizan por estar húmedas permanentemente, lo cual se debe a las secreciones vaginales y de las glándulas cutáneas.

La piel y mucosa poseen numerosas glándulas sudoríparas y sebáceas, los órganos genitales externos están revestidos de estos tejidos; además en ellos se encuentra el meato urinario y glándulas que segregan moco, todos ellos vierten secreción al exterior.

Por su naturaleza anatómica y fisiológica, los órganos genitales externos están más expuestos a la proliferación de bacterias. La higiene y comodidad en la mujer contribuyen a su estado emocional que favorecen su recuperación.

DEFINICIÓN: Consiste en el lavado cuidadoso de la zona vulvar, esto asegura la limpieza y ausencia de complicaciones por contaminación de la zona.

OBJETIVOS:

1. Proporcionar comodidad a la usuaria conservando limpia y libre de malos olores el área genital.
2. Prevenir infecciones durante el post-operatorio, en cirugías vaginales y post-parto

PRECAUCIONES:

- Orientar y respetar física, moral y emocionalmente a la usuaria.
- Usar material estéril o con alto nivel de desinfección.
- Utilizar bacín por usuaria.
- Hacer limpieza con agua y jabón abundante, iniciando de las áreas limpias a las contaminadas, sin regresar.
- Realizar procedimiento con suavidad para evitar lesionar tejidos.
- Utilizar torundas de algodón.
- Descartar torundas según normativa.

EQUIPO A UTILIZAR

1. **Un equipo de aseo genital estéril conteniendo:**
 - Una vasija para solución jabonosa no antiséptica
 - Una pinza
 - Torundas de algodón.
2. **Un recipiente conteniendo agua tibia**
3. **Otros insumos necesarios**
 - Biombo
 - Guantes limpios
 - Ahulado.
 - Dos sabanas clínica.
 - Bolsa para desechos
 - Bacín
 - Cubre bacín

PROCEDIMIENTO

1. Salude, Identifíquese e identifique a la usuaria.
2. Efectúe lavado clínico de manos.
3. Prepare el equipo estéril y no estéril.
4. Pregunte a la usuaria si presenta alguna molestia en la zona perineal y si es alérgica a algún desinfectante o jabón.
5. Oriente a la usuaria sobre el procedimiento a realizar.
6. Pida a la usuaria que se coloque en posición de litotomía, brinde ayude si es necesario.
7. Cubra a la usuaria para mantener la privacidad.
8. Utilizando el cubre bacín o guante limpio, coloque bacín debajo los glúteos de la paciente.
9. Lávese las manos según técnica.
10. Colóquese guantes limpios.
11. Inspeccione zona perineal (Características de genitales y secreciones).
12. Con la primera torunda en el monte de Venus (10 cm abajo del ombligo), aplique solución jabonosa (Jabón diluído) realizando movimientos horizontales y descendentes.
13. Con la segunda torunda aplique el jabón en un muslo desde la ingle hacia fuera sin regresar. Con otra torunda repita el procedimiento en el otro muslo.
14. Realice limpieza de la vulva:
 - a. Limpie labio mayor de arriba hacia abajo en un solo movimiento, y realice el mismo proceso en el otro labio mayor con una nueva torunda.
 - b. Repita el mismo procedimiento con los labios menores.
 - c. Realice limpieza de forma circular en introito vaginal con nueva torunda.
 - d. Utilice otra torunda para realizar limpieza perineal con movimientos en zigzag de manera descendente hasta región anal.
15. Retire el exceso del jabón con agua tibia
16. Retire bacín.
17. Limpie y seque el área.
18. Coloque apósito (Toalla sanitaria si es necesaria) y deje cómoda a la usuaria.
19. Realice lavado de equipo y déjelo ordenado.
20. Retírese los guantes y lávese las manos.
21. Documente en el expediente clínico el procedimiento realizado y los hallazgos.

SONDAJE VESICAL EN LA MUJER

Las sondas vesicales permanentes forman parte de un paquete desechable formado por una sonda y una bolsa de drenaje. Se utilizan en el 15%-25% de los pacientes hospitalizados para monitorizar la salida de orina o para evacuar la vejiga. Este tipo de sondas se colocan en la vejiga a través de la uretra, lo que supone un mayor riesgo asociado a su uso, ya que atraviesa una barrera mecánica de defensa del organismo.

El problema más común asociado al uso de estas sondas son las infecciones del tracto urinario (ITU), otros problemas asociados como: la uretritis, la estenosis uretral, la hematuria, la perforación de la vejiga y la obstrucción de la sonda, entre otros.

Debido a la importancia de las ITU y al riesgo que conllevan, un componente fundamental en el manejo del paciente con sondaje vesical permanente es la prevención de infecciones.

Las intervenciones destinadas a prevenir las infecciones del tracto urinario asociadas al sondaje se han centrado en prevenir la entrada intraluminal o extraluminal de organismos en el sistema de drenaje urinario, así como la introducción de organismos durante la inserción de la sonda.

La infección del tracto urinario es una de las complicaciones más frecuentes, el riesgo de adquirirla depende de la esterilidad del material y equipo, del método y duración de cateterización vesical, calidad del cuidado del catéter y susceptibilidad del huésped.

Factores de riesgo para la infección del tracto urinario

a. Factores intrínsecos.

- Edades extremas de la vida.
- Sexo femenino.
- Enfermedad patológica de base como diabetes mellitus, insuficiencia renal, inmunodepresión, malformaciones del tracto urinario, etc.
- Alteración en los mecanismos de defensa como: flora peri-uretral habitual, ph urinario, inmunidad humoral, mucosa dañada, frecuencia vaciado vesical.

b. Factores extrínsecos.

- Uso no justificado de catéter.
- Duración del cateterismo.
- Fallas en la colocación y cuidado del catéter.
- Cistoscopia.
- Cirugía urológica.
- Uso de antibióticos.
- Los sistemas de cateterismos.

Una vez instalado el catéter existen dos vías posibles que los microorganismos alcancen las vías urinarias para ocasionar bacteriuria:

- **Vía intraluminal o migración retrograda:** Ocurre a partir de dos sitios clásicos de contaminación, entre la unión del catéter- tubo colector y orificio de drenaje de la bolsa colectora.
- **Vía extraluminal o perisonda:** En esta situación, el espacio que existe entre la superficie externa del catéter y la mucosa uretral posibilita a los microorganismos alcancen la vejiga, ocasionando bacteriuria. Esta es la vía más frecuente

Durante la gestación la vejiga urinaria es comprimida por el útero y al final por la presentación fetal, esto va a provocar una menor capacidad de almacenaje de orina, que induce en la mujer la micción frecuente.

Además durante el embarazo se dan cambios anatómicos, hormonales que hacen que se reduzca la porción inferior de la pelvis renal, estos cambios producen retraso en el vaciamiento urinario y con ello surge el riesgo de adquirir infecciones; conforme evoluciona el embarazo, parto y puerperio, la excreción urinaria normal puede ser afectada por factores fisiológicos, circunstancias psicosociales, así como trastornos patológicos, eventos quirúrgicos y factores inducidos por procedimientos de diagnóstico y de tratamiento.

Todos estos aspectos conllevan a presentar problemas urinarios en la embarazada, que pueden terminar en procedimientos invasivos. Para dar respuesta a la problemática antes descrita se hace uso de técnicas como el cateterismo vesical que es el más frecuente, puede ser de tipo temporal y permanente, por lo que debe utilizarse solo si es sumamente necesario.

Medidas para la prevención de IVU asociadas al cateterismo vesical

a. Medidas comprobadas

- Uso de cateterización sólo si es necesario y por el mínimo tiempo posible.
- La instalación y mantenimiento de catéteres debe ser realizada por personal capacitado.
- Uso de técnica aséptica en todo el procedimiento.
- Fijación apropiada del catéter para evitar su desplazamiento.
- Uso y mantenimiento del circuito cerrado del sistema de drenaje urinario.
- Mantenimiento permanente del flujo urinario sin obstrucciones.

b. Medidas no comprobadas:

- Cateterización intermitente como alternativa a la cateterización prolongada en pacientes hospitalizados.
- Cateterización suprapúbica como alternativa a la cateterización uretral prolongada.
- Uso de antiséptico tópico alrededor del meato.
- Cambio rutinario de catéteres en períodos establecidos en ausencia de otra indicación.
- Irrigación vesical con antisépticos.
- Uso de sondas siliconadas.
- Uso de soluciones antisépticas en bolsa recolectora.
- Uso de válvulas anti-reflujo en el circuito.

Recomendaciones para manejo de catéter vesical

- **Personal.** El personal del hospital que coloca y maneja los catéteres urinarios debe tener entrenamiento periódico de la técnica correcta de inserción y mantenimiento; y de las complicaciones de la infección urinaria.
- **Catéter urinario.** El catéter urinario se debe colocar por indicación médica y no debe permanecer colocado más tiempo del necesario. Nunca debe ser usado para comodidad del personal.
- **Lavado de manos.** El lavado de manos se debe practicar antes y después de manipular el catéter o cualquier parte del sistema de sonda.
- **Inserción del catéter urinario**
 - La sonda vesical debe ser colocada con técnica aséptica y equipo estéril (Guantes estériles, campo estéril, antisépticos y lubricantes estériles).
 - La higiene perineal debe practicarse con soluciones antisépticas.
 - Si se utilizan lubricantes en la colocación de la sonda vesical, estos deben estar estériles y proveerse en forma de monodosis (Frascos originales).
 - Utilizar un catéter que sea apropiado al tamaño del meato urinario, para evitar el trauma del mismo.
 - Una vez colocado el catéter vesical, este debe ser asegurado (fijado) para prevenir los movimientos y la tracción uretral.
- **Uso de guantes** Para evitar tener contacto con la orina, el operador debe usar guantes no estériles. Retirar después de usarlos y lavarse nuevamente las manos
- **Sistema de drenaje estéril y cerrado**
 - Se debe mantener un sistema de válvula de drenaje continuo y cerrado. El sistema elegido debe contar con tubo de vaciado seguro, no fugas y ser de fácil manejo.
 - El tubo de drenaje no debe desconectarse del catéter urinario.
 - Si se produce una ruptura en la técnica de asepsia, como puede ser la desconexión del tubo de drenaje, éste debe ser reemplazado usando técnica aséptica.
 - Desinfectar los sitios de unión catéter vesical y el tubo colector cada vez que su desconexión sea necesaria. Para volver a conectarlos usar estricta técnica aséptica.
 - Si se desconecta la unión catéter vesical el tubo colector no improvise tapones con ampollas u otros debido al riesgo de contaminación.
- **Cuidado del meato urinario** La limpieza del meato urinario se debe realizar con agua y jabón o con soluciones antisépticas tantas veces como sea necesario.
- **Asegurar el libre flujo de orina**
 - El catéter vesical y el tubo colector deben estar libres de dobleces y acodaduras. La bolsa colectora debe mantenerse por debajo del nivel de la vejiga y 30cm arriba del piso.
 - Vaciar regularmente la bolsa colectora usando recipientes exclusivos para cada paciente (el extremo distal de drenaje de la bolsa colectora no debe contactar con el recipiente de recolección que no está estéril).
 - La bolsa colectora no debe sobrepasar $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad
 - Cada vez que el paciente sea trasladado deberá de vaciarse la bolsa colectora de orina.

Objetivo para el sondaje vesical:

- Vaciar la vejiga en caso de retención urinaria.
- Disminuir riesgos de accidentes durante una intervención quirúrgica.
- Realizar vigilancia y monitoreo de la función renal.

Definición: Introducción de una sonda en la vejiga urinaria de la usuaria a través de la uretra de manera temporal o permanente con fines diagnósticos y terapéuticos.

Material y Equipo Dependerá del tipo de cateterismo: permanente o temporal

Cateterismo permanente. Un carro conteniendo:

1. Equipo de aseo vulvar
2. Equipo de cateterismo permanente que contenga:
 - 2-vasijas
 - 1campo estéril
 - Pinza estéril
 - Torundas de algodón estéril
 - Gasa estéril
 - Sonda Foley (Calibre según el caso)
 - Jeringa de 10 cc
 - Bolsa recolectora de orina anti reflujo
 - Frasco con solución antiséptica
 - Frasco con agua estéril
 - Guantes estériles
 - Biombo
 - Depósito para desechos
 - Esparadrapo
 - Una ampolla de agua bidestilada
 - Gorro y mascarilla
 - Lámpara cuello ganso
 - Tijera
 - Bacín
 - Ahulado
 - Cinta umbilical
 - Expediente de la usuaria

Cateterismo Temporal. Incluye los mismos equipos e insumos descritos en el cateterismo permanente excepto que la sonda será Nelaton y no incluirá agua estéril para el balón, jeringa ni bolsa colectora.

Procedimiento

1. Salude, identifíquese e identifique a la usuaria.
2. Explíquese el procedimiento a realizar y pregúntele si es alérgica a algún antiséptico (Yodo o clorhexidina).
3. Mantenga la privacidad de la usuaria con biombo, piñeras u otros.
4. Coloque en posición de litotomía a la paciente.
5. Aísle la cama (Con ahulado o bolsa plástica).
6. Ajuste la luz o utilice una lámpara si es necesario para visualizar apropiadamente la uretra.
7. Coloque gorro y mascarilla.
8. Realice el lavado clínico de manos
9. Prepare el equipo de cateterismo vesical.
10. Realice aseo vulvar.
11. Con técnica estéril abra el equipo de cateterismo vesical.
12. Sirva jabón antiséptico en una de las vasijas, agua estéril en la otra.
13. Sirva en el área estéril las torundas, un apósito estéril (Curación).
14. Coloque la jeringa y la sonda vesical sin su primera envoltura en el equipo estéril, la bolsa colectora en el área no estéril entre la primera y segunda cubierta; el extremo del tubo de drenaje de orina dentro de la segunda cubierta (En el caso de tener dos envoltorios se puede colocar en el campo estéril).
15. Colóquese guantes esteriles según la técnica.
16. Exponga el extremo distal de la sonda vesical estéril y el proximal del tubo de la bolsa colectora y adáptelos.
17. Sosteniendo la sonda del extremo proximal retírela la segunda envoltura y déjela dentro del equipo (En la parte estéril).
18. Sirva en la jeringa agua estéril de la vasija según capacidad del balón de 5 a 10 cc.
19. Con la mano menos hábil, tome el apósito estéril entre 2 dedos, colóquela para separar los labios menores haciendo leve tracción hacia arriba para dejar visible el meato urinario. Desde este momento **No retire** la mano de los labios menores.
20. Con la mano hábil tome una pinza con torunda de algodón humedecida en antiséptico (Jabón o solución) y realice la asepsia de manera circular sin ejercer presión ni fricción, partiendo del meato hacia la periferia, sin regresar y descarte la torunda. Deje actuar el antiséptico al menos 40 seg.
21. Retire el antiséptico con otra torunda de algodón humedecida en agua estéril o solución salina con movimientos circulares del centro a la periferia. Descarte la torunda y pinza.
22. Con la mano hábil coloque un campo estéril entre las piernas de la paciente aislando la zona perineal; continúe sin soltar la mano que sostiene los labios menores para evitar que se contaminen.
23. Con la mano hábil tome la sonda vesical enrollándosela sobre la mano; con 2 dedos sujete el extremo proximal de la misma, lubríquela con agua o gel estéril e introduzca la sonda, hasta que salga orina por el tubo de drenaje (Introdúzcala unos 2 a 5 cm más).
24. En este momento puede soltar los labios y sostenga la sonda con la mano menos hábil pegada al meato uretral, tome con la mano hábil la jeringa, con agua estéril e insufla el balón.



25. Tire lenta y suavemente de la sonda para corroborar que este fija.
26. Retírese los guantes según técnica.
27. Fije la sonda vesical, a nivel del punto de unión de la sonda y el tubo colector sobre la parte proximal media del muslo asegurándose de no dejarla traccionada (Dejando un asa) y coloque la bolsa colectora de orina por debajo del nivel de la vejiga, sin ponerla en el piso del mismo lado del que fijó la sonda.
28. Proporcione ayuda a la paciente para ponerse cómoda y oriéntela sobre el cuidado del sistema de sondaje.
29. Realice lavado de manos.
30. Realice anotaciones correspondientes (fecha, hora y responsable de la colocación de la sonda).
31. Dejar el equipo limpio y ordenado

MÓDULO II

ATENCIÓN A LA MUJER Y PRECONCEPCIONAL

CUIDADOS PRECONCEPCIONALES

Para promover una maternidad segura es necesario determinar factores y antecedentes obstétricos de riesgos reproductivos previos al embarazo, con fin de abordar y tratarlos oportunamente para reducir las morbi-mortalidades maternas y neonatales.

CUIDADO PRECONCEPCIONAL

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

CONSULTA PRECONCEPCIONAL

Es una consulta brindada, por el equipo de salud, a una mujer y su pareja o a una mujer, previo a su embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo.

El promotor de salud o el equipo básico de salud de la clínica comunal para el caso del ISSS, deberá de identificar a mujeres en edad fértil, y referir a consulta preconcepcional.

La consulta preconcepcional será brindada por cualquier miembro del equipo de salud 6 meses previos a la búsqueda del embarazo.

Durante esta consulta se explorará a través de la **Hoja Filtro**, si la mujer presenta condiciones biológicas o sociales que incrementan su riesgo reproductivo.

CUIDADO PRECONCEPCIONAL. HOJA FILTRO.

Instrucciones: Marque con una X la casilla de la derecha correspondiente, si la usuaria contesta "Sí" a la condición o factor de riesgo explorado.

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

Si se detectan factores de riesgo reproductivo o existe el antecedente de recién nacido con malformaciones congénitas, enfermedades degenerativas o metabólicas, la mujer deberá ser remitida a consulta con el obstetra, quien definirá si se requiere interconsultas con otras especialidades médicas, con el fin de determinar si la mujer se encuentra en condiciones óptimas para embarazarse o si se requiere realizar acciones previas tales como el cambio de medicación, cambios de estilo de vida, tratamiento en enfermedades que pueden ser transmitidas por la madre al feto, entre otros. Se referirá al tercer nivel de atención los casos seleccionados por el obstetra para asesoría genética.

En el ISSS, se ha utilizado la siguiente hoja para la evaluación de riesgo obstétrico y reproductivo, la cual será sustituida por la hoja filtro que se presentó al inicio del capítulo.



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DE
MEJORAMIENTO DE
LA ATENCIÓN EN SALUD

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA
SUB-PROGRAMA ATENCIÓN MATERNA

SELLO
DE
CLINICA

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO Y REPRODUCTIVO

Apellidos y Nombres del Paciente

No. de Afiliación

CLASIFICACION INICIAL

FACTOR RIESGO MODERADO				FACTOR DE RIESGO ALTO			
EDAD (MENOR DE 17)	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DIABETES	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
(MAYOR DE 35)	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSION	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PESO (MENOR 100 LBS)	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NEFROPATIA O CARDIOPATIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
(MAYOR 180 LBS)	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	EPILEPSIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Hb. MENOR 10.5gm.	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Rh (-) SENSIBILIZADA	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
VDRL REACTIVO	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ENF. RESPIRATORIAS CRONICAS	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
EXAMEN DE ORINA ANORMAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SIDA CONFIRMADO	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
NIC. I, II & III	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DAÑO NEUROLOGICO PREVIO	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
AMIBIASIS ACTIVA	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	MAS DE 2 PROD. PESO <2500	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PARIDAD MAYOR DE 5	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	OBITO O MUERTE NEONATAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DOS O MAS CESAREAS PREVIAS	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	2 ó MAS ABORTOS PREVIOS	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PROD. ANTERIOR (2500 &)4000	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	HISTORIA ICTERICIA NEONATAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PRE-ECLAMPSIA PREVIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ANOMALIA CONGENITA MAYOR	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
INFERTILIDAD PREVIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	4 ó MASFACTORES RIESGOS MOD.	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
IVU RECURRENTE	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
AMENAZA DE ABORTO	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				

RECLASIFICACION SEMANA 32 A 36

FACTORES DE RIESGO ADICIONALES				FECHA			
FACTOR RIESGO MODERADO				FACTOR DE RIESGO ALTO			
TALLA (<1.50 Mts)	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	EMBARAZO MULTIPLE	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
1 CESAREA PREVIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SANGRAMIENTO 3º TRIMESTRE	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PARTO DISTÓCICO PREVIO	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	POLI u OLIGOHIDRAMNIOS	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PRESENTACION FETAL ANORMAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSION O PROTEINURIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
GANANCIA DE PESO > 8LBS./MÉS	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	RUPTURA DE MEMBRANA	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Hb. <10 GMS	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	RETARDO CRECIM. INTRAUTERINO	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
INFECCION VIAS URINARIAS	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FETO MACROSOMICO	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TEST DE GANT 4	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	AMENAZA PARTO PREMATURO	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CIRUGIA EN ESTE EMBARAZO	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	2 ó MAS CESAREAS PREVIAS	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				2 ó MAS FACTORES RIESGO MOD.	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Form. 510401-92-001

REFERIDA: SI NO

AMENORREA: _____

LUGAR A DONDE FUE REFERIDA

NOMBRE DEL MEDICO

DATOS GENERALES		
FACTOR DE RIESGO	COMPLICACIONES ASOCIADAS	ACCIONES
Edad materna avanzada (> 35 Años)	Complicaciones médicas, ginecológicas, quirúrgicas, genéticas	Asesoría de riesgo de embarazo basado en la edad.
Edad materna precoz (< 19 años)	Prematurez. Anomalías específicas como gastroquisis en <19 años. Morbi- mortalidad en embarazo y parto en < 15 años Transtornos hipertensivos del embarazo RCIU	Consejería de Salud sexual y reproductiva.
Edad paterna avanzada	Mutaciones de Novo (tipo dominante)	Asesoría de riesgo de embarazo basado en la edad.
Consanguinidad	A mayor grado de consanguinidad mayor riesgo.	Investigar el grado de parentesco y si es dentro de los tres primeros grados de consanguinidad referir a asesoría genética.
Ocupación Trabajo >10 horas al día. Permanecer de pie > 6 horas continuas Exposición a tóxicos/ químicos (solventes)	Aborto. Muerte fetal. Prematurez. Bajo peso al nacer. Defectos congénitos	Referir a Medicina del Trabajo. Recomendar adoptar medidas de higiene ocupacional o cambio de actividad laboral de ser posible

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

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

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

Cirugías Previas del tracto reproductivo: Cesárea previa, miomectomía, resección de tabique uterino, conización y cerclaje cervical	Mayor riesgo de: ruptura uterina, inserciones placentarias anormales, hemorragias graves.	Investigue sobre: tipo de histerotomía (Incisión en ancla mayor riesgo), prolongaciones de histerotomía, infecciones de herida quirúrgica; periodo intergenésico y número de cesáreas previas para evaluar riesgo. Informe sobre riesgos de ruptura uterina y hemorragia.
Malformaciones uterinas	Mayor riesgo de pérdidas recurrente en 1 ^{er} y 2 ^o trimestre	Refiera a tercer nivel para evaluar tratamiento quirúrgico.

ENFERMEDADES MÉDICAS NO-TRANSMISIBLES

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

FACTOR DE RIESGO	COMPLICACIONES ASOCIADAS	ACCIONES
Diabetes	Aumenta riesgo de abortos, malformaciones fetales, fetopatías, prematuridad, muerte fetal y materna	El objetivo primordial es la euglicemia periconcepcional Realice tamizaje preconcepcional a mujeres con diabetes gestacional previa o IMC ≥ 30 kg/m ² . Logrado el embarazo, se requiere manejo por equipo especializado
Enfermedades Tiroideas	RCIU, BPEG, prematuridad, Preeclampsia, insuficiencia cardíaca congestiva, desprendimiento de placenta, mortinato Además en hipertiroidismo, crisis tiroideas y en hipotiroidismo neonatal.	Debe lograr eutiroidismo previo al embarazo. Advertir sobre la importancia del tratamiento durante el embarazo Logrado el embarazo, manejo por equipo especializado.
Cardiopatías	Causa importante de mortalidad materno-perinatal	Refiera a nivel especializado.
Hipertensión crónica	Mortalidad Materna, preeclampsia, eclampsia, RCIU, BPEG, prematuridad y mortalidad perinatal.	Realice buena evaluación clínica. Refiera con ginecólogo, quien evaluará el cambio de antihipertensivos y las interconsultas con las especialidades que corresponda.
Anemia	Se asocia con placenta previa, hipertrofia y desprendimiento placentario, preeclampsia y hemorragia postparto. Si es severa RCIU y mortalidad neonatal. Las mujeres con anemia corren con mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas durante embarazo, parto o puerperio.	Si hemoglobina es < 7 gr/dl, refiera a medicina interna. Si hemoglobina > 8 gr/dl a < 11 gr/dl, solicite frotis de sangre periférico, de consejería nutricional y dieta adecuada, Trate con hierro elemental (60 mg v.o. c/ día) durante tres meses y solicite hemoglobina de control post-tratamiento. De educación nutricional

Asma	Las pacientes con asma descompensada pueden presentar: preeclampsia, hipertensión, hiperémesis gravídica, aborto espontáneo, RCIU, parto prematuro y bajo peso al nacer.	Recomiende continuar tratamiento. Al momento de deseo de embarazo, consulte con médico tratante Una vez logrado embarazo, refiera a control especializado
Convulsiones	Aumento de defectos congénitos de 1/15 por uso de anticonvulsivantes. Convulsiones repetidas se asocian a abortos espontáneos, hipoxia fetal, bradicardia y muerte perinatal.	
ENFERMEDADES MATERNAS TRANSMISIBLES		
FACTOR DE RIESGO	COMPLICACIONES ASOCIADAS	ACCIONES
Rubéola, Varicela	Abortos. Malformaciones congénitas. Infección perinatal	Descarte infección previa. Investigue inmunización: Si no ha sido vacunada, cumpla vacuna al menos tres meses antes del embarazo
Citomegalovirus	Infección congénita. Sordera neurosensorial Retardo mental	Recomiende uso de guantes y lavado de manos. (Fuente de transmisión es la orina de niños pequeños; por lo que el riesgo de infección es mayor en personal que manipula pañales)
Toxoplasmosis	Abortos. Malformaciones congénitas. Infecciones congénitas.	Recomiende medidas preventivas: No consumir carne cruda o poco cocida; lavado de manos al manipular carne cruda y los utensilios en contacto con carne cruda; desinfectar los vegetales crudos.
Sífilis	Transmisión materno infantil	Indique RPR Si resultado es (+), prescriba tratamiento: Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana # 3. Si es alérgica se recomienda Doxiclina 100 mg V.O. cada 12 horas por 14 días o Tetraciclina V.O. cada 6 horas por 14 días Recomiende postergar embarazo hasta terminar tratamiento. Dar tratamiento a la pareja
VIH	Transmisión materno-infantil	Brinde consejería y llene consentimiento informado. Si prueba es (+) informe sobre riesgo de transmisión materno-infantil y la necesidad de terapia antirretroviral si se embaraza. Si decide no embarazarse, indique método de Planificación Familiar.

Hepatitis B	Prematurez Bajo peso para edad gestacional	Investigue inmunización previa, especialmente en adolescentes. Puede aplicar vacuna durante el embarazo (es una vacuna de virus muertos), si está indicado.
Gripe	Mayor morbilidad y mortalidad materna	La vacuna anti-influenza es segura durante embarazo (Virus inactivado). Recomiende la vacunación anti- H1N1.
Tuberculosis	RCIU, BPEG, sepsis neonatal y muerte.	Recomiende posponer el embarazo en caso de infección activa.
FACTORES SOCIALES		
FACTOR DE RIESGO	COMPLICACIONES ASOCIADAS	ACCIONES
Violencia de género	Riesgo de morbi-mortalidad tanto para la madre como para el hijo/a.	Investigue si sufre de violencia. Apóyela y ayúdela a evaluar su situación actual. Explore opciones. Ayúdela a identificar recursos locales de apoyo (familia, amigos, comunidad u ONG's) Recuérdela que hay recursos legales, si el caso lo amerita.
Analfabetismo y bajos recursos económicos	Riesgo de morbi-mortalidad tanto para la madre como al hijo/a. Se asocian a: Desnutrición y anemia materna, restricción de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer.	Instruya de la importancia de alimentación adecuada con los pocos recursos que la paciente posee. Brinde consejería sobre la importancia del control prenatal precoz y sistemático al embarazarse. Prevenga la anemia.
ESTILOS DE VIDA		
FACTOR DE RIESGO	COMPLICACIONES ASOCIADAS	ACCIONES
Obesidad (IMC >30 Kg /mts²)	En la mujer: hipertensión inducida por embarazo, diabetes, trastornos tromboembólicos, aumento de cesáreas, infecciones, anemia postparto y muerte materna. En el Recién Nacido: defectos del tubo neural, macrosomía fetal, prematurez, partos distócicos, depresión neonatal y muerte fetal.	Recomiende bajar de peso. Indique una dieta balanceada y saludable, rica en folatos y carotenoides. Indique ácido fólico 4 mg/día.
Bajo peso pre-gravídico (IMC <18.5 Kg /mts²)	Prematurez, RCIU Gastrosquisis	Si es posible, recomiende evaluación por nutricionista. Brinde suplementos nutricionales
Desórdenes alimentarios (anorexia, bulimia)	Altas tasas de aborto y depresión postparto	Investíguelo, las pacientes suelen ocultarlo. Recomiende posponer el embarazo. Refiera a Psiquiatría. AQUÍ ME QUEDÉ

Ejercicio		Recomiende ejercicios. Los aeróbicos son convenientes, ya que fortalecen los músculos y activan la circulación venosa.
CONSUMO DE SUSTANCIAS		
FACTOR DE RIESGO	COMPLICACIONES ASOCIADAS	ACCIONES
Tabaco	Produce: Infertilidad, aborto espontáneo, RCIU, bajo peso al nacer, prematurez, desprendimiento de placenta, muerte fetal y perinatal, infecciones respiratorias del RN.	Refiera a clínica de tabaquismo. Incentive la reducción a la adicción del tabaquismo pasivo o activo.
Alcohol	El consumo excesivo produce: Síndrome del Alcohol fetal, Muerte intrauterina, restricción del crecimiento pre y postnatal, alteraciones del sistema nervioso central y de la conducta.	Incentive a la reducción de su consumo.
Drogas ilegales	Cocaína: disrupción vascular expresados en anomalías del SNC, defectos por reducción de miembros y RCIU. Marihuana: igual al tabaco	Proponga un plan de tratamiento para el abandono de la adicción. Indique posponer el embarazo. Refiera a Psiquiatría.
Café, té, gaseosas.	Alta ingesta durante 1 ^{er} trimestre se asocia a aborto espontáneo y a restricción del crecimiento intrauterino.	Aconseje evitar su consumo.
CONSUMO DE MEDICAMENTOS		
Anticonvulsivantes	Difenilhidantoína: interfiere en metabolismo de folato lo que provoca defectos del tubo neural y Síndrome hidantoínico fetal: RCIU, microcefalia, dismorfias faciales, paladar hendido y labio leporino, hipoplasia digital distal y a veces cardiopatía. Ácido Valpróico: defectos del tubo neural, RCIU, retraso en el desarrollo y en el aprendizaje, además cardiopatía congénita.	Recomiende continuar tratamiento Al momento de deseo de embarazo, consulte con médico tratante para cambio de medicamento. Una vez logrado embarazo, refiera a control especializado. Prescriba ácido fólico 5 mg/día vía oral durante periodo periconcepcional y continuar durante todo el embarazo.

Cumarínicos	Altamente teratogénicos. Producen hipoplasia del cartilago nasal, atrofia óptica y epifisis punteada	Recomiende continuar tratamiento. Al momento de deseo de embarazo, consulte con medico tratante para cambio de medicamento. Una vez logrado embarazo, refiera a control especializado.
Antihipertensivos	Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina (IECA) y Antagonistas de los Receptores de la Angiotensina II: producen daño renal fetal cuando son usados en 2º y 3º trimestre.	Refiera con ginecólogo, quien evaluará el cambio de antihipertensivos y las interconsultas con las especialidades que corresponda.
Antibióticos	Estreptomicina y Kanamicina: Producen sordera. Tetraciclinas: Causan trastornos esqueléticos y de la constitución del esmalte de los dientes, defectos del tubo neural, paladar hendido, labio leporino, cardiopatías y acortamiento de extremidades. Además, producen toxicidad hepática en las mujeres.	Indique antibióticos clase A y B.
Isotretinoína (tratamiento de acné quístico) y Etretinato (psoriasis).	Altamente teratogénicos: Producen defectos craneofaciales, cardiovasculares, del SNC y timo.	Recomiende posponer el embarazo hasta 1 año después de finalizar el tratamiento. Indique un anticonceptivo seguro.

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

El postparto inmediato es un momento oportuno para desarrollar actividades que contribuyan a que un próximo embarazo se produzca en mejores condiciones.

ACTIVIDADES A REALIZAR DURANTE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL

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

ACTIVIDADES	INTERVENCIONES
Realice Historia clínica completa	Incluya datos generales, antecedentes personales, familiares y obstétricos.
Investigue enfermedad crónica concomitantes	Determine si su patología está controlada Discuta si es momento oportuno para embarazo Defina si amerita interconsulta con otras especialidades.
Mida talla y peso corporal	Para cálculo de índice de masa corporal (IMC).
Evalué del estado nutricional con el Índice de Masa Corporal (IMC)	Se calcula así: $\text{Peso (en Kg)} / (\text{Talla en mts})^2$ <ul style="list-style-type: none"> ○ Peso Normal: 18.5 – 24.9 Kg/mts² ○ Peso Insuficiente: Si valor < 18.5 Kg/mts². Brinde suplementos ○ Sobrepeso: Si valor = 25 - 29.9 Kg/mts² ○ Obesidad: Si valor ≥ 30 Kg/mts². En los casos fuera de lo normal refiera a Nutricionista y ginecólogo.
Determine Tensión Arterial	Verifique tensión arterial, investigue HTA.
Efectúe examen físico completo	Realice examen físico completo que incluya examen clínico de mama y tiroides.
Realice Inspección cervical y Toma de PAP	Tome PAP si no está vigente o nunca se lo ha tomado. Si reporta anormalidad, maneje según Guía de Prevención y Control de Cáncer de Cérvix.
Verifique vigencia de esquema vacunación Antitetánica y Anti-rubeola.	Verifique vigencia de esquema de vacunación. Si no está vigente, cumpla dosis según esquema.
Verifique vacunación Anti-influenza pandémica H₁N₁	Si no está vigente: Cumpla dosis de 0.5 cc IM #1 en músculo deltoides, a partir de las 12 semanas de embarazo
Realice evaluación Odontológica	Examine cavidad oral. Enfatice importancia de higiene bucal. Recomiende dieta saludable, evitando exposición alimentos azucarados que favorecen formación de caries dental. Refiera para profilaxis o tratamiento de patologías dentales.
Prescriba Micronutrientes para disminuir defectos del tubo neural	Prescriba los siguientes micronutrientes al menos 3 meses antes de buscar embarazo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Acido fólico (5 mg) 1 tableta cada día. ○ Multivitaminas prenatales: 1 tableta cada día, que contengan las siguientes vitaminas: A 4000 UI, B-1 1.6 mg, B-2 1.8 mg, nicotinamide 19 mg, B-6 2.6 mg, pantotenato de Calcio 10 mg, biotina 0.2 mg B-12 4.0 mcg, C100 mg, D 500 UI, E 15 mg, ácido fólico 0.8 mg. minerales: Calcio 125mg, fosforo 125 mg, magnesio 100 mg, Hierro 60 mg. Tres elementos traza: cobre 1 mg, manganeso 1 mg, zinc 7.5 mg.
Solicite Típo-Rh	Determine Típo sanguíneo y factor Rh.

Prevención de la Transmisión vertical del VIH	Oferte a la pareja el examen para la detección del VIH y de consejería pre-prueba. Proporcione consejería post-prueba Refiera a toda mujer con prueba (+) y su pareja para manejo adecuado a hospital de II nivel de atención.
Eliminación de Sífilis congénita.	Investigue antecedente de sífilis y el tipo de tratamiento recibido. Indique pruebas no treponémicas (RPR o VDRL) a la pareja para descartar sífilis y dar tratamiento si es positivo. El RPR o VDRL con dilución $\geq 1:8$ debe considerarse positivo y requiere tratamiento: Si cuenta Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana # 3. Cuando el VDRL es reportado reactivo débil o con diluciones $\leq 1:4$, considérela un falso (+) y descarte enfermedades autoinmunes, tuberculosis, mononucleosis, endocarditis, sífilis antigua ya tratada.
Serología para Chagas en zonas endémicas	Para detectar anticuerpos específicos anti tripanosoma cruzi y realizar una confirmación diagnóstica se utilizaran por lo menos dos reacciones serológicas normalizadas: <ul style="list-style-type: none"> ○ ELISA ensayo inmunoenzimático ○ IFI Inmunofluorescencia indirecta
Llene Hoja Filtro de la consulta preconcepcional	Si detecta factores de riesgo reproductivo o Antecedente de recién nacido con malformación congénita, enfermedad genética y metabólica refiera a consulta con perinatólogo.

La consejería en la etapa preconcepcional se dividirá diferentes momentos:

1. Inicio de la consejería:

- Al iniciar identificó y se identificó con la usuaria
- Explica brevemente el proceso de la consejería
- Procurará establecer un ambiente calido y de confianza
- Utiliza un lenguaje apropiado y comprensible al nivel de la usuaria
- Establece la confidencialidad de los temas a tratar
- La comunicación será utilizando preguntas claves significativas y relevantes sobre la situación actual y le da oportunidad que exprese sus inquietudes sin interrupción
- Se abstuvo de emitir juicios sobre la conducta o situación expresada por la usuaria

2. Profundización de la consejería:

- Se mencionará el propósito de la consulta preconcepcional:
 - Identificar, eliminar o reducir factores de riesgo reproductivo
 - Tratar enfermedades que alteren la evolución normal de un futuro embarazo
- Realiza el tamizaje de los factores de riesgo utilizando la hoja filtro preconcepcional
- Identifica los factores de riesgo biológicos que necesitan evaluación médica y brinda consejería según el caso
- Ofrece opciones de métodos de planificación familiar hasta resolver o controlar los factores de riesgo biológicos que podrían interferir en un embarazo normal

- Aquellos factores de riesgo biológicos que contraindican el embarazo, brindar consejería a ella y su pareja sobre métodos de planificación permanentes
- Si se identifican factores de riesgo social dar consejería según el caso

3. Finalización de la consejería:

- La usuaria realizará un resumen de los acuerdos y compromisos antes de cerrar la sesión
- Se toman acuerdos y compromisos
- Se acuerda la próxima cita si es pertinente
- Documentó el proceso de la consejería en el expediente clínico

CÁLCULO DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Sirve para evaluar el estado nutricional preconcepcional y durante el primer trimestre del embarazo.

Se calcula así: $\text{Peso (en Kg)} / (\text{Talla en mts})^2$.

Se clasifica de la siguiente manera:

- Peso Normal: 18.5 – 24.9 Kg/m²
- Peso Bajo: Si valor < 18.5 Kg/m². Brinde suplementos
- Sobrepeso: Si valor = 25 - 29.9 Kg/m²
- Obesidad: Si valor ≥30 Kg/m².

En los casos fuera de lo normal refiera a Nutricionista

Pasos para el cálculo del IMC:

- Pese a la usuaria con la técnica adecuada. Identificando el peso en Kilogramos (Kgs). Si ha pesado en libras, divida el dato entre 2.2 y el resultado se expresa en Kg.
- Talle a la usuaria con la técnica adecuada y el resultado lo expresa en Mts.
- Si dispone de tabla para el cálculo del IMC:
 - Ubique en la tabla “Índice de Masa Corporal”, el peso y talla.
 - En la línea vertical identifique la altura en metros y en la línea horizontal el peso en Kgs. que tiene la paciente
 - Hacer coincidir ambos valores ubicando el punto de encuentro entre estas 2 cifras, esto corresponderá al IMC
- Entregue a la usuaria por escrito los datos obtenidos.
- Explique a la usuaria en cual categoría ha sido clasificado y realice las intervenciones según corresponda
- Si no dispone de tabla calcúlelo aplicando la fórmula
- Registre el resultado en la Historia Clínica Perinatal entre las 2 curvas de ganancia de peso y altura uterina (En los casos de que la paciente consulte ya embarazada y conozca su peso preconcepcional)

TABLA DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Altura (mts)	Peso en Kg																				www.klip7.cl
	45	48	51	54	57	60	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99	102	
1.50	20	21	23	24	25	27	28	29	31	32	33	35	36	37	39	40	41	43	44	45	47
1.53	19	21	22	23	24	26	27	28	29	31	32	33	35	36	37	38	40	41	42	44	45
1.56	18	20	21	22	23	25	26	27	28	30	31	32	33	35	36	37	38	39	41	42	43
1.59	18	19	20	21	23	24	25	26	27	28	30	31	32	33	34	36	37	38	39	40	42
1.62	17	18	19	21	22	23	24	25	26	27	29	30	31	32	33	34	35	37	38	39	40
1.65	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	39
1.68	16	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
1.71	15	16	17	18	19	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
1.74	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1.77	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
1.80	14	15	16	17	18	19	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	31	32
1.83	13	14	15	16	17	18	19	20	21	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	30	31
1.86	13	14	15	16	16	17	18	19	20	21	22	23	23	24	25	26	27	28	29	29	30
1.89	13	13	14	15	16	17	18	18	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	29	29
1.92	12	13	14	15	15	16	17	18	19	20	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	28
1.95	12	13	13	14	15	16	17	17	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	28
1.98	11	12	13	14	15	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27

CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

LA ESTRATEGIA DE CONSEJERÍA BALANCEADA:

Es una estrategia apoyada con trípticos, que consiste en diagnosticar las necesidades de planificación familiar de la usuaria para que ella elija el método que considere más conveniente. Esta Estrategia se apoya en los materiales educativos en los cuales se muestran los distintos métodos de Planificación familiar, para que la usuaria/o seleccione el método que más le conviene y el proveedor descarte, con base a los criterios de elegibilidad, aquellos que no se adaptan al caso particular.

Se integra la consejería balanceada y la técnica ACCEDA para aplicar la Estrategia, se aplican las siguientes fases:

1. **Pre-elección**
2. **Elección**
3. **Post-elección**

1. **Fase de Pre – elección:**

La/el usuario es recibida cálidamente y se le formula preguntas para identificar sus necesidades, condición o problema de salud, estilo de vida, comportamientos que favorecen la salud o la ponen en riesgo. El diagnóstico de necesidades está al servicio de la elección de método, pues consiste en un proceso de **descarte de métodos** que el proveedor y la/el usuario /a consideran que ella no le son útiles de acuerdo a sus circunstancias.

2. **Fase de elección:**

El proveedor responde a las necesidades de la/el usuario/a, ofreciéndole información adecuada y comprensible para ayudarlo a escoger un método. Esto implica que solo abordará métodos relevantes para la pareja.

El proveedor no deberá proporcionarle toda la información conocida sobre los métodos, pues la saturaría y la confundiría; solo debe ser comunicada la información esencial que le permita hacer una elección preliminar del método; **tres o cuatro condiciones** por cada uno de los métodos deben ser suficientes.

El proveedor deberá esperar a que la/el usuaria/o elija un método para examinar contraindicaciones de uso; si el método está contraindicado para ella o la/el usuaria/o rechaza el método puede regresar a un paso anterior y escoger un método alternativo. El proveedor deberá asegurarse que la /el usuario/a ha comprendido las instrucciones. Si por ejemplo la usuaria elige un método permanente, se debe de implementar una serie de rutinas: de ser posible un periodo de espera, firma del consentimiento informado, (enfaticando los principios clave), entrega de hojas recordatorias de cuidados pre y post operatorios de la esterilización.

Una vez la usuaria/o ha decidido un método, el proveedor debe de ampliar la información sobre el método elegido en los siguientes aspectos: beneficios, mecanismo de acción, uso, signos de alarma y efectos secundarios.

3. Fase de Post- elección:

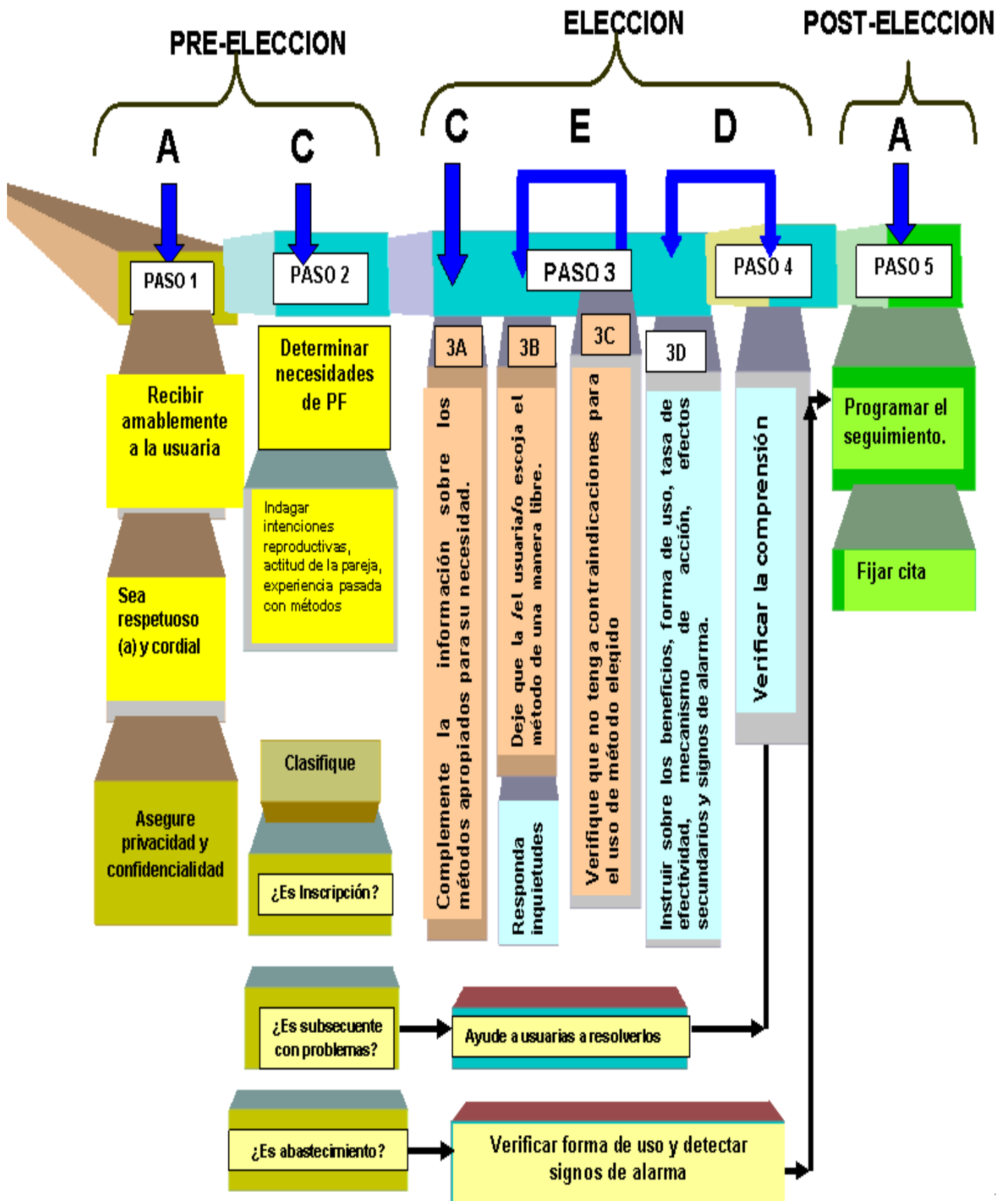
Finalmente, habrá que dar seguimiento que la/el usuaria/o sepa que hacer para asegurar la continuidad de sus metas reproductivas y resolver eventuales situaciones de emergencia.

Para facilitar el proceso de la Consejería Balanceada se recomienda aplicar el esquema de los pasos de la consejería, considerando que es una secuencia que puede ser continua o no dependiendo del interés y/o las dudas que puedan surgir para la/el usuaria/o durante la conversación con el/la proveedor/a. El esquema es el siguiente:

PASOS DE LA TÉCNICA ACCEDA

	A: ATENDER	<p>Reciba amablemente a la (el) usuaria(o). Sea respetuosa(o) y cordial durante toda la consulta. Asegúrele privacidad y confidencialidad.</p>
PRE-ELECCIÓN	C: CONVERSAR	<p>Determine cuáles son las necesidades de Planificación Familiar. Pregunte por sus intenciones reproductivas, actitud de la pareja, experiencia pasada con algún método. Si la usuaria está en riesgo reproductivo, oriéntela a las consecuencias que le puede causar un embarazo y ofrecer asesoría en planificar su próximo embarazo. Descarte métodos. (Use materiales de apoyo). Clasificar a la/el usuaria/o: Inscripción Subsecuente : (Normal, morbilidad) Reabastecimiento Preguntar hábilmente: Hable en un tono de voz que denote interés y cordialidad. Use palabras que la/el usuaria/o entienda, Si la/el usuaria/o no ha comprendido, haga la misma pregunta de otra manera.</p>

ELECCIÓN	C — COMUNICAR	<p>3a Complemente la información sobre los métodos apropiados para su condición. (Use materiales de apoyo). No recargue la información</p>
	E — ELEGIR	<p>3b Deje que la/el usuaria/o elija el método. Responda a sus inquietudes. Los y las usuarios/as deberán tener el método que quieran siempre que comprendan y no haya razones médicas para evitarlo.</p> <p>3c Verifique que no tenga contraindicaciones para el uso del método elegido. (Cuadro de criterios médicos de elegibilidad de FHI). Si las tiene, que escoja otro.</p>
	D-DESCRIBIR	<p>3d Instrúyala(o) en detalle sobre forma de uso, efectos secundarios, signos de alarma del método. (Use folleto). Si la usuaria se desanima puede escoger otro método. Describa sólo lo referente al método elegido, forma de uso, efectos secundarios, signos de alarma. Problemas comunes y sugerencias para resolverlos. Verifique la comprensión (Use materiales de apoyo vigentes). Asegúrese que la (el) usuaria(o) comprendió toda la información. Pídale que repita cómo va a usar el método.</p>
POST-ELECCIÓN	A — ACORDAR	<p>Programe el seguimiento de la (el) usuaria(o). Fije una cita: haga uso de la tarjeta de seguimiento (como se hace ahora para que la/el usuaria/o no se olvide). Asegúrele que puede seguir contando con su ayuda.</p>



INFORMACIÓN GENERAL DE CADA MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

INYECTABLES:



- 1) En una inyección que se pone en la cadera o en el brazo cada 1, 2 o 3 meses, depende del inyectable que se utilice.
- 2) Cuando la mujer desea quedar embarazada deja de ponérsela. Pero puede pasar de 6 a 10 meses para quedar embarazada otra vez (Dependiendo del inyectable que se utilice)
- 3) Es normal que en los primeros meses de uso; algunas mujeres presenten irregularidades menstruales dejen de ver su menstruación, sentir dolor de cabeza, mareo y/o náuseas que generalmente desaparecen.
- 4) Después de 6 semanas del parto, pueden ser usado por las mujeres lactantes los inyectables solo de progestina.

DIU (T COBRE):

- 1) El personal de salud la coloca en la matriz de la mujer
- 2) Dura hasta 10 años
- 3) Es inmediatamente efectivo una vez insertado y el retorno a la fertilidad es inmediato después de retirarlo
- 4) Es normal que en los primeros meses de uso algunas mujeres tengan aumento en el sangrado durante la regla.



LA PÍLDORA COMBINADA:

- 1) Puede iniciarlo dentro de los 5 días posteriores al inicio sangrado menstrual
- 2) Es un método muy seguro siempre y cuando se tome todos los días, de preferencia a la misma hora, tenga o no relaciones sexuales
- 3) Es normal que en los primeros meses de uso, algunas mujeres sientan: dolores de cabeza leves, náuseas o mareos que generalmente desaparecen
- 4) Cuando la mujer desea quedar embarazada, deja de tomársela y el retorno a la fertilidad es inmediato.



MELA:

Es un método que funciona solo si:

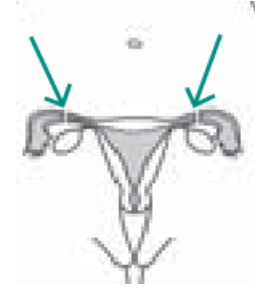
- 1) La usuaria no ha visto menstruación después del parto
- 2) La usuaria dé solo pecho cada vez que su recién nacido quiera mamar de día y de noche (lactancia materna exclusiva)
- 3) Cuando la niña/o tenga menos de 6 meses de edad.



ESTERILIZACIÓN FEMENINA:

Es un método para las mujeres que ya no desean tener más hijos

- 1) Es permanente e irreversible
- 2) Es un procedimiento sencillo y seguro
- 3) Las relaciones sexuales de la pareja siguen siendo iguales y la usuaria sigue viendo su menstruación
- 4) La usuaria puede regresar a su casa al día siguiente después de la operación.



VASECTOMIA

- 1) Es un método para el hombre que ya no desea tener más hijos
- 2) Es permanente e irreversible
- 3) Es un procedimiento sencillo y seguro
- 4) Las relaciones sexuales de la pareja siguen siendo iguales y no presenta dificultades para la erección
- 5) No requiere ingreso para el procedimiento
- 6) La vasectomía no es efectiva en forma inmediata, puede encontrarse espermatozoides hasta tres meses después de realizado el procedimiento se recomienda el uso del preservativo hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.



Se deberá llenar la hoja de inscripción o sub-secuente de planificación familiar a toda mujer que se le brinde atención en P.F.

Cuadro de Referencia Rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para el Uso de Anticonceptivos – para iniciar o continuar el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC), acetato de depósito de medroxiprogesterona (DMPA/ NET-EN), enantato de noretisterona (NET-EN), dispositivo intrauterino de cobre (DIU de cobre)

CONDICIÓN		AOC	DMPA/ NET-EN	DIU de cobre
Edad	Desde la menarca hasta los 39 años de edad	1	1	1
	De 40 años de edad o más	1	1	1
	Desde la menarca hasta los 17 años de edad	1	1	1
	De 18 años hasta los 45 años de edad	1	1	1
	Más de 45 años de edad	1	1	1
	Menarca hasta los 19 años de edad 20 años de edad o más	1	1	1
Nulíparas		1	1	1
Lactancia materna	Menos de 6 semanas posparto	3	3	*
	de 6 semanas a 6 meses posparto	1	1	1
	de 6 meses posparto o más	1	1	1
Tabaquismo	Edad < 35 años	1	1	1
	Edad ≥ 35 años, < 15 cigarrillos/día	1	1	1
	Edad ≥ 35 años, ≥ 15 cigarrillos/día	4	4	4
Hipertensión	Historia de hipertensión cuando la presión arterial:			
	NO SE PUEDE evaluar	3	3	3
	Está controlada y PUEDE evaluarse	1	1	1
	Sistólica 140-159 o diastólica 90-99	1	1	1
Sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100	4	4	4	
Dolores de cabeza	Sin migraña (leve o grave)	I	C	
	Migraña sin aura (edad < 35 años)	I	C	I
	Migraña sin aura (edad ≥ 35 años)	I	C	I
	Migrañas con aura	4	4	I
Antecedentes de trombosis venosa profunda		4	4	4
Tromboflebitis superficial		1	1	1
Enfermedades complicadas de las válvulas cardíacas		4	4	4
Cardiopatía isquémica/Accidente cerebrovascular		4	4	4
Diabetes	Sin enfermedad vascular	1	1	1
	Enfermedad vascular o diabetes de > 20 años	4	4	4
Malaria		1	1	1
Tuberculosis no pélvica		1	1	1
Enfermedad de la tiroides		1	1	1
Anemia ferropénica		1	1	1
Anemia de células falciformes		1	1	1

CONDICIÓN		AOC	DMPA/ NET-EN	DIU de cobre
Hiperlipidemias diagnosticadas		1	1	1
Cánceres	Cervicouterino	1	1	I
	Endometrial	1	1	I
	Ovárico	1	1	I
Ectropión cervical		1	1	1
Enfermedad mamaria	Masa no diagnosticada	**	**	1
	Antecedentes familiares de cáncer	1	1	1
	Cáncer actual	4	4	4
Fibromas uterinos sin distorsión de cavidades		1	1	1
Endometriosis		1	1	1
Enfermedad trofoblástica (gestacional maligna)		4	4	4
Patrones de sangrado vaginal	Irregular sin sangrado abundante	1	1	1
	Abundante o prolongado, regular e irregular	1	1	1
	Sangrado inexplicado	1	1	I
Cirrosis	Leve	1	1	1
	Grave	4	4	4
Enfermedad sintomática actual de la vesícula biliar		1	1	1
Colestasis	Relacionada con el embarazo	1	1	1
	Relacionada con los anticonceptivos orales	4	4	4
Hepatitis	Activa	4	4	4
	La cliente es portadora	1	1	1
Tumores hepáticos		4	4	4
ITS/EPI	Cervicitis purulenta actual, clamidia, gonorrea	4	4	I
	Vaginitis	1	1	1
	Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual	4	4	I
	Otras ITS (excluyendo VIH/hepatitis)	1	1	1
	Riesgo aumentado de contraer ITS	1	1	1
	Riesgo individual muy alto de exposición a ITS	1	1	I
VIH	Alto riesgo de VIH o está infectada por el VIH	4	4	4
SIDA	Sin terapia antirretroviral	4	4	I
	No se siente bien en la terapia antirretroviral	4	4	I
	Clinicamente bien en terapia antirretroviral	1	1	1
Uso de:	Griseofulvina	1	1	1
	Rifampicina	3	3	3
	Otros antibióticos	1	1	1

- Categoría 1 No hay restricciones para el uso.
- Categoría 2 Generalmente se usa; puede necesitarse algún seguimiento.
- Categoría 3 Usualmente no se recomienda; para su uso se requiere juicio clínico y acceso continuo a los servicios clínicos.
- Categoría 4 No se debe usar el método.

I/C (Iniciación/Continuación): Una mujer puede pertenecer a una categoría u otra, dependiendo si ella inicia o continúa el uso de un método. Por ejemplo, una cliente que actualmente padece una EPI que desea iniciar el uso del DIU se consideraría como Categoría 4, y no se le debe insertar un DIU. Sin embargo, si ella desarrolla una EPI mientras usa el DIU, se considera como Categoría 2. Esto significa que generalmente podría continuar usando el DIU y recibir tratamiento para combatir la EPI con el DIU insertado. Donde no se ha marcado I/C, una mujer con esa condición pertenecerá a la categoría indicada – así esté iniciando o continuando el uso del método.

* La lactancia materna no afecta la iniciación y uso del DIU. Independientemente del estado de la lactancia materna, la inserción del DIU durante el posparto es Categoría 2 hasta las 48 horas posparto, Categoría 3 de las 48 horas a las cuatro semanas, y Categoría 1 cuatro semanas y después.

** La evaluación debe proseguirse cuanto antes.

Fuente: Adaptado de Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Centro Organizativo Mundial de la Salud (Lancaster, 2005). Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec.html>



TOMA DE CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL

TAMIZAJE

Se recomienda iniciarla a partir de la primera relación sexual en un período no menor de 6 meses posterior a la primera relación sexual de la mujer, independientemente de la edad.

a. Las recomendaciones previas a la toma de la citología cérvico vaginal serán:

- Preferentemente será tomada en período sin menstruación o sangramiento (aunque no es una contraindicación absoluta).
- Posterior al parto, el momento recomendado es a partir de las ocho semanas.
- No deben efectuarse duchas vaginales ni utilizar medicamentos dentro de la vagina, ni haber tenido relaciones sexuales en las 24 horas previas a la toma de la muestra.
- Orientar a la usuaria que orine previo a la toma de PAP.
- El frotis será tomado antes del tacto vaginal y colocación de espéculo sin gel.
- No realizar biopsia vaginal, cervical o endometrial ni extirpación de pólipos antes de tomar la muestra.
- Para la toma de citología cérvico vaginal se utilizará espátula de Ayre Modificada, deberá tomarse primero muestra del exocérvix y posteriormente el endocérvix (en este caso se deberá utilizar el hisopo).
- Las instituciones o establecimientos de salud deberán disponer de cepillo endocervical, para ser utilizados en los siguientes casos: cuellos de nulípara, mujeres posmenopáusicas, mujeres posterior a un parto por cesárea y en casos especiales post tratamiento (Crioterapia, cerclajes, cono quirúrgicos, LEEP, y otros).

b. Aspectos básicos para su realización:

- La realización del PAP no debe ser una experiencia desagradable o dolorosa para la paciente.
- Asegúrese de explicar claramente la importancia del procedimiento y los pasos a seguir.
- Asegurarse que la paciente se encuentre con la vejiga vacía al menos 30 minutos previos.
- Comprobar que fuente de luz, instrumentos y suministros estén listos para su uso
- No realice el PAP si la paciente tiene secreciones abundantes indique tratamiento y cite en un mes para evaluar la toma de PAP.
- El Estandar de Oro tradicional para que la muestra sea adecuada es la presencia de células endo-cervicales. Debe recordarse que la Unión Escamocolumnar se localiza más cercanamente al orificio externo en las mujeres jóvenes y dentro del canal endocervical en mujeres de mayor edad.
- Utilice la parte más larga de la espátula de Ayre Modificada e introduzca en el Orificio Cervical y girela 360 ° (Exocervix).
- Para tomar una muestra adecuada del endocervix es necesario introducir 1.5 cm de un hisopo previamente humedecido en SSN o un citobrush girandolo 360°.
- Disponer de recipientes con solución de cloro al 0.5% y recipiente para material de desecho.
- Palpó el vientre de la mujer y la cubrió para realizar el examen ginecológico

- Se calza ambos guantes desechables nuevos.
- Inspeccionó y palpó los genitales externos buscando anomalías.
- Evaluó que el tamaño del espéculo sea el apropiado para la paciente.
- Colocó el espéculo separando los labios menores orientó las hojas del espéculo paralelamente a los labios, lo introduce y al pasar el tercio medio de la vagina lo rota suavemente y lo dirige hacia el fórnix posterior, lo abre para visualizar el orificio cervical externo.
- Observa las características del cérvix, verifica la presencia de secreciones o masas anormales y las documenta posteriormente. Con un hisopo retiró el exceso de secreciones.
- Tomó la muestra según técnica descrita más adelante.
- Retira cuidadosamente el espéculo y lo coloca en el recipiente con solución de cloro al 0.5%
- Explica a la paciente los posibles resultados, que seguimiento recibirá y los posibles tratamientos.

c. Para garantizar la calidad de la muestra se deben realizar los siguientes pasos para su identificación y traslado:

- Verificó que los instrumentos, fuente de luz, estén disponibles para su uso
- Corroboró que dispone de recipiente con solución de Cloro al 0.5% y recipiente para materiales de desecho
- Previo a la toma de la muestra debe identificarse con lápiz la laminilla colocando en forma clara y legible el número de registro de la paciente para evitar confusiones o errores de identificación.
- La hoja de reporte citológico llenada completa y correctamente.
- Las laminillas serán colocadas y transportadas en la caja porta láminas y deberán llegar al laboratorio de procesamiento y lectura de PAP dentro de la primera semana después de la toma de la muestra.
- Las laminillas estarán bien identificadas, íntegras, bien conservadas y la calidad del extendido y fijación será óptimo (Extendido fino y aplicación delicada del cito-espray sin laca o con alcohol etílico al 90° durante 10 min).

d. Extensión adecuada del material.

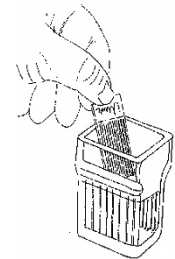
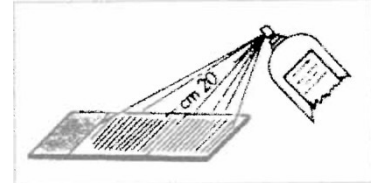
- El material debe ser extendido de manera rápida en un solo sentido para evitar que se sequen y dañen las células, sobre las 2 superficies de la espátula, y corresponderá cada una a la mitad de la lámina o porta objeto. Parte interna para el endocervix y la parte externa para el exocervix.
- El extendido o frotis no debe quedar ni muy grueso ni muy fino. (La extensión no se hace en zig-zag, ni en espiral, ni en remolino).



e. Fijación de la lámina.

- Fijación con citospray: Es muy importante que el tiempo transcurrido entre la recogida de la muestra y su fijación sea inmediatamente a la toma, a fin de evitar que se seque el material objeto de estudio.

- La sustancia fijadora debe cubrir toda la preparación. Si se utiliza citospray debe colocarse el frasco de 15 a 20 cm de distancia de la lámina y aplicar la nebulización 2 veces moviendo la mano en ambos sentidos. Para evitar que las láminas se peguen, si se utiliza el citospray, deben esperarse unos 10 minutos para su secado antes de juntarlas.
- Fijación con alcohol: Después de obtenido el frotis, la lámina debe fijarse inmediatamente con alcohol etílico al 90%, ya sea sumergidas o con atomizador por 10 minutos
- El tiempo que media entre la fijación de las láminas y su coloración en el laboratorio no debe ser superior a los 10 días, por lo que el envío desde los sitios donde son tomadas debe tener una periodicidad semanal.



f. Aspectos generales:

- No lubrique el espejito porque tiende a oscurecer el detalle celular, si fuere necesario utilice agua especialmente en las mujeres de mayor edad.
- Para el resultado citológico se utilizará la nomenclatura del sistema de clasificación Bethesda 2001.
- Toda mujer con citología cérvico vaginal satisfactoria / negativa para lesión intraepitelial o malignidad continuará el seguimiento citológico según protocolos de la institución cada año o cada dos años.
- En mujeres que han tenido tres citologías negativas consecutivas cada dos años, el intervalo en el tamizaje podrá ser espaciado a discreción del médico pero se recomienda que no exceda los tres años.
- El tamizaje podrá ser discontinuado a los 65 años de edad a discreción de la paciente y el médico si se cumplen los siguientes requisitos:
 - Las mujeres han sido regularmente tamizadas
 - Ha tenido dos muestra satisfactorias/negativas en forma consecutiva
 - No ha tenido citologías anormales en los seis años previos
 - En mujeres mayores de 65 años que no han sido previamente tamizadas, tres citologías satisfactoria/negativas cada dos años deberán ser documentadas antes de discontinuar el tamizaje.
- Cuando una muestra sea insatisfactoria para evaluación por alguna de las siguientes causas: celularidad inadecuada, fijación o preservación inadecuada, sangre, citólisis, falta de información clínica, entre otras; deberá ser informado el establecimiento de salud donde fue tomada la muestra, para realizar una búsqueda de la usuaria a través del personal comunitario y repetir la prueba a la brevedad posible.

g. Situaciones especiales

- Mujeres con ITS-VIH/SIDA
- En las clínicas o servicios de ITS, si a una mujer no se le ha realizado el PAP en los últimos doce meses, éste deberá efectuarse como parte del examen pélvico de rutina. Si el resultado del PAP es anormal, el seguimiento será brindado de acuerdo a las normas de prevención y control de cáncer de cérvix.

- En mujeres VIH (+), el PAP será tomado dos veces en el primer año posterior al diagnóstico de infección con VIH; si los resultados son satisfactoria/negativas la frecuencia será anual, en caso que el primer resultado sea anormal la paciente deberá ser referida a Colposcopia.

1. DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico presuntivo de lesiones preinvasivas o de cáncer de cérvix se podrá establecer por medio de la citología cérvico vaginal y/o Colposcopia. El diagnóstico definitivo se establecerá únicamente con el examen histopatológico.
- Los casos a ser referidos para evaluación colposcópica son:
 - Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado
 - Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado
 - ASC-US
 - ASC-H
 - Carcinoma de Células Escamosas
 - AGC
 - Adenocarcinoma
 - Sospecha clínica de malignidad
- La terminología a utilizar para reportar la impresión colposcópica será de acuerdo al diagnóstico histológico: Condiloma (Especificar el tipo), Displasia Leve, Displasia Moderada, Displasia Severa, Carcinoma in Situ, adenocarcinoma in situ, adenocarcinoma invasivo. El reporte deberá incluir cualquier otro tipo de neoplasia.
- Toda paciente embarazada con diagnóstico citológico de LEI de Bajo Grado o LEI de Alto Grado, será referida a Colposcopia para una evaluación para descartar invasión. Como regla general, no se realizará biopsia ni legrado endocervical; en los casos que se sospeche invasión únicamente se tomará biopsia por personal experimentado. Si se descarta la presencia de invasión, se dará seguimiento del caso con PAP cada cuatro meses durante el resto del embarazo y se programará una evaluación colposcópica de control ocho semanas después del parto.

2. CONSEJERÍA

a) Pre-examen

- Presentarse con nombre y función dentro del equipo de salud
- Investigar el motivo por los cuales desea hacerse la prueba de detección o por los cuales fue referida
- Explicar:
 - El significado de la prueba o del procedimiento
 - Posibles resultados de la prueba o del procedimiento
 - Necesidad de repetir la prueba o el procedimiento
- Evaluar el estado actual de salud
- Explicar vías de transmisión de las ITS

- Situaciones de riesgo
- Situaciones que no presentan riesgo
- Mecanismos de prevención
- Riesgos actuales respecto a conductas
- Acordar con la usuaria la fecha y hora de la próxima cita

b) Post-examen

- Al entregar los resultados dirija la mirada a la usuaria y observe sus reacciones
- Brinde el tiempo necesario para que la usuaria asimile el resultado, respete su silencio si es necesario
- Apoyarla a que comparta sus reacciones iniciales
- Aclarar el significado de los resultados a ella y su pareja si fuere factible
- Desarrollar un plan de seguimiento
- En caso de ser negativo, determinar cuando se repetirá la prueba de detección, orientar hacia como mantenerse libre de o con menor riesgo y referir a otros servicios si fuere necesario.
- En caso de ser positivo a lesión, discutir la necesidad de seguimiento médico-psicológico, de un plan de reducción de riesgo, apoyo emocional, como evitar reinfectarse, reducción de stress.

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN BETHESDA 2001

CALIDAD ADECUADA

- Satisfactoria para evaluación.
- Insatisfactoria para evaluación (especificar razón)

CATEGORÍA GENERAL (OPCIONAL)

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad
- Anormalidades de células epiteliales, especificar si es de células escamosas o glandular
- Otros: ver interpretación según resultados(células endometriales en mujeres de 40 años o mayores)

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad cuando no hay evidencia celular de neoplasia, ya sea que haya o no microorganismo u otros hallazgos no neoplásicos.
- Organismos:
 - Tricomonas Vaginales
 - Organismos micóticos morfológicamente consistente con Candida sp
 - Cambio en la flora vaginal sugestivos de vaginosis bacteriana Bacteria morfológicamente consistente con Actinomyces sp Cambios celulares consistentes con Virus del Herpes Simplex
 - Otros
- Otros hallazgos no neoplásicos:
 - Cambios celulares reactivos asociados con: Inflamación
 - Radiación
 - Dispositivo Intrauterino (DIU)
 - Otros: Células glandulares post histerectomía

- Atrofia
- Anormalidades de células epiteliales
 - Células escamosas
 - Células escamosas atípicas de significado no determinado (ASC-US)*
 - Células escamosas atípicas donde no se puede excluir lesión de alto grado (ASC-H)
 - Lesión escamosa Intraepitelial de bajo grado (LEIBG), (comprende VPH**, Displasia leve/NIC 1)
 - Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG), (comprende Displasia Moderada, Displasia Severa, CIS, NIC 2, NIC 3)
 - Lesión escamosa intraepitelial de alto grado con hallazgos sospechosos de invasión.
 - Carcinoma de células escamosas
- Células glandulares
 - Células glandulares atípicas:
 - Endocervicales
 - Endometriales
 - Glandulares
- Células glandulares atípicas que favorecen neoplasia:
 - Endocervicales
 - Glandulares
- Adenocarcinoma endocervical in situ
 - Adenocarcinoma:
 - Endocervical
 - Endometrial
 - Extrauterino
 - No especificado
- Otras neoplasias malignas: especificar
- Notas educativas y sugerencias.

CONDUCTA A SEGUIR EN BASE AL REPORTE CITOLOGICO

SISTEMA BETHESDA	CONDUCTA A SEGUIR
Insatisfactoria para evaluación por: a) calidad de muestra b) Cambios celulares inflamatorios	Repetir PAP inmediatamente* Si Hay evidencia clínica de cervicitis o vaginitis Tratamiento específico y repetir PAP en 1 mes
Satisfactoria para evaluación/Negativa para lesión intraepitelial o malignidad	Repetir PAP en dos años
Tres satisfactorias para evaluación/Negativa para lesión intraepitelial o malignidad en forma consecutiva	Repetir PAP en tres años
Satisfactoria para evaluación/Negativa para lesión intraepitelial o malignidad con cambios asociados a Inflamación	Dar tratamiento según el caso, repetir PAP en 1 año.
Satisfactoria para evaluación/ Negativa para lesión intraepitelial o malignidad con presencia de microorganismos	Tratamiento específico según normas de ITS y repetir PAP en dos años
Células escamosas atípicas de significado No determinado(ASC-US)	Referir a Colposcopia
Células escamosas atípicas donde no se puede descartar lesión de alto grado.(ASC-H)	Referir a Colposcopia
Células glandulares atípicas de significado No determinado(Todas las categorías)	Colposcopia y legrado diagnóstico.
LEI de Bajo Grado	Referir a Colposcopia.
LEI de Alto Grado	Referir a Colposcopia
Carcinoma de células escamosas	Referir a Colposcopia

* Las células escamosas atípicas de significado no determinado deberán ser evaluadas cuidadosamente para verificar si están asociadas a una lesión de bajo grado.

** Los cambios celulares del VPH (previamente “atípicos colicitotípicos o condilomatosos”) son incluidos dentro de la categoría LEI de Bajo Grado.

NIP _____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____

_____ DUI _____

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRES _____

URBANO RURAL OTRO _____

DIRECCION _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ No. EXPEDIENTE _____ No. CITOLOGIA _____ FECHA TOMA MUESTRA _____

DATOS CLINICOS

G _____ P _____ P _____ A _____ V _____ FUR _____ / _____ / _____ FUP _____ / _____ / _____

LACTANCIA SI NO ANTICONCEPTIVOS SI NO TIPO AOC INY DIU OTRO

LEUCORREA SI NO SANGRADO SI NO CERVICITIS SI NO

Tipo: CRIO LEEP CONO HISTERECTOMIA RADIACION HORMONAL

FECHA _____ / _____ / _____

BIOPSIA SI NO FECHA _____ / _____ / _____

RESULTADO _____

PAP PREVIO SI NO

NUMERO _____ FECHA _____ / _____ / _____

RESULTADO _____

PAP 1ª VEZ

PAP SUBSECUENTE VIGENTE

PAP SUBSECUENTE ATRASADO

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE TOMA PAP: _____

CALIDAD DE LA MUESTRA

SATISFACTORIA PARA EVALUACION

INSATISFACTORIA PARA EVALUACION (ESPECIFICAR)

PROCESADA NO PROCESADA POR: _____

CELULARIDAD ADECUADA

FIJACION O PRESERVACION INADECUADA

MATERIAL EXTRAÑO

INFLAMACION

SANGRE

CITOLISIS

AUSENCIA COMPONENTE ZONA TRANSFORMACION

LAMINA QUEBRADA

FALTA DE INFORMACION CLINICA

IDENTIFICACION INADECUADA

NEGATIVA PARA LESION INTRAPITELIAL O MALIGNIDAD

ORGANISMOS

TRICHOMONAS VAGINALES

MICROORGANISMOS MICOTICOS CONSISTENTES CON CANDIDA SP

MICROORGANISMOS MICOTICOS CONSISTENTES CON TORULOPSIS SP

CAMBIOS EN LA FLORA SUGESTIVOS DE VAGINOSIS BACTERIANA

CAMBIOS CELULARES ASOCIADOS A HERPES SIMPLEX

OTROS _____

CAMBIOS CELULARES REACTIVOS ASOCIADOS A

RADIACION

INFLAMACION

DIU

OTROS

ATROFIA

CELULAS GLANDULARES POST HISTERECTOMIA

CELULAS ENDOMETRIALES EN IGUAL O MAYOR A 40 AÑOS

ANORMALIDADES DE LA CELULA ESCAMOSA

CELULAS ESCAMOSAS ATIPICAS ASC - US

ASC - H

LEI DE BAJO GRADO

LEI DE ALTO GRADO

CON HALLAZGOS SOSPECHOSOS DE INVASION

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS _____

ANORMALIDADES DE LA CELULA GLANDULAR

CELULAS GLANDULARES ATIPICAS ENDOCERVICALES

ENDOMETRIALES

ORIGEN NO DETERMINADO

ENDOCERVICALES FAVORECEN NEOPLASIA

GLANDULARES FAVORECEN NEOPLASIA

ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL IN SITU

ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL EXTRAUTERINO

ENDOMETRIAL SIN ESPECIFICAR

OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS _____

OBSERVACIONES _____

FIRMA Y SELLO CITOTECNOLOGA _____

FIRMA Y SELLO CONTROL DE CALIDAD _____

SELLO LABORATORIO _____

FECHA RECEPCION _____ / _____ / _____

FECHA REPORTE _____ / _____ / _____



PROYECTO DE
MEJORAMIENTO DE
LA ATENCIÓN EN SALUD

Ministerio de Salud



**Ministerio de Salud
Programa Nacional de Prevención y Control de
Cáncer Cervico Uterino.
Carnet Unificado de Citología Cervico Vaginal**

Primer Apellido Segundo Apellido

Nombres

Edad: ____ años Estado Civil: _____ No de DUI/ CdM: _____

Profesión u Oficio: _____

Institución: _____

Establecimiento: _____

No. Expediente: _____

“Lleve siempre este carnet a sus controles”

Fecha Toma PAP	No. PAP	Establecimiento	Resultado PAP	Fecha de Notificación de Resultado	Tratamiento	Referido A	Fecha Próxima Cita

PROCEDIMIENTO DE INSERCIÓN DEL DIU

GENERALIDADES

- Mantiene una alta eficacia durante al menos 10 años.
- Debe ser insertado y retirado por un profesional entrenado.
- Puede ser insertado en cualquier momento del ciclo menstrual que se esté seguro que no este embarazada.
- Requiere consejería adecuada, aclarar mitos, dudas, técnicas asépticas y examen pélvico.
- Las menstruaciones pueden ser abundantes, prolongadas y con dolor leve, sobre todo al comienzo de su uso.
- No es un buen método para la mujer expuesta a alto riesgo de contraer una ITS.

EQUIPO E INSTRUMENTAL:

- Especulo vaginal de Graves
- Pinza de Pozzi (Tenáculo)
- Histerómetro
- Pinza de Forester (de anillo)
- Recipiente para las torundas
- DIU T Cu 380 A
- Tijera mayo de mango largo
- Guantes descartables
- Guantes estériles.

PRECAUCIONES:

- No recoja ningún componente del interior del paquete del DIU, que haya caído al piso o sobre la mesa
- No vaciar el contenido del paquete del DIU en la bandeja de instrumentos (manténgalo en la cubierta de papel)
- No utilizar la guía para medir el largo de la cavidad uterina
- La T de cobre estéril es para uso único y no debe ser reutilizado
- Tener disponible otro DIU si se contamina ya que deberá ser descartado

PROCEDIMIENTO:

1. Explique a la usuaria el procedimiento a realizar.
2. Antes del procedimiento, la usuaria debe de orinar para el vaciamiento vesical.
3. Verifique que dispone de al menos 2 DIU y de todo equipo para colocarlo
4. Lavado de manos con agua y jabón o limpieza con alcohol gel.
5. Realice palpación abdominal.
6. Colocarse guantes desechables nuevos.
7. Realice un examen bimanual y determine el tamaño y posición del útero e identifique anomalías uterinas y de los anexos.

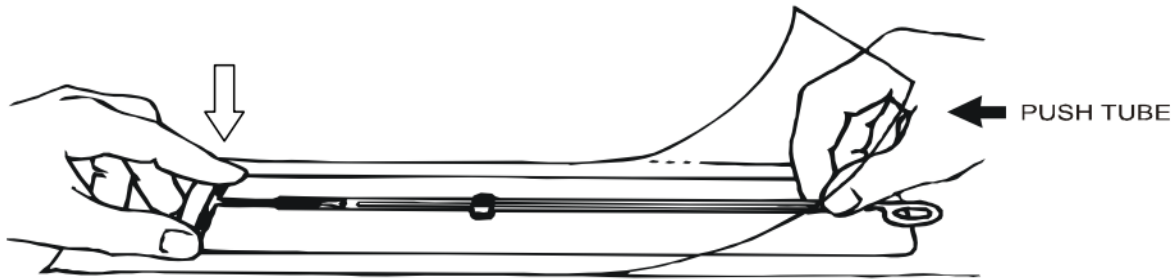


8. Coloque un espejo vaginal y visualice el cuello uterino para descartar infección cervical. (secreción purulenta).
9. Limpie el cuello y la vagina con una solución antiséptica como el yodo utilizando 3 torundas.
10. Cuidadosamente tome el labio anterior del cuello uterino con una pinza Pozzi (Tenáculo) y mantenga una tracción suave durante todo el procedimiento.
11. Introduzca cuidadosamente el histerometro dentro de la cavidad uterina hasta tocar el fondo uterino y determine la longitud de la cavidad endometrial; utilizando la técnica “**Sin tocar**” (El histerometro no debe tocar el espejo ni las paredes vaginales), si la cavidad mide menos de 6 cm no coloque el DIU.
12. Quítese los guantes y realice lavado de manos con agua y jabón.

PREPARACIÓN DEL DIU

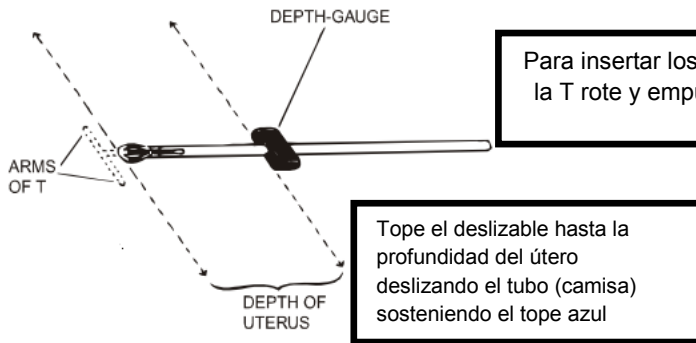
1. Usar la técnica de inserción “sin tocar” que consiste en colocar el DIU en el tubo de inserción mientras ambas partes aún están en la envoltura estéril. (Sin guantes)
2. Asegúrese de que el brazo vertical de la T esté completamente dentro del tubo de inserción.
3. Coloque el paquete del DIU, sobre una mesa lisa con un campo estéril, con la parte del plástico transparente hacia arriba.
4. Abra parcialmente el envase desde el extremo marcado “ABRIR” (“Open”), aproximadamente hasta la mitad del tope azul indicador de longitud uterina.
5. Coloque el émbolo dentro del tubo de inserción, casi tocando el extremo de la “T”.
6. Deslice la escala medidora de modo que coincida con el final del envoltorio. (Siempre dentro de la cubierta de plástico).
7. A través de la cubierta de plástico transparente, tome con los dedos pulgar e índice los extremos de los brazos horizontales de la “T”, ayudándose con la presión ejercida al empujar el tubo insertor y dóblelos hacia el cuerpo de la “T” e introdúzcalos mediante un movimiento rotatorio del tubo insertor.
8. No olvidar que la T nunca debe ser tocada sin guantes estériles.
9. Marque en la guía ajustando el tope azul (Marcador de longitud uterina), a la longitud medida en el histerometro, mientras el DIU sigue aún en el paquete estéril. Para ajustarlo sujete el tope azul entre su dedo pulgar e índice de la mano menos hábil y movilice hacia arriba o hacia abajo el tubo insertor hasta alcanzar la longitud de la histerometría (Cotejándolo con la escala medidora).
10. El tope debe ubicarse en el mismo plano que los brazos de la “T”.

Figure 3. Positioning IUD and Bending Arms of T



Sujete el DIU entre el dedo índice y pulgar, Empuje el tubo (camisa) y Flexione los brazos de la T

Figure 5. Using Blue Depth-Gauge to Set Depth of Uterus on Insertion Tube



Para insertar los brazos de la T rote y empuje el tubo

Figure 4. Inserting Folded IUD Arms into Insertion Tube

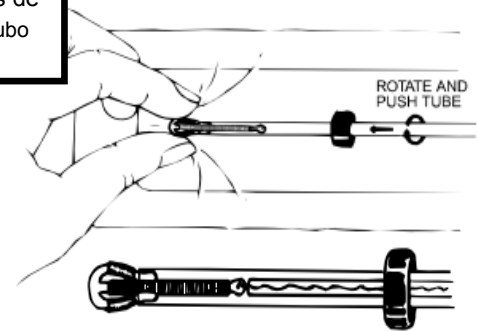
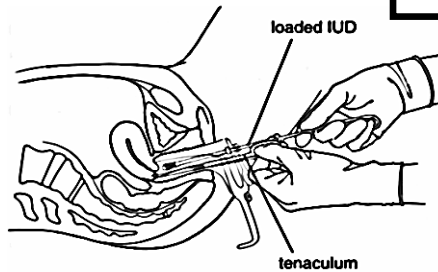


Figura 36

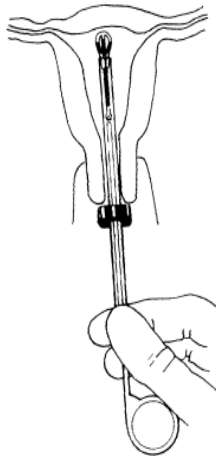
Inserting the Loaded IUD



DIU PREPARADO

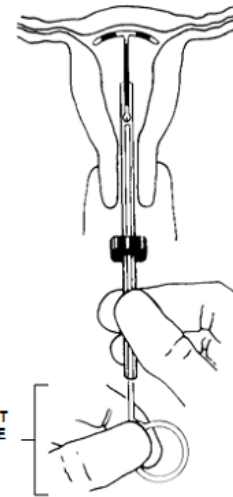
11. Colóquese guantes desechables nuevos.
12. Introduzca lentamente a través del canal cervical el montaje de inserción cargado.
13. Avance hasta que la "T" haga contacto con el fondo uterino y el tope azul quede en contacto con el cuello. Asegúrese de que el tope esté en un plano horizontal.
14. Con una mano, mantenga el émbolo fijo mientras, con la otra mano, retira el tubo de inserción sobre el émbolo de 1ª 2 centímetros. De este modo se abrirán los brazos de la "T" dentro de la cavidad uterina (Técnica del Retiro)

Figure 2. Advancing the Loaded IUD



Introduzca el DIU preparado hasta alcanzar el fondo uterino

Figure 3. Withdrawing the Insertion Tube to Release IUD Arms

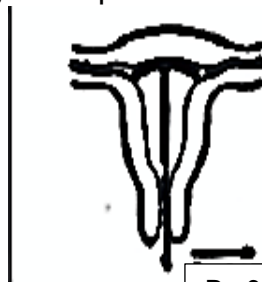


No mueva el embolo o barra
DON'T MOVE ROD

Retire el tubo deslizando la camisa sobre el embolo

Retire el tubo de Inserción para liberar los brazos del DIU en el fondo uterino

15. Una vez que los brazos han sido liberados, extraiga el embolo y cuidadosamente empuje la guía hacia el fondo uterino, hasta que sienta una suave resistencia. Este paso asegura que los brazos de la "T" queden lo más arriba posible en el útero.
16. Una vez que los brazos han sido liberados, extraiga el embolo y cuidadosamente empuje la guía hacia el fondo uterino, hasta que sienta una suave resistencia. Este paso asegura que los brazos de la "T" queden lo más arriba posible en el útero
17. Una fuerza excesiva podría provocar una perforación del fondo.
18. Retire lentamente del canal cervical: saque primero el émbolo (manteniendo el tubo de inserción fijo) y retirelos.
19. Corte los hilos del dispositivo de 3 a 4 cm del orificio cervical.
20. Quite el tenáculo cuidadosamente.
21. Examine el cérvix y en caso de sangrado coloque una torunda del algodón o gasa aplicando presión durante 30 a 60 segundos.
22. Cuidadosamente extraiga el espéculó



De 3 a 4 cm

Corte los hilos DIU de 3 a 4 cm del OCI

23. Coloque el espéculo y todo el equipo utilizado en un balde con solución de Cloro de sodio al 0.5 % al menos durante 10 minutos para descontaminarlo
24. Sumerja ambas manos en guantadas en una solución de cloro al 0.5% luego retírelos los guantes invirtiéndolos para no contaminarse
25. Posteriormente realiza el lavado clínico de manos
26. Ayude a la mujer a sentarse en la camilla (esté alerta a un posible mareo) ayúdele a bajar de la camilla si no hay mareo.
27. Bríndele recomendaciones a la usuaria.
28. Registrar los datos en el expediente en los formularios respectivos
29. Indique analgésicos.

RECOMENDACIONES:

- Consulte inmediatamente si en los primeros días luego de la inserción hay:
 - Fiebre.
 - Dolor pélvico intenso que no se alivia con analgésicos.
 - Secreción purulenta abundante.
 - Sangramiento abundante
- Planifique junto con la usuaria su visita de seguimiento entre la 4 y 6 semana posterior a la inserción (Preferentemente luego de su menstruación) para realizar un examen pélvico y controlar los hilos del DIU.
- Después de esta visita no se necesitan otras visitas de rutina. Por lo tanto, se continuará con los controles correspondientes cada 6 meses.
- Asegúrese de que ella sepa qué tipo de DIU se le ha colocado y su duración.
- Explíquelo:
 - Como y cuando verificar la presencia de los hilos (los primeros meses después de una menstruación, introduzca el dedo índice y medio en el fondo de la vagina hasta sentir los hilos).
 - Que puede experimentar dolor tipo cólico durante los dos primeros días posteriores a la inserción. Puede tomar un analgésico.
 - Que puede tener una secreción vaginal un poco más abundante durante algunas semanas.
 - Que puede tener menstruaciones más abundantes y prolongadas, así como sangrados ínter menstruales, especialmente durante los primeros meses.
 - El dispositivo puede ser retirado en cualquier momento que la usuaria lo solicite

TÉCNICA DE EXTRACCIÓN:

- Puede ser realizada con facilidad y seguridad en un Hospital o una Unidad de Salud.
- Requiere unos pocos minutos.
- Pregunte a la usuaria por lo que desea el retiro del DIU
- Indague respecto a las metas reproductivas de la usuaria
- Describir el procedimiento de retiro a la usuaria
- Verifique si la paciente orina
- Realice el lavado clínico de manos
- Colóquese guantes desechables en ambas manos.
- Coloque el espéculo y visualice el cérvix.

- Evalúe la presencia de lesiones o secreciones a nivel cervical
- Realice la limpieza de cérvix y vagina con una solución antiséptica.
- Para removerlo traccione suavemente pero firmemente los hilos del dispositivo, con una pinza Bozeman o de Forester (de anillo),
- No los tome de las puntas sino de un punto lo más alto posible y traccione los.
- Muestre el DIU a la paciente luego de haberlo retirado
- Una excesiva fuerza en la tracción puede cortar los hilos.
- Se deberá cumplir con la misma antisepsia rigurosa que para la colocación.
- Se tendrá en cuenta que la mujer también puede experimentar alguna molestia, como dolor tipo cólico, sangrado o mareo, por lo que deberá contemplarse su recuperación.
- Ayúdele a sentarse y esté alerta de mareos.
- Si no hay mareos ayúdele a levantarse.
- Bríndele consejería post-extracción
- Aclare que está en riesgo de embarazo en forma inmediata.
- Brindar consejería y otro método de Planificación familiar en forma inmediata si ella así lo desea
- Acuerde una nueva cita si es necesario

No olvidar llenar la hoja de inscripción de PF al colocar DIU

EXAMEN CLÍNICO DE MAMA

El exámen de mamas debe ser realizado con respeto y explicarle a la usuaria la necesidad del mismo debe siempre realizarse guardando respeto e individualidad de la usuaria; debe además orientar a la paciente sobre el procedimiento que realizará y corrobore su comprensión. Durante todo el procedimiento procure Garantizar su privacidad y pudor

1. Historia clínica: Fórmula obstétrica, antecedentes familiares y personales. Indague respecto a los factores asociados a cáncer de mama:

- Menarquia antes de los 13 años
- Anovulación crónica
- Antecedentes de patologías mamarias premalignas (Hiperplasia atípica)
- Antecedentes familiares de cáncer de mama en hermanas, madre o tías maternas
- Antecedentes previos de cáncer de mama u ovario

2. Inspección visual

- Evaluar simetría en la forma y contorno de la mama
- Evaluar si existen cambios en la piel, particularmente: eritema, retracción, hoyuelo, cambios en complejo areola-pezones, piel de naranja

Inspección visual en forma estática y dinámica

- **Inspección visual estática**



La paciente debe estar sentada frente al examinador, visualizar las diferencias entre ambas mamas documentando presencia de retracciones ulceraciones enrojecimiento edema y pezones invertidos

- **Inspección dinámica**

Solicite que la paciente levante ambos brazos por encima de la cabeza, lo que hace más evidente cualquier alteración mamaria e indica la zona de la mama que necesita mayor atención. Pida que la paciente coloque sus manos sobre la cintura ejerciendo presión para contraer los músculos pectorales lo que contribuirá a hacer más evidente cualquier alteración



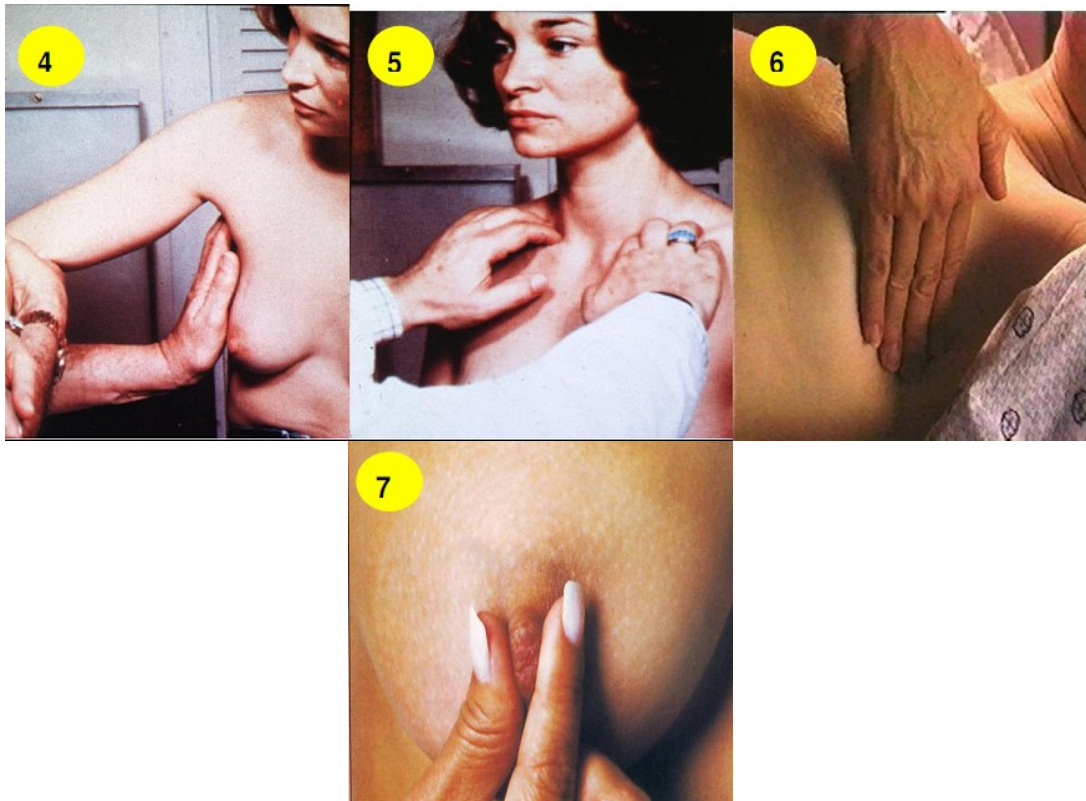
3. Palpación:

Objetivo: Examinar todo el tejido mamario así como los ganglios linfáticos adyacentes

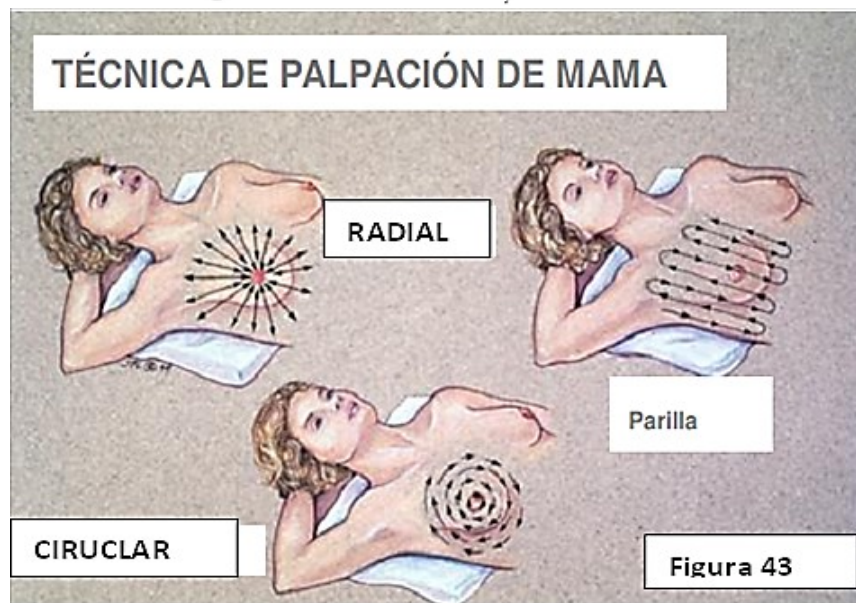
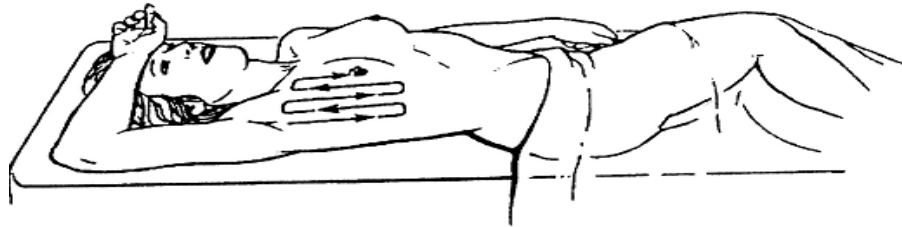
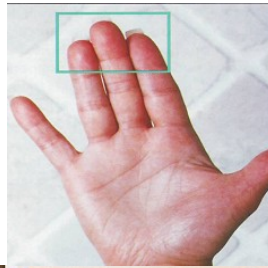
Características:

Posición: sentada y decúbito dorsal

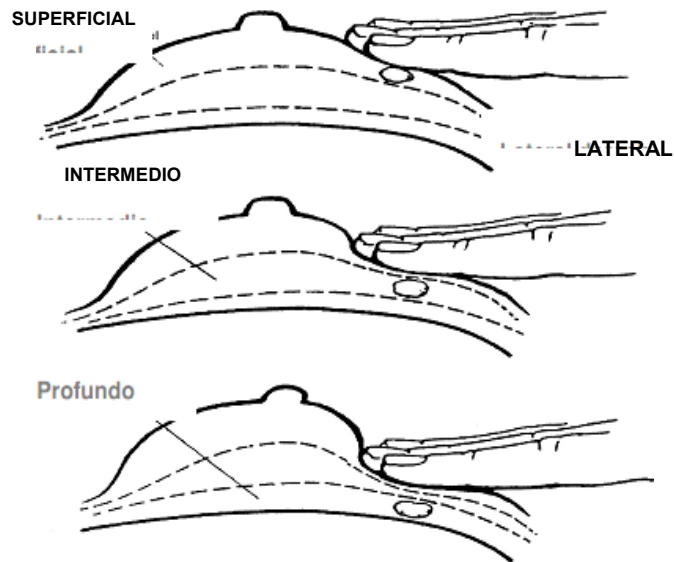
- **Examine ambas axilas:** Paciente sentada con su antebrazo en flexión, sosteniéndolo con la mano del examinador frente a este para determinar la presencia cantidad y tipo de adenopatías.
- **Exámen de ambas fosas supraclaviculares:** Examine a la paciente sentada y con el mentón descendido para relajar la musculatura del cuello, palpando ambas fosas
- Con la paciente sentada palpe las mamas determine si hay masas, áreas duras, injurgitadas, zonas calientes o hipersensibilidad
- **Con la mujer en decúbito dorsal y con ambos brazos debajo de la cabeza** palpe la totalidad de las mamas en forma suave, precisa y ordenada con las yemas de los dedos desde el lado contralateral a la mama examinada siguiendo un patrón de búsqueda determinado (Ver figuras más adelante); extendiendo el exámen hacia la clavícula, zona media externa y principalmente a la axila
- **Examen de áreola y pezón:** Agarrandolo entre el dedo índice y pulgar busque si hay goteo expontáneo de leche, si el pezón es protráctil (Erección espontánea del pezón), describa la salidad de secreciones anormales espontáneamente o a la expresión del mismo estableciendo todas sus características, si es: seroso, sanguinolento, uni o multi orificial, uni o bilateral. El exámen debe realizarse en forma sistemática con inspección y palpación.



Patrón de búsqueda



4. Presión



5. Reporte

a. Inspección

- Asimetría
- Retracción piel /pezón
- Ulceraciones
- Cambio de coloración
- Textura de piel
- Localización de los hallazgos

2. Pezón:

- Erosión
- Retracción
- Secreción
- Unilateral o Bilateral

b. Palpación

1. Masa tumoral:

- Tamaño
- Forma
- Consistencia
- Localización
- Movilidad
- Textura externa
- Dolor

3. Ganglios:

- Localización
- Tamaño
- Fijación
- Número

NO OLVIDAR QUE:

- Brindar consejería y demostrar la técnica para el autoexamen de mama
- Cuando se encuentra una masa clínicamente sospechosa debe ser evaluada y estudiada aún si el examen mamográfico no presenta anomalías

EXAMEN DE MAMA DURANTE EL PRENATAL Y EN EL POSTPARTO

En El Salvador el Cáncer de Mama ocupa el segundo lugar de los cánceres ginecológico. Por ello el contacto en el prenatal y el puerperio, son oportunidades que hay que aprovechar, pues un porcentaje de las mujeres desconocen la técnica del examen y auto examen de mamas, además algunas consideran que las técnicas de detección y diagnóstico no se aplican a ellas si están dando de mamar.

En casi todas las situaciones, una mujer lactante puede hacerse mamografías, biopsias y cirugía del pecho mientras continúa amamantando a su bebé.

Es importante examinar los pechos ya sea en la consulta prenatal y en el periodo postnatal.

EXAMEN DE LA MAMA EN EL PRENATAL

Es una realidad que durante el control prenatal, los profesionales de salud no efectúan un examen físico completo, ni realizan actividades de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad, por tanto no pueden preparar ni motivar a las madres para una Lactancia Materna exitosa.

El examen mamario prenatal debe ser realizado en el primer control.

MAMAS:

- Evaluar tamaño y forma:
- Detectar problemas potenciales (Muy largas, pendulosas, etc.) y asegurar a la madre que mamas pequeñas o grandes, igual producen leche
- Identificar evidencias de cirugía, ya sea por un cáncer previo, o por cirugía estética
- Identificar patologías (Masas, asimetría, etc).

PEZONES:

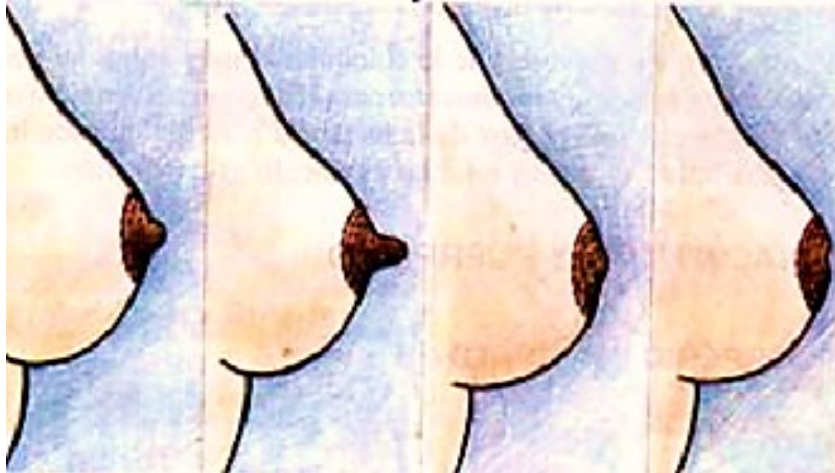
Tipo de pezones: normales, largos, planos, pseudos invertidos, invertidos.

RECOMENDACIONES:

- En el caso de pezones umbilicados o cortos, ayudar a la madre a adquirir confianza y enseñarle ejercicios que pueden ser útiles. Enfaticé a la madre que la calidad de la leche materna siempre es buena, independientemente de su alimentación y estado nutricional.
- Explique a la madre que el tamaño de los senos y su forma no influyen en la cantidad y calidad de la leche, pues su producción dependerá del estímulo de succión.

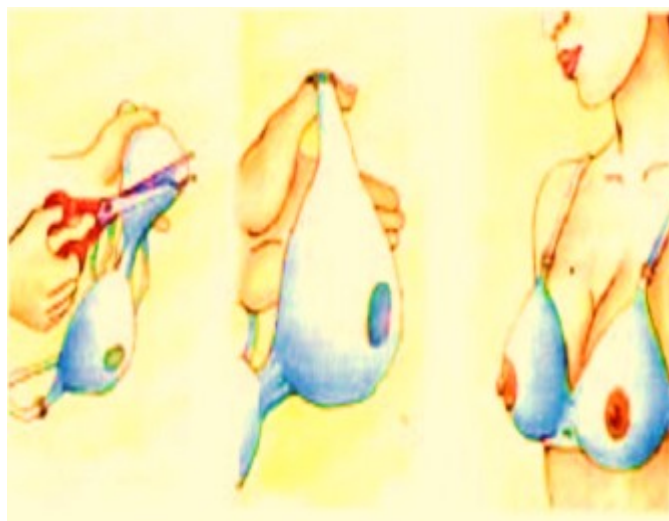
- Recuerde que el amamantamiento ayuda a la madre a recuperar su peso normal después del parto.
- Oriente a la usuaria sobre la importancia del Apego precoz

Durante la consulta prenatal, realice un exámen exhaustivo de las mamas e identifique las características de los pezones, con el objeto de detectar si son normales o invertidos, planos o largos, para conocer si dificultarán o no la Lactancia Materna.



Cuando los pezones son invertidos o planos debe indicar a la madre:

Que tome un sostén y haga un orificio del tamaño de la areola en la punta de la copa del mismo, refuerce la orilla como si fuera un ojal, para que ejerza presión suave y constante sobre la areola haciendo salir pezón.



CUIDADO DE LAS MAMAS Y LOS PEZONES:

Cuidados durante el embarazo:

a. Higiene:

Las mamas se deben lavar sólo con agua, sin jabón. Evitar el uso de cremas y lociones. Las glándulas de Montgomery producen la lubricación necesaria.

b. Helioterapia:

Si los pezones son muy sensibles expongalos al sol o luz por cinco minutos en cada pecho (Calor de un foco 60 wats o lámpara a 30 cm. de distancia).

c. Usar siempre sostén que sostenga, pero no comprima la mama

EXAMEN DE MAMA EN EL POSTNATAL

Objetivo: Instruir acerca del examen de mama en la mujer embarazada y madre lactante de manera correcta para detectar anomalías, afecciones o enfermedades que afecten la lactancia materna.

Es importante examinar los pechos con delicadeza, ya que es una parte sensible del cuerpo de la mujer, no solo físicamente sino en cuanto a las costumbres y su cultura. Por lo que se tiene que tomar en cuenta el consentimiento de la madre.

Un mal manejo de este proceso puede influir en la madre para que no permita que se le examine su pecho

Cuidados de las mamas durante el posnatal:

En el período postnatal, debe examinarle los pezones antes de que comience amamantar, o espere a que el bebé termine de hacerlo. Haga el examen con gentileza y con respeto, explíquele lo que usted quiere hacer. Pídale a la madre permiso para hacerlo.

a. Observe los pechos sin tocarlos. Tratando de determinar:

- Forma y tamaño del pecho (puede afectar la confianza de la madre).
- Forma y tamaño del pezón (puede afectar el agarre del bebé al pecho).
- Goteo de leche (Signo del reflejo de oxitocina activo).
- Llenos, blandos, ingurgitados (pletóricos).
- Grietas alrededor de la base o a través de la punta.
- Enrojecimiento (inflamación o infección), revisando la posición y el agarre del lactante.
- Si es posible observar, al final de las mamadas, si los pezones están estirados o aplastados, verificando si hay un buen agarre del lactante, esto influye en la producción adecuada de la leche.
- Cicatrices (cirugía del pecho, abscesos previos).

b. Pregúntele si ha notado algo anormal.

- Si responde que "sí", pídale que señale el sitio.

c. Si es necesario palpar, pídale permiso siempre.

- Palpe con delicadeza todas las partes de ambos pechos.

- Use la palma aplanada (dedos juntos y derechos).
- No pellizque, ni meta los dedos removiendo los pechos.
- Observe la cara de la madre para ver si muestra signos de dolor o si tiene una zona sensible.

d. Trate de sentir:

- Si los pechos están uniformemente llenos, si están duros o ingurgitados.
- Dureza localizada, áreas calientes o nódulos.
- Pídale a la madre que le muestre cómo se estiran hacia afuera los pezones (protractilidad): La madre coloca un dedo y el pulgar sobre la areola a cada lado del pezón y trata de estirar el pezón hacia afuera.
- Háblele a la madre de lo que ha encontrado.
- Use sus habilidades para reforzar la confianza y dar apoyo.
- Evite decir algo que suene como si estuviera haciendo críticas. No haga comentarios que la hagan sentir incomoda.

Nunca le diga a la madre “**¡Que pechos tan pequeños! o ¡Casi no tiene pezón!** Pues le dañara su confianza para amamantar. Establezca una comunicación amable con la gestante e indague sobre sus experiencias y conocimientos con respecto a la Lactancia Materna. Si tuvo problemas, analícelos y explique cómo prevenirlos o manejarlos adecuadamente. Si las experiencias han sido positivas, anímela a repetir las.

Asegúrese que toda gestante conozca los beneficios de la Lactancia Materna. La decisión sobre como debe alimentar la madre al niño, dependerá de la motivación que el trabajador de salud le transmita. Finalmente es la mamá quien decide y usted respetarla. Para que una mamá amamante en forma exitosa es necesario que se sienta segura de sí misma.

Cuidados durante la lactancia:

- Evitar el uso de jabones, lociones o cremas.
- No es necesario el aseo de las mamas antes de amamantar.
- Colocar correctamente el niño al pecho con el pezón y areola dentro de su boca, ya que así se evita el dolor y las grietas.
- Para el cuidado de los pezones sólo se requiere extraer unas gotas de la misma leche después de la mamada y cubrir con ésta el pezón y la areola, dejando secar al aire libre.

MÓDULO III

ATENCIÓN PRENATAL

CONTROL PRENATAL BÁSICO

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

Tipos de Control Prenatal

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

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

A toda mujer embarazada se le pasará a su llegada la Hoja Filtro para definir si es candidata para Control Prenatal Básico o especializado, la SECCIÓN ANTECEDENTES de esta hoja será llenada por la enfermera o el recurso designado para tal fin en cada institución, previo a la consulta de inscripción; las SECCIONES HISTORIA CLÍNICA GENERAL Y EMBARAZO ACTUAL de la Hoja Filtro serán llenadas durante la inscripción y en los controles subsecuentes, por el recurso que da el control prenatal.

Si al llenar la Hoja Filtro se detecta la presencia de una o más de las condiciones que evalúa o si durante el transcurso del Control Prenatal Básico se detectan factores de riesgo o complicaciones, la usuaria deberá ser referida al control prenatal especializado al nivel correspondiente, con la hoja de referencia y retorno.

Si la condición de referencia desaparece o puede tener un seguimiento básico, se hará el retorno al establecimiento que la refirió. En este caso, continuará con el Control Prenatal Básico, brindándole las intervenciones que corresponden a la semana de gestación en la que se encuentra. Si amerita control especializado el ginecólogo llenará la hoja filtro y la actualizará en cada control.

La hoja filtro tiene su base en los principales factores de riesgo pre-concepcional y obstétrico, por lo que es importante recordar algunos términos que se describen a continuación

Enfoque de riesgo

Es un abordaje de atención en salud basado en considerar factores potenciales de daños a la salud, identificando factores de riesgo como características, hechos o circunstancias que determinen la probabilidad de enfermar o morir. Aplicado en la salud reproductiva de la mujer, considera la probabilidad de sufrir algún daño en su salud, ante la presencia de condiciones como: embarazo en edades extremas de la vida reproductiva, la ocurrencia de

enfermedades crónicas degenerativas, alteraciones físicas, así como de factores sociales y psicológicos que contribuyen a incrementar la morbilidad materna y perinatal.

La atención en salud con enfoque de riesgo, implica una necesidad de mayor o menor cuidado de la mujer en su salud reproductiva y planificación familiar, de acuerdo a su riesgo, lo cual se hará tomando en cuenta los recursos y tecnologías existentes en los niveles y grados de complejidad que la atención requiera, tomando como base los pilares de la maternidad segura.

Riesgo Obstétrico.

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

CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.

En relación con las causas específicas de muerte materna y perinatal, es importante señalar las principales causas. Es posible agrupar los factores de riesgo en cuatro categorías.

Antecedentes Generales	Antecedentes Patológicos Obstétricos		Factores Sociales
Características de la conducta reproductiva	Historia Reproductiva	Enfermedades Crónicas Degenerativas	Salud Reproductiva
Edad <19 y >35 años Multiparidad Intervalo Intergénésico Obesidad(IMC >30kg/m ²) Bajo peso(IMC<18.5kg/m ²) Consanguinidad Ocupación Desordenes alimentarios Adolescencia Consumo de medicamentos y sustancias	Abortos Muertes Perinatales previas Mortinato previo Prematurez Bajo peso al nacer Toxemia Defectos al nacimiento Cesáreas previas Hemorragias Obstétricas Infecciones puerperales previas Embarazo múltiple previo Embarazo ectópico previo y EGT Cirugías pélvicas previas Malformaciones uterinas Isoinmunización Rh previa	Hipertensión arterial Cardiopatías Diabetes Enfermedades Renales Trastornos de la salud mental (ansiedad, depresión, esquizofrenia) Enfermedades tiroideas Anemia Asma Convulsiones	Analfabetismo Unión inestables Vivienda Enfermedades psicosociales Desempleo Violencia sexual e Intrafamiliar Pobreza extrema Inaccesibilidad a los servicios de salud Prácticas sexuales de riesgo Carga laboral alta Exposición ocupacional a tóxicos o sustancias radioactivas

Tanto en la inscripción como en los controles subsecuentes a toda embarazada se le aplicara la hoja filtro para identificar los factores de riesgo que ameritan atención especializada.

Nombre de la Paciente: _____
 No. de Expediente: _____
 Dirección: _____
 Tel. _____

Instrucciones: La sección “Antecedentes Obstétricos” la llenará sólo durante la inscripción. Las 2 secciones restantes serán llenadas durante la inscripción y los controles prenatales subsecuentes. Marque con una cruz la casilla correspondiente según responda la embarazada.

La respuesta afirmativa de 1 ó más criterios significa que la mujer No es elegible para recibir Control Prenatal Básico (En el Primer Nivel). Refiérala al Control Prenatal Especializado (Utilizando la hoja de referencia y retorno) con ECO-E, Unidad de salud con ginecólogo, hospital de Segundo o Unidad periférica del ISSS. Si el ginecólogo considera que debe continuar en control prenatal especializado deberá llenar una nueva hoja filtro y actualizarla según corresponda.

Para el ISSS, se referirá para el Tercer Nivel de Atención las que presenten los numerales 2,6,10,12,13,14,15,16,19,22,29,30 y 31 positivos, excepto cesárea anterior

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	1°	2°	3°	4°	5°
Muerte Fetal o muerte neonatal previa.					
Antecedentes de 2 ó más abortos espontáneos previos.					
Peso al nacer del último bebé < 2,500 gr (<5.4 lb)					
Peso al nacer del último bebé > 4,000 gr (>8.62 lb)					
Hipertensión o preeclampsia/eclampsia en embarazo(s) anterior(es)					
Cirugías previas del tracto reproductivo: miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea previa, cerclaje cervical.					
Antecedentes de parto prematuro o inmaduro.					
Antecedente de parto difícil (Presentación anormal, duración mayor a 24 horas, desgarros grado III-IV)					
Antecedente de hemorragia postparto en embarazos previos					
<i>Madre Rh (-) con antecedente de Isoinmunización Rh</i>					
Malformaciones congénitas previas					

I. HISTORIA MÉDICA GENERAL	1°	2°	3°	4°	5°
Diabetes (tipo I ,II o Gestacional)					
Trastornos neurológicos (Epilepsia, paraplejia, ACV previo, anomalías de columna, entre otros)					
Trombosis venosa profunda (actual o previa).					
Cardiopatía (Congénita o adquirida)					
Consumo de drogas o alcohol.					
Trastornos depresivos.					
Trastornos de ansiedad.					
Cualquier otra enfermedad o afección médica severa Por favor especifique _____					
II. EMBARAZO ACTUAL	1°	2°	3°	4°	5°
Embarazada < 19 años ó >35 años de edad primigesta					
Estado nutricional (IMC< 18.5 Kg/m2 ó > 30 Kg/m2					
Presión arterial ≥ 140/90 mm de Hg.					
Violencia basada en género (Intrafamiliar / Sexual)					
Embarazo No deseado					
Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple					
Discordancia entre edad gestacional y altura uterina o sospecha de Restriccion de Crecimiento intrauterino					
Diagnóstico o sospecha de parto prematuro o inmaduro					
Hemorragia Vaginal.					
Infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, sífilis, etc.)					
Existencia de otros signos/síntomas de alarma: dolor de cabeza; dolor en epigastrio o hipocondrio derecho; problemas visuales: visión doble, visión borrosa, escotomas, fosfenos y amaurosis.					
Masa Pélvica					
¿ES ELEGIBLE PARA CONTROL PRENATAL BASICO?					
Si la respuesta a la pregunta anterior es NO, será referida al establecimiento:					

A toda embarazada captada en control prenatal se le brindaran al menos los siguientes controles prenatales

Controles	Semanas del Embarazo
1 ^{er} Control (Inscripción)	En las primeras 12 semanas de gestación
2 ^o Control	Entre las 16-18 semanas
3er Control	Entre las 26-28 semanas
4 ^o Control	Entre las 32-34 semanas
5 ^o Control	A las 38 semanas. Referir a ginecólogo (En Unidad de salud u Hospital de Segundo Nivel o Unidad periférica del ISSS en horas hábiles de lunes a viernes). El establecimiento que refiere debe verificar el cumplimiento de la referencia en las primeras 48 horas.

Toda mujer con un embarazo mayor de 38 semanas, deberá continuar su control prenatal con ginecólogo (En Unidad de salud, hospital de Segundo nivel o en la Unidad Periférica del ISSS según red de servicio en horas hábiles de lunes a viernes) quien evaluará la condición materno-fetal CADA SEMANA. A nivel Hospitalario el ginecólogo(a) evaluará la evacuación entre las 40 y 41 semanas de edad gestacional según condiciones materno fetales y el Score de Bishop

En los municipios donde se cuentan con equipos comunitarios especializados (ECOE) se brindará a las embarazadas sin factores de riesgo un control cada trimestre por médico/a ginecoobstétricas alternados con los controles del equipo comunitario familiar; y será referida al ECO-E para su seguimiento semanal a partir de las 36 semanas de gestación. El ECO-E referirá a las pacientes al hospital que corresponda a las 40 semanas.

Actividades a Realizar durante el Control Prenatal.

ACTIVIDAD						INTERVENCIONES
	>12Sem	16-18 sem	26-28 Sem	32-34 Sem	38 Sem	
Preparación de la gestante	X	X	X	X	X	Llenado de hoja filtro. Medición de peso y talla. Toma de signos vitales. Entrega de frasco para orina. Realización de pruebas rápidas: Hemoglucotest, tira rápida de orina y prueba de embarazo (si aplica).
Apertura de Historia clínica perinatal y del carnet materno	X	X	X	X	X	En primer control: Llene completa y correctamente las secciones de identificación, datos generales y antecedentes personales y familiares. Traslade esta información al carnet perinatal. Llene los datos requeridos en la sección de gestación actual en todos los controles.
HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO.						
Registro de peso	X	X	X	X	X	Registre su valor en la HCP y el carneperinatal. Correlacione el peso con edad gestacional en la Curva de Incremento de Peso del carnet materno (a partir del 2º control). Determine si se encuentra dentro de lo esperado: Si hay bajo peso, descarte: error de amenorrea, desnutrición, restricción del crecimiento fetal, • Si hay sobrepeso, busque: preeclampsia, polihidramnios, embarazo múltiple. De orientación nutricional.
Registro de talla	X				X	En su primer control y corrobore su ingreso a parto Si talla materna <1.45 m riesgo de parto distócico.
Cálculo de IMC	X					Sirve para evaluar el estado nutricional materno y calcular los rangos de aumento de peso adecuados durante el embarazo. Se calcula así: $\text{Peso (en Kg)} / (\text{Talla en mts})^2$ Peso Normal: 18.5 – 24.9 Peso Bajo: Si valor < 18.5 ** Brinde suplementos Sobrepeso: Si valor = 25 - 29.9 Obesidad: Si

						valor ≥ 30 Obesidad Morbida $>40^{**}$ **Refiera a Nutricionista
Determinación de Tensión Arterial	X	X	X	X	X	Si mayor de 140/90mm Hg, verifique la TA: <ul style="list-style-type: none"> • Si embarazo es <20 semanas, investigue HTA crónica. • Si embarazo es >20 semanas, sospeche hipertensión inducida por el embarazo. Si menor de 90/60 mm Hg verifique TA. Si persiste y es sintomática, refiera a ginecólogo
Estimación de la Edad Gestacional.	X	X	X	X	X	Calcule semanas de amenorrea usando FUR. Determine FPP con Regla de Naegele. Si FUR es incierta: Indique Ultrasonografía para fechar embarazo. (Confiable en las primeras 20 semanas)
Esquema de Vacunación Antitetánica (Td)		X	X	X	X	Toda mujer embarazada que no ha sido vacunada contra el tétano debe recibir 2 dosis de Td durante el embarazo: Cumplir 1ª dosis de Td a partir de las 16 semanas de gestación, programar la 2ª dosis en 1 mes. Se continuará el esquema 1 año después, según el caso. Si ya inició esquema, cumpla una dosis de refuerzo durante el embarazo actual. Dosis: 0.5 cc IM en músculo deltoides del brazo.
Vacunación Anti H1N1.	X	X	X	X		Cumplir a partir de las 12 semanas de embarazo. Dosis: 0.5 cc IM dosis única en músculo deltoides del brazo
Evaluación bucodental	X					Identifique patologías en la inscripción Refiera para profilaxis dental o tratamiento de patologías bucodentales, más pronto posible Enfatice importancia de la higiene bucal.
Examen de mamas	X					Realice examen clínico en la inscripción Indique cuidado de mamas y preparación de pezón. Promueva la lactancia materna.
Medición de altura uterina		X	X	X	X	Mida con cinta métrica a partir de la semana 18, desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino. Correlacione medida con edad gestacional. Muy útil de semana 18 a semana 30 de gestación). Si valor es menor a lo esperado para edad gestacional, descarte: error de amenorrea,

						desnutrición, oligohidramnios RCIU, muerte fetal. Si valor es mayor a lo esperado para edad gestacional, investigue: error de amenorrea, embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal.
Auscultar FCF		X	X	X	X	Arriba de las 12 semanas si cuenta con doppler. A partir de la semana 20 con estetoscopio o doppler Valor normal: 110-160 latidos por minuto. Si está ausente: descarte mortinato, indique Ultrasonografía para confirmar.
Movimientos fetales		X	X	X	X	Valore la percepción materna de los movimientos fetales a partir de las 20 semanas. Al menos 12 movimientos en 12 horas en el tercer trimestre. Si madre acusa su disminución o ausencia: busque FCF. Descarte mortinato. Indique o refiera para monitoreo fetal electrónico o Ultrasonografía.
Determinación de situación y presentación fetal			X	X	X	Por medio de maniobras de Leopold. Si sospecha presentación anormal a las 34 semanas, indique Ultrasonografía. Si presentación es anormal, refiera a la semana 36 para programar cesárea electiva a las 38 a 39 semanas.
Evaluación clínica de pelvis				X	X	Determine: tipo de pelvis y relación céfalo-pélvica. Si sospecha desproporción céfalo-pélvica, refiera.
Toma de PAP	X	X				Ofrezca toma de PAP si no está vigente o nunca se lo ha tomado Si se reporta LEI-BG o LEI-AG, refiera a evaluación colposcópica (Ver Guía de Patología Cervical).
Inspección cervical	X	X	X	X	X	Debe realizarla el personal médico SIEMPRE durante la inscripción. Realícela en las atenciones subsecuentes si la embarazada acusa sangrado leve, leucorrea, o dolores lumbo-pélvicos.
Prescripción de Micronutrientes	X	X	X	X	X	Ácido fólico (tableta 5 mg) 1 tableta cada día vía oral.

						Hierro elemental (tableta de 60 mg) cada día vía oral arriba de las 20 semanas. Si hay anemia, indique doble dosis (120 mg c/ día vía oral) Multivitaminas prenatales 1 tableta vía oral cada día. Calcio (tableta 600 mg) 2 tabletas vía oral cada día
Indicar Exámenes de Laboratorio	X		X			Ver tabla de exámenes de laboratorio
Plan de Parto.	X	X	X	X	X	Verifique ejecución del Plan de Parto. Llene Ficha de Plan de Parto en el expediente clínico. Promueva el parto institucional.
Consejería	X	X	X	X	X	Brinde consejería según condición y necesidades de la gestante. Refuerce contenidos educativos según edad gestacional. Informe sobre signos y síntomas de alarma. Si presenta alguno, que consulte inmediatamente
Referir a Círculos Educativos	X	X	X	X	X	Procure incorporar a toda embarazada, especialmente a las primigestas y adolescentes.
Pasantía hospitalaria antenatal				X	X	Coordine y organice pasantía hospitalaria antenatal.
Establecer fecha de próxima cita.	X	X	X	X	X	Establezca fecha a conveniencia de la paciente, según rangos establecidos para los controles. Anote fecha en HCP y carnet materno.
Llene Hoja Filtro.	X	X	X	X	X	Llenarla en inscripción y actualizarla en cada control. Determine si gestante es elegible para Control Prenatal Básico o Especializado. Si la embarazada tiene factores de riesgo llene hoja de referencia y retorno y envíela para evaluación por médico especialista

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

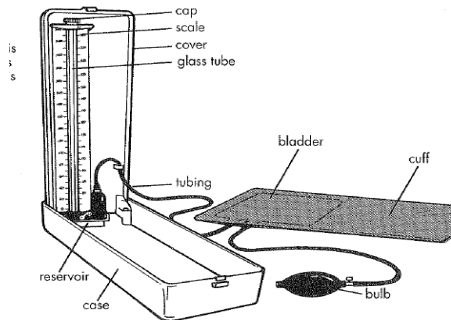
Exámenes de Laboratorio durante el Control Prenatal.

EXAMEN	<12 Sem	16-18 Sem	26-28 Sem	32-34 Sem	38 Sem	
Hematocrito-Hemoglobina o Hemograma	X		X			<p>Permite diagnosticar anemia (Hb <11 gr/dl). Según el Grupo de trabajo latinoamericano sobre anemia de la Organización Mundial de la Salud se clasifica así:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia severa (Hb ≤ 7 gr/dl): refiera a tercer nivel inmediatamente para estudio y tratamiento. Puede requerir transfusión de GR empacados • Anemia Moderada (Hb 7.1-10 gr/dl) • Anemia Leve (Hb 10.1 – 10.9 gr/dl): De tratamiento con sulfato ferroso 120 mg (2 tabletas) + Ácido fólico 5 mg vía oral cada día por 3 meses. Tome Ht-Hb post-tratamiento. Si persiste anemia, refiera a II nivel. <p>Determine la causa de la Anemia Si hay parasitismo intestinal, trátelo porque es causa de anemia.</p>
Tipeo-Rh	X					<p>Mujer Rh (-) Du (+) considérela Rh (+) Mujer Rh (-) Du (-) considérela Rh (-) Sospeche isoimmunización si la mujer Rh (-) presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Antecedente aborto previo; ○ Antecedente de hijo previo Rh (+); ○ Sangrado durante el embarazo actual; <p>Indique Coombs Indirecto a toda mujer embarazada Rh (-) al inicio del embarazo y a las 26-28 semanas.</p>
Hemoglucolest	X		X			<p>Si ≥ 105 mg/dl indicar glicemia central en ayunas para descartar Diabetes pre-gestacional. (Si no cuenta con laboratorio)</p>
Glicemia en ayunas	X		X			<p>Si ≥ 105 mg/dl, solicítela nuevamente Dos o más glicemias en ayunas ≥ 105 mg/dl diagnostican diabetes pre-gestacional en el primer trimestre. Si se presenta, refiera a II nivel. Si es < 105 md/dl repetirla a las 26-28 semanas en mujeres sin factores de riesgo para diabetes gestacional.</p>
Test de O'sullivan			X			<p>Realizarla si cuenta con los recursos para el mismo, según factores de riesgo para diabetes gestacional, ver guía de morbilidad obstétrica</p>
Prueba Rápida para detección del VIH	X		X			<p>Brinde consejería pre y post-prueba. Llene consentimiento informado. Si es (+), indique segunda prueba por otro método y una nueva muestra (ELISA o SERODIA) para VIH. Si esta segunda prueba es reactiva (+) se confirma el diagnóstico. Si este es (+), refiera a hospital con clínica TAR.</p>

VDRL	X		X		<p>El VDRL con dilución $\geq 1:8$ debe considerarse positivo Si cuenta con FTA-ABS, indíquelo para confirmar diagnóstico de sífilis materna:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Si VDRL (+) y FTA-ABS (-), considérela un falso (+) ○ Si VDRL (+) y FTA-ABS (+), es un caso de sífilis. <p>Si NO cuenta con FTA-ABS: El VDRL con dilución $\geq 1:8$ debe considerarse (+) y se debe prescribir tratamiento: Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana No # 3. Si la paciente es alérgica a penicilina, refiérala al III nivel de atención para desensibilización. (Ver anexo 21).</p> <p>INVESTIGUE CONTACTOS Y TRATELOS Refiera a la(s) pareja(s) sexual(es) para toma de prueba y tratamiento</p> <p>Tome VDRL control en 3 meses para descartar reinfección: si títulos han aumentado en 4 diluciones, trate nuevamente.</p> <p>Cuando el VDRL es reportado reactivo débil o con diluciones $\leq 1:4$, considérela un falso (+) y descarte enfermedades autoinmunes, tuberculosis, mononucleosis, endocarditis, sífilis antigua ya tratada. Tasa de falsos (+): 1-3%</p> <p>Indicaciones especiales. Tomar VDRL al ingreso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Embarazada en trabajo de parto que no tuvo control prenatal o que no lleva carnet materno ○ Mujer que sufre un aborto. ○ Mujer que sufre un mortinato.
Tira rápida para orina o Examen General de Orina	X		X		<p>Si nitritos (+) y esterasa leucocituria (+), tratar como IVU y hacer control con urocultivo 2 semanas post-tratamiento. Si cultivo es positivo, refiera a la gestante al II nivel.</p> <p>Si proteinuria (+) descarte IVU. Si no se trata de una IVU, investigue nefropatía o trastorno hipertensivo. Refiera a II nivel.</p> <p>Glucosuria: la glucosa en orina puede relacionarse con diabetes</p>
Examen General de Heces	X				<p>Si se diagnostica parasitismo intestinal, debe prescribirse medicación durante el 2º y 3er. trimestre de gestación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Helmintiasis: Albendazol 400 mg vía oral #1 ○ Amibiasis: <ul style="list-style-type: none"> • Aminosidina 250 mg vía oral c/ 6 horas por 5-10 días. • Metronidazol 500 mg vía oral c/ 12 horas por 7 días.

PROCEDIMIENTO TÉCNICA DE TOMA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

El equipo:



a. Tensiómetro de mercurio

El reservorio está lleno de mercurio. Funciona por un mecanismo de **bombeo de aire que hace que suba el mercurio. Cuando no está en uso, el nivel del mercurio en el tubo de vidrio debe estar en el "0" de la escala.** Este tipo se está sustituyendo por el aneroides, debido a que el mercurio se ha declarado tóxico para el ambiente.



b. Tensiómetro Aneroides

Trabaja con un mecanismo de resorte que puede dañarse por múltiples movimientos. Su calibración es más difícil que la del Tensiómetro de mercurio. Tiene un tornillo por el que se regula la entrada de aire es el que actualmente se recomienda por la contaminación ambiental que ocasiona el mercurio.

Recordar:

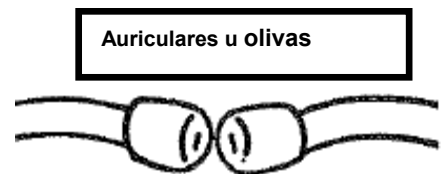
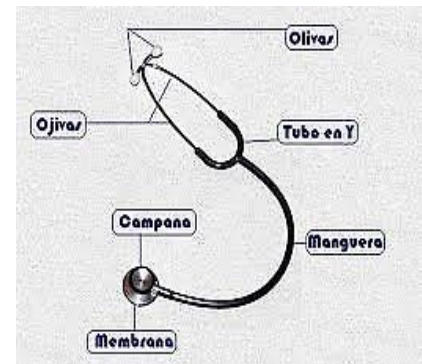
- Un manguito estándar mide 11 cm. x 23 cm. 4x9 pulgadas. Este manguito no es certero para brazos cuya circunferencia es mayor de 29 cms.
- Un manguito o brazalete debe abarcar el 80% de la circunferencia del brazo. El tamaño del manguito puede sobre estimar o desestimar la presión arterial. Un manguito muy pequeño puede sobrestimar la presión, dando como resultado una presión falsamente alta.
- El ancho del manguito debe ser el 40% de la circunferencia del brazo, su correcta posición es más importante para medir en forma certera la TA. No hay evidencia que un mango que rodea el brazo por más de 100% de la circunferencia de resultados erróneos.
- Si la mujer tiene mas de 29 cms de diámetro de brazo y solo se tiene el manguito estándar realice los siguientes pasos para reducir el error en la toma:
 - Colocar el centro del manguito en el lado superior del brazo, sobre la arteria braquial, palpando su pulso. Vea la marca que trae señalando cual es el centro.
 - Si el manguito se desinfla cuando se insufla el aire, es por que esta muy pequeño para el brazo. Así que saque el aire y ponga un vendaje de algodón, no de tirro, alrededor de todo el manquillo para prevenir que se abra
 - Si el manguito se desinfla cuando se insufla aire teniendo la válvula cerrada, es porque el reservorio (Vejiga) está perforada, cambie el reservorio

El estetoscopio:

Consta de auriculares, campana y diafragma, conectados a través de tubos de plástico

Recuerde:

- Verifique que los auriculares estén limpios y no contengan suciedad o cera
- Los auriculares deben estar ligeramente curvos hacia delante no hacia atrás; aunque algunos estetoscopios no tienen auriculares curvos
- Cuando consta tanto de diafragma como de campana, déle golpe suave para que escuche cual lado está conectado. Usualmente una media vuelta cambia la conexión
- Cuando escuche los sonidos de los vasos, que son de baja frecuencia utilice la campana, verifique que esta en contacto firme con la piel.



Aspectos relacionados con la mujer:

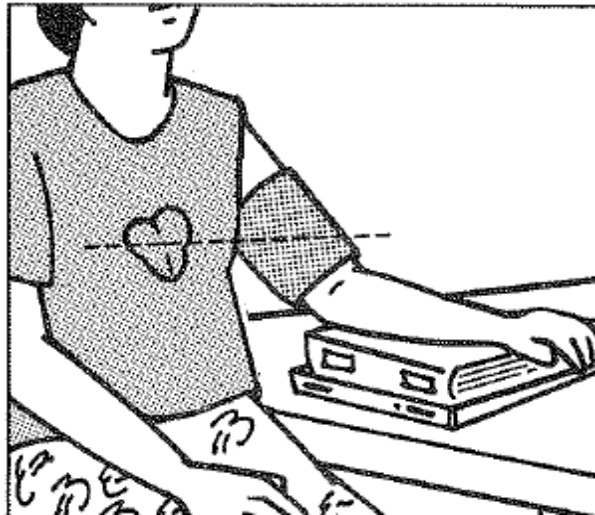
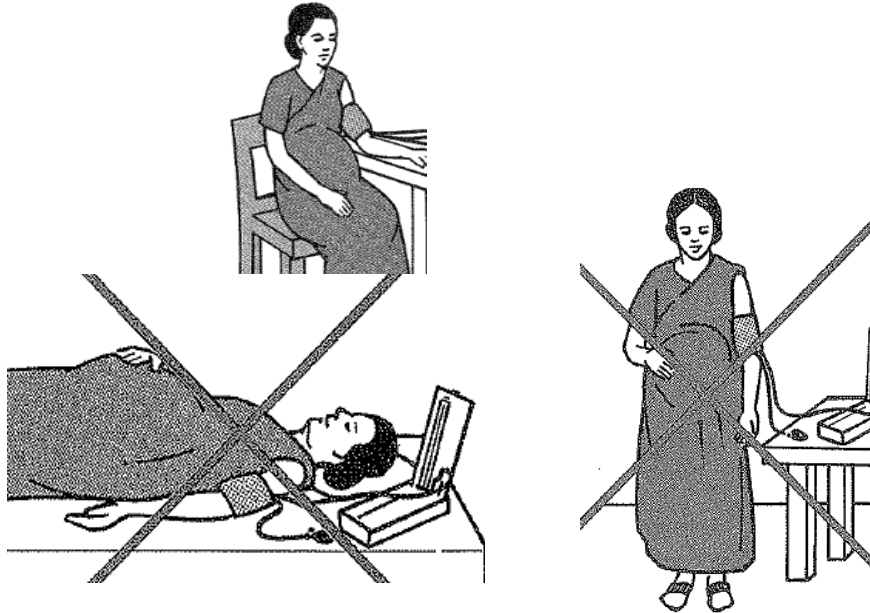
Recuerde:

- Existen factores inherentes a la mujer que pueden aumentar la Tensión Arterial:
- El miedo. Pacientes relajadas tienen presión más baja.
- El frío. En la medida de lo posible mantenga la clínica con temperatura moderada
- Vejiga urinaria llena
- Ejercicio. Si la mujer acaba de llegar a la clínica, déjela reposar al menos por 5 a 10 minutos y preferentemente tómele la TA a los 10 minutos de haber reposado
- Condiciones ambientales extremas
- Obesidad

Nota: Las pacientes a quienes se les aumenta la TA por estas condiciones, tienen más probabilidades de desarrollar hipertensión. Deben de tener un control de su TA más cercano.

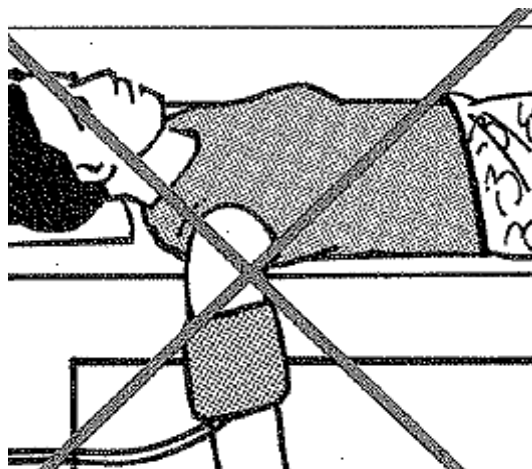
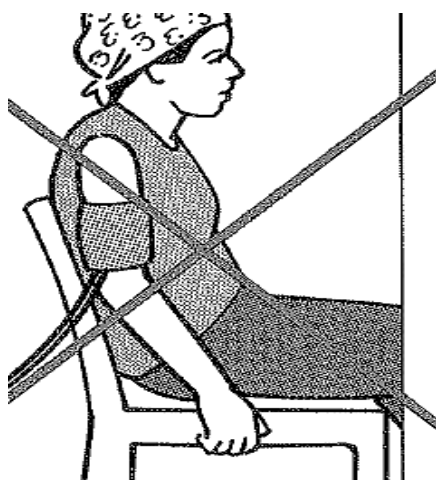
Posición de la mujer:

La posición sentada es buena para tomar la TA, lo cual permite una lectura más real, dado que el feto no comprime los grandes vasos



No se debe tomar la TA con la paciente en decúbito dorsal (boca arriba), ni parada. Boca arriba es la posición en la cual se comprimen los grandes vasos, la presión cae rápidamente causando que la paciente presente lipotimia cuando trate de levantarse.

Si toma la Tensión en posición sentada debe asegurarse que los músculos estén relajados y que la altura del brazo permita que el manguillo este al mismo nivel del corazón, colocado de 2 a 3 centímetros por arriba del pliegue del codo; si es necesario utilice un soporte extra.



Evite dejar colgando el brazo de la mujer cuando toma la TA en la posición sentada o en decúbito, da una lectura falsa positiva. Sube la TA hasta 10 mm Hg.

Recuerde:

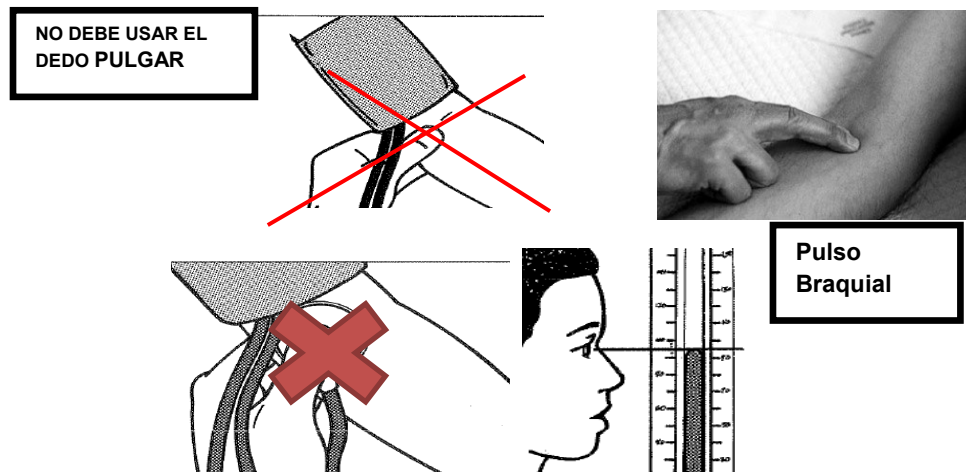
- Siempre usar estetoscopio para tomar la Tensión Arterial
- Tomar la TA en decúbito lateral izquierdo si la embarazada está acostada, de preferencia tómela en posición sentada
- No deje caer el brazo con el brazalete puesto
- Déle descanso antes de tomar la TA si la mujer viene cansada, después de haber caminado
- Tranquilice y dele confianza a la paciente
- No importa cual brazo utilice para tomar la TA, las diferencias son pequeñas
- Mantener la temperatura ambiental adecuada

Precauciones

- Un manguillo flojo puede dar una lectura falsamente alta y se desinfla el balón
- Asegúrese que la mujer esta relajada y confortable
- Si el Brazalete o manquito No queda alrededor del 80% del brazo, asegúrese que el centro de la vejiga dentro del brazalete está en la cara interna del brazo, sobre la arteria braquial. Para ello debe sentir sobre el material para conocer el lugar exacto por donde empieza y termina la vejiga de hule (Reservorio)
- No importa si los tubos del manguito salen por arriba o por abajo del brazo, lo importante es que no estén cruzados, doblados o atrapados bajo el manguillo.
- Asegúrese que el estetoscopio queda firme en sus oídos
- Si usa un aparato de mercurio, vea que este totalmente vertical, aunque algunos vienen ligeramente laterales con una escala diseñada para compensar el ángulo.
- Sus ojos debe quedar al mismo nivel que el tope de la columna de mercurio

Técnica

- Identifíquese con la paciente
- Identifique a la persona por su nombre y oriente sobre el procedimiento: Explíquela a la usuaria; que el manguillo le presionara el antebrazo, pero que durará alrededor de un minuto. Explíquela a la usuaria sobre la posición en la que tomara la tensión arterial preferiblemente sentada o decúbito lateral izquierdo
- Localice con dedos índice y medio (nunca el pulgar) la arteria braquial
- Remueva la ropa alrededor del brazo, ya que si está muy apretada puede bloquear la arteria y dar una lectura falsamente baja.
- Coloque el brazalete firmemente alrededor del brazo. El manguillo debe quedar 2-3 cm. arriba pliegue del codo



- Asegúrese de colocar el manómetro en posición correcta para que pueda hacer la lectura con facilidad
- Palpe el pulso braquial con el dedo índice y el dedo medio, que esta sobre el lado interno del brazo, frente a la articulación del codo. Este es el lugar para colocar la campana del estetoscopio. Cuando ya se tiene experiencia este paso puede no ser necesario. Se requiere presión firme para sentir el pulso braquial.
- Coloque el estetoscopio sobre el pulso braquial.
- Cierre la válvula de control e insufla aire hasta que la aguja suba 30 mmHg por arriba de la última pulsación
- Lentamente libere la válvula de control hasta que el mercurio caiga. Puede observar pulsaciones del mercurio, puede oír que se escapa el aire de la válvula; esto es normal. Si el mercurio baja muy rápido, entonces cierre la válvula suavemente
- Deje que la columna de mercurio caiga alrededor de 2-3 cm. por segundo
- Identifique el nivel exacto de la columna de mercurio en el cual se escucha el primer sonido; esta es la presión sistólica. A medida que cae el mercurio, los sonidos van desapareciendo hasta hacerlo completamente, la última pulsación es la medida de la presión diastólica

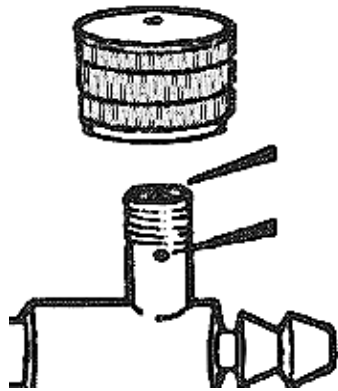
- Si no está segura del dato deje pasar unos 15 seg. y repita de nuevo el procedimiento
- Abra por completo toda la válvula para dejar salir todo el aire y retire el brazalete
- Registre el dato obtenido en la hoja del CLAP y oriente a la usuaria sobre el resultado

Recomendaciones:

- No presione mucho el estetoscopio, porque puede bloquear parcialmente la arteria.
- Si no esta seguro de los niveles exactos, hágalo de nuevo. Espere unos 15 segundos para que la sangre circule en el brazo. No esperar puede aumentar el nivel falsamente.
- Previo al procedimiento verificar que el Tensiómetro que se encuentre calibrado y en buenas condiciones

Cuidados de los instrumentos:

Cuidado del Tensiómetro: Si es posible revisar cada tres meses, comparando entre dos aparatos. No debe existir una diferencia mayor de 2 mm entre los dos esfigmomanómetros.



Cuidado de los tubos y manguillo: Puede humedecerse con agua las terminaciones de los tubos de plástico, no use aceite porque puede dañar el plástico. Puede reparar las cortaduras de los tubos, cortando sobre 2 cms arriba y abajo de los mismos. Esta es una medida temporal.

¿Como limpiar los tornillos?

Retire el tornillo de la válvula completamente, las ultimas 2-3 vueltas son duras para evitar que se pierda accidentalmente la tapadera. Busque suciedad tanto en la tapadera como en el agujero o en la rosca, según el diseño. Vea si los tubos están deteriorados

PROCEDIMIENTO TÉCNICA DE TOMA DE PULSO

Coloque los dedos índice y medio (Nunca el pulgar) sobre la arteria radial, (en la base del pulgar de la paciente) o en la carótida o en la femoral, cuente las pulsaciones por 1 minuto. Anótelos en el CLAP o en la hoja de signos vitales



Tomar el pulso durante 1 minuto



Pulso Femoral



El pulso radial se siente en la muñeca, por debajo del pulgar

#ADAM

PROCEDIMIENTOS PARA PESAR Y TALLAR

Cuidado de las Báscula:

- Coloque la báscula de adulto en un lugar plano. donde se pueda ver perfectamente los números que marca. Se debe tener cuidado que la báscula no se mueva ni tope con ningún objeto alrededor.
- A continuación, calibre la báscula dándole vuelta al tornillo o ruedita que se encuentra en alguno de los lados de la báscula, hasta que la aguja llegue al cero y aislar la plataforma de la báscula con papel
- Después de haber pesado a 15 personas volver a calibrar la bascula

Toma del peso de la embarazada.

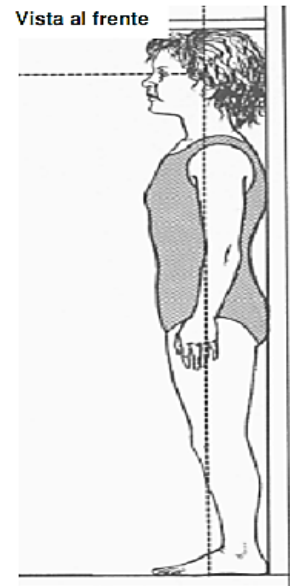
- Asegúrese que la embarazada esté sin delantal o que saque de las bolsas de su vestido cualquier tipo de objetos que pudieran aumentar el peso.
- Vaciamiento vesical previo (Envié a la usuaria a orinar)
- Pídale a la embarazada que se quite el calzado y que luego se pare sobre la báscula, indicándole que ambos pies deben estar ligeramente separados y paralelos, deben de quedar completamente por encima de la plataforma de la báscula.
- Coloque frente de la embarazada para leer correctamente el peso que marca la aguja de la báscula. Luego anotar el peso. Cuando ya haya anotado el peso, pídale que se baje de la báscula y ayúdela si es necesario
- Recuerde al finalizar la toma de peso deje calibrada la báscula y aisle la plataforma de la bascula por cada paciente



Técnica de toma de talla

Colocación del Tallímetro

- Coloque el tallímetro en posición vertical y de preferencia contra la pared.
- Asegúrese de la funcionalidad de la báscula:
 - Revise el tallímetro
 - Cerciórese que la bascula este apoyada en un lugar plano y sin dificultad para lectura
- Verifique que el tallímetro esta en buenas condiciones; los números deben estar legibles y el tope móvil debe formar un ángulo recto con el soporte



Toma de la Talla

- Oriente a la usuaria sobre el procedimiento a realizar
- Oriente a la usuaria a retirarse los zapatos y peinados que puedan alterar la talla
- Coloque papel (periódico) sobre la superficie de la báscula(plataforma)

- Ayude a la usuaria a colocarse firmemente en el centro de la plataforma y de espalda hacia la barra de medición.
- Baje y coloque suavemente el tope móvil en posición horizontal sobre la cabeza de la usuaria
- La posición correcta para la toma de talla debe de ser:
 - La cabeza, la espalda, los glúteos, las rodillas y las pantorrillas totalmente extendidas y apoyados a la pared del tallímetro
 - Los pies totalmente apoyados con los talones pegados al soporte o la pared del tallímetro, los brazos a los costados del cuerpo(sueltos o flojos) y la vista mirando al frente.
- Realice la lectura correspondiente y anótelo en la hoja de CLAP
- Ayude a la usuaria a retirarse del tallímetro
- Rote la cuchara hacia la posición vertical y ajuste la barra medidora en posición de descanso

RECUERDE:

Es importante respetar la técnica correcta para la toma de la talla.

La talla solamente se toma una vez. (En la inscripción o en un control subsecuente, si no se ha tomado)

Evaluación clínica de la nutrición materna y del crecimiento Fetal (altura uterina y peso materno)

Para la evaluación clínica del crecimiento fetal y de la nutrición materna se presentan los valores correspondientes a los percentilos 10 y 90 de la altura uterina (AU) y del peso materno para la talla y los percentiles 25 y 90 del incremento del peso materno los cuales confeccionados por el CLAP desde la semana 13 de gestación.

Evaluación del crecimiento fetal:

Debe sospecharse retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU) cuando los valores del incremento del peso materno son inferiores a los que corresponden al P25 o los de la AU inferiores al P10 de sus correspondientes curvas. Si ambos métodos se utilizan combinados se tiene una sensibilidad del 75% de diagnosticar los verdaderos RCIU cuando los valores de ganancia de peso materno y AU son anormales para una determinada edad gestacional.

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

El incremento de peso materno se calcula restando el peso actual al pregravídico. Muchas veces no se cuenta con el peso pregravídico. En este caso debe utilizarse el P10 de la tabla de peso materno para la talla según la edad gestacional (Ver tabla de peso talla según edad gestacional).

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

Evaluación de la Nutrición Materna:

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

**Peso para la Talla según la Edad Gestacional
Talla en Cm.**

Sem	Perc.	140	143	146	149	152	155	158	161	164	167
		142	145	148	151	154	157	160	163	166	169
13	10	38.6	40.0	41.3	42.8	42.8	42.2	45.6	47.2	49.0	52.2
	90	51.3	53.1	54.9	57.0	58.8	60.7	62.7	65.1	67.2	69.4
14	10	39.5	40.9	42.3	43.8	45.2	46.7	48.3	50.1	51.8	53.4
	90	52.7	54.5	56.4	58.5	60.3	62.3	64.4	66.8	69.0	71.2
15	10	40.4	41.8	43.3	44.9	46.3	47.8	49.4	51.3	53.0	54.6
	90	53.1	55.0	56.9	59.0	60.8	62.8	64.9	67.4	69.6	71.8
16	10	41.3	42.8	44.2	45.9	47.3	48.9	50.5	52.4	54.1	55.9
	90	53.6	55.5	57.3	59.5	61.4	63.4	65.5	68.0	70.2	72.5
17	10	42.4	43.7	45.2	46.9	48.4	49.9	51.6	53.6	55.3	52.1
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
18	10	42.7	44.2	45.7	47.4	48.9	50.5	52.2	54.1	55.9	57.7
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
19	10	43.6	45.1	46.1	48.4	49.9	51.6	53.3	55.3	57.1	58.9
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.6	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
20	10	44.5	46.1	47.6	49.4	51.0	52.6	54.4	56.4	58.3	60.2
	90	51.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
21	10	45.4	47.0	48.6	50.4	52.0	53.7	55.5	57.6	59.5	61.4
	90	54.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
22	10	45.9	47.5	49.1	50.9	52.5	54.2	56.1	58.2	60.1	62.0
	90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
23	10	46.3	47.9	49.6	51.4	53.0	54.8	56.6	58.8	60.7	62.6
	90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
24	10	46.8	43.4	50.1	51.9	53.6	55.3	57.2	59.3	61.3	63.2
	90	55.4	57.3	59.3	61.5	63.4	65.5	67.7	70.3	72.6	74.9
25	10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	90	55.8	57.8	59.8	62.0	64.0	66.1	68.5	70.8	73.2	75.5
26	10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
27	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
28	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
29	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
30	10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.6	63.1	65.1
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
31	10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.1	63.1	65.1
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
32	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
33	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
34	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	90	59.9	59.7	61.7	64.0	66.0	68.2	70.5	73.2	75.6	78.0
35	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
36	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
37	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	90	58.6	60.6	62.7	65.0	67.1	69.3	71.6	74.3	76.8	79.2
38	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
	90	59.0	61.1	63.2	65.5	67.6	69.8	72.1	74.9	77.3	80.7
39	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
	90	59.5	61.6	63.7	66.0	68.1	70.3	72.7	75.5	77.9	81.4

Incremento del Peso Materno en Kg Percenten		Semanas	Altura Uterina** en Cm Percentilos	
25	90		10	90
0.4	3.5	13	8.0	12.0
1.2	4.0	14	8.5	14.5
1.3	4.5	15	9.5	15.0
1.8	5.4	16	11.5	18.0
2.4	6.1	17	12.5	18.0
2.6	7.0	18	13.5	19.0
2.9	7.7	19	14.0	19.5
3.2	8.3	20	15.0	21.0
4.1	8.6	21	15.5	21.5
4.5	9.4	22	16.5	22.5
4.8	10.2	23	17.5	23.0
5.1	10.8	24	18.5	24.0
5.6	11.3	25	19.5	25.5
5.9	11.6	26	20.0	25.5
6.1	11.7	27	20.5	26.5
6.4	11.9	28	21.0	27.0
6.6	12.1	29	22.5	28.0
7.0	13.5	30	23.5	29.0
7.1	13.9	31	24.0	29.5
7.6	14.5	32	25.0	30.0
7.7	14.7	33	25.5	31.0
7.9	15.0	34	26.0	32.0
7.9	15.4	35	26.5	33.0
8.0	15.6	36	28.0	33.0
8.0	15.8	37	28.5	34.0
8.0	16.0	38	29.5	34.0
8.0	16.0	39	30.5	34.0
8.0	16.0	40	31.0	34.5

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

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO, CLAP-OP/OMS

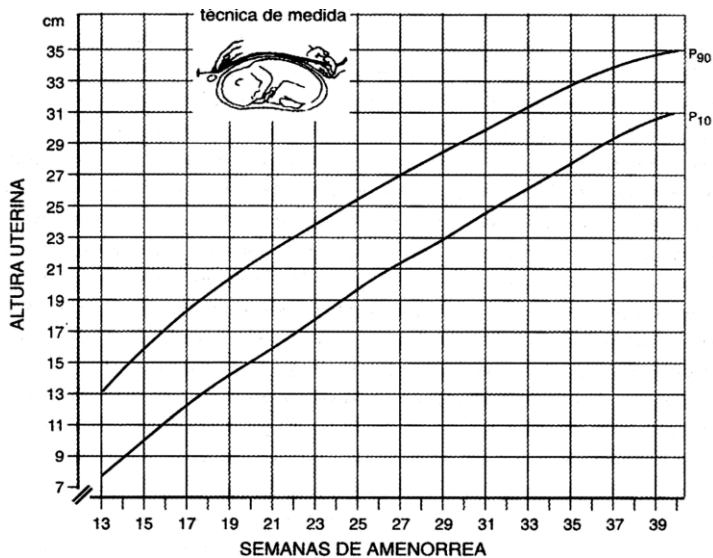
Instructivo para el llenado de la curva de incremento de altura uterina y edad gestacional

La fecha de la última regla cuando es confiable constituye el estándar de oro para calcular la edad gestacional.

Objetivo: Interpretar la ganancia de la altura uterina acorde con la semana de amenorrea

Técnica de medición:

- Identificar la semana de amenorrea al primer contacto
- Identifique el incremento de la altura uterina
- Identifique el punto de intersección entre el incremento del a AU y la semana de gestación; ese punto es que se marca en la curva (su límite máximo P90 y mínimo P10)



Instructivo para el llenado de la curva de incremento de peso materno y edad gestacional

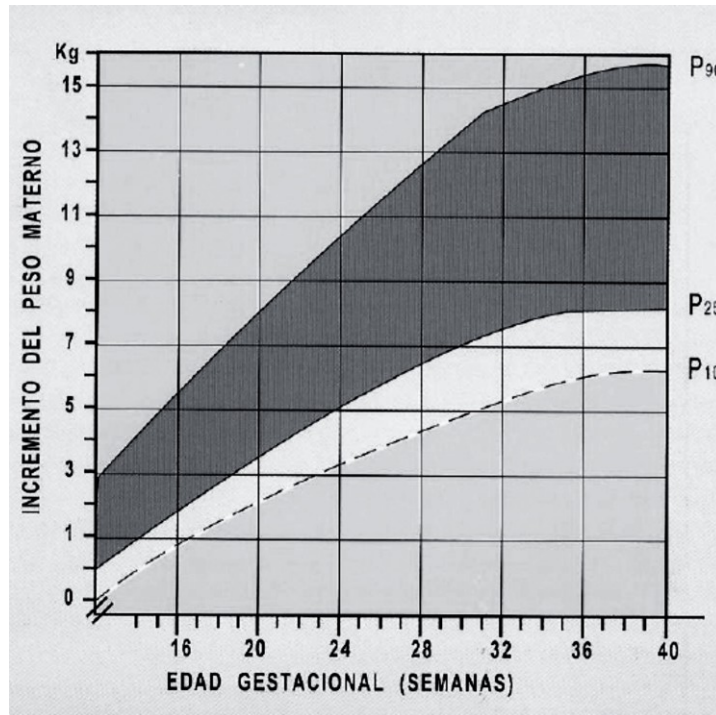
La fecha de la última regla cuando es confiable constituye el estándar de oro para calcular la edad gestacional.

Objetivo: Interpretar la ganancia de peso materno acorde con la semana de amenorrea

Si la usuaria es captada después de las 12 sem. de gestación y desconoce el peso previo al embarazo; se tomara como referencia el peso identificado en el momento de su consulta. En el próximo control al peso identificado se le restara el peso del primer control y la diferencia será la ganancia o perdida de peso, este se registrara en la curva de ganancia de peso del HCP y así sucesivamente con cada control.

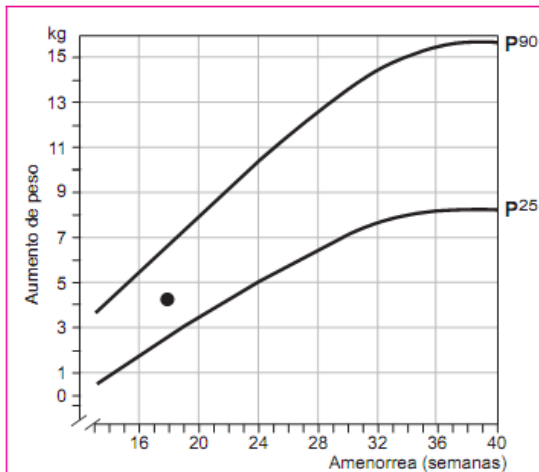
Técnica de medición

1. Identificar la semana de amenorrea al primer contacto
2. Identifique la ganancia de peso
3. Identificar el punto de intersección entre el incremento y la semana de gestación; ese punto es que se marca en la curva (su límite máximo P90 y mínimo P25)



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

INTERPRETACION DE LA MEDIDA A LA PRIMERA CONSULTA



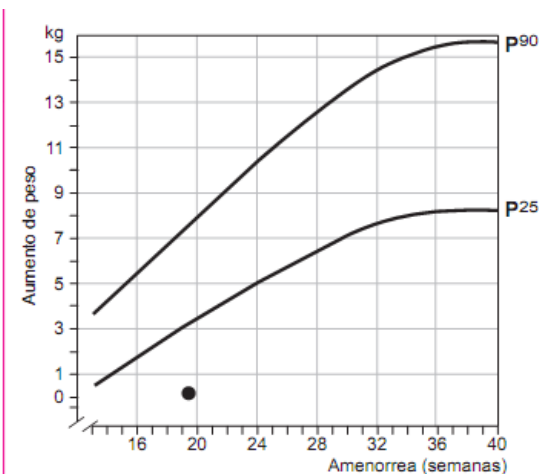
El punto se sitúa entre las curvas de los percentilos 25 y 90 del peso de referencia para la edad gestacional

DIAGNOSTICO

Buen estado nutricional

CONDUCTA

- seguir cronograma habitual de consultas
- explicar a la gestante que su peso es adecuado para la edad gestacional
- dar orientación nutricional



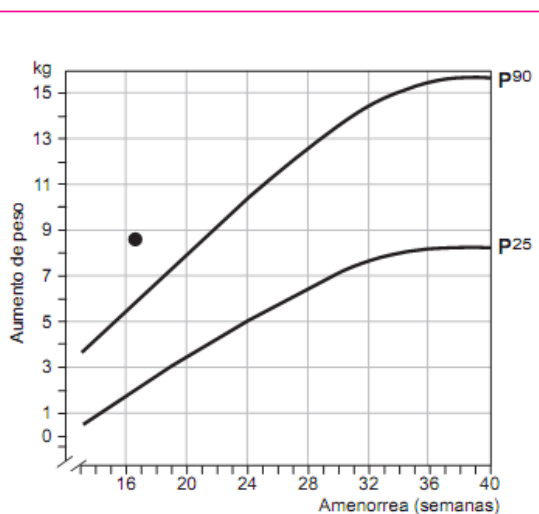
El punto se sitúa por debajo del percentilo 25 de la curva de referencia

DIAGNOSTICO

Gestante de riesgo, con peso insuficiente para la edad gestacional (desnutrición)

CONDUCTA

- investigar la historia nutricional, hiperemesis gravídica, infecciones, parasitosis, anemia, enfermedades debilitantes.
- citar a consulta en un intervalo menor que lo fijado en el cronograma habitual.



El punto se sitúa por encima del percentilo 90 de la curva de referencia

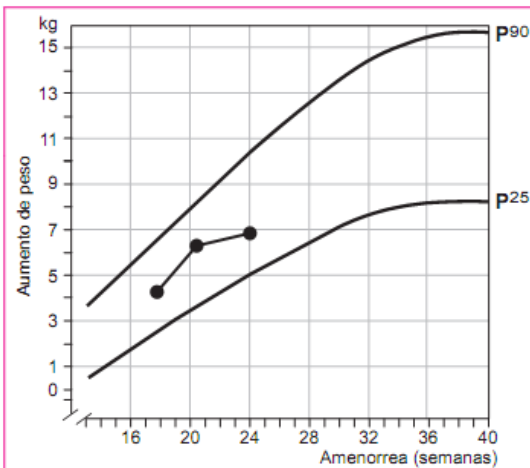
DIAGNOSTICO

Gestante de riesgo, por presentar peso superior al normal para esa edad gestacional; tanto mayor será el riesgo cuanto más elevado sea su sobrepeso.

CONDUCTA

- determinar causas: obesidad, edema, polihidramnios, macrosomía, embarazo múltiple
- citar a consulta en un intervalo menor que lo fijado en el cronograma habitual.
- el peso ganado durante toda la gestación no debe superar los 16 kg (p90)

INTERPRETACION DE LA SECUENCIA DE MEDIDAS EN CONSULTAS SUBSECUENTES



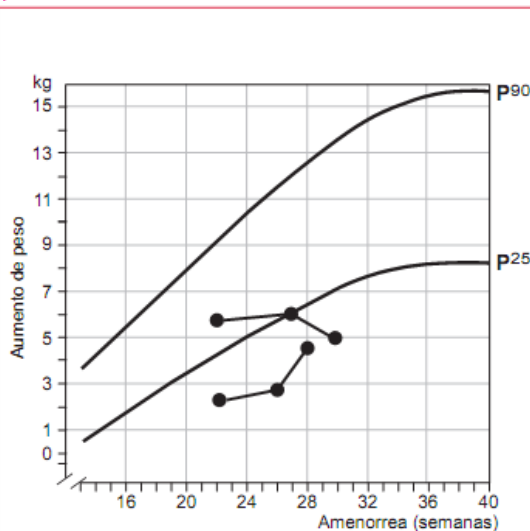
Trazado con inclinación ascendente entre las curvas del percentil 25 y el percentil 90 del peso de referencia para la edad gestacional

DIAGNOSTICO

Buen estado nutricional (ganancia adecuada de peso):

CONDUCTA

- seguir cronograma habitual de consultas
- dar orientación nutricional que la gestante se mantenga dentro de la faja de normalidad



Trazado entre las curvas de percentil 25 y 90, con inclinación horizontal o descendente o trazado por abajo de la curva del percentil 25, con inclinación horizontal o ascendente, sin alcanzar la faja considerada normal (p25)

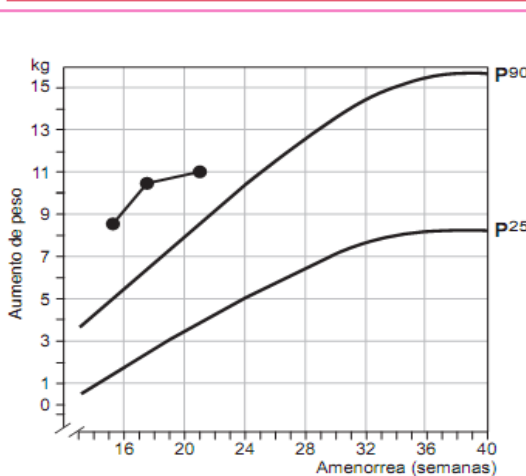
DIAGNOSTICO

Gestante de riesgo con referencia a su ganancia adecuada de peso:

CONDUCTA

- Identificar causas: déficit nutricional, infecciones, parasitosis, anemia, entre otras. Tratarlas cuando estén presentes y dar orientación nutricional
- referir a control prenatal de alto riesgo.

Estas medidas intentan que la gestante llegue al término de la gestación con una ganancia de peso mínima de 8 kg.



Trazado por encima de la curva del percentil 90 de peso de referencia para la edad gestacional.

DIAGNOSTICO

Gestante de riesgo visto que su ganancia de peso es superior a lo ideal para su edad gestacional; cuanto mayor sea su sobrepeso mayor será el riesgo

CONDUCTA

- investigar posibles causas: obesidad, diabetes y edema.
- si persiste, derivar a control de alto riesgo.
- en caso que exista polihidramnios, macrosomía, o gravidez múltiple, está indicado derivar a control de alto riesgo.

Esas medidas procuran que la gestante llegue al término con un peso final dentro del rango de la normalidad (máximo de 16 kg)

EXÁMENES CON PRUEBAS RÁPIDAS EN EL PRENATAL

Durante el embarazo es de suma importancia detectar oportunamente algunas patologías que implican riesgo materno-materno perinatal por ejemplo: Diabetes, Infección de vías urinarias, pre-eclampsia; los cuales a través de pruebas sencillas y rápidas durante la consulta se pueden evidenciar y tratar inmediatamente.

TOMA DE HEMOGLUCOTEST

Es la determinación fiable, rápida y cómoda de los niveles de glicemia en el intervalo de 10-500 mg/%, mediante el sistema Reflolux.

Objetivo

Orientar al diagnóstico en forma rápida y fiable.

Equipo

- Reflolux.
- Tira reactiva.
- Aguja o lanceta.
- Guantes.
- Torundas de algodón seco.
- Alcohol



Procedimiento

1. Identificar al paciente.
2. Saludar y presentarse al usuario.
3. Informarle el procedimiento a efectuar.
4. Preparar la máquina Reflolux.
5. Presionar tecla ON/OFF.
6. Verificar que el código del contenedor de tiras reactiva coincida con el N° del Código de la pantalla del Reflolux.
7. Lavarse las manos
8. Colocarse los guantes limpios.
9. Limpiar con torunda con alcohol el lugar a puncionar, esperar 15 segundos que se evapore el alcohol.
10. Puncionar la yema del dedo o lóbulo de la oreja con lanceta o aguja.
11. Colocar una gran gota de sangre en el extremo externo de la tira reactiva.
12. Dejar la tira reactiva en esta posición hasta que aparezca el resultado.
13. Colocar una torunda de algodón seca en la zona de la punción, durante unos segundos.
14. Eliminar la tira reactiva, el material de desecho y torunda de algodón con alcohol.
15. Retirarse los guantes.
16. Lavarse las manos.
17. Guardar máquina de Reflolux.
18. Registrar el resultado en los documentos correspondientes, en forma completa, ordenada y veraz.

TOMA DE TIRA RÁPIDA PARA ORINA

El examen de orina durante el embarazo tiene fundamental importancia debido a que nos permitirá detectar algunas de las complicaciones más frecuentes durante el mismo.

Debe realizarse una prueba rápida de orina en las embarazadas que presentan signos y síntomas sugestivos de IVU o de preeclampsia.



En las mujeres embarazadas asintomáticas se realizará la tira reactiva en el momento de la inscripción y en el control prenatal que corresponde a la semana 26-28 de gestación, con el objetivo de reducir las amenazas de abortos o de partos prematuros secundarias a IVU.

Recolección de muestra – precauciones:

- Lea las instrucciones cuidadosamente y verifique la fecha de vencimiento antes de realizar la prueba
- Utilice la primera orina de la mañana y asegúrese de recolectar correctamente la muestra (A media micción)
- Utilice únicamente recipientes de orina limpios, preferiblemente sellados y desechables; no utilice recipientes que puedan estar contaminados con detergentes para limpieza
- Realice la prueba de orina lo más pronto posible, un máximo de 2 horas después de la toma de la muestra.
- Las muestras de orina deben haber llegado a la temperatura ambiente al momento de la prueba
- Mezcle la muestra de orina uniformemente antes de realizar la prueba
- No toque con los dedos las zonas de prueba

Procedimiento de la prueba

1. Preparación de la muestra

Tome una tira reactiva del recipiente. Cierre el recipiente nuevamente con la tapa secante inmediatamente después de sacar la tira. Brevemente (No más de un segundo) sumerja la tira reactiva en la orina, asegurándose que todas las áreas de prueba estén humedecidas. No doble las tiras de prueba al sumergirlas.

2. Eliminación del exceso de orina

Limpie la orilla de la tira contra el borde del recipiente para eliminar el exceso de orina. Brevemente (No más de 1 segundo) seque la orilla larga y luego el reverso de la tira reactiva sobre una superficie absorbente (p.ej. toalla de papel absorbente). No seque las tiras reactivas con la orilla sobre papel secante después de haberla sumergido por más tiempo.

3. Lectura y evaluación

Si la prueba se leerá visualmente, espere el tiempo indicado en las instrucciones de la tira reactiva (Entre 60 - 120 segundos) y luego compare los colores de reacción de las áreas de prueba con los colores de la etiqueta. Cualquier cambio en el color que aparezca solamente en las orillas de las áreas de prueba o después de los 2 minutos (120 seg) no tiene importancia diagnóstica.

Siempre almacene los frascos de tiras en un lugar fresco y seco. No cambie las tiras reactivas de su empaque original a otro frasco.

Elementos más importantes a identificar en el examen de la tira reactiva de orina:

a. Proteínas en Orina

Un examen de albúmina urinaria mide la cantidad de proteína en la orina.

Forma en que se realiza el examen:

La proteína en la orina se examina por medio de uno de estos métodos:

- Se utiliza una "prueba rápida" para ver si la proteína está o no presente en la orina. En este examen, una tirilla químicamente tratada se sumerge en una muestra de orina al azar, simplemente para ver si se detecta la proteína.
- Se requiere una muestra de 24 horas para medir la cantidad real de proteína que está siendo excretada en la orina.

Valores normales de proteína en orina sin embarazo: Para una prueba rápida con tira reactiva, los valores normales son aproximadamente de 0 a 8 mg/dl. Los rangos de los valores normales pueden variar ligeramente entre diferentes laboratorios. Para una prueba de 24 horas, el valor normal es menor a 150 mg/ dl en 24 h

Valores normales de proteínas en orina en una mujer embarazada:

En una mujer embarazada la tasa de filtración glomerular está incrementada debido al mayor flujo renal; por lo que es **normal encontrar hasta 30 mg de proteínas (+) en una muestra de orina al azar y en una prueba de orina de 24 horas hasta 300 mg/dl en 24 horas (0.3 gr/dl en 24 horas).**

Valores mayores a estos necesitarán de exámenes complementarios para descartar un trastorno hipertensivo del embarazo.

b. Prueba de Nitritos:

La presencia de nitritos positivos en la tira reactiva de una muestra de orina al azar tiene un 98.5% de especificidad y un 70% de sensibilidad. Se basa en la capacidad de las bacterias para convertir en nitritos los nitratos urinarios procedentes de la alimentación.

Dicha prueba es mas fiable cuando se trata de la primera orina de la mañana, o si ha pasado 4-6 horas sin orinar; tiempo suficiente para que los nitratos sean convertidos en nitritos por las bacterias.

Falsos Negativos del Test de Nitritos:

- Baja densidad de la orina
- Bajo tiempo de permanencia de la orina en la vejiga
- Bajo contenido de la orina en nitratos
- Bacterias no reductoras de nitratos: pseudomonas, enterococos, staphilococos

c. Prueba de Esterasa Leucocitaria:

La presencia de esterases leucocitarias en una tira reactiva de una muestra de orina al azar tiene una sensibilidad de 83% y una especificidad del 70%.

Detecta la esterasa de los leucocitos lisados o intactos.

En determinados procesos puede dar lugar a falsos positivos:

- Nefropatías intersticiales o glomerulares,
- Vaginitis
- Deshidratación
- Fiebre elevada.

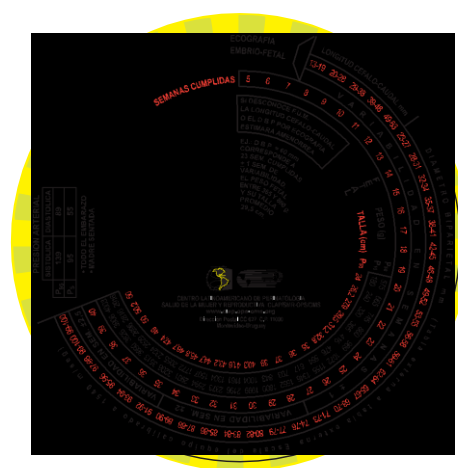
Ambos test positivos (Nitritos y esterasa leucocitaria positivos) tiene una sensibilidad del 93% y especificidad del 72%. Ambos test negativos tiene un valor predictivo negativo del 98%.

CONDUCTA A SEGUIR

- Si nitritos (+) y esterasa leucocituria (+), tratar como IVU y hacer control con urocultivo 2 semanas post-tratamiento. Si cultivo es positivo, refiera a la gestante al II nivel.
- Si proteinuria (+) descarte IVU. Si no se trata de una IVU, investigue nefropatía o trastorno hipertensivo. Refiera a II nivel.
- Glucosuria: La presencia de glucosa en orina en una mujer embarazada implica que la glicemia (Sérica) está arriba de 150 md/dl por lo que puede relacionarse con diabetes pre o gestacional y debe realizarse hemoglucoest, glicemia verdadera en ayunas o test de O'sullivan para confirmar el diagnóstico de diabetes.

GESTOGRAMA

Al calendario obstétrico se agregaron medidas de algunos parámetros seleccionados por confiables y precisos que permiten a partir de la fecha de última menstruación (FUM) calcular la edad gestacional y del recién nacido; vigilar el crecimiento y vitalidad fetal y verificar la normalidad del incremento de peso materno, de la presión arterial y de las contracciones uterinas. Así, en un disco que gira sobre otro, al hacer coincidir la flecha roja con el primer día de la FUM y buscando la fecha correspondiente a la consulta, se encontrará la edad gestacional en semanas cumplidas. Los valores a comparar están ubicados a la izquierda de la semana encontrada: percentiles 90 y 10 de la altura uterina, percentiles 90 y 25 de ganancia de peso materno y percentiles 95 y 5 del perímetro abdominal fetal por ecografía.



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

- Con restricción del crecimiento intrauterino (medidas menores que los valores más bajos de los percentiles respectivos),
- De macrosomía (medidas mayores que los valores más altos de los percentiles correspondientes)
- De alteraciones de la duración del embarazo, en menos (prematuridad) o en más (Prolongado cronológicamente), con contractilidad mayor que la correspondiente a la edad (antes de las 37 semanas).
- Si se desconoce la FUM, el reverso del gestograma permite estimar la edad gestacional con un error conocido a partir de medidas ecográficas embrio-fetales. Desde la semana 20 se presentan los valores de los P90 y P10 del peso fetal y del P50 de la talla correspondiente a cada semana.
- Si se ignora la FUM y no existen medidas fetales realizadas por ecografía durante el embarazo se pueden utilizar los valores de peso, talla y del diámetro biparietal del recién nacido medido con compás para obtener una aproximación rápida y sencilla de la duración del embarazo.
- Se recuerdan los percentiles 95 y 5 de presión arterial materna sistólica y diastólica estando la madre sentada, válidos para todo el embarazo.

CINTA OBSTÉTRICA

A la cinta métrica convencional se agregaron medidas de algunos parámetros seleccionados por confiables y precisos que permiten vigilar el crecimiento y vitalidad fetal, verificar la normalidad del incremento de peso materno, de la presión arterial y de la contractilidad uterina; permitiendo además conocer el peso fetal para una determinada edad gestacional.



La cinta obstétrica consta de dos caras:

El anverso de color blanco (que se presenta en la figura 3) contiene:

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

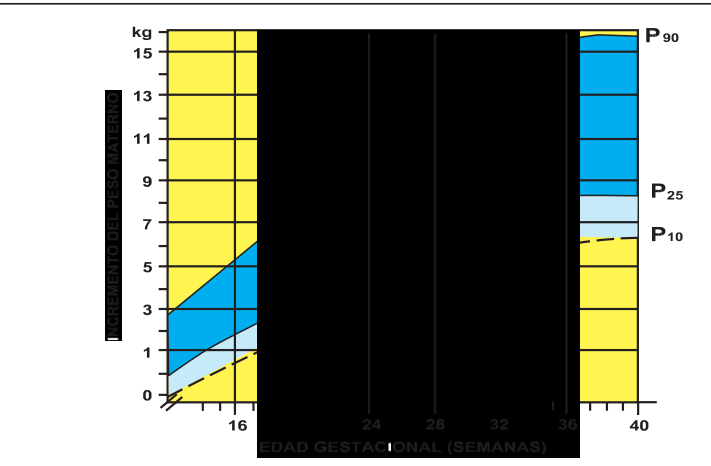
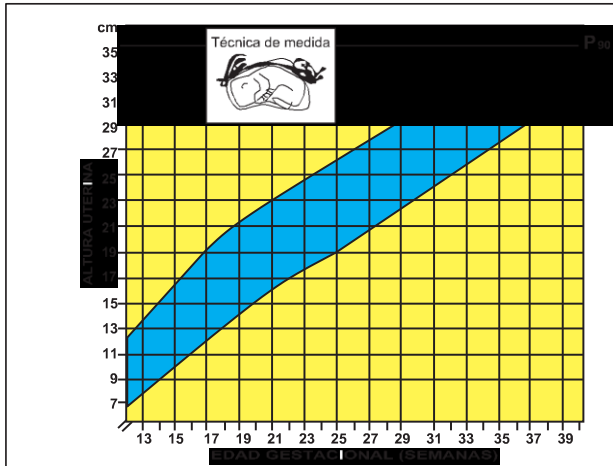
El reverso de color amarillo contiene:

- Los valores mínimos y máximos normales para cada edad gestacional (a partir de la semana 13 y hasta la semana 40) de:
 - Altura uterina (en centímetros),
 - Ganancia de peso materno (en kilogramos),
 - Peso fetal (en kilogramos).
 - los valores máximos de las contracciones uterinas hasta la semana 37.
- Los cuadros clínicos que determinan una altura menor o mayor a la esperada según la edad gestacional.
- En algunas reportan el rango de movimientos fetales normales según la edad gestacional

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

CUADRO 7. Principales datos que proporcionan la cinta obstétrica y gestograma de CLAP/SMR		
	Cinta obstétrica	Gestograma
Altura Uterina (p 10 y p 90)	X	X
Incremento de peso materno (p 25 y p 90)	X	X
Contracciones uterinas por hora (p 90 desde la semana 25)	X	X
Presión arterial materna (p 5 y p 95)	X	X
Peso fetal para cada edad gestacional (p 10 y p 90)	X	X
Talla fetal para cada edad gestacional (p 50)		X
Perímetro abdominal fetal por ecografía (p 5 y p 95)		X
Cálculo de la edad gestacional		X
p = percentil		

Nota: La cinta métrica se utiliza para medir la altura uterina preferentemente de la semana 18 a la 40



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

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		Hemorragias		Hemorragias	
00 GESTACIÓN MÚLTIPLE	030	046 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación	046.0	047 Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P50
01 HIPERTENSIÓN PREVI	010	047 Ruptura uterina antes o durante el parto	071.0, 071.1	048 Hemorragia intracerebral en el período perinatal	P20
02 Hipertensión previa complicando EPP	010.0	048 Laceración obstétrica del cuello del útero	071.2	049 Hemorragia intracerebral (excluye las con hemorragia)	P5
03 PRECLAMPSIA	013, 013.0	049 ANEMIA	082.0	050 HEMORRAGIA INTRACRANEAL	
04 Hipertensión transitoria del embarazo	016	051 Anemia por deficiencia de hierro	D57.0, D57.2 y D57.3	051 HEMORRAGIA INTRACRANEAL	
05 Preclampsia leve	013	052 RUPтура PREMATURA DE MEMBRANAS	042	052 Enfermedad hemorrágica por solenitización	P55.0
06 Preclampsia severa y moderada	014	053 Infección del saco amniótico y membranas	041.1	053 Enfermedad hemorrágica por solenitización	P55.1
07 Hipertensión previa con protuberancia sobreañagada	011	054 INFECCIÓN PUERPERAL	085.085	054 Lactancia neonatal asociada a parto prematuro	P56.0
08 ECLAMPSIA	015	055 Sepsis puerperal	082	055 HEMATOMAS (excluyendo P56)	P60-P65
09 CARCIOPATIA	200.0	056 Infección materna asociada al nacimiento	082	056 Politemia neonatal	P61.1
10 DIABETES	022	057 HEMORRAGIA POSTPARTO	072.0	057 Anemia fetal crónica	P61.2
11 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	024.0	058 Lactancia materna	072.1, 072.2	058 Otras alteraciones hematológicas	D57.4-D57.2 y D57.3
12 Diabetes mellitus no insulino-dependiente en el embarazo	024.1	059 Placenta rotas	072.3	059 Otras alteraciones hematológicas	P33.4-P33.109, G00, G04, G04.1
13 Diabetes mellitus insulino-dependiente en el embarazo	024.2	060 Útero atónico	072.4	060 INFECCIONES	
14 Test de tolerancia a la glucosa anormal	R73.0	061 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado	070.0, 070.1	061 Diarrea	G00
15 INFECCIÓN URINARIA	023.0-023.9	062 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado	070.2, 070.3	062 Meningitis	P30
16 Bacteriemia asintomática del embarazo	R92.2	063 OTRAS PATOLOGÍAS MATERNAS	(resto de 000-999)	063 Otitis	P30.1, A54.0
17 OTRAS INFECCIONES	098, 800, B30-994, 800.0	064 Infección por toxoplasma	044.0	064 Conjuntivitis	P30.1, L09
18 Infección del tracto genital en el embarazo	025.0-025.9	065 Hiperemesis gravídica	044.1	065 Infecciones de la piel del recién nacido	P30
19 Sífilis complicando EPP	098.0	066 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	026.0, 026.1 (cont. en R00-F13)	066 Septicemia	(resto del P30-P35)
20 Gonorrea complicando EPP	098.1	067 Dependencia de drogas	F10-F14	067 Enterocolitis necrotizante (EON)	(resto del P30-P35)
21 Malaria	B30-959	068 Sufriamiento fetal	099	068 Tétanos neonatal	P70
22 Infección herpética anogenital (herpes simple)	066	069 Polihidramnios	044	069 Sifilis congénita	A50-A53
23 Hepatitis viral	098.2-098.4	070 Hidradenomas (sin mención de ruptura de la piel)	041.1	070 Enfermedades congénitas virales	P30
24 TBC complicando EPP	098.5	071 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	041.2	071 Síndrome de Rubella congénita (SRC)	P35.0
25 TBC del tracto genital en el embarazo	098.6, 098.8 y 098.9	072 Embarazo diabético	041.3	072 Citomegalovirus (CMV)	P35.1
26 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP	098.0-098.9	073 Complicaciones anestésicas durante parto o puerperio	070	073 Toxoplasmosis congénita	P37.1
27 Chagas	098.0	074 Falla de cierre de la herida de cesárea	090.0	074 Hipotermia	R70
28 Toxoplasmosis	098.0	075 Falla de cierre de la episiotomía	090.1	075 Otras infecciones del período perinatal	(resto de P60-P61)
29 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	P03	076 IUD	020-024	076 NEUROLOGÍA (EXCLUYE MALFORMACIONES)	
30 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	060	077 IUD positivo	R75	077 Hidrocefalia adyudada	P33
31 Incompetencia cervical	024.0	078 Neoplasia maligna del cuello uterino	C53	078 Leucoencefalopatia periventricular y cerebral	P33.0
32 DESPROPORCIÓN CEFALOPELÚICA	664, 065, 066	079 Neoplasia maligna de la glándula mamaria	C50-C59	079 Trauma obstétrico con lesión intracranial del SNC y del sistema nervioso periférico	P10, P11, P14
33 Parto obstructivo por mala posición y anomalía de la presentación del feto	064	080 Neoplasia benigna de la glándula mamaria	D60-D69	080 Hemorragia intracerebral no traumática	P10, P11, P14
34 Parto obstructivo debido a anomalía del pelvis materna	065	081 Neoplasia benigna de la próstata	C60-C69	081 Convulsiones	P30
35 Otros partos obstructivos por causas fetales	066	082 Neoplasia benigna de la vejiga	C60	082 Encefalopatía hipoxico-isquémica	P21
36 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE	020	083 Neoplasia benigna del estómago	C61	083 Otras alteraciones del estado cerebral	P31
37 Mala hidratación	001	084 Neoplasia benigna del intestino delgado	C62	084 METABOLISMO (EXCLUYE MALFORMACIONES)	
38 Aborto espontáneo y aborto retenido	002.0, 002.1	085 Neoplasia benigna del colon	C63	085 Síndrome del feto de madre diabética	P70.0, P70.1
39 Embarazo ectópico	001	086 Neoplasia benigna del recto	C64	086 Hipocalcemia	P70.3, P70.4, E16.0
40 Aborto inducido quirúrgico y terapéutico	001.0	087 Neoplasia benigna del ano	C65	087 Otras alteraciones metabólicas y nutricionales	P70.0, P70.1, E16.0-16.9
41 Amenaza de aborto	006.0-006.9	088 Neoplasia benigna de la próstata	C66	088 OTRAS PATOLOGÍAS RN	
42 HEMORRAGIA DEL 2º y 3º TRIMESTRE	020.0	089 Neoplasia benigna de la vejiga	C67	089 Anemia por deficiencia de vitamina B12	H30
43 Placenta previa con hemorragia		090 Neoplasia benigna del testículo	C68	090 Hemia inguinal	H40
44 Desprendimiento prematuro de la placenta		091 Neoplasia benigna del páncreas	C69	091 Síndrome de parto por parto (incluye hipotermia) (cont. en P00-P09)	H40.0

INDICACIÓN PRINCIPAL DE PARTO QUIRÚRGICO O INDUCCIÓN

01 Cesárea previa	14 Posición transversa
02 Sufriamiento fetal agudo	15 Ruptura prematura de membranas
03 Desproporción cefalo-pélvica	16 Infección aguda (sospechada o confirmada)
04 Rotura de la membrana frías	17 Anemia Previa
05 Parto prolongado	18 Aborto de placenta
06 Fracaso de la inducción	19 Ruptura uterina
07 Descenso detenido de la presentación	20 Pre-eclampsia y eclampsia
08 Embarazo múltiple	21 Herpes anogenital
09 R.T.U.	22 Condilomatosis genital
10 Parto de pretérmino	23 Otras enfermedades maternas
11 Parto de posttérmino	24 Muerte fetal
12 Presentación rostral	25 Madre extraxista
13 Posición pretérmino	26 Otras

ANOMALÍAS CONGÉNITAS

120 Anencefalia	001	146 Criodactilia	079.1
121 Espina bífida/Meningocele	Q05, Q07.0	147 Atresia duodenal	Q41.1
122 Hidranencefalia	Q04.0	148 Atresia yeyunal	Q41.2
123 Hidrocefalia	Q01	149 Atresia ileal	Q41.3
124 Microcefalia	Q02	150 Otras anomalías gastrointestinales	Q40, Q41.4
125 Hipoplasia cerebral	Q04.1	151 Genitales malformados	Q50-Q59
127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central	Q04, Q06	152 Agenesia renal unilateral	Q60.0
128 Tronco arterioso	Q20.0	153 Rifomas poliquísticas o displásicas	Q61.0-061.9
129 Trisposición grandes vasos	Q20.1	154 Hidromielosis congénita	Q62.0
130 Tetralogía de Fallot	Q21.0	155 Extrofia de la vejiga	Q63.0
131 Ventriculo único	Q20.2	156 Otras anomalías neuromusculares	Q63.0-063.9
132 Doble trazo de salida de vent. derecho	Q20.3	157 Trisomia 13	Q91.1, Q91.5, Q91.9
133 Comunicación vent-vent	Q20.4	158 Trisomia 18	Q91.1, Q91.11, Q91.12
134 Atresia pulmonar	Q20.5	159 Síndrome de Down	Q92.0-092.9
135 Atresia tricuspídea	Q20.6	160 Otras anomalías cromosómicas	Q92.0-092.9
136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo	Q20.7	161 Polidactilia	Q80
137 Coartación de aorta	Q20.8	162 Sindactilia	Q80.0
138 Retorno venoso pulmonar anómalo total	Q20.9	163 Displasia esquelética	Q81-89
139 Otras anomalías circulatorias respiratorias	Q24, 20.34	164 Pies equinovarus/clubfoot (Pie F)	Q66.0
140 Labio hendido	Q30	165 Hernia Diafrágica	Q79.0
141 Paladar hendido	Q31	166 Hipoplasia	P50, P50.0
142 Atresia esofágica	Q30.0, Q30.1, Q30.2, Q30.3	168 Otras anomalías musculoesqueléticas	Q66.0-066.9
143 Atresia de colon o recto	Q40.0, Q40.1, Q40.2, Q40.3	169 Anomalías tegumentarias	Q82.0-082.9
144 Ano imperforado	Q42.0		
145 Otitis	Q79.0		

MEDICACIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

01 Lidocaina o similar	16 Inductores de Prostaglandinas
02 Anestésicos generales	17 Antagonistas del calcio
03 Gases anestésicos (pentano-fluorano)	18 Suero de magnesio
04 Barbitúricos	19 Hidralazina
05 Relajantes musculares	20 Beta-líquantes
06 Diazepamidos	21 Otros antihipertensivos
07 Meperidina	22 Sangre y derivados
08 Papaverina	23 Heparina
09 Oxitocina	24 Corticoides
10 Prostaglandinas	25 Carboxamidas
11 Beta-lactámicos (Penicilinas y beta-lactámicos)	26 Diuréticos
12 Aminoglicosidos (gentamicina-amikacina)	27 Aminofila
13 ciprofloxacina	28 Insulina
14 Metronidazol	29 Difenhidantina
15 Antimbióticos	30 Opios
	31 Antineoplásicos
	32 Sulfonamidas
	33 Anticónculos

LLENADO DEL FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

Sección: IDENTIFICACIÓN

1. NOMBRE – APELLIDO

Espacio para colocar los 2 nombre y apellidos (Paterno y Materno) de la embarazada

2. DOMICILIO – LOCALIDAD

Se refiere a la residencia habitual de la embarazada. Anotar la calle, el número de casa (Nombre del municipio, colonia, cantón, etc) Si no se pudiera identificar el domicilio, anotar cualquier otra referencia que facilite su ubicación (Ej: 3 casas antes de llegar a la casa de la partera)

3. TELÉFONO

Anotar el teléfono del domicilio. Si no tuviera se anotara el numero de teléfono celular u otro contacto que permita la comunicación del establecimiento con la familia.

4. FECHA DE NACIMIENTO

Anotar día, mes y año del nacimiento de la embarazada

5. EDAD (AÑOS)

Al momento de la primera consulta preguntar:

¿Cuántos años cumplidos tiene?

Anotar la respuesta en los dos espacios disponibles. Si es menor de 15 años o mayor de 35, marcar también el casillero amarillo

FECHA DE NACIMIENTO			ETNIA	
día	mes	año	<input type="radio"/>	blanca
			<input type="radio"/>	indígena
			<input type="radio"/>	mestiza
			<input type="radio"/>	negra
			<input type="radio"/>	otra
EDAD (años)				
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input checked="" type="radio"/>	< de 15
			<input type="radio"/>	> de 35

6. RAZA (Etnia)

A manera de ilustración, la HCP incluye la variable raza con 5 opciones de respuesta: blanca, indígena, mestiza, negra, otros.

Al momento de la primera consulta preguntar:

¿A qué raza pertenece usted?

Marcar respuesta según corresponda

En el caso de nuestra población, se deberá marcar el espacio designado para “Mestiza”. Si la mujer se identifica como indígena u otra etnia, deberá marcarse en el espacio designado

7. ALFABETA

Preguntar: ¿Sabe leer y escribir?

Anotar la respuesta (SI o NO) según corresponda

Alfabeto únicamente se marca si lee y escribe

ALFA BETA
<input checked="" type="radio"/>
si
<input type="radio"/>

8. ESTUDIOS

Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación.

Preguntar: ¿Cuál fue el nivel de estudio más alto que asistió?

¿Primaria?, ¿secundaria?, ¿Universitaria?

Registrar únicamente el máximo nivel alcanzado

ESTUDIOS	
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
ninguno	primaria
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
secund.	univers.
años en el mayor nivel	<input type="text"/>

ESTUDIOS: Se entenderá por educación Primaria toda aquella usuaria cuyo nivel educativo se encuentra de primero a sexto grado. Secundaria: de séptimo grado a tercer año de bachillerato.

Universitario: incluye a las usuarias que han alcanzado un estudio técnico o universitario.

9. AÑOS EN EL MAYOR NIVEL:

Preguntar: ¿Cuál fue el año más alto que aprobó en ese nivel?

Registrar únicamente el año más alto que haya sido aprobado.

Para escribir el dato en la casilla “Años en el mayor nivel” debe de escribir el mayor grado de escolaridad alcanzado por la usuaria. Ej: Si la usuaria ha alcanzado 4° grado, escribirá “4” en la casilla “Años en el mayor nivel” y marcará primaria. Si la usuaria ha alcanzado el 8° grado, escribirá “2” en la casilla “Años en el mayor nivel” y marcará secundaria. Si la usuaria ha alcanzado 2° grado de estudio técnico o Universitario deberá escribir “2” en la casilla de “Años en el mayor nivel” y marcará universitario. En el caso que la usuaria tenga dos estudios técnicos, favor marque siempre la casilla Universitaria y sume los años técnicos para colocarlos en la casilla “Años en el mayor nivel”.

10. ESTADO CIVIL

Registrar el estado civil según corresponda: Casada, unión estable, soltera, otro.

ESTADO CIVIL	casada	<input type="radio"/>
	unión estable	<input type="radio"/>
	soltera	<input type="radio"/>
	otro	<input type="radio"/>

vive sola	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	

11. LUGAR DEL CONTROL PRENATAL

Anotar el código asignado por las autoridades nacionales de salud al lugar donde se realizó el control prenatal

12. LUGAR DEL PARTO

Anotar el código asignado por las autoridades de salud al establecimiento en el que se asistió el parto.

Si el control prenatal y el parto se realizaron en el mismo establecimiento, entonces el código se repite en ambas variables.

CONTROL PRENATAL Y PARTO EN:

Para escribir el lugar dónde la usuaria llevó su control prenatal y dónde le atendieron su parto, retomar los códigos asignados para establecimientos del Ministerio de Salud, ISSS y ONG's, por departamento. Favor escriba en el espacio asignado, el código según el establecimiento, pero si no conoce el código del establecimiento donde la usuaria llevó el control prenatal, escriba el nombre del lugar donde se le brindó tal atención. En el caso de haber recibido los controles prenatales en más de un establecimiento, se registrará el lugar donde recibió el mayor número de controles prenatales.

Corresponde al número del expediente clínico de la usuaria. Al momento admite hasta 10 dígitos.

Logar del control prenatal									
Logar del parto									
No. Identidad									

**Sección:
ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y OBSTÉTRICOS**

ANTECEDENTES	FAMILIARES	PERSONALES	OBSTÉTRICOS	FIN EMBARAZO ANTERIOR
	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> TBC	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> VIH	gestas previas	dia mes año
	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> diabetes	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> cirugía genito-urinaria	abortos	menos de 1 año
	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> hipertensión	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> infertilidad	3 espom. consecutivos	EMBARAZO PLANEADO no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>
	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> preeclampsia	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> cardiopatía	partos	FRACASO MÉTODO ANTICONCEP. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>
	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> eclampsia	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> nefropatía	cesáreas	no <input type="radio"/> barrera <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> hormo <input type="radio"/> emar <input type="radio"/> natural <input type="radio"/> usaba <input type="radio"/> gencia
	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> otra cond. médica grave	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> violencia	nacidos vivos	
			nacidos muertos	
			muerdos 1a sem.	
			muerdos 2a sem.	

Estos datos se obtienen al momento de la primera consulta prenatal. Si la mujer es hospitalizada (por trabajo de parto o enfermedad) en un establecimiento diferente al lugar del control prenatal. Los datos de esta sección podrán obtenerse del CARNET PERINATAL o por interrogatorio directo al momento del ingreso. Recuerde que en esta parte usted debe de anotar SOLAMENTE los antecedentes y no tomar en cuenta datos del embarazo actual

Notar que la lista de antecedentes, incluye las patologías mencionadas en los antecedentes familiares más otros 6 antecedentes únicamente personales (Cirugía genito urinaria, infertilidad, VIH, cardiopatía, nefropatía y otra condición grave).

14. ANTECEDENTES FAMILIARES

Se refieren a los antecedentes de la pareja, padres o hermanos. Preguntar: ¿En su familia alguien ha tenido (Mencionar cada una de las patologías de la HCP)? Si la respuesta es afirmativa, preguntar ¿Quién?

15. ANTECEDENTES PERSONALES

Se refieren a los antecedentes propios de la embarazada.

Nota: El término cirugía del tracto reproductivo no incluye a las cesáreas.

VIOLENCIA En cuanto al tema violencia, se recomienda indagar los antecedentes de violencia. Usar las preguntas descritas en el apartado de gestación actual. Marcar el círculo "SI" o "NO" según corresponda.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

16. GESTAS PREVIAS

Se refiere al número de gestaciones anteriores, sin incluir el embarazo actual. Colocar 00 si este es el primer embarazo.

17. PARTOS / VAGINALES - CESÁREAS

Se refiere al número de partos.

Si corresponde se anotará el número de partos y de ellos preguntar: ¿Cuántos fueron partos vaginales y Cuántos fueron por cesárea?

Además se indagará sobre el peso del recién nacido en el último embarazo. Marcar si pesó menos de 2500 g o fue mayor o igual a 4000 g fue normal o n/c (No corresponde) si no hubo nacimientos previos.

Finalmente en relación a las gestaciones previas, registrar si hubo antecedente de gemelar (SI/NO) según corresponda.

18. ABORTOS

Se define como Aborto a la expulsión antes de las 22 semanas del producto de la gestación muerto o con un peso menor a 500 gramos. Se registrarán de la misma manera los abortos espontáneos o inducidos. Los embarazos ectópicos y enfermedades gestacionales del trofoblasto (Mola) se contarán como abortos. Si se cumple cualquiera de esta definición marcar abortos en el rectángulo amarillo.

En relación al número de abortos, si la mujer reporta haber tenido 3 abortos espontáneos consecutivos, entonces marcar el círculo amarillo correspondiente.

19. NACIDOS VIVOS

Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, mayor de 22 semanas de gestación y con un peso mayor de 500 gramos. Se considerarán signos de vida si el recién nacido respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios.

La clasificación de un nacimiento como vivo es independiente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o que la placenta permanezca unida o no.

20. NACIDOS MUERTOS

Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo, independientemente de la duración del embarazo.

21. VIVEN

Se refiere al número de hijos que están vivos al momento de la consulta.

22. MUERTOS 1ra SEMANA

Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos) y se registrará en el rectángulo correspondiente.

23. MUERTOS DESPUES DE 1ra SEMANA

Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más). No hay límite superior y en teoría incluye las muertes ocurridas hasta el mismo día de la consulta, lo que se registrará en el rectángulo correspondiente. En este caso se incluyen los recién nacidos que por su condición de gravedad quedaron ingresados y egresan fallecidos.

24. FIN EMBARAZO ANTERIOR

Anotar día, mes y año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que se trate de un parto o un aborto. Dejar en blanco si se trata de una primigesta. Marcar el círculo amarillo si la finalización del embarazo anterior ocurrió antes de un año del inicio del embarazo actual.

Intervalo intergenésico:

Se entiende como el periodo entre la terminación del último evento obstétrico (Ya sea parto o aborto) y el inicio del próximo embarazo.

Se ha demostrado que intervalos cortos entre los nacimientos están asociados con un elevado riesgo de mortalidad infantil. En general un nacimiento a un intervalo de menor de 24 meses, tiene un riesgo considerablemente más alto, que a un nacimiento con intervalo menor de 36 meses tiene un riesgo

Marcar el círculo amarillo en los siguientes casos:

- Intervalo entre parto previo y gestación actual menor a 1 año;
- Intervalo menor de 1 año entre aborto previo y gestación actual.

25. EMBARAZO PLANEADO

Se refiere al embarazo que fue planeado, cuando se cumplan ambas condiciones se marcará SI, cuando no se cumpla una de las dos condiciones se marcará NO (En amarillo). Para identificar el embarazo no planeado, puede ayudar preguntando:

¿Cuándo supo de este embarazo?, ¿Quería estar embarazada?, ¿Quería esperar más tiempo? o
 ¿No quería tener (Más) hijos?

26. FRACASO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE EMBARAZO ACTUAL

Preguntar: Al enterarse de este embarazo, ¿Estaba usando algún método para evitar el embarazo?

Las respuestas posibles están clasificadas como:

- No usaba ningún método (no usaba)
- Barrera: condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón cervical.
- Dispositivo Intrauterino (DIU)
- Hormonal: oral (píldoras), transdérmico (parche, vaginal), implante subdérmico o inyectable.
- Métodos naturales (natural): método de día fijo, método de amenorrea por lactancia, abstinencia periódica, ritmo, Billings, entre otros.
- Anticoncepción de emergencia (emergencia): Levonorgestrel solo o de estrógenos
- Progestina combinados.

Recordar que: la anticoncepción de emergencia, no es un método de planificación familiar y como su principal mecanismo de acción, es la inhibición o postergación de la ovulación, impidiendo la fecundación, por lo que NO es efectiva una vez que la fecundación a ocurrido

Sección: GESTACIÓN ACTUAL

GESTACIÓN ACTUAL		FUM			EG CONFIABLE por		FUM		Eco < 20 s.		1er trim		2o trim		3er trim		FUMA ACT.		FUMA PAS.		DROGAS		ALCOHOL		VIOLENCIA			
PESO ANTERIOR		TALLA (cm)		no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	
		1																										

En esta sección se registran todos los datos relacionados con el embarazo actual.

27. PESO ANTERIOR

Se refiere al peso de la mujer antes del embarazo actual.

Preguntar: ¿Cuánto pesaba antes de este embarazo? Se registrará el peso expresado en kilogramos.

Sí la paciente no tiene dato, se registrará el peso consignado en la primera consulta abajo del primer trimestre. Si la inscripción es posterior a las 12 semanas y se desconoce el peso, se colocará "00" en los espacios asignados.

28. TALLA (Cm)

Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control.

Recordar que: La técnica de medida consiste en que la gestante se ubique de pie, sin calzado, bien erguida, con los hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el tallímetro. El dato obtenido se registrará en centímetros.

29. FECHA DE ÚLTIMA REGLA (FUR)

Este dato es esencial para estimar la edad gestacional y la fecha probable de parto. Muchas decisiones clínicas están basadas en la edad gestacional y por ello es crítico obtener un dato confiable. Además permite hacer las citas programadas por semanas de gestación.

Preguntar: ¿Cuál fue la fecha en que comenzó (primer día) de su última menstruación?

Anotar en la HCP el dato proporcionado en formato día-mes-año

30. FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP)

Recuerde que: Para estimar la FPP se recomienda utilizar el gestograma diseñado por el CLAP/SMR. Haciendo coincidir la flecha roja del gestograma que dice “fecha en que comenzó la última menstruación” con la fecha del primer día de la menstruación, la FPP quedará indicada por la fecha calendario que marca el punto de la semana 40 del gestograma. En caso de no contar con un gestograma, se recomienda utilizar la regla de Naegele, partiendo de la fecha del primer día de la menstruación se sumara 7 para los días y se restara 3 al mes calendario (Día +7 y mes-3), ejemplo FUR: 09/03/2007, FPP: 16/12/2007. Anotar en la HCP el dato proporcionado en formato día-mes-año.

31. CONFIABILIDAD DE LA EDAD GESTACIONAL (EG confiable por FUR, Eco<20s)

Aquí se solicita al proveedor una evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por FUR o por ECOGRAFÍA. Ecografía: Cuando la fecha de la última menstruación no está disponible, una posibilidad es estimar la FPP a partir de una ecografía fetal temprana (Menor de las 20 semanas). Registrar si la edad gestacional es considerado dato confiable a partir del dato de FUR y/o la Ecografía **(SI/NO)**, según corresponda. En caso de no efectuarse ecografía dejar en blanco. Si cuenta con los datos de FUR y ecografía temprana marcar si en la casilla que corresponde.

32. FUMADORA

ACTIVA (Fuma Act.)

La situación de fumadora puede cambiar a lo largo del embarazo. Por lo que se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI),

PASIVA (Pasiva): Se refiere a la exposición actual al humo del tabaco debido a que otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo. Agregar el No de cigarrillos al día a los cuales se expone, en la casilla “Cigarrillos por día”. Se sugiere indagar sobre este dato en la inscripción y anotar la respuesta según corresponda **(NO/SI)**

33. DROGAS.

Se refiere al uso actual de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetamínicos (Ritalin, “tiza” o “cristal”, Pastillas para adelgazar, entre otras), alucinógenos (Éxtasis, LSD, atropina, escopolamina, entre otras), heroína, entre otras.

34. ALCOHOL

Se refiere a la ingesta actual de cualquier tipo de bebida con alcohol en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, licor, whisky, etc. Mencione sobre todo aquellas bebidas que son tradicionales localmente.

Preguntar: ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en este embarazo? Anotar en la HCP si la mujer ha ingerido alcohol en este embarazo **(NO/SI)**.

El consumo de alcohol puede cambiar a lo largo del embarazo, por esa razón, la HCP sugiere indagar este dato al menos una vez en cada trimestre preguntando: Desde su última visita, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica?

35. VIOLENCIA

Este término involucra la violencia física, mental, psicológica y sexual que puede ocurrir antes del embarazo actual. Se recomienda usar el siguiente modelo de interrogatorio en el control prenatal al establecer empatía con la gestante:

“Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su actual relación de pareja. Sé que algunas de estas preguntas son muy personales y permítame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales:

1. En el último año, ¿alguna vez ha sido Ud humillada, avergonzada, prohibida de ver a amigos, o hacer cosas que a Ud le interesan?

Si la respuesta es positiva, continuar:

(1ª) Desde que está embarazada ¿alguna vez ha sido Ud humillada, avergonzada, impedida de ver amigos, o hacer cosas que a Ud le interesan?

2. En el último año, ¿ha sido Ud golpeada, o lastimada físicamente por alguien?

Si la respuesta es positiva, continuar:

(2ª) Desde que está embarazada ¿ha sido Ud. golpeada, o lastimada físicamente por alguien?

3. En el último año, ¿ha sido Ud forzada a tener actividades sexuales?

Si la respuesta es positiva, continuar:

(3ª) Desde que está embarazada ¿ha sido Ud forzada a tener actividades sexuales?

4. En el último año, ¿se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos?

Si la respuesta es positiva, continuar:

(4ª) Desde que está embarazada ¿se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos?

5. En el último año ¿ha tenido Ud miedo de su pareja o de alguna otra persona?

Si la respuesta es positiva, continuar:

(5ª) Desde que está embarazada ¿ha tenido Ud miedo de su pareja o de alguna otra persona?”

En visitas posteriores utilizar la frase inicial “Desde su última visita.....”

En caso de una respuesta positiva a cualquiera de las preguntas que indagan sobre violencia en el último año debe registrarse en la sección Antecedentes Personales. Si hay respuesta afirmativa a las preguntas relacionadas con el embarazo actual, marcar “SI” en el casillero que corresponda.

36. ANTIRUBEOLA

Indagar en forma rutinaria sobre el estado de vacunación antirubéola durante el control prenatal. Preguntar: ¿Ha recibido alguna vez la vacuna contra la rubéola? Si la respuesta es afirmativa,

ANTIRUBEOLA	
previa	no sabe
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
embarazo	no
<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Indagar ¿Cuándo? Si Fue antes o durante el embarazo

Marcar el casillero “previa” si recibió la vacunación en cualquier momento antes del presente embarazo. Marcar el círculo “embarazo”; si la vacuna fue inadvertidamente colocada durante esta gestación; “no sabe” cuando no recuerda si recibió la vacuna; “NO” si nunca fue inmunizada.

Si la mujer no ha sido vacunada, la inmunización debe diferirse hasta el puerperio inmediato (antes del alta).

37. ANTITETÁNICA

Preguntar: ¿Ha recibido alguna vez la vacuna contra el Tétanos? Si la respuesta es afirmativa, solicitar documentación y revisar el número e intervalo entre dosis. De lo contrario, indicar una dosis en la actual consulta.

ANTITETÁNICA	
vigente no	si
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOSIS 1 ^a	2 ^a
mes	
gestación	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Es importante solicitar a las gestantes durante la inscripción prenatal, la tarjeta de vacunación o algún otro documento en donde se pueda verificar el número y el intervalo entre dosis.

Si la Gestante presenta su tarjeta de vacunación, revisar el número e intervalo entre dosis, así como el tiempo desde la última dosis y la vigencia de su esquema de vacunación. Si esta vigente y ésta en su tercera o cuarta dosis, se le colocará un refuerzo en cada embarazo. Si esta pendiente de su 2da dosis, se le colocará en la fecha que le corresponde.

Las mujeres que no poseen documentación de haber recibido inmunización previa contra el tétanos deben ser vacunadas con una primera dosis en la primera consulta prenatal. La segunda dosis debe ser administrada no antes de cuatro semanas de la primera dosis o por lo menos 3 semanas antes de la fecha probable de parto.

Esquema de vacunación con D t (Según PAI)

Dosis	Momento de aplicación
1 Dosis	Al primer contacto con la mujer en edad fértil o después de las 16 semanas de gestación 0.5 CC IM zona deltoidea
2 Dosis	4 Semanas después de la 1a Dosis
3 Dosis	12 Meses después de la 2da. Dosis o durante el embarazo siguiente
4 Dosis	1 año después de la 3a. Dosis o durante el embarazo siguiente
5 Dosis	1 año después de la 4a dosis o durante el embarazo siguiente
Refuerzo	Cada 10 años por el resto de la vida o durante el embarazo siguiente

***Fuente: programa de vacunación, PAI-MINSAL. 2010

Registrar Vigente= SI en los siguientes casos:

- Recibió dos dosis y el embarazo actual está dentro del año de protección.
- Recibió tres dosis y el embarazo actual está dentro de los 5 años de protección.
- Recibió 4 dosis y esta dentro de los 10 años de protección.

Registrar Vigente= **NO** en los siguientes casos

- Ninguna dosis recibida. **Acción:** Colocar dos dosis durante el embarazo actual Primera dosis en la primera consulta prenatal y la segunda no antes de 4 semanas de haberse colocado la primera dosis o por lo menos 3 semanas antes de la fecha de parto.
- Información poco confiable acerca de número y fechas de administración de dosis previas. **Acción:** Colocar dos dosis durante el embarazo actual.
- Recibió dos dosis y el embarazo actual se inicia después del año de protección. **Acción:** colocar únicamente una dosis (la tercera).
- Recibió tres dosis y el embarazo actual se inicia después de los 5 años de protección. **Acción:** Colocar únicamente una dosis (la cuarta).

EXÁMENES MÉDICOS

Para muchas mujeres, el control prenatal marca el primer contacto con los servicios de salud y por lo tanto ofrece la oportunidad de evaluar el estado de salud en general, además del relacionado con la gestación actual. Por esta razón la HCP incluye variables como el examen odontológico, mamas y cérvix.

38. EXÁMEN ODONTOLÓGICO

El examen odontológico ha adquirido importancia por la posible asociación entre enfermedad periodontal con parto prematuro, bajo peso al nacer, pre eclampsia y muerte fetal y la transmisión del estreptococo mutans de la madre hacia el niño y su efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños.

La enfermedad periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (Inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (Destrucción de las estructuras de soporte del diente – hueso, ligamentos, cemento, etc.). Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes. Marcar según corresponda. Si el examen fuera anormal referir al odontólogo.

En aquellas unidades de salud que cuentan con odontólogo, revise la ficha odontológica en el expediente clínico de la gestante, revise si este reporta caries, alteraciones de los tejidos blandos o encías. Marcar en examen odontológico normal **SI** o **NO** según corresponda.

39. EXÁMEN DE MAMAS

En el examen clínico de mamas se busca identificar patologías tumorales evidentes y los problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (Como pezones invertidos o planos).

		EX. NORMAL	
		no	SI
ODONT.		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
MAMAS		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

La HCP incluye el dato Examen Normal, marcar SI cuando el examen de mamas sea normal y NO en caso contrario.

40. CÉRVIX

Se recomienda la realización del examen vaginal con espéculo como parte de la evaluación del control prenatal con la finalidad de detectar anomalías o infecciones cervicales. El momento adecuado para realizar esta evaluación dependerá de la situación individual de cada usuaria. Marcar SI cuando el examen de Cérnix sea normal y NO en caso contrario.

		normal	anormal	no se hizo
CERVIX	Insp. visual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	PAP	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	COLP	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

41. INSPECCIÓN VISUAL

Si una anomalía cervical es observada durante el examen con espéculo, se anotará anormal en inspección visual, si el cuello está sano se registrará normal y en caso de no haberse efectuado el examen, se registrará no se hizo.

42. PAPANICOLAU (PAP)

Tomar PAP en el primer control prenatal, previa autorización de la gestante. Registrar el resultado del PAP según corresponda: Marcar negativo (-) si el resultado es normal, positivo (+) si se registra alguna anomalía y si el PAP no se realizó, registrar no se hizo.

43. COLPOSCOPIA (COLP)

Registrar como “Negativa” si la Colposcopia es negativa para lesiones malignas o precursoras de cáncer cervical. Si el resultado es anormal marcar “Positivo” o no se hizo, según corresponda.

44. GRUPO Rh

Anotar en el recuadro el grupo sanguíneo (Grupo) que corresponda (A, B, AB, O). Para "Rh" marcar (+) si la mujer es RH positivo y (-) si es RH Negativo. Se entiende que la mujer está inmunizada cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer está inmunizada (Tendrá positivo el test para anticuerpos irregulares, también llamado test de Coombs indirecto) y en ese caso se marcará (si), en caso contrario se marcará (No).

GRUPO	Rh	Imuniz.
<input type="text"/>	- <input type="radio"/> + <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>
Yglobulina anti D		
no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45. TOXOPLASMOSIS

Realizar esta prueba en el control prenatal, de acuerdo a caso, registrar el valor de la prueba (IgG o IgM) según corresponda.

TOXOPLASMOSIS	-	+	no ¹⁰ ₁₀₀
<20 sem IgG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
≥ 20 sem IgG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1a consulta IgM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46. INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH)

Registrar Test VIH: Solicitado: SI o NO, según corresponda.

Para reportar un resultado VIH positivo se recomienda registrar en el lugar reservado para códigos de enfermedades, el código correspondiente al VIH (76) y para SIDA marcar el código 47

VIH	<20 sem
solicitado	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>
realizado	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

>=20 sem	
solicitado	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>
realizado	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

47. PRUEBA DE HEMOGLOBINA (Hb)

La HCP ofrece dos instancias para registrar los resultados de la prueba de hemoglobina, uno en la primera visita antenatal y otro luego de las 20 semanas. Los valores obtenidos se registrarán en los rectángulos correspondientes y en caso que los niveles sean inferiores a 11 gramos, marcar el círculo amarillo.

Si usted desconoce el dato de la hemoglobina y cuenta con el resultado del hematocrito, puede dividir este dato entre 3 y tendrá un el valor de la hemoglobina.

48. Fe/FOLATOS Indicados

Marcar el círculo (NO) si no se indicó suplemento de hierro y marcar el círculo blanco (SI) cuando se lo haya indicado.

Marcar el círculo (NO) si no se indicó suplemento de ácido fólico y marcar el círculo blanco (SI) cuando se lo haya indicado.

En muchos casos los proveedores no marcan la indicación de suplemento de ácido fólico y hierro en la casilla correspondiente, pero suelen registrarlos en el apartado de "signos de alarma, exámenes y tratamientos" de los controles prenatales, por lo que se recomienda revisar cuidadosamente esta información y reforzar el registro adecuado de este dato.

Hb > 20 sem	Fe/FOLATOS Indicados	Hb > 20 sem
<input type="text"/>	Fe Folatos	<input type="text"/>
<11,0g <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<11,0g <input type="radio"/>
	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>	

49. VDRL/RPR

Se recomienda realizar la prueba de detección de sífilis a todas las mujeres en trabajo de parto que no han tenido control prenatal (Para el diagnóstico y tratamiento de ella y su recién nacido) y a las mujeres que tuvieron aborto o mortinato.

Las pruebas de detección más utilizadas son VDRL o RPR, las que se sugiere realizar en dos oportunidades, una al momento de la captación en la primera visita antenatal (Antes de las 20 semanas de gestación) y otra en el tercer trimestre.

A las mujeres con pruebas reactivas, se les deberá brindar consejería e información sobre la enfermedad, sus riesgos y la necesidad de tratar a sus parejas sexuales y al niño después del nacimiento. A las mujeres con prueba negativa debe proveérseles información acerca de cómo prevenir las infecciones de transmisión sexual.

Registrar el resultado del VDRL así como el momento en que la prueba fue realizada (Antes o después de las 20 semanas de gestación). Igualmente, en la HCP deberá incluir el dato del resultado de Sífilis confirmada por FTA, marcar SI cuando el resultado del FTA es reactivo, marcar NO cuando el resultado del FTA es no reactivo, marcar no se hizo sí el examen no se realizó.

SÍFILIS - Diagnóstico y Tratamiento													
Prueba						Tratamiento				Tto. de la pareja			
no treponémica			treponémica			no	si	s/d	n/c	no	si	s/d	n/c
-	+	s/d	-	+	s/d	n/c							
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<20 sem										s/d n/c			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
≥20 sem										no si			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
										s/d n/c			

El VDRL con dilución $\geq 1:8$ debe considerarse positivo Si cuenta con FTA-ABS, indíquelo para confirmar diagnóstico de sífilis materna:

- Si VDRL (+) y FTA-ABS (-), considérela un falso (+)
- Si VDRL (+) y FTA-ABS (+), es un caso de sífilis.
- Si NO cuenta con FTA-ABS: El VDRL con dilución $\geq 1:8$ debe considerarse (+) y se debe prescribir tratamiento: Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana No # 3. Si la paciente es alérgica a penicilina, refiérela al III nivel de atención para desensibilización.

INVESTIGUE CONTACTOS Y TRATELOS

Refiera a la(s) pareja(s) sexual(es) para toma de prueba y tratamiento

Tome VDRL control en 3 meses para descartar reinfección: si títulos han aumentado en 4 diluciones, trate nuevamente.

Cuando el VDRL es reportado reactivo débil o con diluciones $\leq 1:4$, considérela un falso (+) y descarte enfermedades autoinmunes, tuberculosis, mononucleosis, endocarditis, sífilis antigua ya tratada. Tasa de falsos (+): 1-3%

Indicaciones especiales. Tomar VDRL al ingreso de:

- Embarazada en trabajo de parto que no tuvo control prenatal o que no lleva carnet materno.
- Mujer que sufre un aborto.
- Mujer que sufre un mortinato.

50. Vacunación H1N1:

Cumplir desde el primer trimestre del embarazo

Dosis: 0.5 cc IM dosis única en músculo deltoides del brazo

Registrarlo en la HCP en la casilla de Vacunación H1N1

VACUNACIÓN H ₁ N ₁		
si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	no sabe <input type="radio"/>
mes/gestación		<input type="text"/>

51. BACTERIURIA

Bacteriuria asintomática se refiere a la colonización bacteriana del tracto urinario en ausencia de síntomas.

En lugares donde el urocultivo no es una opción, la tirilla reactiva en orina o general de orina podrá ser una alternativa durante el control prenatal.

BACTERIURIA			
sem.	normal	anormal	no se hizo
<20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
≥20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se marcará Bacteriuria: Normal, cuando el general de orina o la tirilla reactiva es negativa; anormal: Si el general de orina o la tirilla reactiva tienen resultados positivos. En caso de no realizar general de orina o la tirilla reactiva a lo largo del control del embarazo, se registrará el círculo que indica que la prestación no se hizo.

Si nitritos (+) y esterasa leucocituria (+), tratar como IVU y hacer control con urocultivo 2 semanas post-tratamiento. Si cultivo es positivo, refiera a la gestante al II nivel.

Glucosuria ≥ 250 mg/dl puede relacionarse con diabetes gestacional

52. GLICEMIA EN AYUNAS

Registrar el valor de la glicemia obtenida, de acuerdo a la semana de gestación cursada en gramos por decilitro en el rectángulo correspondiente. Si la glicemia basal es igual o mayor a 105 g/dl marcar además el círculo amarillo.

GLICEMIA EN AYUNAS		
<20 sem	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
≥30 sem	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
		≥ 105 mg/dl

53. ESTREPTOCOCO B 35 - 37 semanas

La infección por Estreptococo grupo B es considerada una causa importante de morbilidad y mortalidad neonatal. La estrategia principal para disminuir esta infección en los recién nacidos es la detección durante el embarazo del estreptococo del grupo B (entre las 35 y 37 semanas) a través de la toma mediante el hisopado a nivel vaginal.

Como esta prueba no es parte de las guías de tamizaje del MINSAL, incluya en el resultado de la prueba No se hizo.

ESTREPTOCOCO B 35-37 semanas		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-	+	no se hizo

54. PREPARACIÓN PARA EL PARTO

El término preparación para el parto tiene varios significados e incluye conceptos muy variados como: informar a la mujer y su familia acerca de los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio; preparar a los padres para enfrentar mejor su nuevo rol; preparar un plan de parto; entrenar en psicoprofilaxis (Técnicas de relajación y respiración); aumentar la percepción de autocontrol de la mujer, entre otros. Si la gestante ha recibido alguna de estas prestaciones indicar SI, en caso contrario registrar NO.

PREPARACIÓN PARA EL PARTO
no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>

55. CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA

Entendiéndose por consejería la entrega oportuna de la siguiente información:

- Beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial.
- Formas de amamantar.
- Los cambios en la leche materna después del parto.
- Discutir las dudas y preguntas de la gestante.
- También es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño.

CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA
no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>

Si la mujer ha recibido consejería en lactancia materna tal como se definió, se registrará en la HCP según corresponda (**SI/NO**).

56. CONSULTAS ANTENATALES

La HCP contiene espacio para 6 controles prenatales, si se requiere de más espacio para nuevos controles, anexar la “cuadrícula complementaria de controles de la HCP”. Los datos a registrar se expresaran en números y son:

- Día, mes y año de la consulta
- Edad gestacional al momento de la consulta (Edad gest.), en semanas completas.
- Peso, en Kilogramos y gramos.
- Presión arterial (PA), en mm de Hg.
- Altura uterina, en centímetros.
- Presentación, cefálica (c), pelviana (p), incluye la situación transversa (t).
- Frecuencia fetal cardíaca en latidos por minuto (FCF lpm)
- Movimientos fetales, positivos o negativos, la falta de datos se interpretará como prestación no hecha.
- Proteinuria: registrar Positivo si se detecta albúmina o proteínas en la orina, si no contiene anotar Negativo, dejar la casilla en blanco se interpretará como No se hizo. Si proteinuria (+) descarte IVU. Si no se trata de una IVU, investigue nefropatía o trastorno hipertensivo. Refiera a II nivel.
- Signos de alarma, exámenes y tratamientos, anotar solo signos positivos y relevantes.
- Iniciales del técnico.
- Fecha de próxima cita, día y mes.

- En aquellas situaciones que por la edad gestacional no aplican algunas de estas prestaciones (Por ejemplo, presentación fetal antes de las 28 semanas), se marcará con el signo (----) y escribir la información donde corresponda.

CONSULTAS PRENATALES	día	mes	año	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presen. (lacion)	FCF (lpm)	movim. fetales	proli. hurná	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Técnicos	próxima cita

Si usted refiere una usuaria al hospital deberá incorporar el código de su establecimiento, que no necesariamente será el código de origen del prenatal. Para lo cual es prerequisite llevar la hoja de referencia. Además deberá llevar la ficha de plan de parto

Sección: PARTO / ABORTO

Este sector está diseñado para registrar los datos relevantes del trabajo de parto, parto y aborto.

Marcar la casilla respectiva según se trate de un parto o de un aborto.

Quando se trate de un aborto colocar la Plantilla de aborto según SIP

ADmisión POR ABORTO **HOSPITALIZ en EMBARAZO** **EDAD GESTACIONAL** **ACOMPANANTE** **PROCEDENCIA** **TRANS PORTE** **personal** **ambulancia** **estabi/emerg** **desconocido**

FECHA DE INGRESO: día mes año hora min

TRASLADO DESDE OTRO SERVICIO: no si cuál? _____

TIEMPO DE TRASLADO: días horas minutos

PRE-PROCEDIMIENTO **SIGNOS VITALES** **F Resp** **LABORATORIO** **SIFILIS** **SINTOMATOLOGIA** **CONDICION AL INGRESO** **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

PULSO: ≥ 180 ≤ 60 **PRESION ARTERIAL** $\geq 140/90$ $\leq 60/50$ **TEMPERAT** $\geq 38^\circ\text{C}$

HEMOGLOBINA: $<10.0\text{g/dL}$ **LEUCOCITOS** **PLAQUETAS** $<100\text{ mil}$

EXAMEN CLINICO **PIEL Y MUCOSAS** **ABDOMEN** **EXAMEN GINECOLOGICO** **ECO** **ANALGESIA** **SANGRADO** **DOLOR**

CONCIENCIA: normal lucida soporosa excitada comatosa **PIEL Y MUCOSAS**: normal visquom rebote distendido signos perit silencio intestinal **ABDOMEN**: normal **EXAMEN GINECOLOGICO**: UTERO POR EXAMEN BIMANUAL: Tamaño AVF Posición Cuello cerrado Restos Vagina normal **ECO**: Diametro longitudinal **ANALGESIA**: Solicitada Realizada **SANGRADO**: leve moderado severo **DOLOR**: score

TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO **HALLAZGOS** **OTROS PROCEDIMIENTOS** **POST-PROCEDIMIENTO** **ANTICONCEPCION**

FECHA DE PROCEDIMIENTO: día mes año hora min

HALLAZGOS: TAMANO UTERINO: sem cm; ANEXOS NORMALES: No Si ; FETIDEZ: No Si ; RESTOS: escasos abundantes ; ANATOM. PATOLOGICA: no si

OTROS PROCEDIMIENTOS: Reparación les. utero ; Reparación les. cerv/vag. ; histerec ; tto. sepsis

POST-PROCEDIMIENTO: FECHA: día mes año hora min; tensión arterial; pulso; temp.; sangr.; dolor

ANTICONCEPCION: Inicio MAC ; ACO "pildora" ; Inyectable ; Implante

COMPLIACIONES: infección genital/pehv. ; daño órgano pélvico, etc. ; hemorragia tardía/excesiva ; Shock (no séptico)

EGRESO: FECHA: día mes año hora min; TIPO DE EGRESO: fallece contra consejo médico egreso médico lugar

REFERIDA: No Si ; psicología ; violencia ; adolescentes

57. FECHA DE INGRESO

Es la fecha que corresponde al ingreso de la gestante a la maternidad u hospital. Se registrará en día-mes-año.

58. CARNÉ

Se refiere a si la gestante presenta o no el Carné Perinatal al momento de la hospitalización para el parto o el aborto. Marcar SI/NO, según corresponda.

Si la embarazada no lleva al momento del parto carné perinatal, pero recuerda con claridad su número de controles, podrán anotarse siempre y cuando refiera la fecha aproximada de su primer y último control prenatal.

59. CONSULTAS PRENATALES TOTAL

Si presenta carné perinatal, contar el número total de consultas prenatales y registrar en la HCP. Si no presenta carné perinatal, preguntar: ¿Se hizo control prenatal alguna vez?

PARTO <input type="radio"/>		ABORTO <input checked="" type="radio"/>	
FECHA DE INGRESO		CONSULTAS PRENATALES total	
dia	mes	año	
CARNÉ <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si			

Si la respuesta es negativa, registrar 00

Si la respuesta es afirmativa, continuar: ¿Cuántos controles prenatales tuvo? y registrar el dato reportado.

60. HOSPITALIZACIÓN EN EMBARAZO

Se refiere a hospitalizaciones ocurridas por razones diferentes al parto. Si han existido hospitalizaciones durante el embarazo, se registrará el círculo amarillo que indica Sí, en ese caso también se deberá registrar el número total de días de hospitalización (Del único ingreso o la suma de días de todas los ingresos).

HOSPITALIZ. en EMBARAZO	
no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>
días	

61. CORTICOIDES ANTENATALES

La inclusión de la variable corticoide además de fundamentarse en su probada efectividad, intenta ser un recordatorio para aumentar su uso por parte de los profesionales, siendo además un indicador que permite monitorear la calidad de atención perinatal.

Es de tener presente que el esquema de corticosteroides antenatales debe ser de acuerdo al tipo de Esteroide (Dexametazona o Betametasona) con el que cuenten en cada uno de los hospitales y de acuerdo al protocolo de las guías de atención de las morbilidades obstétricas. Además la casilla “Semana de inicio” se refiere a la semana gestacional en la que se aplicó el esquema de esteroides. El que se detalla a continuación es el recomendado por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP).

CORTICOIDES ANTENATALES	
completo <input type="radio"/>	semana inicio
incompl. <input checked="" type="radio"/>	
ninguna <input checked="" type="radio"/>	
n/c <input type="radio"/>	

Registrar en la HCP la siguiente información:

- Completo: Si la gestante recibió dos dosis de 12 mg de Betametasona por vía intramuscular administradas cada 24 horas N° 2 ó 6 mg de Dexametasona por vía intramuscular administradas cada 12 horas en N° 4.
- Incompleto: Cualquier variación menor con el esquema descrito.
- Ninguna: No recibió ninguna dosis de corticoides
- N/C: No corresponde. Cuando no está indicada su administración.
- Semana de inicio: Registrar la semana de gestación al momento de administrar la primera dosis.

62. INICIO

Se refiere al inicio del trabajo de parto. Esta variable comprende 3 opciones: **“Espontáneo”** (Si el trabajo de parto inicia espontáneamente), **“Inducido”** (Si el trabajo de parto fue inducido) y **“Cesárea electiva”** (Aquellas mujeres que no iniciaron el trabajo de parto y fueron sometidas a una cesárea programada con anticipación). Si se da el caso que un parto inicia espontáneamente, pero se complica y se hace necesaria una cesárea, deberá marcar “Espontáneo” y terminación “Cesárea” (Ver variable 67 para registrar terminación)

INICIO
espontáneo <input type="radio"/>
inducido <input type="radio"/>
cesar elect. <input type="radio"/>

63. RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO O RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO					
no	dia	mes	año	<37 sem.	<input type="radio"/>
si				≥18 hs.	<input type="radio"/>
	hora	min	temp ≥ 38°C		<input type="radio"/>

La ruptura prematura de membranas, se identifica por la pérdida de líquido amniótico antes que haya empezado el trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional.

Interesa no solo la fecha de RPM sino el tiempo transcurrido hasta el parto, entonces si se confirma ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto, registrar el momento aproximado del inicio de la pérdida de líquido amniótico (Fecha y hora/min) hasta el momento del parto.

Marcar los espacios en amarillo si la pérdida se inició antes de las 37 semanas, si el tiempo de pérdida es mayor o igual a 18 horas, y si se acompaña de temperatura (Temp > 38°C).

64. EDAD GESTACIONAL AL PARTO

Registrar la edad gestacional al momento del parto, en semanas completas y días y marcar si el cálculo se basó en la FUR y/o en la ecografía.

EDAD GEST. al parto	
semanas	días
<input type="text"/>	<input type="text"/>
por FUM	por Eco.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

65. PRESENTACIÓN / SITUACIÓN

Se refiere al tipo de presentación, “cefálica”, “pelviana” o “transversa” diagnosticada en el trabajo de parto. Se marcará el círculo que corresponda.

PRESENTACION SITUACION	
cefálica	<input type="radio"/>
pelviana	<input type="radio"/>
transversa	<input type="radio"/>

66. TAMAÑO FETAL ACORDE

Se refiere a la correspondencia entre el tamaño fetal estimado por maniobras clínicas (Medición de altura uterina) y las semanas de edad gestacional. Marcar SI o NO según corresponda.

TAMAÑO FETAL ACORDE	
no	<input type="radio"/>
si	<input type="radio"/>

67. ACOMPAÑANTE (APOYO CONTINUO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO)

Registrará la presencia durante el trabajo de parto (TDP) de una persona (familiar, amigo) que ofrece apoyo emocional, información, aliento y confort, en forma continua e individualizada a la gestante.

No debe considerarse 'acompañante' al personal de salud que estuvo presente realizando únicamente evaluación clínica o administrando tratamientos.

ACOMPAÑANTE		
	TDP	P
pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ninguno	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Registrar en la HCP quién y en qué período brinda el apoyo del acompañante. Las opciones son: Pareja, familiar, otro (incluye al personal de salud que la apoyo durante la labor de parto) y ninguno.

68. TRABAJO DE PARTO DETALLES EN PARTOGRAMA:

Se registrará **SI**, cuando sea usado el partograma con curvas de alerta u otro partograma, en caso contrario marcar **NO**.

PARTOGRAMA

En caso de no usar partograma, la HCP incluye espacio para registrar los siguientes datos relacionados con la evolución del trabajo de parto:

TRABAJO DE PARTO detalles en partograma si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>	hora	min	posición de la madre	PA	pulso	contr/10'	dilatación	altura present.	variedad posc.	meconio	FCE/idps

- Hora y minutos de la evaluación (Hora, min)
- Posición de la gestante al momento de la evaluación (Caminando, decúbito dorsal [DD], decúbito lateral izquierdo [DLI], entre otras)
- Presión arterial (PA) en mm de Hg.
- Pulso en latidos por minuto.
- Contracciones uterinas en 10 minutos (Contr/10)
- Dilatación cervical en centímetros.
- Altura de la presentación (Altura present.), se refiere a los planos de Hodge o estaciones de DeLee.
- Variedad de posición (Variedad posc). Se refiere a la variedad de posición según definiciones obstétricas clásicas. Por ejemplo, OIIA, OIDA.

- Presencia o no de meconio (Meconio), si hay meconio marcar el triangulo amarillo respectivo.
- Frecuencia cardíaca fetal (FCF) en latidos por minuto y presencia de Dips (Desaceleraciones de la FCF) que se registrarán en el triángulo amarillo correspondiente.

La HCP tiene espacio para 5 evaluaciones, si se realizan más evaluaciones se recomienda agregar una línea más para el registro adicional.

69. NACIMIENTO

Se refiere al estado vital del recién nacido al momento del parto. Registrar según corresponda: la definición de nacido Vivo y Muerto se encuentra en la sección antecedentes obstétricos (variables 19 y 20)

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- **Muerto Anteparto:** Se marcará cuando la muerte ocurra antes del inicio del trabajo de parto.
- **Muerte Parto:** Muerte que ocurrió durante el trabajo de parto (Período de dilatación o expulsión).
- **Muerto Ignora momento:** Si no se puede precisar el momento en que se produjo la muerte.

Cuando el recién nacido nace muerto, existen opciones que recogen el momento de la muerte del feto, las cuales son: “anteparto” (Que se refiere a cuando el feto fallece durante el embarazo: el caso de los óbitos), “parto” (Cuando el feto fallece durante el parto) e “ignora momento” (En el caso que se desconoce el momento en que fallece el feto. Tal es el caso de los abortos).

70. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO

Marcar la hora y minutos del nacimiento, así como el día, mes y año

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 2px;">NACIMIENTO</td> <td style="padding: 2px;">vivo <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">MUERTO</td> <td style="padding: 2px;">anteparto <input checked="" type="radio"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">parto <input checked="" type="radio"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">ignora momento <input checked="" type="radio"/></td> </tr> </table>	NACIMIENTO	vivo <input type="radio"/>	MUERTO	anteparto <input checked="" type="radio"/>		parto <input checked="" type="radio"/>		ignora momento <input checked="" type="radio"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">hora</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">min</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">dia</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">mes</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">año</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	hora	min	dia	mes	año					
NACIMIENTO	vivo <input type="radio"/>																		
MUERTO	anteparto <input checked="" type="radio"/>																		
	parto <input checked="" type="radio"/>																		
	ignora momento <input checked="" type="radio"/>																		
hora	min	dia	mes	año															

71. MÚLTIPLE (NACIMIENTO MÚLTIPLE)

Registrar si el nacimiento corresponde a un nacimiento múltiple (NO/SI). En caso de nacimientos múltiples debe anotarse el orden del nacimiento en el rectángulo correspondiente, llenándose una HCP individual para cada recién nacido. El primero tendrá el Orden=1, el segundo será Orden=2, y así sucesivamente. Los datos relacionados con la madre serán comunes pero se debe poner especial cuidado en registrar los datos individuales de cada recién nacido.

MÚLTIPLE	orden
no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>
<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div>	

72. TERMINACIÓN

Registrar si la terminación del parto fue: espontánea, cesárea, fórceps, vacuum u otra (Que corresponde a aborto).

TERMINACIÓN	espont.	<input type="radio"/>	cesárea	<input checked="" type="radio"/>	otra	<input type="radio"/>
	fórceps	<input checked="" type="radio"/>	vacuum	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

73. INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO

Se registrará la causa o causas por las que se indicó la inducción o cesárea. La HCP incluye un espacio para la descripción completa de esta indicación y además ofrece rectángulos para anotar los códigos de las principales indicaciones, los que se encuentran resumidos en el reverso de la historia.

INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO	INDUC.	OPER.
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de un parto vaginal que haya sido inducido, se marcará en inicio: "Inducido" y anotar el código en la casilla "Inducción". En caso de una cesárea, escribir en la casilla "Operatorio" el código de la causa de la misma. Probablemente en algunos casos será necesario registrar ambos códigos, es decir cuando a una mujer se le han realizado ambas intervenciones (Ej: una inducción que finalizó en cesárea). La manera correcta de llenado de los espacios es iniciando de derecha a izquierda como lo indica la flecha azul.

74. POSICIÓN PARTO

Indicar la posición de la paciente durante el período expulsivo: sentada, acostada o en cuclillas.

POSICIÓN PARTO	sentada	<input type="radio"/>	acostada	<input type="radio"/>
	cuclillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

75. EPISIOTOMÍA

Registrar si se realizó episiotomía (SI/NO)

76. DESGARROS (Grado 1 a 4)

En caso de producirse desgarros durante el parto marcar en el casillero correspondiente. Registrar el grado respectivo (1 a 4) en el triángulo correspondiente.

EPISIOTOMÍA	no	<input type="radio"/>	si	<input type="radio"/>
DESGARROS Grado (1 a 4)	no	<input type="radio"/>	si	<input checked="" type="radio"/>

77. OXITÓCICOS

Registrar si se utilizó oxitócico en el prealumbramiento (MATEP) o en el postalumbramiento. Prealumbramiento incluye el uso de oxitócicos antes de la expulsión de la placenta. Postalumbramiento incluye el uso de oxitócicos después de la salida de la placenta. En esta variable no se incluye el uso de oxitócicos para la inducción o estimulación de las contracciones uterinas. Dicho dato debe registrarse en la variable "Medicación Recibida".

77.I Cuando la mujer verifica un parto vaginal y se cumple oxitocina como manejo activo del tercer periodo (MATEP), para consignar su cumplimiento en forma correcta, deberá marcar las siguientes variables:

a) Espontáneo y b) Oxitócico pre-alumbramiento, así:

a)

OXITÓCICOS	prealumbr.	postalumbr.		
	no	si	no	si
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

b)

TERMINACIÓN	espont.	<input type="radio"/>	cesárea	<input checked="" type="radio"/>	otra	<input type="radio"/>
	fórceps	<input checked="" type="radio"/>	vacuum	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

77.II En el caso que se haya cumplido oxitocina para la inducción del parto y luego se aplicó para manejo activo del tercer período, será necesario marcar las dos opciones: a) Espontáneo, b) Oxitócico en trabajo de parto (TDP), c) Oxitocina prealumbramiento y d) anotar el código numérico de la razón de la inducción del parto que aparece al reverso de la hoja de la historia clínica perinatal base (HCPB), tal como se demuestra a continuación:

a) TERMINACIÓN espont. cesárea otra forceps vacuum

b) MEDICACIÓN RECIBIDA: octóxicos en TDP no si

c) OCITÓCICOS prealumbr. postalumbr. no si no si

d) código INDUC.

78. PLACENTA

PLACENTA completa no si retenida

Se refiere a si la placenta se ha expulsado completa **(SI/NO)** o ha quedado retenida **(SI/NO)**. Si se presenta retención de restos placentarios deberá marcar **NO** en placenta completa, si la placenta es retenida completamente marcar SI en retenida y marcar el código 31 de patología materna.

79. PINZAMIENTO DEL CORDÓN

LIGADURA CORDÓN precoz no si

La recomendación actual de MINSAL, es que el pinzamiento del cordón en neonatos sanos debe realizarse aproximadamente entre 1 y 2 minutos de vida. Registrar SI cuando la ligadura ha ocurrido mientras el cordón está turgente y pulsando del lado placentario. Marcar NO si la ligadura no fue precoz.

80. MEDICACIÓN RECIBIDA

MEDICACIÓN RECIBIDA	octóxicos en TDP	antibiót.	analgesia	anest. local	anest. region.	anest. gral.	transfusión	otros	no	si	código	
	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	especificar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	medic 1

Se refiere a la medicación administrada durante el trabajo de parto o parto. La lista incluye:

- Sulfato de magnesio: en caso de preeclampsia
- Oxitocicos en trabajo de parto (Oxitocicos en TDP)
- Antibioticos
- Anestesia regional (Anest, región.): incluye la analgesia peridural, raquídea y mixta.
- Anestesia general (Anest. gral)
- Transfusión: se refiere a sangre entera o hemoderivados (Glóbulos, plaquetas, plasma).
- Otros: especificar el nombre y codificar haciendo uso de los códigos impresos en el reverso de la HCP

En la última columna de este recuadro hay tres grupos de rectángulos que permiten registrar hasta 3 códigos de otras patologías maternas. Si un diagnóstico no se encuentra en la lista de patologías; entonces debe buscarse el código respectivo en el reverso de la HCP, si la patología no estuviera codificada en el reverso de la HCP se sugiere obtener el código del listado de la CIE 10 (Patologías del embarazo, parto y puerperio).

'Ninguna' (Que será llenada al egreso materno si es que no se produjo ninguna patología durante el embarazo, el parto y el puerperio) y '1 o más', que debe marcarse si una o más complicaciones sea detectada, antes o luego del egreso. Se debe tener presente que en caso que una mujer reingrese, se deberá marcar esta opción y registrar en la HCP la patología que la motiva.

Esta sección debe ser cuidadosamente revisada al momento del alta para asegurarse que todas las complicaciones han sido incluidas.

Sección: RECIÉN NACIDO

En caso de ABORTO en esta sección dejará muchos datos en blanco (Ejemplo: sexo, talla, defectos congénitos); pero asegurarse de marcar Nacimiento: Muerto – Ignora el Momento y la Edad Gestacional a la expulsión. Registrar además Apgar 1er min 00 , 5to min 00.

En caso de Muerte Fetal (Óbito fetal) registrar Sexo, Malformaciones, Peso y Longitud al Nacer, Edad y asegurarse de marcar Nacimiento: Muerto – Anteparto o Parto (según corresponda) y la Edad Gestacional al parto. Registrar además Apgar 1er min 00 5to min 00.

Si fallece posterior al parto, deberá llenar la variable nacimiento: Nace vivo, todas las variables correspondientes al recién nacido. En el egreso del recién nacido registrar egreso fallece

82. SEXO

Marcar el casillero que corresponda (Femenino, Masculino o No definido)

83. PESO AL NACER

Registrar el peso al nacer en gramos. Marcar el casillero amarillo si el peso es <2500 g o si es ≥4000 g.

84. PERÍMETRO CEFÁLICO

Registrar la medida del perímetro cefálico en centímetros.

85. LONGITUD

Registrar la longitud del recién nacido en centímetros.

86. EDAD GESTACIONAL

Registrar la edad gestacional en semanas completas y días, también registrar si fue calculada a partir de la FUR o por ecografía. Si no se dispone de EG se puede utilizar la medición del perímetro cefálico del recién nacido, en este caso se marcará el círculo amarillo que dice 'Estimada'.

87. PESO PARA EDAD GESTACIONAL

Se refiere al peso del recién nacido en relación a su edad gestacional, usando un patrón de referencia de la distribución de peso en las diferentes edades gestacionales. De acuerdo a donde se ubique en esta gráfica el recién nacido podrá ser catalogado como: “adecuado”, “pequeño” o “grande” para la edad gestacional

88. APGAR (Min)

Registrar el puntaje de Apgar al 1er y 5º minuto de vida.

RECIÉN NACIDO		P. CEFÁLICO cm	EDAD GESTACIONAL		PESO E.G.	APGAR (min)
SEXO	PESO AL NACER		sem.	días		1er
f m					adec. <input type="radio"/>	
<input type="radio"/> <input type="radio"/>					peq. <input checked="" type="radio"/>	
no definido <input checked="" type="radio"/>	<2500g <input checked="" type="radio"/> ≥4000g <input checked="" type="radio"/>	LONGITUD cm			gde. <input checked="" type="radio"/>	5º
				FUM		
				ECO		
				<input checked="" type="radio"/> ESTIMADA		

89. REANIMACIÓN

REANIMACIÓN	no	si	
estimulac.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	En este casillero la HCP incluye la lista de procedimientos que pueden ser utilizados durante la recepción/reanimación del recién nacido
aspiración	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
máscara	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	De estos datos, usted deberá escoger sólo un paso y será aquel de mayor complejidad, ej: Si al recién nacido se le aplicó oxígeno, máscara, tubo y
oxígeno	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	masaje, deberá escoger en la base de datos la variable masaje; dando por
masaje	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	entendido que los pasos antecesores fueron realizados.
tubo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	

90. FALLECE EN LUGAR DE PARTO

FALLECE en LUGAR de PARTO	no	si	
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Marcar SI cuando el neonato nació vivo pero falleció en la sala de partos; de lo contrario, marcar NO .

91. REFERIDO

REFERIDO	abi. neon. otro	corij. teleg. hosp.	
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Se refiere al destino del recién nacido luego de su recepción en sala de partos. Las posibilidades incluidas en la HCP son:
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Enviado a alojamiento conjunto (Aloj. Conj.) • Enviado a la unidad de neonatología ya sea intensiva o intermedia • Referido a otro establecimiento • Marcar según corresponda.

92. DEFECTOS CONGÉNITOS

La HCP incluye un espacio para consignar la presencia o ausencia de defectos congénitos. Si los hubiera, ver el reverso de la HCP para identificar el código que corresponde al defecto congénito detectado. Marcar los círculos amarillos si se trata de una malformación congénita mayor o menor.

Se entiende por malformación mayor aquella capaz de producir la pérdida de la función del órgano sobre el cual asienta, por ejemplo agenesia del pulgar. Las malformaciones

menores, al no provocar la pérdida de función suelen ser especialmente estéticas (Por ejemplo: papiloma preauricular).

93. ENFERMEDADES DEL RECIÉN NACIDO

Esta sección es para registrar otras enfermedades distintas a los defectos congénitos. Se recomienda llenarla conforme se vayan haciendo los diagnósticos. La forma correcta de llenado de los espacios es iniciando de arriba hacia abajo, como lo indica la flecha azul. Consultar el reverso de la HCP (Patología Neonatal), para identificar el código correspondiente. La HCP incluye espacio para registrar hasta 03 códigos y al lado proporciona espacio para escribir el detalle del diagnóstico. Tomar nota que además existen dos variables de resumen: 'Ninguna' (Si no hubo patologías en el recién nacido desde el nacimiento hasta el alta) o '1 o más' en caso contrario.

DEFECTOS CONGÉNITOS		ENFERMEDADES	
<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> menor	<input type="radio"/> ninguna	<input type="radio"/> 1 ó más
<input type="radio"/> mayor			
código		código	

94. TAMIZAJE NEONATAL

VDRL	Tlo.	TSH	Hbpatía	Bilirrub	Toxo IgM
- <input type="radio"/>	<input type="radio"/> no	- <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
+ <input type="radio"/>	<input type="radio"/> sí	+ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
no se hizo <input type="radio"/>	n/c <input type="radio"/>	no se hizo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	s/d <input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La principal justificación para la existencia del tamizaje neonatal es la prevención de daño severo mediante el inicio de un tratamiento oportuno. La HCP incluye las siguientes pruebas de tamizaje:

- Sífilis (VDRL)
 - Hipotiroidismo (TSH)
 - Hemoglobinopatías (hbpatia), especialmente anemia falciforme en etnias afrodescendientes.
 - Ictericia al alta (Bilirrub)
 - Toxoplasmosis (Toxo IgM)
- Si realizó alguna de estas pruebas, registrar el resultado (negativo/positivo o no se hizo).

95. MECONIO

Meconio 1 ^{er} día	
<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> sí

Registrar en este recuadro si el neonato ha expulsado meconio en el primer día de vida. Marcar (SI/NO) según corresponda.

Sección: PUERPERIO

Este sector esta destinado al registro de los controles del puerperio

- Dia, hora y min: al momento del examen puerperal
- Temperatura al momento de examen
- Pulso: numero de latidos por min
- Presión arterial (PA): en mm de Hg.

PUERPERIO						
dia	hora	T°C	PA	pulso	Invo. uter.	loquios

- Involución uterina (Invol. uter): Se refiere a si el útero está o no involucionado.
- Loquios: sus principales características: Fetidez y cantidad.

96. ANTIRUBEOLA POSTPARTO

Se refiere a si es necesario administrar la vacuna antirubeólica en el posparto en mujeres con historia que no han sido inmunizadas previamente. Esta medida preventiva busca beneficiar al siguiente embarazo

Antirubeola Post parto	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Yglobulina anti D	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	no	si	n/c		no	si	n/c

Marcar “no corresponde” si la paciente tiene la vacuna vigente y por lo tanto, no fue necesario vacunarla. Marcar (SI) cuando la mujer debía recibir la vacuna y es vacunada al alta y se marcará (NO) cuando una mujer que debía ser vacunada es dada de alta, sin recibir la vacuna.

Sección: EGRESO DEL RECIÉN NACIDO

En todos los casos en que el recién nacido es derivado a otro servicio o institución diferente a la maternidad en donde se llenó la HCP, se deberán establecer los mecanismos necesarios (Sacar fotocopia del esta sección y anexarla al expediente del recién nacido, hacer doble hoja de la HCP una para la madre otra para el niño, etc.) para tener conocimiento acerca de la evolución del neonato. En particular, la HCP debe quedar disponible hasta el alta definitiva del recién nacido, para registrar en la propia historia el estado (vivo o fallece), su peso y fecha al alta.

97. EGRESO RN

Debe llenarse en todos los casos donde el nacimiento fue un niño vivo. No debe llenarse en caso de aborto o nacido muerto:

- Si el niño nació vivo y sigue vivo al momento del alta, entonces EGRESO RN debe incluir la fecha y hora del alta. Además debe marcarse el círculo ‘vivo’.
- Si el niño nació vivo pero por alguna complicación requiere ser trasladado a otro establecimiento, entonces EGRESO RN debe incluir la fecha y hora de la transferencia. Además debe marcarse el círculo ‘traslado’ y anotar el código que identifique el lugar al cual traslada.
- Si el niño nació vivo y muere, el EGRESO RN debe incluir la fecha y hora del fallecimiento, además de marcarse el círculo ‘fallece’. Si el fallecimiento ocurre fuera del lugar de nacimiento, debe figurar claramente el código del establecimiento donde ocurrió la muerte.
- En caso de ABORTO y de MUERTE FETAL, esta sección queda en blanco.
- Para el caso de los traslados o referencias, la HCP incluye los siguientes datos:
- Fallece durante o en lugar de traslado: Marcar según corresponda (SI/NO)
- Edad en días completos en que ocurrió el fallecimiento. Si la muerte se produce dentro de las primeras 24 horas marcar el círculo “< 1 día”.

En el caso que el recién nacido sea referido a otro hospital tendrá que contactarse con el hospital a donde lo refirió para saber la condición del bebé después de la referencia y marcar esta variable.

Para los neonatos que no fueron transferidos, este cuadro debe quedar en blanco.

98. ALIMENTO AL ALTA

Indicar el tipo de alimentación que el niño ha recibido durante su estadía en la institución:

- Lactancia materna exclusiva (Lact. excl.): Sólo ha recibido leche materna y ningún otro líquido o leche artificial
- Lactancia no exclusiva (parcial): recibió leche materna y además líquido o leche artificial.

99. BOCA ARRIBA

Se refiere a si la madre ha recibido información sobre los beneficios de colocar al recién nacido boca arriba cuando se encuentra en la cuna. Marcar si la madre ha recibido esta información (SI/NO)

100. BCG

Marcar (SI/NO) si el neonato ha recibido o no la vacuna BCG antes del alta.

101. PESO AL EGRESO

Anotar el peso del recién nacido en gramos al momento del alta de la institución. En caso de alojamiento conjunto se anotará el mismo peso al nacimiento.

102. CERTIFICADO RECIÉN NACIDO

Este espacio es para el registro del número de certificado de nacimiento otorgado.

103. NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO

Este espacio es para el registro del número de historia clínica otorgado por el establecimiento.

104. NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO

Anotar el nombre completo del recién nacido. Registrar por lo menos los apellidos si el nombre aún no ha sido escogido por los padres.

105. RESPONSABLE

Anotar el nombre del médico responsable del alta del RN.

EGRESO RN		vivo <input type="radio"/>	fallece <input checked="" type="radio"/>	traslado <input checked="" type="radio"/>	fallece durante o en lugar de traslado <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	EDAD días completos	ALIMENTO AL ALTA	Boca arriba	no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>
dia	mes	año	hora	min				<1 día <input type="radio"/>	lact. excl. <input type="radio"/>	BCG	no <input checked="" type="radio"/>	si <input type="radio"/>
Id. RN				lugar				PESO AL EGRESO		g		
Nombre Recién Nacido						Responsable						

Sección: EGRESO MATERNO

En todos los casos en que la mujer es referida a otro servicio o institución diferente a la maternidad en donde se llenó la HCP, se deberán establecer los mecanismos necesarios para tener conocimiento acerca de la evolución de la salud de la mujer. En particular, la HCP debe quedar disponible hasta el alta definitiva de la mujer, para registrar en la propia historia su estado (Viva o fallece) y la fecha al alta.

106 .EGRESO MATERNO se refiere al estado al momento del alta (Viva o fallece).

- Si la madre está viva al momento del alta, entonces EGRESO MATERNO debe incluir la fecha y hora del alta. Además debe marcarse el círculo 'viva'.
- Si la madre presentó alguna complicación y requiere ser trasladada a otro establecimiento, entonces EGRESO MATERNO debe incluir la fecha y hora de la referencia. Además debe marcarse el círculo 'traslado' y anotar el código que identifique el lugar del traslado.
- Si la madre falleció en el establecimiento donde ocurrió el parto, entonces EGRESO MATERNO debe incluir la fecha y hora del fallecimiento. Además debe marcarse el círculo 'fallece'
- Para el caso de los traslados o referencias, la HCP incluye los siguientes datos:
 - Fallece durante o en lugar de traslado: Marcar según corresponda (SI/NO).
 - Edad en días completos en que ocurrió el fallecimiento.
 - Para las madres que no fueron referidas, este cuadro debe quedar en blanco.
 - Debido a que el carné perinatal deberá ser presentado por la mujer en el control puerperal no se admiten en él las opciones vinculadas a un fallecimiento.

EGRESO MATERNO			traslado	lugar	días completos desde el parto		
dia	mes	año	<input checked="" type="radio"/>				
viva	fallece	fallece durante o en lugar de traslado	no	si			
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
Responsable							

Sección: ANTICONCEPCIÓN

107. CONSEJERÍA

Marcar (SI/NO) si la mujer recibió consejería sobre anticoncepción antes del alta. Este dato debe llenarse en toda mujer que haya tenido un parto o aborto

108. MÉTODO ELEGIDO

Marcar el método seleccionado por la mujer luego de la consejería. Este listado incluye:

- DIU (Post parto o post aborto). Marcar esta opción significa que se ha colocado el DIU antes del alta.
- Barrera: condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón cervical.
- Hormonal: oral (Píldoras), transdérmico (Parche, vaginal), implante subdérmico o inyectable.
- Ligadura tubaria.
- Natural: método de día fijo, método de amenorrea por lactancia, abstinencia periódica, ritmo, Billings, entre otros.
- Otro.
- Ninguno: Marcar esta opción significa que la mujer no ha elegido ningún método aún.
- Referida.

ANTICONCEPCIÓN	
CONSEJERÍA	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
MÉTODO ELEGIDO	
DIU post-evento <input type="radio"/>	ligadura tubaria <input type="radio"/>
DIU <input type="radio"/>	natural <input type="radio"/>
barrera <input type="radio"/>	otro <input type="radio"/>
hormonal <input type="radio"/>	ninguno <input checked="" type="radio"/>

109. RESPONSABLE

Completar con apellido y nombre del médico responsable del alta.

MANIOBRAS DE LEOPOLD

El examen del abdomen debe efectuarse en forma sistemática mediante las cuatro maniobras descritas por Leopold y Spornlin en 1894. La mujer debe estar cómoda, acostada en posición supina con el abdomen descubierto. Durante el curso de las primeras tres maniobras el examinador se ubica de pie y de frente a la paciente del lado derecho de la paciente; la última maniobra se realiza con el examinador de pie pero de cara a los pies de la paciente. En las pacientes obesas o en los casos de implantación anterior de la placenta, las maniobras de Leopold pueden ser muy difíciles (o imposibles) de realizar o interpretar.

PRIMERA MANIOBRA.

Después de identificar el contorno uterino y determinar la distancia entre el cartílago xifoides y el fondo uterino con los extremos de los dedos de ambas manos hace presión para establecer el polo fetal presente en el fondo uterino.

Las nalgas se palpan como un cuerpo nodular voluminoso, mientras que la cabeza es una estructura dura y redondeada con una mayor movilidad.



SEGUNDA MANIOBRA.



Después de determinar el polo fetal presente en el fondo del útero, el examinador coloca las palmas de las manos a ambos lados del abdomen y ejerce una presión suave pero firme. De uno de los lados es posible percibir una estructura dura y resistente que corresponde a la espalda; del lado opuesto la palpación revela numerosas partes pequeñas, irregulares y móviles correspondientes a las extremidades fetales.

En las mujeres con una pared abdominal delgada las extremidades fetales a menudo pueden diferenciarse con precisión. En presencia de obesidad o de una cantidad considerable de líquido amniótico, la espalda se percibe con más facilidad si se ejerce una presión firme con una mano y contrapalpación con la mano opuesta.

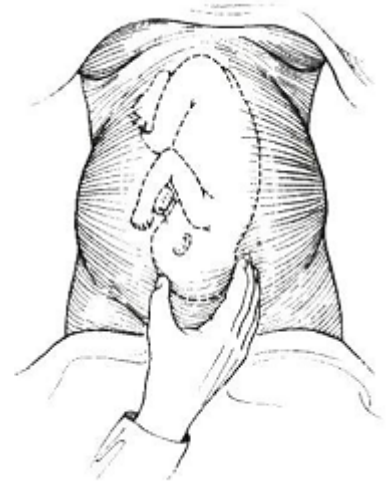
La determinación de la dirección anterior, transversal o posterior de la espalda permite evaluar con mayor precisión la orientación fetal.

TERCERA MANIOBRA.

Mediante el pulgar y los dedos de una mano, el examinador pinza la parte inferior del abdomen de la madre inmediatamente por arriba de la sínfisis del pubis. Si la parte de presentación no se encuentra encajada se percibe una parte libremente móvil, por lo general la cabeza fetal.

La diferenciación entre la cabeza y las nalgas se establece de acuerdo a lo indicado en la primera maniobra. Si la parte de presentación no se encuentra encajada sólo resta determinar la actitud de la cabeza. Si mediante una palpación cuidadosa es posible establecer que la prominencia cefálica se encuentra del mismo lado que la espalda, la cabeza debe estar extendida.

Sin embargo, si la parte de presentación se encuentra profundamente encajada, los hallazgos resultantes de esta maniobra solo indican que el polo fetal inferior se encuentra fijo en la pelvis y los detalles deberán determinarse mediante la cuarta maniobra.



CUARTA MANIOBRA.

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



Los extremos de los dedos índices, medio y anular de cada mano ejercen una presión profunda en dirección del eje del estrecho superior de la pelvis.

En muchos casos, cuando la cabeza descendió en el interior de la pelvis la tercera maniobra permite diferenciar con claridad el hombro anterior. En la presentación de nalgas la información resultante de esta maniobra es menos certera.

CONSEJERIA EN LA ATENCIÓN PRENATAL

QUE ES CONSEJERIA

Proceso de interacción interpersonal en el cual una persona ayuda a otra en la toma de una decisión y actuar en consecuencia. Proceso progresivo que comienza con la exploración y expresión de las consideraciones de una persona respecto a un problema o circunstancia y a la elección de alternativas de solución para intervenirlo.

PROPOSITOS DE LA CONSEJERIA

1. Asegurar que el cliente o usuario tome decisiones libres, informadas y voluntarias acerca de su salud
2. Ayuda a la usuaria a considerar sus necesidades y sentimientos particulares
3. Ofrece información y permite que la usuaria la aplique a sus necesidades y circunstancias particulares
4. Facilita a la usuaria a cumplir las indicaciones sobre los cuidados de su salud durante su embarazo
5. Permite a la usuaria considerar su situación personal y su entorno para la toma de decisiones
6. Ayuda a que las usuarias comprendan la importancia de asistir al control prenatal, para la vigilancia de su salud y la del niño/a
7. Contribuye a que considere la importancia del espaciamiento de sus embarazos (espacio inter genésico)

INTERACCIÓN USUARIA-PROVEEDOR

1-Entablar una buena relación comunicativa:

- Llamarle por su nombre
- Asegurar la privacidad y confidencialidad
- Mostrar una actitud positiva y alentadora/motivadora
- Alentar a las usuarias a hacer preguntas y compartir información
- Escuchar y observar lo que dicen y hacen las usuarias
- Usar un tono de voz amigable y postura atenta para transmitir cordialidad interés y respeto

2-Enfocar la atención en la usuaria

- Responder primero a la necesidad, interés o pregunta expresada por la usuaria
- Indagar sobre el estilo de vida de la usuaria, etapa de vida, metas y preferencias
- Ayudar a la usuaria a entender estos factores en su proceso de control prenatal
- Responder a las inquietudes de la usuaria, incluyendo rumores en forma respetuosa y constructiva

3-Comunicar claramente la información medica

- Ser breve
- Usar lenguaje adaptado al nivel de la usuaria
- No dar demasiada información, ni irrelevante
- Motivar a hacer preguntas y dar el tiempo suficiente

- Comprobar la comprensión de las usuarias
- Cuando sea necesario utilizar ayudas técnicas para guiar el proceso de consejería

Cualidades del consejero/a

- Deseo de trabajar con la gente y ayudarla
- Creer en el valor de la importancia del control prenatal
- Respeto por la gente y por su derecho a tomar sus propias decisiones
- Actitud imparcial frente a todos las usuarias (edad, raza, religión, clase educación o género, orientación sexual)
- Conciencia de los propios valores y limitaciones
- Actitud abierta, comprensiva y respetuosa frente a la expresión de sentimientos
- Tolerancia por los valores diferentes a los propios
- Actitud imparcial frente a los diferentes métodos de planificación familiar

Habilidades del Consejero/a

- Crear ambiente de confianza
- Mostrar interés
- Saber comunicarse
- Escuchar activamente
- Saber escuchar y preguntar
- Hacer preguntar eficazmente
- Conocer el tema
- Brindar información clara y correcta
- Usar lenguaje sencillo

DIFERENCIA ENTRE INFORMACIÓN Y CONSEJERIA

Información

- Proporciona datos/ información
- Amplia el conocimiento
- No hay profundización sobre el tema
- Comunicación Unidireccional
- Ejemplo: Charla, conferencia

Consejería

- Comunicación Bidireccional (Proceso interactivo)
- Exploración y consideración de expresión de inquietudes y sentimientos
- Provee información
- Ayuda a la toma de decisión
- Amplia el conocimiento

Técnica de consejería

- Preséntese con la embarazada, muestre una actitud de respeto y empatía
- Propicie un espacio de confianza.
- Propicie un espacio físico, que permita desarrollar la actividad con privacidad y sin barreras
- Identifique la condición emocional de la embarazada: se muestra atenta, deprimida, no desea hablar, con tendencia al llanto, desvía la mirada, cabizbaja.

- Indague sus intereses, preocupaciones u otras situaciones relacionadas con el embarazo o salud en general.
- Identifique la situación principal que le preocupa.
- Retome elementos identificados en la historia clínica
- Considerando estos dos últimos apartados, y dependiendo de cada caso individual, desarrolle la consejería
- Induzca a que la embarazada exprese los elementos o condiciones que inciden en su situación, recuerde que usted como profesional no debe dar soluciones a la situación de la embarazada
- Indague los posibles apoyos: familiares, sociales, comunitarios que contribuyan a la solución del problema de la embarazada. (compañero de vida, líder religioso, amigas, otro familiar, entre otros)
- Permita que sea la embarazada la que de alternativas de solución a su situación específica.
- Si la embarazada ha planteado alternativas de solución, permita que haga una recapitulación de las mismas y a los acuerdos y compromisos adquiridos.
- No permita que la usuaria se retire, si la condición que la afecta amenaza su vida.
- Si la condición del caso amerita atención por especialista. refiera donde corresponda.

Durante el control prenatal de consejería sobre los siguientes aspectos:

Estilos de Vida Saludables	<p>EJERCICIO: Indique mantener un nivel de ejercicio moderado y realizar ejercicios de relajación.</p> <p>REPOSO: Recomiende reposar en decúbito lateral izquierdo y tomar descanso durante media hora después del almuerzo.</p> <p>NUTRICIÓN: Indague sobre recursos con que cuenta la mujer. Aconseje mantener una alimentación balanceada, rica en calcio, hierro, ácido fólico, que cubra las necesidades gestacionales. Brinde consejería especial en mujeres de bajo peso y sobrepeso, adolescentes, primigestas, y mujeres viviendo con VIH.</p> <p>Recomiende EVITAR la AUTOMEDICACIÓN</p>
Planificación familiar	<p>Brinde consejería sobre los diferentes métodos de PF para que la mujer seleccione el método que usará después del parto o aborto. Ver anexo 23</p> <p>Discuta la importancia del intervalo intergenésico de 24 meses para la recuperación de la mujer y la salud del recién nacido/a</p> <p>Si la mujer elige la esterilización, llene hoja de consentimiento informado. Oriente a la usuaria que debe presentarla al momento de su ingreso para la atención del parto.</p>
Lactancia Materna	<p>Informe sobre los beneficios de la lactancia materna</p> <p>Muestre a la madre la técnica de amamantamiento y cómo mantener la lactancia, incluso si ha de separarse de su hijo.</p> <p>Fomente la lactancia materna a libre demanda.</p> <p>Indique dar al recién nacido sólo leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.</p> <p>Recomiende la cohabitación de la madre y el lactante durante las 24 horas del día.</p>

Sexualidad	<p>Involucre a la pareja. Oriente y aclare dudas de la mujer y su pareja. Promueva la expresión de sentimientos. Oriente sobre relaciones sexuales coitales: posiciones recomendadas, contraindicaciones.</p>
Violencia basada en Género	<p>Indague si existe violencia basada en género (intrafamiliar / sexual) actual o previa. Ver anexo 26 Si es necesario, brinde atención en crisis. Refiera para consejería especializada. Empodere a la mujer. Informe a mujer sobre mecanismos de protección judicial y opciones legales. Fomente la denuncia. Refiera a atención psicológica y a grupos de auto-ayuda con sobrevivientes de violencia en el área. Identifique trastornos de salud mental (ansiedad, depresión, intento suicida) De aviso a la autoridad competente (Fiscalía, PNC).</p>
Identificación de grupos vulnerables: Adolescentes embarazadas	<p>Cuando interactúe con una adolescente no realice juicios de valor ni la cuestione. Asegúrele confidencialidad. Apóyela. Retome sus fortalezas. Considere la dificultad para comunicarse en aspectos relacionados con la sexualidad (por temor a ser descubierta por sus padres o a la desaprobación de los adultos). Recuerde que el embarazo puede ser no deseado o producto de violencia. Explore si se encuentra deprimida o con ansiedad. Recuerde la posibilidad de intento suicida. Explore si es víctima de violencia basada en género (VIF / sexual). Si es el caso, refiérala para atención psicológica y de aviso a Fiscalía, PNC, Juzgado de Familia, ISNA, Juzgado de Protección al Menor. Acompáñela en la toma de decisiones respecto a: Planificación familiar; Parto institucional; Prevención de ITS / VIH; Espaciamiento intergenésico. Refiérala a Círculos Educativos para Adolescentes Embarazadas.</p>
Embarazo No Planeado	<p>Indague si embarazo es no deseado. Identifique trastornos de salud mental (depresión, ansiedad, intento suicida) Refiera a atención psicológica</p>
Preparación para el Parto	<p>La educación sobre las características del parto y la asistencia oportuna al lugar de atención, reduce el número de visitas por falso trabajo de parto. Aclare dudas. Corrija mitos acerca del parto. Coordine y organice pasantía hospitalaria antes del parto. Oriente sobre pasos a seguir en su ingreso para la atención del parto. Recuérdale llevar al hospital donde atenderán su parto, el carnet</p>

	<p>materno y copia del documento de identificación de ella y el padre del recién nacido. Carta de 12 semanas, controles prenatales y reportes de ultrasonografías.</p> <p>Investigue sobre la procedencia de la gestante, desarrolle estrategia para acudir a la atención del parto en el hospital correspondiente según su adscripción.</p>
<p>Salud Bucal</p>	<p>Estudios e investigaciones internacionales recientes señalan que si las mujeres se embarazan y sufren de enfermedad periodontal pueden presentar un mayor riesgo de tener un parto prematuro y bebés de bajo peso al nacer.</p> <p>Mantener la boca siempre limpia y saludable es esencial para una buena salud de todo el cuerpo. Nuestra boca es por dónde nos alimentamos y cualquier tipo de complicación con esa parte de nuestro organismo probablemente traerá problemas para otras partes del cuerpo, como por ejemplo dolores de estómago, en el caso de una dificultad en masticar, o dolores de cabeza, que pueden ser causados por caries que dañan los dientes.</p> <p>La salud de la boca puede ser un indicador de la salud del cuerpo. Los problemas bucales no son solamente caries, dolores de muela y dientes torcidos o manchados. Numerosas enfermedades, como la diabetes, el VIH, el cáncer y algunos trastornos alimenticios, pueden provocar problemas de salud bucal.</p> <p>Promover el cepillado y uso del hilo dental, después de cada comida</p> <p>Hábitos alimenticios adecuados: Orientar a la usuaria en el consumo de frutas y verduras, disminuir la ingesta de dulces, refrescos azucarados</p> <p>Evitar el uso del tabaco</p> <p>Referir al odontólogo para evaluación del estado de salud bucodental y realización de tratamientos dentales</p> <p>La enfermedad periodontal es una enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes. La bacteria presente en la placa causa la enfermedad periodontal. Si no se retira, cuidadosamente, todos los días con el cepillo y el hilo dental, la placa se endurece y se convierte en una sustancia dura y porosa llamada cálculo (también conocida como sarro).</p> <p>Las toxinas, que se producen por la bacteria en la placa, irritan las encías. Al permanecer en su lugar, las toxinas provocan que las encías se desprendan de los dientes y se forman bolsas periodontales, las cuales se llenan de más toxinas y bacteria.</p> <p>Conforme la enfermedad avanza, las bolsas se extienden y la placa penetra más y más hasta que el hueso que sostiene al diente se destruye. Eventualmente, el diente se caerá o necesitará ser extraído.</p>

DESARROLLO DE UN PLAN DE PARTO Y EMERGENCIA

- Toda mujer embarazada debe tener un plan de parto que la apoye en cumplir con el parto institucional y traslado en caso de emergencia (Estándar)
- **Atención institucional del parto**
- Explique por que es importante que lleve a cabo su parto institucional
- Coménteles que una complicación puede desarrollarse durante el parto y que no es siempre predecible
- Un establecimiento tiene el personal, el equipo, los suministros y medicamentos disponibles para proveerle el mejor cuidado en caso necesario y un sistema de referencia y retorno
- Si es VIH +, ella necesitará un tratamiento ARV para ella y su niño durante el parto
- Las complicaciones son más frecuentes en las mujeres VIH + y sus hijos, por ello una mujer VIH+ debe dar a luz en un establecimiento, asegúrese que lo haga y déle seguimiento domiciliar al cumplimiento de esta decisión

Aconseje como prepararse

- Revise los arreglos para el parto
 - ¿Cómo se va a trasladar? ¿Tendrá que pagar el transporte? ¿Ha considerado como cubrir este gasto?
 - ¿Puede comenzar los ahorros desde este momento?
 - ¿Quién la acompañará para apoyarla durante el trabajo y el parto?
 - ¿Quién la ayudará a cuidar de sus hijos y su casa mientras esté afuera?
- Aconseje cuando debe salir hacia el establecimiento
- Si vive cerca del hospital o unidad de salud que atienden partos, ella debe irse a las primeras señales de trabajo de parto:
 - Si tiene descarga sanguinolenta
 - Si tiene contracciones dolorosas cada 20 minutos o más
 - Si tiene salida de líquido por ruptura de membranas
 - Si vive a más de 1 hora, aconseje que busque ayuda en la comunidad, si es necesario
- Si tiene los siguientes signos de complicaciones, debe irse inmediatamente, no importa si es de día o de noche,
 - Sangramiento vaginal
 - Convulsiones
 - Severa cefalea con visión borrosa
 - Fiebre y gran debilidad
 - Respiración rápida y dificultosa
 - No ve nada
 - Ruptura de membranas
- Si tiene los siguientes signos de complicaciones, debe irse tan pronto como sea posible al establecimiento
 - Fiebre
 - Dolor abdominal
 - Se siente enferma

- Hinchazón de dedos, cara, piernas
- Contracciones antes de tiempo
- Discuta los aspectos de emergencia con la mujer, su marido y familia
 - ¿A dónde irían?
 - ¿Cómo llegarán?
 - ¿Cual es el costo de los servicios y el transporte?
 - ¿Quién le donará sangre en caso necesario?
 - ¿Quién irá con ella para apoyarla en el trabajo y el parto?
 - ¿Quién cuidará a los hijos?
 - ¿Puede iniciar ahorros desde este momento?
 - ¿Quién puede ayudarlos en la comunidad?
 - Recuérdele que tenga siempre a mano su carnet materno, aunque sea por una visita de emergencia
- Aconseje sobre qué debe llevar al establecimiento donde tendrá su parto
 - Su carnet materno
 - Ropa limpia para cubrir y secar al bebé
 - Ropa limpia para ella y toallas sanitarias suficientes
 - Vestido para ella y el bebé para el alta
 - Ropa, agua y alimentos para la persona que le apoyará
 - Chancletas, cepillo de dientes, cepillo de pelo
- Si tendrá su parto en casa atendido por personal calificado

Consejería sobre Planificación Familiar

- Discuta sobre la importancia de la planificación familiar y particularmente de mantener un espacio intergenésico aceptable para la recuperación de ella y la salud del niño que va a nacer, incluya si es posible a su pareja u otro familiar
- Explíquele que después del parto, si ella tiene relaciones sexuales y no está lactando en forma exclusiva, puede embarazarse tan pronto como a las 4 semanas después del parto. Por lo tanto es importante pensar lo más temprano acerca de qué método de PF va a utilizar
- Haga arreglos para que la mujer tome una decisión libre e informada. (Folleto “métodos de PF”)
- Oriente e instruya sobre el uso de condones para protegerse ella y su bebé de adquirir ITS-VIH.
- Su compañero debe también participar y evaluar si es candidato a vasectomía. Esto lo puede hacer él en cualquier fecha.

Planificación Familiar

Momento de uso del método	Tipo de Método
Métodos que se pueden utilizar desde el postparto inmediato. Métodos para mujeres no lactantes	Condomes ACO de solo progestina Inyectables de solo progestina Implantes Espermicidas Esterilización femenina (Dentro de los primeros 7 días o hasta las 6 semanas) T de Cobre (Inmediatamente a la expulsión de la placenta y dentro de las 48 horas post parto; si no, entonces hasta 4 semanas postparto)
Uso después de 4 semanas post parto. Método natural basado en síntomas	ACO combinados (3 semanas) Inyectables combinados (3 semanas) Diafragma (6 semanas)
Métodos que se pueden usar en la madre lactante, desde el post parto inmediato	Lactancia exclusiva Condomes Espermicidas Esterilización Femenina (Dentro de los primeros 7 días o hasta las 6 semanas) T de Cobre (Inmediatamente a la expulsión de la placenta y dentro de las 48 horas post parto; si no, entonces hasta 4 semanas postparto)
Después de 6 semanas en la madre lactante	ACO de solo progestina Inyectables de solo progestina Implantes Diafragma/Condón/Espermicidas
Después de 6 meses	ACO combinados Inyectables combinados Métodos naturales
Post aborto	<u>Inmediatamente o primeros 7 días post-aborto:</u> ACO o solo progestina Inyectables de solo progestina o combinados Implantes Diafragma/Condón/Espermicidas DIU si es aborto del 1°. Trimestre y que no sea séptico

LA SALUD BUCAL Y EL EMBARAZO

Objetivos de Aprendizaje

- Identificar lesiones buco dentales más frecuentes en la embarazada.
- Educar y orientar sobre prácticas de salud buco dental.

Desarrollo de la Mesa:

- Tenga y coloque a la vista de todos, los objetivos de aprendizaje de la mesa.
- Colóqueles a todos un gafete con su nombre. Evite los títulos académicos.
- Mostrar fotografías de cavidades bucales sanas y cavidades bucales con patologías estomatológicas, con la participación de todos.
- Identificar lesiones buco dentales más frecuentes en la embarazada. La identificación de las lesiones bucodentales nos permitirá diferenciar entre una boca sana y una boca con problemas estomatológicos.
- La identificación temprana facilitará la referencia oportuna al odontólogo, lo cual permitirá un manejo adecuado de dichas patologías. La salud bucodental ha sido un determinante de la salud general del individuo ya que la boca como puerta de entrada de diferentes patologías o como foco infeccioso rompe el equilibrio armónico que la mantiene sana y afecta a la embarazada y su hijo.

La evolución de estas patologías disminuye la capacidad de procesar el alimento en forma adecuada lo que influye en la calidad de asimilación de los nutrientes en el organismo al proveer a este de un bolo alimenticio mal procesado para ser metabolizado y por ende es una de las causas que produce problemas de malnutrición y sus consecuencias colaterales.

Los participantes verán a continuación una serie de fotografías que presentarán personas con o sin patologías buco dentales:

1° ronda se pasarán fotos de piezas dentales y los participantes anotaran si tienen o no tienen alguna patología.

2° ronda se detendrá en cada caso corroborando la patología presente en cada uno de ellos y explicaran la forma de reconocer las diferentes patologías bucodentales.

Concluya esta habilidad recordándoles la importancia de conocer las diferentes patologías orales que puedan presentar las embarazadas.

Recuérdelos la importancia de que toda embarazada debe ser referida al odontólogo para que reciba las atenciones en salud bucal oportunamente, previniendo diferentes patologías y disminuir el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer.

Educar y orientar sobre prácticas de salud buco dental:

1. Desarrollar temas de salud bucodental en el personal de salud, con el fin de orientar a los usuarios en prácticas adecuadas de salud bucodental.
2. Conocer el número de piezas dentales y su función nos permitirá tomar conciencia de la importancia de todas estas.

3. Muéstrelas a los participantes como realizar la técnica de cepillado adecuada para mantener una buena higiene oral.
4. Identifique con ayuda de los participantes alimentos que contribuyen a una buena salud bucal.
5. Entréguele al grupo un dentoformo para que practiquen la técnica de cepillado dental que se debe de practicar.
6. Utilice los instrumentos técnicos que no solo orienten al médico sino al personal de enfermería dentro del establecimiento.

LA BOCA ES EL REFLEJO DE LA SALUD GENERAL Y DEL BIENESTAR

La boca es una parte del cuerpo visible y de fácil acceso, para los profesionales sanitarios, que provee una ventana al estado de salud de la persona. Como puerta de entrada del organismo, la boca siente y responde al mundo exterior y al mismo tiempo refleja lo que ocurre en el interior del organismo. La boca puede mostrar signos de deficiencias nutricionales y puede servir como un sistema de primera alerta en enfermedades como la infección por HIV así como en otros problemas inmunitarios. La boca puede también mostrar signos de una infección general o de estrés.

Las patologías orales están asociadas con otras patologías generales (sistémicas).

Las infecciones orales pueden ser una fuente de infecciones sistémicas en los pacientes con sistemas de inmunidad debilitados. Los signos y síntomas orales forman, con frecuencia, parte del cuadro general. Se han constatado asociaciones entre infecciones crónicas a nivel oral y otros problemas de salud como la diabetes, las enfermedades cardíacas y problemas con el embarazo (aumenta el riesgo de parto prematuro y el bajo peso al nacer).

Las bacterias presentes en la caries dental pueden viajar a través del torrente sanguíneo y servir de factor predisponente para otras enfermedades (endocarditis bacteriana, enfermedades renales, enfermedades gástricas), así mismo la enfermedad periodontal esta relacionada con el aumento del riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer.

Una buena higiene bucal ayudará a disminuir el riesgo el parto prematuro y el bajo peso al nacer.

La importancia de los dientes permanentes

Los dientes permanentes son importantes para que la mujer embarazada pueda masticar correctamente, ya que en este periodo es muy importante una buena alimentación.

Son necesarias todas las piezas dentales, no sólo para comer, también para poder pronunciar correctamente las palabras, para verse bien físicamente lo cual ayuda mucho a la autoestima.

Higiene Dental y Alimentación



Las bacterias inician su acción formando, sobre la superficie de los dientes, una pequeña capa llamada placa bacteriana. Es fundamental para prevenir la aparición de la caries eliminar dicha placa. Las bacterias en la placa destruyen el azúcar que pones en tu boca, y la convierten en ácidos. Estos ácidos son muy potentes y disuelven el esmalte que cubre los dientes. De esa manera se forman las picaduras (o caries dentales).

Si comes menos dulces, las bacterias producirán cantidades más pequeñas del ácido que destruye el esmalte del diente.

Para mantener una buena higiene dental debes seguir rigurosamente las siguientes recomendaciones:

- Visitar al dentista como mínimo dos veces al año.
- Limpiarte muy bien los dientes después de cada comida.
- No consumir habitualmente dulces o bebidas azucaradas entre comidas y reducir su consumo durante las mismas.
- Masticar bien los alimentos para que no se depositen restos entre los dientes.
- Consumir una dieta que sea rica en calcio y proteínas

El uso del cepillo limpiará la placa dental y otras acumulaciones de las superficies de los dientes.

La higiene bucal exige que:

- Cepillate los dientes al levantarte, después de cada comida y al acostarte, Cepillando tus dientes por lo menos una vez al día eliminas la placa.
- Usa un cepillo de dientes de cerdas blandas.
- Reemplaza tu cepillo cuando su cerdas se abran o se desgaste (cerca de cada 2-3 meses).
- La pasta de dientes con fluoruro y los enjuagues bucales previenen la caries dental.

Algunas prácticas alimentarias de los niños son perjudiciales para su salud buco dental, por ejemplo, los biberones, muchas veces endulzados con miel, con azúcar, o con leche condensada, serán el mayor enemigo de los dientes y encías.

Las bacterias que están de una manera natural presentes en la boca, al ponerse en contacto con los restos de azúcar y de harinas refinadas que contienen los alimentos formarán un ácido que en muy poco tiempo atacará el esmalte de los dientes para dar inicio a la caries dental y a las enfermedades de las encías.

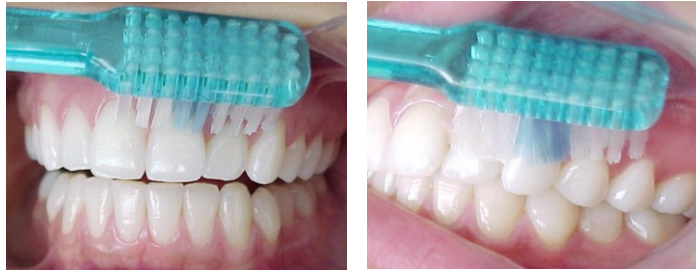


Debes acostumbrarte a alimentarte a base de ensaladas, frutas y verduras, leche y otros alimentos que no van a contribuir tanto a la formación de caries y que, mediante el calcio, las vitaminas y los elementos que contienen, fortalecen y hacen más sano al individuo.



TÉCNICAS DE CEPILLADO DENTAL

Las piezas dentales superiores deben cepillarse de arriba hacia abajo, procurando llegar hasta las piezas de atrás que deben limpiarse de la misma forma. No olvidar limpiarlos en la parte de adentro.



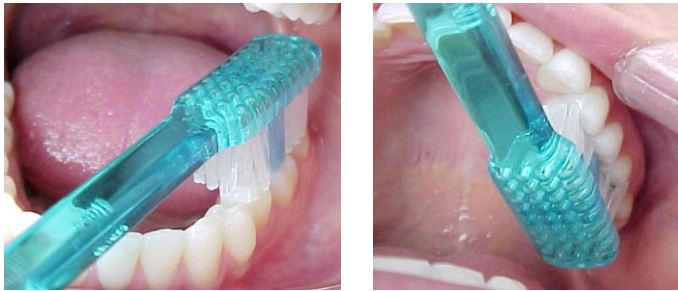
Las partes internas de las piezas dentales superiores deben cepillarse de arriba hacia abajo, y en las inferiores de abajo hacia arriba.



Las piezas dentales inferiores deben cepillarse de abajo hacia arriba.



Las partes de las piezas dentales con las que masticamos, deben limpiarse de adelante hacia atrás. Tanto las piezas de arriba como las de abajo.

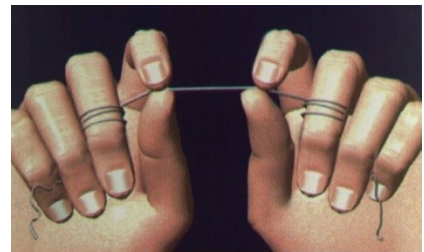


Finalizar con el cepillado de la lengua, de adentro hacia afuera



USO DE SEDA DENTAL

1. Corte de 30 a 45 cm. de seda dental y enrolle los extremos en los dedos de las manos. Tome el hilo entre los dedos pulgar e índice.



2. Introduzca cuidadosamente el hilo entre cada diente haciendo un movimiento de zig zag.



3. Deslice el hilo firmemente sobre cada diente hacia arriba y hacia abajo y entre el diente y la encía.

Los Dientes

¿Cómo están formados los dientes?

Para el trabajo de masticado de toda una vida es necesario que los dientes sean sólidos y resistentes.

- La capa exterior de los dientes está cubierta de esmalte, que es una materia más dura que el hueso.

- Bajo el esmalte se encuentra la dentina o marfil, la cual es menos dura y de color amarillo claro. Esta dentina es la que le da el color a los dientes.

- La pulpa es una cavidad llena de un tejido blando y frágil.

En este lugar se encuentran los vasos sanguíneos y los nervios. Esta cavidad se prolonga hasta las raíces de los dientes, la pulpa por debajo de la encía se encuentra cubierta de cemento.



TIPOS DE DIENTES

Dientes permanentes

- Los permanentes son treinta y dos en total:
- Ocho incisivos
- Cuatro caninos
- Ocho premolares
- Doce molares

Incisivos: Son los dientes del frente de la boca, su función es la de cortar los alimentos, la razón por la cual sus bordes son planos y afilados.

Caninos: Sirven para desgarrar los alimentos. Su parte visible tiene forma de cono, sus raíces son grandes.

Premolares: Sirven para desgarrar y aplastan los alimentos (8 piezas): poseen dos cúspides puntiagudas.

Molares: Tienen cuatro o cinco cúspides y son las responsables de masticar y triturar los alimentos. Las molares superiores tienen tres raíces y las inferiores dos.

PATOLOGIAS BUCODENTALES

CARIES DENTAL

La caries es una enfermedad infecciosa que ocasiona una destrucción progresiva de las estructuras de los diente y es también una de las enfermedades más frecuentes de la especie humana

Esta destrucción es provocada por el ácido que producen las bacterias que viven en la superficie de las piezas dentales

En el desarrollo de la caries influyen tres factores de riesgo:

- Los azúcares de la dieta.
- Las bacterias de la boca.
- La existencia de dientes susceptibles o predispuestos.

Signos:

Inicialmente, la lesión se manifiesta como un cambio de color (oscuro o blanquecino) en el esmalte del diente. Cuando la lesión progresa, aparece pérdida de sustancia y socavación del esmalte (capa externa del diente), lo cual da un aspecto de mancha grisácea. Finalmente, el esmalte se rompe y la lesión se hace fácilmente detectable.

Cuando la caries afecta sólo al esmalte, no produce dolor. Si la lesión avanza y llega al tejido interior del diente, es cuando aparece el dolor, que a veces es intenso y se desencadena al tomar bebidas frías o calientes. A medida que la infección progresa, se produce el paso a los tejidos blandos que rodean el diente, apareciendo el flemón (inflamación) que buscará salida hacia el exterior a través de la encía



GINGIVITIS Y PERIODONTITIS

La gingivitis es una enfermedad bucal bacteriana que provoca inflamación y sangrado de las encías, causada por los restos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes. Esta enfermedad se puede desarrollar después de tres días de no realizar la higiene oral (cepillado de dientes y lengua).

La acumulación de sarro (una película dura de partículas de alimentos y bacterias, que se acumula sobre los dientes) suele causar este trastorno.



PERIODONTITIS

Cuando esta enfermedad evoluciona a un estado crónico, provoca bolsas periodontales, movilidad dentaria, sangrado excesivo y espontáneo, y pérdida del hueso alveolar que sostiene a los dientes, con la gran posibilidad de perder piezas dentales en este estado ya se considera una periodontitis. Cuando la gingivitis no se trata, puede resultar en periodontitis



RELACIÓN DE UNA ENFERMEDAD PERIODONTAL CON EL PARTO PREMATURO Y BAJO PESO AL NACER

En la actualidad, tanto en naciones desarrolladas como del tercer mundo, el bajo peso al nacer tiene un tremendo impacto en el sistema de salud. Esto propicia la búsqueda de factores de riesgo y su control para la prevención de este problema.

La enfermedad periodontal esta surgiendo como un factor de riesgo en la relación con el parto pretermino y el bajo peso al nacer, supone un depósito permanente de microorganismos y productos bacterianos que puede ocasionar un riesgo sistémico.

La infección periodontal provocan aumento de la concentración intramniotica de prostaglandinas -2 y factor de necrosis tumoral alfa (PGE-2 y TNF ALFA) , mediadores fisiológicos del parto, de modo que pudiera precipitarse el trabajo del parto.

La capacidad de los patógenos periodontales y de sus factores de virulencia para difundirse e inducir tanto a nivel local como sistémico respuestas inflamatorias en el huésped, conduce a la hipótesis de que la enfermedad periodontal puede tener consecuencias más allá de los tejidos periodontales.

La inflamación podría difundirse a la unidad fetoplacentaria, a través de la circulación sanguínea. La integridad estructural de la placenta es vital para el normal intercambio de nutrientes entre la madre y el feto, por lo que este daño tisular a la placenta puede contribuir al retraso del crecimiento fetal, con posible bajo peso al nacer.

El aumento en la producción de citoquinas inflamatorias y proteína C-reactiva puede contribuir a la contracción uterina y dar **lugar a aborto involuntario o parto prematuro y bajo peso al nacimiento.**

Las bacterias orales y no solo los patógenos periodontales, también se asocian con efectos adversos durante el embarazo. Durante el embarazo aumenta la carga de bacterias aerobias y anaerobias en la cavidad bucal especialmente de **Prevotella intermedia** la cual se incrementa por su semejanza estructural con la progesterona, el estradiol y vitamina K, necesaria para su crecimiento.

La combinación de los mediadores de la inflamación junto con el aumento de la concentración hormonal, puede llegar a constituir un factor de riesgo para la integridad de la unidad fetoplacentaria en mujeres con una respuesta inmunitaria celular reducida como consecuencia del embarazo.

En otros estudios se pone de manifiesto que el tratamiento y la profilaxis de la enfermedad periodontal reduce el riesgo de parto prematuro y el bajo peso al nacer y que por tanto es de gran importancia el control de la salud periodontal durante el proceso gestacional .

EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN, HÁBITOS E HIGIENE BUCODENTAL

a. Hábitos Alimenticios:

Corrientemente, algunas prácticas alimentarias son perjudiciales para la salud bucal, muchas veces endulzados con miel, con azúcar, o con leche condensada, estos serán el mayor enemigo de los dientes y encías.

Hacer énfasis en una alimentación a base de ensaladas, frutas y verduras, leche y otros alimentos que no van a contribuir tanto a la formación de caries.

Evite el cigarrillo, pues aumenta el riesgo de enfermedades periodontales y el cáncer en boca y garganta.

b. Alimentos Cariogénicos:

Limitar el consumo de almidones y azúcares, especialmente los alimentos pegajosos.

Como parte del control prenatal se debe realizar la evaluación bucodental independientemente de la edad gestacional, con el objetivo de:

- Identificar patologías bucodentales.
- Referir al Odontólogo para profilaxis o tratamiento de patologías bucodentales. En controles subsecuentes, asegúrese que asistió a la evaluación odontología e investigue sobre el tratamiento recibido
- Enfatizar la importancia de la higiene bucal

En el caso de la embarazada comprometida sistémicamente (diabética, cardiópata, etc.), o considerada con embarazo de alto riesgo, se realizará la referencia a la evaluación bucodental siempre y cuando se encuentre controlada y goce de la autorización médica correspondiente.

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A LA EMBARAZADA

Los tratamientos odontológicos realizados en embarazadas no difieren de los realizados en el resto de la población, tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

Primer y tercer trimestre: toma de radiografías (en odontología dosis fetal por exposición 0.0001 Rad y lo permitido en el embarazo es hasta a 5 Rad), profilaxis, detartraje, obturaciones, exodoncias de emergencia.

Segundo trimestre: toma de radiografías, profilaxis, detartraje, curetaje, obturaciones, exodoncias

El Odontólogo establece el plan de tratamiento y programación de citas según condición clínica, procurando finalizarlo antes del parto.

En embarazos de alto riesgo, el Odontólogo realiza interconsulta médica para contar con la autorización médica para la atención odontológica.

MÓDULO IV

TRABAJO DE PARTO Y PARTO

PARTOGRAMA

Es un registro gráfico del progreso del trabajo contra el tiempo en horas, de ciertas condiciones de la madre y del feto. Independiente del tipo de partograma que se utilice se grafican la dilatación cervical y descenso de la presentación fetal en el eje vertical y las horas de trabajo de parto en el eje horizontal.

La hoja del partograma cuenta con una tabla en el extremo superior izquierdo, que contiene los valores correspondientes al percentil 10 (Límite extremo de la evolución de la dilatación cervical) de las curvas de patrón normales, las cuales permitirán trazar la Curva de Alerta apropiada para caso clínico a partir de los 4.5 centímetros de dilatación. Esta tabla clasifica a las usuarias en 5 condiciones:

1. Todas las mujeres en posición vertical (deambulando, de pié o sentadas) con membranas integra
2. Mujeres en posición horizontal (acostadas), con las siguientes condiciones:
 - Multípara con membranas integra
 - Multíparas con membranas rotas
 - Nulípara con membranas integra
 - Nulípara con membranas rotas.

El objetivo principal del partograma es detectar oportunamente un trabajo de parto que se prolonga más allá del percentil 90 lo que puede deberse diferentes causas (Desproporción cefalo-pélvica principalmente); por lo que debe de utilizarse en aquellas mujeres que se encuentran en trabajo de parto activo y en presentación cefálica

El objetivo de éste es detectar anomalías en el trabajo de parto, comparando dos curvas:

- Curva de Dilatación Real de la paciente
- Curva de alerta

POSICIÓN		VERT.		HORIZONTAL		NOMBRES Y APELLIDOS			cns			mas			afp			Nº DE HISTORIA CLÍNICA		
PARIDAD		TODAS		MULTIPARAS		NULIPARAS		PARTOGRAMA - CLAP - OPSIOMS												
MEMBRANAS		INTE-GRAS		INTE-GRAS		ROTAS		INTE-GRAS		ROTAS										

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10	0:15	0:15	0:05	0:30	0:20
	0:25	0:25	0:10	0:35	0:35
	0:35	0:40	0:25	0:40	0:50
	1:00	0:55	0:35	1:00	1:05
	1:15	1:25	1:05	1:30	1:25
	2:10	2:30	2:30	3:15	2:30

LÍNEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

DILATACIÓN CERVICAL (cm)

PLANOS
I - 4
II - 2
III - 0
IV - 4

PLANOS DE HODGE Y VARIACIÓN DE POSICIÓN		<input type="checkbox"/>	
DILATACIÓN CERVICAL		<input type="checkbox"/>	
ROTURA ESPONTÁNEA MEMB.		(REM) <input type="checkbox"/>	
ROTURA ARTIFICIAL MEMB.		(RAM) <input type="checkbox"/>	
INTENSIDAD		LOCALIZACIÓN	
Fuerte	+++	Suprapúbica	SP
Normal	++	Sacro	S
DNI	+		

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL	
Dips tipo I (Disaceleración precoz)	<input type="checkbox"/>
Dips tipo II (Disaceleración tardía)	<input type="checkbox"/>
Dips variables (Disaceleración variable)	<input type="checkbox"/>
Mecorio	<input type="checkbox"/>

POSICIÓN MATERNA	
Lit. Derecho	LD
Lit. Izquierdo	LI
Dorsal	D
Prone	PS
Sentada	S
Parado o caminando	PC

HORAS DE REGISTRO		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
HORA REAL		a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICIÓN MATERNA																	
TENSIÓN ARTERIAL																	
PULSO MATERNO																	
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL																	
DURACIÓN CONTRACCIONES																	
FREC. CONTRACCIONES																	
DOLOR	Localiz. Intens.																

SCHWABZ, R. DIAZ, A.G.
NETO, F. CLAP
Puls Clínica Nº 155, 1987.
Montevideo, Uruguay

Otra forma de construir la curva de alerta es el uso de la plantilla de plástico con 5 ranuras curvas correspondientes. Esta plantilla que se coloca sobre el grafico del partograma, siguiendo los pasos establecidos en la figura siguiente:

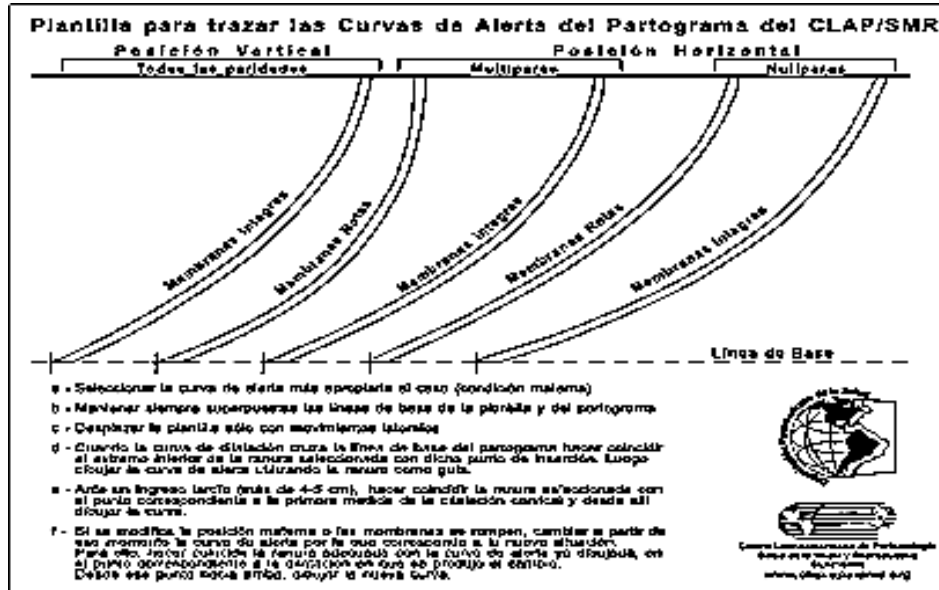


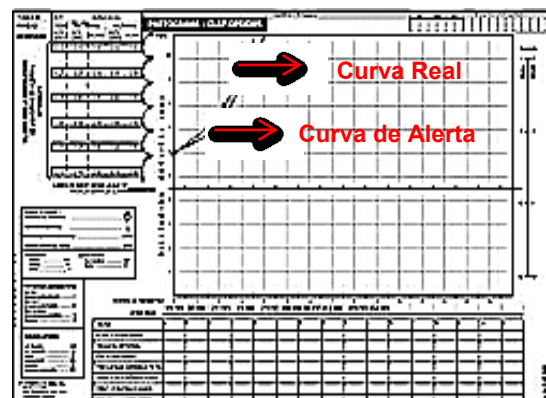
Figura 82. Plantilla de plástico con ranuras para trazar las curvas de alerta

La curva de alerta debe señalizarse con una línea punteada intermitente y la Curva Real de dilatación con una línea continua o de colores diferentes

El partograma es un sistema de vigilancia utilizado para valorar la progresión del parto y permitirá identificar aquellos trabajos de parto prolongados que necesitarán de alguna intervención para reducir la asfixia perinatal, la mortalidad neonatal, el agotamiento materno y los traumas obstétricos. De igual manera evita realizar intervenciones obstétricas que no son necesarias u oportunas (Uso de oxitocina y cesárea)

El partograma se iniciará hasta que la paciente este en **Fase activa del Trabajo de parto**

La Curva de Dilatación Real de la paciente: Se construirá graficando la dilatación alcanzada por la parturienta; en un tiempo determinado. Para ello se graficará cada punto de la curva de dilatación real donde se produzca la intersección entre la dilatación alcanzada (eje Y) y en el tiempo transcurrido (eje de X) hasta el momento del parto; el punto de inicio de la curva será en el momento en que la paciente ingrese a trabajo de parto.



La Curva de Alerta: se traza cuando la dilatación de la paciente ha superado los 4.5 cms de dilatación. Los valores para construirla están en la parte superior izquierda del partograma y varía según la paridad, estado de las membranas y la posición de la paciente. Los valores de la curva de alerta indican el tiempo que le toma al 90% de los partos llegar a esa dilatación. Cruzar la línea indica que la evolución de ese parto está dentro del 10% con evolución más lenta (Percentilo 10).

Para valorar la altura de la presentación, se usan habitualmente dos métodos que relacionan el punto más declive de la presentación con la pelvis y que según, las distintas escuelas son los planos de Hodge y las estaciones de Lee

Planos de la pelvis y su relación con la altura de la presentación		
	Planos de Hodge	Estaciones de Lee
Borde superior del pubis y promontorio del sacro	I Plano	Estación -4
Borde inferior del pubis	II Plano	Estación -2
Espinas ciáticas	III Plano	Estación 0
Vértice de coxis	IV Plano	Estación +4
	Planos paralelos	Planos perpendiculares al canal de parto

El partograma registra los siguientes eventos:

1. Condición Fetal. (Frecuencia cardíaca fetal, las características del líquido amniótico: Claro, teñido o meconial).
2. Progreso del Trabajo de Parto (Descenso, dilatación y contracciones uterinas)
3. Condición Materna. (Tensión arterial, el pulso, la temperatura, los medicamentos administrados, incluyendo la Oxitocina y su dosis, ruptura de membranas, el tiempo estimado en que se producirá el parto)

Los principios básicos de todos los tipos de partograma son:

- La fase activa del trabajo de parto inicia arriba de los 4 cm. de dilatación.
- Durante la fase activa del trabajo de parto el ritmo de la dilatación no debe ser menor de 1 cm. / hora.
- Un período menor de 4 horas de enlentecimiento del progreso del trabajo de parto en general no tendrá ninguna repercusión en el bienestar materno y fetal. (siempre que previamente estén normales).
- Los exámenes vaginales deben realizarse tan frecuentemente como se considere desde el punto de vista práctico seguro, en general se recomienda cada 4 horas cuando el progreso del trabajo de parto es completamente normal; más frecuente cuando el progreso del trabajo de parto no es el normal, para evaluar el resultado de las intervenciones realizadas y tomar una conducta oportuna.
- La curva de Alerta representa gráficamente, el ritmo de dilatación normal para una mujer desde los 4 a los 10 centímetros de dilatación.

El registro de la dilatación en relación con el tiempo de trabajo de parto nos dará una Curva Real de dilatación de la mujer que está en trabajo de parto, la cual siempre debe compararse con la curva de dilatación esperada para un parto normal (Curva de Alerta), para poder así

determinar la necesidad de realizar alguna intervención o no, con ello mejorar la progresión del mismo y los resultados perinatales.

INTERPRETACIÓN Y ACCIONES ACORDE CON EL PARTOGRAMA CON CURVA DE DILATACIÓN NORMAL

Cuando la curva de dilatación en fase activa de trabajo de parto se encuentra a la izquierda o justo sobre la Curva de Alerta, significa que se trata de un trabajo de parto normal y que si las condiciones fetales (FCF, líquido amniótico, entre otros) y las maternas son normales se espera que verifique un parto normal en el tiempo apropiado y por lo tanto no necesitarán de ninguna intervención; la gran mayoría de las mujeres estarán en este porcentaje (alrededor del 70%.)

Sí el tiempo o total del trabajo de parto es menor de 3 horas o dilatación cervical > 5 cm/hora para nulíparas o 10 cm/hora en multíparas, se trata de un parto precipitado y debe estar alerta a la presencia de complicaciones como: atonía uterina, desgarros cervicales, vaginales y del piso pélvico, Abruptio, entre otros.

Ejemplos de construcción de Curva de Alerta: Ingreso Temprano

En el ejemplo, se inició a las 2:30 pm el registro de los datos de una nulípara con membranas integra y en posición horizontal, con dilatación cervical de 3 cm; el punto se marcó en el punto 0 del registro.

A las 3:30 pm se comprobó una ruptura espontanea de las membranas y al tacto se encontró 4 cm de dilatación correspondiendo al segundo punto de la curva.

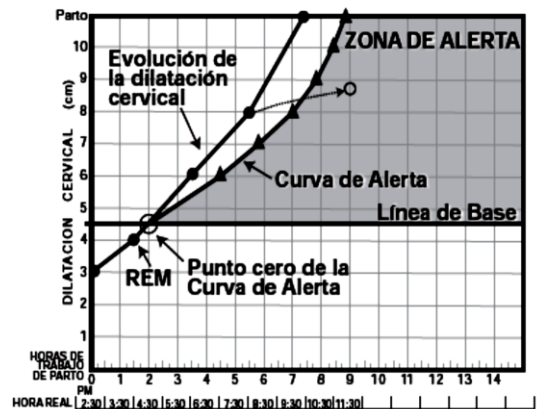


Figura 79. Ejemplo con ingreso temprano

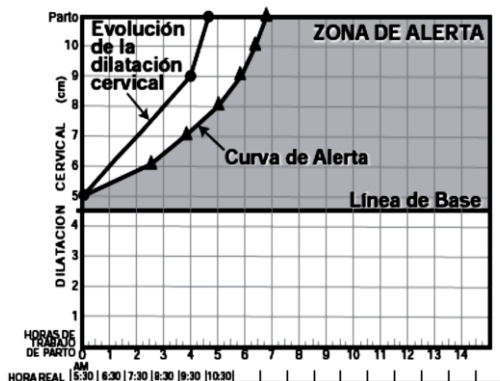


Figura 80. Ejemplo con ingreso tardío

Dos horas más tarde se encontró una dilatación del 6 cm, iniciando la curva de alerta a partir de la intersección con la línea de base. El segundo punto de la curva de alerta se marcará 2:30 horas a la derecha del punto de su intersección, correspondiendo a los 6 cm de dilatación. A partir de este nuevo punto 1:25 horas después se marcará el punto para los 7 cm. Desde éste se marcará 1:05 horas después el de los 8 cm y así sucesivamente hasta al final del parto.

En este caso, el trabajo de parto y el parto tuvieron una evolución normal y la curva de la dilatación

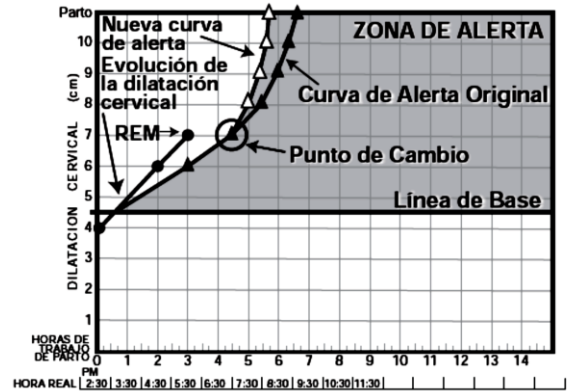
cervical se mantuvo a la izquierda de la curva de alerta. En esta misma figura se presenta otro caso en el que, a partir de 8 cm, la velocidad de la dilatación se entelentece y su grafica cruza la curva de alerta (Línea punteada).

Ingreso tardío:

Si una paciente ingresa con 5cm de dilatación o más, la curva de alerta se inicia desde este momento según las condiciones de ingreso del caso

Condiciones Cambiantes durante el trabajo de parto:

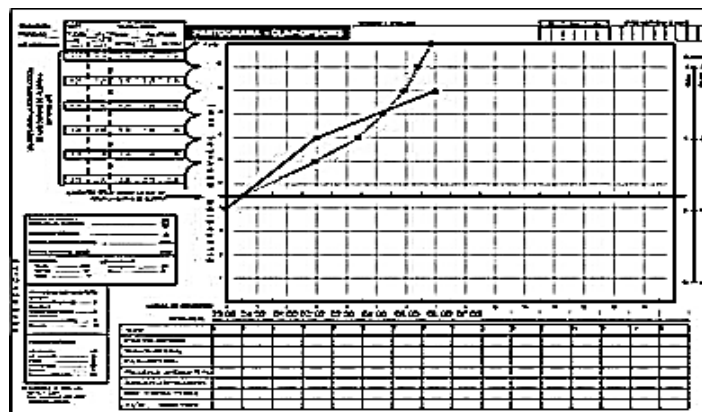
Si varían las condiciones de ingreso durante el transcurso del trabajo de parto se deberá actualizar la Curva de Alerta inicialmente trazada según la posición de la paciente y el estado de las membranas por ejemplo:



Paciente que ingresa con 4 cm de dilatación con membranas integra, 2 horas después tiene una dilatación de 6 cm, se construye la Línea de Alerta en el momento en que ocurre la intersección de ambas curvas; una hora más tarde presenta ruptura de membranas espontáneas con una dilatación de 7 cm; en ese momento debe de cambiarse la curva de alerta considerando los tiempos esperados para la dilatación y la condición de la mujer.

PARTO CON RETRASO EN LA DILATACIÓN:

Cuando la dilatación cervical se encuentra a la derecha de la Curva de Alerta, indica que el progreso del trabajo de parto es lento y requerirá de alguna intervención para evitar un parto prolongado. Es decir que ya no es un trabajo de parto normal y amerita que procedamos a manejar activamente el trabajo de parto.



Existen diferentes causas que podrían estar influyendo en este retraso y deben evaluarse metódicamente, en todas aquellas mujeres cuyas curvas de dilatación de encuentren a la derecha de la Curva de Alerta deben verificarse los siguientes aspectos:

- Actividad uterina
- Grado de Hidratación
- Agitación o Sedación de la mujer

- Estado de las membranas fetales.
- Si la vejiga está vacía.
- Posición de la paciente.
- Condición fetal
- Evaluar signos de desproporción cefalo- pélvica

A la derecha de la Curva de Alerta deben realizarse las siguientes intervenciones de acuerdo a la condición de cada paciente:

- Decúbito Lateral.
- Hidratación.
- Vaciamiento vesical si es necesario.
- Conducción si no hay al menos 3 a 4 contracciones de 40 a 50 segundos de duración.
- Amniotomía.
- Si la paciente esta agitada: Sedación y/o analgesia, si la paciente tiene menos de 6 cm. de dilatación. (Si utilizó opiáceos no olvide tener disponibilidad de Clorhidrato de Naloxona)

En la fase activa del trabajo de parto se requiere de al menos 3 a 5 contracciones en 10 minutos de 40 a 60 segundos de duración para que se dilate el cérvix a una velocidad de 1 cm. por hora; si la parturienta no tiene esta actividad uterina necesitará de conducción con Oxitocina IV.

Si la mujer está deshidratada no tendrá contracciones efectivas y será apropiado brindar una carga endovenosa con cristaloides.

Si está muy agitada las contracciones no serán efectivas y necesitará de sedación y/o analgesia para incrementar la efectividad de las mismas. El decúbito lateral permite que las contracciones sean menos frecuentes pero de mayor intensidad y efectividad.

La amniotomía en fase activa del trabajo (Dilatación >5 cm) de parto permite la liberación de prostaglandinas reduciendo con ello la duración total del trabajo de parto en un promedio de 1 a 2 horas. Cuando la mujer no está en fase activa del trabajo de parto la amniotomía no reduce la duración del mismo, solo incrementa la morbilidad materno-neonatal.

La vejiga llena hace que no ocurra un descenso adecuado de la presentación fetal por efecto mecánico y lleva a incoordinaciones de la contractilidad uterina por lo que durante la fase activa del trabajo de parto debe asegurarse de que la mujer mantenga vacía la vejiga y si no se vacía espontáneamente debe en ultima instancia realizar cateterismo vesical.

Recordar que el trabajo de parto es un proceso dinámico y cambiante; si la Curva Real de dilatación de la paciente está a la derecha de la Curva de Alerta, con las intervenciones que se realicen puede en cualquier momento regresar al lado izquierdo de la Curva de Alerta; es decir, comportarse como un parto normal o puede ser que nuestras intervenciones no tengan ningún resultado en la progresión de la dilatación y descenso.

Si la Curva de Real de dilatación de la paciente alcanza la Curva de Alerta, el médico deberá evaluar una Desproporción Cefalo-pélvica evidenciada por las siguientes condiciones clínicas:

- Edema de Cuello cervical.
- Moldeamiento de la cabeza fetal
- Falta del descenso de la cabeza fetal

Ante la presencia de estas condiciones (Signos de DCP), se requiere de una intervención inmediata y debe realizarse una cesárea expedita. Recordar que la útero-inhibición endovenosa puede ser útil mientras se procede a realizar la cesárea. Además debe realizarse la reevaluación del caso por el médico de mayor jerarquía o experiencia para determinar la vía de evacuación del producto

Si no hay signos de DCP y la dilatación no progresa, verificar el estado de las membranas, la contractibilidad uterina, si las contracciones son de baja frecuencia o intensidad y los latidos fetales permanecen normales será necesario administrar oxitocina o incrementar la dosis de la misma si procede. Si se efectuaron todas las intervenciones para incrementar el trabajo de parto y el mismo no progresa 2 horas después de haber cruzado la Curva de Alerta; se deberá realizar cesárea.

No olvidar que siempre se deben registrar las condiciones fetales como son la FCF (110- 160lpm), las características del líquido amniótico, y las condiciones maternas que son la contractibilidad uterina (Frecuencia, duración e intensidad) al menos cada 30 minutos, la TA y la FC materna, si estas son normales tenemos tiempo de poder evaluar el resultado de las intervenciones realizadas.

CONDUCTA EN EL PERÍODO DE DILATACIÓN	
Evolución Normal	Observación sin maniobras ni medicación, traslado a sala de expulsión al tener dilatación completa
Hiperdinamia	Cambio de posición y uteroinhibición
Hipodamia	Ruptura artificial de membranas, estimulación con Oxitócicos
Bradycardia fetal DIPS II	Tratamiento del sufrimiento fetal in útero y evaluar evacuación
Taquicardia Fetal	Decúbito lateral y determinar la causa
DIPS Variables DIPS I con Membranas integras	Control más frecuente de FCF
Parto prolongado según partograma	Reevaluar antecedentes de patología cervical, DCP, Contractilidad uterina corregir hipodinamia y evaluar en una hora, realizar Amniotomía y evaluar posteriormente
Hemorragia genital	Según guías específicas amniotomía
Líquido meconial	Control más frecuente de la FCF, aspiración inmediata de oro faringe del recién nacido

PARTOGRAMA OMS

Es una herramienta propuesta desde 1970 por la Organización Mundial de la Salud, que ha permitido reducir la Asfixia perinatal, Mortalidad Neonatal y la Morbi-Mortalidad Materna.

Es un registro gráfico del progreso del trabajo de parto contra el tiempo en horas, de ciertas condiciones de la madre y del feto contra el tiempo en horas. Independiente del tipo de partograma que se utilice se grafican la dilatación cervical y descenso de la presentación fetal en el eje vertical y las horas de trabajo de parto en el eje horizontal.

Este tipo de partograma tiene previamente trazadas las Líneas de Alerta y de Acción

En el partograma los eventos que se registran son:

1. Condición Fetal. (Frecuencia cardíaca fetal, las características del líquido amniótico: claro, teñido o meconial).
2. Progreso del Trabajo de Parto (Descenso, dilatación, variedad de presentación y contracciones uterinas y administración de oxitocina)
3. Condición Materna. (Tensión arterial, el pulso, la temperatura, los medicamentos administrados, los líquidos IV, incluyendo la oxitocina y su dosis, las horas de ruptura de membranas, el tiempo estimado en que se producirá el parto)

El objetivo principal del partograma es detectar oportunamente un trabajo de parto prolongado que puede ser por diferentes causas (Desproporción Cefalo-pélvica principalmente); por lo que **debe usarse solo en aquellas mujeres que se encuentran en trabajo de parto activo y en presentación cefálica.**

El partograma es un sistema de vigilancia utilizado para valorar la progresión del parto y permitirá identificar aquellos trabajos de parto prolongados que necesitarán de alguna intervención para reducir la asfixia perinatal, la mortalidad neonatal, el agotamiento materno y los traumas obstétricos. De igual manera evita realizar intervenciones obstétricas que no son necesarias u oportunas (Uso de oxitocina y cesarea)

Los principios básicos de todos los tipos de partograma son:

- La fase activa del trabajo de parto inicia arriba de **los 4 cm. de dilatación.**
- Durante la fase activa del trabajo de parto el ritmo de la dilatación no debe ser menor de 1 cm. / hora.
- Un período menor de 4 horas de enlentecimiento del progreso del trabajo de parto en general no tendrá ninguna repercusión en el bienestar materno y fetal. (Siempre que previamente estén normales).
- Los exámenes vaginales **deben realizarse cuando se considere desde el punto de vista práctico seguro**, (En general se recomienda **cada 4 horas** cuando el progreso del trabajo de parto es comple-tamente **normal**). Más frecuente cuando el progreso del trabajo de parto no es el normal y para poder eva-luar el resultado de las intervenciones realizadas y tomar una conducta oportuna (Generalmente **cada 2 horas si hay anomalías en el trabajo de parto**).

- La Línea de Alerta representa gráficamente, el ritmo de dilatación normal para una mujer desde los 4 a los 10 centímetros de dilatación.
- La Línea de Acción es una línea paralela a esta con 4 horas de diferencia, tiempo después del cual se cae en una situación que podría llevar a repercusiones en el bienestar materno- fetal si no se toma una conducta apropiada.

Independiente del tipo de partograma que se utilice (Con líneas de Alerta y Acción previamente trazadas de O.M.S o curvas que se construyan para cada paciente en particular de OPS/CLAP) es de fundamental importancia hacer la correlación de los elementos clínicos, condiciones materno-fetales y líneas o curvas de alerta o de acción.

El registro de la dilatación en relación con el tiempo de trabajo de parto nos dará una Línea real de dilatación de la mujer que está en trabajo de parto, la cual siempre debe compararse con la dilatación esperada para un parto normal (Línea de Alerta), para poder así determinar la necesidad de realizar alguna intervención o no y con ello mejorar la progresión del mismo y los resultados perinatales.

En general el partograma se llena en las mujeres que están en trabajo de parto activo, la gran mayoría de la literatura acepta que la fase activa del trabajo de parto inicia cuando se tienen de 3 a 4 cm de dilatación; pero la **Línea o Curva de Alerta NO DEBE graficarse hasta que se tienen 4 o más cm de dilatación para ambos tipos de partogramas.**



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DE
MEJORAMIENTO DE
LA ATENCIÓN EN SALUD



PARTOGRAPH

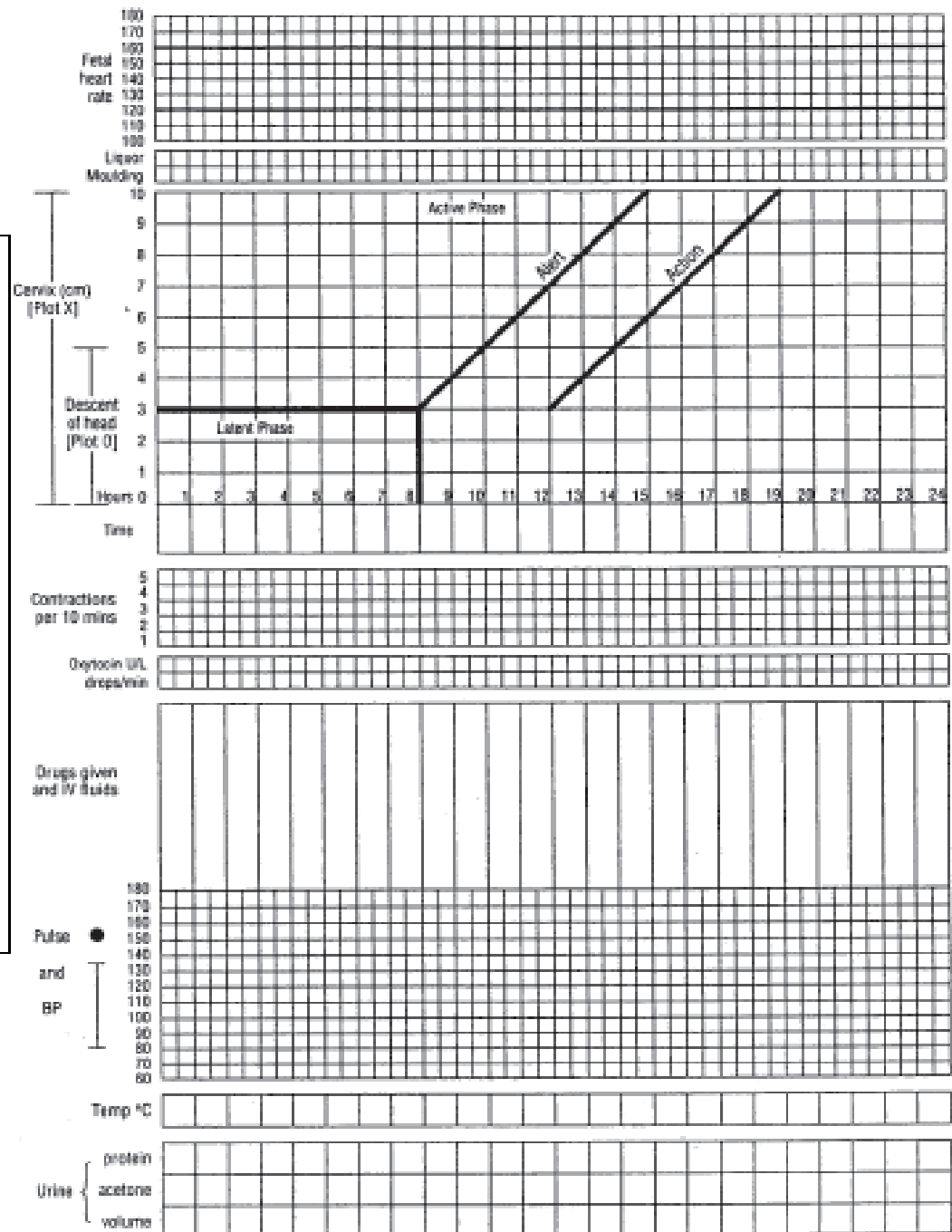
Name _____ Gravida _____ Para _____ Hospital no. _____
Date of admission _____ Time of admission _____ Ruptured membranes _____ hours

- = Pulso y FCF
- X = Dilatación
- = Descenso y variedad de presentación

- Líquido:
C = Claro
- I = Integras
- M = Meconio
- A = Ausente

- Moldeado:
0 = No hay traslape de suturas
- + = Sutura lado a lado
- ++ = Suturas superpuestas
- +++ = Suturas superpuestas no reducibles






- Contracciones:
☑ De 0 a 20 seg.
- ▣ De 20 a 40 seg.
- Mayor a 40 seg.



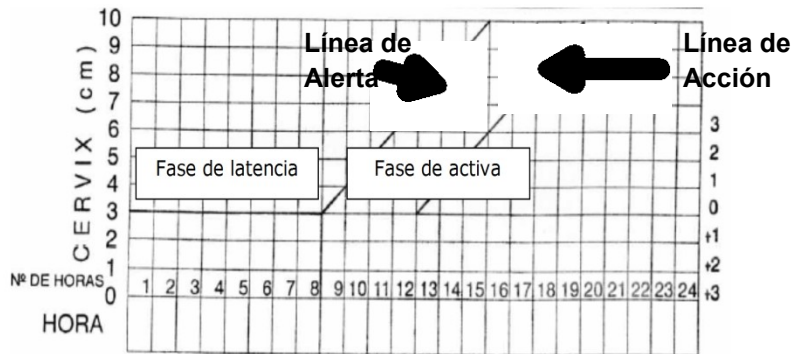
HMO 30350

LLENADO DEL PARTOGRAMA DE OMS

La hoja del partograma consta de diferentes secciones, las cuales deben ser llenadas completa y correctamente:

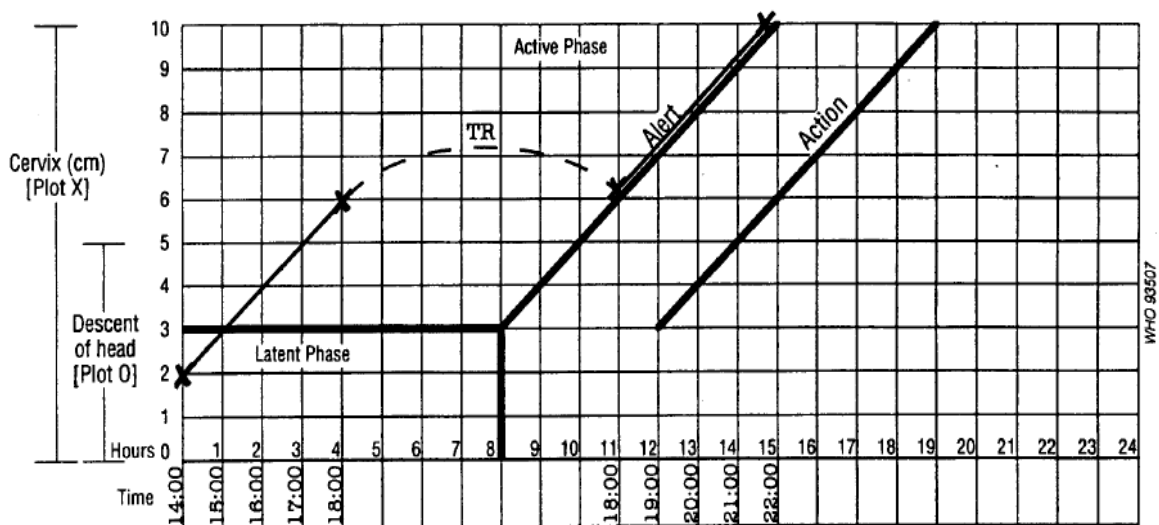
1. Sección de la Identificación de la paciente: Donde se incluyen los datos patronímicos, la fórmula obstétrica, la presencia de ruptura de membranas, fecha, factor de riesgo entre otros.
2. Parte de las condiciones fetales:
 - FCF que se grafica con un punto ●
 - Las características del líquido amniótico representado por:
 - **C**= Claro
 - **I**= Membranas Integras,
 - **M**= Líquido Meconial
 - **A**= Líquido ausente
 - El grado de moldeamiento de la cabeza fetal:
 - “0” Cuando no hay moldeamiento de la cabeza fetal
 - “+” Suturas de las fontanelas lado a lado
 - “++” Traslape de suturas super puestas pero reducibles
 - “+++” Suturas superpuestas NO reducibles
3. Condiciones relacionadas con el trabajo de parto:
 - Gráfica del progreso del trabajo de parto
 - En el eje de vertical de las “Y”:
 - La dilatación cervical representada con una “X”
 - El descenso de la presentación y la variedad de presentación con un círculo y una flecha indicando la variedad de la presentación 
 - En el eje horizontal de las X se registra el tiempo en horario militar con cuatro dígitos ej: las 12 de media noche son las 00:00 horas militar
 - Condiciones relacionadas con la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas:
 - Duración de 0 a 20 seg 
 - Duración de 20 a 40 seg 
 - Duración >40 seg 
 - Debe documentarse la administración de ocitocina, en dosis y gotas administradas
4. Hay un apartado relacionado con condiciones generales relacionadas a la madre que incluye:
 - La administración de líquidos IV o de cualquier medicamento a la madre
 - El pulso materno representado por un punto ●
 - La tensión arterial representada por una línea vertical y dos horizontales 
 - Hay una casilla para el registro de la temperatura

Con relación al llenado de la porción de la dilatación y descenso de la presentación fetal el partograma que actualmente se utiliza en el ISSS, tiene dos secciones: la fase de latencia y la fase activa. En la fase activa del trabajo de parto hay dos Líneas previamente trazadas paralelas entre sí, la primera es la Línea de Alerta y la segunda 4 horas después que es la Línea de Acción.

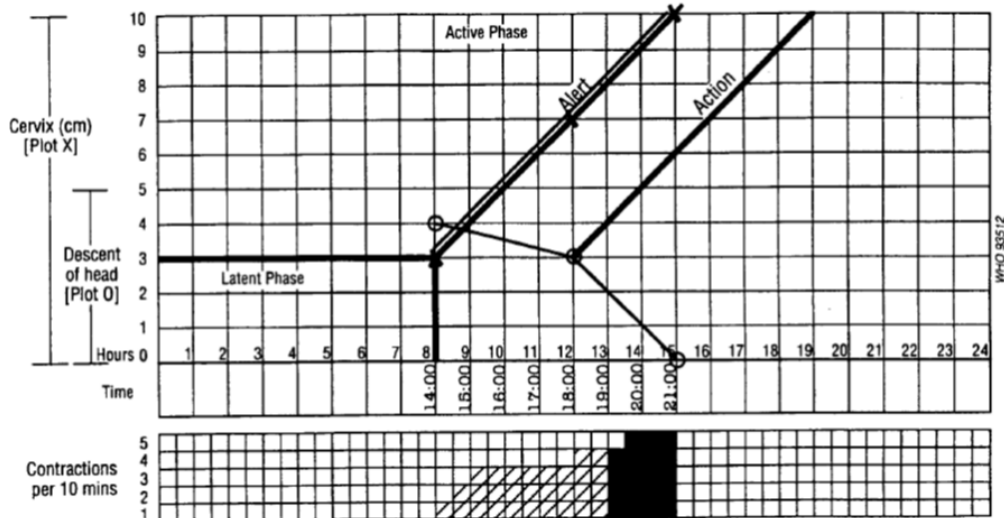


La dilatación real de la paciente deberá iniciarse a graficar sobre la **Línea de Alerta hasta que la mujer ha alcanzado 4 o más cm de dilatación** (En todos los tipos de partogramas); puesto que es a partir de ese momento que la gran mayoría de los partos normales iniciarán una velocidad de dilatación constante de 1 cm/hora y podremos hacer la comparación de la velocidad de dilatación de la paciente con la ideal (Línea de Alerta)

El partograma de la OMS permite el registro de las condiciones materno-fetales en aquellas mujeres que tienen indicación para la conducción del parto con un cuello maduro (Score de Bishop ≥ 7 puntos) pero que **NO han alcanzado los 4 cm de dilatación**, en la parte correspondiente a la Fase de Latencia y cuando la dilatación alcance los 4 o más cm se deberá iniciar a graficar sobre la Línea de Alerta en el mismo partograma uniendo las "X" de la dilatación con una **línea discontinua** de la siguiente manera:



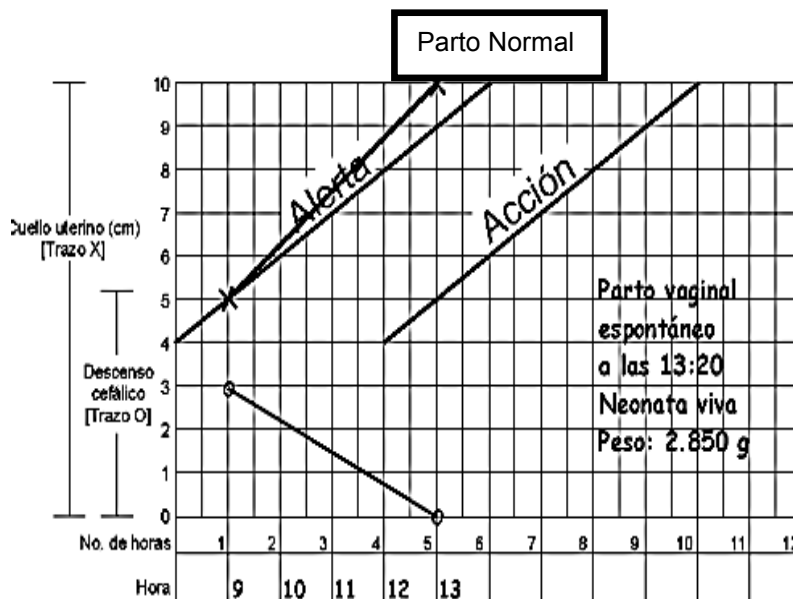
El descenso y las contracciones uterinas se registran a lo largo del tiempo del trabajo de parto iniciando en -3 hasta +3 como se demuestra en la gráfica siguiente:



INTERPRETACIÓN Y ACCIONES ACORDE CON EL PARTOGRAMA

1. PARTO CON CURVA DE DILATACIÓN NORMAL:

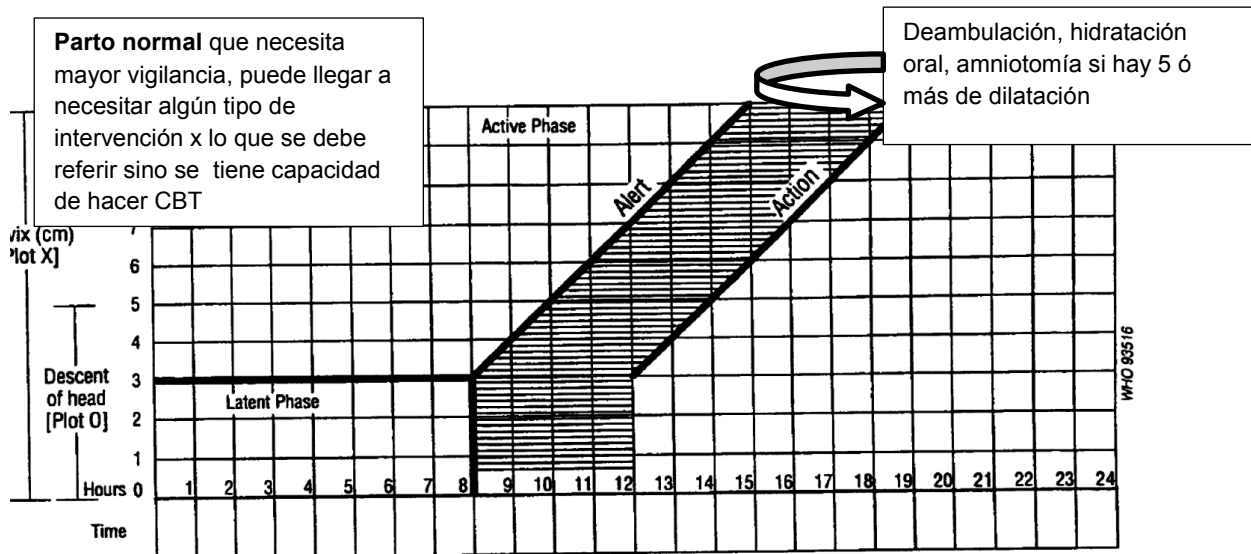
Cuando el ritmo de dilatación de la paciente en fase activa de trabajo de parto se encuentra a la izquierda o justo sobre la **Línea de Alerta**, significa que se trata de un trabajo de parto normal y que si las condiciones fetales (FCF, líquido amniótico, entre otros) y las maternas son normales se espera que verifique un parto normal en el tiempo apropiado y por lo tanto no necesitarán de ninguna intervención; la gran mayoría de las mujeres estarán en esta área de la Curva del Partograma (Alrededor del 70%.)



Parto precipitado es aquel donde la velocidad de dilatación es de 5cm/hora o más para nulíparas o de 10cm/hora para multíparas (En general cuando la fase activa del trabajo de parto dura 2 o menos horas) y debe estar alerta a la presencia de complicaciones como: Atonía uterina, desgarros cervicales, vaginales y del piso pélvico, Abruptio de placenta, entre otros.

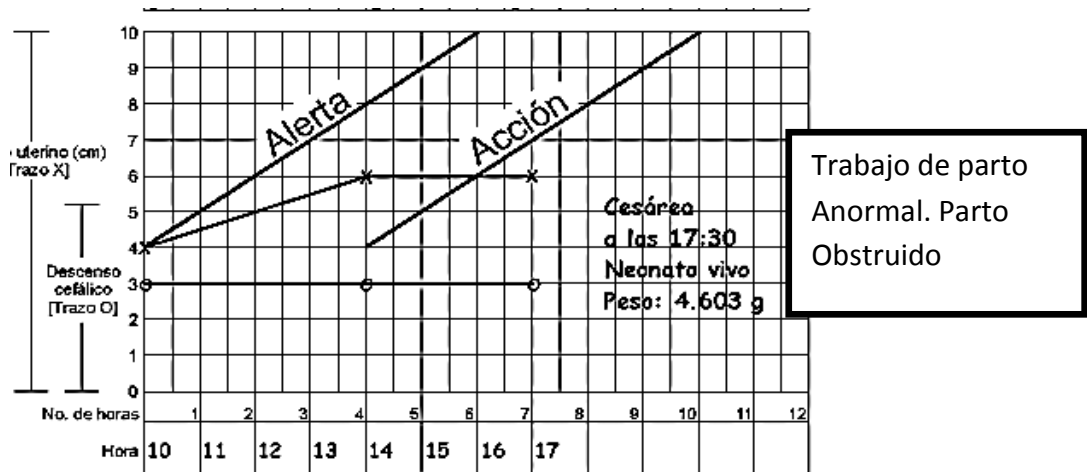
Cuando la dilatación cervical se encuentra a la derecha de la Línea de Alerta pero sin llegar a la línea de Acción (Corredor entre la Línea de Alerta y de Acción) se trata de un trabajo de parto normal que puede ser que requiera de algún tipo intervención por lo que se debe de referir a un centro de mayor complejidad donde se intentará subsanar el problema.

En el corredor entre la Línea de Alerta y de la Línea de Acción, aun cuando es un parto normal, **necesitará de una vigilancia más cercana del trabajo de parto** y podemos realizar algunas intervenciones como: Cambiar de posición a la parturienta (Deambulación), hidratación oral y amniotomía si tiene 5 ó más cm de dilatación



2. PARTO CON RETRASO EN LA DILATACIÓN:

Cuando la Línea de Dilatación Real de la paciente alcanza la Línea de Acción indica que el trabajo de parto es lento y que requerirá **de alguna intervención para evitar un parto prolongado**. Si bien se trate de un trabajo de parto normal, en un 10% de los casos, su evolución es más lenta de lo esperado y amerita que procedamos a determinar cuál es la causa del retraso, a realizar una reevaluación del caso y una vigilancia estricta del trabajo de parto.



Existen diferentes causas que podrían estar influyendo en este retraso y deben evaluarse metódicamente, en todas aquellas mujeres cuyas Líneas de Dilatación se encuentren a la derecha de la Línea de Acción deben verificarse los siguientes aspectos:

- Actividad uterina
- Grado de Hidratación
- Agitación o Sedación de la mujer
- Estado de las membranas fetales.
- Si la vejiga está vacía.
- Posición de la paciente.
- Condición fetal
- Evaluar signos de Desproporción cefalo- pélvica

A la derecha de la Línea de Acción deben realizarse las siguientes intervenciones de acuerdo a la condición de cada paciente:

- Decúbito Lateral.
- Hidratación.
- Vaciamiento vesical si es necesario.
- Conducción si no hay al menos 3 a 5 contracciones de 40 a 60 segundos de duración.
- Amniotomía.
- Si la paciente esta agitada: Sedación y/o analgesia. Si utilizó opiáceos no olvide tener disponibilidad de Clorhidrato de Naloxona

En la fase activa del trabajo de parto se requiere de al menos 3 a 5 contracciones en 10 minutos de 40 a 60 segundos de duración para que se dilate el cérvix a una velocidad de 1 cm. por hora; si la parturienta no tiene esta actividad uterina necesitará de conducción con Oxitocina IV.

Si la mujer está deshidratada no tendrá contracciones efectivas y será apropiado brindar una carga endovenosa con cristaloides.

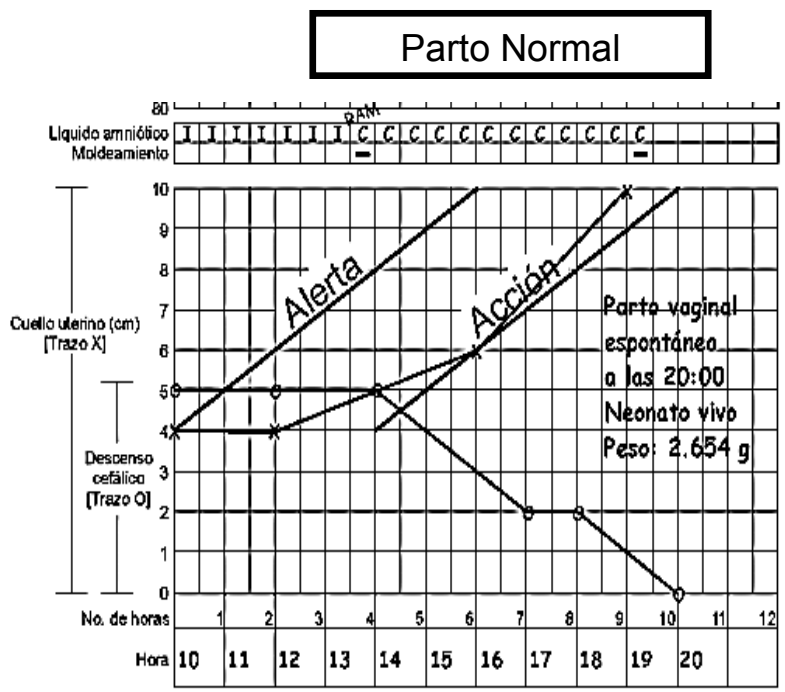
Si está muy agitada, la adrenalina interfiere con la contractilidad uterina y necesitará de sedación y/o analgesia para incrementar la efectividad de las mismas. **(Recuerde que no debe sedarse antes de haber alcanzado los 4 cm de dilatación y no más allá de 7 cm)**

El decúbito lateral permite que las contracciones sean menos frecuentes pero de mayor intensidad y efectividad.

La amniotomía en fase activa del trabajo de parto (Dilatación mayor a 5 cm) permite la liberación de prostaglandinas reduciendo con ello la duración total del trabajo de parto en un promedio de 1 a 2 horas. Cuando la mujer no está en fase activa del trabajo de parto la amniotomía no reduce la duración del mismo, solo incrementa la morbilidad materno-neonatal.

La vejiga llena hace que no ocurra un descenso adecuado de la presentación fetal por efecto mecánico y lleva a incoordinaciones de la contractilidad uterina por lo que durante la fase activa del trabajo de parto asegúrese de que la mujer pueda vaciar completamente la vejiga y si la micción espontánea no es posible debe realizarse cateterismo vesical como última opción.

Recordar que el trabajo de parto es un proceso dinámico y cambiante; si el trazado de la Línea de Acción está a la derecha de la Línea de Alerta con las intervenciones que se realicen puede en cualquier momento regresar al lado izquierdo de la Línea de Alerta o permanezca en el corredor entre la Línea de Alerta y de Acción ; es decir, comportarse **como un parto normal** o puede ser que nuestras intervenciones no tengan ningún resultado en la progresión de la dilatación y descenso llegando a cruzar la Línea de Acción.



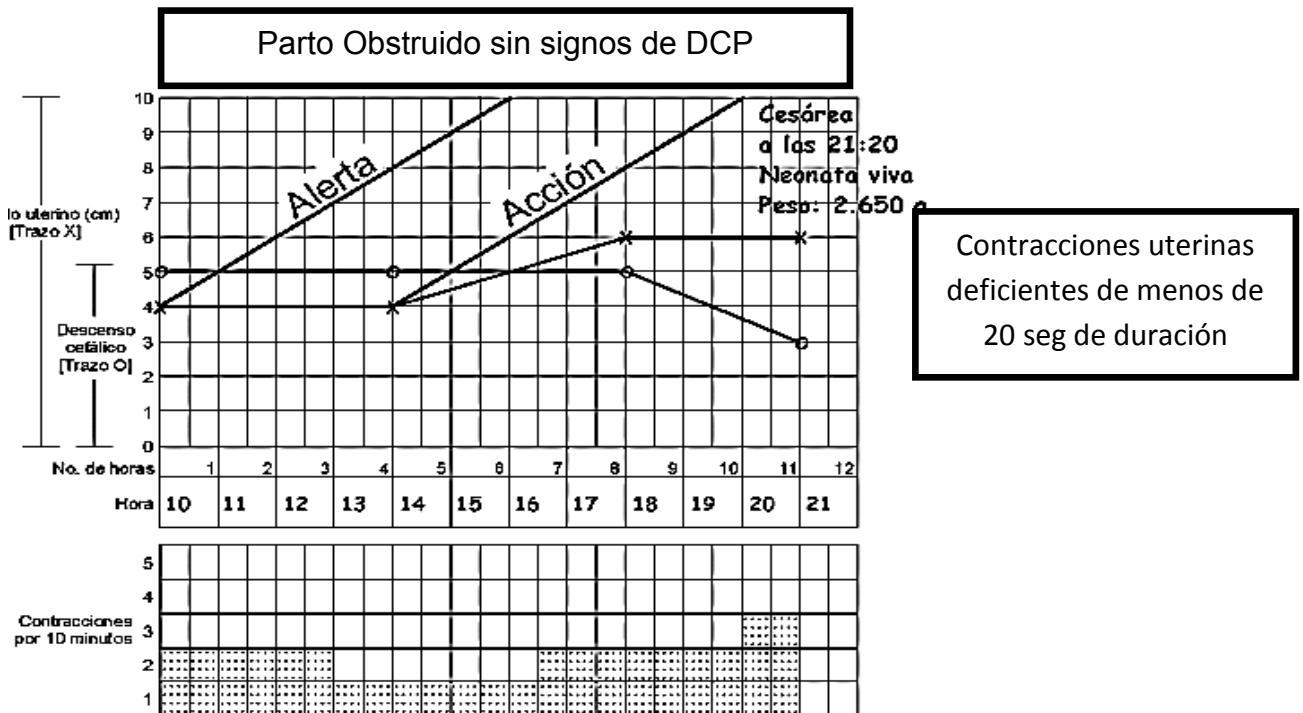
Se realizó ruptura artificial de membranas después de cruzar la Línea de Alerta con esta intervención se mejoró la dilatación y descenso fetal, verificó parto vaginal espontáneo

Si la curva de descenso o de dilatación real de la paciente alcanza la Línea de Acción y el estado materno y fetal son normales, **deberá evaluarse una Desproporción Céfalopélvica** evidenciada por las siguientes condiciones clínicas:

- Edema de Cuello cervical.
- Moldeamiento de la cabeza fetal
- Falta del descenso de la cabeza fetal

Ante la presencia de estas condiciones (Signos de DCP), se requiere de una intervención inmediata y debe realizarse una cesárea expedita. Recordar que la útero-inhibición endovenosa puede ser útil mientras se procede a realizar la cesárea. Además debe realizarse la reevaluación del caso por el médico de mayor jerarquía o experiencia para determinar la vía de evacuación del producto

Si no hay signos de DCP hay que verificar la contractibilidad uterina y si es necesario administrará Oxitocina o incrementar su dosis. Reevaluar el caso en 2 horas después de haber cruzado la línea de Acción; siempre y cuando la FCF, el líquido amniótico y las condiciones maternas sean normales. Si no hay progreso en la dilatación o descenso de la presentación fetal a pesar de haber corregido la causa del retraso del parto, **deberá realizar cesárea.**



No olvidar que siempre se deben registrar las condiciones fetales como son la FCF (120-160lpm), las características del líquido amniótico, y las condiciones maternas que son la contractibilidad uterina (frecuencia, duración e intensidad) al menos cada 30 minutos, la TA y la FC materna, si estas son normales tenemos tiempo de poder evaluar el resultado de las intervenciones realizadas.

CONDUCTA EN EL PERÍODO DE DILATACIÓN	
Evolución Normal	Observación sin maniobras ni medicación, traslado a sala de expulsión al tener dilatación completa
Hiperdinamia	Cambio de posición y uteroinhibición
Hipodinamia	Ruptura artificial de las membranas, estimulación con Oxitócicos
Bradycardia fetal DIPS II	Tratamiento del sufrimiento fetal in útero y evaluar evacuación
Taquicardia Fetal	Decúbito lateral y determinar la causa
DIPS Variables DIPS I con Membranas integras	Control más frecuente de FCF
Parto prolongado según partograma	Reevaluar antecedentes de patología cervical, DCP, Contractilidad uterina corregir hipodinamia y evaluar en una hora, realizar Amniotomía y evaluar posteriormente
Hemorragia genital	Según guías específicas amniotomía
Líquido meconial	Control más frecuente de la FCF, aspiración inmediata de oro faringe del recién nacido

VIGILANCIA FETAL INTRAPARTO

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

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

AUSCULTACIÓN INTERMITENTE (AI)

La auscultación intermitente (AI) con estetoscopio o doppler debe realizarse durante 30 seg y después de la contracción uterina; de igual manera durante 30 seg entre las contracciones para estimar la FCF basal, esto debe realizarse en 10 minutos para así registrar también las contracciones uterinas.

Este control se repite cada 30 minutos durante el trabajo de parto y cada 15 minutos durante el período expulsivo (Dilatación > de 8 cm) en los embarazos de bajo riesgo y más frecuentemente en los embarazos con riesgo de hipoxia.

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

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

TÉCNICA:

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

MANEJO E INTERPRETACIÓN:

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

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

MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO (MFE)

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

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

TÉCNICA DEL MFE:

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

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

Patrón	Definición								
Línea Basal	<p>Frecuencia cardíaca fetal (FCF) promedio en un trazado de 10 minutos. Se redondean los cambios en ± 5 latidos, excluyendo los períodos de variabilidad marcada, si el trazo dura menos de 2 minutos no se puede valorar la FCF basal, se clasifica en:</p> <table border="1"> <tr> <td>Normal</td> <td>110-160 lat/min</td> </tr> <tr> <td>Bradicardia</td> <td>≤ 110 lat/min</td> </tr> <tr> <td>Taquicardia</td> <td>≥ 160 lat/min</td> </tr> </table>	Normal	110-160 lat/min	Bradicardia	≤ 110 lat/min	Taquicardia	≥ 160 lat/min		
Normal	110-160 lat/min								
Bradicardia	≤ 110 lat/min								
Taquicardia	≥ 160 lat/min								
Variabilidad Basal	<p>Fluctuaciones de la línea basal del registro de la FCF que son irregulares en amplitud y frecuencia. La variabilidad es visiblemente cuantificada como la amplitud del ascenso y descenso en latidos por minuto. CLASIFICACIÓN:</p> <table border="1"> <tr> <td>Ausente</td> <td>La amplitud del rango no es detectable</td> </tr> <tr> <td>Mínima</td> <td>Amplitud del rango detectable pero menor o igual a 5 latidos por minuto</td> </tr> <tr> <td>Moderada (Normal)</td> <td>Amplitud del rango 6-25 latidos por minuto</td> </tr> <tr> <td>Marcada</td> <td>Amplitud del rango mayor de 25 latidos por minuto</td> </tr> </table>	Ausente	La amplitud del rango no es detectable	Mínima	Amplitud del rango detectable pero menor o igual a 5 latidos por minuto	Moderada (Normal)	Amplitud del rango 6-25 latidos por minuto	Marcada	Amplitud del rango mayor de 25 latidos por minuto
Ausente	La amplitud del rango no es detectable								
Mínima	Amplitud del rango detectable pero menor o igual a 5 latidos por minuto								
Moderada (Normal)	Amplitud del rango 6-25 latidos por minuto								
Marcada	Amplitud del rango mayor de 25 latidos por minuto								
Aceleraciones	<p>Incremento brusco sobre la línea basal de FCF con una instalación menor a 30 seg, con una amplitud de 15 lat y duración de al menos 15 seg. Antes de las 32 sem de 10 o más lat/min por 10 o más seg. Asceleraciones prolongadas es cuando duran más de 2 minutos y menos de 10. Si una aceleración dura 10 minutos o más es un cambio en la línea basal.</p>								
Desaceleración Temprana	<p>Son de instalación y recuperación gradual (El descenso se instala en un período ≥ 30 seg) tienen una imagen visual usualmente simétrica y su mayor descenso coincide con el acmé de la contracción; en la mayor parte de los casos el inicio, el nadir y la recuperación de la desaceleración coinciden con la contracción.</p>								
Desaceleración Tardía	<p>Son de instalación gradual (El descenso se instala en un período ≥ 30 seg) y su mayor descenso ocurre después del acmé de la contracción. No se habla de decalaje basta con percibir visualmente un desfase independiente del tiempo.</p>								
Desaceleraciones Variables	<p>Son de instalación abrupta o brusca ((El descenso se instala en un período < 30 seg) y tiene una relación variable con la contracción. El desenso debe ser al menos de 15 lat/min con duración de al menos 15 seg.</p>								
Desaceleración Prolongada	<p>Es un desenso visible de la FCF basal con una duración entre 2 y 10 minutos</p>								
Patrón sinusoidal	<p>Ondas ondulantes de la FCF basal con un ciclo de frecuencia de 3 a 5 por minutos con persistencia por 20 minutos o más.</p>								

INTERPRETACIÓN DEL MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO (MFE)

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

Se clasifican el trazado en 3 Categorías:

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

CONSIDERACIONES CLÍNICAS Y RECOMENDACIONES SEGÚN CATEGORIZACIÓN

Como manejar una categoría I:

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

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

Como evaluar y manejar una categoría II:

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

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

Patrones de una categoría II:

- Dado el amplio espectro de patrones anormales que se incluyen en esta categoría la presencia de aceleraciones de la FCF (espontaneas o inducidas por el estímulo de la cabeza fetal o estimulación vibro acústica) o la presencia de variabilidad moderada o ambas es altamente predictivo de un estado de acido-básico fetal normal (ausencia de hipoxia fetal) y esto puede ser de ayuda para el manejo clínico.
- **Desaceleraciones variables no persistentes:** definida como la ocurrencia en menos del 50% de las contracciones. Es la anomalía más común durante el trabajo de parto y en la mayor parte de los casos no requiere de tratamiento y esta asociado a resultados perinatales normales.
- **Desaceleraciones Variables persistentes:** definida como la ocurrencia en más del 50% de las contracciones, que progresan en hacerse más profundas y de mayor duración son indicativas de mayor incidencia de academia fetal. Si este tipo de desaceleraciones se asocia a ascensos de la FCF o variabilidad moderada nos indica que el feto no presente academia. El manejo de estas desaceleraciones como una compresión de cordón es decir cambiar la posición materna como primer paso, puede realizar amnioinfusión y si la variabilidad disminuye (mínima o ausente) considere la evacuación inmediata (cesarea por categoría III). Administrar oxígeno e hidratar
- **Desaceleraciones tardías persistentes:** se define como la ocurrencia en más del 50% de las contracciones; aunque estas reflejan o traducen insuficiencia uteroplacentaria crónica comúnmente son causadas por hipotensión materna, taquisistolia o hipoxia materna. El manejo involucra medidas para promover la perfusión utero placentaria, tales como colocar a la madre en DL, administración de líquidos en bolus IV, administración de oxígeno a la madre y evaluación de la taquisistolia. Involucra la aplicación de medidas de resucitación intrauterina y la reevaluación del caso para determinar si ha ocurrido un mejoramiento apropiado del estado fetal. Si este tipo de desaceleración se asocia a

ascensos de la FCF o variabilidad moderada o ambas son predictivo de un estado ácido-básico fetal normal (ausencia de hipoxia fetal). Si está se asocia a variabilidad mínima y no tiene aceleraciones la presencia de acidemia fetal debe ser considerada y la necesidad de un parto espedito debe ser considerada, si hay ausencia de variabilidad se maneja como una categoría III (cesarea)

- **Taquicardia:** se define como una línea basal de 160 lat/min durante al menos 10 min. La taquicardia fetal deberá ser evaluada tratando de identificar: infección, medicamentos, enfermedades maternas, condiciones obstétricas como sangramiento o abrupcio de placenta y arritmias fetales. La taquicardia aislada es pobremente predictiva de hipoxia o acidemia, al menos que se acompañe de variabilidad mínima o ausente, desaceleraciones recurrente o de ambas. El tratamiento debe ser dirigido según su causa.
- **Bradicardia y desaceleraciones prolongadas:** La *bradicardia fetal* es definida como una línea basal menor de 110 latidos al menos durante 10 minutos. *Desaceleraciones prolongadas son definidas como* descensos de al menos 15 lat/min sobre la FCF basal durante al menos 2 minutos y que duran menos de 10 minutos. (Puesto que más de 10 minutos es bradicardia). Deben de realizarse intervenciones clínicas inmediatas antes de poder distinguir si se trata de una bradicardia o una desaceleración prolongada y el manejo inicial de ambas es el mismo; deben tratar de identificarse la causa como: Hipotensión materna, prolapso o compresión del cordón umbilical, rápido descenso de la presentación fetal (total dilatada), taquisistolia, abrupcio de placenta o ruptura uterina. La bradicardia debida a estas condiciones usualmente son precedidas por una FCF basal normal, raramente también puede ocurrir en fetos con anomalías congénitas o anomalías o defectos de conducción miocárdicas. El tratamiento es dirigido según las causas. La bradicardia o desaceleraciones prolongadas que tiene variabilidad mínima o ausente o ambas que no resuelven con las medidas de reanimación intrauterina deberá de realizarse un parto inmediato (cesarea por categoría III).
- **Variabilidad Mínima:** La evaluación de está debe de incluir causas potenciales como la administración de medicamentos a la madre (sulfato de magnesio, Demerol, otros), ciclos de sueño fetal o acidemia fetal. La variabilidad debida a narcóticos frecuentemente retorna a una variabilidad moderada en periodo de una a dos horas, los ciclos de sueño fetal generalmente duran 20 min pero pueden persistir hasta una hora, la variabilidad moderada puede retornar cuando el ciclo de sueño fetal se completa. Debido a esto en estas condiciones la observación y el manejo expectante es apropiado. Si se sospecha que la variabilidad es debida a hipoxia fetal la administración de oxígeno y de líquidos IV en bolus debe de ser considerada, si el mejoramiento de la variabilidad de la FCF con estas medidas no ocurre y no hay aceleraciones de la FCF debe de realizarse estimulación vibroacústica o del cuero cabelludo fetal y si no hay mejoría es potencialmente indicativo de acidemia fetal y debe manejarse como categoría III.

Como evaluar y manejar una categoría III:

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

MANEJO SEGÚN CATEGORÍAS DE CLASIFICACIÓN

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

MANEJO DE TAQUISISTOLÍA

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

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

MEDIDAS DE RESUCITACIÓN INTRAUTERINA

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

ASISTENCIA DURANTE EL PARTO

PARTO VAGINAL

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

ATENCIÓN DEL PARTO

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

PERÍODOS DEL PARTO

El trabajo de parto se divide en cuatro períodos:

1. Primer Período: Borramiento y dilatación.

Incluye el inicio de trabajo de parto hasta la dilatación completa del cérvix.

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

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

- Fase latente: Actividad uterina irregular y leve. Dilatación del cuello menor de 3 a 4 cms.
- Fase activa: Dilatación del cuello de 4 cm o más y al menos 2 contracciones con 20 segundos o más de duración en 10 minutos.

2. Segundo Período: Expulsivo

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

3. Tercer Período: Alumbramiento o Período Placentario

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

4. Cuarto Período: Post-alumbramiento

Comprende las 2 horas siguientes al parto.

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

** MINSAL Guía de prenatal, parto y post-parto estableció este límite de 1 hora, literatura mundial establece 2 horas

OBJETIVOS

- Garantizar el acceso a la atención del parto en el marco de los derechos sexuales y reproductivos con calidad y calidez, por personal debidamente calificado.
- Asegurar que la atención del parto se realice de manera oportuna y con calidad, de tal manera que sea un acontecimiento satisfactorio para la mujer y su familia.
- Operativizar adecuadamente el sistema de referencia y retorno en la red de establecimientos de salud.
- Abordar a la mujer embarazada y a su familia como seres humanos integrales, quienes provienen de un entorno sociocultural específico.
- Desarrollar con la mujer embarazada, su pareja y familia acciones informativas, de educación y consejería para lograr su participación activa y de colaboración en el proceso del parto y la crianza.
- Aplicar el plan de parto con la participación comunitaria e intersectorial

LINEAMIENTOS TÉCNICOS BÁSICOS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO.

- Todo establecimiento del sector salud que ofrezca servicios de atención de parto debe disponer de los recursos mínimos necesarios para la adecuada atención de la usuaria de acuerdo su riesgo.
- Todo establecimiento de salud que brinde servicios de atención de parto debe disponer de protocolos y procedimientos específicos, según su nivel de complejidad.
- Se deberá promover el parto institucional.
- La atención del parto a nivel institucional o comunitario será realizado por personal debidamente capacitado. La historia Clínica Perinatal Base, el carnet materno, anotaciones en Hoja del plan de parto y el partograma, así como los protocolos y procedimientos clínicos serán utilizados en forma correcta para garantizar la atención segura y de calidad de la embarazada y del recién nacido/a.
- Toda mujer en trabajo de parto deben ser tratadas con respeto, asegurando su privacidad y evitando la agresión física, verbal y psicológica.
- La participación del compañero/esposo u otro miembro de la familia, que la gestante desee durante el parto, deberá ser promovido en los casos que esto sea posible.
- Promover la participación activa de la mujer gestante y el miembro de su grupo familiar que la acompaña.
- Promover el contacto precoz inmediato al nacer de la madre y el padre con su hijo/a.
- A toda mujer embarazada que ingrese a un establecimiento de salud para atención de parto, se le revisará el carnet materno perinatal o la hoja de referencia, con el fin de identificar factores de riesgo y de realizar las intervenciones oportunas según el caso.
- Se elaborará o actualizará el expediente clínico y se hará historia clínica completa, identificando antecedentes materno-perinatales y factores de riesgo.
- A toda mujer embarazada que no haya tenido control prenatal, se le tomarán exámenes de laboratorio según perfil prenatal y la prueba de tamizaje para VIH, previa consejería y consentimiento informado. Sus resultados serán evaluados previo al parto si es posible y siempre antes del alta.
- Toda mujer en trabajo de parto o Trabajo de parto pretérmino, (menor de 34 semanas de gestación) referirla a un hospital regional o de tercer nivel. Considerar siempre la distancia en relación a la evolución del trabajo de parto para evitar la ocurrencia de este durante el traslado.

- A toda mujer embarazada en fase de latencia con factores de riesgo social (difícil acceso geográfico, económico o cultural) se le ingresará al servicio de encamados, y se evaluará cada 4 horas: signos vitales maternos, FCF y actividad uterina. Restringir los tactos vaginales a los estrictamente necesarios. Recomendar la deambulaci3n y la hidrataci3n.
- Asegurar el parto limpio mediante aseo vulvar cuantas veces sea necesario y los tactos vaginales restringidos con guante est3ril
- Realizar el monitoreo fetal electr3nico, seg3n capacidad instalada.
- Se recomendar3 la deambulaci3n alternada con reposo, la posici3n sentada y el dec3bito lateral a fin de mejorar el trabajo de parto, respetando las posiciones que la mujer embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicaci3n m3dica y las condiciones f3sicas de la mujer lo permitan.
- Evitar el empleo rutinario de hidrataci3n endovenosa, analg3sicos y sedantes durante el trabajo de parto normal.
- No aplicar de manera rutinaria la inducci3n y conducci3n del trabajo de parto y la ruptura artificial de membranas, con el objeto de acelerar el parto. Si se realizan, deber3n tener una justificaci3n por escrito y bajo estrecha vigilancia m3dica.
- No realizar el rasurado del perin3 ni enema evacuante.
- No se recomienda episiotom3a en forma rutinaria. Se realizar3 episiotom3a selectiva.
- Si se presenta alguna de las siguientes condiciones, eval3e si tiene capacidad resolutoria. Si la capacidad resolutoria de su establecimiento es insuficiente, refiera oportunamente al nivel de mayor complejidad:
 - Embarazo pret3rmino y con trabajo de parto establecido.
 - Embarazo post3rmino
 - Embarazo m3ltiple
 - Presentaci3n fetal anormal
 - Distocia de posici3n.
 - Desproporci3n cefalo-p3lvica evidente o sospechosa
 - Ruptura prematura de membranas
 - Tabiques vaginales u obst3culos en el canal del parto
 - Prolapso de cord3n si se refiere debe ir un m3dico rechazando la presentaci3n fetal
 - Hemorragia del tercer trimestre: placenta previa, Abruption placenta.
 - Preeclampsia grave – Eclampsia
 - Anemia, con hemoglobina menor de 10 gr /dl.
 - Incompatibilidad sangu3nea.
 - Feto con complicaciones: Sospecha de restricci3n del crecimiento intrauterino o de malformaciones cong3nitas.
 - Enfermedades maternas cr3nicas: Card3acas, Renales, Tuberculosis, Diabetes Mellitus, entre otras.
 - Sospecha de patolog3as placentarias.
 - Madre viviendo con HIV/ SIDA.

MANEJO DEL PRIMER PERIODO: FASE DE LATENCIA

Reciba con calidez a la mujer embarazada. Identifíquese y explíquelo lo que va a realizar. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.

Realice una buena anamnesis.

Brinde apoyo emocional continuo.

Si la mujer embarazada no tiene historia clínica, llene completamente la Historia Clínica Perinatal.

Si la mujer embarazada ya tiene historia clínica, complétela o actualícela, identificando factores de riesgo y antecedentes materno-perinatales.

Asegúrese de solicitar y tener registro de: Hematocrito- hemoglobina, Típo sanguíneo, VDRL, y HIV (con consentimiento informado), en la Historia Clínica Materno Perinatal. Considerar en algunos casos otros exámenes: examen general de Orina y glicemia

Mida peso y talla materna

Tome signos vitales: Tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura

Mida la altura del fondo uterino, para estimar tamaño fetal y relacionar con edad gestacional.

Realice maniobras de Leopold para determinar situación, posición y presentación fetal

Verifique frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas.

Ausculte frecuencia cardíaca fetal.

Realice el primer tacto vaginal en condiciones de asepsia y con guantes descartables **estériles**, para:

- Estimar puntaje de Bishop
- Determinar estado de las membranas ovulares (íntegras o rotas)
- Establecer si existe salida transvaginal de líquido amniótico, sangre, tapón mucoso o leucorrea.
- En caso de ruptura de membranas, definir características del líquido amniótico (claro con o sin grumos, teñido de meconio o meconial) y tiempo de evolución.
- Efectuar evaluación clínica de la pelvis y calcular el peso fetal estimado

Si una embarazada con riesgo social consulta por falso trabajo de parto, pero ya tiene 38 semanas o más de gestación, ingrésela para observación o refiérala a una casa de espera materna, si existe una cerca de su establecimiento de salud.

Si una embarazada consulta por falso trabajo de parto, pero tiene posibilidades de regresar de indicaciones de cuando regresar y entréguele una referencia para que se facilite su paso por Emergencia.

Si la mujer embarazada es diagnosticada en trabajo de parto, ingrésela.

Si detecta factores de riesgo, y su establecimiento no cuenta con capacidad resolutive, refiérala al hospital del siguiente nivel de atención.

Escala de BISHOP MODIFICADA

VALOR	DILATACIÓN	BORRAMIENTO O LONGITUD	ESTACIÓN	CONSISTENCIA	POSICIÓN DEL CERVIX
0	ND	0-30 % (> 4 cm)	-3	FIRME	POSTERIOR
1	1-2	40-50% (2-4 cm)	-2	MEDIO	MEDIO
2	3-4	60-70% (1-2 cm)	1, 0	BLANDO	ANTERIOR
3	5-6	80% (< 1 cm)	1,2		

- Agregar un punto si: paciente tiene preeclampsia o antecedentes de un parto vaginal previo
- Reste un punto si es: embarazo prolongado, nulípara o ruptura prematura o prolongada de membrana

Interpretación:

- Bishop menor 6 puntos: maduración cervical
- Bishop mayo o igual 6: Inducción del trabajo de parto

MANEJO DEL PRIMER PERIODO: FASE ACTIVA

El partograma deberá llenarse de manera obligatoria y en forma completa.


En el segmento inferior de la hoja del partograma haga el registro de Tensión arterial, mínimo cada hora durante trabajo de parto.

Actividad uterina: Frecuencia, duración e intensidad en 10 minutos cada 30-60 minutos.

Frecuencia cardíaca fetal: Cada 30 minutos durante fase activa y cada 15 minutos durante el expulsivo.

En la cuadrícula principal del **Partograma de OMS controle y grafique:**

La Dilatación representado por una **X** iniciando a los 4 cms de dilatación cervical, justo sobre la Línea de Alerta

El descenso fetal representado por un óvalo  con su variedad de posición, dependiendo de la estación donde se encuentre la presentación fetal utilizando la escala de las estaciones de Lee (de -3 a + 3)

Evaluación de la Progresión del trabajo de parto: entre la Línea de Alerta y la Línea de Acción le ayudará para tomar decisiones y realizar intervenciones.

Si la Línea Real de Dilatación de la paciente se desplaza:

- Hacia la izquierda o justo sobre la Línea de Alerta, significa que la evolución del trabajo de parto es normal y que no necesita de ninguna intervención
- Hacia la derecha de la Línea de Alerta pero no alcanza la Línea de Acción (En el corredor de la Línea de Alerta y de la Línea de Acción) es un trabajo de parto aún normal pero que podrá necesitar de algunas intervenciones y si no se tiene capacidad para realizar una cesárea debe ser referida a un nivel de mayor complejidad y necesita de vigilancia más estricta, puede realizar algunas intervenciones como deambulación de la paciente, hidratación oral y amniotomía si tiene 5 cm o más.
- Si llega a la Línea de Acción necesita **hacer una reevaluación del caso para descartar una DCP por el personal de mayor experiencia**, evaluar las condiciones materno

neonatales, la contractilidad uterina, grado de hidratación, estado de agitación de la paciente, si hay globo vesical y corregir cualquier anomalía, sobretodo las relacionadas a la contractilidad uterina.

- Deberá además **decidir si puede continuar el trabajo de parto en forma segura, por lo que deberá reevaluar el caso el médico de mayor jerarquía**
- Cuando ha sobrepasado **2 horas de la curva de Acción** apesar de haber realizado un **manejo activo del trabajo de parto**, indique **Cesárea independientemente de que no exista ningún signo de DCP**

Efectúe tacto vaginal cada 2 a 4 horas. Si las membranas están rotas, limite el número de tactos vaginales. al efectuar el tacto vaginal utilice guantes estériles o sometidos a lato grado de desinfección, sobretodo si las membranas están rotas

Partograma del CLAP:

En la cuadrícula principal del partograma controle y grafique:

- La Curva de Alerta de la dilatación cervical. Escoja en el extremo superior izquierdo del partograma los datos para la construcción correcta de la curva de alerta en horas dependiendo de la posición, paridad y estado de las membranas. Grafique en línea punteada la curva adecuada superados los 4 cms de dilatación cervical.
- La Curva Real de la dilatación cervical: Registre con un punto que haga coincidir la hora de examen con la dilatación obtenida en el tacto vaginal, los cambios de dilatación cervical en la fase activa de la primera etapa del trabajo de parto. Una secuencialmente con línea continua los puntos de los tactos vaginales posteriores.
- La Curva de Descenso de la presentación fetal. Confirme durante el examen vaginal la altura de la presentación fetal, use las estaciones de Lee o los planos de Hogde cuya correspondencia se ubica en el extremo vertical derecho de la hoja de partograma.

Evaluación de la Progresión del trabajo de parto: La comparación entre la Curva Real y la Curva de Alerta le ayudará para tomar decisiones y realizar intervenciones.

Si la Curva Real se desplaza:

- Hacia la izquierda o justo sobre la Curva de Alerta, significa que la evolución del trabajo de parto es normal.
- Hacia la derecha de la Curva de Alerta, significa que el progreso de trabajo de parto es lento y es necesario realizar algunas intervenciones.

Efectúe tacto vaginal cada dos horas. Si las membranas están rotas, limite el número de tactos vaginales.

Hidrate a la paciente por vía oral, con pequeñas cantidades de agua (sorbos de 30cc).

Registre los medicamentos que prescribe en hoja de indicaciones medicas, partograma (Nombre, dosis y vía de administración).

Pase a la paciente a la sala de atención de parto cuando tenga dilatación completa (10 cm) y la presentación fetal se encuentre a estación +2 o +3

Identifique signos de parto inminente: distensión del periné, coronamiento, dilatación del ano

PREPARATIVOS PARA ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO (EXPULSIVO)

Prepare y disponga de ropa limpia, material, equipo, instrumental y guantes estériles.

Garantice que la posición de la parturienta sea lo más cómoda posible. Adapte si es posible la mesa ginecológica a posición semi-sentada. Evite la posición horizontal con las piernas colgadas o atadas a nivel del tobillo.

Asegure que la sala de parto esté a temperatura ambiente (Apague el aire acondicionado)

Caliente la cuna de calor radiante

Tenga compresas limpias y previamente calentadas para realizar el secado del recién nacido.

Prepare con anticipación el equipo, incluyendo el usado para la reanimación del bebé

Asegure el correcto lavado clínico de manos por parte del responsable de la atención.

Realice antisepsia en vulva, periné y cara interna de los muslos. Coloque campos estériles

Atienda el parto sentado.

MANEJO DEL SEGUNDO PERIODO (EXPULSIVO)

No realice presión sobre el útero para acelerar la expulsión

Permita el avance espontáneo de la presentación

Proteja el periné durante la expulsión: Coloque campo especial para proteger el periné y realice la Maniobra de Ritgen



Figura 85. Protección perineal

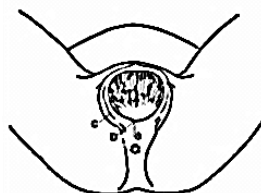


Figura 84. a) media,
b) mediolateral
c) lateral

No realice episiotomía en forma rutinaria, excepto cuando el periné sea muy resistente y con riesgo de desgarro. La episiotomía se realizará, de ser necesaria, en el momento de la distensión perineal por el polo cefálico sea máxima al observar 2 a 3 cm de la circunferencia cefálica (durante el pujo) en forma diagonal hasta la tuberosidad isquiática. Se incide en profundidad, en la medida de la ampliación vulvar necesaria; se prefiere la episiotomía mediolateral.

Controle la salida de la cabeza fetal para permitir su extensión o deflexión en forma paulatina y progresiva.

Una vez ha salido la cabeza, verifique con sus dedos si el cordón umbilical se encuentra alrededor del cuello fetal.

Si hay circular de cordón pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.
Si hay circular de cordón apretado alrededor del cuello, píncelo y córtelo entre las pinzas antes del desenrollarlo.

Efectúe la extracción del hombro anterior y posterior en un solo movimiento, aprovechando el pujo y después el resto del cuerpo saldrá sin dificultad.



Figura 86. Ayuda manual para el desprendimiento de los hombros

Coloque al bebé en una superficie a nivel del periné o sobre el abdomen de la madre para que ella lo pueda tocar. Seque al bebé por completo y evalúe su respuesta. Aspire cuidadosamente la boca y luego nariz con una perilla de hule (**Solamente si es necesario**). Observe si el neonato está respirando y palpe cómo está su frecuencia cardíaca. Realice evaluación del APGAR al primer minuto (Una segunda evaluación a los cinco minutos).

Pinzar y cortar el cordón del recién nacido después del primer minutos de nacido (1 a 2 minutos)

Luego de la salida del bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro bebé.

Estimule el apego precoz y el inicio de la lactancia en los primeros 30 minutos post-parto vaginal

MANEJO DEL TERCER PERIODO (ALUMBRAMIENTO)

ADMINISTRACION DE UTEROTÓNICOS (Para prevenir atonía uterina)

Posterior a cortar el cordón umbilical y asegurarse que no existe otro bebe, administre 10 unidades de Oxitocina vía IM en muslo o glúteo de la paciente

En las cesáreas coloque un goteo i.v. con 20 UI diluidas en 1 litro de SSN o Hartmant a pasar a 40 gotas/min inmediatamente después de extraer al recién nacido

Si no dispone de Oxitocina, administre:

- 0.2 mg de Metilergonovina por vía intramuscular NO USE Metilergonovina en embarazadas con Preclampsia, Eclampsia o presión arterial elevada, porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidente cerebro vascular
- Misoprostol 400 a 600 mcgr (2 a 3 tab) Intrarectal

En los casos de alto riesgo de hemorragia post-parto (Sobre-distensión uterina o trabajo de parto prolongado) puede utilizar: Carbetocina 100 mcgr IV 1 ampolla diluida en 9 cc de agua destilada IV lento. NO USE en hipertensas crónicas con antecedentes de infarto del Miocardio, falla hepática, renal, endocrinopatías y coagulopatías. Como utiliza los mismos receptores que la oxitocina no utilizarla simultaneamente

TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDON UMBILICAL

Mueva la pinza que está en el cordón lo más cercano al periné. Mantenga el cordón pinzado y sostenga el extremo de la pinza con una mano.

Coloque la otra mano por encima del pubis de la mujer, estabilice el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical. Esto ayuda a prevenir la inversión uterina.

Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero.

Cuando el útero se contraiga o el cordón se alargue, hale del cordón con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano, continúe ejerciendo contracción sobre el útero. (Maniobra de Brant)

Si presenta ruptura del cordón umbilical, puede ser necesaria la remoción manual de la placenta.

Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón, no continúe halándolo. Espere hasta que el útero esté contraído nuevamente.

Con la siguiente contracción uterina, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contracción para evitar la inversión uterina

Al ser expulsada la placenta, sostenga la pinza girandola y traccionandola hacia abajo con delicadeza hasta que las membranas sean expulsadas completamente

Verifique que la placenta y membranas se expulsaron completamente:

- Coloque la placenta con la cara materna hacia arriba en la bandeja. Compruebe la integridad de los cotiledones.
- Coloque el cordón hacia arriba. Tome el cordón y deje las membranas colgando –Técnica de la Medusa, meta las manos entre ellas para verificar su integridad.

En caso de retención placentaria por más de 30 minutos (con o sin sangrado), realice la extracción manual de placenta y la revisión de la cavidad bajo anestesia general

MASAJE UTERINO

Realice masaje de inmediato en el fondo uterino, a través del abdomen de la mujer, hasta conseguir que el útero se mantenga contraído.

Repita masaje uterino cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos la segunda hora post-parto

Asegúrese que el útero no se relaje después de suspender el masaje uterino.

REVISIÓN DEL CANAL DEL PARTO

Revise el canal vaginal y el cuello uterino en busca de desgarros. Repare la episiotomía o los desgarros, si los hubiere. Realice tacto rectal.

TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

Antes de quitarse los guantes elimine los materiales de desecho, colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.

Lávese las manos cuidadosamente.

Registre los procedimientos realizados en la Historia Clínica Perinatal.

NO OLVIDE FOMENTAR LA LACTANCIA MATERNA, EL APEGO PRECOZ Y EL ALOJAMIENTO CONJUNTO.

MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO (MATEP)

La hemorragia posparto (HPP) es responsable de aproximadamente el 25 % de muertes maternas en todo el mundo y en algunos países, esta cifra alcanza el 60% del total de estas muertes. También cabe resaltar que la HPP es causante de morbilidad severa a largo plazo. La atonía uterina (relajación del músculo uterino) es la causa más frecuente de HPP, el 60-90% % de los casos de la hemorragia posparto. El MATEP ha demostrado ser una medida efectiva para la prevención de la HPP

En el manejo activo del tercer período del trabajo de parto (MATEP) se incluyen:

- 1. La administración inmediata de oxitocina**
- 2. La tracción controlada del cordón umbilical**
- 3. El masaje uterino**

El manejo activo del alumbramiento, incluyendo el momento óptimo para pinzar el cordón umbilical, el contacto temprano piel a piel de la madre y con el recién nacido y el inicio de la lactancia materna son prácticas de atención seguras, eficaces, factibles y basadas en pruebas científicas que se deben ofrecer a toda mujer por un /una proveedor/a calificado/a. El MATEP, es una intervención segura, una práctica más humana y ética que la de manejar las complicaciones de la hemorragia posparto (HPP), especialmente en mujeres anémicas y desnutridas como las de los países en vías de desarrollo. Esta práctica también mejora las perspectivas de supervivencia del recién nacido/a, ya que la supervivencia materna y neonatal están directamente vinculadas.

El MATEP, debe ofrecerse a toda mujer, en todo parto dado que la gran mayoría de los casos de HPP no puede anticiparse, pero si pueden prevenirse. En cesárea, individualizar el caso para esperar al menos 1 a 2 minutos para el pinzado del cordón.

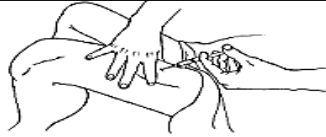
ETAPAS DEL MATEP:

1. OXITOCINA:

- Seque al recién nacido con un paño seco y limpio, colocándolo en decúbito prono sobre el abdomen de la madre cubriéndolo con una frazada seca y tibia.
- Cuando el cordón deja de latir, se pinza y se corta.

- Aplique **10 UI IM de Oxitocina** inmediatamente al nacimiento del bebé, tan pronto como sea posible idealmente dentro del 1er minuto; **habiendo descartado la presencia de otro bebé** y antes del nacimiento de la placenta.

Aplique 10 UI de Oxitocina vía IM inmediatamente luego de asegurarse que no hay otro feto en el útero materno



2005. Active Management of the Third Stage of Labor: A Demonstration (CD-ROM). Copyright © 2005 JHP.EGO.

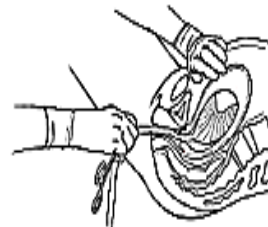
- La oxitocina se prefiere porque produce efecto 2–3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y se puede usar en todas las mujeres. Si no se dispone de oxitocina, administre metilergonovina 0,2 mg IM o prostaglandinas. Antes de administrar **estos medicamentos asegúrese de que no exista ningún bebé dentro del útero.**

En el caso de cesárea la administración de Oxitocina serán las 20 UI IV diluidas en goteo durante el transoperatorio posterior al nacimiento del recién nacido

2. TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN UMBILICAL

- Pince el cordón umbilical lo más cercano posible al perineo, cuando deja de pulsar (aproximadamente a los 3 minutos del nacimiento). Sostenga el cordón pinzado y la pinza con una mano.
- Coloque la otra mano en el abdomen materno justo encima de la sínfisis del pubis, establezca el útero aplicando contracción, durante la tracción controlada del cordón umbilical (Esto ayuda a prevenir las inversiones uterinas)
- Mantenga tensión leve sobre el cordón, y espere una contracción fuerte del útero, en ese momento realice una tracción gentil del cordón umbilical con contracción del útero (Rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina)

Tracción y contracción controlada del Cordón Umbilical



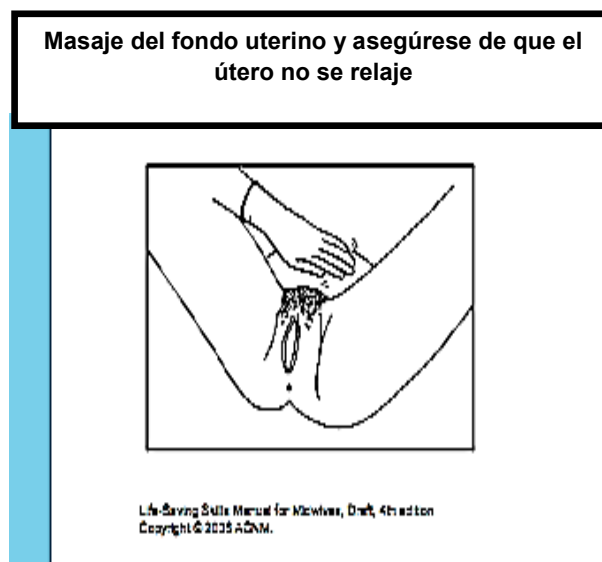
2005. Active Management of the Third Stage of Labor: A Demonstration (CD-ROM). Copyright © 2005 JHP.EGO.

Nunca aplique tracción al cordón umbilical sin aplicar contracción por encima del pubis con la otra mano (Maniobra de Brant)

- Si la placenta no desciende luego de 30 a 40 seg de tracción no siga traccionando, espere una nueva contracción y realice una nueva tracción gentil del cordón umbilical
- En caso de retención placentaria por 30 min.o más, con o sin sangrado realizar la extracción manual de la placenta y la revisión de la cavidad bajo anestesia general (Este procedimiento debe ser realizado por el médico de mayor jerarquía y con habilidad en la técnica)
- Al ser expulsada la placenta, sostenga la placenta y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas queden retorcidas para evitar que las membranas se rompan (Hale lentamente hasta completar la extracción)
- Si las membranas se desgarran examine el cuello uterino y retírelas con una pinza de anillo
- Examine cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra.
- Si se produce desgarro del cordón umbilical puede ser necesaria la remoción manual de la placenta
- Si se invierte el útero colóquelo en su posición normal inmediatamente

3. MASAJE UTERINO

- Masajee de inmediato el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga.
- Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos la hora siguiente.
- Asegúrese de que el útero no se relaje (ablande) después de detener el masaje uterino
- Recordar que es necesario lavar las manos de la madre en sala de partos antes de entregarle el recién nacido para el apego precoz o se cubra con un paño si no hay disponibilidad de agua.



MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO (MATEP)



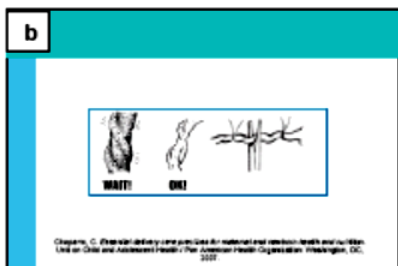
PRIMER PASO

- Coloca al recién nacido en posición prona (Boca arriba) **Sólo si es necesario aspire secreciones (Meconio o muchas**



secreciones)

- Límpielo toalla tibia y seca para evitar la pérdida del calor...
- Después de 1 a 2 minutos pince y se corte conforme a técnicas estrictas de higiene.
- Después de comprobar que no este presente otro feto, se administra oxitocina (10 U.I por vía intramuscula



- Brinde los cuidados inmediatos al recién nacido y colóquelo directamente sobre el pecho de su madre, en contacto piel a

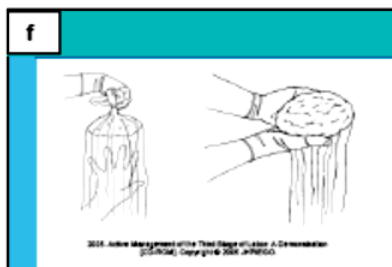


piel.

- Cúbralos con una frazada o toalla seca y caliente para evitar la pérdida de calor. Se cubre la cabeza del lactante con un gorro o un trapo.
- Para la expulsión de la placenta, se realiza la tracción controlada del cordón umbilical y se aplica contracción sobre el útero.

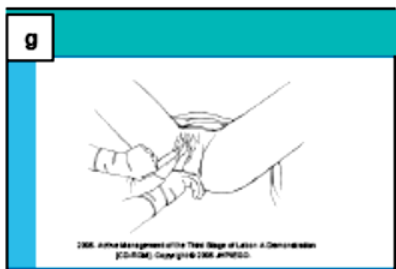
SEGUNDO PASO

- Examine que la placenta esta completa, verificando la integridad de las membranas y los cotiledones. Para ello tome la placenta por el cordón dejando colgar las membranas (como una medusa), introduzca la mano



para revisar que estén completas. Deposite la placenta siguiendo las medidas de bioseguridad.

- Revise el canal del parto: descarte laceraciones y desgarros. Sutúrelos si están sangrando. En caso de haber realizado episiotomía o sutura de desgarros grado II y III, realice tacto rectal. Anote los hallazgos



TERCER PASO

- Durante la recuperación, de masaje al útero a través del abdomen, cada 15 minutos por 2 horas cerciórese que esté contraído y vigile el volumen de sangrado vaginal, anote los



hallazgos.

EPISIOTOMÍA Y SUS COMPLICACIONES

La episiotomía no se debe realizar como procedimiento de rutina.

La episiotomía debe considerarse sólo en los casos de:

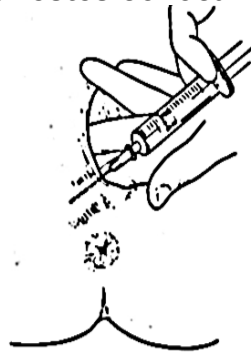
- Parto vaginal complicado (Parto de nalgas, distocia de hombro, parto con fórceps, extracción por vacío o ventosa obstétrica)
 - Periné resistente, cicatrizaciones de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados
 - Sufrimiento fetal con parto inminente
-
- Revise los principios generales de atención y aplique una solución antiséptica al área perineal
 - Use infiltración local con lidocaina
 - Asegúrese de que no haya alergia conocida a la lidocaina o a medicamentos relacionados.
 - 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 lidocaina al 2%.

Nota: Aspire (hale el émbolo) 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 lidocaina.**

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

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

Infiltración del tejido perineal con anestésico local



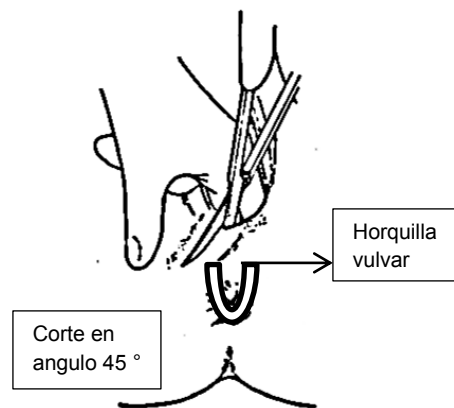
Espere para realizar la episiotomía hasta que:

- Se haya adelgazado el perineo
- Se vean 3 – 4 cm de la cabeza fetal y durante una contracción.

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

- Provisto de guantes estériles coloque dos dedos entre la cabeza del bebe y el perineo
- Use las tijeras de punta roma (Lister) para cortar el perineo cerca de 3-4 cm en dirección mediolateral con un ángulo de 45° a partir de la orquilla vaginal
- Controle la cabeza y los hombros del bebé a medida que se expulsan asegurándose de que los hombros hayan girado hacia la línea media para prevenir una extensión de la episiotomía.
- Examine con cuidado para detectar extensiones u otros desgarros y repárelos.

Realización de la incisión mientras se insertan dos dedos para proteger la cabeza del bebé



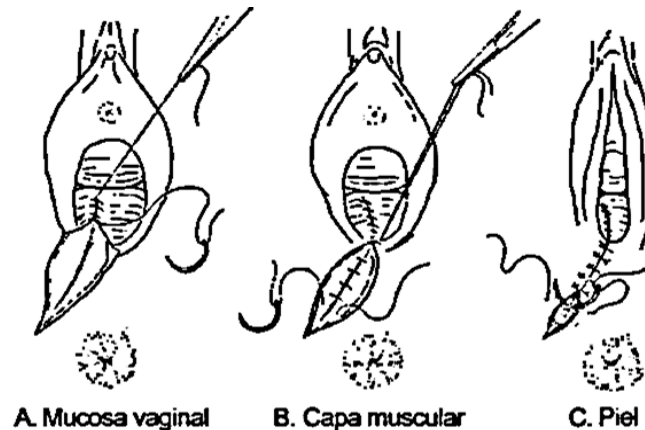
REPARACIÓN DE LA EPISIOTOMIA:

Nota: Es importante que se usen suturas absorbibles para el cierre. Las suturas de poliglicol son preferibles a las de catgut cromado debido a su fuerza de tensión, sus propiedades no alérgicas, su baja probabilidad de complicaciones infecciosas y dehiscencia de la episiotomía. El catgut cromado es una alternativa aceptable pero no es lo ideal.

- Aplique una solución antiséptica al área alrededor de la episiotomía.
- **Si la episiotomía se extiende** a través del esfínter anal o la mucosa rectal, maneje de igual manera que los desgarros de tercer o cuarto grado respectivamente.
- Cierre la mucosa vaginal con una Sutura continua 2-0
- Comience la reparación cerca de 1cm por encima del ápice (Parte superior) de la episiotomía. Continúe la sutura hasta el nivel de la abertura vaginal
- En la abertura de la vaginal junte los bordes cortados de la abertura vaginal

- Lleve la aguja por debajo de la abertura vaginal hagala pasar a través de la incisión y anude.
- Cierre el músculo perineal utilizando suturas interrumpidas 2-0
- Cierre la piel utilizando suturas interrumpidas (Subcuticulares)2-0

Reparación de la episiotomía



COMPLICACIONES

- Si se produce un hematoma, abra y drene. Si no hay signos de infección se ha detenido el sangrado. vuelva a cerrar la episiotomía.
- Si hay signos de infección, abra, drene la herida y tome cultivo de la lesión (Previo al inicio de antibióticos). Retire las suturas infectadas y desbride la herida y evalúe la resutura en el mismo acto:
 - Si la **infección es leve**, no se requiere antibióticos
 - Si la **infección es severa pero no involucra los tejidos profundos**, administre una combinación de antibióticos:
 - Amoxicilina 500 mg via oral cuatro veces al día por 5 días
 - +
 - Metronidazol 500 mg vía oral tres veces al día por 5 días
 - o
 - Clíndamicina 600 mg VO cada 6 horas por 5 días
- Si la **episiotomía está dehiscente**: realice debridamiento, y resutura de la episiotomía con material no absorbible **para piel (Nylon o Seda 2-0 ó 3 0)** y Vicryl (1 ó 0) para mucosa vaginal y área muscular.
- Control **en 8 días, donde se realizó la resutura**
- Si la **infección es profunda**, involucra **los músculos** y **está causando necrosis** (Fascitis necrotizante), administre una combinación de antibióticos hasta que el tejido necrótico se haya extraído y la paciente este sin fiebre por 48 horas:

- Penicilina G 2 millones de unidades IV cada 6 horas, **más**
 - Gentamicina 5 mg/kg de peso IV cada 24 horas **más**
 - Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas
- Una vez que la paciente esté sin fiebre por 48 horas administre:
 - Amoxicilina 500 mg vía oral cuatro veces al día por 5 días, **más**
 - Metronidazol 500 mg tres veces al día por 5 días

Nota: La Facitis Necrotizante requiere un debridamiento quirúrgico amplio. Realice una sutura diferida 2-4 semanas más tarde (Dependiendo de la resolución de la infección). Para resutura de episiotomía se debe de utilizar Nylon o seda 2-0 con puntos separados en piel.

PUERPERIO

Período que comprende desde el alumbramiento hasta las 6 semanas post-parto ó 42 días, durante el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación, a excepción de las glándulas mamarias.

Se divide en tres períodos:

- Puerperio inmediato: Comprende las primeras 24 horas después del parto.
- Puerperio mediato: Comprende desde el segundo al décimo día posterior al parto.
- Puerperio tardío: Comprende desde el día 11 hasta los 42 días posteriores al parto.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO

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

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

LINEAMIENTOS TÉCNICOS BÁSICOS PARA LA ATENCIÓN DEL PUERPERIO.

- Toda mujer deberá recibir en su puerperio inmediato un mínimo de dos evaluaciones clínicas completas: Una dentro de las primeras 2 horas posteriores al parto y la otra previa al alta.
- A toda mujer en su puerperio inmediato se le deberá promover:
 - La lactancia materna,
 - El apego precoz: el contacto físico (Piel a piel) que se establece entre el recién nacido y su madre en la primera media hora después del parto o lo antes posible en caso de cesárea iniciando la succión precoz
 - El alojamiento conjunto que es la permanencia de la madre junto a su bebé en la misma habitación durante los días que permanezcan en el establecimiento de salud, según su condición y la de su recién nacido. No hay razón para separar a la madre y su bebé después del nacimiento, si ambos están sanos. La cercanía entre madre y bebé facilita el amamantamiento frecuente del recién nacido y el éxito de la Lactancia Materna.
- Mantener la vigilancia de la herida operatoria o de la episiotomía.
- Toda mujer que en su puerperio presente morbilidad deberá ser atendida por personal médico, utilizando el protocolo de atención respectivo.

Previo al alta:

- Revisar el resultado del Típo-Rh materno, para detectar a las mujeres Rh negativo y tratarlas oportunamente con gamaGlobulina anti-D
- Revisar resultado de VDRL y VIH, sino se ha tomado debe realizarse previo al alta
- Dar consejería en planificación familiar y promover periodo intergenésico de 24 meses mínimo.
- Promover el registro del recién nacido(a) a nivel municipal.

Al dar alta:

- Entregar carnet materno y la hoja de control post-parto, debidamente lleno con la información referente al parto, puerperio inmediato, y condiciones del recién nacido(a)
- Prescribir suplementos de Hierro (60 mg vía oral cada día), Multivitaminas prenatales (1 tableta vía oral cada día) y Acido fólico (1 tableta vía oral cada día) por 3 meses.
- Referir a control postparto en 7 días al establecimiento de salud más cercano a su domicilio.

MANEJO DEL PUERPERIO INMEDIATO
Realice o complete la historia clínica materno perinatal y el carnet materno.
Mantenga vigilancia y registro de los signos vitales (Tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria), cada 15 minutos la primera hora y cada 30 minutos la segunda hora.
Tranquile a la paciente. Escúchela y responda atentamente sus dudas.
Realice masaje del fondo uterino y evalúe el sangrado durante las primeras dos horas postparto y el estado de la episiotomía, si se realizó.
Asegúrese que el útero no se relaje después de suspender el masaje uterino
Inicie el alojamiento conjunto lo más pronto posible, si la condición materna y del recién nacido lo permiten.
Promueva la lactancia materna precoz. Brinde apoyo constante para conseguir una succión adecuada.
Permita la ingesta de líquidos vía oral inmediatamente, si la paciente lo desea.
MANEJO SUBSIGUIENTE
Indique dieta corriente según horario de alimentación y deseo materno.
Verifique la diuresis espontánea en primeras 8 horas y la deposición fecal en las próximas 24 horas.
Indique baño diario e higiene perineal cada 12 horas.
Prescriba analgésicos: Acetaminofen 1 gramo vía oral cada 6 horas. Considere otro analgésico.
Refuerce el interés en la lactancia materna
Facilite el alojamiento conjunto

Revise resultados de exámenes de laboratorio indicados durante el ingreso.
Indique otros exámenes de laboratorio, si condición de la paciente lo amerita.
En mujeres Rh (-) Du (-) con prueba de Coombs indirecto (-) y su hijo Rh positivo, indique Gamaglobulina Anti-D 300 µgr IM, dentro de las primeras 72 horas postparto.
La lactancia materna está contraindicada en caso de mujer con: VIH/SIDA, hipertiroidismo con medicación, miastenia gravis, tuberculosis activa, trasplante renal.
ANTES DE DAR ALTA
Realice examen físico completo (TA, T°, pulso, involuación uterina, loquios, estado de las mamas, episiotomía o herida operatoria). Sea minucioso en mamas y periné.
Si la paciente está asintomática, proceda a dar el alta.
Indique analgésicos.
Prescriba suplemento de sulfato ferroso (300 mg vía oral cada día) y multivitaminas prenatales (1 tableta vía oral cada día) por 30 días.
De consejería en Planificación Familiar.
Refiera a control en 7 días al establecimiento de salud más cercano.
Entregue el carnet materno debidamente lleno con la información referente al parto, puerperio inmediato y condiciones del recién nacido/a. Si la paciente presentó morbilidad, envíe la hoja de contrareferencia completa y correctamente llena (con letra legible), con la información correspondiente a la patología y tratamiento prescrito.
Promueva con la madre y su grupo familiar la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo/a en la alcaldía correspondiente.
De consejería relacionada al auto-cuidado de su salud y del recién nacido/a, que incluya: <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación de la madre • Importancia de lactancia materna exclusiva. • Cuidado de mamas y pezones • Cuidados del recién nacido/a y estimulación temprana. • Ejercicio durante el puerperio • Inicio de relaciones sexuales y uso de métodos de planificación familiar. • Cuidados higiénicos • Descanso • Reconocimiento de signos y síntomas de alarma. • Uso de medicamentos en base a prescripción médica • Nivel de riesgo reproductivo • Manejo psico-afectivo del puerperio.

MÓDULO V

ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

ATENCIÓN DEL (LA) RECIÉN NACIDO (A) AL MOMENTO DEL NACIMIENTO

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

Objetivo

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

Lineamientos Técnicos Básicos para la atención Inmediata del Recién Nacido:

1. Verificar que el equipo de reanimación del recién nacido esté completo y en condiciones óptimas para su uso.
2. Apagar el aire acondicionado previo al nacimiento del recién nacido. En sala de operaciones la circular de enfermería debe apagar el aire acondicionado previo al nacimiento
3. Cumplir todas las medidas de asepsia, antisepsia y bioseguridad. El personal médico y paramédico debe evitar utilizar joyas, uñas acrílicas, esmalte u uñas largas, así como utilizar apropiadamente el equipo de protección personal como gorro, mascarilla.

ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO/A EN SALA DE PARTOS

EN EL MOMENTO DEL PARTO:

Al salir la cabeza, descarte presencia de circular de cordón al cuello. Si existe y no está apretado, deslícelo por encima de la cabeza del bebé. Si está ajustado, píncelo y córtelo antes de desenrollarlo.

Verifique el estado del recién nacido según flujograma de reanimación neonatal, es decir, hágase las siguientes cuatro preguntas:

- ¿El recién nacido es de término?
- ¿El líquido amniótico está claro?
- ¿ El recién nacido respira o llora?
- ¿ El recién nacido tiene buen tono muscular?

Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es “NO”:

- Pince y corte el cordón umbilical inmediatamente.
- Llévelo a la mesa de reanimación y
- Proceda según guía de reanimación neonatal

Si la respuesta a todas las preguntas es “SI”:

Proporcione calor, colocando al bebé sobre el vientre materno en decúbito dorsal, si es parto vaginal. Fomente el vínculo afectivo y el apego precoz

Despeje la vía aérea: **Si es necesario** (Meconio o muchas secreciones).Aspire con una perilla de hule las secreciones (Primero de cavidad oral y después de las fosas nasales)

Seque suavemente el torax, la cabeza y resto del cuerpo con campos tibios. Retire los paños húmedos.

Evalúe respiración, frecuencia cardíaca y color.

Si el recién nacido no necesita reanimación

Evalúe el APGAR al primer minuto (Color, frecuencia cardíaca, irritabilidad refleja, tono muscular y respiración).

Pince y corte el cordón umbilical después del primer minuto; asegúrese de la presencia de 2 arterias y 1 vena.

Traslade al recién nacido/a a la fuente de calor radiante

Coloque clamp umbilical aproximadamente a 3 cm de la base del cordon, corte la porción de cordón restante. Asegurese que el Clamp esté firmemente cerrado.

Aplique alcohol al 70% comenzando por la base, evitando contacto con la piel del abdomen del recién nacido/a.

Realice profilaxis ocular, aplicando ungüento oftálmico de Tetraciclina al 1% o ungüento de Eritromicina al 0.5% en ambos ojos, para prevenir oftalmía neonatal.

Evalúe el APGAR a los 5 minutos (Color, frecuencia cardíaca, irritabilidad refleja, tono muscular y respiración)

Identifique el recién nacido/a colocándole una pulsera o brazalete en la muñeca derecha que contenga la siguiente información: Nombre de la madre, número del registro y sexo del recién nacido/a. Muéstrole el neonato a la madre (Haciendo énfasis en el sexo y el brazalete que lo identifica. Infórmele sobre el estado de salud y condiciones generales. Recordar procedimiento de registro según LEPINA.

Promueva y favorezca el inicio de la lactancia materna en la primera media hora posparto, si la condición clínica de la madre y el neonato lo permite, colocándolo sobre el torax y abdomen de la madre en contacto piel a piel, para que le brinde amor y calor y ayudando para que agarre el pezón (Apego Precoz)

Tome las medidas antropométricas del recién nacido: Peso, longitud y perímetro cefálico, torácico y abdominal.

Efectúe exploración física completa, con el fin de asegurar el bienestar del recién nacido/a y descartar malformaciones congénitas. Verifique permeabilidad de coanas, esófago y ano.

Determine edad gestacional utilizando el Método de Ballard, basado en la madurez física y neuromuscular.

Aplique vitamina “K” vía intramuscular (En la sala de reanimación de ser posible) en la cara anterolateral del muslo del recién nacido/a, según dosis recomendada:

- 1 mg. para niños con peso >1,000 gr. ó

- 0.5 mg. para recién nacidos <1,000 gr.

Tome las huellas plantares al recién nacido/a en el certificado de nacimiento.

Limpie al recién nacido/a si presenta secreciones sobre su piel (No quite el vórmix). Abríguelo(a). Practique el alojamiento conjunto y apoye la lactancia materna a libre demanda, siempre y cuando la condición de ambos sea estable.

Complete la sección "Recién Nacido" de la historia clínica perinatal.

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO PREVIOS AL ALTA

Evalúe clínicamente al recién nacido/a previo al alta

Inicie vacunación según esquema vigente: Aplique BCG. Anote en el carnet de vacunación y en la hoja de la historia clínica perinatal

Asegurar la toma de RPR para sífilis al recién nacido previo al alta, cuando el de la madre fue positivo, no le fue tomado o no se conocieron sus resultados

Aconseje a la madre sobre signos de peligro y cuidados básicos del recién nacido/a

Al alta del recién nacido/a, refiera a control precoz de su crecimiento y desarrollo y al tamizaje neonatal en los primeros 7 días de vida.

Entregue hoja de plantares, carnet materno con datos de parto y recién nacido, entregue y carnet infantil debidamente lleno

Promueva con la madre y su grupo familiar la importancia del registro oportuno del recién nacido/a en la alcaldía correspondiente.

Todo recién nacido/a cuya condición clínica lo amerite, deberá ser referido(a) a un nivel de mayor complejidad y su manejo se hará en base a protocolos.

Todo recién nacido/a debe recibir visita domiciliar, por el promotor/a o equipo de salud en las primeras 24 -48 horas, posterior a su nacimiento.

EVALUACIÓN DEL APGAR

La Evaluación del Apgar, es un método efectivo y fácil de valorar a un recién nacido, al minuto (Como fue inicialmente propuesto por la doctora Apgar) y a los cinco minutos de vida, se basa en puntajes que van de 0 a 2 para cada uno de los parámetros de frecuencia cardíaca, respiraciones, tono muscular, color de la piel y reflejos. En forma resumida, el esquema es como sigue:

SIGNO	0	1	2
Color	Azulado o pálido	Acrocianótico	Completamente rosado
Frecuencia cardíaca	Ausente	< 100 lpm	>100 lpm
Irritabilidad Refleja	No responde	Quejido	Llanto o retroceso activo
Tono Muscular	Flácido	Leve flexión	Movimiento activo
Respiración	Ausente	Llanto débil Hipo ventilación	Bueno, activo

Antes de hacer el necesario énfasis en las razones científicas que tuvo Apgar para caracterizar el sufrimiento del neonato por medio del puntaje aquí brevemente descrito, es importante anotar que fácilmente comprobó lo que parece obvio: Que con un puntaje bajo (<3), el pronóstico de supervivencia es malo, y con un puntaje alto (>7), el pronóstico es bueno, según lo observado en su serie de casos. Un puntaje de 7 o menos sugiere que el bebé pudiese haber experimentado dificultades durante el trabajo de parto o en el nacimiento mismo, lo que pudiera haber causado hipoxia, aunque esto no es siempre cierto, ya que hay recién nacidos que tardan en reaccionar de manera normal. De ahí que sea importante la valoración a los cinco minutos.

En casos especiales puede tomarse a los 10 minutos posterior a la atención primaria si la condición del bebe amerita cuidados de reanimación.

¿Por qué el puntaje de Apgar no se utiliza para guiar la reanimación?

El puntaje Apgar es un método objetivo de cuantificar la condición del recién nacido y es útil para obtener información acerca del estado general y de la respuesta a la reanimación. Sin embargo, la reanimación debe iniciarse antes de que se asigne el puntaje al minuto. Por lo tanto, **el puntaje de Apgar no se utiliza para determinar la necesidad de reanimación, que pasos de la reanimación son necesarios o cuando emplearlos.** Los tres signos que empleará para decidir cuándo y cómo reanimar (Respiración, frecuencia cardíaca y color) forman parte del puntaje de Apgar. Dos elementos adicionales (Tono muscular y respuesta a estímulos) reflejan el estado neurológico. Debe señalarse que los valores de los elementos individuales del puntaje pueden ser diferentes si el recién nacido está siendo

reanimado, por lo tanto se debe documentar que medidas de reanimación se dieron cada vez que el puntaje se asigna.

El puntaje de Apgar por lo común se asigna al minuto de vida y nuevamente a los cinco minutos de vida. Cuando el puntaje de Apgar es menor de 7, se debe asignar un puntaje adicional cada 5 minutos hasta los 20 minutos. Aunque el puntaje de Apgar no produce bien el pronóstico, el cambio en el puntaje en forma secuencial después del nacimiento puede reflejar si el bebé está respondiendo bien a la reanimación.

EVALUACIÓN DE BALLARD



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



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

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

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

Madurez Neuromuscular: ____ +
 Madurez Física: ____ =
 Total Puntaje final:

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

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

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

ADAPTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO A LA VIDA EXTRAUTERINA

¿CÓMO RECIBE OXÍGENO EL FETO ANTES DE NACER?

El oxígeno es esencial para sobrevivir tanto antes como después del nacimiento. Antes de nacer, todo el oxígeno utilizado por el feto se difunde a través de la membrana placentaria, desde la sangre materna hacia la sangre fetal.

Solo una pequeña fracción de la sangre fetal se dirige al pulmón fetal. Los pulmones del feto no funcionan como fuente de oxígeno ni son la vía de excreción del bióxido de carbono. Por lo tanto, el flujo de sangre a los pulmones no es importante para mantener la oxigenación normal del feto y el balance ácido básico. Los pulmones del feto están expandidos en el útero, pero los sacos aéreos potenciales (Alveolos) del pulmón, están llenos de líquido en lugar de aire. Además, las arteriolas que irrigan el pulmón fetal están intensamente vasocontraídas, en parte debido a una baja presión parcial de oxígeno (pO_2) en el feto.

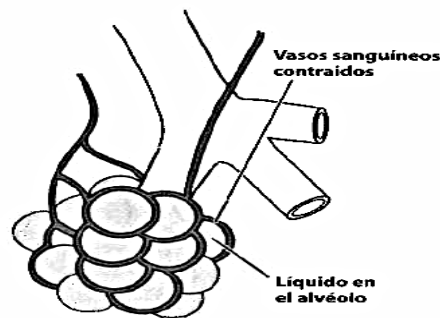


Figura 1.1. Alvéolo lleno de líquido y vasoconstricción pulmonar antes de nacer.

Antes del nacimiento, la mayor parte de la sangre del corazón derecho no puede entrar al pulmón debido a la resistencia alta al flujo por la vasoconstricción pulmonar fetal. En cambio, la mayor parte de esta sangre toma la dirección que ofrece menor resistencia a través del conducto arterioso hacia la aorta.

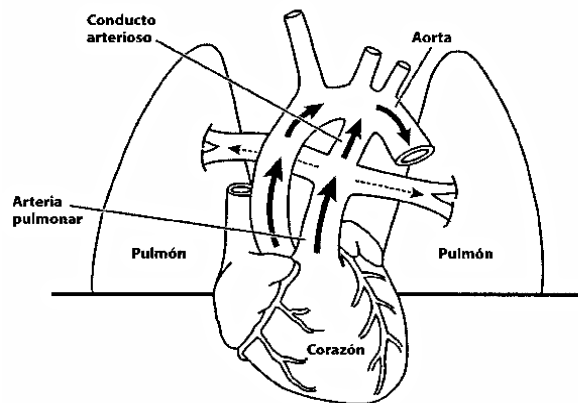


Figure 1.2. Cortocircuito de sangre a través del conducto arterioso que evita el paso por el pulmón antes del nacimiento.

Después de nacer, el recién nacido no estará más conectado a la placenta y dependerá de los pulmones como única fuente de oxígeno. Por lo tanto, en segundos el líquido del pulmón deberá ser absorbido por los alveolos, los pulmones deberán llenarse con aire y los vasos sanguíneos en los pulmones deberán relajarse para incrementar el flujo de sangre al alveolo y de esa manera el oxígeno podrá ser absorbido y transportado al resto del cuerpo.

¿QUE OCURRE NORMALMENTE QUE PERMITE AL RECIÉN NACIDO OBTENER OXÍGENO A TRAVÉS DE LOS PULMONES EN EL MOMENTO DE NACER?

Normalmente, hay tres cambios que comienzan de inmediato después del nacimiento:

1. **El líquido que hay en el alveolo se absorbe** hacia el tejido pulmonar y es reemplazado por aire. Debido a que el aire contiene 21% de oxígeno, llenar el alveolo con aire proveerá el oxígeno que será difundido hacia los vasos sanguíneos que rodean al alveolo.
2. **Las venas y las arterias umbilicales vasocontraídas se pinzan.** Esto remueve el circuito placentario de baja resistencia e incrementa la presión sanguínea sistémica.
3. Como resultado de la distensión por gas e incremento de oxígeno en el alvéolo, **los vasos sanguíneos en el tejido pulmonar se relaja, disminuyendo la resistencia al flujo sanguíneo** Esta vasodilatación, junto con el incremento de la presión sanguínea sistémica, da como resultado una menor presión en las arterias pulmonares que en la circulación sistémica lo que conduce a un incremento dramático del flujo sanguíneo pulmonar y una disminución del flujo a través del conducto arterioso. El oxígeno del alvéolo es absorbido por la sangre de las venas pulmonares, y la sangre enriquecida con oxígeno regresa al lado izquierdo del corazón, donde es bombeada al resto de los tejidos del recién nacido.

La mayoría de las veces, el aire provee suficiente oxígeno (21%) para iniciar la vasodilatación de los vasos sanguíneos pulmonares. A medida que los niveles de oxígeno sanguíneo se incrementan y los vasos sanguíneos se relaja, el conducto arterioso comienza a contraerse. La sangre que previamente se desviaba a través del conducto arterioso ahora fluye hacia los pulmones, donde recoge mas oxígeno para transportarlo a todos los tejidos del cuerpo.

CIERRE DEL CONDUCTO ARTERIOSO DESPUÉS DEL NACIMIENTO. EL FLUJO SANGUÍNEO PULMONAR AUMENTA

Al final de esta transición normal, el recién nacido esta respirando aire y utilizando los pulmones para obtener oxígeno. Su llanto inicial y sus respiraciones profundas son lo suficientemente fuertes como para ayudar a mover el líquido de las vías aéreas. El oxígeno y la distensión por gas de los pulmones son los principales estímulos para que los vasos sanguíneos pulmonares se relajen. A medida que el oxígeno se incorpora a la sangre, la piel del recién nacido se torna de gris/azulada a rosada.

A pesar de que los pasos iniciales de una transición normal ocurren en los primeros minutos de nacimiento, el proceso entero es posible que no sea completado hasta en horas e incluso varios días después del parto. Por ejemplo, algunos estudios han demostrado que una

transición normal de un recién nacido a término, podría tomar hasta 10 minutos para lograr una saturación de oxígeno del 90% o mayor. El cierre completo del conducto arterioso puede no ocurrir hasta las 12 o 24 h después del nacimiento, y la vasodilatación completa de las venas pulmonares no ocurre hasta después de varios meses.

¿QUÉ PUEDE FALLAR DURANTE LA TRANSICIÓN?

Un recién nacido puede tener dificultades antes del trabajo de parto, durante el mismo o después de nacer. Si la dificultad se inicia en el útero, antes o después del parto, el problema generalmente refleja un compromiso del flujo sanguíneo del útero o de la placenta. El primer signo clínico puede ser una desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal, la cual podría retornar a índices normales a pesar de que el flujo sanguíneo haya estado significativamente comprometido. Es más probable que los problemas encontrados después del nacimiento comprometan las vías aéreas y/o los pulmones del bebé.

Los siguientes son algunos de los problemas que pueden alterar una transición normal:

- Es posible que el recién nacido no respire lo suficiente como para forzar la salida del líquido del alveolo; o que material como meconio, bloquee la entrada de aire al alveolo. Como resultado, los pulmones no se llenarán con aire, impidiendo que el oxígeno alcance la circulación de sangre a través de los pulmones (Hipoxemia).
- Es posible que ocurra una pérdida excesiva de sangre o que haya una pobre contractilidad cardíaca o bradicardia por hipoxia e isquemia, de tal manera que no se produzca el incremento esperado de la presión sanguínea (Hipotensión sistémica).
- La falta de oxígeno o una falla en la expansión del pulmón puede resultar en constricción sostenida de las arteriolas pulmonares, así como la disminución del flujo sanguíneo a los pulmones y el suplemento de oxígeno a los tejidos del cuerpo. En algunos casos, las arteriolas pulmonares pueden fallar en su dilatación aun después de que los pulmones estén llenos de aire/oxígeno (Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido, frecuentemente abreviada como HPPN).

¿Cómo responde un recién nacido a la interrupción de una transición normal?

Normalmente, los recién nacidos hacen esfuerzos vigorosos para inhalar aire a sus pulmones. La presión creada ayuda al líquido pulmonar fetal a moverse fuera del alveolo hacia el tejido pulmonar circuncidante. Al aumentar la oxigenación, las arteriolas pulmonares se vasodilatan. Si esta secuencia se interrumpe, las arteriolas pulmonares pueden permanecer en vasoconstricción, los alveolos permanecen con líquido en lugar de aire y la sangre arterial sistémica no se oxigena.

Cuando disminuye el suplemento de oxígeno, las arteriolas del intestino, riñones, músculos y piel se contraen, mientras que el flujo sanguíneo cardíaco y cerebral permanecen estables o se incrementan para mantener la distribución de oxígeno. Esta redistribución del flujo sanguíneo ayuda a preservar la función de los órganos vitales. Sin embargo, si la falta de oxígeno continua, la función miocárdica y el gasto cardíaco se deterioran, la presión sanguínea decae y el flujo sanguíneo a todos los órganos se reduce. La consecuencia de

esta falta en la perfusión sanguínea adecuada y en la oxigenación de los tejidos, puede producir un daño cerebral irreversible, daño a otros órganos e incluso la muerte.

El recién nacido con problemas puede presentar uno o más de los siguientes hallazgos clínicos:

- Hipotonía por entrega insuficiente de oxígeno al cerebro, músculos y otros órganos.
- Depresión del esfuerzo respiratorio por entrega insuficiente de oxígeno al cerebro.
- Bradicardia (Baja frecuencia cardíaca) por entrega insuficiente de oxígeno al miocardio o al tronco cerebral.
- Hipotensión sistémica por hipoxia miocárdica, pérdida de sangre o retorno insuficiente de sangre desde la placenta, antes o durante el nacimiento.
- Taquipnea (Respiración rápida) producto del fracaso al absorber el líquido pulmonar fetal.
- Cianosis (Coloración azulada) por oxigenación insuficiente de la sangre.

Muchos de estos síntomas pueden presentarse en otras condiciones tales como infección o hipoglicemia, o en el caso de depresión respiratoria por medicamentos (Narcóticos o agentes anestésicos generales) administrados a la madre antes del nacimiento.

REANIMACIÓN: DIAGRAMA DE FLUJO

Este diagrama de flujo describe todos los procedimientos de la reanimación del PRN. El diagrama se inicia con el nacimiento del recién nacido. Cada paso de la reanimación parece en una parte. Debajo de cada parte hay un punto de decisión para ayudarle a decidir si deberá proceder con el paso siguiente.

Estudie en diagrama a medida que lee la descripción de cada paso y el punto de decisión. Este diagrama se repetirá en lecciones posteriores. Utilícelo como medio de ayuda para recordar los pasos de una reanimación.

Parte inicial de la Evaluación: al momento del nacimiento, usted debe hacerse cuatro preguntas acerca del recién nacido. Estas preguntas aparecen en la parte de la evaluación inicial del diagrama. Si alguna respuesta es “No”, usted debe proceder con los pasos iniciales de la reanimación.

a) **Parte A (Vía Aérea):** Estos son los pasos iniciales que usted debe tomar para establecer una vía aérea permeable e iniciar la reanimación de un recién nacido.

- Suministrar calor.
- Posicionar la cabeza para abrir la vía aérea, despejar la vía aérea si es necesario.
- Secar la piel, estimular al neonato para que respire y reposicionar la cabeza para abrir la vía aérea.

La evaluación del recién nacido y la realización de los pasos iniciales, debe efectuarse rápidamente. Como la línea del tiempo lo indica, usted deberá completar estas partes en aproximadamente 30 segundos.

Evaluación del efecto de la parte A. usted debe evaluar al recién nacido después de unos 30 segundos. Simultáneamente deberá evaluar la respiración, la frecuencia cardíaca y el color.

Si el recién nacido no está respirando adecuadamente (tiene apnea o está boqueando), tiene una frecuencia cardíaca menor a 100 latidos por minuto (lpm), o está azulado (cianótico), elija 1 de las dos opciones de la parte B.

- b) **Parte B (Respiración):** Si el recién nacido tiene apnea o ha tenido una frecuencia cardíaca menor a los 100 latidos por minuto (lpm), debe asistir la respiración (**B**reathing) del recién nacido proporcionando ventilación a presión positiva con bolsa y máscara. Si el bebé está cianótico, debe darle oxígeno suplementario.

Evaluación del efecto de la parte B. Después de 30 segundos de ventilación y/u oxígeno suplementario, evalúe al recién nacido nuevamente. Si la frecuencia cardíaca es menor de 60 lpm, debe proceder con la parte C.

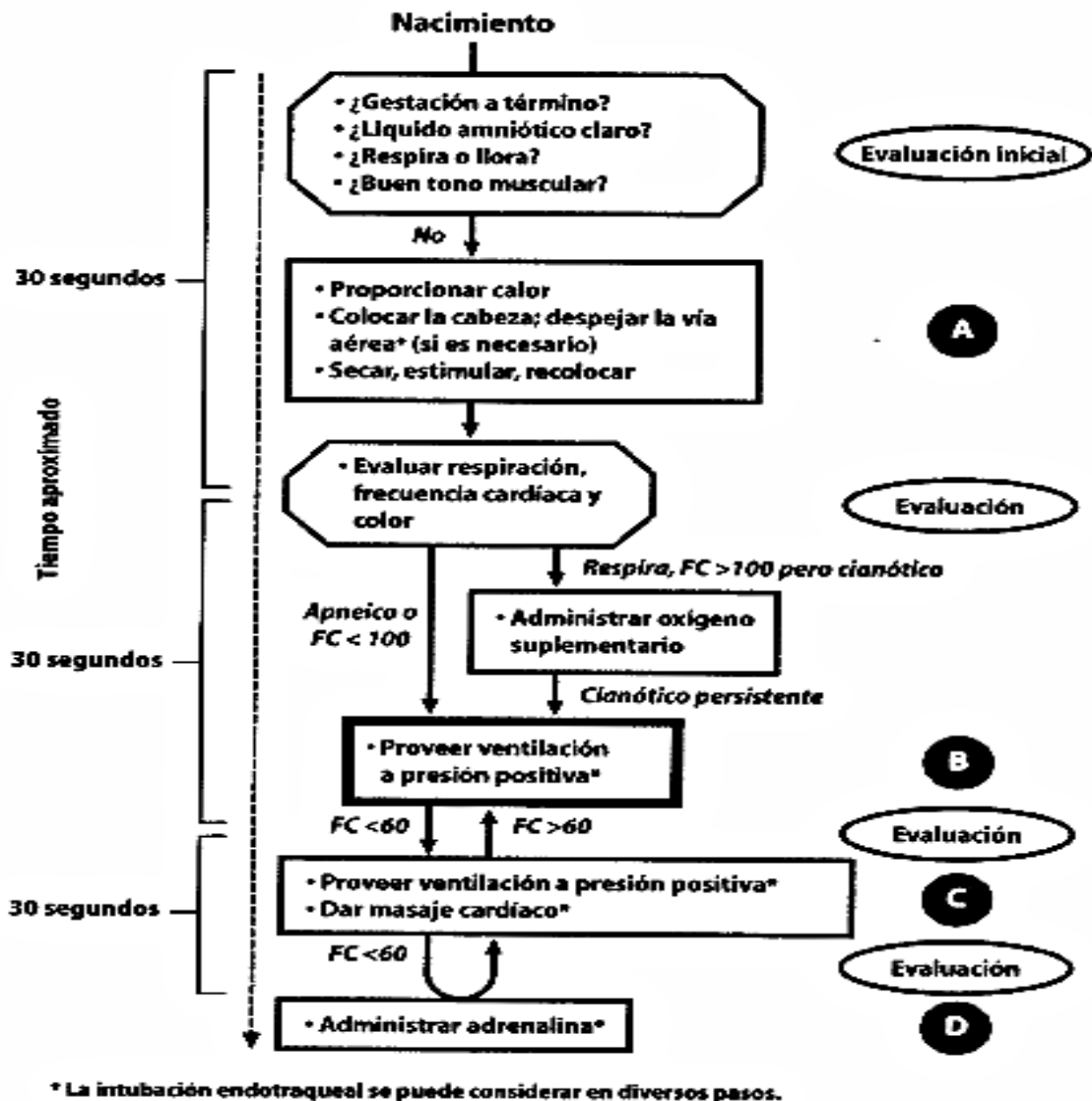
- c) **Parte C (Circulación):** Apoye la circulación al iniciar el masaje cardíaco mientras continúa con la ventilación a presión positiva.

Evaluación del impacto de la parte C. Después de unos 30 segundos de masaje cardíaco y ventilación a presión positiva, evalúa al recién nacido nuevamente. Si la frecuencia cardíaca se mantiene debajo de los 60 lpm, proceda a la parte D.

- d) **Parte D (Drogas):** Administre adrenalina mientras continúa con ventilación a presión positiva y masaje cardíaco.

Evaluación de la parte D. Si la frecuencia cardíaca se mantiene por debajo de los 60 lpm, las acciones de las partes C y D continúan y se repiten, esto se indica con la flecha curva.

Esté seguro de que cada paso es realizado correcta y efectivamente antes de seguir con el paso siguiente.



¿Cómo prepararse para una reanimación?

En cada nacimiento usted deberá prepararse para reanimar a un recién nacido, ya que la necesidad de reanimación puede ser sorpresiva. Por esta razón, en cada nacimiento debe estar presente al menos una persona entrenada en reanimación neonatal cuya única responsabilidad sea el manejo del recién nacido. Si se anticipa una reanimación más compleja se necesitará personal adicional.

Mediante una consideración cuidadosa de los factores de riesgo, más de la mitad de todos los recién nacidos que requieren de reanimación se pueden identificar antes del nacimiento. Si anticipa la posible necesidad de reanimación neonatal, usted deberá:

- Reclutar personal adicional capacitado para que esté presente
- Preparar el equipo necesario.

¿Qué factores de riesgo se asocian con la necesidad de reanimación neonatal?

Factores preparto	
Diabetes Materna	Hidropesía fetal
Hipertensión inducida por el embarazo	Gestación postérmino
Hipertensión Crónica	Gestación Múltiple
Anemia o Isoinmunización Fetal	Discrepancia en tamaño-fechas
Hemorragia durante el segundo o tercer trimestre	Terapia con medicamentos como magnesio
Infección materna	Bloqueadores Adrenérgicos
Enfermedad cardíaca, renal, pulmonar, tiroidea o neurológica materna	Consumo materno de drogas
Polihidramnios	Malformaciones fetales
Oligohidramnios	Actividad fetal disminuida
Ruptura prematura de membranas	Edad menor de 16 o mayor de 35
Factores Intraparto	
Cesárea de Emergencia	Bradycardia fetal persistente
Nacimiento con fórceps o ventosa (vacum)	Patrones de frecuencia cardíaca fetal sospechosos
Presentación de cara u otra presentación anormal	Uso de anestesia general
Parto prematuro	Hiperestimulación uterina
Parto precipitado	Narcóticos administrados a la madre 4hr antes del nacimiento
Corioamnionitis	Líquido amniótico con meconio espeso
Ruptura prematura de membrana (Mayor de 18 horas antes del nacimiento)	Prolapso de cordón
Parto prolongado (Mayor de 24 h)	Desprendimiento prematuro de placenta
Segunda etapa del trabajo de parto prolongada (Período expulsivo mayor de 2 h)	Placenta Previa
Macrosomía	Sangrado importante durante el parto

¿Por qué corren riesgos los bebés prematuros?

Muchos de estos factores de riesgo pueden predisponer a un nacimiento que no ha completado sus 37 semanas de gestación. Los bebés prematuros tienen características anatómicas y fisiológicas diferentes a los recién nacidos a término. Estas características incluyen:

- Pulmones deficientes en surfactante, lo que puede provocar dificultad en la ventilación.
- Desarrollo inmaduro del cerebro, lo que puede provocar una disminución en el patrón respiratorio.

- Músculos débiles, lo que puede producir que la respiración espontánea sea más difícil.
- Piel fina, gran superficie corporal y la falta de grasa, contribuyen a que pierdan calor más rápidamente
- Probabilidad aumentada de haber nacido con una infección
- El cerebro tiene capilares muy frágiles lo que podría provocar sangrado durante periodos de estrés.
- Escaso o poco volumen de sangre lo que lo hace ser mas susceptible a los efectos de la hipovolemia debidos a la pérdida de sangre.
- Tejidos inmaduros que mas fácilmente se dañan por oxígeno excesivo.

Estos y otros aspectos de los recién nacidos prematuros deberán alertarlo a buscar ayuda adicional cuando se anticipa un nacimiento pretérmino.

¿Qué personal debe estar presente en el parto?

En todo nacimiento, debe estar presente al menos una persona que esté disponible de manera inmediata para asistir al recién nacido, que esto sea su única responsabilidad y que además se capaz de iniciar la reanimación. Esta persona o alguien más que esté disponible de inmediato, debe tener las habilidades necesarias para realizar una reanimación completa, incluyendo intubación endotraqueal y administración de medicamentos. No es suficiente con tener a alguien “de llamada” (En su casa o en un área remota la hospital) para la reanimación del neonato en la sala de partos. Cuando la reanimación es necesaria, debe iniciarse sin demora.

¿Qué equipo debe estar disponible?

En la sala de partos debe estar todo el equipo necesario para una reanimación completa y ser totalmente operacional. Cuando se espera un recién nacido de alto riesgo, el equipo apropiado debe estar listo para su uso.

Mecanismos de Regulación Térmica

El ser humano es un organismo homeotérmico; es decir, mantiene su temperatura corporal entre 36.5°C y 37°C independiente de que la temperatura ambiental sea alta o baja. La Homeotermia es el equilibrio preciso del intercambio de calor entre el organismo viviente y su entorno; así, tanto el contenido calorífico total del cuerpo como las temperaturas corporales varían en forma limitada. Para lograr el control térmico se debe producir calor; esto es ceder calorías, y por ende consumir oxígeno, el cual es esencial en el periodo neonatal, máxime si el individuo se encuentra en el periodo de adaptación de la vida intrauterina (Con temperatura promedio de 38°C) a la vida extrauterina en un promedio relativamente frio, fácilmente controlable con valor ambiental.

Para mantener la estabilidad de la temperatura corporal debe existir un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor; esto es, sistema termorregulador compuesto por sensores térmicos situados en diversas partes de la piel, las mucosas y las regiones profundas del cuerpo que constantemente envían información sobre el estado térmico a un procesador central situado en la parte posterior del hipotálamo. Para poner en marcha los mecanismos

que regulan la pérdida u la producción de calor, los receptores de la información se dividen en cutáneos y profundos. Este sistema regulador del hipotálamo no está aun bien desarrollado en el prematuro.

Receptores Cutáneos:

Los receptores del frío se encuentran en todo el cuerpo, en especial en la cara y manos, así que basta una corriente de aire frío para que ocurra un mayor consumo de oxígeno, sin necesidad de cambios en la temperatura rectal o axilar registrada.

Receptores profundos:

Hay receptores térmicos en mucosa respiratoria, zona preoptica del hipotálamo y medula espinal, en el cuerpo carotideo, los músculos esqueléticos y en el abdomen. Los situados en la medula espinal son responsables de la producción de calosfríos; sin embargo en el recién nacido estos no reciben estimulación por estar cerca de la grasa parda interescapular, que los mantiene calientes.

Mecanismos de pérdida de calor

El Neonato intercambia calor con el medio ambiente a través de cuatro mecanismos físicos:

- **Radiación**

Entre cuerpo que se encuentran a alguna distancia entre sí, el calor se transmite por ondas del espectro electromagnético; la pérdida de calor representa en el recién nacido la disipación de calor a los objetos fríos de su medio ambiente y depende de la emisividad, que es la capacidad de absorber o reflejar el calor irradiado. La piel solo refleja 3% del calor irradiado, y absorbe alrededor del 97% de él.

- **Conducción.**

Esta es la transmisión de energía térmica entre dos cuerpos que están en contacto directo; en el recién nacido representa la pérdida de calor hacia la superficie en que se encuentra. La pérdida de calor por esta vía, al encontrarse el sujeto en contacto con metal u otras superficies, puede ser considerable; de hecho, es de gran ayuda utilizar estas transferencias térmicas.

- **Convección.**

La convección es un mecanismo por el cual se transfiere calor del cuerpo caliente del recién nacido al aire frío circulante; así, es el intercambio calórico por contacto directo con moléculas en movimiento. Depende de la diferencia de temperatura entre el aire circulante y el cuerpo que hace contacto con él, y del área de superficie de contacto, y todo esto varía con la velocidad del aire; esto mismo ocurre si en lugar de aire se trata de líquido. Las corrientes de aire aumentan sensiblemente las pérdidas por convección en el recién nacido, en especial si se encuentra desnudo.

- **Evaporación.**

Este es un mecanismo muy eficiente por el cual se pierde calor, ya que cada gramo de agua evaporada exige un gasto calorífico de 0.58 cal (calorías). Las pérdidas por evaporación aumentan de forma directamente proporcional a la temperatura ambiental y a las fuentes de

calor radiante a las que se expone el prematuro desnudo. La humedad del aire también influye en las pérdidas por evaporación, las cuales disminuyen cuanto mayor es la humedad ambiental.

Producción de calor en el recién nacido.

Metabolismo energético.

El recién nacido posee un mecanismo especial para aumentar su producción de calor a través del metabolismo energético de la grasa parda. Esta se caracteriza por su rica inervación simpática y la abundante irrigación sanguínea que es la responsable de su color especial. Está formada por células adiposas pequeñas con gránulos citoplasmáticos y un complejo sistema mitocondrial alrededor de pequeñas vacuolas de grasa, lo que permite diferenciar estas células de las adiposas comunes, caracterizadas por grandes vacuolas.

Este tejido se encuentra primordialmente en las regiones interescapular y axilar y alrededor de los riñones, y en menor proporción alrededor de vasos sanguíneos, cuello, esófago y tráquea.

La característica principal de la grasa parda es su eficiencia para producir calor mediante procesos oxidativos, cuyo mecanismo no se conoce del todo. Su efectividad es mediada por el sistema simpático y facilitada por la hormona tiroidea.

El individuo tiene su primer encuentro con un ambiente frío al momento del nacimiento; su respuesta metabólica es baja en las primeras horas y aumenta en forma progresiva en los días posteriores. Esta respuesta es menor cuanto mayor es la inmadurez; así, la exposición frecuente y breve del recién nacido de más de 1,800 g a temperaturas inferiores a la neutral mejoran su respuesta metabólica al frío, lo cual es importante sobre todo en pacientes que están a punto de ser egresados de hospital.

Efectos del ambiente térmico sobre el recién nacido.

El enfriamiento en la etapa neonatal es una agresión patológica que produce hipotermia. Inicialmente ocurre vasoconstricción periférica con trastornos de la microcirculación, que lleva al recién nacido a un estado de choque. De prolongarse este proceso, trae como consecuencia un incremento en el metabolismo anaeróbico, con acidosis metabólica de grado variable según la capacidad de compensación, que en los recién nacidos de bajo peso se encuentra alterada. De este modo se incrementa el consumo de oxígeno, que si no se compensa externamente ocasionará hipoxia.

El descenso de la temperatura produce vasoconstricción de los vasos pulmonares, lo que incrementa la presión pulmonar y provoca un cortocircuito, con retención de dióxido de carbono y acidosis respiratoria; la circulación pulmonar es la que mejor responde a los cambios de pH, pero conduce a un incremento de la insuficiencia respiratoria, mientras que la acidosis impide la producción de agente tensoactivo (Surfactante).

Así mismo, también se incrementa la gravedad de un cuadro de patología respiratoria preexistente, como sucede en una enfermedad de membrana hialina complicada con hipotermia

Periodo transicional del recién nacido.

Etapas de Adaptación

Según Rudolph, el recién nacido pasa por una etapa de adaptación fisiológica durante sus primeras 6 a 8 h de vida, que se conoce como periodo transicional del recién nacido. En este ocurren cambios en la función de los procesos metabólicos para lograr la homeostasis posnatal.

El periodo transicional del recién nacido consta de las siguientes fases:

1. De reactividad, de aproximadamente 30 min de duración después del nacimiento, en la que el recién nacido está alerta, activo, taquicárdico y polipneico, desciende a su temperatura corporal y alta reactividad de los estímulos.
2. De entrada al aire al intestino, que empieza a moverse más; se aprecian mucosidad oral y actividad parasimpática.
3. De disminución de la actividad, en la que el ritmo se hace lento pero regular y los movimientos respiratorios se tornan superficiales y lentos.
4. De latencia, con duración variable según los problemas ocurridos en el momento del parto, los medicamentos utilizados en la madre y la edad gestacional; en el recién nacido a término y sin problemas, dura entre 2 y 6 horas.
5. De sueño del neonato y respuesta a los estímulos disminuida.
6. Segundo periodo de reactividad, en que nuevamente existe acción neuromuscular con tono aumentado, taquicardia, respiraciones rápidas y puede haber vómito y evacuación meconial.
7. De actividad disminuida después de varios minutos o incluso de varias horas, hasta quedar el bebé estable y listo para alimentarse.

Muchos recién nacidos tienen una transición breve y sencilla, otros en cambio la tienen prolongada o complicada y otros más nunca llegan a superar este periodo transicional hacia la nueva vida. La atenta vigilancia y observación durante este periodo puede permitir el reconocimiento temprano del recién nacido con alto riesgo.

MÓDULO VI

PRINCIPALES COMPLICACIONES DEL PARTO Y POST- PARTO

HEMORRAGIA POSTPARTO

HEMORRAGIA POST-PARTO: Sangrado vaginal mayor de 500 ml después del parto vaginal o mayor de 1,000 ml post-cesárea o disminución del 10% en el hematocrito de ingreso.

HEMORRAGIA POST-PARTO TEMPRANO: Pérdida sanguínea mayor de 500 ml durante las primeras 24 horas post-parto, o la presencia de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión sanguínea.

HEMORRAGIA POST-PARTO TARDÍO: Es el sangrado que se presenta después de las 24 horas post-parto, hasta las seis semanas después del parto.

ATONÍA E HIPOTONÍA UTERINA: Pérdida o disminución de la tonicidad del útero luego del periodo expulsivo del parto, que origina hemorragia.

INVERSIÓN UTERINA: Eversión uterina que se caracteriza por la presencia de una masa violácea que protruye a través del introito vaginal, vagina o cérvix, junto a dolor y signos o síntomas de shock excesivos para la cantidad del sangrado.

DEHISCENCIA UTERINA: Separación de la cicatriz uterina inferior que no penetra la serosa y raramente causa hemorragia significativa.

RUPTURA UTERINA: Separación completa de la pared uterina, que puede causar hemorragia significativa y compromiso del bienestar fetal.

RETENCIÓN PLACENTARIA: Alumbramiento placentario que no se produce luego de 30 minutos del segundo período del parto y que se acompaña de sangrado abundante, pese a realizar manejo activo del tercer período del parto.

RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS: Alumbramiento incompleto de la placenta que provoca sangrado uterino persistente o hemorragia post-parto tardío. En la inspección de la placenta se evidencia ausencia de una o más porciones de la superficie materna.

CHOQUE HIPOVOLÉMICO: Incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo a los órganos vitales.

1. HISTORIA CLÍNICA: Mujer que en el post- parto inmediato o tardío presenta:

- Sangrado transvaginal abundante
- Signos y síntomas de shock hipovolémico (Hipotensión, taquicardia, palidez, lipotimia, etc.)
- Reducción $\geq 10\%$ del hematocrito comparado con el del ingreso.

Condiciones asociadas:

- Edad materna > 35 años
- Multiparidad
- Sobredistensión uterina
- Fibromatosis uterina
- Antecedente de hemorragia postparto
- Parto precipitado (Con duración < 3 horas)
- Trabajo de parto prolongado
- Uso de oxitócicos
- Partos instrumentales

- Pre-eclampsia / Eclampsia
- Placenta previa
- Abrupcio de placenta
- Infecciones uterinas

2. EXAMEN FÍSICO:

- Toma de signos vitales: TA y FC (cada 15 min.), FR, temperatura
- Valore estado de consciencia (cada 15 min.)
- Evaluación Obstétrica:
 - **Si sangrado se presenta post-parto inmediato:**
 - Evalúe severidad del sangrado.
 - Realice palpación uterina: Verifique que fondo uterino sea palpable y que útero esté bien contraído.
 - Revise canal del parto: Busque laceraciones o desgarros a nivel de periné, vagina o cérvix uterino.
 - Examine placenta: Verifique que esté completa su superficie materna y la bolsa amniótica.
 - **Si sangrado se presenta post-parto tardío:**
 - Evalúe severidad del sangrado y si este es fétido.
 - Realice palpación uterina: Estime tamaño uterino (Puede estar sub-involucionado) y si existe dolor a la palpación.
 - Revise canal del parto.

3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Atonía uterina
- Retención de placenta
- Retención de restos placentarios
- Acretismo placentario
- Inversión uterina
- Ruptura uterina
- Desgarro perineal
- Desgarro vaginal
- Hematomas del tracto genital
- Infecciones uterinas
- Discrasias sanguíneas

4. DIAGNÓSTICO

- **Por clínica:** Sangrado evidente, presencia de desgarros, inversión uterina, retención placentaria.
- **Por Ultrasonografía:** Retención de restos placentarios, colecciones pélvicas, sangrado en cavidad.
- **Por exámenes de laboratorio:** Presencia de anemia.

5. MANEJO GENERAL DE LA HEMORRAGIA POST-PARTO (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente):

- **PIDA AYUDA.** Movilice a todo el personal disponible.
- **Designe una sola persona que comandará la atención de la paciente.**
- **Tome signos vitales:** TA y FC (cada 15 min.), FR, temperatura.
- Evalúe estado de consciencia (cada 15 min.)
- Determine si existe shock hipovolémico y trátelo.
- **Canalice 2 vías endovenosas con catéter número 18.**
- **Tome exámenes de laboratorio:**
 - Hemograma completo
 - Prueba Cruzada
 - Perfil de coagulación:
 - Tiempo de protrombina
 - Tiempo parcial de tromboplastina
 - Fibrinógeno
 - Prueba del Tubo.
- **Infunda líquidos endovenosos:** SSN o lactato de Ringer. Los cristaloides son la primera elección para reponer la volemia.
- **Revise si se realizó manejo activo del tercer período del parto** (profilaxis de la hemorragia post-parto). Si no se realizó, administre 10 UI de Oxitocina vía IM.
- **Coloque sonda vesical (tome BH y Diuresis cada hora)**
- **Realice balance hídrico y cuantifique diuresis horaria**
- **Solicite que se preparen derivados hemáticos y transfúndalos si: Si hay signos/síntomas de inestabilidad hemodinámica (shock hipovolémico) o Hemoglobina es < 7 gr%**
- Haga diagnóstico diferencial de la probable causa de la hemorragia post-parto:
- Verifique si útero está contraído por palpación. Si hay hipotonía o atonía uterina, realice masaje uterino y extraiga coágulos, para permitir que útero se contraiga adecuadamente.
- Si placenta no ha sido expulsada 30 minutos después de finalización del segundo período del parto.
- Si placenta ya ha sido expulsada, verifique su integridad.
- Examine el cuello uterino, vagina, vulva y periné, en busca de desgarros o laceraciones sangrantes.

SHOCK HIPOVOLÉMICO

GENERALIDADES

El shock se caracteriza por la incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo adecuado de los órganos vitales. **El shock es una afección potencialmente mortal que requiere el tratamiento inmediato e intensivo.**

Sospecha shock si se presenta al menos una de las siguientes manifestaciones:

- Sangrado en la etapa inicial del embarazo (por ejemplo, aborto, embarazo ectópico o molar)
- Sangrado en la etapa avanzada del embarazo o en el trabajo de parto (por ejemplo: placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta y rotura uterina)
- Sangrado después del parto (por ejemplo, rotura uterina, Útero atónico, desgarros del tracto genital, retención de placenta o de fragmentos placentarios):
- Infección (por ejemplo, aborto realizado en condiciones de riesgo o séptico, amnionitis, metritis y pielonefritis)
- Traumatismo (por ejemplo: lesión del útero o intestino durante el aborto, rotura uterina y desgarros del tracto genital)

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Diagnostica shock si están presentes los signos y síntomas siguientes:

- Pulso rápido y débil (110 por minuto o más):
- Presión arterial baja (Sistólica menos de 90 y diastólica menor de 60 mmHg).
- Entre otros signos y síntomas del shock se incluyen:
 - Palidez (Especialmente en el interior de los párpados, la palma de las manos y alrededor de la boca)
 - Sudoración o piel fría y húmeda
 - Respiración rápida (Frecuencia de 30 respiraciones por minuto o más)
 - Ansiedad, confusión o inconsciencia
 - Producción escasa de orina (Menos de 30ml por hora).
 - Mucosas Secas

Pérdida	T.A.	Signos y Síntomas	F.C.	Choque
500-1000 ml	Normal	Puede haber: Palpitaciones, mareo, taquicardia	< 100	Compensado
1000-1500 ml	80- 90 mmHg	Debilidad, sudoración	>100	Fase Inicial
1500-2000 ml	70-80 mmHg	Palidez, Oliguria	>120	Moderado
2000-3000 ml	50-70 mmHg	Colapso, anuria	>140	Serevero

MANEJO INMEDIATO

Aplique las medidas generales del manejo de la Hemorragia post-parto y además:

- Mantenga a la paciente abrigada.
- Eleve las piernas para aumentar el retorno de la sangre al corazón si fuera posible eleve la parte de los pies de la cama
- Rápidamente administre líquidos IV (Solución salina normal o lactato de Ringer) inicialmente a razón de 1 L en 15 - 20 minutos (Carga de volumen de 500 cc a chorro y luego según necesidades)
- Administre al menos 2 L de dichos líquidos en la primera hora. Esto es más que los líquidos de reposición para las pérdidas progresivas. Teniendo la precaución de No sobrecargar a la paciente y ocasionándole un Edema Agudo de Pulmón, Monitoreando la TA y la ventilación pulmonar frecuentemente

Nota: En el manejo del shock como consecuencia de un sangrad, la infusión debe realizarse a un ritmo más rápido. Reponga de 2 a 3 veces la pérdida de líquido calculada.

- Si no puede canalizar una vena periférica o tomar una Vena Central o realice una veno disección de ser factible o pedir ayuda a personal con experiencia en dicho procedimiento
- Dé oxígeno a razón de 6 a 8 L por minuto por mascara o catéter nasal.

PRUEBA DE COAGULACIÓN O PRUEBA DEL TUBO

Evalúe el estado de la coagulación mediante esta prueba de coagulación. Se considera que cuando no coagula o forma un coagulo débil pasados los 10 minutos tiene disminuidos los factores de la coagulación

Para ello:

- Coloque 2 ml de sangre venosa en un tubo de ensayo de vidrio pequeño. limpio y seco
- Sostenga el tubo con el puño cerrado para mantenerlo caliente ($\pm 37^{\circ} \text{C}$) y mida el tiempo en el que se forma un coagulo estable. Valor normal a esta temperatura de 5 a 10 min.

ATONIA UTERINA

Cuadro Clínico: Hemorragia post-parto más útero blando y no contraído

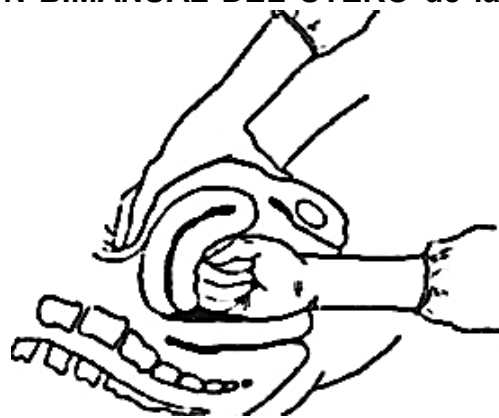
MANEJO:

Muchos de los pasos **deben de realizarse simultáneamente** y según la gravedad de la hemorragia post-parto:

- Aplique las medidas generales de la hemorragia post-parto
- Realice masaje uterino continuo
- **ADMINISTRE OXITÓCICOS:**
- **Macro dosis de Oxitocina o Carbetocina de la forma siguiente:**
 - **Oxitocina** 40U en 1 litro de líquidos IV (SSN o Lactato de Ringer, **NO** utilice Dextrosados ya que incrementa la probabilidad de intoxicación hídrica) a 60 gotas por minuto #1.
Dosis de Mantenimiento de Oxitocina: Luego, 20 U en 1 litro de líquidos IV a 40 gotas por minuto. **Advertencia: Se recomienda no** administrar Oxitocina en bolo IV puesto que produce taquicardia supraventricular.
 - **Carbetocina** 100 microgramos 1 ampolla IV lenta dosis única.
Advertencia: Está contraindicada en pacientes con hipertensión, falla renal, endocrina, coagulopatías o antecedentes de infarto al miocardio. Como utiliza los mismos receptores que la oxitocina no utilizarla simultáneamente

SI PERSISTE ATONÍA UTERINA:

- **Metilergonovina:** 0.2 mg IM ó IV en pacientes que **NO** son hipertensas o con trastornos hipertensivos del embarazo. Puede repetir la dosis en 20 minutos si sangrado persiste en máximo de dos dosis.
- **Misoprostol:** 800 µgr a 1200 µgr (4 a 6 tabletas) vía sublingual o intra-rectal
- **SIMULTANEAMENTE REALICE COMPRESIÓN BIMANUAL DEL ÚTERO de la siguiente manera:**
 - Introduzca una mano en la vagina y forme un puño.
 - Colóquela en el fondo de saco anterior y aplique presión contra la pared anterior del útero.
 - Coloque la otra mano sobre el abdomen, por detrás del útero. Realice presión profunda contra la pared posterior del útero.
 - Mantenga la compresión hasta lograr controlar el sangrado y que el útero se contraiga.



- Cumpla 1 dosis de antibiótico profiláctico (Cefalotina 1 gr #1, Ampicilina 2 gr #1 IV)

Si TA y pulso no mejoran con el manejo inicial de Líquidos IV (Cristaloides y coloides) Transfundir Glóbulos Rojos Empacados y Plasma Fresco Congelado si hay signos de coagulopatía.

SI PERSISTE SANGRADO:

Pasar a sala de operaciones y evaluar el Uso de Balones Intrauterinos (Principalmente si tiene baja paridad):

- Colocar de 4 a 6 Sondas Foleys: Con una pinza de anillos intruduzcalas hasta el fondo de la cavidad uterina e insufla cada uno de los balones con 30 a 40 cc de agua destilada
- Mantener goteo de Oxitocina por 24 a 36 horas post-parto
- Retirar los balones progresivamente en un período de 24 a 36 horas según evolución

SI EL ÚTERO NO RECUPERA SU TONICIDAD Y EL SANGRADO NO CEDE:

Proceda al tratamiento quirúrgico, laparotomía exploradora opciones de tratamiento dependiendo de la habilidad quirúrgica del médico se enuncian las técnicas según el grado de menor a mayor morbilidad:

- Ligadura de ambas uterinas y ambas ováricas; si sangrado persiste proceda a
- Ligadura de Hipogástricas (Si es de baja paridad **y se tiene la capacidad técnica**) ó Suturas hemostáticas tipo B-Lynch
- Histerectomía abdominal: Última opción. Usar cuando el sangrado es refractario al tratamiento médico y a todas las maniobras o procedimientos anteriores no han dado resultados o no se tiene la habilidad quirúrgica para realizar las opciones anteriores

SI SANGRADO CEDE:

- Monitorice signos vitales cada 15 minutos hasta estabilizar a la paciente.
- Vigile la evolución del sangrado cada 15 minutos hasta estabilizar a la paciente.
- Realice masaje uterino cada 15 minutos, las primeras 2 horas. Asegúrese que útero está firmemente contraído
- Balance hidrico y diuresis por 24 horas
- Mantenga infusión con Oxitocina 24-36 horas posteriores al control de la hemorragia post-parto.(1 Lt de SSN más 20U Oxitocina a 40 gotas/min #3)
- Puede utilizar Metergin 0.2 mg IM cada 8 horas como dosis de mantenimiento (Dosis Máxima 1.0 mg)
- Complete transfusión de derivados hematínicos
- Solicite Hemograma de control 6 horas post-transfusión.
- Si no realizó transfusión, indique la toma hemograma de control 24 horas post-evento.

- Si la hemoglobina es menor de 7gr% o el hematocrito es menor del 20% (anemia grave), disponga lo necesario para una transfusión y administre hierro vía oral y ácido fólico.
- Administre sulfato ferroso 120mg vía oral MÁS ácido fólico 4 mg vía oral una vez al día por 3 meses
- Después de 3 meses. continúe administrando un suplemento de sulfato ferroso 60 mg vía oral más ácido fólico 4 mg vía oral una vez al día por 6 meses.
- Si la hemoglobina está entre 7 y 11 gr% administre sulfato ferroso 60 mg vía oral, MAS ácido fólico 400 mg vía oral una vez al día por 6 meses.

DESGARROS DEL CUELLO UTERINO, LA VAGINA O EL PERINEO

Los desgarros del canal de parto son la segunda causa más frecuente de hemorragia postparto. Los desgarros pueden coexistir con un útero atónico. La hemorragia postparto con útero contraído se debe generalmente a un desgano del cuello uterino o de la vagina.

Examine a la paciente cuidadosamente y repare los desganos del cuello uterino o de la vagina y el perineo

Sospeche desgarros del cuello uterino, la vagina o el periné, si:

- Hay hemorragia post-parto inmediato.
- Placenta se expulsó íntegra.
- El útero está contraído

Manejo:

- Aplique las medidas generales para el manejo de la hemorragia post-parto.
- Realice revisión del canal del parto. Examine vulva, periné, vagina y cuello uterino, en busca de hematomas o desgarros.
- Para revisar cérvix, utilice 2 pinzas de anillos, las cuales colocará siguiendo el sentido de las agujas de un reloj (Primero 12 y 3 horas. Luego, 3 y 6 horas; 6 y 9 horas. Finalmente, 9 y 12 horas). Revise progresivamente el área de cuello uterino ubicado entre las pinzas, en busca de desgarros y puntos de sangrado.
- Si encuentra uno o más desgarros, proceda a suturarlos.
- Si encuentra uno o más hematomas, drénelos.
- Si desgarro es extenso, solicite anestésista o anestesiólogo para realizar sutura bajo anestesia general.

Evalúe necesidad de uso de antibióticos.

Si el sangrado continua evalúe el estado de la coagulación utilizando la prueba del tubo. La falta de la formación de un coagulo después de los 11 min, sugiere coagulopatía

REPARACIÓN DE LOS DESGARROS DEL CUELLO UTERINO

- La mayoría de los desganos del cuello uterino no requieren anestesia. Para los desgarros que son largos y extensos administre petidine y diazepam IV lentamente (No los mezcle en la misma jeringa) o use ketamina

- Pida una asistente que de masaje al útero y aplique presión al fondo uterino.
- Sujete con delicadeza el cuello uterino con pinzas de anillo. Aplique las pinzas en ambos lados del desgarramiento, hale y rote a ambos lados suavemente con objeto de visualizar completamente el cuello uterino. Puede haber varios desgarramientos.
- Suture los desgarramientos del cuello uterino con una sutura continua de catgut cromado, 0 (poliglicol) comenzando en el ápice (parte superior del desgarramiento) el cual se encuentra con frecuencia el origen del sangrado.
- Si una sección larga de borde del cuello uterino está desgarrada, refuércela por debajo con una sutura continua de catgut cromado 0 (o poliglicol).
- Para reparar un desgarramiento del cuello uterino que ha penetrado más allá de la bóveda o cúpula vaginal puede ser necesario realizar una laparotomía.



REPARACIÓN DE LOS DESGARROS VAGINALES Y PERINEALES

Hay cuatro grados de desgarramientos que pueden ocurrir durante el parto:

- Los desgarramientos de primer grado involucran la mucosa vaginal y el tejido conectivo.
- Los desgarramientos de segundo grado involucran la mucosa vaginal, el tejido conectivo y los músculos subyacentes.
- Los desgarramientos de tercer grado involucran la sección longitudinal completa del esfínter anal.
- Los desgarramientos de cuarto grado involucran la mucosa rectal.

Nota: Es importante que se usen suturas absorbibles para el cierre. Las suturas de poliglicol (Vicryl) son preferibles a las de catgut cromado debido a su fuerza de tensión por sus propiedades no alérgicas y su baja probabilidad de complicaciones infecciosas. El catgut cromado es una alternativa aceptable pero no es lo ideal.

REPARACIÓN DE LOS DESGARROS DE PRIMER Y SEGUNDO GRADO

Reparación de desgarramientos grado I:

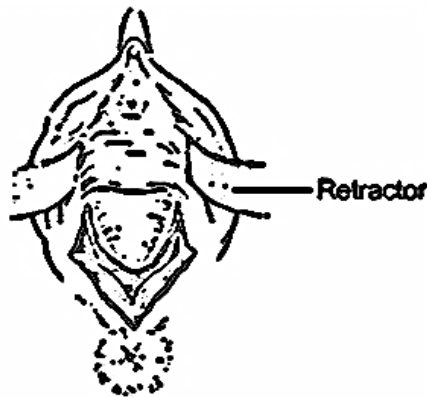
- Las laceraciones se cierran espontáneamente y no requieren de suturas, en caso de sangrado activo suturela con cromico 000 y sutura continua.
- Los desgarramientos de primer grado (Mucosa y tejido conectivo) deben suturarse si sangran o son muy grandes (>1.5 cm); la literatura mundial reporta que en general deben de

suturarse. La técnica y suturas a utilizar son igual que las de los desgarros de segundo grado pero el material de sutura es absorbible crómico 3-0 con aguja redonda o gastro (T-5)

Desgarros de segundo grado:

- Investigue o pregunte si hay alergia conocida a la lidocaina
- Use infiltración local con lidocaina al 1 ó 2%, si va necesitar más de 40 ml agregue adrenalina a la solución
- Aplique solución antiséptica en la zona del desgarro (Clorhexidina ó Yodine)
- Examine cuidadosamente la vagina, el perineo y el cuello uterino
- Si el desgarro es largo y profundo a través del perineo inspeccione para asegurarse de que no haya ningún desgarro de tercer o cuarto grado realizando lo siguiente:
 - Coloque un dedo enguantado en el ano
 - Levante con delicadeza el dedo e identifique el esfínter: Palpe la tonicidad o la estrechez del esfínter.
- Cámbiese los guantes por otros estériles
- Si el esfínter está lesionado, vea la sección sobre la reparación de desgarros de tercer y cuarto grado
- Si el esfínter no esta lesionado proceda con la reparación.

Exposición de un desgarro perineal



Procedimiento de reparación de desgarro grado II:

- Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del peritoneo y profundamente en el músculo perineal utilizando alrededor de 10 ml de solución de lidocaina al 2%. aspire (hale el émbolo) 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 usuaria puede sufrir convulsiones y morir si se inyecta vía IV de lidocaina. Al concluir esta serie de inyecciones, espere 2 minutos y luego pellizque el área con una pinza. Si la mujer siente el pellizco espere 2 minutos más y vuelva a probar.

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

Repare la mucosa vaginal con una sutura continua Crómico o Vicryl 2-0:

1. Identificó el angulo del desgarro vaginal e inicie la sutura del mismo con crómico o vicryl 2-0 y aguja obstétrica (T-12), con un punto de anclaje más o menos a 1cm arriba del angulo. Luego aplique puntos continuos y pasados (Sorjete) domando la mucosa vaginal y el tejido del soporte recto vaginal hasta llegar al introito cuidando de que ambos bordes estén alineados.
2. Lleve la aguja por debajo de la abertura vaginal y hágala pasar a través del desgarro perineal y sáquela en el área de los musculos perineales y anude.
3. Repare los músculos perineales utilizando suturas interrumpidas de la misma sutura crómico o Vicryl 2-0 con aguja obstétrica (T-12)
4. Si el desgarro es profundo coloque una segunda capa de la misma sutura para cerrar el espacio y evitar dejar espacio muerto.

Reparación de la mucosa vaginal y músculosperineales



5. Repare la piel utilizando suturas con puntos separados subcuticulares de crómico o Vicryl 2-0. comenzando en la abertura vaginal
6. Al finalizar realice un examen rectal. Asegúrese de que no haya suturas en el recto, si las hay retire todas las suturas y realice el procedimiento nuevamente.

Reparación de la piel



REPARACIÓN DE LOS DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO

Si un desgarro del esfínter anal no se repara correctamente, la paciente puede sufrir pérdida de control de las evacuaciones y gases intestinales. Si no se repara un desgarro en el recto (Grado IV) puede sufrir una infección y una fístula recto-vaginal (Evacuación de heces a través de la vagina)

Medidas generales de manejo para ambos tipos de desgarros:

- Repare el desgarro en sala de operaciones
- Revise los principios generales de atención.
- Indique anestesia general IV
- Excepcionalmente si se pueden visualizar todos los bordes del desgarro, la reparación puede hacerse usando sedoanalgesia (Clorhidrato de meperidina y diazepam IV lentamente) e infiltración local con lidocaína.
- Pida a un asistente que realice maneje el útero y aplique presión al fondo uterino.
- Examine cuidadosamente la vagina, el cuello uterino, el perineo y el recto.
- Para inspeccionar si el esfínter anal está desgarrado:
 - Coloque un dedo enguantado en el ano y levante ligeramente
 - Identifique el esfínter, o la ausencia del mismo
 - Palpe la superficie del recto y busque con cuidado para detectar si hay algún desgarro.
- Cámbiese los guantes por otros estériles.
- Aplique una solución antiséptica al desgarro y elimine cualquier materia fecal. si la hubiere
- Asegúrese de que no haya alergia conocida a la lidocaina o a medicamentos relacionados.
- 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 lidocaina al 2% Aspire (hale el émbolo) 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 lidocaina.
- Al concluir esta serie de inyecciones, espere 2 minutos y luego pellizque el área con una pinza. Si la mujer siente el pellizco. espere 2 minutos más y vuelva a probar.

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

Reparación de Desgarro Grado IV:



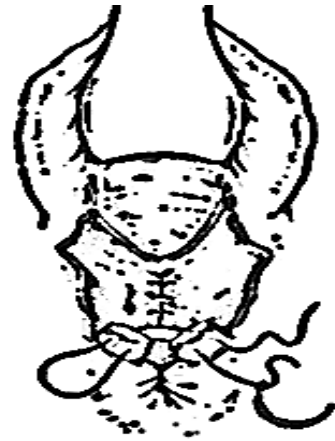
- Suture la mucosa rectal utilizando suturas separadas de Vicryl 3-0 ó 4-0 ó crómico en su defecto, con una separación de 0.5 cm entre ellas para juntar la mucosa.

Recuerde:

- Suture a través de la muscular de la mucosa rectal (no a través de la mucosa).
 - Aplique una segunda capa de sutura a nivel de la muscular y de la serosa rectal para invaginar la primera capa de sutura de la muscular juntando con suturas separadas utilizando el mismo tipo de sutura de la primera capa (Vicryl 3-0 ó 4-0 ó en su defecto crómico)
- Aplique una solución antiséptica al área con frecuencia.
 - Proceda al reparo del esfínter anal según técnica del desgarro grado III que se describe a continuación.
 - Sutura posteriormente la mucosa vaginal y piel como un desgarro grado II

Reparación de Desgarro grado III:

- Sujete cada extremo del esfínter con una pinza de Allis (El esfínter se retrae cuando está desgarrado). El esfínter es resistente y no se va a desgarrar al hacer tracción con la pinza
- Repare el esfínter con dos o tres suturas separadas de Vicryl 1 ó 0. ó crómico en su defecto
- Aplique nuevamente una solución antiséptica al área.
- Examine el ano con un dedo enguantado para asegurar que la reparación del recto y del esfínter sea correcta.
- Luego cámbiese los guantes por otros estériles.
- Repare la mucosa vaginal, los músculos perineales y la piel como en un desgarro Grado II



ATENCIÓN DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

- Dieta blanda por 3 días
- Si hay un desgarro de cuarto grado. administre antibióticos profilácticos: Ampicilina más Metronidazol
- Haga seguimiento estrecho para detectar signos de infección de la herida.
- Evite la administración de enema y los exámenes rectales durante 2 semanas.
- Administre un ablandador de heces vía oral durante 1 semana

TRATAMIENTO DE LOS CASOS DESCUIDADOS

Un desgarro perineal siempre está contaminado con materia fecal. Si la paciente consulta antes de las 12 horas puede realizar el cierre primario y administre antibióticos.

Si el cierre se retrasa más de 12 horas, la infección es inevitable. En estos casos se indica un cierre primario retardado.

- En el caso de desgarros **de primer y segundo grado** deje la herida abierta.
- En el caso de desgarros de **tercer y cuarto grado** cierre la mucosa rectal junto con algún tejido de sostén y aproxime la aponeurosis del esfínter anal con 2 ó 3 suturas de Vicryl 2-0 ó 3-0. Cierre el músculo y la mucosa vaginal y la piel perineal 6 días más tarde.
 - La incontinencia fecal puede ser el resultado de la sección longitudinal completa del esfínter. Muchas mujeres pueden mantener el control de la defecación mediante el uso de otros músculos perineales. Cuando, la incontinencia persiste, debe realizarse la cirugía reconstructiva 3 meses o más después del parto.
 - La fístula recto-vaginal requiere cirugía reconstructiva 3 meses o más después del parto.

RUPTURA UTERINA

El sangrado causado por una rotura uterina puede ocurrir por vía vaginal, a menos que la cabeza fetal bloquee la pelvis. El sangrado también puede producirse dentro del abdomen. La rotura del segmento uterino inferior en el ligamento ancho, sin embargo, no liberará la sangre dentro de la cavidad abdominal

FIGURA S-2 La rotura del segmento uterino inferior en el ligamento ancho no libera sangre dentro de la cavidad abdominal



Signos y Síntomas de Ruptura Uterina:

- Dolor abdominal severo
- Sangrado Intra-abdominal o vaginal
- Shock
- Distensión abdominal por acumulación de líquido
- Rebote o abdomen sensible
- Partes fetales fácilmente palpables
- Al revisar la cavidad uterina después del parto se palpan fácilmente los dedos a través del abdomen

MANEJO

- Reponga el volumen de sangre infundiéndole líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) antes de la cirugía.
- Administre una dosis única de antibióticos profilácticos: ampicilina 2 g IV ó cefazolina 1 g IV.
- Realice de inmediato una cesárea y extraiga el bebé y la placenta. (Celiotomía idealmente Infraumbilical Media, según criterio de cirujano)
- Examine el abdomen y el útero para detectar la ubicación de la rotura y extraiga los coágulos;
- Extraiga el bebé y la placenta.
- Si el útero se puede reparar con menos riesgo operatorio que el que plantea una histerectomía y los bordes del desgarro no son necróticos, repare el útero.
- Administre oxitocina 20 a 40 unidades en 1 L de líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) a 60 gotas por minuto hasta que el útero se contraiga, y luego reduzca a 20 gotas por minuto.
- Levante el útero sacándolo de la pelvis para observar la magnitud de la lesión.
- Examine tanto la parte anterior como la posterior del útero.
- Sostenga los bordes sangrantes del útero con pinzas de anillo.
- Separe la vejiga del segmento uterino inferior mediante una disección roma o cortante. Si la vejiga está adherida por cicatrices al útero, use tijeras finas.

Esto implica menos tiempo y menor pérdida de sangre que una histerectomía. Realice histerectomía en los casos de hematoma

Nota: En partos vaginales post-cesárea con HPP realice la revisión de la Histerorrafia: Colocando una pinza de anillos en el labio anterior del cuello uterino y traccionandola ligeramente (Para ampliar el segmento uterino inferior), explore el SUI con las yemas de sus dedos en busca de deshiscencias o ruptura

RUPTURA A TRAVÉS DEL CUELLO UTERINO Y DE LA VAGINA: Si el útero está desgarrado a través del cuello uterino y la vagina, movilice la vejiga por lo menos 2 cm por debajo del desgarró. Coloque una sutura 1 cm por debajo del extremo superior del desgarró del cuello uterino y mantenga tracción (Como punto de reparo o anclaje) sobre la sutura para poner a la vista el extremo inferior del desgarró mientras se efectúa la reparación. Repita este procedimiento las veces necesarias para asegurarse de haber suturado el angulo inferior del desgarró o sutura absorbible con crómico 0 ó 1.

RUPTURA LATERAL A TRAVÉS DE LA ARTERIA UTERINA: Si la rotura se extiende lateralmente dañando una o ambas arterias uterinas, ligue la arteria lesionada. Identifique las arterias y el uréter antes de ligar los vasos uterinos. Coloque una Pinza Rochester en cada uno de los extremos seccionados y suture todo el paquete vascular con un punto hemostático en X con material absorbible (Crómico o VickyI 0 ó 1)

RUPTURA CON HEMATOMA EN EL LIGAMENTO ANCHO: Si la rotura ha producido un hematoma en el ligamento ancho pince, corte y anude el ligamento redondo. Abra la hoja anterior del ligamento ancho. Drene el hematoma manualmente, si fuera necesario. Inspeccione cuidadosamente el área para detectar si hay lesión de la arteria uterina o de sus ramas. Ligue cualquier vaso sangrante; si no es factible técnicamente realice histerectomía

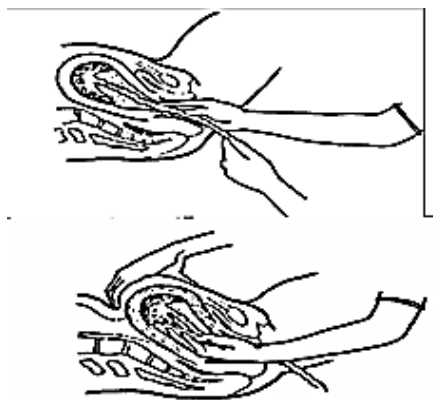
Realizar histerectomía en aquellos casos en los que la ruptura es demasiado extensa que no se pueda reparar o que el tejido esté necrótico
--

RETENCIÓN PLACENTARIA

Placenta no ha sido expulsada 30 minutos después de finalizado el segundo período del parto y hay hemorragia post-parto inmediato.

Manejo:

- Aplique las medidas generales para el manejo de la hemorragia post-parto.
- Solicite urgentemente anestesista o anestesiólogo para realizar extracción manual de la placenta, más revisión de cavidad uterina y legrado.
- **Si se presenta atonía uterina:** Utilice protocolo de atención de la atonía.
- Cumpla una dosis de antibiótico profiláctico.
- Sostenga el cordón umbilical con una pinza y hágalo con delicadeza. Si la tracción controlada del cordón no da resultado intente la remoción manual de la placenta
- Coloque los dedos de la otra mano en la vagina y hacia adentro de la cavidad uterina hasta ubicar la placenta.
- Sujete el útero por vía abdominal y realice contracción
- Desplace los dedos en la cavidad uterina con movimientos laterales hasta despegar la placenta de la pared uterina
- Retire lentamente la mano de la vagina, trayéndose simultáneamente la placenta, mientras continúa aplicando contracción uterina por vía abdominal.
- Examine las membranas y la superficie materna de la placenta para determinar si la extrajo en forma completa.
- Palpó la cavidad uterina para asegurarse que todo el tejido placentario fue retirado y de ser necesario realice legrado digital
- Administre Oxitocina 20-40 U en 1 litro de líquidos IV, a 60 gotas por minuto.
- Pida a un asistente que realice masaje en fondo uterino.
- Si hay sangrado profuso, administre prostaglandinas: Misoprostol 800 µgr vía sublingual o rectal.
- **Si la placenta se extrajo completamente, el útero se contrae y el sangrado cede:** Realice todos los cuidados posteriores descritos para la atonía uterina.
- Si la placenta no se puede extraer (Acretismo placentario): Realice laparotomía exploradora e histerectomía abdominal.



Nota: Evite la tracción vigorosa del cordón así como la presión sobre el fondo uterino, ya que pueden ocasionar inversión uterina. Un tejido muy adherente puede ser una placenta acreta. Los esfuerzos para extraer una placenta que no se separa fácilmente pueden producir un sangrado profuso o una perforación uterina que usualmente requieren histerectomía.

- Si el sangrado continúa evalúe el estado de la coagulación utilizando la prueba del tubo. Si hay signos de infección (Fiebre. secreción vaginal de mal olor). Administre antibióticos como para una metritis.

RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS

Cuando parte de la placenta (uno o más lóbulos) quedan retenidos o hay desgarro de las membranas, ello impide que el útero se contraiga fácilmente y ocasiona hemorragia post-parto inmediata o tardía

Manejo:

- Aplique las medidas generales para el manejo de la hemorragia post-parto.
- Solicite urgentemente anestesista o anestesiólogo para realizar la extracción de fragmentos + legrado uterino
- **Administre una dosis de antibiótico profiláctico.**
- **Si se presenta atonía:** Utilice protocolo de atención de la atonía uterina.
- **Si el útero se contrae y el sangrado cede:** Realice todos los cuidados posteriores descritos para la atonía uterina.
- Si el sangrado continua evalúe el estado de la coagulación utilizando la prueba de coagulación o prueba del tubo. La falta de formación de un coágulo después de 10 minutos o un coágulo blando que se deshace fácilmente sugiere una coagulopatía.

INVERSIÓN UTERINA

Se dice que el útero se ha invertido cuando se vuelve del revés, es decir la parte interna se convierte en externa durante la expulsión de la placenta. La corrección de la inversión uterina debe realizarse de inmediato. Al pasar el tiempo el anillo de constricción alrededor del útero invertido se torna más rígido y el útero aumenta de volumen con más sangre.

Sospeche inversión uterina si:

- Útero protruye a través de la vulva.
- No se palpa fondo uterino por vía abdominal
- Hay hemorragia post-parto inmediato
- Existe dolor intenso y súbito a nivel abdominal

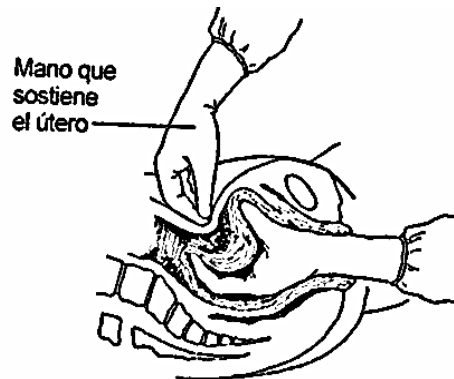


Útero invertido y placenta

El fondo uterino invertido se coge en la palma de la mano con los dedos sobre el fornix posterior.

Manejo:

- Aplique las medidas generales para el manejo de la hemorragia post-parto.
- Solicite inmediatamente anestesiista / anestesiólogo.
- **Realice inmediatamente corrección de inversión uterina con la maniobra de Johnson:** Coloque la mano (Provisto de guantes esteriles) extendida directamente sobre el fondo uterino que se ha invertido, e introdúzcala por la vagina hacia la cavidad abdominal.
- Si la placenta está aun adherida, extráigala manualmente después de la corrección.
- Mantenga la mano hecha puño en el interior del útero hasta obtener tonicidad o que el sangrado ceda.



- NO administre Oxitocina antes de corregir inversión uterina, cumpla Oxitocina a macrodosis y antibiótico profiláctico vía IV:
 - Ampicilina 2 gr + Metronidazol 500 mg
ó
 - Cefazolina 1 gr + Metronidazol 500 mg.
- Si después de la restitución uterina se presenta atonía uterina y sangrado profuso: Utilice protocolo de atención de la atonía uterina.
- Si el sangrado continúa evalúe el estado de la coagulación utilizando la prueba de coagulación o prueba del tubo. La falta de formación de un coágulo después de 11 minutos o la formación de un coágulo blando que se deshace fácilmente sugiere una coagulopatía.



Resultado de la restitución

HEMORRAGIA POSTPARTO TARDÍA ("SECUNDARIA")

Sospeche hemorragia post-parto tardía si:

- Se produce sangrado después de 24 horas del parto y hasta 6 semanas post-parto.
- Útero es de consistencia blanda y de mayor tamaño que el esperado para el tiempo transcurrido desde el parto.
- Existe sangrado de intensidad variable, que puede tener mal olor.

Manejo:

Con Sangrado Escaso:

- Tomar USG:
 - Sin ecos o escasos: Su manejo puede ser Ambulatorio o ingresada, con Misoprostol 200 microgramos cada 8 horas, Antibióticos y Analgésicos. Manejo ambulatorio y control en 72 horas.
 - Con Abundantes Ecos: Ingresar, Legrado, Antibióticos y Ocitocicos IV

Con Sangrado Abundante:

- Ingreso
- Manejo del Shock
- Legrado con Oxitocina IV pasando
- Antibióticos
- D/C Coagulopatía

- Si la anemia es grave (hemoglobina menor de 7gr% o hematócrito menor de 20%) transfunda y luego administre hierro vía oral y ácido fólico.

Si hay signos de infección (fiebre, secreción vaginal de mal olor), administre antibióticos como para una metritis.

Una hemorragia postparto prolongado o tardío puede ser un signo de metritis.

CARACTERÍSTICAS DE LOS HEMODERIVADOS.

COMPONENTE	CONTENIDO	INDICACIONES	VOLUMEN APROXIMADO	VIDA DE ALMACENAMIENTO	EFEECTO ESPERADO
GLÓBULOS ROJOS EMPACADOS	Glóbulos Rojos, Escaso plasma, Pocos glóbulos blancos	Hemoglobina < 7 gr% Evidencia de pérdida sanguínea aguda ó Signos de hipoxia ó Cirugía o parto inminente	300 cc	21 días	Aumenta Hematocrito 3% y la Hemoglobina 1 g/dl, por cada unidad transfundida.
PLAQUETAS	Plaquetas, Escaso plasma, Pocos glóbulos blancos y rojos.	Recuento plaquetario \leq 50,000/mm ³ . Tiempo de sangrado > 9 minutos	50 cc	Hasta 5 días	Aumento del recuento de plaquetas Máx 7.500 / mm ³ por unidad (Generalmente 5,000)
PLASMA FRESCO CONGELADO	Plasma, Factores de la coagulación	Deficiencia múltiple de factores de coagulación con TP ó TT, INR > 1.5 de lo normal	250 cc	2 horas descongelado. 12 meses congelado	Aumenta el fibrinógeno total 10-15 mg/dl por unidad transfundida.
CRIO PRECIPITADO	Fibrinógeno, Factores V, VIII y XIII. Factor de Von Willebrand. Fibronectina	Deficiencia de Fibrinógeno (< 100 mg/dl). Tiempos de coagulación prolongados. Enfermedad de Von Willebrand,	40 cc	4-6 horas descongelado. 12 meses congelado	Aumenta el Fibrinógeno total 10-15 mg/dl por unidad transfundida.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EMBARAZO

Desarrollo de hipertensión con proteinuria o edema y en casos severos convulsiones o coma, inducidas por el embarazo después de las 20 semanas de gestación o antes de las 20 semanas cuando hay ciertas patologías predisponentes (enfermedad molar, embarazo múltiple e hidrops fetal) o en el post parto.

CLASIFICACIÓN (National High Blood Pressure Education Program Working Group Report (NHBPE) 2000

PREECLAMPSIA LEVE:

Hipertensión (Tensión arterial $\geq 140/90$ y $<160/110$ mm Hg), en embarazo > 20 semanas de mujer previamente normotensa, que se puede acompañar de edemas y proteinuria > 300 mg en orina de 24 horas o en su defecto proteinuria cualitativa en tira reactiva mayor o igual de 2 ++ en dos determinaciones separadas por al menos 4 horas. No existe evidencia de daño a órgano blanco (afectación renal, hepática o neurológica)

PREECLAMPSIA GRAVE:

Hipertensión (Tensión arterial $\geq 160/110$ mm Hg) en embarazo > 20 semanas de mujer previamente normotensa, que se puede acompañar de proteinuria $> 2-3$ gr en orina de 24 horas, de síntomas vasomotores y de trastornos de las pruebas funcionales hepáticas, renales y de coagulación.

ECLAMPSIA:

Crisis convulsiva generalizada o estado comatoso que inicia súbitamente durante los estados hipertensivos inducidos por el embarazo, que no tiene relación con una afección cerebral preexistente.

HIPERTENSIÓN CRÓNICA PRIMARIA O SECUNDARIA, NUEVA O PREEXISTENTE EN EL EMBARAZO:

Hipertensión arterial diagnosticada antes de la gestación o antes de las 20 semanas del embarazo, o que persiste después de las 12 semanas de post parto.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA CON PREECLAMPSIA SOBREGREGADA:

Signos o síntomas de pre eclampsia después de las 20 semanas de gestación en pacientes con hipertensión arterial crónica conocida.

Aumento brusco de la presión arterial, la proteinuria o recuento de plaquetas menor o igual a $100,000/mm^3$ en mujeres con hipertensión arterial antes de las 20 semanas de edad gestacional.

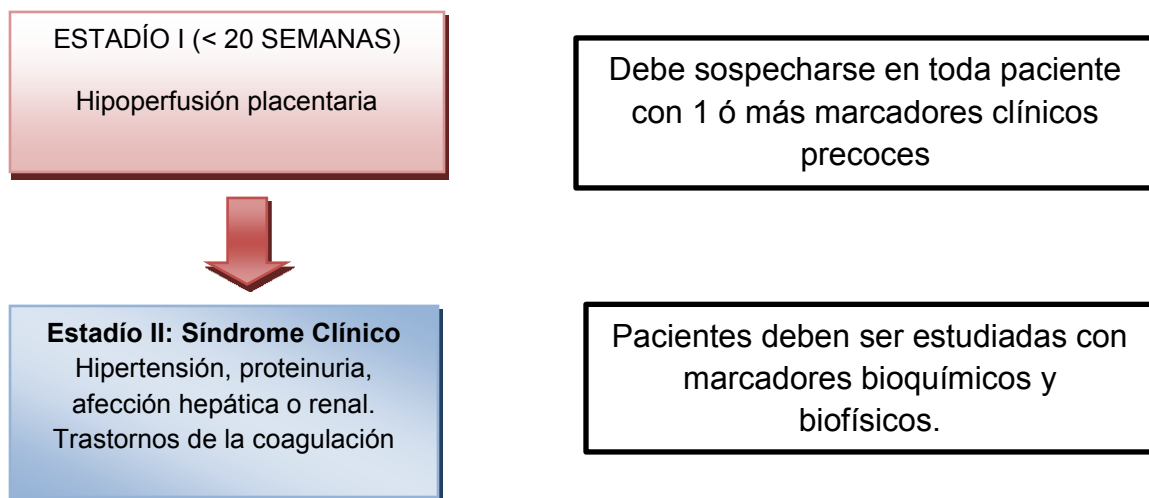
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL (HIPERTENSIÓN TRANSITORIA DEL EMBARAZO SEGÚN CIE 10):

Hipertensión de Novo en el embarazo, sin proteinuria significativa en pacientes con 20 semanas de gestación o más. Esta parece ser un estado previo al desarrollo de preeclampsia en alrededor del 46% de los casos. Es generalmente un diagnóstico retrospectivo.

Marcadores Precoces de Pre-eclampsia

MARCADORES PRECOSES DE PREECLAMPSIA		
FACTORES DE RIESGO	MARCADORES BIOFÍSICOS	MARCADORES BIOQUÍMICOS
Edad materna: <18 años ó>35 años	<p>Flujometría de la arteria uterina: Presencia de NOTCH (Incisura proto diastólica en la onda de velocidad de flujo de la arteria Uterina), que persiste después de la semana 24 de gestación.</p> <p>Un 50% de las pacientes con Notch (+) desarrollan preeclampsia o restricción del crecimiento intrauterino.</p> <p>Sensibilidad: 44- 64% VPP: 33-70% Especificidad: 73-94% VPN: 80-89%</p>	Ácido Úrico: Uricemia normal durante el embarazo: hasta 3.5 mg/dl Uricemia sugestiva de preeclampsia: > 4 mg/dl
Preeclampsia previa		
HTA crónica		Depuración de Creatinina en orina de 24 horas: < 100 mg/minuto
Enfermedad gestacional del Trofoblasto		
Diabetes		
Síndrome antifosfolípido		
Nefropatía		
Obesidad		
Polihidramnios		
Embarazo múltiple		
Hidropesía fetal		
Cambio de pareja		

Estado bifásico de la Preeclampsia



HALLAZGOS DE LABORATORIO ÚTILES PARA EL DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA

PRUEBA DE LABORATORIO	PREECLAMPSIA	Síndrome de HELLP
Hemoglobina	> 12 g/dl	
Acido úrico	>4 mg/dl	
Plaquetas	<150,000 /mm ³	≤ 100,000 / mm ³
Transaminasas (TGO y TGP)		>70UI/L
N. Uréico	> 14 mg/dl	
Creatinina	>0.8 mg/dl	≥ 1.2 mg/dl
Proteinuria	≥ 300 mg/dl	≥ 2 gr/ orina 24 horas
Deshidrogenasa láctica		≥ 600 UI / L
Bilirrubina total		≥ 1.2 mg/dl
Frotis de Sangre periférica		Células en casco

PREECLAMPSIA GRAVE

HISTORIA CLÍNICA: Mujer previamente normotensa con

- Sintomatología de toxemia: Cefalea, trastornos visuales, tinnitus, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos.
- Historia de edema de manos, cara o anasarca.
- Aumento rápido y excesivo de peso: > 2 libras por semana

EXAMEN FÍSICO:

- **Toma de signos vitales: Hay hipertensión (TA ≥ 160/110 mm Hg)**

Forma correcta para tomar tensión arterial:

- Paciente sentada
- Medición después de 5-10 minutos de reposo.
- Colocar esfigmomanómetro en miembro superior derecho a la altura del corazón.
- Auscultar la medición.
- **Examen físico completo. Busque:**
 - Alteraciones del estado de conciencia: Agitación, sopor o coma.
 - Apariencia general: Facies abotagadas, disnea,
 - Pulmonar: Estertores congestivos a la auscultación
 - Abdomen: Dolor espontáneo o a la palpación de epigastrio o hipocondrio derecho o dolor en cinturón.
 - Hiperreflexia.
 - Edema de manos, cara o anasarca.

- Evidencia de sangrado espontáneo: a nivel cutáneo-cutáneo (Equimosis, petequias), epistaxis, gingivorragia, vaginal, entre otros.
- **Evaluación Obstétrica completa:**
 - Ausculte FCF.
 - Realice maniobras de Leopold.
 - Mida altura uterina.
 - Presencia o no de actividad uterina.

REALICE TACTO VAGINAL POSTERIOR A LA IMPREGNACIÓN CON SULFATO DE MAGNESIO.

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de preeclampsia grave se hace ante todo cuadro hipertensivo (Aún con TA <160/110 mm hg) que se acompaña de **UNO** ó más de los siguientes criterios, en mujer previamente normotensa, con embarazo >20 semanas.

Por clínica. Criterios:

- Hay hipertensión (TA \geq 160/110 mm Hg)
- Dolor epigástrico severo y persistente o dolor en hipocondrio derecho o dolor en cinturón.
- Alteraciones cerebrales, visuales o auditivas: Cefalea persistente, escotomas, hiperreflexia, tinitus, trastornos de la conciencia.
- Oliguria: \leq 1 cc / Kg / hora (<30 cc/hora)
- Insuficiencia renal aguda
- Edema agudo de pulmón o cianosis
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Coagulación Intravascular Diseminada
- Restricción del Crecimiento Intrauterino
- Oligohidramnios

Por exámenes de laboratorio. Criterios:

- Proteinuria \geq 2-3 gr en orina de 24 horas ó \geq 3 / 4 + (\geq 5 gr) en tira reactiva con orina al azar.
- Creatinina sérica > 1.2 mg/dl
- Trombocitopenia \leq 100,000 /mm³
- Elevación de las transaminasas
- Deshidrogenasa láctica: Elevada
- Bilirrubina > 1.2 mg / dl
- FSP: Presencia de Esquistocitos, poiquilocitos y esferocitos.

INICIE ESQUEMA DE SULFATO DE MAGNESIO PARA PREVENIR ECLAMPSIA.

Ante sospecha clínica de PEG, refiera o ingrese al II ó III nivel de atención. Aplique protocolo de sulfato de magnesio y de hidralazina si TA diastólica \geq 110 mm Hg (UCSF según nivel de complejidad iniciará el protocolo si cuenta con los insumos y el personal capacitado, si no es así referirlo según norma)

Son de manejo estricto en el III Nivel de atención:

- PEG que cursa con condición inestable o formas complicadas

- PEG que cursa con prematurez
- Falta de capacidad resolutoria del centro de atención.

Informe a la paciente y su familia sobre su condición. Explique los pasos a seguir.

MANEJO:

- El tratamiento definitivo para la PEG es la interrupción del embarazo.
- EL manejo conservador en PEG se puede brindar TEMPORALMENTE sólo en algunas condiciones especiales en el III Nivel de atención.
- Objetivos del Tratamiento de la PEG:
 - Prevenir las convulsiones
 - Controlar la hipertensión
 - Preservar las condiciones materno-fetales estables.
 - Finalizar el embarazo

INDICACIONES AL INGRESO:

- Ingrese a Labor de Partos
- Monitoreo de signos vitales y estado de conciencia cada 30 minutos
- Monitoreo de FCF cada 30 minutos
- Tome 2 líneas endovenosas con catéter número 18
- Infunda líquidos IV a 100-125 cc / hora
- Tome exámenes de laboratorio:
 - Hemograma completo (Incluye plaquetas)
 - Frotis de sangre periférica
 - Tipeo-Rh y prueba cruzada con 2 unidades de GR empacados
 - Pruebas de coagulación: Fibrinógeno, TP, TPT, plaquetas, prueba del tubo (Lee White)
 - Pruebas renales: Creatinina, ácido úrico, nitrógeno uréico
 - Pruebas hepáticas: TGO, TGP, bilirrubinas, LDH, proteínas séricas.
 - Tome prueba de proteínas en orina al azar con tira reactiva
 - Niveles séricos de magnesio cada 4-6 horas
- **Inicie esquema de Sulfato de magnesio según protocolo.** Ver tabla 5
 - Si se reporta Creatinina sérica > 1.2 mg/dl o existe oliguria, reduzca dosis de sulfato de magnesio a la mitad.
 - Realice control clínico de sulfato de magnesio cada hora. Ver tabla 6
 - Si paciente muestra signos de intoxicación con sulfato de magnesio, suspenda infusión y cumpla antídoto: Gluconato de calcio 1gr IV lento. Ausculte frecuencia cardíaca materna mientras lo cumple (Debe ser ≥ 60 latidos por minuto).
- **Si tensión arterial diastólica ≥ 110 mm Hg TAS ≥ 200 mmHg:**
 - Cumpla Hidralazina. Dosis: 5-10 mg IV en bolos. Repetir cada 15 a 20 minutos, si es necesario. Dosis máxima: 30 a 40 mg. (Esquema usual 5,5,10,10 si persiste hipertensión cambio de antihipertensivo)
 - Si después de tercera dosis de Hidralazina en bolus, paciente persiste con TA diastólica ≥ 110 mm Hg, inicie infusión continua de Hidralazina o Nitroglicerina IV.

- Al estabilizar tensión arterial, coloque **sonda vesical permanente más colector**
- Realice balance hídrico y cuantifique diuresis cada hora (Debe ser ≥ 30 cc/hora)

- **Realice evaluación obstétrica:**
 - Ausculte FCF
 - Mida altura uterina
 - Determine presentación fetal por maniobras de Leopold
 - Evalúe estado del cérvix por medio del puntaje de Bishop
 - Tome monitoreo fetal electrónico
- Betametazona 12 mg IM cada 24 horas # 2 en embarazos entre 26 y 34 semanas
- Realice **ultrasonografía obstétrica**

- **Realice ultrasonografía hepática** si condición de la paciente permite su movilización y si está disponible.
- Indique **Radiografía de tórax**, si caso lo amerita
- Mida **presión venosa central (PVC)** si el caso lo amerita.
- Al tener evaluación del estado materno-fetal y **según condiciones cervicales decida vía de evacuación más apropiada.**

PROTOCOLOS DE SULFATO DE MAGNESIO

REGIMEN DE PRITCHARD	REGIMEN DE ZUSPAN	REGIMEN ZUSPAN MODIFICADO ISSS	RÉGIMEN DE SIBAI
Presentación: Sulfato de Magnesio al 50% Ampolla de 10 cc = 5 gr	Presentación: Sulfato de Magnesio al 50% Ampolla de 10 cc = 5 gr	Presentación: Sulfato de Magnesio al 50% Ampolla de 10 cc = 5 gr	Presentación: Sulfato de Magnesio al 50% Ampolla de 10 cc = 5 gr
Forma de preparar la dilución al 20%: Diluir 8 cc de Sulfato de Magnesio al 50% en 12 cc de agua destilada. (En los 20 cc hay 4 gr)	Forma de preparación: Diluir 4 ampollas de Sulfato de Magnesio al 50% en 1 litro de Dextrosa al 5%	Forma de preparación: Diluir 3 ampollas de Sulfato de Magnesio al 50% en 1 litro de Dextrosa al 5%	Forma de preparación: Diluir 6 gr de Sulfato de Magnesio al 50% en 150 cc de Dextrosa al 5%
Dosis de Impregnación: 4 gr al 20% IV lento (Pasar en 15-20 minutos) + 5 gr de Sulfato de Magnesio al 50% IM profundo en cada glúteo	Dosis de Impregnación: 4 gr IV lento (200cc Pasar en 15-20 minutos) en bomba de infusión	Dosis de Impregnación: 4.5 gr IV lento (300 cc a pasar en 20 minutos por bomba de infusión)	Dosis de Impregnación: 6 gr IV lento (200 cc a pasar en 20-30 minutos) en bomba de infusión.
Dosis de Mantenimiento: 5 gr de Sulfato de Magnesio al 50% IM profundo en glúteos alternos cada 4 horas, previo control clínico de SO ₄ Mg	Dosis de Mantenimiento: 1-2 gr IV cada hora en bomba de infusión 50-100 cc/hora por bomba de infusión	Dosis de Mantenimiento: 1.5 gr IV cada hora en bomba de infusión (100 cc/hora)	Dosis de Mantenimiento: 2-3 gr IV cada hora en bomba de infusión 100 a 150 cc /hora
Esquema de SO ₄ Mg debe mantenerse hasta 24 horas post-parto o posterior a la última convulsión	Realizar control clínico de signos de intoxicación con SO ₄ Mg cada hora	Realizar control clínico de signos de intoxicación con SO ₄ Mg cada hora	Realizar control clínico de signos de intoxicación con SO ₄ Mg cada hora
	Tomar niveles séricos de SO ₄ Mg cada 4 horas	Tomar niveles séricos de SO ₄ Mg según criterio clínico	Tomar niveles séricos de SO ₄ Mg cada 4 horas

INTOXICACIÓN CON SULFATO DE MAGNESIO

ANTÍDOTO DE SULFATO DE MAGNESIO: Gluconato de Calcio al 10% (Ampolla 10 cc = 1 gr) Se aplica 1 ampolla diluída al doble IV lento

En caso de INTOXICACION con SO₄Mg:

- Suspender Sulfato de Magnesio inmediatamente.
- Cumplir Gluconato de Calcio 1 gr IV lento.
- Mientras cumple Gluconato de Calcio, ausculte frecuencia cardíaca materna (Debe ser ≥ 60 latidos/minuto)
- Si paciente presenta apnea marcada: Asistir respiración con ambú.
- Si apnea NO revierte: Ventilación mecánica mientras disminuyen niveles séricos de Magnesio.

CONTROL CLÍNICO DEL SULFATO DE MAGNESIO

PARÁMETRO	FRECUENCIA DEL CONTROL	CONDICIÓN ESPERADA
Estado de Conciencia	Cada hora	Alerta
Frecuencia Respiratoria	Cada 30 minutos	≥ 16 respiraciones / minuto
Reflejos Osteotendinosos	Cada hora	Presentes
Diuresis	Cada hora	≥ 30 cc / hora

Aparecimiento de Signos de Intoxicación con Sulfato de Magnesio Según sus Niveles Séricos.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	NIVELES SÉRICOS
Niveles Terapéuticos	6 – 8 mEq / L
Abolición de Reflejo Patelar	10-12 mEq / L
Disminución de Frecuencia Respiratoria	12-15 mEq / L
Paro Respiratorio	15-20 mEq / L
Paro Cardíaco	Más de 25 mEq / L

EVACUACIÓN DEL PRODUCTO EN PREECLAMPSIA GRAVE

EL TRATAMIENTO DEFINITIVO DE LA PREECLAMPSIA GRAVE ES LA FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN

- El parto vaginal es preferido a la cesárea (ACOG, FLASOG) dejando ésta última a indicación puramente obstétrica.
- Debe considerarse el puntaje de Bishop, el cual dará el pronóstico del éxito para la evacuación vía vaginal:
 - Si el Bishop es mayor de 6, inducir con oxitocina.
 - Si el Bishop es menor de 6 y la paciente está estable, madurar con prostaglandinas
 - Si el Bishop es menor de 6 y la paciente está severamente enferma, el parto será preferible por cesárea.
- Realice amniotomía temprana.
- Si la paciente está estable y siendo conducida, esperar 8 horas. Si después de ese tiempo NO ha iniciado la fase activa del trabajo de parto, indicar Cesárea.
- El parto debe ser atendido por Médico de Mayor experiencia y personal capacitado.
- Manejo activo del tercer período.

ANESTESIA EN PREECLAMPSIA GRAVE

- Es permitida la anestesia regional (Epidural) y la general.
- **Si existe trombocitopenia o Coagulopatía está contraindicada la anestesia regional.**
- La anestesia regional debe ser administrada con mucho cuidado. Dado que esta produce vasodilatación periférica y puede producirse hipotensión marcada; por lo que puede indicar una pre-carga cuidadosa de cristaloides. **No olvidar que la presión coloidosmótica de las mujeres con pre-eclampsia está disminuída por lo que tienen mayor riesgo de hacer edema agudo de pulmón.**
- La anestesia general se utilizará cuando la regional está contraindicada.
- Si se decide por anestesia general se pueden producir elevaciones marcadas de la tensión arterial por arriba de la ya elevada que tiene la paciente, se tiende a producir durante la inducción anestésica y en la desintubación, con el riesgo potencial de hemorragia intracraneana. Estas fluctuaciones se pueden minimizar si el anestesiólogo monitoriza cuidadosamente la presión arterial más la utilización de hipotensores como nitroglicerina.

MANEJO EN POST-PARTO INMEDIATO

- Control de signos vitales cada 15 minutos las primeras 4 horas post-parto. Luego, cada 4 horas
- Vigilar sangramiento (La paciente con preeclampsia es más lábil a las pérdidas hemorrágicas)
- Verificar que útero esté firmemente contraído.
- Indicar infusión con oxitócicos vía endovenosa (El sulfato de magnesio favorece el apareamiento de atonía uterina)
- Continuar esquema de sulfato de magnesio 24 horas post-parto y evaluar en ese

momento si el caso amerita continuar usándolo

- Si la tensión arterial diastólica persiste arriba de 100 mm Hg, iniciar esquema oral de antihipertensivos, según disponibilidad.
- Evaluar resultado de los exámenes de laboratorio pendientes de reportar.
- Indicar exámenes de control según la evolución de la paciente.
- El recién nacido NO debe permanecer con la madre mientras se encuentra sedada.

RECOMENDACIONES AL DAR ALTA

- DAR EL ALTA, cuando:
 - TA= 140/90 mm de Hg o menos.
 - Examen físico sin anormalidades,
 - Función renal, hematológica y hepática normal o en descenso
- Refiera a la consulta externa con ginecólogo e internista para control en dos semanas.
- **De consejería sobre riesgo reproductivo y Planificación Familiar.**
- Oriente a la paciente sobre la importancia de asistir a su control post-parto.
- Dar seguimiento durante tres meses post-parto con médico ginecólogo o internista e indicar proteínas en orina al azar en cada control si persiste proteinuria luego de los tres meses de seguimiento, referir a Internista o Nefrologo.

MANEJO EXPECTANTE DE LA PREECLAMPSIA GRAVE

EL PERFIL DE LA PACIENTE PARA MANEJO EXPECTANTE ES EXCLUSIVO DE CENTROS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA DE TERCER NIVEL

CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA MANEJO CONSERVADOR

- Hipertensión controlada
- Edad gestacional mayor de 26 semanas y menor de 34 semanas sin trabajo de parto.
- Proteinuria menor de 5 gr/L en orina de 24 horas
- Oliguria menor de 0.5 cc/Kg/hora que remite con la administración convencional de líquidos o la ingesta de alimentos.
- Aumento no significativo ni exclusivo de las enzimas hepáticas sin dolor epigástrico o dolor a la palpación de hipocondrio derecho
- Ausencia de trastornos de coagulación
- Pruebas de bienestar fetal normales
- Firma de consentimiento Informado

MEDIDAS GENERALES PARA EL MANEJO EXPECTANTE DE PEG

- Ingreso a Unidad de Cuidados Especiales
- Monitoreo continuo de signos vitales
- Control diario de peso
- Sonda vesical permanente + colector, durante uso de sulfato de magnesio.
- Balance hídrico y diuresis cada hora.
- Canalice 2 venas con catéter número 18
- Infunda soluciones endovenosas cristaloides
- Administre Esquema de sulfato de magnesio. Ver tabla 5.
- Prescriba tratamiento antihipertensivo. Ver tabla 9 y 10
- Objetivo: Mantener TA diastólica entre 90 y 100 mm Hg máximo.
- Realice maduración pulmonar fetal
 - Betametasona. Dosis: 12 mg IM cada día # 2
 - Dexametasona: 6 mg IM cada 12 horas # 4
- Evalúe diariamente los parámetros de laboratorio hepático, renal y hematológico.
- Solicite cuantificación de Proteínas en orina y Depuración de Creatinina en orina de 24 horas (Tomar al ingreso de la paciente)
- Indique Perfil biofísico cada día o estudio hemodinámico fetal.
- Interrogue diariamente a la paciente en lo relativo a los signos y síntomas de alarma (Cefalea, trastornos visuales, epigastralgia, dolor en hipocondrio derecho) y sobre su percepción de los movimientos fetales.

CRITERIOS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL MANEJO EXPECTANTE DE PEG (La presencia de 1 ó más de estos criterios obliga a interrumpir el embarazo)

- TA \geq 160/110 mm Hg a pesar de tratamiento antihipertensivo.
- Diuresis menor de 500 cc en 24 horas
- Recuento plaquetario $<$ 100,000 / mm³
- Creatinina sérica $>$ 1.2 mg%
- Deshidrogenasa láctica $>$ 600 UI / L

- Elevación de las transaminasas.
- Deterioro de la paciente
- Presencia de signos clínicos de deterioro materno:
 - Hiperirritabilidad, vértigo, acúfenos, hiperreflexia.
 - Trastornos visuales: Escotomas, diplopía, visión borrosa
 - Dolor en epigastrio o en hipocondrio derecho
 - Signos clínicos de Edema Agudo de Pulmón.
 - Signos clínicos de Coagulación Intravascular Diseminada (CID)
- Presencia de signos clínicos de deterioro fetal:
 - Hallazgos patológicos en el monitoreo fetal electrónico.
 - Perfil biofísico de 4 / 10 ó menos
 - Flujometría anormal

ECLAMPSIA

LA ECLAMPSIA ES UNA URGENCIA MÉDICA. DEBE:

- Detener convulsiones:
 - Impregnar con Sulfato de Magnesio
- Mantener vía aérea permeable:
 - Elevación mentoneana
 - Hiperextensión del cuello
 - Colocación de cánula oro-faríngea (Mayo)
- Controlar hipertensión:
 - Hidralazina IV

AL ESTABILIZAR PACIENTE PROCEDA A REALIZAR:

HISTORIA CLÍNICA: Mujer Previamente normotensa con embarazo > 20 semanas

- Hipertensión arterial
- Convulsión
- Estado comatoso
- Amaurosis (Pérdida de la visión). La amaurosis es equivalente a una convulsión ecláptica.

EXAMEN FÍSICO:

- **Toma de signos vitales:**
 - Hay hipertensión TA \geq 140/90 mm Hg
- **Examen físico:**
 - Estado de conciencia: Paciente puede estar en período post-ictal, somnolienta o en estado comatoso. Utilice escala de Glasgow. Ver tabla
 - Tórax: Auscultación cardíaca y pulmonar.
 - Abdomen: Puede haber dolor de intensidad variable, espontánea o a la palpación de epigastrio o de hipocondrio derecho. Descarte ascitis.
 - Reflejos osteotendinosos: Están aumentados.
 - Evidencia física de lesiones secundarias a traumatismos durante la convulsión.

- **Evaluación obstétrica:**

- Mida altura uterina
- Realice maniobras de Leopold para determinar situación y presentación fetal.
- Ausculte FCF
- Efectúe tacto vaginal posterior a impregnación con Sulfato de Magnesio.

REFIERA O INGRESE AL III NIVEL DE ATENCIÓN EN FORMA INMEDIATA.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Síndrome convulsivo
- Accidente cerebro-vascular (ACV)

EN TANTO SE EXCLUYEN OTRAS CAUSAS, DEBE CONSIDERARSE QUE TODA EMBARAZADA CON CONVULSIONES TIENE ECLAMPSIA

DIAGNÓSTICO:

- Por clínica: Embarazada con > 20 semanas de gestación + HTA (TA \geq 140/90 mm Hg) + Convulsión ó estado comatoso ó amaurosis
- Por exámenes de laboratorio: Puede haber las mismas alteraciones en los exámenes de laboratorio que en la Preeclampsia grave.

TRATAMIENTO. OBJETIVOS:

- Evitar la pérdida de la autorregulación cerebral y el riesgo resultante de accidente cerebro-vascular materno.
- Prevenir la insuficiencia cardíaca congestiva sin comprometer la perfusión cerebral ni el flujo sanguíneo útero-placentario.
- Interrumpir el embarazo a corto plazo, independientemente de la edad gestacional y del estado fetal.
- Estabilizar a la paciente lo más pronto posible.

MANEJO DE LA ECLAMPSIA

- **Evite los traumatismos:**

- Acomode a la paciente en una camilla o cama (Con cabecera y baranda acolchonadas) para evitar las caídas y lesiones.
- Coloque cánula mayo para evitar trauma en la lengua y facilitar permeabilidad de las vías aéreas.

- **Mantenga la oxigenación materno-fetal:**

- Hiperextendiendo el cuello y elevando el mentón
- Provea oxígeno por mascarilla facial a un flujo de 8-10 litros por minuto ó
- Provea oxígeno por bigotera a un flujo de 4 litros por minuto

- **Minimice el riesgo de aspiración:**

- Coloque a la paciente en decúbito lateral
- Aspire las secreciones orales y el vómito (Si aplica)
- Considere el uso de antiácidos parenterales (Ranitidina).

- **Detenga la convulsión y prevenga que ocurra una nueva**
 - Inicie administración de Sulfato de magnesio a dosis de impregnación, según norma. Ver tabla
 - Si paciente continúa convulsionando, administre Sulfato de magnesio al 20%, 2gr por vía endovenosa en 5-10 minutos. Máximo 2 dosis.
 - La dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio en estos casos deberá incrementarse de 2-3 gr cada hora IV.
 - En estatus convulsivo, utilice esquema de Difenilhidantoína. Dosis: 1 gr IV # 1. Luego, 250 mg IV cada 8 horas por 24 horas. Luego, 125 mg IV cada 8 horas por 48 horas. Si es necesario el uso de este medicamento debe suspender el Sulfato de Magnesio
 - NO se justifica el uso de Difenilhidantoína en aquellas pacientes en que se ha controlado las convulsiones con Sulfato de Magnesio.
 - Si a pesar de las medidas anteriores persiste la convulsión, proceda a administrar anestesia general e intubar.
- **Realice historia clínica y examen físico completos**
 - Una vez controlada la convulsión y brindadas las medidas de soporte, proceda a realizar historia clínica y examen físico completos. Descarte traumatismos secundarios a caída o golpes durante convulsión.
- **Controle la hipertensión:**
 - Si TA diastólica \geq 110 mm Hg ó TAS > 200 mmHg, cumpla:
 - **Hidralazina:**
 - Dosis: 5-10 mg IV en bolos. Repetir cada 15 a 20 minutos, si es necesario. Dosis máxima: 30 a 40 mg.
 - Esquema usual es el siguiente: Primera dosis 5 mg IV control a los 15 a 20 minutos si persiste TAD \geq 110 mmHg aplicar otra dosis de 5 mg y nuevo control en 15 a 20 minutos, si persiste TAD \geq 110 aplicar 10 mg controlar a los 20 minutos si persiste aplique una ultima dosis de 10 mg. Dosis máxima 30 a 40 mg.
 - Si después de tercera dosis de Hidralazina en bolus, paciente persiste con TA diastólica \geq 110 mm Hg, inicie infusión continua de Hidralazina o Nitroglicerina.
 - **Infusión continua IV de Hidralazina**, a 3-7 mg / hora en bomba de infusión continua. Modo de preparación para infusión por bomba: Diluir 5 ampollas de Hidralazina en 240 cc de Dextrosa al 5%.
 - **Infusión continua de Nitroglicerina** (50mg por frasco de 10cc) se diluyen 2 cc de Nitroglicerina con 48 cc de Dextrosa 5% quedando una dilución de 3 cc/hora equivalente a 10 microgramos/hora iniciando a 3 cc /hora e incrementando según dosis respuesta
 - **Otro esquema de Nitroglicerina es:** 10 cc de Nitroglicerina en 40 cc de Dextrosa al 5%, se inicia infusión IV Mediante bomba de infusión iniciando la infusión 0.3 cc/hora equivalente a 5 microgramos/hora, aumentando la dosis cada 15 minutos hasta una dosis máxima entre 200 y 400 microgramos según dosis respuesta.

TA DIASTÓLICA NO DEBE BAJAR DE 90 mm de Hg, especialmente en las pacientes hipertensas crónicas.

Maneje los líquidos IV cuidadosamente

- **Administre soluciones cristaloides (Lactato de Ringer, solución de Hartman) a razón de 100 cc / hora**
- **Monitoree signos vitales en forma continua**
- **Vigile el apareamiento de signos de shock. Recuerde que estas pacientes tienen baja tolerancia a las pérdidas sanguíneas (Aún las estimadas como normales) debido a su estado de constricción vascular.**

Continúe con protocolo de atención usado para preeclampsia grave.

Debido a la hipoxemia y acidemia láctica materna causada por la convulsión, con cierta frecuencia aparece bradicardia fetal, que desaparece en el transcurso de 3-5 minutos; por lo que NO se justifica la indicación de una cesárea en estas circunstancias. Si bradicardia fetal persiste más de 10 minutos, considere el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera. Evalúe la evacuación a corto plazo.

Decida la vía del parto de acuerdo a la evaluación obstétrica realizada. NO olvide que su objetivo es finalizar el embarazo de forma segura y a CORTO plazo.

Escala de Glasgow

Criterio		Puntuación
Respuesta Ocular	Apertura Espontánea	4
	Apertura con las órdenes Verbales	3
	Apertura de ojos con el dolor	2
	No respuesta	1
Respuesta Motora	Obedece Ordenes	6
	Localiza el dolor	5
	Retirada al dolor	4
	Respuesta flexora al dolor	3
	Respuesta extensora al dolor	2
	No respuesta	1
Respuesta Verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Lenguaje Inapropiado	3
	Sonidos Incomprensibles	2
	No respuesta Verbal	1
TOTAL		3-15

MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS UTILIZADOS DURANTE EL EMBARAZO

MEDICAMENTO	DOSIS	EFFECTOS MATERNOS	EFFECTOS FETALES
Agonista de Receptores α_2-adrenérgicos α - Metildopa	500 mg cada 8 horas vía oral. Incremente dosis cada 3 días, hasta llegar a 3 gr.	Sedación, congestión nasal, depresión, hipotensión postural, hipertermia, anemia hemolítica;resequedad oral, somnolencia, rubicundez, rebote hipertensivo.	No se conocen hasta el momento.
Agonistas del Calcio Nifedipina	DOSIS USUAL: 30 – 60 mg vía oral cada día. NO lo utilice en pacientes con falla hepática. En crisis hipertensiva: 10 mg V.O. cada 30 minu máximo 120 mg en 24 horas No lo use Sub-lingual	Taquicardia, cefalea	Ninguno conocido
Receptores β_1 y β_2 adrenérgicos Atenolol	50 a 100 mg diarios vía oral hasta llegar a 200 mg.	Somnolencia	RCIU
Vasodilatadores Hidralazina	ENDOVENOSA: 5 a10 Mg en bolos. Repetir cada 15-20 minutos, según necesidad. Máximo: 30-40 mg. Continué con bomba de infusión continuaa dosis de 3-7 mg/ hora. ORAL: 50–100 mg 2 veces / día. Aumento gradual hasta 200 mg en 24 horas.	Cefalea, náuseas, vómitos, dolor en epigastrio, inquietud, hipotensión, taquicardia ansiedad, rubor. Síndr similar al Lupus eritematoso sistémico, si se excede de dosis de 200 mg	Trombocitopenia, taquicardia
Nitroglicerina	Infusión continua y con descartable oscuro Nitroglicerina (50mg por frasco de 10cc) se diluyen 2 cc de Nitroglicerina con 48 cc de Dextrosa 5% iniciando a 3 cc /hora (Equivalente a 10 micgr/hr) e incrementando según dosis respuesta (Puede usarse con microgotero) □ Aumentando la dosis cada 15 minutos hasta una dosis máxima entre 200 y 400 microgramos según dosis respuesta.		
El uso y la dosis de los antihipertensivos deberá ser manejado por un equipo multidisciplinario			
El Enalapril es Categoría C durante el primer trimestre del embarazo y categoría D en el segundo y tercer trimestre, no se sabe si se excreta en la leche materna por lo que debe de utilizarse sólo cuando los medicamentos de primera línea no han sido efectivos o No se cuenta con los mismos			

TÉCNICA DE APLICACIÓN DE SULFATO DE MAGNESIO

1. Objetivo:

Prevenir las convulsiones.

Preservar la mejor condición materna-fetal

2. ACCIÓN DEL SULFATO DE MAGNESIO

- Sedante
- Anticonvulsivante
- Deprime el SNC así como el músculo cardíaco, esquelético y liso.
- Vasodilatador
- Aumenta el flujo sanguíneo renal y del útero

3. PRESENTACIÓN: Ampollas de 10 cc al 10 % y al 50%

4. TÉCNICAS

A) Método o regimen pritchard (IM)

Impregnación

Dosis total de impregnación 14 gramos, así:

- Iniciando con 8cc de sulfato de magnesio al 50% + 12cc de agua bidestilada, EV lento a pasar en 20 minutos, (Esta dosis es igual a 4 gramos).
- Continuar con 1 ampolla de sulfato de magnesio al 50% (5 gramos) IM en cada glúteo + 1cc de xilocaína al 2% sin epinefrina, utilizando técnica estrellada (Esta dosis es igual a 10 gramos).

Dosis de mantenimiento:

- Una ampolla de sulfato de magnesio al 50 % (5 gramos) IM + 1cc de xilocaína al 2% sin epinefrina en glúteos alternos cada 4 h, previo control médico.

Duración de la aplicación del sulfato de magnesio: Desde el momento de diagnóstico de preeclampsia grave o eclampsia hasta 24 horas posterior al parto o a la última convulsión.

Control del sulfato de magnesio: Signos vitales maternos, estado de conciencia, diuresis horaria, frecuencia respiratoria, reflejos osteotendinosos

Precauciones:

- Orientar a la paciente acerca de las reacciones que puede presentar al cumplir el medicamento (Nauseas, vómitos, calor, agitación, visión borrosa, sudoración, cefalea, ardor en el lugar de aplicación).
- Asegurar el cumplimiento de solución endovenosa: 500 cc de Hartman, previo al cumplimiento del sulfato de magnesio IV con este método.
- Cumplir la dosis de impregnación IV en 20 minutos como mínimo
- Asegurar que la dosis sea la correcta y a la hora indicada

- Asegurarse de cumplirlo previo control medico. (Que los reflejos no estén abolidos o ausentes, frecuencia respiratoria >16 por minuto, la diuresis 30cc o más c/h).

Disponer del antídoto: 1 ampolla de gluconato de calcio y diluirla en 10 c.c. de agua bidestilada, en caso de presentar signos de intoxicación de sulfato de magnesio.

Signos de intoxicación

- Depresión respiratoria
- Reflejos abolidos o disminuidos
- Diuresis menor de 30cc por hora
- Sudoración, calor, rubor, sensación de pesadez en los miembros, letárgica, confusión.
- Paro respiratorio
- Paro cardíaco

Equipo y medicamentos

Una bandeja estéril, conteniendo:

- 3 escudillas
- 10 hisopos grandes
- Torundas

Material y equipo

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 1 jeringa de 20cc • 2 jeringas de 10cc • 2 agujas hipodérmica #18 (para extraer el medicamento) • 2 agujas # 22 largas de Punción Lumbar para cumplir sulfato IM profundo • 1 aguja # 26 para cumplir sulfato EV • Solución Yodada • Agua estéril • Alcohol • Torundas con alcohol • Vasija para el sucio | <ul style="list-style-type: none"> • Pinza • Esparadrapo, tijera • Guantes limpios • Ampollas de gluconato de calcio • Frasco de xilocaina al 2 % sin epinefrina • 3 ampollas de agua bidestilada • 3 ampollas de sulfato de magnesio • Cánulas mayo o en su defecto depresores de lengua |
|--|---|

Procedimiento Específico

Dosis de impregnación:

- Verificar indicación medica.
- Identificar a la usuaria.
- Lavarse las manos.
- Preparar equipo de asepsia.
- Canalizar 2 venas con catéter No. 18.
- Administrar solución de lactato de ringer a 100-125cc/hr
- Servir en jeringa de 20ml, 8cc de sulfato de magnesio + 12cc de agua bidestilada.
- Administrar el medicamento endovenoso lento por 20 minutos.

- Durante la administración del medicamento, observar e interrogar a la paciente sobre efectos adversos.

Aplicación por vía IM

- Utilizando 2 jeringas de 10cc, servir en cada una, 1 ampolla sulfato de magnesio de al 50 % +1cc de xilocaina al 2 % sin epinefrina.
- Coloque a la paciente en decúbito lateral.
- Seleccionar el cuadrante superior externo.
- Realizar asepsia con solución yodada al 10% y luego con alcohol al 70%

Seleccionar técnica estrellada, siguiendo las agujas del reloj

En glúteo izquierdo:

- Coloque guantes
- Introducir aguja en ángulo de 90°
- Luego adaptar jeringa y aspirar
- Posteriormente introducir 3cc de sulfato de magnesio
- Extraer la aguja aproximadamente 2/3 partes, dirigirla hacia arriba (12 de las agujas del reloj) introduciéndola profundamente, aspire e inyecte 3cc.
- Realice el mismo procedimiento anterior e inyecte 3cc a nivel de las 9 según las agujas del reloj
- Repita el mismo procedimiento para inyectar 2cc a nivel de las 6 según las agujas del reloj
- Extraer la aguja y hacer presión con torunda fijándola con esparadrapo, anotando fecha, hora y nombre de la persona que la aplicó
- Nunca hacer masajes.

En glúteo derecho:

- Realizar los mismos pasos del procedimiento anterior
- Introducir aguja en ángulo de 90°
- Luego adaptar jeringa y aspirar
- Posteriormente introducir 3cc de sulfato de magnesio
- Extraer la aguja aproximadamente 2/3 partes, dirigirla hacia arriba (12 de las agujas del reloj) e introduciéndola profundamente, aspire e inyecte 3cc
- Realice el mismo procedimiento anterior e inyecte 3cc a nivel de las 3 según las agujas del reloj
- Repita el mismo procedimiento para inyectar 2 cc a nivel de las 6 según las agujas del reloj
- Extraer la aguja y hacer presión con torunda fijándola con esparadrapo, anotando fecha, hora y nombre de la persona que la aplicó
- Nunca hacer masajes
- Coloque bolsa de agua fría para disminuir el dolor
- Dejar cómoda a la paciente
- Registrar en hoja correspondiente el cumplimiento del SO4Mg

- Cuidados posteriores del equipo
- Retírese los guantes

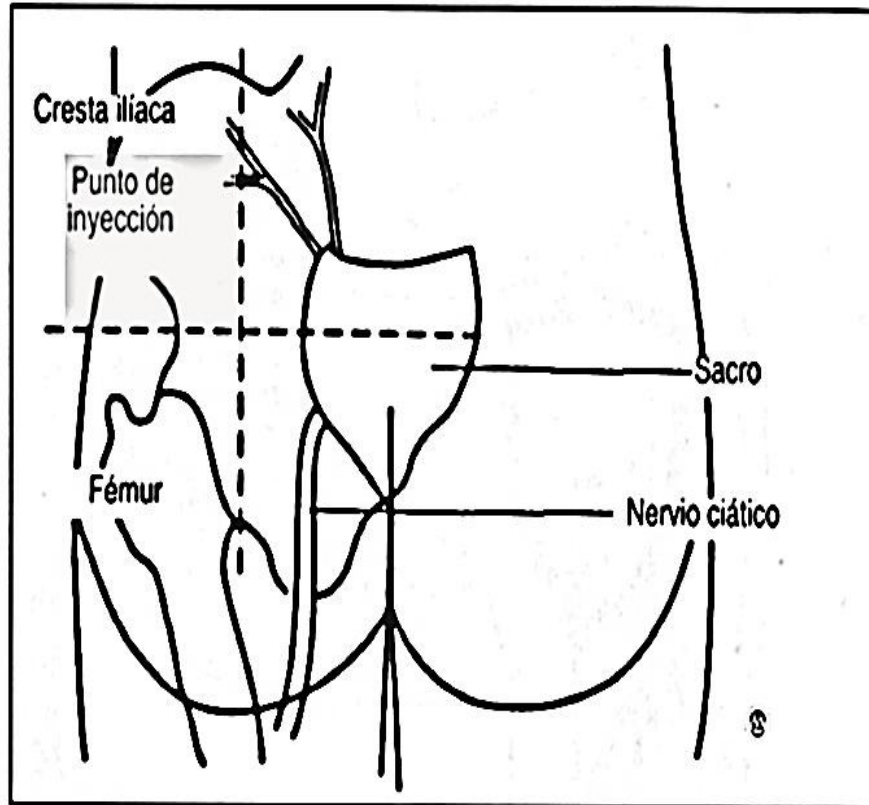
B) APLICACIÓN INTRAVENOSA MÉTODO ZUSPAN MODIFICADO (ISSS)

- Canalice 2 venas con catéter N° 16 ó 18:
 - En una vena colocará la dilución del Sulfato de Magnesio y una solución de Hartman o lactato de Ringer, utilice un catéter de 3 vías para adaptar ambos sueros administre los cristaloides (Hartman o lactato de Ringer) a razón de 1 litro cada 12 ó 24 horas
 - En la otra Vena coloque un sello de heparina.
- Prepare un litro de Dextrosa al 5% con 3 ampollas de Sulfato de Magnesio al 50%
- Coloque el descatalogado especial de la bomba de infusión a la Dextrosa con el Sulfato de Magnesio
- Prepare la bomba de infusión:
 - Programe una dosis de 300 cc a pasar a una velocidad de infusión de 999.9 cc/h ó 999 cc/h (Chorro)
 - Luego de la impregnación cambie la velocidad de la bomba de infusión a 100 cc/hora para la dosis de mantenimiento hasta 24 horas post-parto ó posterior a la última convulsión
- Otra opción es el uso con Microgotero:
 - Se impregna pasando 300 cc a chorro (Equivalente a 3 microgoteros llenos de 100cc recordar que hay microgoteros de 100 y de 150 cc)
 - Luego de la impregnación se pasa a una velocidad de 100 microgotas/min (Equivalente a 1.5 gr/h) de igual manera hasta 24 horas post-parto o posterior a la última convulsión

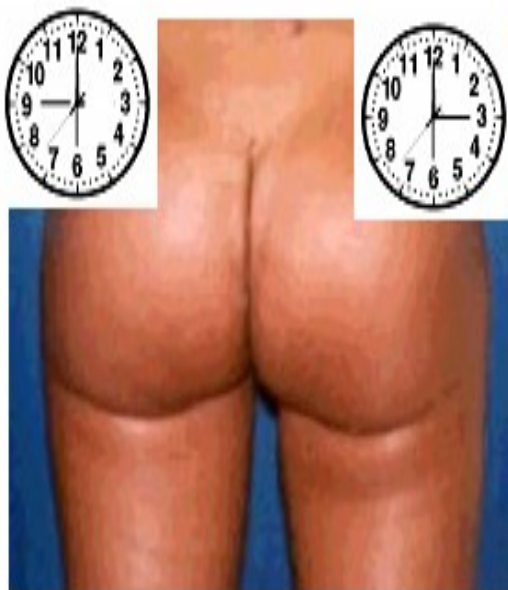
C) APLICACIÓN INTRAVENOSA MÉTODO ZUSPAN (MINSAL)

- Canalice 2 venas con catéter N° 16 ó 18:
 - En una vena colocará la dilución del Sulfato de Magnesio
 - En la otra vena la solución de Hartman o lactato de Ringer a razón de 1 litro cada 12 ó 24 horas
- Prepare un litro de Dextrosa al 5% con 4 ampollas de Sulfato de Magnesio al 50%
- Coloque el descatalogado especial de la bomba de infusión a la Dextrosa con el Sulfato de Magnesio
- Prepare la bomba de infusión:
 - Programe una dosis de 200 cc a pasar a una velocidad de infusión de 999.9 cc/h ó 999 cc/h (Chorro)
 - Luego de la impregnación cambie la velocidad de la bomba de infusión a 50 cc/hora para la dosis de mantenimiento hasta 24 horas post-parto ó posterior a la última convulsión
- Otra opción es el uso con Microgotero:

- Se impregna pasando 200 cc a chorro (Equivalente a 2 microgoteros llenos de 100cc recordar que hay microgoteros de 100 y de 150 cc)
- Luego de la impregnación se pasa a una velocidad de 50 microgotas/min (Equivalente a 1 gr/h) de igual manera hasta 24 horas post-parto o posterior a la última convulsión



Lugar de la inyección intramuscular en el glúteo.



SÍNDROME HELLP

Hemolisis microangiopática con elevación de enzimas hepáticas y que se considera como una entidad clínica separada de otras complicaciones de la coagulación que pueden coexistir en las pacientes con preeclampsia – Eclampsia. (Weinstein.1982-1985)

HALLAZGOS BIOQUÍMICOS REPRESENTADOS POR EL ACRÓNIMO HELLP:

- **Hemólisis** (H de “Hemolysis” en inglés):
 - FSP: células en casco
 - LDH > 600 UI / L
 - Bilirrubina > 1.2 mg / dl
- **Elevación de las enzimas hepáticas** (EL de “elevated liver enzymes” en inglés):
 - TGO y TGP > 70 UI / L
- **Plaquetopenia** (LP de “low platelet count” en inglés):
 - Plaquetas < 150,000 / mm³

Generalmente es una complicación de la preeclampsia, pero también puede presentarse como una patología aislada (20-30% de casos cursan con presión arterial normal).

CLASIFICACIÓN DE TENNESSEE DEL SÍNDROME HELLP: Tiene valor pronóstico materno-fetal.

CLASE	PLAQUETAS	TGO, TGP ó AMBAS	LDH
I	< 50,000 / mm ³	> 70 UI / L	> 600 UI / L
II	50,000 a < 100,000 / mm ³	> 70 UI / L	> 600 UI / L
III	100,000 a < 150,000 / mm ³	> 70 UI / L	> 600 UI / L

SÍNDROME HELLP

HISTORIA CLÍNICA: Mujer Previamente normotensa con

- Embarazo > 20 semanas
- Debilidad, fatiga, osteomalgias
- Dolor en epigastrio o hipocondrio derecho o en cinturón
- Dolor en hombro derecho o cuello
- Náuseas y vómitos
- Cefalea
- Trastornos visuales
- Aumento súbito y marcado de peso.
- Síntomas hemorragíparos: hematuria, gingivorragia, hematomas, etc.

- Puede haber ictericia.
- 50-70% de las pacientes pueden cursar con Preeclampsia.

EXAMEN FÍSICO:

- Toma de signos vitales: Hay hipertensión (TA \geq 140/90 mm Hg). En 20-30% de casos TA es normal.
- Apariencia general: Facies abotagadas, Ictericia; manifestaciones muco-cutáneas de hemorragia
- Abdomen: Dolor espontáneo o a la palpación de cuadrante superior derecho o en hemiabdomen superior y hepatomegalia. Ascitis
- Miembros inferiores: Reflejos osteotendinosos aumentados

Ante sospecha clínica de Síndrome HELLP, REFIERA O INGRESE INMEDIATAMENTE al III nivel de atención, previa estabilización hemodinámica:

- Medidas generales: Toma de 2 venas con catéter número 18 + administración de soluciones cristaloides a razón de 100 cc/hr.
- Inicio de esquema de Sulfato de Magnesio según guTraslade a la paciente acompañada de un médico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Enfermedad Ácido-péptica
- Hepatitis
- Hígado Graso Agudo del Embarazo
- Patologías de la vesícula biliar
- Pancreatitis
- Púrpura trombocitopénica idiopática
- Púrpura trombocitopénica trombótica
- Síndrome Hemolítico Urémico
- Dengue
- Urolitiasis

DIAGNÓSTICO. Criterios:

Hemolisis:

- LDH > 600 U/L
- Bilirrubina total > 1.2 mg/dl

Elevación de Transaminasas:

- TGO > 70 UI /L
- TGP > 70 UI /L

Plaquetopenia:

- Plaquetas < 150,000 x mm³

Medidas generales igual que las de PEG:

- Solicite pruebas de laboratorio
- Hemograma completo: (Hematocrito-Hemoglobina, plaquetas).
- Pruebas de coagulación: TP, TPT, TT, fibrinógeno, prueba del tubo.
- Pruebas renales: Acido Úrico, Creatinina, Nitrógeno Uréico, Examen general de orina, Proteínas al azar con tira reactiva.
- Pruebas hepáticas: Transaminasas (TGO, TGP), Bilirrubina total y diferenciada,

LDH, proteínas séricas, fosfatasa alcalina, amilasa.

- Glicemia
- Electrolitos (Sodio, potasio, cloro y calcio)
- Dímero D
- Gases arteriales
- Rayos X de tórax
- Ultrasonografía hepática

Solicite preparación de hemoderivados y transfunda según condición de cada paciente:

- Transfundir al menos de 4 a 6 Unidades de plaquetas si $\leq 50,000 / \text{mm}^3$ lo más cercano al parto vaginal o la cesárea (30 minutos a máximo 1 hora antes).
- Si plaquetas están entre 50,000 y 100,000 transfundir plaquetas sólo si hay evidencia de sangrado o si se someterá a un procedimiento quirúrgico (Cesárea o parto)
- Siempre preparar Globulos Rojos Empacados y Plasma Fresco Congelado por la alta probabilidad de sangrado durante el parto o cesárea.

Recordar que para términos prácticos una bolsa de plaquetas incrementa entre 5,000 a 7,500 el recuento plaquetario y lo ideal para un procedimiento quirúrgico es alrededor de 100,000

Valore el estado fetal:

- Ultrasonografía obstétrica:
- Confirme edad gestacional
- Verifique presentación fetal
- Perfil biofísico
- Estudio hemodinámico fetal: Flujometría
- Monitoreo fetal electrónico

Inicie esquema de Dexametasona:

- **Si plaquetas son $< 50,000$**
ó
- Si paciente presenta plaquetopenia $\leq 100,000$ y además HLD > 600 , TGO y TGP $>$ de 70
- **Dosis de:** 10 mg IV cada 12 horas No 2 y luego 5 mg EV cada 12 horas No 2 o hasta que plaquetas empiezen a aumentar.

Administre además:

- Protectores de hemorragia gástrica: Ranitidina IV
- Antibióticos de amplio espectro de preferencia con metabolismo principalmente renal: Cefalotina o Ceftriazona IV

COMPLICACIONES

- Hemorragia intracraneana
- Coagulación Intravascular diseminada

- Hematoma de sitio quirúrgico
- Fallo Renal Agudo
- Edema Agudo de Pulmón y Dificultad Respiratoria del Adulto
- Insuficiencia Hepática
- Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta

EVACUACIÓN INMEDIATA, INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD GESTACIONAL. RECUERDE QUE EL PARTO DEBE VERIFICARSE A CORTO PLAZO.

PARTO VAGINAL:

- Debe ser atendido por el médico con mayor experticia.
- Evitar realizar episiotomía rutinaria.
- Realizar hemostasia cuidadosa de episiotomía y desgarros, si aplica
- Prevenir atonía uterina.

VÍA CESÁREA: Por indicación obstétrica únicamente.

- Bajo anestesia general
- Haga incisión infraumbilical media
- Realice histerorrafia sin exteriorizar útero
- No suture el peritoneo vesico-uterino
- Evite manipulaciones intraabdominales bruscas.
- Revise el área hepática CUIDADOSAMENTE sin manipularla
- Realice hemostasia cuidadosa
- Deje drenos blandos en gotera paracólica y en tejido celular subcutáneo

MANEJO POST-PARTO:

- Traslado a UCI o UCE, según condición de la paciente.
- Continuar manejo de PEG o Eclampsia
- Continuar esquema de Dexametasona por 48-72 horas.
- Continuar terapia antihipertensiva, si aplica.
- Continúe antibióticos IV y de antagonistas H2 por 24-48 horas.
- Vigile estado abdominal por probabilidad de hematoma subcapsular. Indique Ultrasonografía hepática si condición de la paciente lo permite.
- Indique pruebas de laboratorio renales, hepáticas y de coagulación, según evolución de la paciente.
- Recuerde que las plaquetas continúan bajas en el post-parto. Empiezan a aumentar el tercer día y alcanzan valores superiores a 100,000 / mm³ al sexto día.
- Recuerde que las transaminasas continúan en aumento 24-48 horas post-parto. Luego, alcanzan valores normales.

VIGILE EL APARECIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS COMPLICACIONES DEL SÍNDROME HELLP.

Dar Alta según criterios de PEG con igual manejo posterior al alta

COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA (CID)

Trastorno hematológico y sistémico caracterizado por la formación y destrucción acelerada de fibrina, teniendo como etiología alguna patología obstétrica.

CLASIFICACIÓN

- Según velocidad de consumo de los factores de coagulación:
 - Aguda
 - crónica
- Localizada o diseminada
- Intravascular o extravascular

ETIOLOGÍA

Entre los factores que pueden originar una CID se encuentran:

Etiología de la Coagulación Intravascular Diseminada.

CID AGUDA	CID CRÓNICA
Desprendimiento prematuro de placenta	Síndrome de feto muerto
Embolismo de líquido amniótico	Enfermedad cardiovascular
Preeclampsia - Eclampsia	Enfermedad hematológica
Sangrado obstétrico masivo	Metástasis
Síndrome HELLP	Colagenopatías
Hígado graso agudo del embarazo	Nefropatías
Hemólisis intravascular secundaria a Reacción hemolítica transfusional Diseminación de malignidad Leucemias Vasculitis	Otras: Diabetes, Enfermedad Inflamatoria crónica. Hiperlipoproteinemias.
Sepsis: <ul style="list-style-type: none"> • Aborto séptico • Urosepsis 	

COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA

HISTORIA CLÍNICA:

Investigue patología de base:

- Preeclampsia
- Eclampsia
- Síndrome de HELLP
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- Sangrado masivo del tercer período del parto
- Placenta previa
- Mortinato
- Sepsis de cualquier origen

EXAMEN FÍSICO:

- **Toma de signos vitales:** TA, FC, FR, temperatura. Hay signos de choque hipovolémico (Hipotensión , taquicardia)

Examen físico completo:

- Estado general: Evalúe estado de conciencia
- Presencia de sangrado:
- Gingivorragia,
- Epistaxis,
- Hemorragia pulmonar
- Hemorragia digestiva
- Hematuria,
- Petequias, hematomas o equimosis
- Sangrado transvaginal
- Sangrado espontáneo de sitios de venopunción.
- Sangrado espontáneo de sitios quirúrgicos.
- Falta de formación de coágulo o coágulo inestable al hacer prueba del tubo.

No pierda la calma. PIDA AYUDA. Movilice a todo el personal disponible para atender INMEDIATAMENTE a la paciente.

Informe a la paciente y su familia sobre su condición. Explique los pasos a seguir.

Ante sospecha clínica de CID, REFIERA O INGRESE INMEDIATAMENTE al III nivel de atención, previa estabilización hemodinámica:

DIAGNÓSTICO:

Por clínica

- Paciente en estado crítico con hemorragia activa de localización diversa.
- Fenómenos trombo-hemorrágicos de cualquier localización.

Por exámenes de laboratorio:

- Tiempos de coagulación (TP, TPT) prolongados con relación a su valor normal, hacen sospechar CID.
- Prueba del tubo prolongada (> 11 minutos) hace sospechar CID
- Fibrinógeno disminuido (< 150 mg/dl)

- Productos de degradación de fibrina elevados
- Dímero D > 40 mg/dl

SI SOSPECHA CID, NO DEMORE EL TRATAMIENTO ESPERANDO EL RESULTADO DE LAS PRUEBAS DE COAGULACIÓN.

MANEJO:

IDENTIFIQUE LA CAUSA E INICIE TRATAMIENTO ETIOLÓGICO SIN DEMORA.

- Ingreso a UCI
- Monitoreo continuo de signos vitales
- Oxígeno terapia
- Respaldo a 30-45⁰
- Aplique el protocolo de atención del choque hipovolémico
- Tome 2 vías venosas con catéter # 18
- Tome muestras de sangre para realizar exámenes de laboratorio:
 - Hemograma
 - Típo-Rh y prueba cruzada
 - Pruebas de coagulación: TP, TT, TPT, fibrinógeno, plaquetas, tiempo de sangramiento, prueba del tubo.
 - Frotis de sangre periférica (Si paciente NO ha recibido transfusión de hemoderivados. Se observan células en casco)
 - Productos de degradación de fibrina
 - Dímero D
 - Pruebas renales: Creatinina, ácido úrico, nitrógeno uréico.
 - Pruebas hepáticas: Bilirrubinas, TGO, TGP, LDH, proteínas séricas.
 - Glicemia
 - Electrolitos séricos
 - Examen general de orina
 - Cultivos: hemocultivo, urocultivo u otros en busca de foco séptico.
 - Gases arteriales
- Establezca volemia: Administre líquidos endovenosos tipo cristaloides.
- Solicite inmediatamente Hemoderivados:
 - **GR empacados** (Para incrementar transporte de oxígeno)
 - **Crioprecipitados:** 1-2 unidades por cada 10 Kg de peso cada 8-12 horas, cuando el fibrinógeno sea < 100 mg/dl. Cada unidad de Crioprecipitados aumenta 10 mg el fibrinógeno.
 - **Plasma fresco congelado: 15 ml / Kg**, para corregir las alteraciones de la coagulación y reducir el TP, y TPT prolongado un 50%, o el INR superior a 1.5. Administre hasta que el TP esté 2-3 segundos menos que el de base.
 - **Plaquetas: 1-3 unidades / 10 kg de peso**, si las plaquetas son < 50,000 / mm³. Cada unidad de plaquetas aumenta el recuento en por lo menos 5,000 / mm³. Mantenga el recuento plaquetario por arriba de 50,000 / mm³.

- Sonda vesical permanente + colector
- Balance hídrico y diuresis cada hora
- Realice interconsultas necesarias.
- Siga protocolo de atención de la hemorragia post-parto, si fuese necesario.

Uso de Heparina:

- Está indicada **SÓLO** cuando hay hiperfibrinólisis. Su uso es poco frecuente y será utilizado únicamente en UCI.
- Dosis: 500- 1,000 U / hora IV en bomba de infusión.

EVITAR MIENTRAS PACIENTE ESTÉ DESCOMPENSADA:

- Punción de subclavia para colocación de catéter
- Inyecciones intramusculares
- Uso de anestesia raquídea o epidural

SEGUIMIENTO:

- Toma de exámenes de laboratorio seriados, según condición de la paciente y criterio del médico tratante:
- Dentro de las primeras 24 horas deben mejorar el fibrinógeno, los tiempos de coagulación y los productos de degradación del fibrina. La plaquetopenia puede persistir varios días.

CRITERIOS DE ESTABILIZACIÓN:

- Tiempos prolongados menos de 10 segundos
- Fibrinógeno > 100 mg / dl
- Plaquetas > 100,000 / mm³
- Cese o reducción del cuadro hemorrágico.
- Corrección de la causa de base

CRITERIOS ESPECÍFICOS PARA LA TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS

HEMODERIVADO	CRITERIOS
GLOBULOS ROJOS EMPACADOS	Hemoglobina < 7 gr% ** Evidencia de pérdida aguda o Signos de hipoxia o Cirugía o parto inminente A partir de la 3.ó 4 Unidad de GR empacados, administre Gluconato de Calcio . Dosis: 1gr IV lento
PLASMA FRESCO CONGELADO	Deficiencia múltiple de factores de coagulación con TP ó TT INR > 1.5 de lo normal
PLAQUETAS	Recuento plaquetario ≤ 50,000. *** Tiempo de sangrado > 9 minutos Deberá transfundirse lo más inmediato posible o durante el evento quirúrgico o el parto.
CRIOPRECIPITADOS	Deficiencia de Fibrinógeno (< 100 mg%) Factores de coagulación prolongados Deficiencia de factor XIII Enfermedad de Von Willebrand

**Si la paciente es asintomática, si es sintomática, taquicardia, cefalea o disnea a los esfuerzos transfundir aún con Hemoglobina mayor 7

*** Podrá transfundir plaquetas si están entre 50,000 y 100,000 siempre y cuando hay evidencia de sangrado activo o será sometida a un procedimiento quirúrgico.

MÓDULO VII

PRINCIPALES PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA

LEGRADO UTERINO

DEFINICIÓN:

Procedimiento quirúrgico para el vaciamiento uterino de restos ovulares y obtención de muestra para estudio patológico.

INDICACIONES OBSTÉTRICAS:

- Aborto fallido demostrado por ultrasonografía
- Aborto inevitable o incompleto
- Post-parto inmaduro
- Retención de restos placentarios
- Enfermedad gestacional del trofoblasto

INDICACIONES GINECOLÓGICAS:

- Hemorragia uterina anormal
- Biopsia de endometrio

TIPOS DE LEGRADO UTERINO:

- Instrumental con cureta metálica
- Aspiración manual endouterina con jeringa de Karman o Easy Gryp (AMEU)
- Digital

LEGRADO OBSTÉTRICO

En aborto fallido o incompleto es permitido el legrado instrumental o AMEU toda vez que el tamaño uterino esté de 12 semanas o menor (Si es mayor de 14 semanas pasar con oxitocina a sala de Operaciones realizar legrado con otra técnica); si no lo está, vacíe parcialmente el útero con oxitocina o misoprostol y después realice el legrado.

Actividades comunes al legrado instrumental o con AMEU.

- Compruebe el nivel de hemoglobina y Típo Rh
- Valore el tipo de anestesia a utilizar (anestesia general, sedo-analgésia o anestesia local con bloqueo paracervical)
- Brinde apoyo emocional y aliente a la paciente.

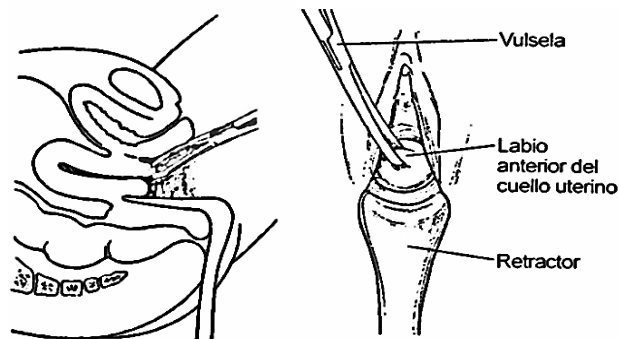
A) LEGRADO INSTRUMENTAL:

- Coloque a la paciente en posición de litotomía y que esté lo más cómoda posible
- Coloque el equipo de protección personal
- Realice lavado quirúrgico
- Coloque guantes estériles
- Realice antisepsia perineal y cara interna de los muslos, coloque el campo estéril que cubre el área suprapubica
- Vacíe la vejiga con sonda y luego coloque los otros 3 campos cubriendo muslos y región perineal

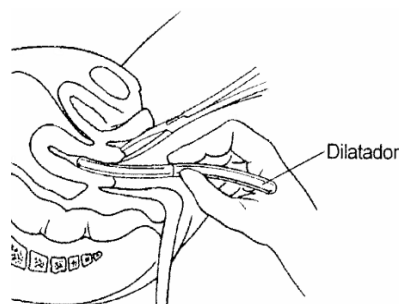
- Realice examen bimanual, determinando el tamaño y posición uterina, la dilatación cervical y las características de los anexos.



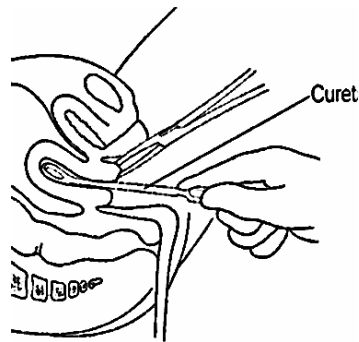
- Coloque espéculo ó valva de peso observe las características del cérvix y describa si hay secreciones anormales o restos de la concepción (Si los hay retírelos con una pinza de Anillos o Forester).
- Realice asepsia de cuello y vagina con solución antiséptica; si es jabón tiene que retirarlo con agua estéril antes de iniciar con el legrado.
- Pinze el labio anterior del cuello con una o **dos pinzas de tenáculo o Possi a las 11 y a la 1 de las agujas del reloj**



- Realice histerometría para determinar el tamaño del útero (Si el cuello está abierto realice histerometría indirecta introduciendo una cureta de Sims hasta que tope en el fondo uterino y luego compare la medición con el histerometro)
- Si el cérvix está cerrado, **dilate cuidadosamente con Bujías de Hegar hasta el numero 10-12**, ponga firme atención en no producir una línea falsa, manipule las bujías sosteniéndolo como un lápiz y apoye la región hipotenar en el periné de la paciente



- Efectué el legrado cuidadosamente con la cureta más grande que permita introducir la dilatación cervical sin ser forzada, iniciando en la cara anterior, laterales, posterior y, superior y áreas de ambos cuernos



- Maneje la legra como maneja un lápiz, sin colocarla en la palma de las manos, y cuidando que la región hipotenar toque con el perineo de la paciente, hasta percibir una sensación de aspereza, el sangrado es rutilante-espumoso y percibe mayor tonicidad uterina.
- Examine el material evacuado, envíe el material a estudio histopatológico
- Administre analgésicos según la necesidad
- De consejería de planificación familiar en eventos obstétricos.

B) ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA

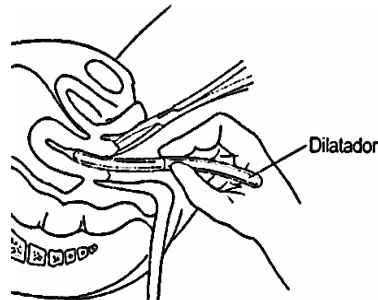
- Indique AMEU en aborto incompleto o fallido con altura uterina correspondiente a 12 semanas o menos de gestación o para biopsia de endometrio
- Tranquilicé a la paciente antes, durante después del procedimientos
- Explique a la paciente que probablemente sentirá ciertas molestias o quizás cierto grado de dolor, que se le administrara un analgésico y se le realizara un bloqueo paracervical.
- Indique analgésicos prequirúrgicos según disponibilidad:
 - Acetaminofen 500 mg (1 ó 2 tab) una hora antes del procedimiento
 - Ibuprofeno 400 u 800 mg una hora previa al procedimiento
 - Meperidina 50 a 100 mg IM o IV 10 min. previo al procedimiento
 - Ketoroloca 30 a 60 mg VO o IM 30 min previo a procedimiento
- Pida a la paciente que vacíe la vejiga
- Coloque la paciente en posición de litotomía procurando la comodidad de la misma
- Asegure el correcto lavado quirúrgico por parte del responsable de la atención

PROCEDIMIENTO:

- Coloque el equipo de protección personal
- Realice lavado quirúrgico
- Coloque guantes estériles
- Verifique que el equipo esté en buenas condiciones y compruebe que el aspirador hace vacío
- Realice antisepsia perineal y cara interna de los muslos, coloque los campos estériles (4 campos)
- Realice examen bimanual determinando el tamaño y posición uterina, la dilatación cervical y las características de los anexos.
- Coloque el espéculo y observe las características del cérvix, describa si hay secreciones anormales o restos de la concepción (Si los hay retírelos con una pinza de Anillos o Forester).
- Realice asepsia de cuello y vagina con solución antiséptica; si es jabón tiene que retirarlo con agua estéril antes de iniciar con el legrado.
- Pinze el labio anterior del cuello con una o **dos pinzas de tenáculo o Possi a las 11 y a la 1 de las agujas del reloj**
- Coloque el bloqueo paracervical (15-20 ml de una solución al 0.5% - 1% de lidocaina)
- Inyecte 2-5 ml de lidocaina en cada sitio de inyección a las 3,5,7 y 9 del reloj, a una profundidad de 2.5 a 3.8 cm lentamente con el fin de causar menos molestias a la paciente.
- **Dilata el cuello uterino si es necesario (Utilizando la técnica descrita en el legrado instrumental)**

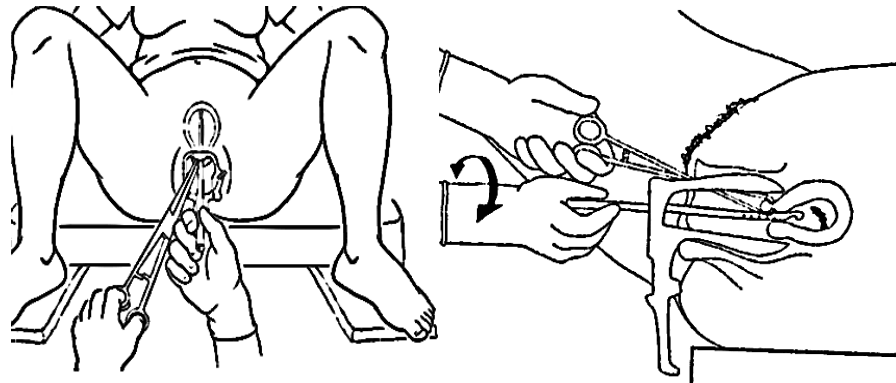


Figura 184



- Inserte la cánula: a través del orificio cervical con la técnica de **NO TOCAR** (Sin Que toque las paredes vaginales ni el cérvix) desplácela hacia el interior **de la cavidad uterina hasta que toque el fondo del útero, servirá como Histerómetro** y después retírela un poco. Para facilitar su inserción aplique movimientos de rotación a medida que ejerza una presión suave. **NO INSERTE LA CANULA FORZOSAMENTE**

Inserción de la cánula



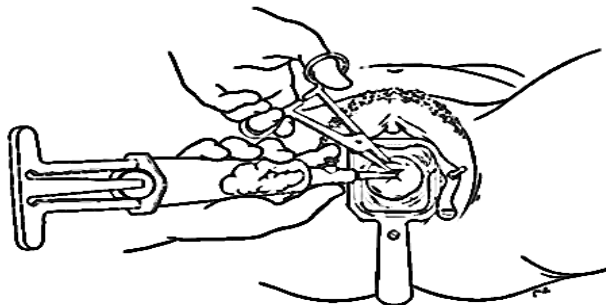
Inserte la cánula a través del OCI, hágala llegar hasta el fondo uterino

- Conecte al aspirador de AMEU ya con el vacío establecido y lo adaptó a la cánula. Sosteniendo el tenáculo y el extremo de la cánula con una mano y el aspirador con la otra



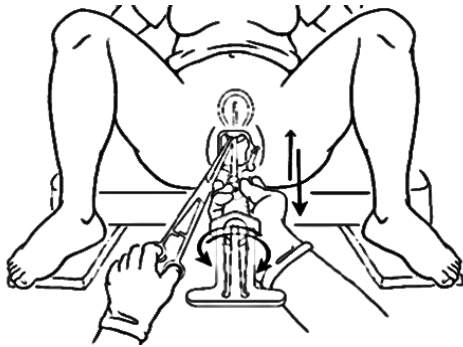
Sostenga la cánula con una mano y la jeringa con la otra. Conecte la cánula con la jeringa

- Libere el vacío oprimiendo los botones hacia adentro, la aspiración se iniciara de inmediato.



Suelte la válvula para que haga vacío, oprima el botón de la jeringa hacia usted para abrir la válvula esto hará un pequeño ruido y se llenara la jeringa

- Practique la evacuación del contenido del útero desplazando suave y lentamente la cánula con movimientos de rotación de 180° en cada dirección y simultáneamente ejerciendo un movimiento leve de adentro hacia fuera. Se observara tejido y sangre dentro de la cánula y después en el cilindro del aspirador
- Cuando se pierde el vacío desconecte el aspirador de la cánula y restablezca el vacío
- Considere la administración de Oxitocina IV cuando se trate de un aborto fallido o incompletos cercanos a las 12 semanas para reducir la posibilidad de dejar tejidos ovulares posteriores al legrado



Para vaciar el útero, mueva la cánula de adentro hacia afuera al mismo tiempo que la va rotando. No saque la punta de la cánula de adentro del útero, si lo hace se perderá el vacío aún cuando la vuelva a introducir esto puede ocasionar que no limpie completamente el útero. Siga moviendo y rotando la jeringa hasta que haya vaciado por completo el útero

Los siguientes signos indican que el útero se encuentra vacío:

1. Se observa en paso se espuma roja o rosada a través de la cánula
2. Se percibe una sensación de aspereza a medida que la cánula se desliza sobre la superficie del endometrio
3. El útero se contrae alrededor de la cánula, lo que genera mayor resistencia
4. La paciente aqueja dolor cólico, lo cual indica la presencia de contracciones uterinas.

Al finalizar el procedimiento, oprima los botones y desconecte la cánula del aspirador. Esto puede hacerse con la ayuda de las alas o bien, retire cuidadosamente la cánula y el aspirador juntos sin oprimir los botones

Inspección del tejido extraído es útil para determinar lo siguiente:

1. La presencia y cantidad de restos ovulares
2. La finalización de la evacuación endouterina
3. La presencia de un embarazo molar.
4. La cantidad de tejido debe corresponder a la altura uterina y debe observarse vellosidades y decidua en el tejido

Si no se observan restos ovulares, si se retiro una menor cantidad de tejido que la prevista, o si la muestra de tejido no es concluyente, esto podría indicar:

- Aborto completo
- Aborto incompleto continuo (Cuando no se ha vaciado por completo el útero y se dejan restos ovulares): el problema puede deberse por que se utilizo una cánula demasiado pequeña o que se finalizo el procedimiento demasiado pronto
- Sospecha de un embarazo ectopico
- Diagnostico incorrecto
- Anomalías anatómicas

- Antes de retirar el espéculo limpie el cuello uterino con una gasa limpia para determinar la cantidad de sangre proveniente del útero u otra parte.
- Si la paciente continua sangrando considerablemente o si se identifican otras complicaciones intervengan según sea necesario

COMPLICACIONES.

Por muy bien hecho que esté un legrado siempre se encontrará el potencial de complicaciones.

Hemorragia: Se encuentra en el 0.05 al 4.9% en legrados por aborto.

Manejo: Al estar razonablemente seguro de que la cavidad está limpia utilizar una o más de las siguientes opciones:

- Oxitocina 10 UI IM
- Misoprostol 4 a 6 tabletas intrarectal.

Perforación: Se puede presentar en cualquier legrado uterino, en mayor proporción con los de riesgo alto:

- Útero grávido, mayor de 12 semanas
- Estenosis cervical
- Infección
- Anomalías uterinas y fibromatosis

Las complicaciones en caso de perforación son:

- Hemorragia
- Traumatismo a intestino y epiplón
- Hematomas del ligamento ancho

Manejo en caso de sospecha de perforación

Si en ese momento se cuenta con laparoscopia, realizar la laparoscopia dejando la cureta insitu (Dentro del útero para que sirva como guía del sitio de la perforación y para verificar si hay daño a órganos vecinos o no). Si sólo hay perforación uterina y NO sangra; dejarla así, si sangra cauterizarla. Si hay daño a víscera, laparotomía con cirujano general. Si hay hematoma del ligamento ancho drenarlo, buscar vaso sangrante, si es pequeño, observar y seguir con ultrasonografía seriada; si es grande laparotomía.

- Si en ese momento NO se cuenta con laparoscopia, suspender el curetaje, mantener hospitalizada para observación estricta con régimen peritoneal, indique ht – hb seriado, Rx PA de tórax de pie y/o ultrasonografía seriada buscando niveles líquidos o hematoma.
- Si se sospecha y confirma perforación en un aborto séptico, más aún si es provocado, realizar laparotomía y el obstetra decidirá si amerita histerectomía.

Infección post – legrado: Se puede presentar en cualquier legrado y se expresa con sangrado, dolor y fiebre.

Manejo:

- Hospitalice, indicar ultrasonografía para demostrar que la cavidad uterina se encuentra limpia de restos ovulares
- Tratamiento antibiótico como EPIA.
- Si se demuestra material en cavidad, legre después de iniciado el tratamiento antimicrobiano.

- Administración de heparina sódica o de bajo peso molecular a dosis profilácticas de trombosis (5000 U sc cada 8 horas o 30 mg sc cada día respectivamente)

Retención de restos post – legrado: Es frecuente encontrar esta condición principalmente en legrados por aborto fallido.

Manejo:

- Hospitalice, indique ultrasonido para confirmar sospecha.
- Legre nuevamente (Si esta disponible realice histeroscopia para confirmar los restos ovulares)

Instrucciones post-operatorias en paciente sin complicaciones:

- Administrar analgésicos: Paracetamol 500mg vo según la necesidad
- Aliente a la paciente a que coma, beba o camine lo que desee
- Orientación a un método de planificación familiar
- Dé el alta a los casos no complicados después de 1 ó 2 horas
- Aconseje a la paciente que esté pendiente de la aparición de signos o síntomas que requieran atención inmediata:
 - Cólicos prolongados (más de unos pocos días)
 - Sangrado prolongado (más de 2 semanas)
 - Sangrado mayor que el de la menstruación normal
 - Dolor severo o que aumenta
 - Fiebre , escalofríos o malestar general
 - Sensación de desmayo.

CESÁREA

DEFINICIÓN.

La cesárea consiste en la extracción por vía abdominal de un feto, vivo o muerto, con la placenta y sus membranas a través de una incisión hecha en el abdomen y el útero después de las 28 semanas de gestación. Antes de esta edad gestacional se denominara histerotomía.

CLASIFICACIÓN.

- **Electiva**
El médico elige este procedimiento con anticipación del inicio del trabajo de parto, para terminar el embarazo por condiciones medicas y/u obstétricas.
- **Urgencia**
Aquella que se realiza por una complicación o patología de compromiso vital para la madre y/o el feto en cualquiera de las etapas del trabajo de parto o preparto inclusive.

INDICACIONES

Las indicaciones de cesárea son: Absolutas y Relativas.

Absolutas: son todas aquellas indicaciones en donde no existe controversia para su realización y por lo tanto es el único procedimiento a tener en cuenta como forma de terminación del parto.

Relativas son todas aquellas indicaciones donde puede existir discusión para su realización y el motivo de la misma y, por lo tanto, se plantea también alguna otra opción para la atención del parto:

- Se considera que el parto vaginal es de riesgo para la madre y el feto.
- Es necesario el nacimiento y no se puede inducirse el trabajo de parto.
- Las distocias o las características fetales, se acompañan de riesgos importantes y contraindican el parto vaginal.
- La urgencia obliga al nacimiento inmediato.

Histerotomía.

- **Incisión transversal baja o incisión de Kerr.**
Se practica en el 90% de los casos.
Está asociada a menor pérdida sanguínea, menos lesiones de vejiga, menor tiempo de reparación y menor ruptura uterina en posteriores embarazos.
Las desventajas son la limitación de la longitud de la incisión y mayor riesgo de extensión a los vasos uterino.
- **Incisión baja vertical o incisión de Kröning.**
Tiene la desventaja que puede extenderse hacia el segmento uterino inferior y mayor riesgo de rotura uterina en embarazos posteriores.

Está indicada en varices en el segmento uterino inferior, algunas presentaciones anormales y placenta previa central.

- **Incisión clásica o corpórea.**

Tiene la desventaja que se asocia a mayor sangrado, mayor tiempo de reparación, mayor riesgo de rotura en gestaciones posteriores y mayor incidencia de adherencias de intestino u omento.

Indicada en cáncer invasivo de cérvix, presencia de anillo de retracción, cesárea postmortem, imposibilidad de abordar el segmento por adherencias o tumores, placenta previa de localización anterior, en situaciones transversas, varices extensas del segmento uterino inferior e histerotomía del segundo trimestre.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL EMBARAZO POR CESÁREA
Informe , explique y aclare dudas de la indicación de la cesárea a la embarazada
Utilice el consentimiento informado de acuerdo a cada hospital.
Recorte el vello en la región de la incisión cutánea propuesta.
Coloque una sonda urinaria
Evaluación del tipo de anestesia según criterio medico
Hidrate adecuadamente a la paciente
En el quirófano, verifique la condición materna y fetal: Signos vitales maternos, ubicación, presentación y posición del feto, confirme la presencia de latidos fetales . Revise la indicación de la cesárea
Evalué el tipo de incisión abdominal de acuerdo a: <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes quirúrgicos • Adiposidad parietal • Grado de urgencia • Indicación obstétrica • Preferencias de la paciente y del cirujano.
Escoja el tipo de incisión de pared abdominal según criterio medico. <ul style="list-style-type: none"> • Incisión transversal (Tipo Pfannenstiel): Es estética, baja tasa de dehiscencia y de hernia incisional. • Incisión vertical (Infraumbilical media): Es rápida y poco hemorrágica, estéticamente mal aceptada y mayor tasa de eventración postoperatoria. Se utiliza en casos de extrema urgencia o dificultad previsible en el acceso uterino y en extracción fetal. Es indicación absoluta en Síndrome de HELLP , Eclampsia y Sospecha de hematoma o Ruptura Hepática
La Incisión Abdominal Debe ser lo suficientemente amplia para facilitar el nacimiento del bebe.
Si decidió realizar una incisión vertical: <ul style="list-style-type: none"> • Realice una incisión vertical en la línea media debajo del ombligo hasta la implantación del vello púbico, a través de la piel y tejido celular subcutáneo hasta alcanzar la aponeurosis (fascia). • Realice una incisión vertical de 2-3 cms en la aponeurosis. • Sujete los bordes de la aponeurosis con una pinza kocher y prolongue la incisión hacia arriba y hacia abajo utilizando tijeras Mayo Curva • Utilice los dedos o las tijeras para separar los músculos rectos.

<p>Si decidió realizar una incisión Pfannenstiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifique un punto en la línea media aproximadamente 3-4 cms por encima de la sínfisis del pubis. A este nivel, realice una incisión transversal de 10 – 15 cms • Continúe la incisión a través del tejido graso subcutáneo hasta el nivel de la aponeurosis. Tenga cuidado de no tocar la venas superficiales grandes en el borde lateral de los músculos rectos. Realice hemostasia con crómico 3-0 o cauterio • Después de separado el tejido subcutáneo de la aponeurosis subyacente 1 cm a cada lado, incida la aponeurosis de modo transversal unos 3 cm en la línea media para dejar visible los músculos. • Sujete ambos bordes de la aponeurosis para separarla de los musculos y la cortó de lado a lado utilizando tijera Mayo curva • Sujete el borde superior de la aponeurosis con pinzas Kocher (Dentadas) y separe la vaina aponeurótica de los músculos rectos mayores subyacentes, de manera roma o cortante lo suficiente hasta el ombligo para permitir una exposición adecuada. Repita el procedimiento con el borde inferior de la aponeurosis. Realice hemostásia • Utilice los dedos para separar unos 3 cm los músculo abdominales para identificar el peritoneo parietal
<p>Utilice los dedos para realizar la abertura del peritoneo, para ampliarla utilice ambas manos halando en bloque desde la cara interna del peritoeno parietal hacia ambos lados, asegurándose de que el peritoneo proteja la cara interna del músculo para evitar lesionar los vasos epigasticos inferiores</p>
<p>Coloque el separador vesical sobre el pubis</p>
<p>Pince el peritoneo vesico-uterino, elévelo y cortó el mismo por encima del borde vesical superior en la línea media. Utilice la tijera Metzenbaum para prolongar la incisión de forma semicircular.</p>
<p>Separe suavemente la vejiga del segmento uterino inferior mediante disecciona roma.</p>
<p>Vuelva a colocar el separador vesical entre la vejiga y el útero.</p>
<p>Realice una incisión curvilínea transversal en el segmento uterino inferior, al menos 3 cm por encima del margen superior de la vejiga: incida con cuidado a la cavidad uterina en la línea media con el bisturí realizando una incisión transversal de 3 cms en el segmento inferior del útero, teniendo precaución de no dañar al feto.</p>
<p>Para ampliar la incisión uterina en forma de carcajada: coloque el dedo pulgar una mano y el índice de la otra en cada borde de la histerotomía; tirando con delicadeza hacia arriba y lateralmente evitando los vasos uterinos.</p>
<p>Si el segmento está grueso utilizar tijera Lister para ampliar la histerotomía, siempre en forma de carcajada evitando los vasos uterinos y coloque dos dedos entre la bosa amniótica y la pared posterior del útero al cortar el mismo (Para proteger al feto)</p>
<p>Es importante realizar incisión uterina en forma de carcajada lo suficientemente amplia para que se pueda extraer la cabeza y el cuerpo del bebe sin desgarrar el segmento uterino</p>
<p>Retire la valva vesical</p>
<p>En una presentación cefálica,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coloca la mano dentro de la cavidad uterina, sujeta la cabeza del feto; desencaje el producto en el eje vertical (sin hacer palanca) y lo aboca a la abertura del útero.

<p>Con la otra mano, presionó con delicadeza el abdomen por encima de la parte superior del útero para ayudar a que salga la cabeza.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la cabeza del bebe esta encajada profundamente en la pelvis o la vagina, pídale a un ayudante (provisto de guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel) que introduzca la mano en la vagina y empuje la cabeza del bebe hacia arriba. A continuación levante la cabeza del bebe y extráigala.
Aspire la boca y la nariz del bebe antes de extraer el tórax. Sólo si es necesario
El resto del bebe se extrae mediante una tracción suave sobre la cabeza
<p>En una presentación podálica</p> <p>Deslice la mano en la cavidad uterina, sujete la presentación (Pie o nalgas) un pie y extráigalo a través de la incisión, coloque un compresa especial para embolver ambas piernas termine de extraerlo con la maniobra de Branch (En un solo movimiento coloque el dorso del producto sobre el abdomen materno para extraer resto de torax, miembros superiores y cabeza fetal en un solo paso).</p>
<p>En una presentación transversa dorso superior</p> <p>Aplique la técnica de extracción podálica.</p>
<p>En una presentación transversa dorso inferior.</p> <p>Procure no romper la bolsa amniótica, realice una versión interna y sujete un pie antes de romper la bolsa para facilitar la extracción en podalico.</p> <p>Otra opción es realizar una incisión baja vertical, localice la presentación fetal más cercana a la incisión y extráigalo</p>
Administre oxitocina 20 unidades en 1 litro de líquidos intravenosos (Solución salina normal o lactato de Ringer) a chorro hasta que el útero se contrae satisfactoriamente después de lo cual se disminuye la velocidad de infusión
Pince y corte el cordón umbilical
Entréguele el recién nacido a un asistente para su atención inicial
Administre una dosis única de antibióticos profilácticos después de haber pinzado y cortado el cordón umbilical: <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina 2 gm intravenosos o • Cefazolina 2 gm intravenoso o • Ceftriaxona 1 g Intravenoso
<p>En pacientes alérgicas a penicilina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gentamicina 160 mg IM ó Amikin 500 mg IM dosis única o • Clindamicina 600mg IV dosis única
Realice la extracción manual de la placenta despegandola lateralmente, extraiga las membranas totalmente, luego realice legrado digital con las compresas secas.
Sujete los ángulos laterales de la incisión uterina con pinzas de anillos
Sujete el borde inferior de la incisión con pinzas de anillos. Asegúrese de no haber tomado al mismo tiempo la vejiga.
Observe con cuidado para detectar si hay alguna extensión de la incisión uterina.(Desgarro)
Repare la incisión iniciando desde el ángulo, asegurese de haber agarrado los angulos de la histerotomía con el primer punto; de un punto atrás hemostático en ambos ángulos (Punto de anclaje) teniendo el cuidado de evitar los vasos uterinos.
Con una sutura continua en punto de sorjete utilizando cromico 0 ó 1 o Vicryl 1 ó 0, cierre toda la histerotomía; si hay desgarros reparelos primero y luego la histerotomía

Suture una segunda capa invaginando el miometrio
Verifique hemostasia, si hay puntos sangrantes, dé puntos hemostáticos en “U” o en “X”
Observe con cuidado la incisión uterina antes de cerrar el abdomen. Asegúrese de que no haya sangrado y de que el útero este firme. Utilice una compresa para extraer cualquier coagulo dentro del abdomen.
Revise anexos, apéndice y vejiga. Si hay patologías no ginecológicas realice la inerconsultas correspondientes
Confirme cantidad y color de orina.
Solicite la cuenta de compresas y torundas.
Valore el cierre de peritoneo vesical y abdominal.
Revise y realice hemostasia del músculo y de las perforantes de los vasos epigástricos si es necesario
Cierre la aponeurosis con una sutura continua de Vicryl 1 o Dexon 1
Inspeccione el tejido subcutáneo, haga hemostasia y si es necesario cierre los espacios muertos con pun-tos de sutura reabsorbibles.
Cierre la piel con suturas verticales de nylon o seda 2-0 o sutura celular subcutánea 3-0 o grapas y coloque un apósito estéril.
Presione con delicadeza el abdomen por encima del útero para extraer los coágulos del útero y vagina.
Registre y verifique signos vitales maternos, el sangrado total y diuresis.
Pase a sala de recuperación
Mantenga vigilancia y registro de signos vitales cada 15 minutos #4 , luego cada 30 minutos # 2
Mantenga soluciones endovenosas por al menos 12 horas
Diuresis y balance hídrico por turno
Mantenga la sonda vesical permanente, retirar en no menos de 6 horas, previa evaluación
Vigile presencia de sangramiento del sitio quirúrgico y transvaginal.
Verifique contractilidad uterina y estime cuantía de sangrado.
Alternativas de analgesia postoperatoria en primeras 24 -36 horas: <ul style="list-style-type: none"> • Diclofenac sódico 75 mgs IM cada 8 horas mas Meperidina 100 mgs IV diluido en 250 cc a pasar en 1hora, cada 6 horas. o • Ketorolaco 60 mgs EV inicial, luego 30 mgs EV cada 6 horas, mas Clorhidrato de Nalbufina 10 mgs EV lento cada 6 horas y si se usa subcutáneo cada 8 horas. o • Tramadol 100 mg diluido en 100 o 250 ml de dextrosa 5% en goteo continuo más Diclofenac sódico 75 mgs IM cada 8 horas.
Administre oxitocina 20 unidades en 1 litro de líquidos intravenosos (solución salina normal o lactato de Ringer) a pasar en 8 horas, y luego según el caso.
Inicie el apego precoz y alojamiento conjunto lo más rápido posible
Traslade a su servicio respectivo.
Mantenga registro de signos vitales: presión sanguínea, pulso, diuresis, loquios e involución uterina
Inicie vio oral líquidos claros a las 12 -18 horas postquirúrgicas dependiendo la condición de la paciente.
Fomente la deambulacion temprana entre las 18-24 horas.

Inicie analgésicos orales de las 24-36 horas postquirúrgicas.
Evalué el alta a las 48-72 horas post-quirúrgicas.
Al alta evalué los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Signos vitales • Micción espontánea. • Estado de la herida • Estado de las mamas • Involución uterina y sangrado transvaginal. • Consejería en sobre principales signos de alarma, lactancia materna y planificación familiar. • Analgésicos orales • Dar hoja para cambio de curación cada 2 días • Control a los 7 días con retiro de puntos
Mortalidad materna
El riesgo es mayor que la ocasionada por parto atendido vía vaginal. <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones transoperatorias (Se producen en el 4.6 % de las cesáreas). • Complicaciones anestésicas <ul style="list-style-type: none"> ○ Fisiológicas: hipotensión, bradicardia, paro cardíaco ○ No fisiológicas: paro respiratorio y reacciones de toxicidad ○ Neurológicas: paraplejia, aracnoiditis o cefalea post punción dural. • Complicaciones hemorrágicas • Injurias intestinales • Injurias de vías urinarias.
<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones postoperatorias. La tasa de morbilidad postoperatoria varía entre 10 a 42%. • Complicaciones infecciosas <ul style="list-style-type: none"> ○ Infección de vías urinarias ○ Infección de la pared abdominal ○ Endometritis ○ Peritonitis. • Hemorragias posoperatorias • Enfermedad tromboembólica: • Complicaciones digestivas: íleo funcional • Complicaciones de vías urinarias: fistula de vejiga • Complicaciones diversas: dehiscencia operatoria.
Morbilidad neonatal
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad respiratoria del recién nacido • Trauma fetal y extracciones difíciles en presentaciones anormales. • Hemorragia intracraneal (más relacionada con la edad gestacional)

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Hospital Nacional Rosales. Normas para la prevención, detección y control de las infecciones nosocomiales. Guía de uso de antisépticos y desinfectante. El Salvador, 1997.
2. Arévalo, J.M.; Arribas, J. L.; Hernández, M.J.; Lizán M. Guía de utilización de antisépticos. Hospital San Carlos, Madrid, España. [http:// www.mpsp.org/mpsp](http://www.mpsp.org/mpsp)
3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa nacional de ITS/VIH/SIDA. Guía de Medidas Universales de Bioseguridad. El Salvador. 2004.
4. Curso intensivo del control de infecciones para especialistas del control de infecciones. Programa Internacional de Insectología del St. Jude Children's Research Hospital. Universidad de El Salvador. Hospital Benjamín Bloom. El Salvador. 2005.
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección de Enfermedades Infecciosas. Lineamientos para el control de infecciones en la atención sanitaria. El Salvador. 2010.
6. Infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica. Prevención y control de infecciones en establecimientos de salud. OMS. 2007.
7. APIC. Infection Control and Epidemiology. Tema. III, Cap. 21 Prevention.
8. FELAC. Federación Latinoamericana de Cirugía. 1999. Limpieza, desinfección y esterilización. Capítulo 6. Tietjen, Linda; Bossemeyer, Débora; McIntosh, Noel. JHPIEGO Corporation, fourth printing 2006. Parte Uno, capítulo 1.
9. Curso subregional sobre Infecciones Intrahospitalarias. OPS /OMS. Honduras 2005.
10. ISID. Sociedad Internacional de Enfermedades infecciosas. 2000. Guía para el control de infecciones en el Hospital-JHPIEGO. Boston, Ma. USA.
11. Engenderhealth. Prevención de infecciones. Manual de prevención para proveedores de servicios de salud. Segunda impresión, 2002
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Enfermería. Manual para Enfermería. Lineamientos técnicos en la prevención y control de las infecciones nosocomiales. El Salvador. 2006.
13. Infection Prevention. Guidelines for Healthcare facilities with Limited Resources. 2003. Center for Diseases Control and Prevention. <http://www.cdc.gov>
14. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Normativa 003. Norma técnica y guía para el uso de antisépticos, desinfectantes e higiene de manos. Managua, Nicaragua, junio 2008.
15. OPS/ OMS. Manual de esterilización para centros de salud. Acosta-Gnass, Silvia I.; de Andrade Stempliuk Valeska. Washington DC. 2008.
16. Desforgues J. Management of urinary tract infections in adults. New England. J. Med 1993; 28 (19). 328-333
17. Kass EH. Asymptomatic infections of the urinary tract. Trans Assoc. And Physicians 1956;69:56-63. Kass EH, Schneiderman LJ. Entry of bacteria into the urinary tract of patients with indwelling catheters. New England J. Med. 1957;256:556-7.
18. Garibaldi RA, Burke JP, Britt MR. Meatal colonization and catheter-associated bacteriuria. New England J Med. 1980; 303(6):316-318.
19. Daikufu R, Stamm WE. Association of rectal and urethral colonization with urinary tract infections in patients with indwelling catheters JAMA 1984; 252:2028-2030.
20. Garibaldi RA, Hospital.-acquired urinary tract infection: epidemiology and prevention. Baltimore: Williams Wilkins 1987:335-343. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- Unidad de Enfermería. Manual para Enfermería. Lineamientos técnicos en la prevención y control de las infecciones nosocomiales. El Salvador. 2006.
21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Guía de Medidas Universales de Bioseguridad. El Salvador. 2004
 22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Hospital Nacional Rosales. Normas para la prevención, detección y control de las Infecciones Nosocomiales. Guía de Uso de Antisépticos y Desinfectantes. El Salvador. 1997
 23. Engenderhealth. Prevención de Infecciones. Manual de prevención para proveedores de servicios de salud. Segunda impresión, 2002.
 24. ISID. Sociedad Internacional de Enfermedades Infecciosas. 2000. Guía para el control de infecciones en el hospital. JHPIEGO. USAID.
 25. Infection Prevention. Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources. 2003. Center for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov>
 26. Guía de utilización de antisépticos. Arévalo, J.M.; Arribas, J.L.; Hernández, M.J.;
 27. Lizán M.; Hospital San Carlos, Madrid, España. <http://www.mpsp.org./mpsp> Hospital Militar Central. Antisépticos y Desinfectantes. Sánchez-Saldaña, L; Sáenz, E. A.; Departamento de Dermatología. Perú. 2005
 28. FELAC. Federación Latinoamericana de Cirugía. 1999. Herida e Infección Quirúrgica. Curso avanzado para cirujanos.
 29. Curso Subregional sobre Infecciones Intrahospitalarias. OPS / OMS. Honduras. 2005
 30. Curso intensivo de control de infecciones. Programa Internacional de Infectología del St. Jude Children's Research Hospital. UES. Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.
 31. Center for Disease Control. National Nosocomial Infections Study Report, Atlanta: Center for Disease Control, November 1979: 2-14.
 32. Wong, E. Hooton, T. Department of health and human service. Public health Service. CDC. USA Publication date: 02/01/1981
 33. Turck M, Goffe B, Petersdorf RG. The urethral catheters and urinary tract infection. J Urol 1962;88:834-7.
 34. Desforgues J. Management of urinary tract infections in adult. New Engl J. Med 1993; 28 (18). 328-333
 35. Kass EH. Asymptomatic infections of the urinary tract. Trans Assoc Am Physicians 1956;69:56-63.
 36. Kass EH, Schneiderman LJ. Entry of bacteria into the urinary tract of patients with indwelling catheters. N Engl J Med 1957;256:556-7.
 37. Garibaldi RA, Burke JP, Britt MR. Meatal colonization and catheter-associated bacteriuria. N. Eng J Med 1980; 303(6):316-318.
 38. Daikufu R, Stamm, WE. Association of rectal and urethral colonization with urinary tract infections in patients with indwelling catheters JAMA 1984; 252:2028-2030.
 39. Garibaldi RA. Hospital-acquired urinary tract infection: epidemiology and prevention. Baltimore: Williams Wilkins 1987: 335-343
 40. OPS/OMS. "El Control de las enfermedades transmisibles". Ed.:Chin James 17ª. edición, USA. Publicación científica y técnica N° 581, 2001.
 41. Suárez Castaneda, Eduardo. "Prevención de Infecciones". Conferencia. Curso Intensivo para el Control de Infecciones Nosocomiales. St. Jude Children's Research Hospital – Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom – Universidad de El Salvador. El Salvador. Febrero 2005. Módulo 3.

42. Nercelles, Patricio. "Actualización en aislamiento" Conferencia. Curso de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. ISSS, San Salvador, El Salvador. 2005.
43. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "Lineamientos Técnicos para la Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales: Manual de Enfermería". Unidad de Enfermería. 2005. Amaya Galindo, Manual de Guías Clínicas de Ginecología y obstetricia, 2005.
44. Cañete Palomo, Urgencias en Ginecología y Obstetricia, 2003.
45. Fondo de población de la Naciones Unidas (UNFPA) CAIRO +5, Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, 1994.
46. Ministerio de Salud Pública y asistencia Social, El Salvador, Lineamientos para la Vigilancia de la Mortalidad Materna Perinatal, 2001.
47. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador, Directiva Técnica Nacional para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, 2001.
48. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador, Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétricas en el Segundo Nivel de Atención, 2005.
49. Thaddeus y Maine, artículo "Demasiado lejos para ir a pie: la mortalidad materna en contexto".
50. Barbara Kozier y otros. Técnicas en Enfermería Clínica. Tomo I y II, McGraw-Hill/Interamericana de España, SA, 2002
51. IMPAC-OMS-UNICEF. Manual para proveedores de servicios de prenatal y partos. 2004 y 2006
52. IMPAC-OMS-UNICEF. Manual de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstétricas y médicos. 2002.
53. IPAS. Manual de referencia de Atención Postparto Centrada en la Mujer. 2007
54. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías clínicas de atención de las principales morbilidades obstétricas en el segundo nivel de atención. El Salvador, 2006
55. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Directiva Técnica Nacional para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido. El Salvador, 2001
56. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías clínicas de atención de las principales morbilidades obstétricas en el tercer nivel de atención. El Salvador. 2004
57. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estudio de Línea Basal de Mortalidad Materna, El Salvador, 2006
58. Mattingly Richard F. and Thomson John D. Ginecología Operatoria de Te Linde. Editorial Lippincot.
59. OMS. Previniendo el parto prolongado, uso del partograma. Guía del facilitador. 1994
60. OMS. Manual de destrezas para salvar la vida dirigido a obstétricas. 3ª. Edición. 1998
61. OMS. Partograma. Nuevo instrumento. 2006
62. QAP-URC. Proyecto Colaborativo. Evaluación de habilidades. Nicaragua.
63. Schwartz y colaboradores. Obstetricia. Editorial El Ateneo. 6ª. Edición. 2005. Centro Latinoamericano de Perinatología. 2007. Instructivo de llenado y definición de términos. Publicación N° 1563, 1ª edición. OPS. Uruguay.
64. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2005. Guía técnica complementaria para el uso del SIP en El Salvador. USAID. Primera Edición. El Salvador.
65. Weber Rodriguez y Udaeta Mora, Enrique; Neonatología Clínica. I Edición, The McGraw Hill Companies, México 2004