

Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal

Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural,
en los Servicios Institucionales de Atención del Parto.



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas/ DRPAP
Programa Nacional de Salud Reproductiva



Esta publicación se logro con el apoyo técnico de
Las Siguietes Organizaciones



Autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Ludwig Ovalle Cabrera

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dra. Silvia Palma

Viceministra de Hospitales

Dr. Guillermo Echeverría

Viceministro Administrativo

Dr. Pedro Rosales

Viceministro Técnico

Dra. Xiomara Castañeda

Directora del Sistema Integral de Atención en Salud

Dr. Salomón López

Director General de Regulación Vigilancia y Control de la Salud

Lic. Cesar González

Director General de Recursos Humanos

Lic. Albertico Orrego Góngora

Gerente General Administrativo y Financiero

Dr. Rafael Haeussler

Jefe del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las personas DRPAP

Dra. Miriam Bethancourt

Coordinadora del Programa Nacional de Salud Reproductiva

GUIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRADA MATERNA Y NEONATAL CALIFICADA CON ENFOQUE DE GÉNERO Y CON PERTINENCIA CULTURAL, EN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN DEL PARTO

Primera Revisión (2da edición)

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa Nacional de Salud Reproductiva**

2011

La Constitución de la República, el Código de Salud, La ley de Desarrollo Social (decreto 42-2001), Ley para la Maternidad Saludable (decreto 32-2010), brindan un marco legal y de derecho amplio por la Salud Sexual y Reproductiva, además reconoce que garantizar a todas las mujeres su derecho a una Maternidad Saludable es una prioridad y reto del estado.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) como rector de la salud en Guatemala, reconoce que para lograr los compromisos adquiridos en el Plan de Acción Mundial de Población y Desarrollo, así como en la cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, que en su cuarto y quinto objetivo se refiere a reducir la Mortalidad Infantil y Mejorar la Salud Materna, es necesario el fortalecimiento del personal técnico del MSPAS, en la temática de urgencias obstétricas y neonatales, reconociendo todo embarazo esta en riesgo, permitiendo así la identificación oportuna de las complicaciones del embarazo y la aplicación de tratamientos eficaces para disminuir la mortalidad materna.

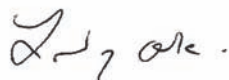
El MSPAS reconoce que es prioritario garantizar el acceso de todas las mujeres a servicios de salud de calidad, con calidez y pertinencia cultural, tomando en cuenta la diversidad etaria y ubicación geográfica para la resolución de su embarazo.

Comparando los estudios de Línea Basal de Mortalidad Materna del año 2,000, en el que se registro una Razón de Mortalidad Materna de 153 por 100,000 nacidos vivos, y el del año 2,007, Razón de mortalidad Materna de 139.7 por 100,000 nacidos vivos, se documenta una reducción de 13 puntos en la Razón de Mortalidad Materna, poniendo de manifiesto que aún existe un gran reto para el País en el tema de reducción de Muerte Materna.

Consiente de este reto, el MSPAS ha elaborado el Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010-2015, que incluye dentro de sus estrategias:

- Fortalecer las competencias y actualizar el recurso humano en el cumplimiento de las practicas de medicina basada en la evidencia en temas de atención materna y neonatal en los niveles de atención
- Garantizar y Monitorizar el cumplimiento de las practicas de medicina basada en la evidencia con enfoque de genero e interculturalidad, aplicando la normativa nacional
- Fortalecer la logística de abastecimiento de equipo, medicamentos, materiales e insumos para atención en los tres primeros niveles de atención, con enfoque de genero e interculturalidad
- Promover el acceso a los métodos de planificación familiar
- Fortalecer el sistema de referencia y contra referencia

Con el fin de avanzar en la obtención de estos objetivos el MSPAS presenta la GUIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTERGRADA MATERNA Y NEONATAL CALIFICADA CON ENFOQUE DE GÉNERO Y ADECUACIÓN CULTURAL, EN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN DEL PARTO, la cual ha sido revisada y actualizada utilizando la evidencia científica actual y disponible, y que responde a la necesidad de fortalecimiento de las competencias del recurso humano en los servicios institucionales de atención del parto.



Dr. Ludwig Werner Ovalle Cabrera
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



ÍNDICE

CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| INTERCULTURALIDAD..... | 07 |
| Pertinencia Cultural en Salud..... | 07 |
| Adecuación Cultural en Salud..... | 07 |
| Premisas de Atención Intercultural en Salud..... | 08 |
| ATENCIÓN PRENATAL PERSONALIZADA Y REENFOCADA..... | 09 |
| Definición..... | 09 |
| Objetivos de la Atención Prenatal | 09 |
| Número y Frecuencia..... | 09 |
| Pasos Esenciales para la Atención Prenatal..... | 10 |
| Ficha de Vigilancia de la Embarazada | 11 |
| Elementos de cada Control Prenatal | 12 |
| ATENCIÓN CALIFICADA DEL PARTO..... | 13 |
| Definición | 13 |
| Los Tres Periodos del Parto | 13 |
| Personal Institucional Calificado | 13 |
| Practicas Beneficiosas | 14 |
| PREMISAS DE INTERCULTURALIDAD PARA ATENCIÓN DEL PARTO..... | 14 |
| Exámenes Vaginales | 15 |
| USO DE PARTOGRAMA..... | 15 |
| Evaluación del Descenso Mediante palpación abdominal | 16 |
| Gráfica de Partograma | 17 |
| PARTO..... | 18 |
| Progreso del Primer Periodo del Trabajo de Parto | 18 |
| Progreso del Segundo Periodo del Trabajo de Parto | 18 |
| Signos de Alarma..... | 18 |
| Expulsión de la Cabeza | 19 |
| Finalización del Parto | 19 |
| Atención Postparto Inmediata | 19 |
| MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO..... | 20 |
| Administración de Oxitocina | 20 |
| Tracción Controlada del Cordón Umbilical + Contra tracción del Útero..... | 21 |
| Masaje Uterino Abdominal | 22 |
| Examen de los Desgarros | 22 |
| PARTO VERTICAL NATURAL..... | 22 |
| Definición..... | 22 |
| Variedades de Posición..... | 23 |
| Atención Puerperal y Post Natal | 27 |
| CUIDADOS RUTINARIOS DEL RECIEN NACIDO..... | 27 |
| Tabla 1: Puntaje de Apgar | 28 |
| Tabla 2: Puntaje de Capurro | 28 |
| Recién Nacidos con Problemas | 29 |
| Traslados de Recién Nacidos | 29 |
| CRITERIOS DE ELIGIBILIDAD PARA USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS..... | 30 |
| DIAGNÓSTICO, MANEJO Y PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MADRE HIJO DE VIH Y SIFILIS CONGÉNITA..... | 31 |
| Recomendaciones de Manejo | 31 |
| Prevención de la Transmisión Madre-Hijo | 33 |
| Diagnóstico Presuntivo Clínico en niños menores de 18 meses | 37 |
| Fármacos utilizados según riesgo de Infección | 38 |
| Seguimiento del Recién Nacido y Lactante expuesto a VIH | 38 |
| Lactancia Materna | 39 |
| Conducta a seguir para el Tamizaje, Tratamiento y Seguimiento de Sífilis en embarazadas | 41 |
| PRINCIPALES COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN EL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y RECIEN NACIDO..... | 43 |
| HEMORRAGIA POST PARTO..... | 43 |
| Factores de Riesgo | 43 |
| Tratamiento | 43 |
| Medicamentos..... | 44 |
| Ruptura Uterina | 45 |
| Inversión Uterina | 48 |
| Clasificación | 48 |
| Signos y Síntomas | 48 |
| Reposición Manual del Útero | 49 |
| Retención Placentaria | 50 |
| INFECCIÓN PUERPERAL..... | 51 |
| Cuadro Clínico | 51 |
| Complicaciones | 51 |
| Tratamiento | 51 |
| Criterios de Alta y Recomendaciones | 52 |

| | |
|---|------------|
| HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO..... | 52 |
| Clasificación | 52 |
| Embarazo a Término | 53 |
| Preeclampsia Severa y Eclampsia a cualquier Edad Gestacional | 54 |
| Cuadro de tratamiento de la Preeclampsia | 56 |
| Cuadro de Tratamiento de la Preeclampsia Severa y Eclampsia | 57 |
| ABORTO..... | 58 |
| Definición | 58 |
| Atención Post Aborto (APA) | 58 |
| HEMORRAGIA ANTEPARTO..... | 58 |
| Definición | 58 |
| Placenta Previa | 58 |
| Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta (DPPNI) | 59 |
| Cuadro de Diagnóstico Diferencial | 59 |
| Tratamiento de la Hemorragia Ante Parto | 60 |
| Tratamiento en Hospitales | 61 |
| RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES..... | 61 |
| Definición | 61 |
| Incidencia e Impacto | 61 |
| Etiología | 62 |
| Diagnóstico y Evaluación | 62 |
| Complicaciones | 62 |
| Manejo | 63 |
| TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO..... | 67 |
| Definición | 67 |
| Incidencia e Impacto | 67 |
| Etiología | 67 |
| Evaluación de Riesgo para el TTP y Nacimiento Prematuro | 67 |
| Evaluación y Diagnóstico | 68 |
| Manejo y Tratamiento | 69 |
| Tratamiento de la Causa Específica | 70 |
| COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO | 71 |
| Recién Nacidos que Requieren Reanimación Inmediata | 71 |
| Recién Nacidos con otros Problemas | 72 |
| Normas de Estabilización Neonatal antes y durante el Transporte | 73 |
| Encefalopatía Hipóxico, Isquémico y Asfixia Perinatal | 73 |
| Factores de Riesgo | 74 |
| Tratamiento o Conducta | 75 |
| Sepsis Neonatal | 77 |
| Riesgo Obstétrico de Infección en el Recién Nacido | 77 |
| Recién Nacido con Riesgo de Infección | 78 |
| Recién Nacido con Sintomatología | 78 |
| Meningitis | 80 |
| Prematurez y Bajo Peso al Nacer | 81 |
| ANEXO 1..... | 85 |
| Modelo de Supervisión, Monitoreo y Evaluación Nacional y Local | 88 |
| Instrumento de Monitoreo Atención Prenatal | 89 |
| Instrumento de Monitoreo Atención Postnatal | 89 |
| Instrumento de Monitoreo de Expedientes Clínicos de Casos de Hemorragia Obstétrica | 91 |
| Instrumento de Monitoreo de Expedientes Clínicos de Casos de Infección Obstétrica (Sepsis Materna)..... | 95 |
| Instrumento de Monitoreo Atención de Casos de Ruptura Prematura de Membranas..... | 97 |
| Instrumento de Monitoreo Atención del Trabajo de Parto Pretérmino | 98 |
| Instrumento de Monitoreo para Evaluación de Reanimación Neonatal | 99 |
| Instrumento de Monitoreo Cuidados Rutinarios de Recién Nacido..... | 100 |
| Instrumento de Monitoreo de Expedientes Clínicos de Atención a Neonatos | 101 |
| Ruta de Información | 102 |
| Recolección de la Información | 102 |
| Procesamiento y envío de la Información | 102 |
| Análisis de la información | 103 |
| Retroalimentación y Seguimiento | 104 |
| ANEXO 2..... | 107 |
| Logística de Medicamentos y Productos Afines Utilizados en la Atención Materna y Neonatal..... | 109 |
| Tabla de Mediamentos 1..... | 110 |
| Tabla de Mediamentos 2..... | 111 |
| Tabla de Mediamentos 3..... | 112 |
| Programación..... | 112 |
| Adquisición..... | 113 |
| Almacenamiento..... | 113 |
| Distribución..... | 115 |
| Atención al Usuario..... | 116 |
| Sistema de Información..... | 116 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 118 |

INTERCULTURALIDAD

Guatemala es un país multicultural, multilingüe y multiétnico en el cual habitan 4 pueblos: Mayas (22 comunidades lingüísticas) Garífunas, Xincas y Mestizos. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, de la población general el 40 % está constituido por pueblos indígenas (INE 2002), con cosmopercepciones diferentes en relación a proceso salud enfermedad.

Los indicadores de salud según la última ENSMI demuestran que la población indígena del país es la que tiene menos acceso a los servicios de salud por múltiples razones, entre las que se pueden citar: inaccessibilidad geográfica, económica, cultural (idioma), razón por la cual es importante que la atención en los servicios de salud sea adaptada a las diferentes culturas.

En la atención de salud, el análisis sociocultural promueve la pertinencia cultural en salud. Es decir, la caracterización de los diferentes pueblos, la comprensión de los sistemas de salud indígenas basados en sistemas de percepciones y valores que determinan los procesos de mantenimiento, restauración de la salud y el aprovechamiento de los recursos comunitarios.

En general, los análisis convencionales tienden a homogenizar a la población y a considerar al sistema de salud como un sistema cerrado, basado en los principios biomédicos de la medicina convencional/occidental.¹

PERTINENCIA CULTURAL EN SALUD²

... "Deriva del principio de "derecho a la diferencia" y quiere decir "adecuado a la cultura". En el caso de su aplicación a la prestación de servicios públicos en salud busca que estos sean conceptualizados, organizados e implementados tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos indígenas, de tal forma que los servicios públicos de salud se adapten y respeten la forma de vida de los pueblos indígenas.

Desarrolla el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos y elementos terapéuticos en el mejoramiento de la salud de la población.

La interculturalidad en salud³ intenta desarrollar el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos y sus recursos en el mejoramiento de la salud de la población implica, la generación de conocimiento y paradigmas que amplíen los marcos conceptuales y faciliten el entendimiento del conocimiento indígena y su incorporación en la formación y desarrollo de recursos humanos.

ADECUACIÓN CULTURAL EN SALUD.

Comprende un conjunto de acciones integradas y continuas, orientadas a promover cambios de comportamiento, actitudes y esquemas mentales del personal institucional del sistema oficial de salud. Los servicios de salud estarán orientados a promover cambios para que respondan a la cultura de los pueblos.⁴ Es la aplicación de la interculturalidad para la salud en Guatemala.⁵

¹Dr. Haeussler, Rafael. *Modelo de Atención Intercultural en Salud en Guatemala*. 2003

²Acuerdo Ministerial 1632-2010

³OPS/ OMS. *Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. Lineamientos Estratégicos para la Incorporación de las Perspectivas, Medicinas y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud*. Washington, D.C. 2003

⁴Acuerdo Ministerial 1632-2009

⁵Adecuaciones de los conceptos de: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Guía para la adecuación cultural de los servicios de salud*. MSP. DNSPI. PRO-AUS BID. 2006.

PREMISAS DE ATENCIÓN INTERCULTURAL EN SALUD:

- Respetar la cosmopercepción que cada usuaria tiene sobre: embarazo, parto, puerperio y recién nacido.
- La atención debe ser con respeto hacia los 4 pueblos: Maya, Garifuna, Xinka y Mestizo.
- Llamar a la usuaria por su nombre
- Atender a la usuaria en su idioma materno.
- Cuidar los gestos y expresión corporal en la atención
- No asumir actitudes discriminatorias ni excluyentes.
- Toda la consejería o explicación de procedimiento que se le brinde a la paciente deberá hacerse en el idioma materno en forma clara y amplia (explicando tanto las ventajas como desventajas), esto le permitirá a la usuaria tener más confianza, mejora la comunicación en los servicios de salud y el trabajador de salud contará con más elementos para el diagnóstico y tratamiento.
- Permitir que la usuaria (si lo desea), pueda tener un acompañante durante la consulta médica o atención del parto; a menos que sea una emergencia obstétrica en la que esté contraindicado su presencia.
- Permitir a usuaria decidir en qué posición quiere que se le atienda el parto
- Respetar si la usuaria desea ser atendida con su ropa indígena o ropa institucional adecuada culturalmente, (bata larga debajo de la rodilla, en los lugares fríos: bata de franela, de colores vistosos como amarillo, verde claro, azul claro). Si por emergencia es necesario quitarle la ropa, es importante explicarle en forma clara y en su idioma el motivo.
- Independientemente de la posición elegida por la usuaria para tener su parto, el personal institucional está OBLIGADO a llenar adecuadamente el partograma durante la labor de dicha paciente, así mismo, deberá practicarse MATEP oportunamente a la usuaria (Ver capítulos respectivos dentro de esta guía)
- En los servicios de salud, respetar los elementos simbólicos que portan las usuarias de los pueblos indígenas, por ejemplo pulseras rojas, bolsitas con piedras, cintas rojas, collares, plantas medicinales en el cuerpo, ocote, limones, entre otros. Si el trabajador de salud necesita retirarlos por algún procedimiento, deberá explicarle en forma clara y en su idioma materno sobre el motivo por el cual realizará tal acción y procederá con respeto. Si la mujer se encuentran inconsciente podrá retirarlos, los guardará o entregará a la familia o acompañante.
- Los servicios de salud deben GARANTIZAR O PERMITIR EL USO DE tés (GENERADORES DE LECHE) DE la región o PERMITIR a la ajiyon (abuela comadrona) o madre DE LA USUARIA, para ingresar la bebida ya preparada por ellas.
- Evaluar la ingesta de ixbut (también conocida como hierba lechera, Besmut, Sapillo). La ingesta de esta planta ayuda a mejorar la producción de leche en la puérpera (Ver vademecum de plantas medicinales)
- Promover la lactancia materna exclusiva e inmediata

1. ATENCIÓN PRE NATAL PERSONALIZADA Y REENFOCADA

DEFINICIÓN:

Son los cuidados y las acciones que recibe la mujer durante el embarazo identificando tempranamente las complicaciones, los signos de peligro, a través del autocuidado y la participación de la familia para lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y el niño/a.

El enfoque actual en la atención prenatal debe de ser:

"TODO EMBARAZO TIENE RIESGO"

OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN PRENATAL

- **Promover y mantener la salud** física, mental y social de la madre y el bebé, proporcionando educación sobre nutrición, higiene personal y el proceso de embarazo y de parto.
- Detectar las **señales de peligro** o complicaciones, estabilizar y referir oportunamente a un nivel de mayor capacidad resolutive y dar seguimiento a la respuesta.
- Preparar en conjunto con la madre y la familia un **plan de emergencia familiar y comunitaria**.
- Educar a la madre en **lactancia materna temprana y exclusiva**, para un postparto normal y para el cuidado adecuado del recién nacido, desde el punto de vista físico, psicológico y social
- Brindar consejería sobre **prácticas saludables durante el embarazo y el parto** con participación y apoyo de la familia
- Promover el **espaciamiento de los embarazos** a través de la oferta de los métodos de planificación familiar.
- Identificar y tratar madres con **VIH y Sífilis** para prevenir la transmisión madre-hijo de estas infecciones.
- **Detectar otras enfermedades** Diabetes, TB., Hipertensión, malaria, ITU, Anemia, desnutrición, entre otras.

NÚMERO y FRECUENCIA

Se recomiendan que toda comadrona refiera para consulta a nivel institucional a la gestante por lo menos 2 veces durante el embarazo, una al inicio y otra en la 37 semana de gestación.

Para nivel II y III se recomiendan **4 atenciones prenatales**, para aquellas madres que **NO** presenten una patología que amerite otra frecuencia de visita a servicio.

| CONTROL PRENATAL | |
|------------------|------------------------|
| Primera Consulta | 12 semanas |
| Segunda Consulta | 26 semanas |
| Tercera Consulta | 32 semanas |
| Cuarta Consulta | 36-38 semanas |
| Puerperio | 24-48 horas post parto |

PASOS ESENCIALES PARA LA ATENCIÓN PRENATAL

PASO 1: Brindar trato amable y respetuoso a la mujer y su acompañante:

- Presentarse, preguntar su nombre y llamarla por su nombre
- Invitarla a que haga preguntas, escucharla con atención y responder con lenguaje sencillo
- No permitir la entrada y salida de otras personas durante la consulta
- Recordar premisas de interculturalidad

PASO 2 : Evaluar rápidamente: Si la mujer presenta una o más de estas **señales de peligro** y **actuar inmediatamente:**

| Primer Trimestre | Segundo Trimestre | Tercer Trimestre |
|----------------------------|---|---|
| Hemorragia vaginal | Hemorragia Vaginal | Hemorragia Vaginal |
| Presencia de flujo vaginal | Dolor de cabeza frecuente | Dolores tipo parto |
| Molestias urinarias | Flujo vaginal | Edema de cara y manos |
| Fiebre | Molestias urinarias | Salida de líquido por la vagina |
| | Presión arterial alta | Presión arterial alta |
| | Sensación de múltiples partes fetales | Dolores de cabeza |
| | Salida de líquido por la vagina | Salida de líquido por la vagina |
| | Disminución o ausencia de movimientos fetales | Disminución o ausencia de movimientos fetales |
| | Fiebre | Fiebre |

PASO 3:

- Llenar completamente la Ficha de vigilancia de la mujer embarazada del Centro Nacional de Epidemiología
- Llenar y entregar a la usuaria el Carné Perinatal y pedirle que lo lleve siempre a las próximas consultas y emergencias obstétricas

**Ficha de Vigilancia de la embarazada
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social,
Centro Nacional de Epidemiología**

Registro No. _____
 Nombre de la embarazada: _____
 Etnia _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Nombre del esposo o conviviente: _____ Edad en años: _____
 Etnia _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Distancia al servicio de salud más cercano: _____ Kms. _____ Tiempo en horas para llegar: _____
 Nombre de la comunidad: _____
 No. De celular de la señora o pareja o comunitario: _____
 Fecha de última regla: _____ Fecha probable de parto: _____
 No. De partos: _____ No. De cesáreas: _____ No. De hijos vivos: _____ No. De hijos muertos: _____

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas marcando con una cruz el casillero correspondiente:

| ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS | SÍ | NO |
|---|------------------------------------|--------------------------|
| 1. Muerte fetal o muerte neonatal previas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Antecedentes de 3 ó más abortos espontáneos consecutivos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Antecedentes de 3 o más gestas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Peso al nacer del último bebé < 2500g. (5 lbs. 8 onzas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Peso al nacer del último bebé > 4000g. (9 lbs. 9 onzas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Antecedentes de hipertensión o preeclampsia/eclampsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Cirugías previas n el tracto reproductivo (miomectomía, conización, cesárea o cerclaje cervical. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EMBARAZO ACTUAL | SÍ | NO |
| 8. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Menos de 20 años | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Paciente Rh (-) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Más de 35 años | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Hemorragia vaginal sin importar cantidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. VIH positivo o sífilis positivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Presión arterial diastólica de 90 mm hg o más durante el registro de datos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Anemia clínica o de laboratorio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Desnutrición u obesidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HISTORIA CLÍNICA GENERAL | SÍ | NO |
| 17. Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Consumo de drogas incluido alcohol o tabaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Cualquier otra enfermedad o afección médica severa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Por favor, especifique. _____ | | |
| La presencia de algunas de las características anteriores hace necesario el seguimiento del paciente en un servicio de salud con capacidad resolutive adecuada. | | |
| ¿Es elegible? | Marque con un círculo SÍ NO | |
| Si la respuesta es NO, será derivada a: | _____ | |
| Fecha: _____ | Nombre: _____ | |
| | persona responsable | |
| 1. The Joint Comision on Acrcreditation of Healthcare Organizations: Sentinel events: evaluation cause an planning improvement. 2nd edition, 2001 p.3" | | |

PASO 4: Realizar examen físico obstétrico:

- Explicar a la mujer lo que se está realizando
- Durante el primer trimestre, medir perímetro braquial y anotarlo; durante segundo, tercer trimestre, calcular IMC, anotar
- Tomar y registrar el valor numérico de la presión arterial
- Frecuencia cardiaca Materna y Fetal
- Buscar **señales de anemia**.
- Medir y anotar **peso de la paciente** (desde la primera consulta)
- Medir y anotar la **Altura uterina** (a partir del 3 mes de embarazo)
- Determinar la **posición arriba de las 36 semanas y el latido fetal** (en embarazo mayor de 20 semanas).

PASO 5: Analizar la información obtenida para definir las acciones:

- Informar a la mujer sobre los hallazgos del examen, así como de laboratorio.
- Asegurarse que tenga el esquema completo de **vacunación antitetánica**
- Dar a la mujer **hierro y ácido fólico** (según norma de atención primer y segundo nivel) así como consejo en hábitos alimenticios
- Acordar con la mujer su próxima cita.
- Identificar factores protectores y factores de riesgo en adolescentes embarazadas.

PASO 6: Informar sobre las señales de peligro:

- Explicar a la mujer sobre hemorragia vaginal, visión borrosa, fiebre, dolor abdominal, salida de líquido por la vagina, ausencia de movimientos fetales.
- Indicar a la mujer que de presentarse una o más de estas señales no esperar y acudir de inmediato al servicio de saludmas cercano
- Explicar a la mujer la importancia de realizar las pruebas de VIH y SIFILIS

PASO 7: Ayudar a la mujer a preparar su **plan de emergencia familiar y comunitario vigente**

- Explicar las partes del plan de emergencia
- Ayudar a la mujer a identificar el establecimiento a donde debe ir en caso de una complicación
- Pedir a la mujer que haga el plan de emergencia familiar junto con su esposo y la familia.
- Revisar con la mujer el plan de emergencia en cada cita de control prenatal.

Elementos de cada control prenatal

| Examen Físico | Laboratorios |
|--|--|
| Apariencia General | <u>Primera consulta</u> |
| Temperatura | Orina VDRL/prueba rápida, VIH Grupo y Rh, |
| Presion Arterial | Glicemia, HB- HT, Papanicolau/IURA |
| Pulso y respiraciones | <u>Segunda consuta:</u> |
| Examen de Mamas | Orina/Glicemia |
| Examen abdominal | <u>Tercera consulta</u> |
| Cicatriz de cesárea | Hematología |
| Meses: Altura uterina | Orina/Glicemia |
| Posición Fetal arriba de las 36 semanas | <u>Cuarta Consulta</u> |
| Frecuencia Cardiaca Fetal | Orina/Glicemia |
| Movimientos fetales | |
| | Toda paciente con fiebre: Gota Gruesa |

Cada control prenatal debe incluir consejería en:

1. SIGNOS Y SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y RECIEN NACIDO
2. ORIENTACIÓN PRE Y POST PRUEBA DE VIH Y SIFILIS
3. PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR Y PLAN DE PARTO
4. PARTO LIMPIO Y SEGURO
5. IMPORTANCIA DEL CONTROL POST PARTO Y DEL RECIEN NACIDO
6. PLANIFICACIÓN FAMILIAR
7. ALIMENTACIÓN Y MICRONUTRIENTES
8. LACTANCIA MATERNA TEMPRANA Y EXCLUSIVA
9. EFECTOS DE USO DE TABACO, DROGAS y MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO,
10. VIOLENCIA DOMESTICA
11. REFERENCIA PARA EXAMEN BUCO-DENTAL.

ATENCIÓN CALIFICADA DEL PARTO

DEFINICIÓN: Se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su hijo/a, reciben cuidados adecuados durante el trabajo de parto, atención del parto, atención del recién nacido y en el periodo del post parto.

La atención del parto conlleva la satisfacción de las necesidades físicas, emocionales y culturales de la mujer, durante el proceso del parto.

El parto comprende una serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa los productos de la concepción (Recién nacido+ placenta completa mas membranas ovulares)

LOS TRES PERIODOS DEL PARTO

- **I Período de dilatación cervical:** comienza con la primera contracción uterina del verdadero trabajo de parto (4 cms. de dilatación) y termina con la dilatación completa.
- **II Período de descenso y expulsión:** comienza con la dilatación completa y termina con el nacimiento del neonato.

PERSONAL INSTITUCIONAL CALIFICADO

Se refiere al proveedor o proveedora institucional (Comadrona Técnica, enfermera profesional, enfermero/a, medico/a general, medico/a ginecoobstetra)*, para lo cual tiene que contar con las habilidades y destrezas para las siguientes actividades del proceso de atención :

Utilizar el partograma, Atender el parto normal, manejar activamente el tercer período del parto, Atención normal del recién nacido, Además de reconocer la aparición de complicaciones maternas y neonatales, así como y realizar las intervenciones esenciales oportunas y/o referir a otro centro de mayor complejidad y resolución.

* Artículo 5 y 17. Capítulo I y III respectivamente de la Ley Para La Maternidad Saludable.

La atención calificada del Parto, incluye:

- ESTIMULAR LA PRESENCIA DE UN ACOMPAÑANTE QUE BRINDE APOYO EMOCIONAL
- LA ADOLESCENTE NO HA LLEGADO A LA PLENITUD DE SU MADUREZ FÍSICA Y EMOCIONAL POR LO QUE REQUIERE QUE LA GUÍEN Y ACOMPAÑEN DURANTE TODO EL TRABAJO DE PARTO.
- EL USO OBLIGATORIO DEL PARTOGRAMA EN FORMA ADECUADA DURANTE EL TRABAJO DEL PARTO
- GARANTIZAR PRÁCTICAS BENEFICIOSAS PARA UN PARTO HIGIENICO Y NORMAL EN LA POSICIÓN QUE LA MUJER ELIJA.
- SOLICITAR TAMIZAJE PARA VIH Y SÍFILIS Y DAR TRATAMIENTO ACORDE A LA NORMATIVA PERTINENTE.
- EL MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO (ALUMBRAMIENTO)
- PINZAR EL CORDON UMBILICAL, CUANDO EL MISMO DEJE DE LATIR (2 A 3 MINUTOS DESPUÉS DEL NACIMIENTO, EXCEPTO EN MADRES CON VIH).
- IDENTIFICACIÓN DE LA COMPLICACIÓN, ESTABILIZACIÓN Y REFERENCIA INMEDIATA EN CASO DE COMPLICACIONES MATERNAS Y DEL RECIÉN NACIDO.
- TENER DESTREZAS, HABILIDADES, Y ENTORNO HABILITANTE PARA EL TRATAMIENTO DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS Y DEL RECIÉN NACIDO

PRACTICAS BENEFICIOSAS

- No haga rasurado púbico
- No haga enema evacuador
- Deje que la mujer camine si así lo quiere
- Deje que la mujer este acompañada por quien ella elija, el apoyo emocional es de suma utilidad en el progreso de la labor
- Deje y /o apoye a que tome líquidos.(Culturalmente permitidos)

PREMISAS PARA ATENCIÓN DEL PARTO CON PERTINENCIA CULTURAL

- Al ingreso al servicio de salud (CAP, CAIMI, Hospital) la usuaria debe de ser atendida en su idioma materno, brindarle una cálida bienvenida, explicarle los procedimientos de manera clara y respetando su cosmo percepción.
- De preferencia que la paciente sea atendida por una persona de su mismo sexo, si se dispone de este personal
- El control del trabajo de parto debe ser llevado por personal institucional en acompañamiento de la ajiyom⁶ (abuela comadrona) o la persona que la usuaria indique
- Si el trabajo de parto y parto no son complicados, la usuaria puede decidir quién atenderá su parto, (personal institucional o Ajiyom/abuela comadrona)
- Ante cualquier complicación durante el parto será el personal institucional el responsable del manejo y resolución de la misma, siguiendo para esto los lineamientos descritos en esta guía
- Acompañamiento: Permitir el ingreso de un acompañante elegido por la usuaria (esposo, madre, suegra, ajiyom (o abuela comadrona).

- Brindar soporte emocional juntamente con el acompañante
- Brindar libertad de expresión y acción de acuerdo a su cosmopercepción
- La usuaria tiene derecho a elegir la posición en la cual desea que su parto sea atendido (hincada, cuclillas, sentada, en cuatro puntos, sostenida de un lazo)
- Disposición de la placenta: El personal de salud debe de informar a la paciente y familiares que es posible entregar la placenta para darle el destino final según la cosmopercepción de cada región. (se procede a entregar en una bolsa sellada siguiendo las normas de bioseguridad, sin ningún preservante u otra sustancia que altere su valor cultural y sagrado para los pueblos)
- Si la usuaria rehúsa al tratamiento que necesita, deberá firmar la hoja de liberación de responsabilidades. Si estuviera privada de decisión sobre sí misma, se le debe explicar a su acompañante la necesidad de su tratamiento, haciendo entender la sanción penal punible a su decisión, según Ley de Maternidad Saludable.

EXAMENES VAGINALES

- Si en el primer examen el cuello uterino no está dilatado, puede que no sea posible diagnosticar el trabajo de parto y esté en fase latente.
- Si persisten las contracciones, examine nuevamente a la mujer después de 4 horas para detectar cambios en el cuello uterino. Si hay borramiento y dilatación, la mujer está en trabajo de parto; Si no hay ningún cambio, el diagnóstico es de falso trabajo de parto.
- Los exámenes vaginales se deben realizar al menos una vez cada hora en el primer período del parto y registrarlos gráficamente en el partograma.

USO DEL PARTOGRAMA

Su uso es **OBLIGATORIO** en todo trabajo de parto,

El uso del partograma es obligatorio para el personal de salud institucional en TODO trabajo de parto independientemente de posición que la usuaria elija.

El registro gráfico en el partograma, empieza en la fase activa cuando el cuello uterino tiene **4 cm de dilatación.**

Registre lo siguiente en el partograma:

- **Información sobre la paciente:** Nombre completo, antecedentes obstétricos, gestas, para, Abortos, Cesáreas, número de historia clínica, fecha y hora de ingreso y el tiempo transcurrido desde la rotura de las membranas.
- **Frecuencia cardiaca fetal (FCF):** Registre cada media hora.
- **Líquido amniótico:** Registre el color del líquido amniótico en cada examen vaginal:
 - I: membranas intactas
 - C: membranas rotas, líquido claro
 - M: líquido con manchas de meconio
 - S: líquido con manchas de sangre

6 Ajiyom: Abuela comadrona en el idioma kiché. Atiit' in el idioma kaqchikel.

● **Moldeamiento:**

- 1: suturas lado a lado
- 2: suturas superpuestas, pero reducibles
- 3: suturas superpuestas y no reducibles

● **Dilatación del cuello uterino:** Evalúe en cada examen vaginal y marque con una equis cruz (X). Sobre la línea de alerta a partir de los 4 cm de dilatación, comience el registro en el partograma.

● **Línea de alerta:** Se inicia la línea a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino hasta el punto de dilatación total esperado, a razón de 1 cm por hora.




● **Línea de acción:** Es paralela a la línea de alerta y 4 horas a la derecha de la misma

Evaluación del descenso mediante palpación abdominal: Se refiere a la parte de la cabeza (dividida en 5 partes) palpable por encima de la sínfisis del pubis; se registra como un círculo (0) en cada examen vaginal. A 0/5, el sincipicio (S) está al nivel de la sínfisis del pubis.

● **Horas:** Tiempo transcurrido desde que se inició la fase activa del trabajo de parto (observado o extrapolado).

● **Tiempo:** Registre el tiempo real.

● **Contracciones:** Registre gráficamente cada media hora, palpe el número de contracciones a los 10 minutos y la duración de las mismas en segundos.

- Menos de 20 segundos 
- Entre 20 y 40 segundos 
- Más de 40 segundos 

● **Oxitocina:** Cuando se utiliza, registre la cantidad de oxitocina por volumen de líquidos IV en gotas por minuto, cada 30 minutos.

● **Medicamentos administrados:** Registre cualquier medicamento adicional que se administre.

● **Pulso:** Registre cada 30 minutos y marque con un punto

● **Presión arterial:** Registre cada 4 horas y marque con flechas.



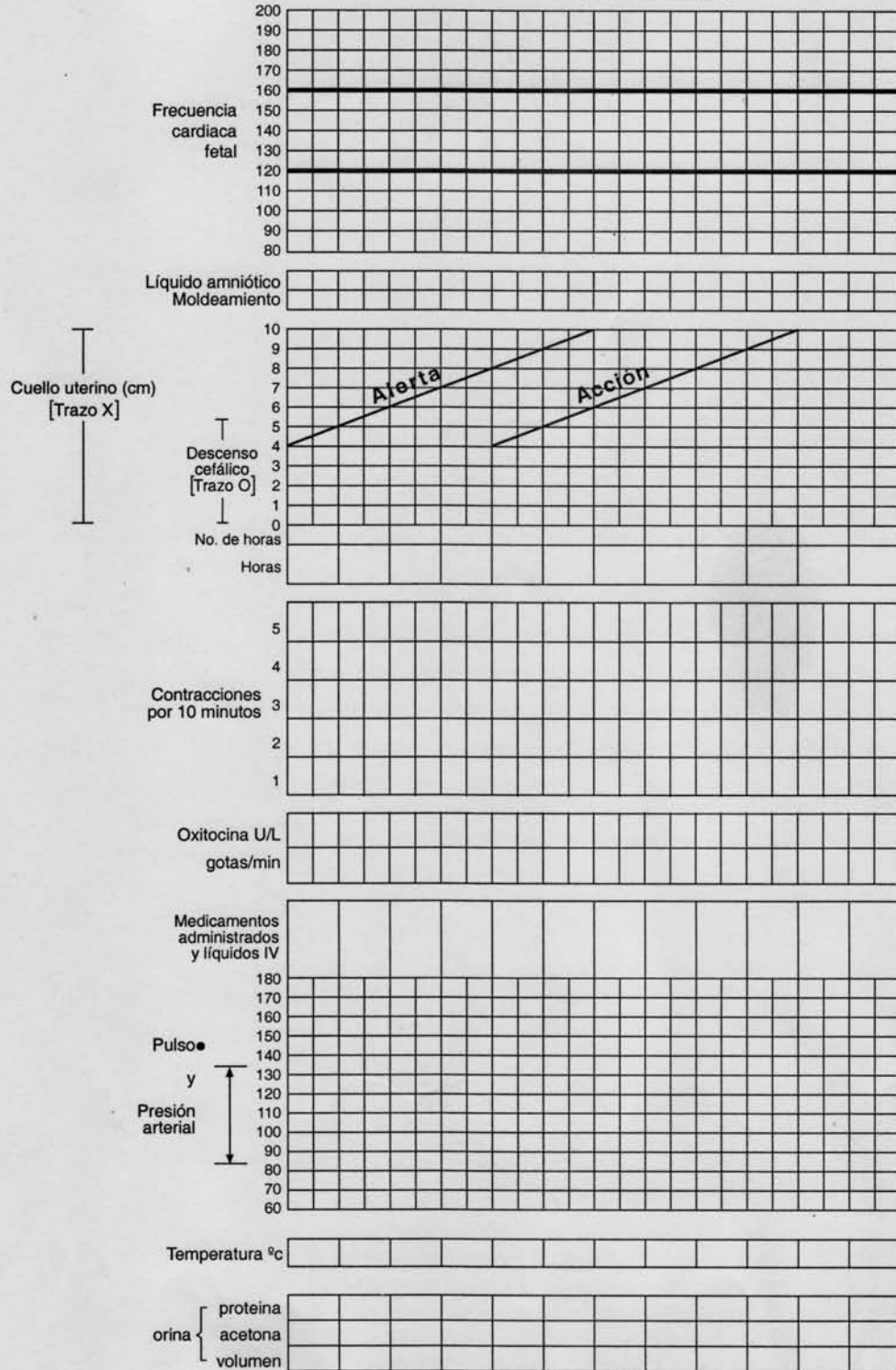
● **Temperatura:** Registre cada 2 horas

● **Proteína, acetona y volumen:** Registre cada vez que se produce orina, Para determinar volumen de orina y Obtener una muestra al ingreso para detectar proteinuria, glucosuria y cetonuria

PARTOGRAMA

Nombre: _____ Embarazos: _____ Partos: _____ No. Historia Clínica: _____

Fecha de Admisión: _____ Hora de Admisión: _____ Ruptura de membranas: SI NO Horas: _____



PROGRESO DEL PRIMER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO

Los hallazgos que sugieren un progreso satisfactorio en el primer período del trabajo de parto son:

- Las contracciones regulares, de frecuencia y duración que aumentan en intensidad progresivamente
- Una dilatación del cuello uterino de al menos 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino sobre la línea de alerta o a la izquierda de la misma)
- El cuello uterino bien adosado a la parte fetal que se presenta
- **El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto prolongado.**

PROGRESO DEL SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO

- Los hallazgos del partograma sugieren un **progreso satisfactorio** cuando:
 - El descenso constante del feto por el canal de parto
 - El inicio de la fase expulsiva (deseo de pujar)
- Los hallazgos del partograma sugieren un **progreso insatisfactorio** cuando:
 - La ausencia de descenso del feto por el canal de parto
 - La falta de expulsión durante la fase avanzada (expulsiva)

SIGNOS DE ALARMA

Evalúe el partograma para detectar signos de sufrimiento materno y/o fetal, por ejemplo:

- Si **el pulso de la mujer se está acelerando**, puede estar deshidratada, fiebre o con dolor. Asegúrese de que reciba una adecuada hidratación vía oral o IV.
- Si la **presión arterial de la mujer desciende**, sospeche hemorragia sobre todo la presión sistólica menor de 90 mmhg
- Si hay **acetona en la orina de la mujer**, sospeche una nutrición deficiente o deshidratación, hidrate vía oral y/o administre dextrosa IV.
- **Variaciones de frecuencia cardíaca fetal** y clasifique como sufrimiento fetal. Fase taquicardia, si la frecuencia cardíaca fetal se encuentra por arriba de 160 latidos por minuto y Fase Bradicardia, si la frecuencia cardíaca fetal se encuentra por debajo de 120 latidos por minuto.

Cuando el cuello uterino está totalmente dilatado y la mujer está en la fase expulsiva del segundo período, aliente a la mujer para que adopte **la posición que prefiera para que pujan**.

La episiotomía ya no se efectúa como procedimiento de rutina, a menos que tenga una indicación precisa:

- Parto vaginal complicado o distócico (parto de nalgas, distocia de hombro, uso de fórceps o aspiración por vacío)
- Cicatrices de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados
- Sufrimiento fetal.

EXPULSIÓN DE LA CABEZA (figura A)

- Pídale a la mujer que jadee o que dé sólo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del feto.
- Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque los dedos de una mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionada (hacia abajo).
- Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del recién nacido se expulsa.
- Una vez que se ha expulsado la cabeza del recién nacido, pídale a la mujer que deje de pujar.
- aspire y limpie flemas primeramente la boca y luego la nariz del recién nacido.
- Palpe con los dedos alrededor del cuello del recién nacido para verificar si encuentra el cordón umbilical:
- Si el cordón umbilical se encuentra alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del recién nacido
- Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncele dos veces y córtelo antes de desenrollarlo del cuello.

FINALIZACION DEL PARTO (figura B)

- Permita que la cabeza del feto gire espontáneamente
- Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del recién nacido. Dígale a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción.
- Reduzca la posibilidad de desgarros extrayendo un hombro a la vez, mueva hacia abajo la cabeza del recién nacido para extraer el hombro anterior. (Nota: Si hay dificultad en la expulsión de los hombros, sospeche una distocia de hombros, Signo cuello de tortuga)
- Levante la cabeza del feto hacia delante para extraer el hombro posterior.
- Sostenga el resto del cuerpo del feto con una mano mientras ésta se desliza hacia fuera.

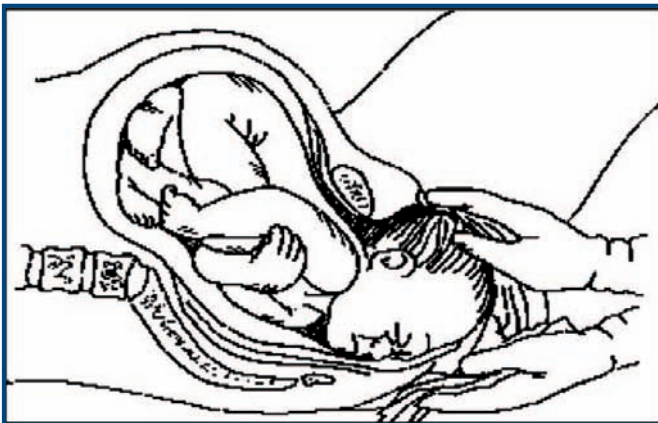


Figura A

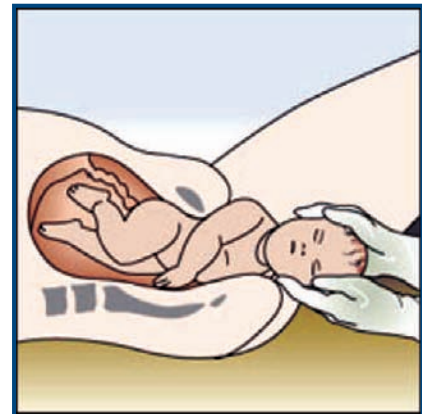


Figura B

ATENCIÓN POSTPARTO INMEDIATA:

- ADMINISTRE 10 UNIDADES DE OXITOCINA IM, **inmediatamente** después del nacimiento y luego de haber descartado la presencia de un segundo feto.
- Coloque al recién nacido sobre el abdomen de la madre, piel a piel y cúbralo adecuadamente. Seque al recién nacido por completo, límpiele los ojos y evalúe su respiración.

- Entre los dos y tres minutos luego del nacimiento pince y corte el cordón (cuando deje de latir).
- Haga **TRACCIÓN CONTROLADA** del cordón umbilical y **CONTRATRACCIÓN** de la cara anterior del útero, hasta que salga completamente la placenta y membranas.
- Haga **MASAJE UTERINO ABDOMINAL**, cuando haya salido la placenta

- La mayoría de los recién nacidos comienzan a llorar o respiran espontáneamente
- Si el recién nacido llora o respira (elevación del tórax por lo menos 30 veces por minuto), **déjelo con la madre**
- Si el recién nacido no comienza a respirar dentro de los 30 segundos **PIDA AYUDA** y adopte los pasos necesarios para reanimar al recién nacido.
- Asegúrese de que el **recién nacido se mantenga tibio** y en **contacto piel-a-piel** con el pecho de la madre. Envuelva al bebé con un paño suave y seco, cúbralo con una manta y asegúrese de que la cabeza esté cubierta para prevenir la pérdida de calor.
- Si la madre no está bien, pida que un asistente atienda al recién nacido.
- **Prevea la necesidad de reanimación del recién nacido y prepare un plan para conseguir ayuda**

MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO (MATEP)

El manejo activo del tercer período (expulsión activa de la placenta) **es el conjunto de intervenciones que se realizan dentro del primer minuto posterior al nacimiento, para prevenir la hemorragia postparto. Su aplicación es obligatoria en todo tipo de parto vaginal o cesárea**

El MATEP debe incluir:

1. La administración **10 Unidades de oxitocina IM**
2. La **tracción controlada** del cordón umbilical y contra-tracción de la cara anterior del útero, hasta que salga la placenta completamente
3. El **masaje uterino abdominal**, luego de la salida de la placenta, Cada 15 minutos por 2 horas.
4. Apego inmediato madre/neonato.

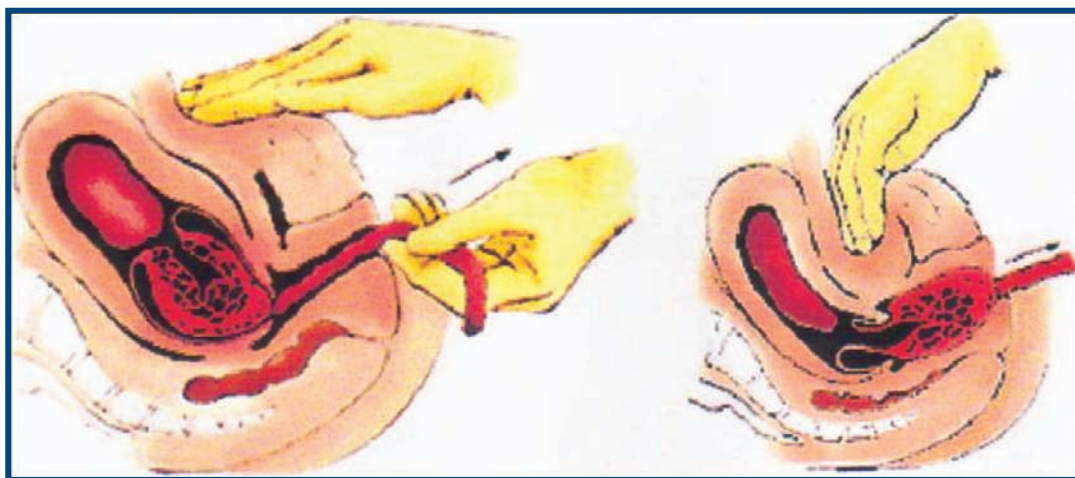
1. ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA

- **Dentro del minuto después del nacimiento** del recién nacido, **palpe el abdomen para descartar la presencia de otros fetos** y administre **10 unidades de Oxitocina IM** (2 ampollas de 5 UI c/u o ampolla prellenada de 10 UI cada una (donde éste disponible))
- La oxitocina produce efecto de 2 a 3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y **se debe usar en todas las mujeres** que tuvieron un parto (Vaginal o por Cesárea). Si no se dispone de oxitocina, administre ergonovina, 1 ampolla IM. (0.2 mg).
- **No administre ergonovina a mujeres con Pre eclampsia, eclampsia o presión arterial elevada** porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vascular.
- **Si no cuenta con oxitocina o Ergonovina, el uso de Misoprostol (400 microgramos) sublingual, se convierte en una alternativa aceptable.**

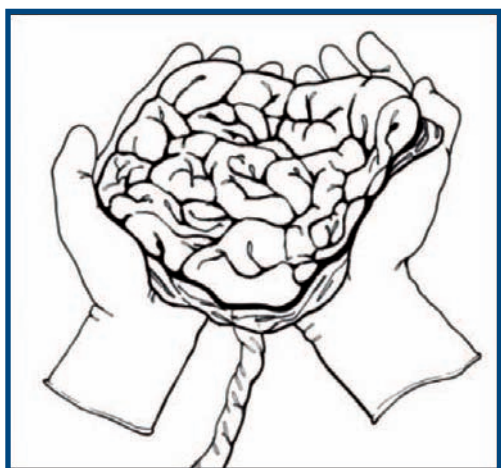
2.

TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN UMBILICAL + CONTRA TRACCIÓN EL ÚTERO

- Aproximadamente entre 2 y 3 minutos después del nacimiento, pinzar y cortar el cordón umbilical.
- Sostenga el cordón pinzado cerca del perineo con una mano.
- Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, sobre la cara anterior del útero, aplicando presión ligera y ejerza 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 (de 2 a 3 minutos).
- Cuando el útero se redondee o se alargue el cordón, **haga tracciones el cordón hacia abajo con mucha delicadeza** para extraer la placenta. Con la otra mano, continúe aplicando presión sobre el útero por encima del pubis



Nunca aplique tracción al cordón umbilical sin aplicar la presión por encima del pubis con la otra mano.



- Al ser expulsada la placenta, las membranas delgadas pueden desgarrarse. Sostenga la placenta con las dos manos y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas queden retorcidas.
- Si las membranas se desgarran, examine con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino y utilice una pinza para retirar cualquier trozo de membrana retenido.
- Examine cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra. Si falta una porción de la superficie materna o hay desgarro de membranas ovulares, sospeche retención de fragmentos placentarios
- Si se ha producido una inversión uterina, coloque el útero nuevamente en su posición (ver protocolo en sección de complicaciones pág. 45)
- Si se ha arrancado el cordón umbilical o hay retención placentaria, puede ser necesaria la remoción manual de la placenta, realícela. (ver extracción manual de placenta) si esta capacitado y cuenta con los recursos necesarios, de no ser así estabilice a la paciente y refiérala.

3. MASAJE UTERINO ABDOMINAL

- Luego de la salida de la placenta, dar masaje de inmediato en 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 las 2 primeras horas post parto.
- Asegúrese de que el útero no se relaje (ablande) después de detener el masaje uterino.

EXAMEN DE LOS DESGARROS

- Examine a la mujer cuidadosamente y repare cualquier desgarro del cuello uterino, vagina y/o perineo.
- Suture la episiotomía

Parto Vertical/Natural

Definición:

Parto vertical/natural es aquel parto que se atiende en posición sentada, hincada, de cuclillas, en sus diferentes variantes, dentro de la Red de Servicios del Ministerio de Salud, con adecuaciones culturales dentro de la institución con orientaciones occidentales. El parto es atendido por personal institucional pero realizando adecuaciones culturales como: Derecho a elegir la posición para ser atendido el parto, acompañamiento de un familiar (madre, suegra, esposo o por la comadrona) en el servicio y durante la atención del parto, ingesta de bebidas y comidas adecuados a la cultura, baños calientes, destino de la placenta según las normas culturales de los pueblos originarios.

Indicaciones:

- Usaria sin complicación obstétrica
- Presentación cefálica del feto.

Contraindicaciones:

Las contraindicaciones para la atención del parto natural son todas aquellas complicaciones que pueden tener como indicación de cesárea, entre ellas las más frecuentes son:

- Cesárea anterior.
- Desproporción céfalo-pélvica.
- Sufrimiento fetal.
- Feto en podálica.
- Embarazo gemelar.
- Distocia de presentación.
- Distocia de cordón.
- Inadecuado trabajo de parto
- Macrosomía fetal.
- Prematurez.

- Hemorragia del III trimestre (placenta previa ó desprendimiento prematuro de placenta).
- Ruptura prematura de membranas sin encajamiento
- Embarazo post término.
- Pre-eclampsia, eclampsia.
- Antecedente de parto complicado.

Posiciones en el período expulsivo

En las posiciones verticales, la intervención del personal de salud en el periodo expulsivo está enfocada a la atención del recién nacido o recién nacida, a realizar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón, a detectar y atender cualquier complicación que pudiera surgir en estos momentos. Debe permitirse que la posición de la mujer cambie, buscando aquella en la cual pueda tener la mayor fuerza para la expulsión del feto. El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida.

Las posiciones que puede adoptar la mujer en trabajo de parto, son las siguientes, entre otras:

- Posición de cuclillas: variedad anterior.
- Posición de cuclillas: variedad posterior.
- Posición de rodillas.
- Posición sentada.
- Posición semi sentada.
- Posición sostenida de sábanas o lazo.
- Posición rodillas y manos (cuatro puntos de apoyo).

Ventajas de las variantes de posición vertical/natural

- Menor dolor en la primera etapa del trabajo de parto
- Las mujeres informan menor intensidad de las contracciones de dolor en la primera y segunda etapa del trabajo de parto
- Puede disminuir la duración de la segunda etapa
- Reduce la necesidad de episiotomías
- Menores patrones anormales de frecuencia cardiaca fetal
- Mayor sensación de control sobre el trabajo de parto de la paciente

A TODO PARTO VERTICAL/NATURAL SE LE DEBE LLENAR PARTOGRAMA Y POSTERIOR A LA EXPULSION FETAL SE DEBERÁ REALIZAR MATEP (Ver apartado MATEP)

VARIEDADES DE POSICIÓN:

Posición de cuclillas: variedad anterior

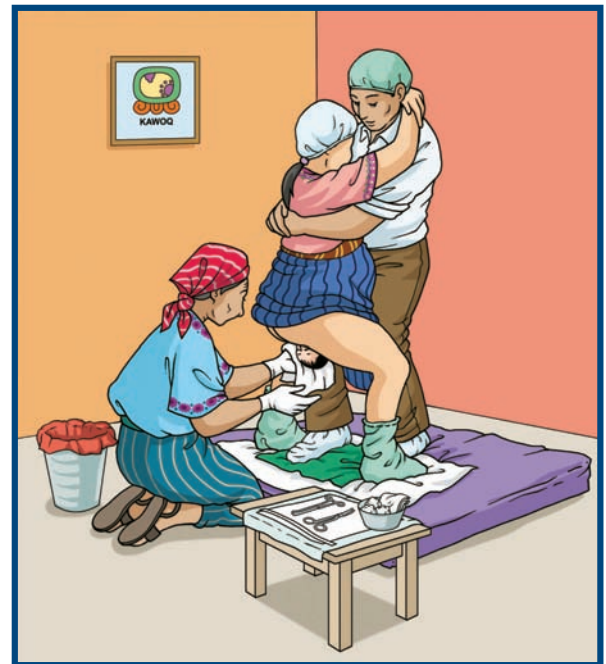
Es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto.



Posición de cuclillas: variedad posterior

El acompañante debe estar parado y abrazará a la mujer en trabajo de parto por debajo de la región axilar, permitiendo que la mujer en trabajo de parto se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.

El personal de salud se colocara por detrás de la paciente y realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento. **Recuerde pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar o 2 a 3 minutos después del nacimiento.**



Posición de rodillas

El personal de salud se colocara detrás de la mujer en trabajo de parto, cuidando el periné para que no tenga rasgaduras realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo, posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento, Recuerde pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar o 2 a 3 minutos después del nacimiento. El acompañante puede estar hincado de frente a la paciente, abrazará a la usuaria por la región del tórax permitiendo a la usuaria apoyarse en los muslos del acompañante.

En esta posición la mujer en trabajo de parto va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente, con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.

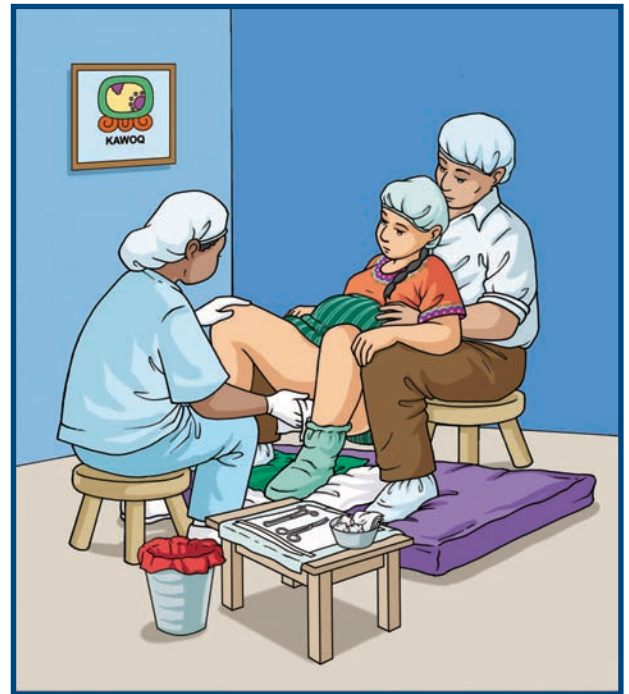
Posición sentada y semi- sentada

El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas, abrazará a la mujer con trabajo de parto por la región del tórax, permitiendo que se apoye en los muslos, en esta posición la mujer en trabajo de parto, se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde del banco, cuidando que la colchoneta este ubicada debajo de ella.

El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento.

Recuerde pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar o 1 a 3 minutos después del nacimiento.

En la posición semi sentada la mujer en trabajo de parto se apoyará sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.



Posición sostenida de una sabana o de un lazo

El personal de salud se colocara frente a la mujer en trabajo de parto, realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuaran para realizar el alumbramiento. El acompañante se colocara detrás y la sostendrá para que no se mueva. Recuerde pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar o 2 a 3 minutos después del nacimiento.

La mujer en trabajo de parto se sujeta de un lazo o sabana que está suspendido de un tronco o una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal del parto suave y calmadamente.

Esta posición podría dificultar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón.

Posiciones, en cuatro puntos, (Posición rodillas y manos)

Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda.

El personal de salud se colocara detrás de la mujer en trabajo de parto cuidando el periné para evitar rasgaduras. Realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

Algunas prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición más reclinable con el fin de facilitar el control del parto. La recepción del bebé se realizará por detrás de la mujer.

El personal de salud o comadrona que atiende el parto natural/vertical, deberá instruir a la mujer en trabajo de parto, para que realice jadeo superficial, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen.

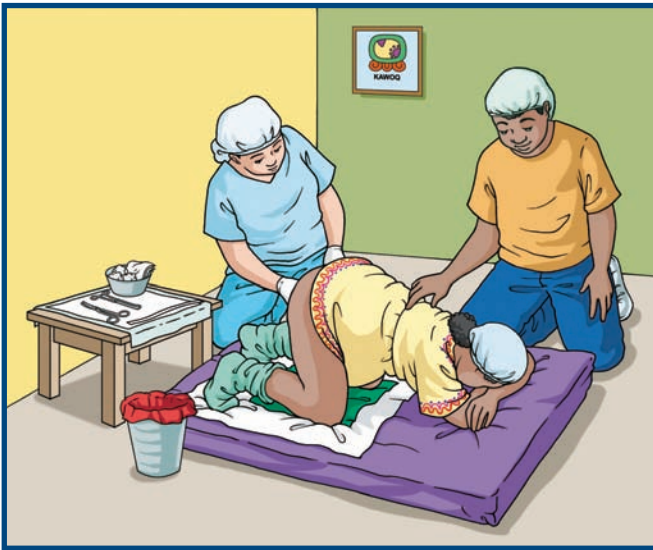
- Esta posición brinda una buena exposición y acceso
- Asegúrese de sacar primero el hombro anterior (por debajo de la sínfisis del pubis, más cerca del suelo)
- El pasar al recién nacido (a) para que la madre lo tome en sus brazos al inicio puede ser complicado, pero con la práctica se aprende fácilmente.

Ventajas

- Puede ayudar en las variedades de posición Occipito Posterior u Occipito Transverso al momento de la rotación.
- Es menos probable que ocurra trauma perineal que en las posiciones supinas.
- Puede realizarse sobre la cama de parto o en el suelo.
- La persona que atiende el parto tiene una fácil visualización.
- Esta posición ayuda en la distocia de hombro - fácil acceso al brazo posterior.

Desventajas

El proveedor de servicios puede no estar familiarizado con recibir a un bebé estando la mujer en esta posición



Tomado de:

MANUAL DE PARTO NATURAL/VERTICAL Y SUS DIFERENTES POSICIONES EN EL MARCO MULTICULTURAL DE GUATEMALA

ATENCIÓN PUERPERAL Y POST NATAL

VIGILANCIA POST PARTO INMEDIATO:

Vigilar cada **15 minutos** por **dos horas** y **cada 30 minutos** por **2 horas más**:

- Signos vitales.(Presión arterial, frecuencia cardiaca materna, frecuencia respiratoria y temperatura)
- Hemorragia vaginal.
- Tono uterino(Formación del Globo de seguridad de Pinard)
- Previo a ser trasladada a servicio de encamamiento realizar exámenes vaginales para extracción de coágulos y asegúrese que el útero se encuentre involucionado.
- Promueva en el servicio el alojamiento conjunto, apego y lactancia materna temprana y exclusiva
- Brinde consejería en planificación familiar
- Brinde consejería en signos y síntomas de peligro durante el periodo postnatal.
Atención puerperal desde el punto de vista intercultural:
- Utilizar de preferencia sabanas y frazadas de colores de acuerdo a las costumbres del lugar
- Permitir que las puérperas utilicen faja
- El personal de salud debe permitir que la usuaria pueda tomar algunos alimentos después del parto, respetando las propiedades de los alimentos fríos y calientes preparados por la ajiyom (abuela comadrona), familiar o acompañante.

CUIDADOS RUTINARIOS DEL RECIÉN NACIDO:

1. Cuidados antes de iniciar la atención: Realice el correcto lavado de sus manos y antebrazos con agua y jabón, si es posible con antisépticos.
2. Utilice guantes de examen exclusivos para atender a cada recién nacida(o)
3. Involucre en la medida de lo posible al padre o algún familiar en el proceso del nacimiento y cuidados de la o el recién nacido
4. Intervenciones inmediatamente después del nacimiento:
 - Limpie las vías aéreas sólo cuando sea necesario, no lo realice de rutina ya que puede producir un reflejo vago-vagal, está indicado en casos de aspiración de meconio, sangre o pus.
 - Séquelo(a) con sábana limpia y seca y descártela, coloque un gorrito.
 - Evalúe respiración y llanto, Coloque a la o el recién nacido, siempre que esté activo(a) y reactivo(a), en posición boca abajo (prona), piel a piel sobre el pecho de la madre, y cúbralo (a) con una frazada seca y caliente incluyendo la cabeza.
 - Valore el APGAR en el primer minuto y a los cinco minutos: un APGAR de 9 o más en el primer minuto nos asegura una adaptación neonatal adecuada en el establecimiento y mantenimiento de la respiración y la estabilización de la temperatura. (Ver tabla 1).
 - El momento óptimo para ligar o pinzar el cordón, es cuando la circulación del cordón umbilical ha cesado, está aplanado y sin pulso, el retraso en el pinzamiento del cordón umbilical tiene un rol importante en la reducción de los niveles de anemia durante la infancia. Se recomienda pinzar el cordón a 3 centímetros de la base del mismo.

- Ayude a Iniciar la lactancia materna exclusiva durante la primera media hora de vida, recuerde que el calostro es importante por sus propiedades nutricionales e Inmunológicas.









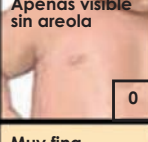
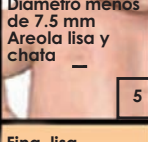
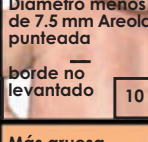
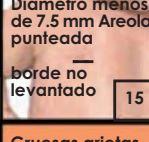
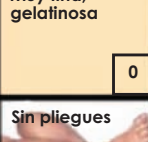
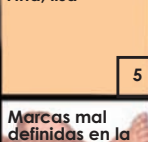
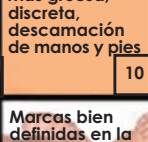
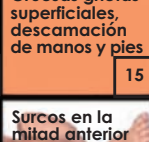
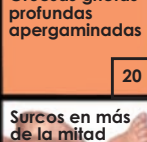
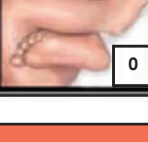

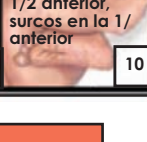




- Verifique la respiración y el color del recién nacido.
- Verifique la temperatura de la o el bebé, tomando temperatura axilar cada 4 horas
- Evalúe la edad gestacional por el Método de Capurro. (Tabla 2)

Tabla 1: Puntaje de APGAR

| | 0 puntos | 1 puntos | 2 puntos |
|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|--|
| Color de la piel (Apariencia) | Todo azul | Extremidades azules | Normal |
| Ritmo cardiaco (Pulso) | No posee | < 100 | > 100 |
| Reflejos e irritabilidad (Gesto) | Sin respuesta a estimulación | Mueca/ llanto debil al ser estimulado | estornudos/tos/pataleo al ser estimulado |
| Tono muscular (Actividad) | Ninguna | Alguna flexión | Movimiento activo |
| Respiración | Ausente | Debil o irregular | Fuerte |

Tabla 2: Puntaje de Capurro

| | | | | | |
|------------------------------|---|---|--|---|--|
| FORMA DE LA OREJA (Pabellón) |  0 |  8 |  16 |  24 | |
| TAMAÑO DE GLÁNDULA MAMARIA |  0 |  5 |  10 |  15 | |
| FORMACIÓN DEL PEZÓN |  0 |  5 |  10 |  15 | |
| TEXTURA DE LA PIEL |  0 |  5 |  10 |  15 |  20 |
| PLIEGUES PLANTARES |  0 |  5 |  10 |  15 |  20 |

| | |
|--------------------|---------------------|
| Post maduro | 42 semanas o más |
| A término | De 37 a 41 semanas |
| Prematuro Leve | De 35 a 36 semanas |
| Prematuro Moderado | De 32 a 34 semanas |
| Prematuro Extremo | Menos de 32 semanas |

- Se suman los valores dados por cada parámetro de la tabla. A esto denominaremos puntaje parcial.

- Luego se aplica la siguiente fórmula:

$$\frac{204 + \text{Puntaje parcial}}{7}$$

- 7

- El resultado final es el estimado de semanas de gestación

Luego:

- Identificar al recién nacido(a)
- Verificar el cordón umbilical para detectar sangrado cada 15 minutos. Si el cordón sangra, átelo nuevamente con mayor firmeza o coloque otro clamp por debajo de la amarradura o del clamp anterior.
 - * Limpieza cuidadosa con agua limpia y jabón
 - * No agregar polvos, colorantes, soluciones yodadas o pastas en el cordón umbilical
- Administre vitamina K 1 (fitomenadiona):
 - * 1 mg IM en recién nacidos(as) a término en dosis única (en cara anterior del muslo).
 - * 0.5 mg IM en recién nacidas(os) menores de 1,500 gramos en dosis única (en cara anterior del muslo).
- Limpie todo el meconio y la sangre de la piel (cuando está presente).
- No le bañe inmediatamente espere al menos 6 horas para evitar hipotermia a excepción de hijos e hijas de madre con VIH
- Tome el peso, mida la longitud y perímetro cefálico
- Mantenga el alojamiento conjunto
- Administre la vacuna BCG según normas
- Realice tamizaje para descartar hipotiroidismo congénito si cuenta con capacidad resolutiva.

Evite separar a la madre de la o el recién nacido(a) siempre que sea posible. No deje a la madre y al recién nacida(o) desatendidos en ningún momento.

RECIEN NACIDOS CON PROBLEMAS (ver apartado de Recién Nacidos con Problemas en la sección de complicaciones)

Entre los problemas o las afecciones del recién nacido que requieren intervenciones urgentes se incluyen:

- ausencia de respiración
- dificultad respiratoria
- cianosis central (piel azulada)
- bajo peso al nacer (menos de 2 500 g)
- letargia
- hipotermia (temperatura axilar por debajo de 36,5°C)
- Convulsiones.

En los anteriores casos estabilícelo y refiera a un servicio de mayor nivel de resolución.

TRASLADO DE RECIEN NACIDOS.

- Explique a la madre el problema del bebé.
- Mantenga tibio al recién nacido. Envuelva al recién nacido con un paño suave y seco, cúbralo con una manta y asegúrese de que la cabeza esté cubierta para prevenir la pérdida de calor.
- Traslade al recién nacido en una incubadora. con proveedor de salud.

- Asegúrese de que el servicio que atiende al recién nacido reciba el registro del trabajo de parto, del parto y de cualquier tratamiento que se le haya administrado al recién nacido.

CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud se proponen para asegurar un margen adecuado de seguridad en el uso de anticonceptivos.

Cada condición se definió como una representación de características de una persona (por ejemplo edad, antecedentes de embarazo) o una condición medica/patológica pre-existente conocida (por ejemplo diabetes, hipertensión) Se espera que los lugares de prestación de servicios de salud institucional y nacional decidan los medios más adecuados de detección para las condiciones de acuerdo con su importancia en la salud pública. Los antecedentes de la o el usuario generalmente son el método más apropiado. Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se clasificaron en una de las cuatro categorías siguientes:

1. Una condición para la que hoy no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.
2. Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3. Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4. Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

El cuadro abajo representa las mismas categorías con sus indicadores de la conducta a seguir por el proveedor de servicios.

| Clasificación | Con Evidencia clínica | Con evidencia clínica limitada |
|---------------|--|-------------------------------------|
| 1 | Sin restricciones en su uso | Sí Puede utilizar el método |
| 2 | Las ventajas son mayores que los inconvenientes técnicos demostrados | Sí Puede utilizar el método |
| 3 | No se recomienda su uso pero pueden contemplarse excepciones | No No se debe utilizar el método |
| 4 | Uso contraindicado | No No se debe utilizar el método |

DIAGNÓSTICO, MANEJO Y PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MADRE-HIJO DE VIH Y SIFILIS

CONDUCTA A SEGUIR PARA EL TAMIZAJE, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL VIH EN EMBARAZADAS.

1. Recomendaciones de manejo:

Toda la información verbal o escrita debe ser proporcionada de manera comprensible, tomando en cuenta la edad, el nivel de escolaridad, el idioma, los aspectos étnicos, culturales y sociales. Las instituciones o el personal de salud en ningún caso deben solicitar la prueba de VIH como condición para el acceso a los servicios. El resultado de la prueba de detección de VIH debe ser entregado por personal capacitado con orientación post prueba y de manera confidencial. Las pruebas de detección del VIH, tanto rápidas como de confirmación, deben ser realizadas de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida y avalados por el Laboratorio Nacional de Ministerio de Salud Pública.

En el caso de las mujeres embarazadas menores de edad, las pruebas serológicas de VIH serán realizadas con el consentimiento legal de los padres y/o responsable de la menor.

Cuando un resultado es confirmado como no reactivo, se debe proporcionar orientación post prueba para modificar las prácticas de riesgo y/o promover la realización de la prueba de VIH tres meses después, tomando en cuenta el periodo de ventana.

Cuando el resultado es confirmado como reactivo, en la detección del VIH, el orientador debe proporcionar a la mujer y la pareja la información de los riesgos de transmisión, estrategias de prevención y limitaciones para promover la decisión libre acerca de los protocolos de prevención de la transmisión perinatal desde el momento en que se ha detectado. Cuando sea posible hay que ofrecer la prueba a la pareja o hijos/as. En el caso que sea necesario repetir más de una prueba de diagnóstico, la selección del método de la prueba y el orden en que se aplican son importantes para lograr los resultados correctos:

- a) En primer lugar las pruebas deben hacerse con diferente antígeno.
- b) Segundo, la primera prueba debe tener máxima sensibilidad y la segunda máxima especificidad. La primera prueba corresponde al tamizaje, de modo que idealmente debe ser muy sensible para detectar todos los casos positivos.

Dado que habrá algunos falsos positivos la segunda prueba (de confirmación) deberá ser de alta especificidad. Se recomiendan el uso de pruebas de suero, plasma o sangre de modo que puedan realizarse pruebas sobre el mismo espécimen.

Definición caso VIH en ADULTO: Se considera como persona con VIH, cuando presente dos **resultados reactivos de pruebas rápidas** de anticuerpos con principios distintos.

Definición caso SIDA en ADULTO: Se considera caso de infección avanzada o sida a toda persona infectada por el VIH, con **dos resultados reactivos de pruebas rápidas** de anticuerpos con principios distintos y presente una o más infecciones oportunistas.

Definición caso VIH en niños/as menores de 18 meses de edad: En este grupo las pruebas de anticuerpos no están indicadas para diagnóstico solo para seguimiento (ya que serán positivas por el paso de anticuerpos IgG transplacentarios maternos y no indican infección) y se deben realizar pruebas virológicas. Por esta razón debemos recurrir a métodos que detecten en la sangre del bebé de forma directa al VIH o alguno de sus componentes para poder considerar como infectado o no a un lactante de este grupo.

Se define como infectado con dos pruebas virológicas reactivas en 2 tomas diferentes de al menos un mes de diferencia después de 1 mes de edad y/o 2 pruebas de anticuerpos reactivas después de los 6 meses de vida. Si se uso carga viral esta debe estar > 20,000 copias (Posibilidad de falsos positivos con valores menores). A todos los niños/as expuestos se les deberá hacer la primera prueba virológica a las 4 semanas haciéndola coincidir con el esquema de vacunación para asegurar el éxito.

En caso que el lactante haya recibido Lactancia Materna las pruebas deben realizarse al menos 6 semanas después de haber suspendido esta de forma absoluta.

| PRUEBA | TIEMPO A REALIZAR |
|---|------------------------------|
| PCR DE DNA-proviral | Idealmente a las 4 semanas*. |
| o PCR DE RNA (Carga Viral), Antígeno VIH p24. | 3 a 6 meses |
| Anticuerpos | 12 a 18 meses |

Nota: Carga viral o DNA-proviral puede realizarse entre las 4 a 6 semanas.

Lactantes o niñas/os con diagnóstico de VIH deben ser referidos a la Unidad de Atención Integral más cercana para el seguimiento apropiado.

ORIENTACIÓN A MUJERES EMBARAZADAS CON VIH

Se debe seguir el mismo esquema de abordaje de una orientación post-prueba reactiva, advirtiendo la posibilidad de transmisión materno-infantil y exponerle las siguientes estrategias de prevención:

Se debe indagar si la paciente conoce los riesgos del VIH y las implicaciones para la mujer, el bebé y la pareja-

Deberá tenerse en cuenta riesgos que se asocian entre el embarazo y la infección por VIH, entre ellos:

Aumento de riesgo de aborto, mortinatos, mortalidad infantil, retardo del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y parto pre-término.

La infección del VIH puede ser transmitida de la madre infectada a su feto en el embarazo, durante el parto y a través de la lactancia materna. El riesgo de transmisión se estima en un 35% o sea que tiene 65% de probabilidades de nacer sin infección por VIH. El no usar condón durante la relación sexual genera riesgo de reinfectarse por VIH o sea recibir una nueva cantidad de virus y/o recibir un virus de diferente sub-tipo. También puede generar riesgo de infectar o reinfectar a su pareja sexual.

El estadio de la infección del VIH en la madre puede ser un Co-factor para que la infección se dé o no se dé en el niño. El infectarse en el período cercano al parto o tener infección avanzada (sida) en ese momento, por tener mayor cantidad de virus en el organismo, hace que sea más probable que el VIH se transmita al niño/a.

En lo que se refiere a la lactancia materna, está bien definido que la infección del VIH puede ser transmitida a través de la leche materna al niño(a) que es amamantado/a. Cuando el reemplazo de la leche materna por leche artificial maternizada es posible, financiable, aceptable, sostenible y seguro, en madres VIH positivas, se recomienda evitar totalmente dar lactancia materna.

De no ser posible lo anterior, se recomienda lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé. Debido a que el 80% de mujeres infectadas por VIH se encuentran en edad reproductiva, frecuentemente coexistirá la infección por VIH y el embarazo, por lo que es muy importante conocer cuáles son las medidas básicas que se deben recomendar a toda mujer embarazada para mejorar su salud, prevenir complicaciones y disminuir riesgos para su bebé.

En todos los países la medida prioritaria básica para prevenir la transmisión perinatal del VIH, es evitar que las mujeres en edad fértil se infecten con este virus. Pero cuando no es posible lo anterior y se tienen mujeres embarazadas infectadas por VIH, las instituciones del sector salud, deberán ofrecer y asegurar el suministro del tratamiento completo para la prevención de la transmisión perinatal con los esquemas autorizados, respetando la decisión libre de la mujer.

2. Prevención de la transmisión Madre-Hijo

MANEJO ANTIRRETROVIRAL EN LA MUJER EMBARAZADA

Consecuentemente los antirretrovirales reducen la transmisión cuando se inician durante el embarazo, parto o en el neonato, durante las primeras 48 horas después del nacimiento. La meta durante el embarazo es mantener una carga viral por debajo de 1,000 copias, ya que la misma disminuye considerablemente el riesgo de transmisión madre / hijo y permite considerar la posibilidad de parto vaginal.

INTERVENCIONES FUNDAMENTALES PARA PREVENIR TRANSMISIÓN VERTICAL:

- Promover la prevención primaria de la infección por VIH en mujeres.
- Ofertar prueba diagnóstica en la primera consulta prenatal y cada tres meses, hasta la resolución del embarazo.
- Tratamiento ARV de alta potencia en la gestante
- Reducir carga viral materna
- Evitar manipulación invasora
 - amniocentesis, etc.
- Reducir exposición del niño a sangre o secreciones vaginales
- Nacimiento por cesárea cuando la CV es superior a 1000 copias/mm³ cuando se dispone de este resultado en el tercer trimestre de embarazo, cuando es la embarazada es positiva y no se tiene acceso a realizar C. V., o cuando no se tiene resultados y considerar ofrecer parto vía vaginal sí y solo sí CV < de 1000 copias/mm³. y ha sido adherente al tratamiento.
- ARV profilácticos al niño.
- Evitar lactancia materna.

CONTROL PRENATAL EN LA MUJER EMBARAZADA CON VIH

El control prenatal de la gestante seropositiva debe incluir, además de los parámetros habituales de cualquier control prenatal, algunos parámetros adicionales.

PRIMERA VISITA:

- Proporcionar toda la información y orientación necesaria sobre la infección por el VIH en el embarazo y los riesgos de transmisión vertical, así como las posibilidades de PTMH con el uso de antirretrovirales, posibles efectos secundarios y enfatizar en la importancia del adecuado cumplimiento terapéutico tanto para el éxito de la prevención como para la salud de la madre y la prevención de resistencias.
- Realizar los exámenes prenatales de rutina, determinar el recuento de linfocitos totales CD4 y Carga Viral.
- Detectar otras infecciones de transmisión sexual como gonorrea, chlamydia, sífilis, hepatitis B, así como serología para TORCH.
- Se permite actualizar el esquema de vacunación recomendado excluyendo vacunas de virus vivos atenuados y vigilar estrictamente el estado nutricional de la paciente.
- Las vacunas como la de sarampión, paperas y rubéola están contraindicadas en el embarazo.

CONTROL PRENATAL DE LA PACIENTE CON VIH

| TRIMESTRE | CONTROL |
|-----------|--|
| PRIMERO | Estadificación de la enfermedad de acuerdo a los parámetros de la CDC |
| | Estadificación de recuentos de CD4 y de ser posible CV |
| | Asesoramiento psicológico y evaluación nutricional |
| | Hematología completa más VS, (recuento de linfocitos totales) |
| | Heces, Orina, Colesterol, Triglicéridos, Creatinina, Glicemia |
| | VDRL, HBsAG |
| | Ultrasonografía a las 8-12 semanas |
| | Evaluación Ginecológica y Papanicolau* |
| SEGUNDO | Ultrasonografía a las 18-12 semanas por evaluación del crecimiento fetal y descartar anomalías |
| | Recuento de linfocitos totales, además de química sanguínea y glicemia |
| | Dar plan educacional sobre sexo seguro y planificación familiar |
| | Hematología completa más VS (recuento de linfocitos totales) |
| | Evaluación ginecológica y nutricional |
| TERCERO | Evaluación del bienestar fetal a partir de las 34 semanas si existe indicación clínica |
| | A las 36 semanas programar la cesárea electiva para realizarla en la 38 semana o parto según disposición del resultado de la Carga viral. Si no se dispone de capacidad resolutoria referir oportunamente. |
| | Evaluación Ginecológica y nutricional |
| | Realización de perfil biofísico a partir de la semana 32 en pacientes con enfermedades concomitantes como Diabetes o Hipertensión inducida por el embarazo |

****Tener en cuenta que papanicolau, debido a los cambios hormonales propios del embarazo, pueden producir cambios celulares que pueden dar resultados falsamente positivos***

RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE TERAPIA ARV EN EMBARAZO:

- o Tratar de incluir en el esquema ARV Zidovudina
- o Utilizar zidovudina intravenosa intraparto o Trans cesárea
- o Nunca utilizar monoterapia ni biterapia durante el embarazo
- o No se recomienda utilizar: Didanosina + Estavudina, Abacavir, efavirenz (primer trimestre), Amprenavir e indinavir.
- o Si CD 4 >250/mm³, no iniciar tratamiento con NVP. Si no hay otra alternativa, monitoreo clínico y analítico (TGP) muy estrecho.
- o En casos nuevos iniciar ARV lo más precozmente posible a partir de la semana 14 si no tienen indicaciones de tratamiento previo a este periodo.

Escenarios clínicos para Inicio de ARV:

1. Mujer Embarazada con Tratamiento Previo:

- Continuar el régimen de terapia antirretroviral substituyendo las drogas con potencial tóxico comprobado, o con efectos adversos conocidos para la mujer embarazada y para el feto. (Ej.: Ddl, ABC, EFV, APV y fAPV).
- La mujer que toma efavirenz, deben substituirlo por LPV/r, a menos que haya pasado el 1er trimestre

2. Mujer Embarazada sin tratamiento previo:

- Iniciar tratamiento después del 1er trimestre, con excepción de aquellos casos con menos de 200 cel. CD4/ml o con procesos definitorios de sida.
- Iniciar terapia con:
 - AZT 300 mg c/12 hrs + 3TC 150 mg c/12 hrs + LPV/r 400mg/100 mg c/12 hrs
 - * **Alternativa siempre y cuando CD4 < 250 cel./ml**
 - AZT 300 mg c/12 hrs + 3TC 150 mg c/12 hrs + Nevirapina (iniciar Nevirapina 200 mg c/24 hrs y si no hay eventos adversos subir a 200 mg c/12 horas los 15 días de tratamiento), vigilar por riesgo de toxicidad hepática y si tiene mas de 250 CD4/ml el riesgo es mayor.
 - En caso de anemia por AZT sustituirla por Tenofovir

3. En la Embarazada que Llega en el Momento del Parto:

- Se recomienda siempre que se pueda utilizar Zidovudina en infusión continua durante el parto.
- Tamizaje para VDRL, HBsAg

4. En la paciente embarazada que este ya tomando terapia antirretroviral y se encuentra en falla virológica, debe ser referida a una Unidad de Atención Integral de referencia para su evaluación y seguimiento.

El embarazo de la mujer con VIH debe ser resuelto por cesárea electiva, el parto simple en general debe evitarse y solo puede ser considerado si la carga viral es **documentada** < 1000 copias/ml en el 3er trimestre y se han agotado todos los recursos para darle acceso a la paciente a cesárea.

Manejo Trans Cesárea o Parto:

- o Zidovudina a la madre: Iniciar 1 hora antes de la intervención o al iniciar trabajo de parto con una dosis inicial de 2 mg/Kg de peso vía IV en una hora (diluido en 250 cc de dextrosa al 5%), seguido de una infusión de 1 mg/Kg/hora (diluido en 500 cc de dextrosa al 5%) hasta cortar el cordón umbilical.
- o Zidovudina al recién nacido: Iniciar dentro de las primeras 6 horas de vida jarabe de AZT. Ver sección de pediatría.

Interrupción del TARV utilizado para PTMI (en la gestante que no reúne condiciones clínicas y/o inmunológicas para TARV).

- En los casos excepcionales en que se mantenga lactancia materna se recomienda mantener el TARV en la madre mientras dure esta, recomendado 6 meses.
- Cuando la combinación elegida se basa en LPV/r +2 análogos de los nucleósidos, se recomienda la interrupción simultánea de todos los ARV.
- Cuando la combinación elegida se base en NVP + 2 análogos de los nucleósidos, se recomienda la interrupción primero de NVP y 7 a 10 días después los 2 análogos de los nucleósidos, para minimizar la posibilidad de resistencia a la NVP.

Es recomendable vigilar la presencia de signos o síntomas de amenaza de aborto, ya que se ha observado que la frecuencia de abortos es mayor en las mujeres infectadas. En caso de aborto se recomienda el manejo habitual para mujeres no infectadas. Desde el momento de la detección de infección por VIH se debe iniciar la profilaxis o tratamiento de las infecciones oportunistas que está recomendado de acuerdo al estado en que se encuentre la mujer, su estado inmunológico y la toxicidad o teratogénesis reportada para el empleo de medicamentos en uso.

Entre las principales infecciones oportunistas que se deben considerar para profilaxis o tratamiento, se encuentra la Candidiasis Vaginal-Oral, Herpes, Papiloma Virus, Tuberculosis, Neumonía Pneumocistis jiroveci y Chlamydia Trachomatis.

En caso de ruptura de membranas, la resolución del embarazo debe realizarse en las primeras **cuatro horas**. El riesgo de transmisión se incrementa en un 2% con cada hora que persista la ruptura de membranas. El riesgo se incrementa hasta un 31% cuando la ruptura es mayor de 24 horas.

2.3 Manejo de la resolución del embarazo en la mujer con VIH

Cesárea electiva a las 38 semanas de gestación.

Se deberá efectuar **cesárea inmediata** si la paciente acude después de las 38 semanas de gestación al servicio de salud. La cesárea electiva antes de iniciar trabajo de parto y que se presenten rupturas de membranas, **disminuye el riesgo de transmisión perinatal en un 55 a 80%**. Se deberá realizar hacia las 38 semanas de gestación para evitar el riesgo de rupturas de membranas que se presenta entre la 38 y 39 semanas. No existe contraindicación para el uso de anestesia epidural en las mujeres con VIH.

Parto Normal (Vaginal): Membranas Ovulares Rotas > de 4 horas de evolución Trabajo de parto Activo (dilatación cervical mayor de 4 cms.)

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL (DE LA) RECIÉN NACIDO(A) DE MADRE CON VIH

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO CLÍNICO EN NIÑOS MENORES DE 18 MESES:

Existen situaciones donde no es posible obtener pronto el resultado de una carga viral o menos aun de DNA proviral. Si se tiene el caso de un lactante hijo de madre con VIH, con pruebas de tamizaje reactiva, principalmente si pasa los 12 meses de vida, muy sintomático se puede hacer un diagnostico presuntivo para tomar una decisión rápida si presenta lo siguiente:

- Enfermedades definitorias de SIDA o de categoría "C" ó
- Dos o más de los siguientes: neumonía grave, sepsis grave, candida oral persistente
- Se presentan factores que apoyan el diagnostico como madre con enfermedad avanzada o que falleció recientemente de SIDA, o CD4 menor de 20%

Si el caso llena los criterios anteriores se puede iniciar tratamiento antirretroviral. Se debe confirmar lo mas pronto posible el diagnostico. Si se confirma como no infectado, se puede retirar el tratamiento sin problema.

PROFILAXIS PARA EVITAR LA TRANSMISION Materno-Infantil

En base a la clasificación de alto y bajo riesgo se decidirá la profilaxis antirretroviral debiendo iniciar en las primeras 6 a 8 horas de vida según indicaciones descritas en tabla siguiente.

Criterios de Alto riesgo de infección VIH

- Madre que no recibió ARV durante el embarazo o no fue adherente
- Presento fallo virológico
- Madre en fase sida detectada en el parto
- Parto vaginal con carga viral > de 1000 copias o desconocida,
- Madre sin Tx. en el embarazo
- Factores de riesgo como RPM,
- Parto prematuro,
- Parto gemelar,
- Hemorragias Vaginales

Criterios de Bajo riesgo de infección VIH

- Carga viral < 1000 copias
- Madre con tratamiento antirretroviral durante el embarazo

FÁRMACOS UTILIZADOS SEGÚN RIESGO DE INFECCIÓN

| Riesgo | Antirretroviral | Intervención |
|--------|-----------------|---|
| Alto | AZT | <ul style="list-style-type: none"> ● RN < de 35 semanas Iniciar 2mg/kg/dosis P.O cada 12 horas por 2 semanas luego dar cada 6 horas hasta completar 4 semanas ● RN Término Iniciar 2mg/kg/dosis P.O cada 6 horas por 4 semanas ● Se debe iniciar la profilaxis en las primeras 6 a 8 horas de vida I.V. 1.5 mg/kg/dosis cada 6 ó 12 horas dependiendo si es a término o prematuro |
| | 3TC | <p>Iniciar a las 12 horas de vida a</p> <p>2 mg/kg/dosis cada 12 horas por</p> <p>4 semanas</p> |
| | NEVIRAPINA** | Administrar NVP a las 12 horas de vida y continuar después con NVP a dosis de 4mg/Kg/ día cada 24 horas, hasta el día 14 y suspender. |
| Bajo | AZT | <ul style="list-style-type: none"> ● RN < de 35 semanas Iniciar 2mg/kg/dosis P.O cada 12 horas por 2 semanas luego dar cada 6 horas hasta completar 4 semanas ● RN Término Iniciar 2mg/kg/dosis P.O cada 6 horas por 4 semanas <p>Se debe iniciar la profilaxis en las primeras 6 a 8 horas de vida I.V. 1.5 mg/kg/dosis cada 6 ó 12 horas dependiendo si es a término o prematuro</p> |

*Vigilar por desarrollo de anemia y si se presentan signos clínicos, realizar hematología y evaluar transfusión.

**Siempre se suspenderá primero la Nevirapina y 2 semanas después los otros dos antirretrovirales por la permanencia prolongada de niveles en sangre de la Nevirapina aún después de suspenderla.

En niños de alto riesgo en los cuales se utilizó triple terapia para la prevención de la transmisión vertical, se recomienda utilizar como método diagnóstico PCR de DNA.

SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO Y LACTANTE EXPUESTO A VIH

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación basal ● Evaluaciones de seguimiento ● Laboratorios basales | <p>Al nacimiento y luego a los 15 días</p> <p>Cada mes hasta el año de edad</p> |
| Hematología | basal y al 1 mes |
| TORCH IgM | al mes |
| Ag de superficie para hepatitis B | al mes |
| VDRL | al mes |
| PCR de DNA o RNA | ver tabla anterior |
| Anticuerpos para VIH | a partir de los 12 meses |

(Fuente: Manual Nacional de Tratamiento Antirretroviral y de Infecciones Oportunistas PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS, VIH y SIDA. GUÍA PARA EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA POSITIVA AL VIH O CON SIDA)

LACTANCIA MATERNA

Cuando el reemplazo de la leche materna por leche artificial maternizada es posible, puede financiarse, es aceptable, sostenible y seguro, es recomendable y se debe evitar totalmente dar lactancia materna en madre VIH positivas.

En casos excepcionales donde sea imposible acceder a fórmulas artificiales se puede considerar lactancia materna. Para minimizar el riesgo de transmisión por VIH la lactancia materna debe discontinuarse tan pronto sea posible y no debe ser mayor de 6 meses, debe ser lactancia materna exclusiva (no combinar lactancia materna con fórmulas caseras o maternizadas), tomando en cuenta las circunstancias locales, la situación individual de la mujer, el riesgo de reemplazar la alimentación (incluyendo malnutrición y otras infecciones diferentes de VIH) y la madre debe continuar con TARV hasta que suspenda definitivamente la administración de la misma

Cuando la madre decide no dar lactancia materna o de tenerla más tarde, se les debe proveer con una guía específica de alimentación y soporte a los bebés durante los dos años siguientes, para asegurar una reposición alimenticia adecuada. Los programas deben esforzarse para mejorar las condiciones que hagan la terapia de reemplazo más segura para las madres VIH+ y sus familias.

CONDUCTA A SEGUIR PARA EL TAMIZAJE, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE SÍFILIS EN EMBARAZADAS:

La sífilis es una infección de Transmisión sexual o transplacentaria y la transmisión por vía transfusional actualmente es prácticamente inexistente, causada por el *Treponema pallidum*, de evolución crónica y distribución universal. La transmisión sexual se produce por inoculación del microorganismo en abrasiones causadas por microtraumatismos en piel o mucosas durante las relaciones sexuales que evolucionan a erosiones y úlceras. La infección materna por sífilis es igual que en cualquier mujer no embarazada y puede adquirirse en cualquier etapa del embarazo.

Estadíos de Sífilis Adquirida:

a. Sífilis primaria:

Es la fase inicial caracterizada por la aparición del "Chancro" después de un periodo de incubación de aproximadamente 21 días (10 a 90 días). Es una erosión indolora, circunscrita y de bordes elevados redondeados u ovals y base indurada. Suele ser difícil de detectar en mujeres por la localización interna. Cuando se localiza en la zona genital se acompaña de cambios en los ganglios linfáticos inguinales, con aumento de tamaño, duros y poco dolorosos. Sin tratamiento el chanco involuciona y cicatriza en dos a seis semanas.

b. Sífilis secundaria:

Se presenta entre 3 a 6 semanas luego de la aparición del chancro, se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas que surgen en este periodo: la roséola sífilítica y lesiones papulosas (eritema maculopapular) que incluye palmas de manos y plantas de los pies, con duración variable, de resolución espontánea o con recurrencias en el primer año. La presencia de condilomas planos (condiloma lata) o Rash descamativo especialmente en el tórax.

c. Periodo de latencia:

Es un periodo asintomático con duración entre 5 a 50 años, el diagnóstico únicamente se realiza por métodos serológicos, el riesgo de transmisión sexual durante esta fase es bajo, aunque no inexistente y debe tenerse especialmente en cuenta en las embarazadas.

d. Sífilis Terciaria:

Ocurre varios años después de la infección afectando hasta el 40% de los casos que no reciben tratamiento. Incluye un espectro de manifestaciones clínicas, siendo las más comunes, las complicaciones cardiovasculares, las gomas y las lesiones neurológicas.

Diagnóstico:

Toda mujer embarazada debe someterse a pruebas serológicas de tamizaje en el control prenatal, mediante la prueba de anticuerpos:

- a. VDRL o RPR es reactivo y si se cuenta con capacidad resolutive del servicio, realizar pruebas treponémicas como FTA-ABS o MHAT-TP o prueba rápida, y si éstas son reactivas, tratar para sífilis. Si no son reactivas hay ausencia de sífilis.
- b. Si VDRL es reactivo o RPR es reactivo y no hay capacidad resolutive del servicio para hacer pruebas treponémicas, tratar para sífilis. Si las pruebas no son reactivas hay ausencia de sífilis.
- c. Si VDRL o RPR o prueba rápida no reactiva, se debe repetir la prueba en el último trimestre de la gestación o al momento del parto, si no reactiva hay ausencia de sífilis.

Las pruebas no treponémicas (VDRL, RPR o Pruebas Rápidas) no son absolutamente específicas para los anticuerpos de las sífilis, sin embargo, son altamente sensibles y prácticas para efecto de salud pública, estas pruebas son aplicables en el segundo nivel de atención sin necesidad de pruebas confirmatorias.

Conducta y Tratamiento a Seguir:

- a. Sífilis primaria o latente:
Penicilina Benzatínica 2,400,000 UI vía intramuscular en dosis única.
- b. Sífilis latente tardía o sin determinar el estadio:
Penicilina Benzatínica 2,400,000 UI vía Intramuscular una vez por semana por tres semanas.
En caso de alergia a la penicilina se recomienda desensibilizar, por lo que debe referirse a un hospital con capacidad resolutive.
Toda resultado reactivo en mujeres embarazadas debe ser considerado como un diagnóstico de sífilis latente tardío sin requerir pruebas confirmatorias.

Toda pareja sexual de una mujer embarazada infectada en cualquier estadio, debe ser evaluada clínica y serológicamente, si la exposición ocurrió menos de 90 días antes del diagnóstico de sífilis primaria o latente, aunque la prueba sea negativa se indica Penicilina Benzatínica 2,400,000 UI IM y en caso de alergia a la penicilina Doxiciclina 100mg., por vía oral dos veces por día durante 14 días y en caso de sífilis latente tardía se indica una dosis de penicilina benzatínica cada semana por tres semanas o Doxiciclina en caso de alergia, 100mg. Dos veces por día durante 30 días.

Luego de un tratamiento efectivo se espera la caída de los títulos por lo menos 4 veces (Ejemplo: 1:16 a 1:4) en los tres meses siguientes, pudiendo persistir la positividad por mas de 1 año, dependiendo del valor inicial o de si el paciente está infectado por VIH.

CONDUCTA A SEGUIR PARA EL TAMIZAJE, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE SÍFILIS CONGÉNITA:

El *Treponema pallidum* está presente en la sangre en los estadios tempranos y puede ser transmitido al feto. El paso a través de la placenta suele ocurrir entre las semanas 16 y 28 del embarazo. La probabilidad de que una mujer embarazada transmita la infección al feto está relacionada con la fase de la infección, siendo durante el primer año y sin tratamiento de aproximadamente 90% y disminuyendo en las etapas tardías. El pronóstico de los niños infectados por sífilis durante la vida intrauterina no está bien establecido, pero está muy asociado a eventos negativos que incluyen aborto, feto muerto, bajo peso al nacer, prematuridad o infección neonatal.

Todos los hijos de mujeres que presentaron sífilis durante el embarazo deben ser estudiados para determinar si presentan evidencia de enfermedad. En todos los casos se recomienda realizar los siguientes procedimientos:

- a. Estudio anatomopatológico de la placenta
- b. Examen físico completo que debe incluir la búsqueda activa de las lesiones características.
- c. Pruebas serológicas
- d. Examen de campo oscuro de las secreciones del niño
- e. En los casos que cumplen la definición de sífilis congénita se recomienda la realización de una punción lumbar para la evaluación de VDRL, citología y fisicoquímico del LCR. Esto debe de hacerse cuando existan las condiciones apropiadas por lo que se recomienda referencia a un centro con resolución.
- f. Se debe considerar la realización de otros estudios según la disponibilidad, como radiografía de huesos largos, tórax, pruebas hepáticas, USG transfontanelar).

Manifestaciones Clínicas de Sífilis Congénita Temprana:

- Prematurez
- Retardo de crecimiento intrauterino
- Neumonitis (Neumonía alba)
- Hepatoesplenomegalia
- Linfadenopatía generalizada
- Manifestaciones hematológicas: anemia, leucopenia, leucocitosis o trombocitopenia.
- Manifestaciones muco cutáneas: púrpura, pénfigo palmo plantar, erupción maculopapular, condilomas planos o petequias.
- Lesiones óseas, osteocondritis, periostitis
- Manifestaciones renales
- Meningitis aséptica, pseudoparálisis de Parrot
- Manifestaciones oculares como coriorretinitis, retinitis
- Otros: fiebre, rinorrea sanguinolenta, pancreatitis, ictericia, inflamación del tracto gastrointestinal, hipopituitarismo, miocarditis o hidrops fetal.

Manifestaciones Clínicas Sospechosas de Sífilis Congénita Tardía:

- Dientes de Hutchinson
- Queratitis intersticial
- Nariz en silla de montar, frente olímpica
- Gomas en pie
- Lesión de SNC como retardo mental, hidrocefalia, convulsiones, sordera y ceguera
- Lesiones osteoarticulares: articulaciones de Clutton, tibia en sable, gomas óseas, escápulas en forma de campanas
- Paladar alto, mandíbula protuberante, micrognatia, fisuras periorales.

Diagnóstico:

Los anticuerpos IgG atraviesan la placenta, por lo que tanto las pruebas treponémicas y no treponémicas pueden ser positivas en caso de sífilis materna. En estos casos se recomienda realizar una determinación simultánea de VDRL o RPR en la madre y el niño (Sin utilizar sangre del cordón umbilical) y considerar reactivos a los niños con títulos cuatro veces mayor que los títulos de la madre.

Conducta y Tratamiento de Sífilis Congénita:

Todos los niños con estas características deben recibir tratamiento:

- Evidencia clínica de sífilis congénita
- Asintomáticos pero que la madre no recibió tratamiento adecuado para sífilis materna
- Asintomáticos, la madre fue tratada adecuadamente, pero presentan títulos de RPR o VDRL superiores a los de la madre
- Asintomáticos, en quienes la madre recibió tratamiento adecuado pero no se dispone de títulos cuantitativos para comparar con la madre.

El tratamiento debe realizarse con Penicilina Cristalina G acuosa 50,000 unidades/kg. Cada 12 horas por 7 los primeros 7 días de edad y después 50,000UI/kg cada 8 horas hasta completar 10 días. En los niños que presentan manifestaciones neurológicas el tratamiento debe mantenerse siempre durante 14 días. Si se descarta neurosífilis, puede considerarse el tratamiento alternativo con penicilina procaínica IM a 50,000 UI/kg/día durante 14 días.

Los niños asintomáticos, que nacen de madres con sífilis tratada en forma adecuada y cuyos títulos de RPR o VDRL son similares o inferiores a los de la madre se recomiendan administrar una sola dosis de penicilina benzatínica de 50,000 UI/kg de peso, independientemente del tratamiento recibido por la madre y sin necesidad de realizar pruebas adicionales.

PRINCIPALES COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EMBARAZO, PARTO, POST PARTO Y RECIÉN NACIDO

1. HEMORRAGIA POSTPARTO

A. HEMORRAGIA POSTPARTO

DEFINICIÓN CLINICA: Cualquier pérdida de sangre que tenga el potencial de producir o que produzca inestabilidad hemodinámica.

El sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas y puede que la afección no se detecte hasta que la mujer entre repentinamente en shock. La importancia de un volumen determinado de pérdida de sangre varía según sea el nivel de hemoglobina de la mujer. Una mujer con un nivel de hemoglobina normal tolera una pérdida de sangre que sería mortal para una mujer anémica.

ETIOLOGÍA:

- **Causas uterinas (son el 80% de las causas de hemorragia postparto):** Atonía, retención de fragmentos placentarios o de la placenta completa (placenta succenturiata, placenta acreta), ruptura e inversión uterinas.
- **Causas no uterinas:** Lesiones del tracto genital inferior (desgarros, episiotomía), hematomas, coagulopatías (embolia de líquido amniótico, DPPNI, muerte fetal HIE, causa congénita o adquirida, trombocitopenia auto inmune, anti coagulación o pérdida masiva de sangre).

CLASIFICACION:

- Temprana: dentro de los primeros minutos, hasta las primeras 24 horas postparto.
- Tardía después de las 24 horas y hasta las 6 semanas postparto.

FACTORES DE RIESGO:

- **Atonía uterina:** Sobre-distensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía), gran multiparidad, corioamnionitis, trabajo de parto precipitado o prolongado, (sulfato de magnesio, anestésicos halogenados).
- **Retención de restos placentarios o placenta completa;** antecedente de cesárea, legrado uterino, fibromatosis uterina, adherencia anormal de la placenta, lóbulo placentario aberrante, mal alumbramiento
- **Ruptura uterina:** Embarazo múltiple, presentación anormal, multiparidad (20 veces + frecuente), mal uso de oxitócicos y cicatriz uterina (cesáreas o miomectomías).
- **Inversión uterina** (tracción violenta del cordón o no hacer contra-tracción)
- **Rasgaduras** en vagina o cuello cervical: En partos precipitados, macrosomías fetales y uso de fórceps
- Condiciones medicas asociadas. **Coagulopatías**

TENGA EN MENTE LOS SIGNOS CLINICOS DE SHOCK HIPOVOLEMICO:

- Pulso débil y rápido (110 frecuencia por minuto o mas)
- Presión arterial baja (Sistólica menos de 90 mmn Hg)
- Ansiedad, confusión o inconsciencia
- Producción de orina escasa (menos de 30 ml por hora)
- Sudoración o piel fría y húmeda

TRATAMIENTO:

- PIDA AYUDA. Movilice urgentemente a todo el personal disponible
- Monitoree signos vitales (Pulso, presión arterial, respiración, temperatura),
- El tratamiento no tiene un orden específico, muchas acciones se hacen simultáneamente, el objetivo es salvar la vida de la paciente.

MÉDICO:

Tratamiento de HIPOVOLEMIA:

- Establecer **dos vías para infusión intravenosa** y/o transfusiones con catéter 16 - 18
- **Sonda de Foley:** Mantener excreta (30 ml / hora)
- **Oxigenoterapia:** 4-6 litros x´ por mascarilla
- Laboratorio: Compatibilidad, Hb, Ht, retracción del coágulo, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno, recuento de plaquetas, productos de degradación del fibrinógeno.
- **Cristaloides:**
 - **Solución salina normal o Hartman.** 3 mil x 1 mil de sangre perdida. De preferencia calentada para evitar hipotermia. Si no hay respuesta adecuada en signos vitales con los primeros 3,000 mil, considerar pérdida mayor del 20% de volumen y debe pedirse transfusión.
- **Transfusión:**
 - **Sangre fresca:** si no hay tipificación pedir sangre **Grupo O, factor Rh negativo.**
 - Glóbulos rojos de acuerdo a Hb y Ht después de crisis
 - Plasma fresco congelado si hay hipofibrinogenemia.
 - Plaquetas dependiendo de número y necesidad de cirugía: Unidad por 10 Kg. De peso. (c/Unidad incrementa entre 6,000 a 8,000 plaquetas/mm³).
 - Crioprecipitado o plaquetas PRN dependiendo de consulta a hematólogos por el tipo de coagulopatía.
- **Evaluación:** Determinar la causa.
 - Examen macroscópico de placenta: Si está incompleta, extracción de restos.
 - Evaluar fondo de útero inmediatamente después del alumbramiento:
 - Si hay atonía: emplear oxitócicos. Si no hay respuesta: masaje uterino.
 - Si no se palpa útero: inversión uterina (protocolo respectivo)
 - Si el útero está formado: Evaluar tacto genital inferior para investigar rasgaduras o hematomas: suturar o evaluar drenaje.
 - Si todo es negativo: Evaluar cavidad uterina para investigar retención de restos o ruptura uterina: Extracción de restos o conducta quirúrgica respectiva.
 - Si hay coagulopatía: Consultar con hematólogo.



Abdominal (postparto) o **Trans - abdominal** directo si es durante cesárea. Cuando se hace **bimanual** (postparto) con la mano vaginal se procura desplazar el útero hacia arriba.

- Coloque el puño en el fondo de saco anterior y aplique presión contra la pared anterior del útero.
- Con la otra mano, presiones profundamente en el abdomen por detrás del útero aplicando presión contra la pared posterior del útero
- Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado y la contracción del útero.
- Como alternativa, comprima la aorta, aplique presión hacia abajo con un puño cerrado sobre la aorta abdominal directamente a través de la pared abdominal.

- El punto a comprimir queda justo por encima del ombligo y ligeramente a la izquierda
- Las pulsaciones aórticas pueden sentirse fácilmente a través de la pared abdominal anterior en el periodo del postparto inmediato
- Solicite apoyo para palpar el pulso femoral, para verificar, si la presión ejercida es adecuada
- Si el pulso es palpable durante la compresión, la presión ejercida por el puño es inadecuada
- Si el pulso femoral no es palpable, la presión ejercida es adecuada.
- Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado



MEDICAMENTOS:

- **Oxitócicos:** En casos de atonía uterina:
 - **Primera Elección: Oxitocina:** 20 Unidades en 1,000 ml de cristaloides (S/S ó Hartman) a 60 gotas por minuto o 125 mil por hora en BIC (si esta disponible). No emplear en bolus ya que ocasiona hipotensión arterial.

En caso de no tener oxitocina, o no tener respuesta clínica usar:

- Metilergonovina: 0.2 mg IM dosis única. No emplear IV ya que produce incremento de presión arterial.
-
- **Prostaglandina sintética E1 (Misoprostol)** 800 microgramos transrectal (4 tabletas de 200 microgramos)

Carbetocina: es un análogo sintético de La oxitocina, de administración endovenosa, que ha demostrado eficacia en el tratamiento de atonía uterina en el caso de madres que se les realiza cesárea y que tienen factores de riesgo importantes tales como: sobredistensión uterina, gran multiparidad, corioamnionitis, tumores uterinos o en el caso de uso de fármacos relajantes del útero la forma de administración es: 1 ampolla de 100 microgramos (ampolla de 1 ml), intra venoso en dosis única. (se recomienda su uso en hospitales de tercer nivel, si dispone del recurso)

SI LA HEMORRAGIA NO RESUELVE O PACIENTE PRESENTA DETERIORO CLÍNICO REFERIR DE INMEDIATO A CENTRO CON MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA

QUIRÚRGICO

Dependerá de la paridad de la paciente, el deseo de embarazo, la patología causal y el criterio del cirujano.

- Extracción manual de la placenta (ver tema específico)
- Sutura de lesiones de partes blandas o drenaje de hematoma
- Corrección de inversión uterina

CRITERIOS DE ALTA Y RECOMENDACIONES.

- Recuperación de la pérdida sanguínea.
- Sintomatología controlada, paciente tolerando vía oral
- Buen tránsito intestinal, tratamiento complementario controlado.
- Plan educacional e indicaciones claras y sencillas.
- Cita para control y seguimiento a consulta externa.

B. RUPTURA UTERINA

DEFINICIÓN

Es la presencia de cualquier desgarró, fracción o solución de continuidad supra cervical en el útero

| INMINENCIA DE RUPTURA UTERINA | RUPTURA UTERINA |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">● Signo de Bandl (anillo de contracción patológica que se visualiza en el abdomen)● Shroeder-Frommel (ligamentos redondos tensos y dolorosos)● Pinard (edema vulvar)● Signo de Chiari (hemorragia vaginal)● Signos de Shock● SFA o muerte fetal, difícil palpación del feto vía abdominal● Hemorragia oscura y escasa | Hemorragia interna, anemia aguda, signos de shock hipovolémico, dolor agudo, cese de contracciones en forma repentina, presentación móvil, feto muerto, feto en abdomen, feto no palpable por vía vaginal, palpación directa de la ruptura uterina, signo de Clark (crepitación al palpar el abdomen, por hemorragia en cavidad abdominal), presencia de asas intestinales en conducto vaginal, útero lateralizado, tenesmo urinario. |

COMPLICACIONES

- Shock hipovolémico
- Lesión de vagina, vejiga o recto
- Peritonitis
- Shock Séptico
- CID
- Muerte fetal y/o materna

PROTOCOLO I

INMINENCIA DE RUPTURA UTERINA

1. HOSPITALIZACION:

- Ingresa a Sala de Operaciones para cesárea STAT
- Laboratorio: Hb, Ht, compatibilidad
- Medicamentos: omitir oxitocina (si fuera el caso)
- Catéter intravenoso No. 16-18
- Soluciones IV: Hartman o salino

2. TRATAMIENTO:

- Operación cesárea.

PROTOCOLO II

RUPTURA UTERINA

1. HOSPITALIZACION:

- Igual que en protocolo I, agregando en
- Laboratorio: Fibrinógeno, Creatinina, N de Urea
- Catéter IV: Hartman y transfusión sanguínea
- Catéter vesical
- Antibióticos:
 - Penicilina cristalina: 3,000,000 UI IV stat y c/4 horas previa prueba de sensibilidad
 - Cloranfenicol: 500 mg IV stat y c/6 horas
- Laparotomía exploradora:
 - Histerorrafia y ligadura de trompas de Falopio
 - Histerectomía subtotal
 - Histerectomía total
 - Ligadura de arterias hipogástricas
 - Cuidados postoperatorios en unidad de cuidados Intensivos (si se tiene disponibilidad)

C. INVERSIÓN UTERINA

DEFINICIÓN:

Es la introducción espontánea o provocada del fondo uterino dentro de la cavidad uterina con posibilidad de protruir por el cérvix y la vulva, invirtiéndose anatómicamente.

La Corrección de la inversión uterina debe realizarse de inmediato. Al pasar el tiempo, el anillo de constricción alrededor del útero se torna más rígido y el útero aumenta de volumen con más sangre.

No administre medicamentos oxitócicos antes de corregir la inversión.

CLASIFICACIÓN:

- **AGUDA:** Durante el puerperio inmediato. Puede o no tener anillo de contracción cervical.
- **SUBAGUDA:** > 24 hrs y < 4 sem. Postparto. Generalmente tiene anillo de contracción cervical.
- **CRÓNICA:** 4 semanas postparto. Tiene contracción cervical. Dependiendo del grado de inversión del útero puede dividirse en:

GRADO I: Incompleta. El cuerpo se invierte hasta el cérvix sin protruir por él.

GRADO II: El cuerpo protruye por el cerviz sin llegar a la vulva.

GRADO III: Completa. El cuerpo protruye por la vulva.

GRADO IV: Prolapso total. Cuando la vagina se invierte con el útero.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

En la aguda:

- Masa vaginal que puede confundirse con pólipo o leiomioma
- Shock hipovolémico y/o neurogénico.
- Dolor pélvico abdominal
- Hemorragia postparto
- Ausencia del fondo uterino en abdomen

PREVENCIÓN: HACER SIEMPRE MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO

PROTOCOLO I

INVERSIÓN AGUDA

- NPO
- Dos vías intravenosas: Soluciones cristaloides o coloides.
- Laboratorios: Hb; Ht; Compatibilidad
- Evaluar Transfusión de sangre PRN
- Sonda vesical permanente /24 horas

REPOSICIÓN MANUAL DEL ÚTERO:

ES IMPORTANTE QUE LA PARTE DEL ÚTERO QUE SALIO AL FINAL, SEA LO QUE ENTRE PRIMERO

- Anestesia general
- Sulfato de magnesio: 2 gramos IV en 5 minutos (cuando hay shock) o Terbutalina: 0.25 mg en bolus IV ó S.C. (si no hay shock)
- Restituir el útero invertido (con la mano enguantada) sujetándolo y empujándolo a través del cuello hacia el ombligo a su posición normal, y se coloca la otra mano por encima del abdomen para sostener el útero.
- Si la placenta está aun adherida, se debe extraer la misma manualmente DESPUES de la restitución del útero
- Sostener el útero por 3-5 minutos efectuando masaje por vía abdominal

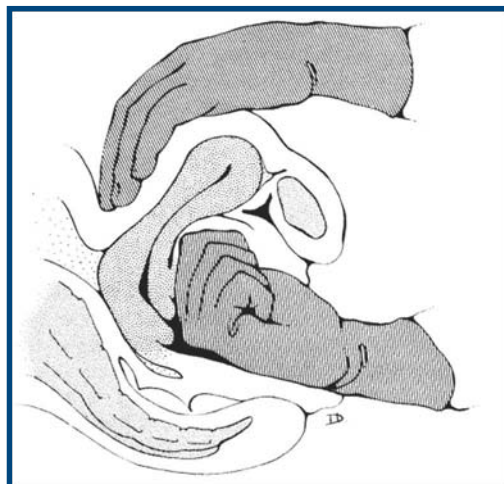
MEDICAMENTOS: Una vez restablecido el útero.

- Oxitócicos:
- Oxitocina 20 UI en 1,000 ml de cristaloides, 30 a 60 gotas por minuto
- Metilergonovina o maleato de ergonovina: 0.2 mg IM
- Antibióticos profilácticos: Ampicilina 2 gramos IV MAS Metronidazol 500 mg IV, Dosis única

VIGILANCIA:

- Evaluación periódica durante 24 horas de signos vitales, fondo del útero por abdomen, sangrado vaginal.
- Si hay recidiva: 44% después de reposición manual
- Repetir la restitución manual
- Evaluar empaque uterino con gasa durante 24 a 36 horas
- Si el sangrado continua a pesar de haber restituido el útero; Realice compresión bimanual del útero.
- Provisto de guantes estériles , introduzca una mano en la vagina y forme un puño
- Coloque el puño en el fondo de saco anterior y aplique presión contra la pared anterior del útero
- Con la otra mano, presione profundamente en el abdomen por detrás del útero aplicando presión contra la pared posterior del útero
- Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado y la contracción del útero

MASAJE BIMANUAL

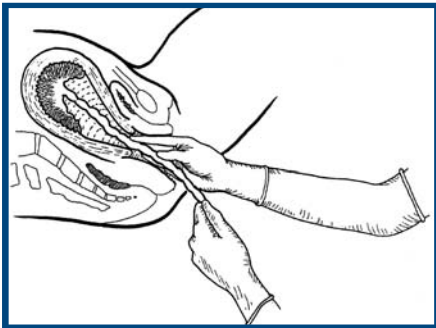


D. RETENCION PLACENTARIA:

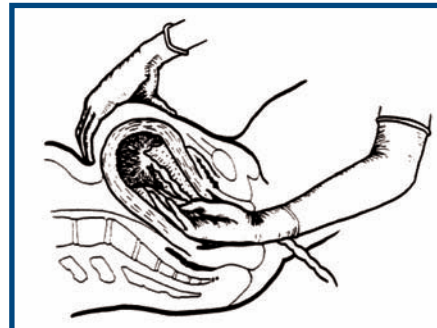
DEFINICIÓN: Cuando el alumbramiento con manejo activo, demora más de 30 minutos, hay que pensar en una retención placentaria

MANEJO (extracción Manual de Placenta):

- Colocar una venoclísis
- Prestar apoyo emocional a la paciente y alentarla. Hablarle en forma calmada y tranquilizadora para que pueda relajarse
- Colocar un catéter para evacuar la vejiga (Sonda Foley)
- Dar una dosis única de dos antibióticos como profilaxis:
 - Ampicilina 2 Grs. IV + metronidazol 500 mgs.IV o Cefazolina 1 gramo IV MAS metronizazol 500 mg IV.
- Sostener el cordón umbilical con una pinza y traccionarlo suavemente hasta que esté paralelo al plano horizontal
- La otra mano calzada con un guante estéril que llegue hasta el codo, se introduce en la vagina en dirección al útero (figura A)
- Soltar el cordón y aplicar esa mano en el abdomen para contener el fondo uterino, así se evitará la inversión del útero.
- Mueva los dedos de la mano colocada dentro del útero a un lado y a otro, hasta palpar el borde de la placenta.
- Si el cordón ya se hubiera desprendido antes de esta maniobra, introduzca una mano dentro del útero.
- Explore toda la cavidad hasta que palpe el borde de despegamiento entre la placenta y la pared uterina. (figura B)



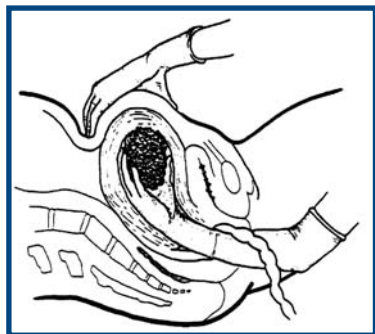
(Figura A)



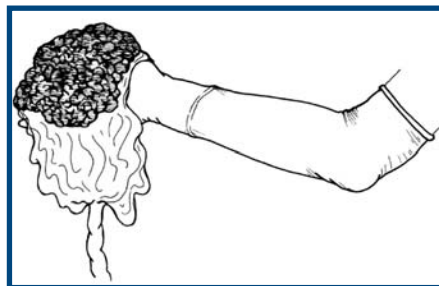
(Figura B)

- Mantenga los dedos bien juntos y utilice este borde de la mano para desprender la placenta del sitio de implantación, labrando gradualmente una separación entre la placenta y la pared uterina.
- Avance lentamente alrededor del lecho de inserción placentaria hasta que toda la placenta se desprenda de la pared uterina (figura c)
- Si el movimiento lateral suave de la yema de los dedos no logra separar la placenta de la superficie uterina, a lo largo de la línea de despegamiento, extraiga fragmento por fragmento.
- Revise cuidadosamente la placenta al extraerla, que los cotiledones y membranas se encuentren completas (figura d)

- Si el tejido está muy adherido, puede tratarse de una placenta ácreta, proceda a la referencia inmediata de la paciente para efectuar la laparotomía y posiblemente una histerectomía subtotal.



(Figura C)



(Figura D)

2. INFECCIÓN PUERPERAL.

DEFINICIÓN: Es un proceso infeccioso que se manifiesta después de las 48 horas post-parto.

CUADRO CLÍNICO:

- Fiebre entre 38° y 40.5° centígrados 48 horas post parto
- Taquicardia
- Malestar general
- Sub-involución uterina
- Loquios fétidos, color oscuro y aumentados en cantidad
- Dolor abdominal bajo
- Anorexia

COMPLICACIONES

- Tromboflebitis pélvica séptica
- Absceso pélvico
- Shock séptico

TRATAMIENTO

- Ingreso a servicio de séptico
- Dieta (según cuadro clínico)
- Reposo absoluto
- Signos vitales cada 4 horas
- Vigilar por: Estado de conciencia, fiebre, dolor, hemorragia, náusea, vómitos, distensión abdominal.
- Laboratorios: Hematología completa, orina completa, BUN, creatinina, glicemia, cultivo de secreciones vaginales, urocultivo, hemocultivo.
- Especiales: Hacer ultrasonido Pélvico.
- Soluciones: Hartman o D/A al 5% 1000 cc IV para 8 horas
- Sonda vesical y control estricto de excreta c/4 horas

- Medicamentos:
 - Si se sospecha sub-involución uterina agregar **20 Unidades de oxitocina** a la solución.
 - **Penicilina Cristalina** 3 millones UI c/ 4 horas ó Ampicilina 2 gramos IV cada 6 horas
 - +
Gentamicina 80 mgs IV o IM c/ 8 horas ó Amikacina 15 mg/kg/día cada 24 horas
 - +
Clindamicina 600 Mg IV cada 8 horas ó Metronidazol 500 mgs IV c/ 8 horas
 - Colocar ATT y Toxoide Tetánico si no está inmunizada.

IMPORTANTE

- Tratamiento con antibióticos IV debe ser como mínimo por 48 horas. Los antibióticos orales deben cumplirse por 5 días. Verificar creatinina cuando se utilice aminoglucósidos.
- Si hay sospecha de retención de restos placentarios evaluar la evacuación de los mismos mediante la realización de Legrado Uterino Instrumental.
- Si no hay mejoría y sospecha peritonitis realice laparotomía exploradora para el drenaje y lavado de la cavidad abdominal.
- Si al realizar la laparotomía, encuentra útero necrótico y séptico evalúe la realización de una Histerectomía.

CRITERIOS DE ALTA Y RECOMENDACIONES

- Afebril y asintomático por 48 horas
- Evolución estable y satisfactoria
- Resolución de los signos de infección
- Paciente tolerando bien por vía oral
- Cita a control en consulta externa antes de los 7 días.

3. HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO

CLASIFICACIÓN

- **Pre-eclampsia:** Hipertensión arterial (CON O SIN proteinuria) después de la 20ª. Semana.
- **Pre-eclampsia leve:** Presión diastólica de **90 mm Hg** en dos tomas con intervalo de 4 horas.
- **Pre-eclampsia severa:** Presión diastólica de **110 mm Hg** en dos tomas con intervalo de 4 horas o una sola toma de **120 mm Hg**.
- **Eclampsia:** Preeclampsia con **convulsiones y/o coma**

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

HIPERTENSIÓN: "ES EL SINE QUA NON DE LA PREECLAMPSIA".

Uno o más de los siguientes criterios (observados en dos o más ocasiones en un intervalo de 6 horas):

- **Sistólica > 140 mm Hg.**
- **Diastólica > 90 mm Hg.**
- Presión arterial media (PAM) > 105 mm Hg (PAM= Sistólica - diastólica)/3 + diastólica).

PROTEINURIA (puede o no haberla): Si se emplea orina al azar, se requiere tener análisis de dos muestras con intervalo de 6 horas.

- 300 mgs/Lt. en orina de 24 horas.
- 2 cruces + ó 1 gr./Lt en orina al azar.

Si no cuenta con posibilidad de examen de orina, hacer tira de orina.

PROTOCOLO I

EMBARAZO A TÉRMINO

- Ingreso a Labor y Partos
- NPO HNO
- Reposo absoluto y ambiente tranquilo
- Signos vitales cada 15 minutos y anotar.
- Vigilar por: Hipertensión, trabajo de parto; FCF; convulsiones; cefalea; visión borrosa; epigastrálgia; ingurgitación venosa.
- Laboratorio: Hemograma; plaquetas; Grupo y Rh; orina (proteinuria) creatinina; transaminasas; BBSS, glicemia; TP; TPT; fibrinógeno y DHL.
- Compatibilidad PRN.
- Soluciones IV: Cristaloides a 60 ó 125 ml/hrs.
- Catéter intravenoso No. 16 ó 18
- Sonda vesical y control estricto de excreta c/4 horas

VER CUADRO DE TRATAMIENTO DE PREECLAMPSIA

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO (es la verdadera cura de la hipertensión inducida):

- Inducción del parto si condición fetal lo permite y el cuello uterino es favorable. Oxitocina con bomba infusión continúa.
- Cesárea: cuando exista contraindicación de oxitocina (materna o fetal) o cuello uterino desfavorable o inducción fallida.

OBSERVACIONES:

NO USAR: Metilergonovina, ni tartrato de ergotamina o Diuréticos

PROTOCOLO II

PREECLAMPSIA SEVERA Y ECLAMPSIA A CUALQUIER EDAD GESTACIONAL

HOSPITALIZACIÓN: Igual que en

Protocolo I, agregando:

Laboratorios: bilirrubinas, transaminasas, DHL, frote periférico, fibrinógeno, protrombina, TPT.

RX tórax: considerarlo en paciente ecláptica.

MEDIDAS GENERALES:

- Catéter central para control de PVC
- Decúbito lateral: mejorar flujo útero placentario
- Cuidados de eclámpticas:
- Protección contra golpes: cama con barandas con sujeción adecuada, abatelenguas almohadillado o cánula de Mayo (evitando reflejo nauseoso).
- Mantener oxigenación materno fetal
- Oxígeno con mascarilla o catéter nasal a 8 lts x´
- Monitorizar oxigenación: oxímetro transcutáneo, gases arteriales
- Corregir acidosis metabólica: bicarbonato PRN
- Minimizar aspiración: Decúbito lateral, aspiración de flemas
- Minimizar estimulación sensorial: disminuir luz, ruido ambiental y estímulos directos.

PREVENCIÓN Y/O CONTROL DE CONVULSIONES

VER CUADRO DE TRATAMIENTO DE PREECLAMPSIA

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO (es la verdadera cura de la hipertensión inducida):

- Inducción del parto si condición fetal lo permite y el cuello uterino es favorable. Oxitocina con bomba infusión continua.
- Cesárea: cuando exista contraindicación de oxitocina (materna o fetal) o cuello uterino desfavorable o inducción fallida.
- **SI PACIENTE CONTINÚA CONVULSIONANDO:** Administrar 2 ó 4 gr. adicionales vigilando presencia de reflejos osteotendinosos.
- Si persiste convulsión: **SEDACIÓN**
 - Difenilhidantoína: 0.5 a 1 gr. IV lento, pasar en 20 a 30 minutos.
 - Para la impregnación se diluye la Difenilhidantoína en 250 de Dextrosa al 5% y se pasa en 30 minutos. Menores de 50 Kg. 750 mg de impregnación y mayores de 50 Kg. 1000 mg IV. Luego 100 mg. Iv cada 8 horas de mantenimiento.
 - Diazepam 5 a 10 mg. IV lento.

Paciente que persiste comatosa, desorientada, con papiledema o focalización:

- Efectuar TAC (donde se disponga de recurso)
- Evaluar hipertensión intracraneal

CONTROL DE HIPERTENSIÓN:

- **Solamente cuando la presión diastólica 110 Hg.** El objetivo será disminuir a niveles entre 90 y 110 y la sistólica entre 140 y 150 mm Hg. NUNCA NORMALIZARLA
- **HIDRALAZINA:** 5 mgs. IV en bolus y vigilar PA cada 5´. Si en 20 minutos no se consigue objetivo: repetir cada 20´: 5 ó 10 mgs IV en bolus.
- **NIFEDIPINA:** Si la paciente está consciente. NUNCA SUBLINGUAL. 10 mg PO inicialmente y repetir cada 4-6 hrs.

ESTABILIZACIÓN:

- Controlar convulsiones
- Recuperar estado de conciencia
- Mantener PA aceptablemente estable
- Excreta urinaria adecuada
- Mejorar el estado metabólico de paciente
- Proveer adecuada oxigenación a madre y feto
- Obtener exámenes de laboratorio

1. TRATAMIENTO PUERPERAL:

- Paciente debe ser vigilada estrictamente en Labor durante el puerperio inmediato.
- Sulfato de Magnesio: Se mantiene 24 hrs. postparto
- Si diastólica continúa 110 mm Hg después de 24 hrs. administrar o sostener tratamiento antihipertensivo:
 - Alfa metildopa: 250 mg a 750 mg PO c/6 hrs. o,
 - Nifedipina: 10 mg PO c/4-6 hrs. o,
 - Atenolol: 50 a 200 mg al día dividido en 2 dosis.

Al egresar, citar en 1 semana: Si presión Arterial Normal, se podrán omitir antihipertensivos

CUADRO DE TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA

| CENTRO DE ATENCION PERMANENTE | CENTRO DE ATENCION INTEGRAL MATERNO INFANTIL | MANEJO HOSPITALARIO ANTE UNA REFERENCIA | MANEJO SI PACIENTE INGRESA DIRECTAMENTE AL HOSPITAL |
|--|--|--|--|
| INGRESAR USUARIA | INGRESAR USUARIA | INGRESAR USUARIA | INGRESAR USUARIA |
| <p>Dosis inicial: 8 ml de solución de sulfato de magnesio 50% + 12 ml de solución salina al 0.4% en un lapso de 5-10 minutos; o Solución de sulfato de magnesio al 20% 4g IV en un lapso de 5 a 20 minutos</p> <p>Siga inmediatamente con 10g de solución de sulfato de magnesio al 50%, 5g en cada nalga, en inyección IM profunda, con 1 ml de lidocaína al 2% sin epinefrina en la misma jeringa.</p> | <p>Dosis inicial: 8 ml de solución de sulfato de magnesio 50% + 12 ml de solución salina al 0.4% en un lapso de 5-10 minutos; o Solución de sulfato de magnesio al 20% 4g IV en un lapso de 5 a 20 minutos</p> <p>Siga inmediatamente con 10g de solución de sulfato de magnesio al 50%, 5g en cada nalga, en inyección IM profunda, con 1 ml de lidocaína al 2% sin epinefrina en la misma jeringa.</p> | <p>Dosis inicial: 8 ml de solución de sulfato de magnesio 50% + 12 ml de solución salina al 0.4% en un lapso de 5-10 minutos; o Solución de sulfato de magnesio al 20% 4g IV en un lapso de 5 a 20 minutos</p> <p>De acuerdo al horario de la impregnación hecho en el servicio (CAP o CAIMI), contar 5 horas para iniciar tratamiento intravenoso</p> | <p>Dosis inicial: 8 ml de solución de sulfato de magnesio 50% + 12 ml de solución salina al 0.4% en un lapso de 5-10 minutos; o Solución de sulfato de magnesio al 20% 4g IV en un lapso de 5 a 20 minutos</p> <p>Saturación: 4 grs. en 250 cc de D/A a pasar en 30 minutos</p> |
| <p>Vigile por Signos de Intoxicación:</p> <p>La frecuencia respiratoria sea de al menos 16 respiraciones por minuto</p> <p>El reflejo patelar esté presente</p> <p>La producción de orina sea de al menos 30 ml por hora durante 4 horas</p> | <p>Vigile por Signos de Intoxicación:</p> <p>La frecuencia respiratoria sea de al menos 16 respiraciones por minuto</p> <p>El reflejo patelar esté presente</p> <p>La producción de orina sea de al menos 30 ml por hora durante 4 horas</p> | <p>Vigile por Signos de Intoxicación:</p> <p>La frecuencia respiratoria sea de al menos 16 respiraciones por minuto</p> <p>El reflejo patelar esté presente</p> <p>La producción de orina sea de al menos 30 ml por hora durante 4 horas</p> | <p>Dosis de mantenimiento:</p> <p>10 grs. (2 ampollas al 50%) en 500 cc de D/A al 5%. A 33 gotas minuto; ó 100 mil/hr con bomba de infusión continúa</p> |
| Referir a siguiente nivel | Referir a siguiente nivel | <p>Dosis de mantenimiento:</p> <p>10grs (2 ampollas al 50%) en 500 cc de D/A al 5%. A 33 gotas minuto; ó 100 mil/hr con bomba de infusión continúa.</p> | <p>Vigile por Signos de Intoxicación:</p> <p>La frecuencia respiratoria sea de al menos 16 respiraciones por minuto.</p> <p>El reflejo patelar esté presente</p> <p>La producción de orina sea de al menos 30 ml por hora durante 4 horas</p> |
| <p>Antídoto:</p> <p>Administre gluconato de calcio 1g. (10 ml de solución al 10%) IV</p> <p>Lentamente hasta que comience la respiración, para contrarrestar los efectos del sulfato de magnesio</p> | <p>Antídoto:</p> <p>Administre gluconato de calcio 1g. (10 ml de solución al 10%) IV</p> <p>Lentamente hasta que comience la respiración, para contrarrestar los efectos del sulfato de magnesio</p> | <p>Antídoto:</p> <p>Administre gluconato de calcio 1g. (10 ml de solución al 10%) IV</p> <p>Lentamente hasta que comience la respiración, para contrarrestar los efectos del sulfato de magnesio</p> | <p>Antídoto:</p> <p>Administre gluconato de calcio 1g. (10 ml de solución al 10%) IV</p> <p>Lentamente hasta que comience la respiración, para contrarrestar los efectos del sulfato de magnesio</p> |

CUADRO DE TRATAMIENTO PARA PREECLAMPSIA SEVERA Y ECLAMPSIA

| CENTRO DE ATENCION PERMANENTE | CENTRO DE ATENCION INTEGRAL MATERNO INFANTIL | MANEJO SI PACIENTE INGRESA DIRECTAMENTE AL HOSPITAL |
|--|--|---|
| INGRESAR USUARIA | INGRESAR USUARIA | INGRESAR USUARIA |
| <p>Dosis inicial:</p> <p>8 ml de solución de sulfato de magnesio 50% + 12 ml de solución salina al 0.4% en un lapso de 5-10 minutos; o Solución de sulfato de magnesio al 20% 4g IV en un lapso de 5 a 20 minutos</p> <p>Solución de sulfato de magnesio al 20%, 4g IV en un lapso de 5 a 20 minutos. Además administrar 10 gramos intramuscular</p> | <p>Dosis inicial:</p> <p>8 ml de solución de sulfato de magnesio 50% + 12 ml de solución salina al 0.4% en un lapso de 5-10 minutos; o Solución de sulfato de magnesio al 20% 4g IV en un lapso de 5 a 20 minutos</p> <p>Solución de sulfato de magnesio al 20%, 4g IV en un lapso de 5 a 20 minutos. Además administrar 10 gramos intramuscular</p> | <p>Dosis inicial:</p> <p>8 ml de solución de sulfato de magnesio 50% + 12 ml de solución salina al 0.4% en un lapso de 5-10 minutos; o Solución de sulfato de magnesio al 20% 4g IV en un lapso de 5 a 20 minutos</p> <p>Saturación: 4 grs. en 250 cc de D/A a pasar en 30 minutos.</p> <p>Además administrar 10 gramos intramuscular</p> |
| <p>Si se repiten las convulsiones o no ceden :</p> <p>Sulfato de magnesio 2 grs al 50% IV en 5 minutos</p> | <p>Si se repiten las convulsiones o no ceden :</p> <p>Sulfato de magnesio 2 grs al 50% IV en 5 minutos</p> | <p>Si se repiten las convulsiones o no ceden :</p> <p>Sulfato de magnesio 2 grs al 50% IV en 5 minutos</p> |
| <p>Dosis de Mantenimiento:</p> <p>10 grs (2 ampollas al 50%) en 500 cc de D/A al 5%. A 33 gotas minuto; ó 100 mil/hr con bomba de infusión continúa.</p> | <p>Dosis de Mantenimiento:</p> <p>10 grs (2 ampollas al 50%) en 500 cc de D/A al 5%. A 33 gotas minuto; ó 100 mil/hr con bomba de infusión continúa.</p> | <p>Dosis de Mantenimiento:</p> <p>10 grs (2 ampollas al 50%) en 500 cc de D/A al 5%. A 33 gotas minuto; ó 100 mil/hr con bomba de infusión continúa.</p> |
| <p>Vigile por Signos de Intoxicación:</p> <p>La frecuencia respiratoria sea de al menos 16 respiraciones por minuto.</p> <p>El reflejo patelar esté presente.</p> <p>La producción de orina sea de al menos 30 ml por hora durante 4 horas.</p> | <p>Vigile por Signos de Intoxicación:</p> <p>La frecuencia respiratoria sea de al menos 16 respiraciones por minuto.</p> <p>El reflejo patelar esté presente.</p> <p>La producción de orina sea de al menos 30 ml por hora durante 4 horas.</p> | <p>Vigile por Signos de Intoxicación:</p> <p>La frecuencia respiratoria sea de al menos 16 respiraciones por minuto.</p> <p>El reflejo patelar esté presente.</p> <p>La producción de orina sea de al menos 30 ml por hora durante 4 horas.</p> |
| Referir a siguiente nivel | Referir a siguiente nivel | |
| <p>Antídoto:</p> <p>Administre gluconato de calcio 1 g (10 ml de solución al 10%) IV</p> <p>Lentamente hasta que comience la respiración, para contrarrestar los efectos del sulfato de magnesio.</p> | <p>Antídoto:</p> <p>Administre gluconato de calcio 1 g (10 ml de solución al 10%) IV</p> <p>Lentamente hasta que comience la respiración, para contrarrestar los efectos del sulfato de magnesio.</p> | <p>Antídoto:</p> <p>Administre gluconato de calcio 1 g (10 ml de solución al 10%) IV</p> <p>Lentamente hasta que comience la respiración, para contrarrestar los efectos del sulfato de magnesio.</p> |

3. ABORTO

DEFINICIÓN:

Terminación del embarazo antes de la viabilidad del feto. En términos cronológicos, antes de que el embarazo cumpla las 20 semanas. En términos antropométricos fetales antes de que el producto alcance los 500 gramos de peso o que su longitud cráneo-caudal llegue a los 18 cms.

ATENCIÓN POST ABORTO (APA)

DEFINICIÓN OPERATIVA: Conjunto de servicios que se le otorgan a una gestante luego de que en forma espontánea e inevitable se produce la interrupción de un embarazo. **Refiérase a Guía de ATENCIÓN INTEGRAL DEL POST ABORTO**

4. HEMORRAGIA ANTEPARTO

- Placenta Previa
- Desprendimiento Prematuro de Placenta

DEFINICIÓN:

La hemorragia ante parto (HAP) se define como el sangrado vaginal desde la semana 20 hasta el término de la gestación.

A. PLACENTA PREVIA

DEFINICIÓN:

Es la placenta que se implanta en el segmento uterino inferior, pudiendo ocluir o no el orificio cervical interno.

ETIOLOGÍA / FACTORES DE RIESGO:

- Cesárea o cirugía uterina anterior
- Placenta previa en el embarazo anterior
- Gestación múltiple
- Multiparidad
- Leiomiomatosis Uterina
- Edad materna mayor de 35 años

CLASIFICACIÓN:

- Placenta Previa Total
- Placenta Previa Parcial
- Placenta Previa Marginal

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Hemorragia indolora y rutilante
- Presentación fetal móvil
- Útero sin contracciones y blando

AYUDA DIAGNÓSTICA:

Cuando sea posible, el diagnóstico de placenta previa se hace por medio de examen ultrasonográfico (USG) que identifique la localización de la placenta.

En la HEMORRAGIA ANTE PARTO con sospecha de PLACENTA PREVIA, el TACTO vaginal ESTÁ CONTRAINDICADO.

En toda mujer con placenta previa debe considerarse la posibilidad de placenta accreta, esta se define como la adherencia anormal de las vellosidades de la placenta al miometrio, aumentando la posibilidad de la retención placentaria. La placenta accreta puede progresar hasta convertirse en placenta percreta. En la placenta percreta los procesos vasculares del corion (vellosidad coriónica) pueden invadir el espesor completo del miometrio. La vellosidad coriónica puede crecer a través del miometrio y la capa externa del útero (serosa), lo que puede dar como resultado la ruptura completa del útero.

B. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA(DPPNI)

DEFINICIÓN:

Es la separación prematura patológica de la placenta de la pared uterina, a partir de la vigésima semana de gestación.

ETIOLOGÍA / FACTORES DE RIESGO:

- Hipertensión arterial materna
- Desprendimiento placentario en embarazo anterior
- Trauma abdominal (por accidente, por violencia física)
- Malformación uterina
- Descompresión uterina repentina (Ruptura súbita de membranas ovulares, parto de primer gemelo, etc.)

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Dolor abdominal
- Tono uterino aumentado por Irritabilidad uterina y/o contracciones
- Frecuencia cardíaca fetal (FCF) alterada: Con signos de sufrimiento fetal (taquicardia, bradicardia) o ausente.
- NO NECESARIAMENTE HAY SANGRADO POR VÍA VAGINAL
- Signos de shock

TENGA EN MENTE LOS SIGNOS DE SHOCK HIPOVOLÉMICO:

- ▶ Pulso débil y rápido (110 x minuto o más)
- ▶ Presión arterial baja (Sistólica < 90 mm Hg)
- ▶ Ansiedad, confusión o inconsciencia
- ▶ Producción escasa de orina (menos de 30 ml/hora)
- ▶ Sudoración o piel fría y húmeda

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

| Placenta Previa | Desprendimiento Prematuro de Placenta |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Asociada con cirugía uterina previa, incluyendo cesárea ● La cabeza o la presentación está alta o la posición puede ser inestable ● Sin dolor (a menos que esté en trabajo de parto) ● Útero no DOLOROSO a la palpación ● Útero blando (tono uterino normal) ● No hay irritabilidad uterina o contracciones ● FCF usualmente normal ● Shock y anemia con sangrado vaginal EVIDENTE ● Coagulopatía muy rara inicialmente ● El USG transvaginal es la prueba de diagnóstico definitivo | <ul style="list-style-type: none"> ● Puede estar asociada con hipertensión arterial, sobre distensión uterina, trauma abdominal ● La presentación puede o no estar encajada ● Dolor abdominal y/o dolor de espalda (a menudo persistente) ● DOLOR uterino a la palpación. ● Tono uterino aumentado ● Irritabilidad uterina o contracciones ● La FCF puede estar ausente o ser anormal ● Shock y anemia CON o N sangrado VAGINAL EVIDENTE. ● Frecuentemente asociada a coagulopatía. ● El DPPNI puede verse en el USG transabdominal, pero un USG negativo no descarta desprendimiento prematuro |

EN SERVICIOS DEL 2º. NIVEL QUE ATIENDEN PARTOS:

a. HEMORRAGIA VAGINAL SIN SHOCK HIPOVOLÉMICO EN LA EMBARAZADA:

- Evalúe de manera rápida el estado general incluyendo signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura, estado de conciencia, frecuencia cardíaca fetal)
- REALICE EVALUACION VAGINAL CON ESPECULO DE FORMA CUIDADOSA.
- **No realice** TACTO vaginal a la embarazada después de las 20 semanas
- Canalice vía IV con angiocath # 16 o 18
- Administre solución Hartmann o solución salina 1,000 ml.
- Abrigue sin acalorar
- Recueste a la paciente en decúbito lateral izquierdo.
- GARANTICE EL ACOMPAÑAMIENTO POR FAMILIAR INFORMADO Y/O PERSONAL CALIFICADO YA QUE EN CUALQUIER MOMENTO PUEDE entrar en shock.
- Si el embarazo ES MENOR DE LAS 35 semanas, inicie administración de esteroides según el siguiente esquema:
 - ▶ Betametasona 12 mg IM Stat y repetir dosis en 24 horas, o
 - ▶ Dexametasona 6 mg IM cada 12 horas x 4 dosis
- Si sospecha peligro de shock, **inicie inmediatamente tratamiento de shock hipovolémico.**
- Si no tiene capacidad resolutive por vía quirúrgica (Cesárea), REFIERA, garantizando que la paciente sea acompañada por un proveedor de salud durante el traslado, llevando consigo insumos básicos en caso que se presente shock.

EN SERVICIOS DEL 2º. NIVEL QUE ATIENDEN PARTOS:

b. HEMORRAGIA VAGINAL CON SHOCK HIPOVOLÉMICO EN LA EMBARAZADA:

- Evalúe de manera rápida el estado general incluyendo signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura, estado de conciencia, frecuencia cardíaca fetal)
- REALICE EVALUACION VAGINAL CON ESPECULO DE FORMA CUIDADOSA
- **No realice TACTO vaginal** en la embarazada después de las 20 semanas de gestación.
- **Canalice 2 vías IV** con angiocath # 16 o 18
- Inicie tratamiento con solución Hartmann o solución salina. Por cada litro de pérdida sanguínea estimada se reponen 3 litros de solución IV.
Forma de administración:
- Pasar primer litro a chorro (en 15 a 20 minutos)
- Segundo y tercer litro por lo menos en la primera hora, el objetivo es reponer 2 a 3 veces lo perdido. Si desconoce la pérdida sanguínea reponga líquidos hasta estabilizar los signos vitales (mejora de la presión arterial: sistólica mayor de 90 mm Hg y frecuencia cardíaca menor de 110 latidos por minuto.)
- Coloque sonda de Foley, lleve control de excreta urinaria (mínimo 30 ml/hora)
- No de líquidos por via oral
- Abrigue sin acalorarla
- Coloque las piernas más altas que la cabeza. (Posición de Trendelenburg)
- Administre oxígeno de 6 - 8 litros x minuto con máscara y a 3 lts/min si utiliza catéter nasal.
- Al estabilizar a la paciente y previo a referirla a un servicio de salud con mayor capacidad resolutive, administre primera dosis de esteroides según esquema antes indicado.
- toda paciente referida será acompañada por proveedor de salud y familiar.
- asegurar referencia y recepción de paciente comunicándose vía telefónica o por fax. donde haya disponibilidad.

TRATAMIENTO EN HOSPITALES:

Además de lo anterior:

| Placenta Previa | Desprendimiento Prematuro de Placenta |
|--|--|
| <p><u>Hemorragia escasa con embarazo < 37 semanas:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▶ Nada PO HNO▶ Reposo absoluto (preferentemente en decúbito lateral izquierdo)▶ Signos vitales cada 30 minutos y anotar, incluyendo FCF▶ Laboratorios: Hb-Ht, Rec. Plaquetas, Orina▶ Si el embarazo ES MENOR DE 35 semanas:<ul style="list-style-type: none">⇒ Betametasona 12 mg. IM cada 24 hs. x 2 dosis,○⇒ Dexametasona 6 mg. IM cada 12 horas x 4 dosis▶ En caso de trabajo de parto prematuro (TPP), útero inhibir según protocolo de manejo de TPP.▶ Compatibilidad sanguínea. Preparar unidades de sangre y evaluar transfusión si Hb es < 7 g/dl o de acuerdo con la condición física de la paciente. <p><u>Si el embarazo es mayor o igual a 37 semanas:</u> Efectuar cesárea</p> | <p><u>Embarazo menor de 37 semanas:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▶ Nada PO HNO▶ Reposo absoluto (preferentemente en decúbito lateral izquierdo)▶ Signos vitales y FCF cada 15 minutos x 2 horas. Si son normales, cada 2 horas y FCF cada 30 minutos▶ Hb-Ht, PLAQUETAS Pruebas de coagulación (TP, TPT, FIBRINOGENO)▶ Compatibilidad sanguínea▶ Realizar ultrasonido y si es posible, Pruebas de Bienestar Fetal.▶ Considerar uso de esteroides de acuerdo con esquema propuesto para Placenta Previa. <p><u>Embarazo ≥ 37 semanas:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▶ Parto vaginal con inducción y amniorrexis▶ Cesárea si está contraindicado el parto vaginal |

Placenta Previa o Desprendimiento Prematuro de Placenta con signos de choque hipovolémico y/o signos de Sufrimiento Fetal Agudo: resolver el embarazo inmediatamente vía abdominal independientemente de la edad gestacional

6. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES

DEFINICIÓN:

Salida de líquido amniótico a través del orificio cervical y vagina después de las 20 semanas de gestación y antes de iniciar el trabajo de parto. La ruptura prematura de membranas (RPM) puede ocurrir cuando el feto es mayor o igual de 37 semanas de gestación (RPM a término), o antes de 37 semanas de gestación (RPM pre término). El riesgo de infección para el embarazo aumenta con la RPM.

El **período latente** es el intervalo entre la ruptura de membranas y el inicio del trabajo de parto. La duración del período latente varía de forma inversa a la edad gestacional.

La transmisión del VIH de la madre al niño puede incrementar cuando las membranas se han roto. (Para su manejo ver capítulo correspondiente a la Transmisión Madre-Hijos del VIH.)

INCIDENCIA E IMPACTO:

- RPM a término: 2-10% de los embarazos.
- RPM pre término: 2-3% de embarazos, pero es responsable de un tercio de casos de parto prematuro. (Fuente documento alerta médica)

ETIOLOGÍA:

- Idiopática
- Infecciones
- Polihidramnios
- Incompetencia cervical, anomalía uterina
- Después de un cerclaje cervical o amniocentesis
- Cirugía cervical previa (conización)
- Trauma, incluyendo accidente de tránsito y violencia intrafamiliar.

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

HISTORIA CLÍNICA:

- Tome una cuidadosa historia clínica de pérdida de líquido vaginal incluyendo cantidad, período de tiempo, olor, persistencia y color.
- Historia de flujo vaginal y temperatura corporal materna.

EXAMEN FÍSICO:

- Examen vaginal por medio de espéculo estéril. Esto permite la confirmación de la RPM, la evaluación del estado cervical y descartar prolapso del cordón umbilical. Hallazgos:
 - ▶ Fluido acumulado en el fondo de saco.
 - ▶ Flujo libre de líquido desde el cuello uterino al realizar presión abdominal y pélvica.

OTRAS PRUEBAS:

- Ultrasonido obstétrico (donde esté disponible) con el objetivo de determinar índice de líquido amniótico, evaluar bienestar fetal y edad gestacional.

NO REALIZAR TACTO VAGINAL SI NO HAY TRABAJO DE PARTO

COMPLICACIONES:

A TÉRMINO (> 37 SEMANAS):

- Infección fetal o neonatal
- Infección materna
- Compresión o prolapso del cordón umbilical

PRE TÉRMINO (< 37 SEMANAS):

- Las anteriores, MÁS
Parto pretermino
- Prematurez y/o bajo peso al nacer
- Oligohidramnios

De las distintas complicaciones de la RPM pre término, la más crítica es el parto prematuro y sus consecuencias. Por lo tanto, la estrategia de manejo está dirigida a minimizar este resultado adverso.

MANEJO:

MANEJO DE RPM EN EMBARAZO A TÉRMINO EN INSTITUCIONES DE SALUD

| Centros de Atención Permanente (CAP) y otros servicios de salud que atienden partos | Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) | HOSPITALES |
|---|---|--|
| <p>MANEJO</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Evalúe: signos vitales maternos, FCF, dolor o irritabilidad uterina▶ Si lo anterior es normal y existe trabajo de parto con dilatación igual o mayor de 4 cm., resuelva por vía vaginal utilizando Partograma.▶ Si RPM es mayor o igual a 6 horas, administre: Ampicilina 1 gramo IV/IM Stat, haya o no referencia.▶ Si los signos vitales son normales y no existe trabajo de parto, refiera a servicio de mayor capacidad resolutive:▶ Si detecta signos de infección (fiebre, taquicardia materna y fetal, fetidez del líquido amniótico), inicie tratamiento de inmediato:<ul style="list-style-type: none">⇒ Ampicilina 2 gr. IV Stat⇒ Gentamicina 80 mg. IM Stat⇒ Clindamicina 600 mg IV Stat. o⇒ Metronidazol 500 mg IV Stat⇒ REFIERA A SERVICIO DE MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA | <p>MANEJO</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Evalúe: signos vitales maternos, FCF, dolor o irritabilidad uterina▶ Si lo anterior es normal y existe trabajo de parto con dilatación igual o mayor de 4 cm., resuelva por vía vaginal utilizando Partograma.▶ Si no existe trabajo de parto inicie la inducción del parto.▶ Realice cesárea si existe contraindicación para trabajo de parto, parto vaginal o existe indicación fetal.▶ Si detecta signos de infección (fiebre, taquicardia materna y fetal, fetidez del líquido amniótico), inicie tratamiento de inmediato y refiera a Hospital:<ul style="list-style-type: none">⇒ Ampicilina 2 gr. IV Stat⇒ Gentamicina 80 mg. IM Stat.⇒ Metronidazol 500 mg IV Stat o⇒ Clindamicina 600 mg IV Stat.⇒ REFIERA A SERVICIO DE MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA | <p>MANEJO</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Evalúe: signos vitales maternos, FCF, dolor o irritabilidad uterina▶ Si lo anterior es normal y existe trabajo de parto con dilatación igual o mayor de 4 cm., resuelva por vía vaginal utilizando Partograma.▶ Si no existe trabajo de parto inicie la inducción del parto.▶ Realice cesárea si existe contraindicación para trabajo de parto, parto vaginal o existe indicación fetal.▶ Si detecta signos de infección (fiebre, taquicardia materna y fetal, fetidez del líquido amniótico, GB > 15,000/mm³), inicie tratamiento de inmediato de acuerdo con protocolo descrito. |

MANEJO DE LA RPM PRE TÉRMINO: DE 34 A 36 SEMANAS

La inducción o el manejo expectante son opciones de manejo aceptables, dependiendo de los recursos locales. Cuando la RPM ocurre a las 34-36 semanas de gestación, es bajo el riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal aguda severa con parto inmediato. Por el contrario, el manejo conservador a esta edad gestacional ha estado asociado con un incremento ocho veces mayor de corioamniotitis y una prolongación breve de la latencia y hospitalización materna, sin una reducción significativa en la morbilidad perinatal relacionada con la prematuridad. Por lo tanto, estas mujeres reciben mejor atención al tener un parto mediante inducción, cuando no existe contraindicación para el trabajo de parto o el parto vaginal.

- Evite el tacto vaginal
- Informe a la mujer, familia y/o acompañante en su idioma materno sobre los beneficios y los riesgos de la inducción, en comparación con el manejo expectante.
- Evalúe si existe infección. Monitoree pulso y temperatura materna CADA DOS HORAS, la FCF CADA 30 MINUTOS, la presencia de dolor o irritabilidad uterina CADA 30 MINUTOS y cambios en los recuentos de glóbulos blancos, si está indicado.
- Realice cesárea si existe contraindicación para trabajo de parto o parto vaginal

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA RPM PRE TÉRMINO: DE 34 A 36 SEMANAS EN INSTITUCIONES DE SALUD

| Centros de Atención Permanente (CAP) y otros servicios de salud que atienden partos | Centros de Atención Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) | HOSPITALES |
|--|--|---|
| <p>INGRESE DIAGNÓSTICO Confirmar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Presencia de líquido amniótico por examen físico. ▶ USG (si está disponible): Índice de líquido amniótico Y BIENESTAR FETAL. ▶ SI NO SE CONFIRMA EL MISMO PERO CONTINUA SOSPECHA DEBE DE SER REFERIDO A SERVICIO DE MAYOR CAPACIDAD DIAGNOSTICA. | <p>INGRESE DIAGNÓSTICO Confirmar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Presencia de líquido amniótico por examen físico. ▶ USG (si está disponible): Índice de líquido amniótico Y BIENESTAR FETAL. ▶ SI NO SE CONFIRMA EL MISMO PERO CONTINUA SOSPECHA DEBE DE SER REFERIDO A SERVICIO DE MAYOR CAPACIDAD DIAGNOSTICA. | <p>DIAGNÓSTICO Confirmar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Presencia de líquido amniótico por examen físico, prueba de pH y prueba de "Cristalización en Helecho" ▶ USG: Índice de líquido amniótico. |
| <p>MANEJO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Evalúe: signos vitales maternos, FCF, dolor o irritabilidad uterina ▶ Si lo anterior es normal, refiera de inmediato a servicio de mayor nivel. ▶ Si detecta signos de infección (fiebre, taquicardia materna y fetal, fetidez del líquido amniótico), inicie tratamiento de inmediato: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ampicilina 2 gr. IV Stat ⇒ Gentamicina 80 mg. IM Stat ⇒ Metronidazol 500 mg IV Stat o ⇒ Clindamicina 600 mg IV Stat. ⇒ Dé plan educacional y REFIERA A SERVICIO DE MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA. | <p>MANEJO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si el índice de maduración cervical es favorable (6punto o mas) Inicie la inducción del parto. (ver tabla de Puntaje de maduración cervical) ▶ Monitoree: signos vitales maternos, FCF, contracciones uterinas. ▶ Una vez establecido el trabajo de parto activo, monitoree el mismo usando Partograma. ▶ Realice cesárea si existe contraindicación para trabajo de parto o parto vaginal. ▶ Si detecta signos de infección (fiebre, taquicardia materna y fetal, fetidez del líquido amniótico), inicie tratamiento de inmediato y refiera a Hospital: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ampicilina 2 gr. IV Stat ⇒ Gentamicina 80 mg. IM Stat. ⇒ Metronidazol 500 mg IV Stat o ⇒ Clindamicina 600 mg IV Stat. | <p>MANEJO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si el índice de maduración cervical es favorable (6punto o mas) Inicie la inducción del parto. (ver tabla de Puntaje de maduración cervical) ▶ Monitoree: signos vitales maternos, FCF, contracciones uterinas. ▶ Una vez establecido el trabajo de parto activo, monitoree el mismo usando Partograma ▶ Realice cesárea si existe contraindicación para trabajo de parto o parto vaginal. ▶ Si detecta signos de infección (fiebre, taquicardia materna y fetal, fetidez del líquido amniótico, GB > 15.000/mm³), inicie tratamiento de inmediato de acuerdo con protocolo de antibióticos descrito |

Tabla de puntaje de maduración cervical

| Puntuación | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---------------------------|-----------|-------|----------|-----|
| Dilatación (en cm) | 0 | 1-2 | 3-4 | 5-6 |
| Acortamiento (en %) | 0-30 | 40-50 | 60-70 | ≥80 |
| Consistencia | Dura | Media | Blanda | |
| Posición | Posterior | Media | Centrado | |
| Altura de la presentación | Libre o 0 | I | II | III |
| <i>Total</i> | | | | |

Tomado de: *Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo*, Fernando Arias.

MANEJO DE LA RPM PRE TÉRMINO: MENOR DE 35 SEMANAS

Usualmente se prefiere el manejo expectante y se debe intentar prolongar el período latente. Estudios de meta-análisis en Cochrane Library demuestran que el uso de antibiótico luego de la RPM redujo la incidencia de corioamnioítis, prolongó el período de latencia y redujo los marcadores de morbilidad neonatal (infección, uso de surfactante, terapia de oxígeno y ultrasonido craneal anormal). Un enfoque recomendado es el de terapia intravenosa por 48 horas, seguido de terapia oral de duración limitada (5 días).

EL MANEJO EXPECTANTE ESTA INDICADO ÚNICAMENTE EN HOSPITALES, CON EL OBJETIVO DE ALCANZAR LA MADUREZ PULMONAR FETAL. SIEMPRE Y CUANDO NO EXISTAN SIGNOS DE INFECCION MATERNA.

Si presenta signos y síntomas de CORIOAMNIOÍTIS, evacuar útero sin importar edad gestacional fetal, coordinando con el departamento de pediatría para atención especializada en complicaciones neonatales

- Evite tacto vaginal
- El líquido amniótico puede recolectarse de la vagina para evaluar la madurez fetal.
- Administre esteroides para promover la madurez pulmonar fetal.
- Administre antibióticos profilácticos.
- Si está disponible, realice evaluación ultrasonográfica.
- Monitoree por signos de infección.
- Si diagnostica corioamnioítis, administre antibióticos necesarios y luego realice inducción.

| Centros de Atención Permanente (CAP) y otros servicios de salud que atienden partos | Centros de Atención Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) | HOSPITALES |
|--|--|--|
| <p>DIAGNÓSTICO Confirmar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Presencia de líquido amniótico por examen físico y prueba de pH. ▶ USG (si está disponible): Índice de líquido amniótico. | <p>DIAGNÓSTICO Confirmar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Presencia de líquido amniótico por examen físico, prueba de pH y prueba de "Cristalización en Helecho" ▶ USG (si está disponible): Índice de líquido amniótico | <p>DIAGNÓSTICO Confirmar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Presencia de líquido amniótico por examen físico, prueba de pH y prueba de "Cristalización en Helecho" ▶ USG: Índice de líquido amniótico |
| <p>MANEJO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Evalúe: signos vitales maternos, FCF, dolor o irritabilidad uterina ▶ Si lo anterior es normal, administre: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Dexametasona 6 mg IM Stat o Betametasona 12 mg IM Stat y REFIERA DE INMEDIATO A HOSPITAL. ▶ Si detecta signos de infección (fiebre, taquicardia materna y fetal, fetidez del líquido amniótico), inicie tratamiento de inmediato: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ampicilina 2 gr. IV Stat ⇒ Gentamicina 80 mg. IM Stat ⇒ Metronidazol 500 mg IV Stat o ⇒ Clindamicina 600 mg IV Stat. MÁS ⇒ Dexametasona 6 mg IM Stat ⇒ Dé plan educacional y REFIERA A HOSPITAL | <p>MANEJO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Evalúe: signos vitales maternos, FCF, dolor o irritabilidad uterina ▶ Si lo anterior es normal, administre: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Dexametasona 6 mg IM Stat o Betametasona 12 mg IM Stat y REFIERA DE INMEDIATO A HOSPITAL ▶ Si detecta signos de infección (fiebre, taquicardia materna y fetal, fetidez del líquido amniótico), inicie tratamiento de inmediato: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ampicilina 2 gr. IV Stat ⇒ Gentamicina 80 mg. IM Stat. ⇒ Metronidazol 500 mg IV Stat o ⇒ Clindamicina 600 mg IV Stat. MÁS ⇒ Dexametasona 6 mg IM Stat ⇒ Dé plan educacional y REFIERA A HOSPITAL | <p>MANEJO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Monitoree: signos vitales maternos, FCF, contracciones uterinas. ▶ Exs. Laboratorio clínico: Rec. Glóbulos blancos, PCR ▶ USG: índice de líquido amniótico, presentación fetal, condición del cuello uterino. ▶ Betametasona 12 mg IM c/24 horas por dos dosis Ó Dexametasona 6 mg IM c/12 hs. X 4 dosis. ▶ Ampicilina 2 gr IV c/6 hs. + Eritromicina 250 mg PO c/6 hs x 48 horas .y luego Amoxicilina 250 mg PO c/8 hs. + Eritromicina 250 mg PO c/8 hs. X 5 días ▶ Una vez establecido el trabajo de parto activo, monitoree el mismo usando Partograma ▶ Realice cesárea si existe contraindicación para trabajo de parto o parto vaginal. ▶ Si detecta signos de infección (fiebre, taquicardia materna y fetal, fetidez del líquido amniótico, GB > 15,000/mm³), inicie tratamiento de inmediato de acuerdo con protocolo de antibioticos descrito. |

7. TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO

DEFINICIÓN:

El Trabajo de Parto Prematuro (TPP) o Pre Término se define como contracciones uterinas regulares acompañadas de dilatación cervical progresiva y/o borramiento cervical entre las 28 y las 36 semanas de gestación. Al trabajo de parto entre las 20 y las 27 semanas se le define como Trabajo de Parto Inmaduro.

INCIDENCIA E IMPACTO:

- El parto prematuro ocurre en aproximadamente 7 a 10% de embarazos.
- El 75% de la mortalidad neonatal ocurre en prematuros. Las secuelas a largo plazo de la prematuridad incluyen:
 - ▶ Complicaciones del sistema nervioso central como parálisis cerebral
 - ▶ Retraso en el desarrollo neurológico
 - ▶ Complicaciones respiratorias como displasia broncopulmonar
 - ▶ Complicaciones intestinales como enterocolitis necrotizante
 - ▶ Ceguera y sordera

Es de enfatizar la importancia de las fechas exactas en el manejo del TPP. Una diferencia de 10 días puede cambiar la probabilidad de supervivencia de casi cero a 30-55%. Por esta razón las fechas exactas se deben establecer y se debe comunicar de forma efectiva la fecha

ETIOLOGÍA:

- Trabajo de Parto Prematuro espontáneo con membranas intactas
- Ruptura Prematura de Membranas (RPM) pre término
- Indicaciones para un nacimiento prematuro:
 - ▶ Hipertensión gestacional
 - ▶ Desprendimiento Prematuro de placenta
 - ▶ Corioamnioítis
 - ▶ Restricción del crecimiento intrauterino
 - ▶ Monitoreo fetal no satisfactorio
 - ▶ Muerte intrauterina

EVALUACIÓN DEL RIESGO PARA EL TPP Y NACIMIENTO PREMATURO:

- Historial de parto prematuro espontáneo
- RPM en el embarazo actual
- Hemorragia ante parto (Segundo y tercer trimestre)
- Sobredistensión uterina a causa de gestación múltiple o polihidramnios
- Cérnix incompetente o anomalía uterina
- Anomalía fetal

- Infección:
 - ▶ Bacteriuria
 - ▶ Enfermedad periodontal
 - ▶ Vaginosis bacteriana actual con parto prematuro anterior
- Drogas, hábito de fumar (> 10 cigarrillos / día), estilo de vida, estrés
- Violencia INTRAFAMILIAR
- Factores demográficos:
 - ▶ Edad materna < 18 años y > 35 años
 - ▶ Peso materno < 110 lbs.

Intervenciones preventivas:

Durante la atención prenatal es fundamental hacer

- El diagnóstico y tratamiento de Vaginosis bacteriana en una mujer que ha tenido un parto prematuro anterior ha mostrado reducir el riesgo de bajo peso al nacer y ruptura prematura de membranas.
- El diagnóstico y tratamiento de bacteriuria asintomática que ha mostrado reducir el parto prematuro o el bajo peso al nacer.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO:

Examen Físico:

- Establecer edad gestacional:
 - ▶ Calculada: Por Fecha de Última Regla (FUR) segura, Gestograma
 - ▶ Estimada: Cinta métrica obstétrica (OPS/OMS)
 - ▶ Por ultrasonido obstétrico
- Signos vitales
- Evaluar Frecuencia Cardíaca Fetal
- Evaluar contracciones uterinas: Inicio, frecuencia, duración, intensidad
- Realizar examen abdominal: Determinar presentación fetal y actividad uterina
- Evaluar condición cervical:
 - ▶ Inicialmente examen con espéculo estéril para descartar RPM y vaginosis bacteriana.
 - ▶ Después de descartar RPM: Examen digital para determinar borramiento, dilatación, consistencia y posición cervical, así como descenso de la presentación fetal (Índice de tocólisis).

| Parámetros | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------------------------|-------------|--------|-------------|-----|-------------|
| Contracciones dolorosas más de 3 h | Irregulares | --- | --- | --- | --- |
| Contracciones tocográficas (30 min) | Ausentes | --- | 1-2 | 2-3 | > 3 |
| Membranas | Íntegras | --- | Rotura alta | --- | Rotura baja |
| Metrorragia | Ausente | Escasa | Abundante | --- | --- |
| Test de Bishop | < 4 | 4-5 | 6-7 | 8-9 | ≥ 10 |
| Total | | | | | |

Tomado de: Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo, Fernando Arias.

Exámenes de laboratorio clínico:

- Hematología
- Orina completa
- Urocultivo

MANEJO Y TRATAMIENTO:

El éxito en el manejo del TPP está relacionado en gran parte con:

1. La administración de esteroides para acelerar la madurez pulmonar fetal
2. El inicio inmediato del tratamiento con tocolíticos.
3. El diagnóstico y tratamiento de la causa subyacente cuando sea posible (ej. Infecciones).
4. Reposo

1. Terapia con Esteroides:

Los beneficios de la terapia prenatal con esteroides están establecidos de forma definitiva. Éstos atraviesan la placenta e inducen enzimas que aceleran la madurez pulmonar fetal. Se requiere de 48 horas para obtener el beneficio máximo. Aún un tratamiento incompleto de terapia esteroidea puede ofrecer beneficios que valen la pena. Tanto la betametasona como la dexametasona han mostrado reducir el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (SDR) y la hemorragia intraventricular.

Cuándo brindar la terapia esteroidea:

- Edad gestacional MENOR DE 35 semanas.

Esquemas de tratamiento con esteroides:

| Servicios de 2°. Nivel que atienden partos | Hospitales |
|--|---|
| Dosis inicial: - Betametasona 12 mg IM Stat y referencia | Dosis inicial: - Betametasona 12 mg IM Stat (si no ha recibido dosis en servicio que refirió) Dosis de mantenimiento: - Betametasona 12 mg IM a las 24 horas de la dosis inicial (2°. Dosis) |
| ó | ó |
| Dosis inicial: - Dexametasona 6 mg IM Stat y referencia | Dosis inicial: - Dexametasona 6 mg IM Stat (si no ha recibido dosis en servicio que refirió) Dosis de mantenimiento: - Dexametasona 6 mg IM cada 12 horas, hasta completar 4 dosis |

2. TOCOLISIS (útero inhibición) :

- La tocolisis ha mostrado prolongar el embarazo por 48 horas, lo que da una ventana de oportunidad para la administración y absorción de esteroides.
- Permite el traslado de la embarazada a un servicio de mayor capacidad resolutive que incluya servicios de neonatología

VER CUADRO EN SIGUIENTE PÁGINA

Esquemas de tratamientos para TOCOLISIS:

| En servicios del 2º. Nivel que atienden partos | En Hospitales |
|---|---|
| MEDICAMENTO DE PRIMERA LÍNEA: Bloqueador de canales del calcio Dosis inicial: Nifedipina 30 mg PO Stat y referir | OPCIÓN DE MEDICAMENTO: Bloqueador de canales del calcio <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dosis inicial: Nifedipina 30 mg PO Stat. y cada 8 horas durante el primer día. ▶ Dosis de mantenimiento: Nifedipina 10-20 mg PO cada 8 horas por 7 días |
| LA NIFEDIPINA NO SE DEBE USAR EN COMBINACIÓN CON SULFATO DE MAGNESIO y/o EN CARDIOPATÍAS | |
| MEDICAMENTO DE SEGUNDA LÍNEA: Inhibidores de prostaglandinas Dosis inicial: Indometacina 100 mg en supositorio rectal Stat y referir | OPCIÓN DE MEDICAMENTO: Betamiméticos <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dosis inicial: Ritodrina, diluir 1 ampolla de 50 mg en 1000 ml de sol. Salina y administrar IV a razón de 20 gotas x minuto; si contracciones persisten, incrementar 20 gotas cada 15 minutos hasta que cedan o llegar a una dosis máxima de 140 gotas x minuto. ▶ Dosis de mantenimiento: iniciar dosis oral de 10 mg, 30 minutos antes de discontinuar sol. IV. Luego 10 mg PO cada 8 horas por 7 días. ▶ La terapia con Ritodrina se acompaña del monitoreo de: <ul style="list-style-type: none"> - Presión arterial - Frecuencia cardíaca - Frecuencia respiratoria - Uso de músculos accesorios (INTERCOSTALES) |
| | ALTERNATIVA: Inhibidores de prostaglandinas <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dosis inicial: Indometacina 100 mg en supositorio rectal. ▶ Dosis de mantenimiento: Indometacina 25-50 mg PO cada 8 horas por 3 días. |
| LA INDOMETACINA NO SE DEBE UTILIZAR DESPUÉS de las 32 SEMANAS de gestación | |

- ◆ No existe evidencia de eficacia como tocolítics de: SULFATO DE MAGNESIO Y PROGESTERONA.
- ◆ Se recomienda utilizar como apoyo adicional:
 - Reposo en cama
 - Evitar coito
 - Sedación
 - Hidratación

Contraindicaciones para el uso de TOCOLITICOS, uteroinhibidores:

- Hipertensión arterial
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Corioamnioítis
- Sufrimiento Fetal Agudo
- Muerte Fetal

3. TRATAMIENTO DE LA CAUSA ESPECÍFICA

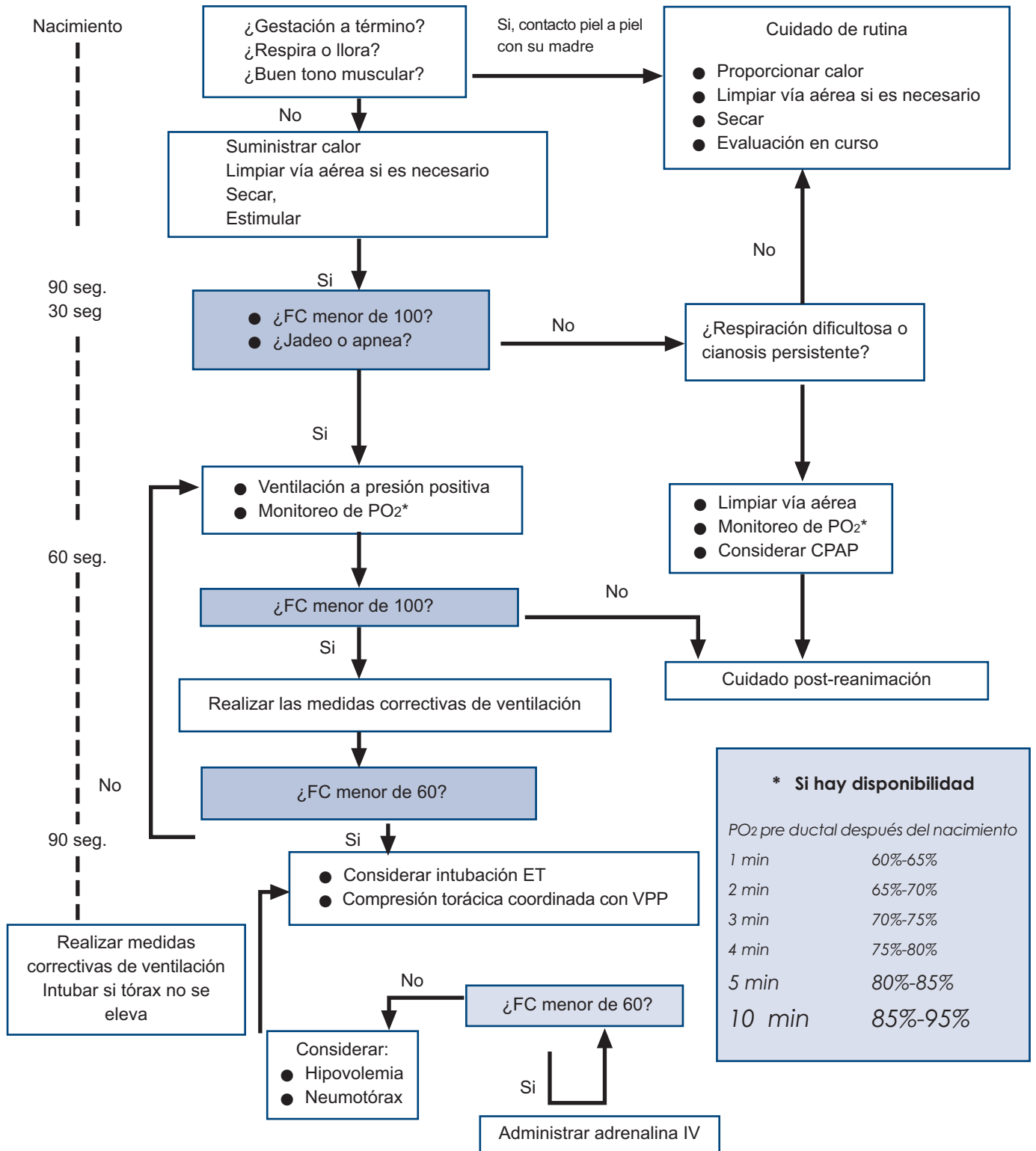
Cuando se diagnostica una causa específica (ej. ITU, Corioamnioítis, etc.) se debe iniciar el tratamiento inmediatamente y continuar el manejo o resolver el embarazo de acuerdo al problema detectado.

IMPORTANTE: TODO CASO DE TRABAJO DE PARTO PREMATURO DEBE SER REFERIDO INMEDIATAMENTE A UN CENTRO CON MAYOR CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN, DESPUÉS DE SU TRATAMIENTO INICIAL

8. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO CON PATOLOGIA

I. RECIÉN NACIDOS QUE REQUIEREN REANIMACIÓN INMEDIATA

REANIMACIÓN NEONATAL (AAP 2010)



III. RECIÉN NACIDOS CON OTROS PROBLEMAS

- Si la o el recién nacido tiene un problema grave que requiere tratamiento dentro de la primera hora del parto, los proveedores de salud de la sala de partos tendrán que prestarle la atención necesaria. Entre los problemas o las afecciones del recién nacido(a) que requieren intervenciones urgentes se incluyen:
 - Peso al nacer < 2,500 g o > 4000 g
 - Prematurez < 37 semanas de edad gestacional
 - Temperatura < 36.5° C ó > 38° C
 - Dificultad respiratoria (FR > 60 ó < 40 por minuto)
 - Cianosis central
 - Palidez o rubicundez
 - Convulsiones o temblores finos o movimientos anormales
 - Anomalías congénitas mayores
 - Lesiones severas debidas al parto
 - Lesiones de piel que sugieran infección intrauterina (petequias, equimosis, etc.)
 - Malformaciones o anomalías congénitas que ponen en riesgo la vida
 - Reanimación con bolsa mascarilla y/o masaje cardiaco
 - Ictericia en las primeras 48 horas de vida o ictericia de alto riesgo zona 3 de Kramer

| | | |
|--------|--|----------------|
| ZONA 1 | Ictericia de cabeza y cuello | 6 mg/dl |
| ZONA 2 | Ictericia hasta el ombligo | 9 mg/dl |
| ZONA 3 | Ictericia hasta las rodillas | 12 mg/dl |
| ZONA 4 | Ictericia hasta los tobillos | 15 mg/dl |
| ZONA 5 | Ictericia de las palmas de las manos y plantas de los pies | 18 mg/dl o más |

Si no cuenta con capacidad resolutive establéclo(a) y refiera a un servicio de mayor nivel de resolución.

Para mayor información consultar las guías nacionales de SALUD NEONATAL (AIEPI neonatal).

IV. NORMAS DE ESTABILIZACIÓN NEONATAL ANTES Y DURANTE EL TRANSPORTE

1. MANTENER EN AMBIENTE TÉRMICO NEUTRAL PARA PREVENIR LA HIPOTERMIA

- Contacto piel a piel (método canguro), ropa tibia, coloque gorrito, incubadora, cuna radiante, colchón térmico u otro método seguro

2. PREVENIR LA HIPOGLICEMIA

- Leche materna, calostro o Dextrosa al 5% por vía oral o sonda oro gástrica 50 ml, si no dispone de lo anterior agua azucarada (4 cucharaditas al ras= 20 gramos de azúcar en 1 taza=200ml de agua hervida), o Solución intravenosa con dextrosa al 10% (80-100 ml/kg/día)
- Se considera hipo glicemia al nivel de glucosa sérica **menor de 40 mgs/dl** en recién nacidos pre término y a término.

3. MANTENER OXIGENACIÓN ADECUADA (según disponibilidad)

- Administre oxígeno cuando sea necesario por medio de Cámara cefálica, cánulas nasales o bolsa mascarilla, ventilación mecánica.

4. EVALUÉ CONSTANTEMENTE ESTABILIDAD DE SIGNOS VITALES Y NECESIDAD DE SOPORTE BÁSICO DE VIDA O SOPORTE AVANZADO DE VIDA.

5. DAR LA PRIMERA DOSIS DE LOS MEDICAMENTOS recomendados según normativa nacional

- Antibióticos intramusculares, sales de rehidratación oral, nistatina, antibiótico tópico

6. OTROS CUIDADOS IMPORTANTES

- Si el niño(a) tiene distensión abdominal colocarle una sonda oro gástrica y dejarla abierta
- Todo niño(a) con dificultad respiratoria debe ser transportado con sonda oro gástrica abierta
- Si el niño(a) tiene alguna patología con exposición de vísceras o mielomeningocele, envolverlas con compresas estériles con solución salina tibia
- Si el niño(a) tiene una fractura o trauma, inmovilizar la extremidad afectada

7. SOPORTE EMOCIONAL

- Explique a la madre, padre o encargado es estado de la o el bebé

8. OTRAS CONSIDERACIONES

- Asegúrese de que el servicio que recibe al recién nacido(a) reciba el registro del trabajo de parto y de cualquier tratamiento que se le haya administrado al recién nacido(a).
- Recuerde enviar la nota de referencia.
- Durante el traslado de la o el recién nacido debe estar acompañado por personal capacitado y por la, madre, padre o responsable.

ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICO y ASFIXIA PERINATAL

La Encefalopatía Hipóxico Isquémica se caracteriza por evidencia clínica y de laboratorio de un daño agudo o sub agudo cerebral debido a asfixia (hipoxia, acidosis), ya que la hipoxia y la isquemia debida a hipoxemia sistémica reducen el flujo sanguíneo cerebral.

Aunque se tienen datos limitados se estima que es la causante de 920,000 muertes neonatales cada año asociado con otro 1.1 millones de mortinatos intra-partos.

FACTORES DE RIESGO

● MATERNOS:

- ▶ Primigesta añosa
- ▶ Primigesta adolescente
- ▶ Hipotensión
- ▶ Preeclampsia, eclampsia
- ▶ Hemorragia aguda
- ▶ Enfermedad pulmonar cardiaca severa
- ▶ Diabetes
- ▶ Uso de drogas que causan depresión respiratoria (alcohol)
- ▶ Hipertensión arterial
- ▶ Ruptura prolongada de membranas
- ▶ Muerte neonatal anterior
- ▶ Placenta previa

● INTRAPARTO:

- ▶ Drogas que causan depresión respiratoria como anestésicos, sulfato de magnesio y narcóticos
- ▶ Desprendimiento de placenta
- ▶ Presentación podálica
- ▶ Trabajo de parto prolongado
- ▶ Prolapso de cordón
- ▶ Circular al cuello
- ▶ Rotura uterina

● FETALES:

- ▶ Embarazos múltiples
- ▶ Accidentes del cordón
- ▶ Anomalías congénitas
- ▶ Retricción del crecimiento intrauterino
- ▶ Macrosomía
- ▶ Anemia
- ▶ Infección
- ▶ Pretérmino y postérmino
- ▶ Hidrops fetalis
- ▶ Polihidramnios

● NEONATALES:

- ▶ Apnea/bradicardia persistente no tratada
- ▶ Shock séptico
- ▶ Enfermedad pulmonar severa
- ▶ Tumores intratorácicos
- ▶ Anemia
- ▶ Hemorragia
- ▶ Disturbios metabólico

CRITERIOS SUGESTIVOS DE ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA AL MOMENTO DEL PARTO

- Evento hipóxico que ocurre inmediatamente antes o durante la labor:
 - ruptura uterina,
 - desprendimiento de placenta,
 - prolapso del cordón,
 - embolia del líquido amniótico,
 - hemorragia feto-materna
- Monitoreo electrónico fetal:
 - Bradicardia fetal súbita y sostenida ,
 - Ausencia de frecuencia cardíaca fetal o variabilidad en la frecuencia cardíaca fetal,
 - Presencia o persistencia de desaceleraciones tardías o variables
- Punteo de Apgar de 0-3 por más de 5 minutos
- Evidencia de Fallo Orgánico Multisistémico en las primeras 72 horas de vida.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA:

- Acidosis metabólica o mixta severa (pH <7) en una muestra de la arteria umbilical.
- Puntaje de Apgar de 0-3 por más de 5 minutos.
- Secuelas neurológicas neonatales (convulsiones, coma, hipotonía)
- Participación de múltiples órganos (riñones, pulmones, hígado, corazón, intestinos)

TRATAMIENTO O CONDUCTA:

1. **ADECUADA REANIMACIÓN Y ESTABILIZACIÓN:** Tratamiento adecuado de Reanimación al momento del parto de acuerdo a las guías del nacionales adaptadas de la Academia Americana de Pediatría. Con las nuevas guías se permite utilizar aire ambiental para la reanimación si no se tuviera oxígeno.
2. Los y las recién nacidos que necesiten terapia ventilatoria deben mantener los gases sanguíneos y el estado ácido-base en rangos fisiológicos.
3. Mantener una presión arterial media entre 35-40 mm/Hg. La hipotensión puede ser por disfunción miocárdica y el síndrome de fuga capilar puede llevar a hipovolemia; si es necesario utilizar drogas vasoactivas para lograr un adecuado gasto cardíaco.

4. La preocupación de la acidosis tubular renal y el síndrome de secreción inadecuada de hormona anti diurética han llevado a la recomendación de la restricción de líquidos hasta que la función renal y el gasto urinario pueda ser evaluado.
5. Evitar la hipoglicemia
6. La Encefalopatía Hipóxico Isquémica es la causa más común de convulsiones en el neonato. Administrar Fenobarbital a dosis de impregnación de 20 mg/Kg y luego 4 mg/Kg cada 24 horas, administrarlo de 12-24 horas de la dosis de impregnación.

ORDENES DE INGRESO (Centros de tercer nivel):

1. Ingreso a Intensivo, si no corresponde referir a Hospital con capacidad de resolución.
2. NPO por 72 horas o hasta que el estado general de alerta y conciencia mejore
3. Colocar en incubadora o calor radiante
4. Cabeza elevada a 30° y evitar manipulación innecesaria de la misma
5. Monitorizar: hipoxia, acidosis, hipercapnia, presión venosa central, oximetría de pulso,
6. Pesar diariamente
7. Hacer laboratorios: hematología completa, hemocultivo, glucosa, electrolitos, orina, enzimas cardíacas y hepáticas (las 24 horas), nitrógeno de urea y creatinina, gases arteriales, pruebas de coagulación.
8. Soluciones IV a 60% de requerimientos basales, en base a solución Dextrosa en agua al 10%, procurando un adecuado aporte de glucosa durante las primeras 24 horas después del insulto en bomba de infusión
9. Si se presentan convulsiones: Fenobarbital dosis de impregnación a 20mg/Kg. La concentración sérica debe mantenerse entre 15-30 ug/ml.
10. Drogas vasoactivas cuando sean necesarias: Dopamina: 10µ/Kg/min o DOBUTAMINA 10µ/Kg/min
11. Ventilación Mecánica asistida si fuera necesario
12. Consulta a Neurología.
13. Antibióticos si fueran necesarios según la norma

SI NO CUENTA CON CAPACIDAD RESOLUTIVA REFIERA A SERVICIO DE MAYOR RESOLUCIÓN

SEPSIS NEONATAL

BACTERIEMIA: Invasión y proliferación de bacterias, hongos, virus en el torrente circulatorio de un recién nacido(a) en los primeros 28 días de vida.

SEPSIS: Síndrome de Respuesta inflamatoria sistémica con contexto de infección probada o sospechosa.

CHOQUE SÉPTICO: Complejo síndrome clínico causado por falla aguda de la función circulatoria, caracterizada por una inadecuada perfusión orgánica y tisular, trayendo como consecuencia, una inadecuada cantidad de oxígeno y nutrientes son entregados a los tejidos sumado a una deteriorada remoción de productos de desechos metabólicos, que conlleva a una disfunción celular lo cual eventualmente puede llevar a muerte celular.

| TRANSMISIÓN | ADQUISICIÓN |
|--|--|
| Vertical o Ascendente Nosocomial Comunitaria | Temprana: 3 a 7 días. Tardía: Mayor de 7 días |

| FACTORES DE RIESGO | |
|--|--|
| MAYORES | MENORES |
| <ul style="list-style-type: none">● Prematuridad < 35 semanas de gestación● Amniorrexis prolongada > 24 horas● Fiebre Materna Intraparto● Sospecha de Corioamnioitis● Madre portadora de Estreptococo del Grupo B● Hermano afecto de sepsis por Estreptococo del Grupo B● Infección urinaria | <ul style="list-style-type: none">● Leucocitosis Materna > 15,000/mm³● PCR elevada en la madre● Febrícula Materna Intraparto● Líquido Amniótico teñido o maloliente |

EL RIESGO DE SEPSIS SE INCREMENTA CON LA DURACIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES, EN LÍNEA DIRECTA DURANTE LAS PRIMERAS 36 HORAS, INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.

RIESGO OBSTÉTRICO DE INFECCIÓN EN EL RECIÉN NACIDO

- Existencia de gérmenes transmisibles en el canal del parto
- Parto Prematuro
- Ruptura Prematura de Membranas Ovulares
- Fiebre Materna intra parto
- Bajos Niveles de anticuerpos específicos para Estreptococo del Grupo B
- Edad Materna <20 años
- Exámenes ginecológicos frecuentes durante el parto o monitorización interna >12 horas
- Sospecha de corioamnioitis
- Infección Urinaria

RECIÉN NACIDO (A) CON RIESGO DE INFECCIÓN

| FACTORES DE RIESGO A EVALUAR | PUNTOS |
|--|--------|
| ● Ruptura de Membranas mayor de 24 horas | ● 3 |
| ● Fiebre Materna mayor o igual a 38 grados centígrados en las últimas 48 horas antes del parto | ● 3 |
| ● Atención del parto fuera del hospital en condiciones poco higiénicas | ● 1 |
| ● Prematurez | ● 1 |
| ● Infección Materna | ● 1 |
| ● Múltiples tactos (Mayor de 5) con membranas rotas | ● 1 |

Se sumaran los criterios presentes y de acuerdo a la sumatoria de los mismos se evaluará conducta.

INTERPRETACIÓN:

| PUNTEO | CONDUCTA |
|-----------|---|
| ● 0-3 | ● Observación, realizar hematología si esta se encuentra alterada realizar cultivos e iniciar tratamiento |
| ● 4-5 | ● Obsevación, hacer hematología con velocidad de sedimentación y proteína C reactiva, frote periférico, hemocultivo e iniciar tratamiento |
| ● 6 ó más | ● Hacer hematología con velocidad de sedimentación, hemocultivo, orina e iniciar antibióticos |

RECIEN NACIDO CON SINTOMATOLOGÍA:

- Ingreso a un servicio de Recién Nacidos(as), (si no se cuenta con las condiciones adecuadas referir a servicio de salud con capacidad resolutive)
- Hemograma más fórmula diferencial
- Proteína C Reactiva
- Hemocultivo
- Punción Lumbar: Químico, citológico y bacteriológico más cultivo
- Orina

TRATAMIENTO O CONDUCTA:

- Medidas generales de soporte
- Ambiente térmico adecuado
- Terapia hidroelectrolítica
- Oxigenoterapia si es necesaria
- Corrección equilibrio ácido-base
- Drogas vasopresoras de ser necesario
- Iniciar antibioticoterapia

AMPICILINA:

Menor de 7 días:

< 2 KG 50-100 mg/kg/día /12h

>2 KG 75-150 mg/kg/día/ 8 h

Mayor de 8 días:

< 1.2 KG 50-100 mg/kg/día/12h

1.2 KG- 2KG 75-150mg/kg/día/8h

> 2KG 100mg-200mg/kg/día/6h

The Harriet Lane Handbook of Pediatric antimicrobial therapy. 1th. Edition 2009.

GENTAMICINA:

| EDAD GESTACIONAL | EDAD POST NATAL | DOSIS (MG/KG/DOSIS) | INTERVALO (HORAS) |
|------------------|-----------------|---------------------|-------------------|
| < 29 | 0-7 | 5 | 48 |
| | 8-28 | 4 | 36 |
| | >28 | 4 | 24 |
| 30-33 | 0-7 | 4.5 | 36 |
| | >7 | 4 | 24 |
| 34-37 | 0-7 | 4 | 24 |
| | >7 | 4 | 18-24 |
| >38 | 0-7 | 4 | 24 |
| | >7 | 4 | 12-18 |

The Harriet Lane Handbook of Pediatric antimicrobial therapy. 1th. Edition 2009.

CRITERIOS DE EGRESO:

- Evolución clínica favorable
- Buena tolerancia Oral
- Cumplimiento del Tratamiento
- Ganancia Adecuada de peso
- Secundario: Hemograma normal

CONTROL:

- Recién nacido a término control en 7 días
- Recién Nacido pre-término según manejo de prematuridad.

MENINGITIS

Un 20-25% de las sepsis neonatales se complica con meningitis, a las que debemos valorar de forma aislada pues su diagnóstico, pronóstico y tratamiento tienen características específicas.

Clasificación:

Existen diferentes clasificaciones:

- Según la bacteriología(germen causante)
 - ⇒ Microbiológicamente probada: cultivo de LCR positivo para un patógeno
 - ⇒ Microbiológicamente probable: cultivo de LCR negativo y hemocultivo positivo
 - ⇒ Microbiológicamente no probada o clínica: cultivo de LCR y hemocultivo negativos
- Según la edad de inicio de los síntomas:
 - ⇒ Comienzo Precoz: primeros 3-7 días de vida
 - ⇒ Comienzo Tardío: 4-7 días
- Según el mecanismo de transmisión:
 - ⇒ Transmisión vertical: los gérmenes se encuentran también en los cultivos maternos
 - ⇒ Transmisión Nosocomial: gérmenes de procedencia hospitalaria.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de soporte es similar al señalado en la sepsis

- Medidas generales de soporte
- Ambiente térmico adecuado
- Terapia hidro electrolítica
- Oxigenoterapia si es necesaria
- Corrección equilibrio ácido-base
- Drogas vasopresoras de ser necesario
- Iniciar antibioticoterapia
- Ante el diagnóstico de meningitis y hasta que se tengan los resultados de cultivos se deberá iniciar tratamiento con antibiótico, para ello se recomienda ampicilina y una cefalosporina de tercera generación, especialmente cefotaxime, por su mejor difusión en el Líquido Cefalorraquídeo (LCR)
- Manejo de complicaciones como hipertensión intra craneana, entre otras

SI NO CUENTA CON CAPACIDAD RESOLUTIVA REFIERA A SERVICIO DE MAYOR COMPLEJIDAD

PREMATUREZ Y PESO BAJO AL NACER

- **Prematurez** Recién nacido(a) con edad gestacional menor de 37 semanas
- **Peso bajo al nacimiento** Es cuando la o el recién nacido presenta un peso menor de 2,500 gramos al nacer y se clasifica en:

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| Peso bajo | Menor de 2,500 gramos |
| Peso muy bajo | Menor de 1,500 gramos |
| Peso extremadamente bajo | Menor de 1,000 gramos |
- **Peso bajo para la edad gestacional/Pequeño para edad gestacional** Se establece de acuerdo a la Curva Peso Edad Gestacional, y corresponde a la o el recién nacido que se ubica por su peso por debajo o en el percentil 10, en relación a la edad gestacional. **Peso bajo al nacer 11.4 % según ENSMI 2008-2009**

FACTORES DE RIESGO:

Factores maternos

- Edad menor de 17 o mayor de 35 años
- Nivel socio-económico y educación bajos
- Primigesta o gran múltipara (Mayor de 4)
- Bajo peso materno para su estatura
- Alteraciones génito-Urinarias
- Diabetes mellitus
- VIH o Sífilis Materna
- Infecciones intrauterinas
- Tabaquismo y alcoholismo
- Drogadicción
- Teratógenos químicos
- Control prenatal deficiente o ninguno
- Estrés físico
- Violencia

Factores Obstétricos

- Abortos múltiples
- Recién nacidos anteriores con bajo peso
- Bajo peso materno al nacimiento
- Embarazo múltiple
- Ganancia de peso gestacional deficiente
- Intervalo intergenésico corto
- Preeclampsia, eclampsia
- Hemorragias del primero o segundo trimestre
- Placenta previa, abruptio placentae
- Hiperémesis gravídica
- Isoinmunización RH
- Incompetencia del cuello uterino
- Parto prematuro iatrogénico
- Irritabilidad uterina

Factores fetales

- Oligo hidramnios, polihidramnios
- Anomalías fetales (Defectos cromosómicos, malformaciones congénitas)
- Ruptura prematura de membranas
- Anomalías del cordón umbilical

Factores ambientales

- Hipoxia de altura
- Contaminación ambiental

TRATAMIENTO O CONDUCTA:

EL PARTO DEBE SER PREVISTO CON ANTICIPACIÓN.

POSTNATAL INMEDIATO

- Evitar la asfixia perinatal y los traumatismos en el parto
- Evaluar cesárea en menores de 34 semanas en presentación de nalgas, debido al mayor tamaño de la cabeza
- Reanimación neonatal inmediata cuando está indicada
- Cuidados rutinarios de recién nacido(a)
- Termorregulación (contacto inmediato piel a piel con la madre)
- Si está en condiciones, iniciar alimentación con leche materna lo antes posible

LÍQUIDOS Y ALIMENTACIÓN

- La nutrición parenteral está indicada en los casos en que la alimentación oral es imposible y permite aportar la cantidad necesaria de calorías, líquidos, electrolitos y vitaminas para su normal crecimiento
- Si la o el recién nacido(a) no está en condiciones de alimentarse al pecho materno, administrar líquidos intravenosos utilizando un micro gotero. Si no ha sido posible la canalización intravenosa, ofrézcale 2-4 ml de calostro cada 2 horas a través de un tubo oro gástrico. Cuando el alimento es administrado por sonda, se debe aspirar el contenido gástrico antes de cada toma
- El aporte hídrico debe ser de 70 ml/kg/día y se incrementa progresivamente a razón de 10 ml/kg/día hasta llegar a 150 ml/kg/día. Se administra el aporte hídrico total en 8 tomas en 24 horas, de preferencia por sonda oro gástrica, para comenzar la succión posteriormente.
- Las y los recién nacidos(as) de peso bajo y prematuros que son colocados bajo una fuente de calor radiante o fototerapia deben recibir 20-30 ml/kg/día de líquidos adicionales
- Monitorizar cada 6 horas la glucosa sanguínea, hasta que se estabilice por arriba de 45 mg/dl
- Cuando esté en condiciones de alimentación oral, inicie con 2-4 ml cada 2 a 3 horas si no existe distensión abdominal. La alimentación debe incrementarse durante las primeras dos semanas de vida a 180-200 ml/kg/día, con lo que se administra 3.6 a 4.8 g de proteínas/kg/día, cantidad adecuada para lo recomendado.
- La pérdida de peso no debe exceder el 10% en niños a término y 15% en niños pre término del peso al nacimiento y debe ser recuperada alrededor del décimo día de vida.

- Los prematuros menores de 34 semanas de edad gestacional son incapaces de succionar efectivamente, y deberán ser alimentados por sonda. Además tienen inmadurez del aparato gastrointestinal, lo que condiciona el riesgo mala tolerancia a la vía enteral, presentando: vómitos, estasis gástrica, aspiración, distensión abdominal, y raramente obstrucción por la administración de la leche en bolus.
- Las y los bebés asfixiados tienen bajas reservas de glucosa y pueden desarrollar hipoglicemia dentro la primera hora de vida después del nacimiento.
- Las y los bebés con patología cardíaca, requieren restricción de líquidos. Aquellos bebés con displasia broncopulmonar teóricamente necesitan más energía y una relación carbohidratos: lípidos baja, para reducir la producción de dióxido de carbono y su retención, que condicionará más dificultad respiratoria
- Se fomenta la lactancia materna exclusiva, se promueven los bancos de leche humana.

| | |
|-----------------------|--|
| Método | Oral por succión |
| Indicaciones | <ul style="list-style-type: none"> ● Mayor de 1500gramos, y mayor de 34 semanas de Gestación mecanismos de Succión, deglución respiración coordinado. ● Recién nacidos (as) con peso entre 1250 g. y 1599g. (2 libras 12 onzas y 3 libras 8 onzas) (luego de completar 72 horas de NPO) valorar mecanismos de Succión deglución respiración coordinado |
| Complicaciones | Fatiga |
| Manejo | Tiempo máximo de succión 20 minutos |

| | |
|-----------------------|--|
| Método | Oral por Sonda Oro gástrica |
| Indicaciones | Iniciar con un tercio de su capacidad gástrica, con agua destilada por 2 tomas y luego continuar con calostro o formula especial para prematuro diluida al 50% por 2 tomas y continuar con calostro o formula especial para prematuros a dilución normal. (Continuar con incrementos como se indica posteriormente) |
| Indicación | Iniciar con un tercio de su capacidad gástrica, con agua destilada por 2 tomas y luego continuar con calostro o formula especial para prematuro diluida al 50% por 2 tomas y continuar con calostro o formula especial para prematuros a dilución normal. (Continuar con incrementos como se indica posteriormente) |
| Complicaciones | Vómitos, riesgo de bronco aspiración |
| Manejo | Utilizar sonda numero 5 Tiempo máximo de administración será el tiempo que tarde en vaciarse la jeringa por gravedad. Se administrara la toma cada 3 horas para un total de 8 tomas diarias. |

VIGILANCIA

- **ALIMENTACIÓN CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD**
- **MONITOREO PERIÓDICO DE PESO, LONGITUD Y CIRCUNFERENCIA CEFÁLICA**
- **VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL**
- **PROMOCIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL SALUDABLE/ESTIMULACIÓN TEMPRANA**
- **TÉCNICA MADRE CANGURO**
- **SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINARIO INTEGRAL**

SI NO CUENTA CON CAPACIDAD RESOLUTIVA REFIERA A SERVICIO DE MAYOR COMPLEJIDAD

ANEXO 1

MODELO DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN, NACIONAL Y LOCAL, QUE PERMITA GARANTIZAR LA ATENCIÓN MATERNA NEONATAL CALIFICADA INSTITUCIONAL

Sobre la base del desarrollo de estándares de calidad y mejora continua de la misma, se formaran equipos multidisciplinarios de garantía nacional y locales de que permita desarrollar el modelo de la atención y así garantizar una atención de calidad en los servicios institucionales del país.

Para ello se han desarrollado Estándares mínimos de calidad de atención que serán medidos rutinariamente en un proceso de mejoría continua del desempeño del personal.

Constituye una estrategia clave, para lograr el cambio y mejora continua de la red de servicios de salud, sobre todo para lograr reducir la mortalidad materna a nivel nacional, esta estrategia se acompaña y complementa de un proceso de capacitación continua, enfocada en la mejora de las competencias del personal. Entre las ventajas de esta actividad tenemos:

- ▶ El Monitoreo provee de información para ajustar los procesos al cumplimiento óptimo de las metas previstas en el Plan Operativo
- ▶ El Monitoreo identifica procesos en los cuales existen problemas de desempeño. Supervisión
- ▶ Permite crear las salas situacionales, que integra, monitoreo, supervisión y evaluación, en distintos momentos.

La supervisión es muy importante para lograr la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios de salud. Es una piedra angular para garantizar una adecuada ejecución de los planes y programas, además, contribuye a obtener los resultados previstos en el Plan Operativo, al descubrir a tiempo los problemas en la ejecución del plan, analizarlos y elegir las soluciones adecuadas, así mismo al darnos información de cómo se ejecutan las actividades, puede indicarnos cómo se pueden reorientar si fuere necesario

El monitoreo permite realimentar al equipo de trabajo y posibilita, de este modo, la superación continua de su desempeño, elevando su autoestima y su rendimiento. Entre las ventajas que ofrece la supervisión encontramos:

- ▶ **Capacitar permanentemente** a los trabajadores, para mejorar su desempeño.
- ▶ **Motivar** al trabajador para el desarrollo de su trabajo.
- ▶ **Mejorar la calidad técnica** de la atención y la satisfacción del usuario de los servicios de salud.
- ▶ **Realimentar** inmediatamente al equipo de trabajo y todo el proceso de ejecución de las actividades.
- ▶ **Reorientar** a tiempo la ejecución de actividades si fuere necesario.

INSTRUMENTO DE MONITOREO ATENCIÓN PRENATAL

Área de Salud: _____ Distrito de Salud: _____ Comunidad: _____

Nombre del Servicio: _____

Fecha: _____ Responsable: _____

| Número de Expediente | Categoría 1 | | | Categoría 2 | | | Categoría 3 | | |
|---|-------------|----|-----|-------------|----|-----|-------------|----|-----|
| | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A |
| Evaluó / Detectó signos y síntomas de peligro | | | | | | | | | |
| Determinó Edad Gestacional | | | | | | | | | |
| Registró signos vitales | | | | | | | | | |
| Evaluó la FCF, luego de las 20 semanas de gestación | | | | | | | | | |
| Identificó presentación fetal entre la 30 y 36 semanas | | | | | | | | | |
| Determinó Anemia, Determino Bacteriuria A. | | | | | | | | | |
| Se realizó y registró tamizaje para VIH Materno | | | | | | | | | |
| Se entregó micronutrientes (Sulfato Ferroso y Ácido Fólico) según norma | | | | | | | | | |
| Administró vacuna Tda si procede | | | | | | | | | |
| Elaboró Plan de Emergencia | | | | | | | | | |
| Llenó ficha de vigilancia de la embarazada según CNE | | | | | | | | | |

INSTRUMENTO DE MONITOREO ATENCIÓN POSTNATAL

Área de Salud: _____ Distrito de Salud: _____ Comunidad: _____

Nombre del Servicio: _____

Fecha: _____ Responsable: _____

| Número de Expediente | Categoría 1 | | | Categoría 2 | | | Categoría 3 | | |
|---|-------------|----|-----|-------------|----|-----|-------------|----|-----|
| | SÍ | No | N/A | SÍ | No | N/A | SÍ | No | N/A |
| Evaluó / Detectó signos y síntomas de peligro | | | | | | | | | |
| Tomó signos vitales | | | | | | | | | |
| Evaluó Involución Uterina y hemorragia vaginal | | | | | | | | | |
| Brindó consejería sobre lactancia materna temprana y exclusiva | | | | | | | | | |
| Brindó consejería sobre Planificación familiar postparto | | | | | | | | | |
| Brindó consejería acerca de Signos o señales de peligro de la madre y recién nacido (a) | | | | | | | | | |
| Brindó consejería sobre la prueba de VIH | | | | | | | | | |
| Entrega micronutrientes (Sulfato Ferroso y Ácido Fólico) según norma | | | | | | | | | |

INSTRUMENTO DE MONITOREO ATENCIÓN POSTNATAL

Área de Salud: _____ Distrito de Salud: _____ Comunidad: _____

Nombre del Servicio: _____

Fecha: _____ Responsable: _____

| Número de Expediente | Sí | | | No | | | N/A | | |
|--|----|----|-----|----|----|-----|-----|----|-----|
| | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A |
| Administró 10 unidades de Oxitocina via IM dentro del primer minuto del nacimiento | | | | | | | | | |
| Pinzó y cortó el cordón umbilical de 2 a 3 minutos o cuando dejó de pulsar. Verificar en norma | | | | | | | | | |
| Hizo tracción controlada del cordón umbilical y contracción del útero. | | | | | | | | | |
| Hizo masaje uterino a la salida de la placenta y cada 15 minutos durante las dos horas siguientes | | | | | | | | | |
| Revisó y reparó desgarros genitales y paragenitales | | | | | | | | | |
| MONITOREO DE LA ATENCIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO | | | | | | | | | |
| Registró signos vitales cada 15 minutos durante las primeras 2 horas y cada 30 minutos por 2 horas más | | | | | | | | | |
| Registró estado de conciencia | | | | | | | | | |
| Evalua globo uterino | | | | | | | | | |
| Evalua hemorragia vaginal | | | | | | | | | |

INSTRUMENTO DE MONITOREO ATENCIÓN POSTNATAL

Área de Salud: _____ Distrito de Salud: _____ Comunidad: _____

Nombre del Servicio: _____

Fecha: _____ Responsable: _____

| Número de Expediente | Sí | | | No | | | N/A | | |
|--|----|----|-----|----|----|-----|-----|----|-----|
| | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A |
| Administró 10 unidades de Oxitocina via IM dentro del primer minuto del nacimiento | | | | | | | | | |
| Pinzó y cortó el cordón umbilical de 2 a 3 minutos o cuando dejó de pulsar. Verificar en norma | | | | | | | | | |
| Hizo tracción controlada del cordón umbilical y contracción del Útero. | | | | | | | | | |
| Hizo masaje uterino a la salida de la placenta y cada 15 minutos durante las dos horas siguientes | | | | | | | | | |
| Revisó y reparó desgarros genitales y paragenitales | | | | | | | | | |
| MONITOREO DE LA ATENCIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO | | | | | | | | | |
| Registró signos vitales cada 15 minutos durante las primeras 2 horas y cada 30 minutos por 2 horas más | | | | | | | | | |
| Registró estado de conciencia | | | | | | | | | |
| Evalúa globo uterino | | | | | | | | | |
| Evalúa hemorragia vaginal | | | | | | | | | |

INSTRUMENTO DE MONITOREO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE CASOS DE HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Área de Salud: _____ Distrito de Salud: _____ Comunidad: _____

Nombre del Servicio: _____

Fecha: _____ Responsable: _____

| Número de Expediente | Sí | | | | No | | | | N/A | | | |
|---|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|
| | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A |
| MANEJO CLÍNICO INICIAL DE EMERGENCIA | | | | | | | | | | | | |
| Registró edad gestacional (aplica para hemorragia ante parto) | | | | | | | | | | | | |
| Registró la FCF al ingreso (aplica para hemorragia ante parto > 20 semanas) | | | | | | | | | | | | |
| Registró presión arterial al ingreso | | | | | | | | | | | | |
| Registró pulso materno al ingreso | | | | | | | | | | | | |
| Valoró y registró sangrado vaginal y sus características al ingreso | | | | | | | | | | | | |
| ATENCIÓN INICIAL RÁPIDA (Manejo en caso de Shock) | | | | | | | | | | | | |
| Canalizó 2 vías IV con cateter intravenoso de preferencia No. 16 ó 18 | | | | | | | | | | | | |
| Canalizó 2 vías IV con cateter intravenoso de preferencia No. 16 ó 18 | | | | | | | | | | | | |
| Administró líquidos IV de acuerdo a la Norma/Guía de Atención | | | | | | | | | | | | |
| Colocó sonda Foley y bolsa colectora de orina | | | | | | | | | | | | |
| Administró oxígeno por canula nasal o mascarilla facial | | | | | | | | | | | | |
| MANEJO POR DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO | | | | | | | | | | | | |
| HEMORRAGIA ANTEPARTO | | | | | | | | | | | | |
| Realizó examen con espéculo | | | | | | | | | | | | |

| | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A |
|---|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|
| En embarazos entre 24 y 34 semanas utilizó terapia con esteroides para madurez pulmonar fetal | | | | | | | | | |
| Estabilizó y refirió a servicio con mayor capacidad resolutiva médico quirúrgica | | | | | | | | | |
| HEMORRAGIA POSTPARTO | | | | | | | | | |
| ATONÍA UTERINA: Administró útero tónicos de la siguiente forma | | | | | | | | | |
| Oxitocina 20 UI en 1,000 ml. de Sol. Hartman o solución salina 0.9%, vía IV a 20 gotas minuto | | | | | | | | | |
| Metilergonovina 0.2 mg IM (Puede repetir la dosis cada 5 minutos hasta 5 dosis) | | | | | | | | | |
| Misoprostol a dosis de 800 mcg. vía rectal | | | | | | | | | |
| Realizó maniobras para el manejo de la hemorragia (masaje bimanual externo y/o interno, compresión de aorta abdominal) | | | | | | | | | |
| ATONÍA UTERINA QUE NO CEDE CON MANEJO ANTERIOR: Suturas compresivas del útero. Ligadura de arterias hipogástricas. Histerectomía | | | | | | | | | |
| ABORTO O RESTOS CORIOPLACENTARIOS | | | | | | | | | |
| Realizó y registro AMEU o curetaje. Revisión de cavidad uterina según corresponda a la edad gestacional | | | | | | | | | |
| RETENCIÓN PLACENTARIA: Extracción manual de placenta | | | | | | | | | |
| Laparotomía en caso de Placenta Accreta | | | | | | | | | |
| INVERSIÓN UTERINA | | | | | | | | | |
| Efectuó restitución uterina | | | | | | | | | |
| RUPTURA UTERINA: Reparación uterina. Histerectomía | | | | | | | | | |
| DESGARROS CERVICALES O DEL CANAL VAGINAL | | | | | | | | | |
| Realizó reparación o sutura | | | | | | | | | |
| LABORATORIOS Y CONDUCTAS RELACIONADAS A LOS RESULTADOS | | | | | | | | | |

| | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A |
|--|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|
| Realizó y registró resultados de TP o TPT o prueba de retracción de coágulo | | | | | | | | | |
| Realizó y registró recuento de plaquetas | | | | | | | | | |
| Realizó y registró grupo y Rh | | | | | | | | | |
| Realizó transfusión según lo indica la norma | | | | | | | | | |
| Paquete globular si hemoglobina < 7 g/dl (con síntomas de anemia | | | | | | | | | |
| Plasma si TP 1.5 arriba del valor normal | | | | | | | | | |
| Plaquetas si hay un control menor a 50,000. Revisar norma de Medicina Transfusional y poner apartado sobre recomendaciones en el capítulo correspondiente de la guía | | | | | | | | | |
| MANEJO POSTERIOR AL MANEJO TERAPÉUTICO | | | | | | | | | |
| Registró la presión arterial cada 15 minutos durante las primeras dos horas y cuando 30 minutos por 2 horas más. Luego de rutina | | | | | | | | | |
| Evaluó y registró la presencia del sangrado vaginal y sus características cada 15 minutos las primeras 2 horas. Cada 30. | | | | | | | | | |
| Realizó y registró el control de ingesta y excreta de líquidos. | | | | | | | | | |
| REFERENCIA | | | | | | | | | |
| Hizo referencia al nivel superior con capacidad médico quirúrgica , proporcionando el tratamiento inicial | | | | | | | | | |
| Aseguró y documentó el transporte de la paciente, así como su adecuado acompañamiento durante su traslado a nivel superior | | | | | | | | | |

Observaciones: _____

| | SÍ | No | N/A | SÍ | No | N/A | SÍ | No | N/A |
|---|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|
| Terminó o indicó la terminación del embarazo por parto inducido, conducido o cesárea, independientemente de la edad gestacional al momento del diagnóstico. | | | | | | | | | |
| Evaluó y registró la presencia de reflejo rotuliano PA, frecuencia respiratoria, excreta urinaria (mayor de 25 ml /hora) cada 4 horas hasta 24 horas después de la resolución del embarazo. | | | | | | | | | |
| Documento la administración de gluconato de calcio según guía en caso de intoxicación por sulfato de magnesio | | | | | | | | | |
| MANEJO EN EL POSTPARTO INMEDIATO | | | | | | | | | |
| Registro la presión arterial y pulso materno cada 15 minutos durante 2 horas cada 30 minutos por dos horas y luego cada 4 horas en las siguientes 4 horas | | | | | | | | | |
| Realizó exámenes de laboratorio de seguimiento: | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Pruebas de coagulación > TP/TTP, recuento plaquetario ● Enzimas Hepáticas: TGO, TGP, Glicemia, Ácido Úrico, Creatinina | | | | | | | | | |
| REFERENCIA | | | | | | | | | |
| Hizo referencia al nivel superior, con capacidad médica quirúrgica proporcionando el tratamiento o estabilización inicial | | | | | | | | | |
| Aseguró y documentó el tratamiento y el transporte de la paciente así como su adecuado acompañamiento durante su traslado a nivel superior | | | | | | | | | |

INSTRUMENTO DE MONITOREO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE CASOS DE INFECCIÓN OBSTÉTRICA (SEPSIS MATERNA)

Área de Salud: _____ Distrito de Salud: _____ Comunidad: _____

Nombre del Servicio: _____

Fecha: _____ Responsable: _____

| Número de Expediente | Sí | | | No | | | N/A | | |
|--|----|----|-----|----|----|-----|-----|----|-----|
| | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A |
| MANEJO CLÍNICO INICIAL DE EMERGENCIA (aborto séptico, corioamniolitis, endometritis, masititis) | | | | | | | | | |
| Registró edad gestacional (si está embarazada) | | | | | | | | | |
| Determinó y registró el número de días post evento obstétrico | | | | | | | | | |
| Valoró y registró signos vitales al ingreso de cada 4 horas | | | | | | | | | |
| Registró la FCF al ingreso (si está embarazada) | | | | | | | | | |
| Evaluó y registró la presencia de sangrado vaginal o flujo vaginal con mal olor | | | | | | | | | |
| Evaluó y registró la involución y sensibilidad uterina | | | | | | | | | |
| Evaluó y registró signos de infección en las heridas quirúrgicas abdominales o perineales | | | | | | | | | |
| Evaluó y registró signos de infección en las mamas | | | | | | | | | |
| Colocó vía intravenosa permeable | | | | | | | | | |
| MANEJO TERAPÉUTICO EN EMERGENCIA | | | | | | | | | |
| Administró la primera dosis de antibióticos de la siguiente forma: | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● SEGÚN GUÍA | | | | | | | | | |
| Realizó exámenes de laboratorio al ingreso: | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Hematología ● Pruebas de coagulación TP/TTP, recuento plaquetario ● Enzimas Hepáticas: TGO, TGP, Glicemia, Acido Úrico, Creatinina ● Orina completa ● Cultivos (en hospitales) | | | | | | | | | |

| MANEJO TERAPÉUTICO DE SEGUIMIENTO | | | | | | | | | |
|--|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|
| | SÍ | No | N/A | SÍ | No | N/A | SÍ | No | N/A |
| Registró la evaluación por médico especialista o el de mayor experiencia en un tiempo no mayor a 20 minutos. | | | | | | | | | |
| Realizó y documentó el manejo terapéutico que aplica según patología según guía. | | | | | | | | | |
| REFERENCIA | | | | | | | | | |
| Hizo referencia al nivel superior, con capacidad médico quirúrgica, proporcionando el tratamiento o estabilización inicial | | | | | | | | | |
| Aseguró y documentó el transporte de la paciente, así como su adecuado acompañamiento durante su traslado o nivel superior | | | | | | | | | |

INSTRUMENTO DE MONITOREO ATENCIÓN DE CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Área de Salud: _____ Distrito de Salud: _____ Comunidad: _____

Nombre del Servicio: _____

Fecha: _____ Responsable: _____

| Número de Expediente | | | | | | | | | |
|---|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|
| | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A |
| Determinó edad gestacional | | | | | | | | | |
| Confirmó diagnóstico mediante evaluación con espéculo u olor | | | | | | | | | |
| Registró signos vitales | | | | | | | | | |
| Evaluó la FCF, luego de las 20 semanas de gestación | | | | | | | | | |
| Documentó signos de infección (fiebre, secreción vaginal de mal olor | | | | | | | | | |
| Inició antibiótico terapia Ampicilina 2g. IV c/6h + Gentamicina 5mg / kg cada 24 horas | | | | | | | | | |
| Si no hay signos de infección: Ampicilina 2 gr IV stat y cada 6 horas: más eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas | | | | | | | | | |
| Si hay Trabajo de Parto: uteroinhibición: Nitodipina o ritodrina, además Ampicilina 2 gr IV inicial y luego 1 gIV cada 6h más eritromicina 250 mg por cada 6 horas. | | | | | | | | | |
| En embarazo de 27 a 34 semanas: betametasona 12 mg im cada 12 horas por 2 dosis, o dexametasona 6mg im cada 6 horas por 4 dosis. | | | | | | | | | |
| Hizo referencia al nivel superior, con capacidad médico quirúrgico, proporcionando el tratamiento inicial. | | | | | | | | | |
| Parto normal por inducción en caso de gestaciones de 36 ó más semanas | | | | | | | | | |
| En caso de Carioamionitis o hipoxia fetal, terminar gestación por cualquier vía. | | | | | | | | | |

INSTRUMENTO DE MONITOREO DE ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO

Área de Salud: _____ Distrito de Salud: _____ Comunidad: _____

Nombre del Servicio: _____

Fecha: _____ Responsable: _____

| Número de Expediente | Sí | | | No | | | N/A | | |
|--|----|----|-----|----|----|-----|-----|----|-----|
| | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A |
| Determinó edad gestacional | | | | | | | | | |
| Registró signos vitales | | | | | | | | | |
| Evaluó la FCF, luego de las 20 semanas de gestación | | | | | | | | | |
| Determinó la condición cervical e índice de tocólisis, según la guía de atención | | | | | | | | | |
| Documentó signos de infección | | | | | | | | | |
| Uteroinhibición según guía (Nifedpina / Ritrodina / indometacina) | | | | | | | | | |
| En embarazo de 24 a 34 semanas uso de esteroides: Betametasona 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis, o Dexametasona 6 mg IM cada 6 horas por 4 dosis | | | | | | | | | |
| Hizo referencia al nivel superior, con capacidad médico quirúrgica, proporcionando el tratamiento inicial | | | | | | | | | |
| Continúo manejo de inducción de maduración pulmonar fetal de acuerdo a guía | | | | | | | | | |
| Continúo uso de uteroinhibidores | | | | | | | | | |
| Identificó y trató de la causa específica del TPP (si diagnosticada) | | | | | | | | | |
| Resolvió embarazo adecuadamente según condición materna y fetal | | | | | | | | | |

INSTRUMENTO DE MONITOREO PARA EVALUACIÓN DE REANIMACIÓN NEONATAL

Área de Salud: _____ Distrito de Salud: _____ Comunidad: _____

Nombre del Servicio: _____

Fecha: _____ Responsable: _____

| OBSERVACIÓN DIRECTA | | | | | | | | | |
|---|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|
| | SÍ | No | N/A | SÍ | No | N/A | SÍ | No | N/A |
| Verifica si existen las condiciones ambientales adecuadas: Temperatura, limpieza, iluminación (las tres). | | | | | | | | | |
| Ha preparado el área de atención inmediata con: fuente de color: bolsa, mascarilla (ambú): toallas o sábanas secas y limpias (los tres). | | | | | | | | | |
| Se lava las manos con agua y jabón antes de tocar al recién nacido/a y emplea ropa y guantes estériles o limpios. | | | | | | | | | |
| Determina necesidad de reanimación neonatal en base a los criterios de: líquido amniótico con meconio, no respira, está flácido, es pretérmino (los cuatro criterios) | | | | | | | | | |
| En caso de presencia de líquido amniótico teñido de meconio con niño que no respira, está flácido y tiene bradicardia, realiza aspiración o limpieza de vías aéreas antes de ventilarlo. | | | | | | | | | |
| Realiza de manera adecuada las intervenciones de la fase A: lo mantiene caliente; lo coloca en posición de "Olfateo"; aspira secreciones si es necesario; lo seca; lo estimula y lo reposiciona | | | | | | | | | |
| Administra oxígeno o flujo libre si hay presencia de cianosis central, respiración espontánea y con frecuencia cardíaca mayor a 100 lat./min. | | | | | | | | | |
| La técnica de la ventilación con máscara y ambú es apropiada; obtiene sello hermético; el bebé está en posición de "olfateo" verifica elevación torácica (los tres) | | | | | | | | | |
| Inicia compresiones torácicas después de 30 segundos de ventilación a presión positiva y cuando la frecuencia cardíaca es menor de 60 lat./min | | | | | | | | | |

INSTRUMENTO DE MONITOREO CUIDADOS RUTINARIOS DE RECIEN NACIDO

Área de Salud: _____ Distrito de Salud: _____ Comunidad: _____

Nombre del Servicio: _____

Fecha: _____ Responsable: _____

| OBSERVACIÓN DIRECTA | Sí | | No | | N/A | | Sí | | No | | N/A | |
|---|----|--|----|--|-----|--|----|--|----|--|-----|--|
| | | | | | | | | | | | | |
| Se lava las manos antes de tocar al recién nacido (a) | | | | | | | | | | | | |
| Limpia las vías aéreas cuando es necesario | | | | | | | | | | | | |
| Seca al recién nacido/a y cambia la toalla húmeda por una seca | | | | | | | | | | | | |
| Evalúa respiración; frecuencia cardíaca; color de la piel (los tres). | | | | | | | | | | | | |
| Evalúa APGAR al minuto y a los cinco minutos. | | | | | | | | | | | | |
| Realiza el pinzamiento del cordón umbilical cuando el cordón deja de pulsar | | | | | | | | | | | | |
| Propicia el apego inmediato la lactancia materna exclusiva inmediatamente en la primera media hora de vida | | | | | | | | | | | | |
| Realiza profilaxis ocular con antibiótico recomendado (cloranfenicol o tetraciclina) | | | | | | | | | | | | |
| Administra Vitamina K ₁ 1 mg vía Intra Muscular (I.M) | | | | | | | | | | | | |
| Toma el peso, mide la longitud y el perímetro cefálico (los tres) | | | | | | | | | | | | |
| Evalúa la edad gestacional por el médico de Capurro. | | | | | | | | | | | | |
| Identifica al recién nacido (a) | | | | | | | | | | | | |
| Administra BCG (EXCEPTO HIJO DE MADRE CON VIH) | | | | | | | | | | | | |
| Realiza tamizaje para descartar hipotiroidismo congénito si cuenta con la capacidad de realizarlos | | | | | | | | | | | | |
| Orienta sobre signos o señales de peligro, lactancia materna exclusiva, consejería post vacuna BCG, cuidados en el hogar (los cuatro) | | | | | | | | | | | | |
| Brinda consejería para hijo de madre VIH | | | | | | | | | | | | |

INSTRUMENTO DE MONITOREO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE ATENCIÓN A NEONATOS

Área de Salud: _____ Distrito de Salud: _____ Comunidad: _____

Nombre del Servicio: _____

Fecha: _____ Responsable: _____

| Número de Expediente | | | | | | | | | | |
|--|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|--|
| | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A | |
| Evaluó Signos Generales de Peligro, Infecciones, Ictericia, malformaciones | | | | | | | | | | |
| Evaluó Signos Generales de Ictericia | | | | | | | | | | |
| Evaluó Signos Generales de malformaciones | | | | | | | | | | |
| Evaluó Signos Generales de infección | | | | | | | | | | |
| Evaluó Diarrea | | | | | | | | | | |
| Evaluó Nutrición | | | | | | | | | | |
| Vigiló Desarrollo Infantil | | | | | | | | | | |
| Evaluó Vacunación | | | | | | | | | | |
| Brindó consejería en cuidados del cordón umbilical | | | | | | | | | | |
| Brindó consejería en medidas preventivas de higiene | | | | | | | | | | |
| Brindó consejería en monitoreo del crecimiento | | | | | | | | | | |
| Brindó consejería en vigilancia del desarrollo | | | | | | | | | | |
| Brindó consejería en vacunación | | | | | | | | | | |
| Brindó consejería en signos generales de peligro | | | | | | | | | | |
| Brinda consejería para hijo de madre VIH | | | | | | | | | | |

RUTA DE INFORMACIÓN

En esta sección se detalla el flujo de la información de los indicadores que miden el cumplimiento de la atención materna y neonatal, desde el nivel comunitario al nivel central, describiendo de manera general, la recolección, procesamiento, envío y análisis de la información, incluyendo la retroalimentación y seguimiento, de acuerdo al nivel de intervención. Mensualmente o bimensualmente los servicios de salud realizarán un monitoreo del cumplimiento de los estándares de atención materna y neonatal definidos en la norma, desarrollando las siguientes actividades:

1. Recolección de la información

1.1 *Nivel de servicios (puestos, centros de salud, CAP, CAIMI y hospitales):*

- La atención brindada por los servicios se documenta en la ficha clínica o expediente clínico establecido.
- Al final del mes se selecciona al azar una muestra de 20 Fichas o Expedientes Clínicos, del archivo del servicio.
- Se debe tener una muestra para cada uno de los estándares de atención evaluados. En el caso de atención del parto sin complicaciones, se puede revisar el cumplimiento de los estándares de uso de partograma, desviaciones del partograma, manejo activo del tercer período del parto, puerperio inmediato, urgencias obstétricas y cuidados rutinarios del recién nacido, con la misma muestra.
- Se procede a revisar los expedientes y se anota en los "instrumentos de monitoreo" el cumplimiento de los criterios por indicador.

2. Procesamiento y envío de la información

2.1 *Servicios*

- De los "instrumentos de monitoreo" se toman los casos que cumplieron con todos los criterios, del total de casos evaluados para ingresar esta información en la bases de datos de Excel definidas.
- En las bases de datos en Excel, se procede a ingresar la siguiente información:
 - En el numerador se ingresa el número de casos que cumplieron con todos los criterios evaluados.
 - En el denominador se ingresa el número total de casos evaluados en el mes.
- Se verifica que la información que se ingresó en la hoja de Excel coincida con el instrumento de monitoreo
- Se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de cada indicador y se verifica que las gráficas de la base están actualizadas con el porcentaje de cumplimiento del mes evaluado.
- Esta base se envía a la Dirección de Área

2.2 *Nivel de área de salud*

- Se reciben las bases de datos de cada servicio.
- Se chequea cada base con el fin de identificar cualquier incongruencia y corregirla con el servicio.

- Se solicita el envío de la información a servicios que no están reportando los indicadores y con ello se actualiza la información
- Se procede a consolidar todas las bases, de acuerdo a los instructivos respectivos.
- La información consolidada se traslada al Nivel Central, los primeros 10 días del mes siguiente.

2.3 Nivel Central

- Se reciben las bases de datos de cada DAS.
- Se procede a consolidar la información
- La información consolidada se envía a la USME, PNSR, Vice-Ministerio de Hospitales.

3. Análisis de la información

3.1 Servicios

- El equipo del servicio procede a realizar un análisis de sala situacional, de las tendencias que presentan los indicadores a través de criterios como:
 - Tendencia de las mediciones es estática y se mantiene por debajo del umbral establecido.
 - Se presenta un descenso importante en el cumplimiento del indicador.
 - Mediciones con mejoría significativa, por encima del umbral establecido.
 - Los denominadores son menores de 20 casos
 - No se tiene reporte de uno o más meses de forma continua.
- A partir de este análisis se prioriza el o los procesos a mejorar para cumplir la norma de atención.
- En los procesos priorizados, se procede a identificar las oportunidades de mejora o bien las causas que están afectando el adecuado desempeño del proceso.
- Identificadas las causas del problema, el equipo del servicio busca soluciones o alternativas factibles de probar con el fin de corregir la situación actual, a través de una revisión de literatura o la asesoría de servicios exitosos.
- El servicio procede a probar los cambios sugeridos, elaborando un plan de acción en donde se definen los responsables y tiempo para la implementación. Ello conlleva la aplicación de los cuatro pasos del mejoramiento continuo de la calidad:
 - Planear: En esta parte se describe qué situación hay que mejorar, los cambios o intervenciones que se probarán y cómo se implementarán.
 - Ejecutar: En este paso se aplica lo planificado, orientando al personal sobre la intervención o cambio a efectuar, dando seguimiento de su ejecución.
 - Verificar: A través de las mediciones y resultados de los indicadores, se analiza si se logró el avance esperado.
 - Actuar: Basado en los resultados obtenidos se toma la decisión de abandonar, modificar o implementar definitivamente la intervención o mejora probada. Esta experiencia se comparte con otros servicios a través de las reuniones de Consejo Técnico u otras actividades planeadas por el área de salud para darle seguimiento al proceso.

3.2 Nivel de área de salud y central

- Con la información consolidada, tanto el equipo técnico del área de salud como del nivel central, procede a realizar un análisis de sala situacional de la tendencia de cada uno de los indicadores, a través de criterios como:
 - Bajo reporte por parte de los servicios
 - No se tiene reporte de uno o más meses de forma continua.
 - Tendencia de las mediciones es estática y se mantiene por debajo del umbral establecido.
 - Se presenta un descenso importante en el cumplimiento del indicador.
 - Mediciones con mejoría significativa, por encima del umbral establecido.
 - Los denominadores son menores de 20 casos
- A partir del análisis se prioriza el apoyo y seguimiento a servicios o DAS con el fin de facilitar la búsqueda e implementación de cambios para mejorar la situación encontrada.

4. Retroalimentación y seguimiento

Para dar seguimiento a las intervenciones probadas, se sugiere realizar las siguientes actividades en cada nivel de intervención:

4.1 Servicios

- Determinar los factores que favorecieron u obstaculizaron realizar las actividades planeadas.
- Documentar la experiencia del servicio para poder socializarla con otros servicios
- Actualizar la sala situacional del servicio.

4.2 Nivel de área de salud

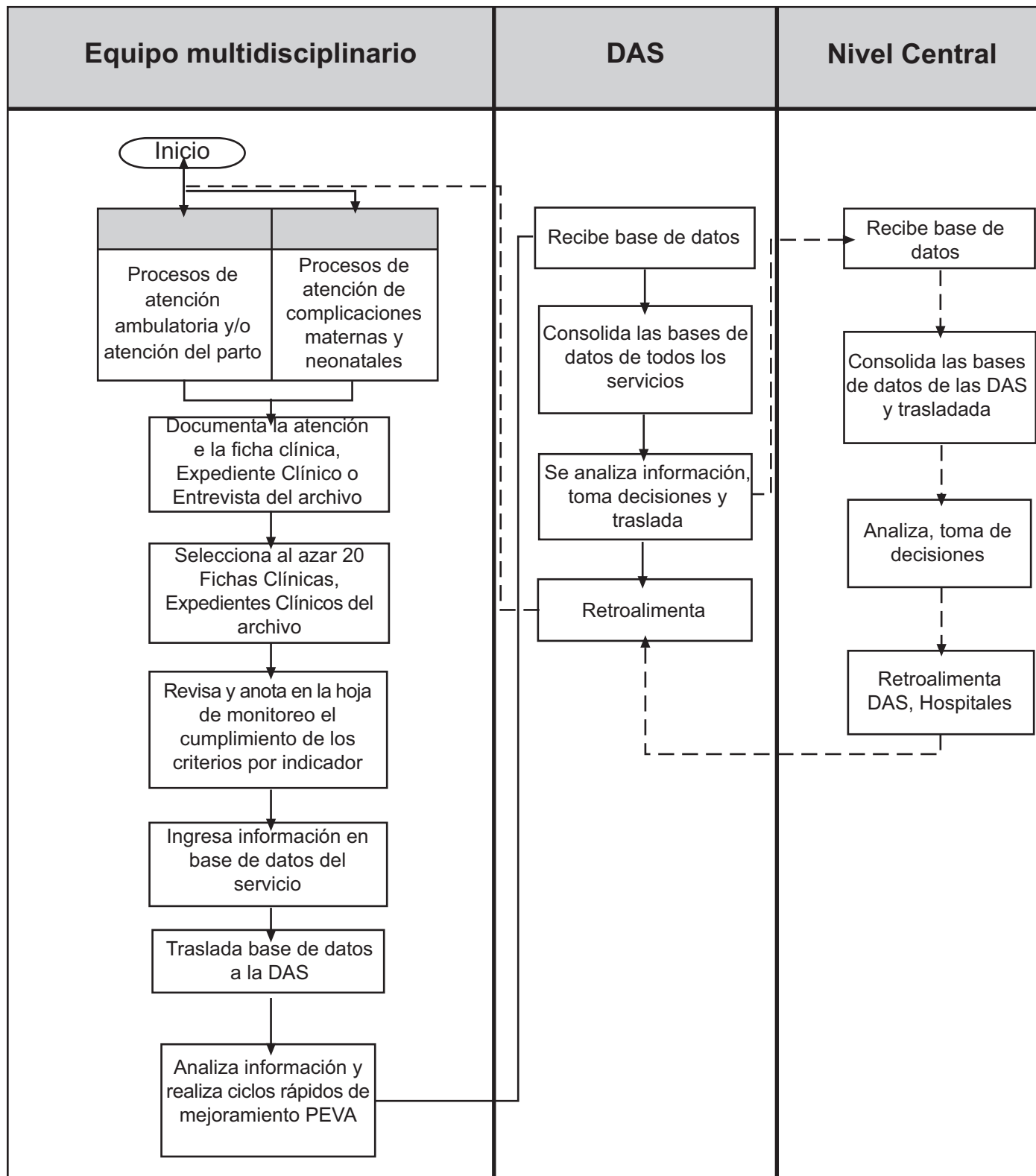
- Incluir en la programación de visitas de supervisión y monitoreo del área, a los servicios con bajo desempeño y dar seguimiento del cumplimiento los planes de acción.
- Verificar que la información de los procesos es incluida en la sala situacional de los servicios.
- Verificar la calidad del dato.
- Actualizar la sala situacional del área de salud.

4.3 Nivel central

- Propiciar el intercambio y generalización de la aplicación de mejores prácticas.
- Establecer acuerdos de apoyo y seguimiento del nivel central para facilitar la gestión local.
- Incluir en la programación de visitas de supervisión y monitoreo de la USME y supervisores hospitalarios, a las DAS y hospitales con bajo desempeño y analizar en conjunto las causas de su situación actual.
- Constatar que las actividades de acompañamiento a los servicios más vulnerables fueron realizadas por parte de los equipos técnicos de las áreas de salud.
- Chequear que la información está incluida en la sala situacional del DAS.

Se recomienda favorecer el intercambio entre servicios y áreas de salud de las experiencias desarrolladas, a través de las reuniones de Consejo técnico, reuniones trimestrales entre la Dirección del SIAS y las áreas de salud, así como PNSR y el vice-ministerio de hospitales.

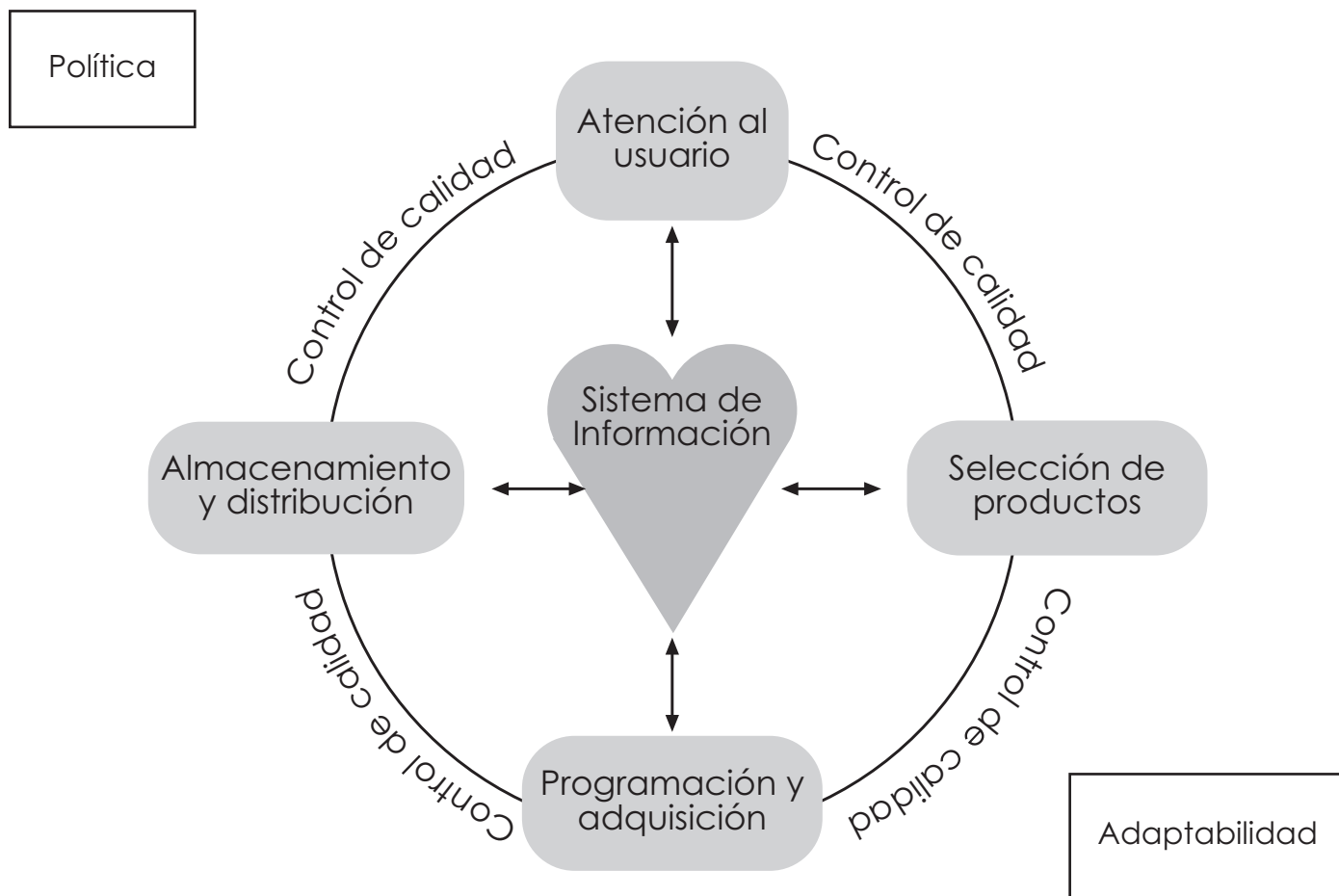
Esquema 1: Descripción del flujo de la información de la atención materna y neonatal esencial a nivel comunitario, servicios, área de salud y nivel central.



ANEXO 2

LINEAMIENTOS LOGÍSTICOS PARA MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS AFINES UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN MATERNO NEONATAL

COMPONENTES DEL SISTEMA LOGÍSTICO



SELECCIÓN

Objetivo: Incluir en el listado básico de los servicios de salud, en los tres niveles de atención, los medicamentos para la atención materno neonatal incluidos en esta guía.

Procedimiento:

1. Revisar el contenido de la presente guía para revisar el listado de los medicamentos que se incluyen para la atención materno neonatal. A continuación se detalla el listado:

| Medicamentos | Presentaciones | Almacenamiento | Seguridad en el embarazo | Observaciones |
|-----------------------------|--|---|--------------------------|--|
| 1. Ácido fólico | Tabletas de 5mg. | Conservar a temperatura ambiente, menor de 30° C protegido de la luz | A | 1 tableta de 5 mg. Cada 8 días |
| 2. Adrenalina | Solución Inyectable de 1mg/mL. Ampolla de 1mL. | Conservar a temperatura ambiente, menor de 30° C. | C | |
| 3. Alfa metildopa | Tableta de 250mg o 500mg | Conservar a temperatura ambiente, menor de 30° C. Proteger de la humedad | C | |
| 4. Ampicilina | Polvo para suspensión oral 250 mg/5ml Frasco de 60 ml. | Conservar a temperatura ambiente menor de 30° C. Proteger de la humedad | C | Amino penicilina con excelente penetración a liquido Amniótico |
| 5. Anticonceptivos | | | | |
| a. Ciclos orales | Ciclo de 28 píldoras conteniendo 21 píldoras con Levonorgestrel 0.15mcg + Etinilestradiol 0.03mcg y 7 con fumarato Ferroso 75mg. | Conservar a temperatura ambiente entre 18 y 25°C. Proteger de la humedad | B | Ver criterios Elegibilidad |
| b. Inyectable Trimestral | Suspensión inyectable conteniendo acetato de Medroxiprogesterona 150mg. Vial de 1mL | Conservar a temperatura ambiente entre 18 y 25°C. Proteger de la humedad | B | Ver criterios Elegibilidad |
| c. Condón | Empaque unitario. Sin concentración | Conservar a temperatura ambiente soporta hasta 40°C. No exponer a luz fluorescente. | A | Ver criterios Elegibilidad |
| d. Dispositivo intrauterino | Empaque unitario de T de Cobre 380A | Conservar a temperatura ambiente no mayor de 30°C. | B | Ver criterios Elegibilidad |
| e. Implante Subdérmico | Empaque unitario con dos cilindros de silastix conteniendo 75mg de levonorgestrel cada uno. | Conservar a temperatura ambiente no mayor de 30°C | C | Ver criterios Elegibilidad |
| f. Inyectable mensual | Solución inyectable conteniendo Enantato de Noretisterona 50mg + Valerato de estradiol 5mg. Ampolla de 1mL | Conservar a temperatura ambiente no mayor de 30°C. Proteger de la luz | C | Ver criterios Elegibilidad |
| 6. Bicarbonato de calcio | Solución inyectable al 7.5%. Vial de 10 ó 50 mL | Conservar a temperatura ambiente no mayor de 30°C. En un lugar seco | C | |

| Medicamentos | Presentaciones | Almacenamiento | Seguridad en el embarazo | Observaciones |
|----------------------------------|---|---|--------------------------|-----------------|
| 7. Cefotaxima | Polvo para reconstitución de 500mg ó 1g. Vial | Conservar a temperatura ambiente no mayor de 30°C. Proteger de la luz | C | |
| 8. Clindamicina | Solución inyectable 150mg/mL. Ampolla de 4mL | Conservar a temperatura ambiente no mayor de 30°C | C | |
| 9. Cloranfenicol | Polvo liofilizado 1g. Vial | Conservar a temperatura ambiente no mayor de 30°C. En un lugar seco | C | |
| | Gotas Oftálmicas al 0.25%.ó 0.5% Frasco de 10mL o 15mL | Conservar a temperatura ambiente no mayor de 30°C. Proteger de la luz | B | |
| 10. Diazepam | Solución inyectable 5mg/mL. Ampolla de 2mL. | Conservar a temperatura ambiente no mayor de 30°C | B | Receta retenida |
| 11. Difenilhidantoina, Fenitoina | Solución inyectable 50mg/mL. Ampolla de 5mL | Conservar a temperatura ambiente no mayor de 30°C. Proteger de la luz | B | |
| 12. Gluconato de calcio | Solución inyectable al 10%. Ampolla de 10mL | Conservar a temperatura ambiente entre 15°C y 30°C. | C | |
| 13. Metil Ergonovina | Solución inyectable 0.2 mg/ml. Ampolla de 1mL | Conservar a temperatura menor de 30° C. | X | |
| 14.Gentamicina | Solución inyectable de 40mg/mL. Vial o Ampolla de 2mL | Conservar a temperatura menor de 30° C. | C | |
| 15. Hidralazina | Solución inyectable o polvo para inyección 20 mg/ml. Vial o ampolla 1mL | Conservar a temperatura menor de 30° C | C | |
| | Tableta 50 mg. | | | |
| 16. Metronidazol | Solución inyectable 5 mg/ml, Frasco o bolsa 100 ml. | Conservar a temperatura ambiente no mayor de 30°C. En un lugar seco | B | |
| 17. Misoprostol | Tabletas 200 mcg | Conservar a temperatura menor 30°C, en un lugar seco. | X | |
| 18. Naloxona | Solución Inyectable 0.4 mcg/ml. Ampolla 1 ml. | Almacenar a temperatura ambiente entre 15°C - 30°C. Proteger de la Luz directa y evitar la refrigeración. | B | |

| Medicamentos | Presentaciones | Almacenamiento | Seguridad en el embarazo | Observaciones |
|----------------------------|---|--|--------------------------|---------------|
| 19. Oxitocina | Solución inyectable 5 UI. Ampolla 1mL | Conservar de 2 a 8°C, evitar la congelación. | X | |
| 20. Carbetocina | Solución Inyectable 100mcg/mL. Ampolla 1mL | Conservar de 2 a 8°C, evitar la congelación. | X | |
| 21. Sulfato de Magnesio | Solución inyectable 250mg/mL. Ampolla de 10mL | Conservar a temperatura menor de 30° C. | B | |
| 22. Sulfacetamida sódica | Solución oftálmica al 10%. Frasco de 10mL | Conservar en un lugar fresco. No más de 30 días después de abierto. | B | |
| 23. Antirretrovirales | | | | |
| a. Lamivudina + Zidovudina | Tabletas Lamivudina 300mg + zidovudina 150mg. | Conservar a temperatura menor de 30° C. Proteger de la humedad | C | |
| b. Lopinavir + ritonavir | Tableta 200mg lopinavir /50mg ritonavir | Conservar a temperatura 2 - 8°C. Proteger de la luz directa | C | |
| c. Nelfinavir | Tableta 250mg | Almacenar a temperatura ambiente entre 15°C - 30°C. | B | |
| e. Zidovudina | Suspensión oral 50mg/5mL. Frasco de 240mL | Almacenar a temperatura ambiente entre 15°C - 25°C. Proteger de la luz. | C | |
| | Solución Inyectable 10mg/mL Vial de 20mL | Almacenar a temperatura ambiente entre 15°C - 30°C. | | |
| 24. Vitamina K | Solución inyectable 10mg/mL. Ampolla de 1mL | Almacenar a temperatura ambiente entre 15°C - 30°C. Proteger de la luz. Evitar la congelación. | c | |

- El equipo técnico del Nivel central conformado por personal del Viceministerio de Hospitales, el SIAS y el DRPAP, y técnicos del PNSR son los encargados de realizar la revisión técnica de los tratamientos para la atención materna neonatal.
- Para la selección se debe dar prioridad a los medicamentos de primera elección, consignados en la presente guía.

PROGRAMACIÓN

Objetivo: Determinar las necesidades de medicamentos para un período determinado, con el propósito de atender la demanda de los Servicios de Salud.

Procedimiento

1. El Comité de Farmacoterapia o Equipo de análisis de suministros elaboran la Programación Anual de Insumos, de acuerdo al consumo histórico e incidencia de casos reportados.
2. El Encargado/Jefe de Farmacia Interna, Encargado de logística de Áreas o Químico Farmacéutico traslada la programación a la Gerencia Administrativa Financiera de la unidad ejecutora.
3. La Gerencia Administrativo Financiero de la unidad ejecutora, aprueba la programación para su posterior adquisición a nivel local a excepción de los anticonceptivos y los antirretrovirales cuya compra es centralizada.

ADQUISICIÓN

Objetivo: Adquirir medicamentos en cantidades y especificaciones definidas para la prestación de servicios, según la programación previamente establecida por la unidad ejecutora.

Procedimiento en DAS y Hospitales

1. El Encargado/ Jefe de Farmacia Interna, Encargado de logística de Áreas o Químico Farmacéutico establece la necesidad según niveles máximos y mínimos y la programación anual realizada y traslada a Comité de Farmacoterapia o Equipo de análisis de suministros.
2. El Comité de Farmacoterapia o Equipo de análisis de suministros de áreas de salud revisa y realiza Dictamen Técnico.
3. El Encargado/Jefe de Farmacia Interna, Encargado de logística de Áreas o Químico Farmacéutico elabora Solicitud de Pedido para adquisición de los insumos y traslada al Departamento de Compras, con el visto Bueno del Gerente Administrativo Financiero y Director.

ALMACENAMIENTO

Objetivo: Conservar las características de los medicamentos durante su permanencia dentro del almacén del hospital, stock de servicios, bodega del área y bodega de distrito con el fin de que estos lleguen al paciente en condiciones óptimas para su uso y puedan ejercer la acción terapéutica esperada.

Procedimiento de Almacenamiento en servicio por stock

1. Se establecerá un stock inicial de medicamentos con las cantidades correspondientes para la atención de urgencias en la atención materno neonatal en los servicios con capacidad resolutiva según se detalla a continuación:

| Medicamento | Cantidad | Tiempo Reposición | Observaciones |
|---|---------------------------------------|--------------------|--|
| | | | |
| Oxitocina vial solución 5 UI/ml | Para 1 semana según consumo histórico | 3 veces por semana | Mx. Controlado (despacho contra receta) |
| Metilergonovina ampolla 0.2 mg/ml | Para 1 semana según consumo histórico | 3 veces por semana | Monitorear su utilización en emergencia (mx. especial) |
| Carbetocina | | | |
| Ampicilina Vial 1 g | Cantidad para dosis stat | 3 veces por semana | Para uso exclusivo obstétrico |
| Gentamicina ampolla/vial 80 mg | Cantidad para dosis stat | 3 veces por semana | Para uso exclusivo obstétrico |
| Clindamicina ampolla 150 mg/ml | Cantidad para dosis stat | 3 veces por semana | Para uso exclusivo obstétrico |
| Metronidazol IV 5 mg/ml frasco o bolsa 100 ml | Cantidad para dosis stat | 3 veces por semana | Para uso exclusivo obstétrico |
| Sulfato de Magnesio IV 50% | Para 1 semana según consumo histórico | 3 veces por semana | Monitorear su utilización en emergencia |
| Gluconato de Calcio 10% Ampolla 10 ml | Para 1 semana según consumo histórico | 3 veces por semana | Para uso exclusivo obstétrico |
| Diazepam IV ampolla | Para 1 semana según consumo histórico | 3 veces por semana | Mx. Controlado, (despacho contra receta) |
| Difenilhidantoína IV ampolla | Para 1 semana según consumo histórico | 3 veces por semana | Monitorear su utilización en emergencia |
| Hidralacina vial/ampolla | Para 1 semana según consumo histórico | 3 veces por semana | Para uso exclusivo obstétrico |
| Sol. Salina 0.9% 1000 ml | Para 1 semana según consumo histórico | 3 veces por semana | Asegurar abastecimiento y reposición para obstetricia exclusivamente |
| Solución Hartman 1000 ml | Para 1 semana según consumo histórico | 3 veces por semana | Asegurar abastecimiento y reposición para obstetricia exclusivamente |
| Sol. Dextrosa 5% 500 ml | Para 1 semana según consumo histórico | 3 veces por semana | Asegurar abastecimiento y reposición para obstetricia exclusivamente |
| Adrenalina IV | Para 1 semana según consumo histórico | 3 veces por semana | Uso exclusivo Botiquín Neonatal |
| Naloxona ampolla 1 ml | Por dosis stat | 3 veces por semana | Medicamento controlado (receta especial) |
| Bicarbonato de Sodio Solución al 7.5% | Para 1 semana según consumo histórico | 3 veces por semana | Uso exclusivo Botiquín Neonatal |

1. Las cantidades del stock se evalúan de acuerdo a la demanda del servicio cada seis meses o según necesidad en coordinación con el o la jefe de enfermería del servicio, el o la director del distrito en áreas de salud, jefe de farmacia y/o Químico Farmacéutico y autorizado por el comité de farmacoterapia o el equipo de análisis de suministros con el visto bueno de Dirección.
2. El o la Jefe de enfermería, el auxiliar del servicio y el encargado de farmacia son responsables del resguardo y control de abastecimiento de los medicamentos en el servicio.
3. El o la Jefe de enfermería, el auxiliar del servicio y el encargado de farmacia son responsables del resguardo y control de abastecimiento de los medicamentos en el servicio.
4. El auxiliar farmacia realiza el control de inventarios y fechas de vencimiento semanalmente en stock de servicios, si fuera necesario el jefe de servicio podrá solicitar que se complete el stock previo a finalizar el periodo semanal.

5. La copia del stock autorizado, deberá estar colocada en el stock de emergencia.
6. Los servicios deberán cumplir con los requisitos mínimos de almacenamiento según la Normativa Técnica 34-2002 y la 35-2002.

Procedimiento de Almacenamiento en bodega de medicamentos

1. El ingreso de los medicamentos para la atención materno neonatal se realizará a través de bodega de medicamentos del hospital, servicio, distrito o DAS.
2. El encargado de bodega de medicamentos registra en tarjeta de control de suministros kardex los movimientos de cada producto, y realiza los procesos establecidos por el MSPAS para el manejo de almacenes.
3. El encargado de almacén o bodega de medicamentos realiza el control de inventario, fechas de vencimiento de los productos.
4. La diferentes bodegas de medicamentos deberá cumplir con los requisitos mínimos de almacenamiento según la Normativa Técnica 34-2002 y 35-2002.

DISTRIBUCIÓN

Objetivo: Garantizar la disponibilidad de medicamentos en los servicios de salud para la atención materno neonatal.

Procedimiento dentro del servicio:

1. El médico realizara evaluación del paciente y prescripción del medicamento según la impresión clínica.
2. Cuando aplique la enfermera solicita a farmacia a través de receta los medicamentos prescritos cuando existe farmacia 24 o distribución por unidosis en horas hábiles en caso contrario el personal de enfermería toma medicamento del stock de emergencia y administra medicamento al paciente.
3. Si el medicamento es tomado el stock el personal de enfermería deja receta en stock y anota medicamentos en control de existencias de stock.
4. El auxiliar de farmacia semanalmente compara existencias de stock con Listado Autorizado de Stock y de recetas.
5. El auxiliar de farmacia prepara medicamentos a reponer de acuerdo a recetas.
6. El auxiliar de farmacia realiza consolidado de entregado a servicios y traslada movimientos a tarjeta de control de suministro (Kárdex).

Procedimiento en áreas de salud

1. El área de salud distribuye a distritos o servicios de acuerdo al sistema de distribución directa o indirecta, los insumos de según la demanda de cada servicio.
2. Los centros de salud, CAP, CAIMI deben elaborar los instrumentos establecidos para logística (SIGSA 4c/s, RDDR, tarjeta de control de suministros, BRES y requisición), para la solicitud de insumos de acuerdo al calendario logístico.

ATENCIÓN AL USUARIO

Objetivo: Cumplir con las necesidades requeridas de la población brindando calidad, en un ambiente de respeto y adecuado a su realidad.

Procedimiento

1. El personal capacitado realizará evaluación del paciente, elaborará la receta para la prescripción de medicamentos.
2. Si es necesario se realizará la referencia al servicio que corresponda para brindar una mejor atención.
3. Si es una paciente VIH positivo referir a una Unidad de Atención Integral a su conveniencia, para el seguimiento de la infección por VIH.
4. Recordar brindar consejería en planificación familiar posterior al evento obstétrico.

SISTEMA DE INFORMACIÓN

Objetivo: Disponer de información para el análisis y toma de decisiones en base a los instrumentos de registro y de control tanto en Áreas de Salud y Hospitales.

Procedimiento de Hospitales para insumos de compra descentralizada

1. El encargado de farmacia realiza el BRES quincenalmente y lo traslada al viceministerio de hospitales.
2. La producción hospitalaria sobre el tema realiza a través del SIGSA 7 el cual será consolidado por el estadígrafo será enviado a SIGSA.
3. La información oficial de los servicios se obtendrá a través de SIGSA.

Procedimiento de Áreas de Salud para insumos de compra descentralizada.

1. El encargado de logística de servicios realiza el BRES mensualmente de acuerdo al calendario logístico y lo envía al Distrito.
2. El encargado de logística del Distrito consolida el BRES de los distritos mensualmente de acuerdo a las guías de uso formularios BRES y lo envía a la DAS.
3. La DAS consolida la información del BRES y la envía mensualmente a la unidad de logística.
4. La Unidad de Logística elabora informe mensual de abastecimiento y consumo de los medicamentos para atención materno neonatal al PNSR.
5. La producción de todos los servicios de salud, se consolida en el Área de Salud a través del SIGSA 6, por el estadígrafo de la DAS.
6. La información oficial de producción se obtendrá a través del SIGSA.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Guías de atención del embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas.** MSPAS-PNSR, 2008.
2. **Guías para el continuo de atención de la Mujer y el recién Nacido focalizada en APS del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP/SMR),** 2008
3. **Guías Nacionales de planificación Familiar.** MSPAS-PNSR 2010
4. **La salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño, para cumplir los ODM,** OPS/OMS, 2006
5. **Estrategia Regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas,** OPS/OMS, 2002
6. **Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas. Consenso estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe,** 2003
7. **Prevención de la hemorragia post-Parto. Herramienta para Proveedores de salud.** J.H.Piego, PATH, 2004
8. **Protocolo de vigilancia de la embarazada y de la muerte en mujeres en edad fértil (10 a 54 años) para la identificación de las muertes maternas.** CNE-MSPAS, 2010
9. **Manejo DE las complicaciones del embarazo y el parto.** OMS 2000.
10. **Programa para reducir la Mortalidad Materna y Neonatal. ALERTA.** 4 edición. Asociación de Ginecología y Obstetricia del Canadá / FIGO. 2007.
11. **Guía para el Manejo y Seguimiento de la mujer embarazada positiva al VIH o con SIDA.** MSPAS. 2006
12. **Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo.** 2 edición, Fernando Arias 1986
13. **Decreto 32-2010, Ley para la Maternidad Saludable,** Guatemala 2010

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE REGULACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DRPAP

5a. AVENIDA 11-40 ZONA 11 COLONIA EL PROGRESO
TELS. 2472-3407

