



MINISTERIO
DE SALUD

Protocolos de Asistencia para los períodos Preconcepcional, Prenatal, Parto y Puerperio de Bajo Riesgo Perinatal

Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y
un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido

San Salvador, El Salvador 2022



MINISTERIO
DE SALUD

Protocolos de Asistencia para los períodos Preconcepcional, Prenatal, Parto y Puerperio de Bajo Riesgo Perinatal

Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y
un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido

San Salvador, El Salvador 2022

2022 Ministerio de Salud



Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede Consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Primera edición

Ministerio de Salud
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000
Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya

Ministro de Salud *Ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza

Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud *Ad honorem*

Dra. Karla Marina Díaz de Naves

Viceministra de Operaciones en Salud *Ad honorem*

Equipo Técnico

Instituto Nacional de la salud
Dra. Dalia Xochilt Sandoval López
Dr. Jorge Alberto Pleitez Navarrete
Dra. Claudia Lorena Rodríguez de Gutiérrez
Licda. Linda Marianita Cuellar de Arévalo
Equipo Gestor Nacional Nacer con cariño
Dra. Patricia Eugenia Valiente Ramos
Dra. Patricia Ivette Guardado Flores
Dr. Heriberto José Contreras Mata
Licda. Silvia Alas de Domínguez
Licda. Iris Lisseth Valladares de Rivera
Ministerio de Salud
Dirección de Regulación
Dra. Graciela Angélica Baires Escobar

Comité Consultivo

Ministerio de Salud	
Dra. Rhina Chacón de Arévalo	Hospital Nacional de la Mujer "María Isabel Rodríguez "
Dra. Marcela Guadalupe Hernández	Unidad de Atención Integral en Salud a la Mujer y Hombre Adulto
Dr. José Douglas Jiménez Hernández	
Dr. Juan Antonio Morales Rodríguez	Unidad de Atención Integral en Salud a la niñez
Dra. Miriam Elizabeth Alvarado	
Licda. Ludys Mabel Soto de Zepeda	Unidad Nacional de Enfermería
Dra. Ana Beatriz Sandoval	Dirección Nacional de Hospitales
Licda. Amelia Cabrera	Unidad de Género
Dr. Mario Ernesto Soriano Lima	Unidad de Atención Integral en Salud a la Adolescencia
Dra. Ingrid Cienfuegos García	Hospital Nacional " Dr. Jorge Mazzini Villacorta" Sonsonate
Dra. Victoria Carolina Ramírez Estrada	Hospital Nacional "Santa Teresa", Zacatecoluca
Dr. Eduardo Antonio Castaneda Alarcón	Hospital Nacional General San Rafael, Santa Tecla
Licda. María Mercedes Valencia Padilla	Oficina de Atención a todas las formas de violencia
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	
Dr. José Guillermo Valdés Flores	Hospital 1° de mayo
Dra. Xennia Lisette Molina de Alberto	Hospital 1° de mayo
Comando de Sanidad Militar	
Dr. Carlos Díaz Barillas	Hospital Militar Central
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	
Dra. Esperanza Alvarenga de Aparicio	
Asociación de Ginecología y Obstetricia de El Salvador(ASOGOES)	
Dr. Juan José Guzmán	
Asociación de Neonatología de El Salvador	
Dra. Delmy del Carmen Hernández	
Consultores Internacionales	
Prof.Lic.Obst. Verónica Favilla.	
Lic. Obst. Paula Rodríguez Blanco.	
Doula Licda. Enf. Claudia Zamora.	
Dr. Rodrigo Aybar García.	



Ministerio de Salud

Acuerdo n° 640

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud

Considerandos

- I. Que la Constitución de la República, en sus artículos 34 y 65, reconoce el derecho que toda niña, niño y adolescente, tiene a vivir en condiciones familiares y ambientales que le permitan su desarrollo integral; además determina que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento;
- II. Que la Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido, tiene por objeto garantizar y proteger los derechos de la mujer desde el embarazo, parto y puerperio, así como los derechos de las niñas y niños desde la gestación, durante el nacimiento y la etapa de recién nacido, a través del establecimiento de los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud;
- III. Que la Ley del Sistema Nacional Integrado en Salud, en sus artículos 3 y 13, establecen que el Sistema Nacional Integrado en Salud, está constituido por las instituciones públicas y privadas que de manera directa e indirecta se relacionan con la salud, siendo el Ministerio de Salud, el ente rector de dicho Sistema, por lo que está facultado para coordinar, integrar y regular el mismo.
- IV. Que el Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, en el artículo 42, numeral 2), establece que compete al Ministerio de Salud: Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.
- V. Que, de conformidad a los considerandos anteriores, es necesario regular las disposiciones técnicas para la atención, de los periodos preconcepcional, prenatal, parto y puerperio de bajo riesgo.

POR TANTO, en uso de las facultades legales, **ACUERDA** emitir el siguiente:

Protocolos de Asistencia de los periodos Preconcepcional, Prenatal, Parto y Puerperio de Bajo Riesgo

Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido

I. Contenido

Acuerdo Ministerial		
I.	Justificación	8
II.	Objeto	10
III.	Universo y ámbito de aplicación	10
IV.	Definiciones	10
V.	Generalidades	14
VI.	Protocolos de atención durante los períodos preconcepcional, embarazo, parto y nacimiento, puerperio y lactancia	15-44
	A. Atención preconcepcional	15
	B. Atención en el embarazo	18
	C. Atención durante el trabajo de parto, parto y nacimiento	22
	D. Atención al Recién Nacido	32
	E. Atención en el Puerperio	36
	F. Atención en Lactancia Materna	39
	G. Acompañante	41
	H. Personal de Enfermería con el rol de Doula	44
	I. Comunicación e información	44
VII.	Atención a casos especiales	45
VIII.	Supervisión, monitoreo y evaluación	46
IX.	Glosario	48
X.	Disposiciones finales	50
XI.	Vigencia	51
XII.	Referencias bibliográficas	52
XIII.	Anexos	54

II. Justificación

Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido, es una ley impulsada por la Primera Dama de la República, que permite propiciar un Sistema Nacional Integrado de Salud, que garantice el derecho a la salud de la madre y su hijo o hija, y por tanto es obligación del Estado garantizarles un proceso digno desde el momento preconcepcional, embarazo, trabajo de parto, parto, postparto y lactancia.

Además de establecer las prácticas clínicas y no clínicas esenciales que apoyan una experiencia de parto positiva, el protocolo de asistencia descarta las prácticas de atención durante el parto no basadas en la evidencia o innecesarias, que pueden ser perjudiciales y debilitar las capacidades de parto innatas de las mujeres, tales prácticas, a la vez desaprovechan los recursos, reducen la equidad y atentan contra los derechos de madres y bebés.

El modelo **MATERNIDAD NACER CON CARIÑO (MNCC)** se fundamenta en el modelo de **Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF)** que promueve la efectividad y la seguridad de la atención de la mujer y de su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio. Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia científica.

El uso de prácticas basadas en la evidencia y sistematizadas constituye la base de la seguridad para las mujeres, sus hijas o hijos y sus familias. Asimismo, ubica a la mujer, su familia y el recién nacido como los verdaderos protagonistas de la experiencia del embarazo y del parto/ nacimiento. Protagonistas que, empoderados con más y mejor conocimiento sobre los derechos que los asisten en esta etapa, puedan ejercerlos con la asistencia y el acompañamiento del equipo de salud.

Los cinco ejes descritos más abajo, constituyen los elementos conceptuales sobre los que la Iniciativa busca promover una atención centrada en los derechos de la madre y el niño, contribuir a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad materna y neonatal:

EJE 1. Fomenta una cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención

- ✓ Una MNCC se distingue por considerar que la atención cariñosa y sensible para con la familia es una de sus prioridades y cuenta con el compromiso de las autoridades y el equipo de salud para llevarla adelante.
- ✓ Pretende que las autoridades y el equipo de salud de la maternidad estén convencidos y comprometidos con la adopción del modelo y lo establezcan como una de sus prioridades.
- ✓ Busca sumar la asistencia humanizada a los avances tecnológicos.
- ✓ Es coherente con el pensamiento universal vigente: Medicina centrada en el o la paciente (y su familia) y seguridad del paciente.
- ✓ La cultura de la seguridad se refiere al conjunto de actitudes, valores, normativas y prácticas que, en los procesos de atención en salud, asumen la probabilidad de equivocarse; explicitan los procesos que pudieran explicar y prevenir los errores, favoreciendo una cultura no punitiva que los considere como parte del aprendizaje.
- ✓ La seguridad de los pacientes es un aspecto central de la calidad de la atención médica. La misma no depende de una única persona, tecnología o departamento. Mejorar la seguridad implica comprender cómo interaccionan las distintas partes del sistema, para lo cual se requiere un fuerte compromiso del equipo de salud en la búsqueda, identificación y solución de los problemas de seguridad. Igual de relevante es la participación de los propios pacientes y sus familias en este proceso: ellos no solo pueden participar activamente en su propio cuidado, sino que su participación es crítica para la mejora de la calidad y la seguridad en la atención.

EJE 2. Estimula, respeta y protege los derechos de la madre, del padre y de su hijo o hija en todo momento

- ✓ Una MNCC protege y garantiza los derechos de los padres y de su hijo/a. Promueve el respeto por las tradiciones culturales, las preferencias y los valores de las mujeres; se esfuerza por garantizar el derecho a nacer en un ambiente de confianza y seguridad, y por lograr que las relaciones entre los equipos de salud y las familias sean respetuosas, cálidas, efectivas y coordinadas.

<ul style="list-style-type: none"> ✓ El paciente es la mujer embarazada, su hijo antes y después de nacer, y su familia, entendida como toda configuración vincular en la cual exista al menos un adulto responsable a cargo de los menores del grupo. Las familias presentan en la actualidad formas dinámicas y variadas a partir de las cuales son capaces de cumplir con su función. Representan, así, la unidad mínima funcional del tejido social.
<p>EJE 3. Incorpora, reconoce, apoya y valora la participación de los padres, la familia y la comunidad en la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Una MNCC promueve el empoderamiento de la mujer y su familia en el cuidado de su hijo/a antes y después del nacimiento. Asimismo, estimula la permanencia continua y la participación activa de los padres durante la internación de su hijo/a, y el contacto del recién nacido con otros miembros de la familia. ✓ Fomenta que los padres y la familia asuman un papel protagónico en el cuidado del hijo/a. Los agentes de salud no deben sentirse desplazados por la familia: su rol asistencial será por demás valorado puesto que es inherente a la posibilidad de las personas de ejercer el derecho a la vida, condición que solo se cumple con una adecuada y comprometida asistencia integral en salud. ✓ El reconocimiento de estas acciones por parte de los grupos familiares es altamente gratificante para todos los agentes involucrados en la asistencia perinatal. La comunidad, a través de los promotores de salud, tiene la posibilidad de participar activamente con propuestas inherentes a su idiosincrasia y cultura. ✓ Este aporte enriquece el modelo al incluir características históricas y culturales de la población. En el caso de las familias de pueblos indígenas y países migrantes, la comunidad informada debe participar como parte cooperante de las decisiones en materia de servicios de salud, administración y prestación de servicios, atendiendo y respetando sus tradiciones y culturas. También va en búsqueda de apoyo institucional para la creación o el fortalecimiento del servicio de voluntarias y voluntarios.
<p>EJE 4. Promueve el uso de prácticas efectivas y seguras</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Una MNCC utiliza prácticas efectivas y seguras en la atención de la madre y su hijo/a durante el embarazo, el parto y el puerperio. ✓ Busca implementar acciones de calidad, de probada efectividad clínica y costo-efectividad. Pretende que el equipo de salud adopte prácticas efectivas y seguras y desaliente el uso de aquellas que no mostraron efectividad o son riesgosas. Por este medio, contribuye a los objetivos de reducir la mortalidad materna e infantil.
<p>EJE 5. Trabaja activamente para alcanzar los objetivos propuestos por otras iniciativas, como Hospital Amigo de la Madre y el Niño, y fomenta toda práctica que mejore la lactancia materna</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ MNCC promueve la lactancia materna y el involucramiento de las maternidades en otras iniciativas de promoción de la salud. ✓ El modelo MNCC es abarcativo e incluyente de todas las propuestas complementarias.¹

Dentro de estos protocolos, se establece la aplicación de un conjunto de acciones en el trabajo de parto y el parto que son fundamentales para que el parto no solo sea seguro, sino que constituya también una experiencia positiva para las mujeres y sus familias. Se resalta, además, la manera en que la atención centrada en la mujer, hija o hijo y familia puede optimizar la calidad de la atención del trabajo de parto y el parto mediante un enfoque holístico, basado en los derechos humanos y evidencia científica disponible.²

III. Objeto

¹ Larguía, M.; Lomuto, C.; González, M. A., Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia, Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, Ed. FUN, Buenos Aires, 2006, <http://www.funlarguia.org.ar>, www.msal.gov.ar, programas materno-infantiles/publicaciones.

² WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience © World Health Organization 2018 ISBN: 978-92-4-155021-5. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

Los presentes protocolos tienen por objeto, establecer los criterios y pautas en el SNIS para vigilar y atender la salud en la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y el recién nacido de bajo riesgo, con base a la Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido, y promueven la efectividad y la seguridad de la atención; sistematizando prácticas sanitarias que han demostrado ser seguras, efectivas, eficaces y menos costosas. Los mismos deben ser aplicados en todos los niveles de atención, para lograr la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

IV. Universo y ámbito de aplicación

Estos protocolos serán aplicados a mujeres en edad fértil, embarazadas, parturientas, puérperas y personas recién nacidas de bajo riesgo del país.

El cumplimiento de estos protocolos es de carácter obligatorio y serán aplicados en todos los establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS); la provisión de servicios contempla la atención preconcepcional, prenatal, parto clasificado de bajo riesgo, puerperio y personas recién nacidas sin complicaciones (sanas).

V. Definiciones

Para el presente protocolo se entenderán las siguientes definiciones:

- a) **Alojamiento conjunto:** Contacto inmediato y permanente de la persona recién nacida con su madre iniciando desde su nacimiento el contacto piel a piel y la lactancia materna con énfasis en las primeras tres horas de vida, manteniendo la convivencia de la persona recién nacida y su madre durante toda su estancia en el centro asistencial, haciendo énfasis en el método canguro.³
- b) **Alumbramiento o período placentario/ 3er Período del parto:** Periodo que inicia con la salida de la persona recién nacida, y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas corioamnióticas.⁴
- c) **Atención preconcepcional:** Conjunto de intervenciones de promoción, prevención y valoración del riesgo que identifican condiciones de tipo biológico, hábitos, comportamientos o condiciones sociales que puedan convertirse en riesgos para la salud materno-perinatal. Para producir el mejor resultado posible, se requiere que estos riesgos se intervengan antes del embarazo.⁵

³ [Ley nacer con cariño https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/dictamenes/89AE758D-B086-4764-B1E1-C9D0B24E0D74.pdf](https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/dictamenes/89AE758D-B086-4764-B1E1-C9D0B24E0D74.pdf)

⁴ WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience © World Health Organization 2018 ISBN: 978-92-4-155021-5. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

⁵ Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres. San Salvador, El Salvador, 2021. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_preconcepcional_v2.pdf

d) **Atención prenatal:** La serie de contactos, entrevistas o visitas integrales, periódicas, sistemáticas y programadas de la mujer embarazada con el personal de salud, idealmente acompañada, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y la atención de la persona recién nacida. La atención prenatal incluye la promoción de información sobre la evolución adecuada del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencias obstétricas; el derecho de las mujeres a recibir atención digna y de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además, de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutiva dónde deben recibir atención de manera inmediata, acompañada de la persona que ella decida, así como el cuidado de la persona recién nacida; todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico.

e) **Atención receptiva:** Habilidades que permiten a madres, padres o cuidadores identificar, reconocer y responder con interacciones positivas a las necesidades e intereses de las niñas y los niños. Promoviendo que los adultos se muestren sensibles, receptivos, predecibles y cálidos, facilitando el desarrollo socioemocional temprano, promoviendo una vinculación emocional segura y contribuyendo a acrecentar su capacidad cognoscitiva.⁶

f) **Atención respetuosa de la maternidad (ARM):** Remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.⁷

g) **Apego seguro:** Es el vínculo que refleja el lazo afectivo duradero que se establece en el espacio y tiempo entre el bebé y el cuidador, este debe ser empático y favoreciendo la experimentación de emociones.

h) **Cesárea:** Intervención quirúrgica donde se realiza una incisión en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés.⁸ Esta intervención puede prevenir la mortalidad materna y neonatal cuando es realizada con indicaciones médicas precisas.

i) **Consulta preconcepcional:** Inicia con la entrevista a una mujer o pareja por parte de un profesional del equipo de salud (personal médico, enfermería o profesional materno infantil), antes de la concepción, con el objetivo de detectar, corregir o disminuir factores de riesgo reproductivo de forma oportuna. La consulta preconcepcional aplica para mujeres a partir de 18 años, con deseo de embarazo expresado de forma verbal o al indagarse por el personal de salud con o sin factores de riesgo identificados. Sus objetivos son identificar factores de riesgo, conductas y patologías que condicionan riesgo reproductivo para la mujer y su futuro hijo o hija; proporcionar la atención en el nivel que corresponda; realizar educación de acuerdo con el caso.⁹

⁶ [Ley nacer con cariño https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/dictamenes/89AE758D-B086-4764-B1E1-C9D0B24E0D74.pdf](https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/dictamenes/89AE758D-B086-4764-B1E1-C9D0B24E0D74.pdf)

⁷ WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience © World Health Organization 2018 ISBN: 978-92-4-155021-5. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

⁸ F. Gary Cunningham, MD, Kenneth J. Leveno, MD, Steven L. Bloom, MD, Catherine Y. Spong, MD, Jodi S. Dashe, MD, Barbara L. Hoffman, MD, Brian M. Casey, MD, Jeanne S. Sheffield, MD Williams Obstetrics, 24e Chapter 30: Cesarean Delivery and Peripartum Hysterectomy <https://obgyn.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1057§ionid=59789171>

⁹ Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres. San Salvador, El Salvador, 2021. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_preconcepcional_v2.pdf

j) **Contacto piel a piel (CPP):** Consiste en colocar al recién nacido desnudo sobre el abdomen y tórax desnudos de la madre, inmediatamente al nacer y durante las primeras 3 horas de vida, o en caso no fuese posible el CPP con la madre, será con el padre o acompañante.

k) **Cuidado cariñoso y sensible:** Es el conjunto de condiciones que se proveen a niñas y niños para garantizar su salud, nutrición, seguridad, protección, una atención receptiva y oportunidades para un aprendizaje temprano; tiene como objetivo atender y responder a sus necesidades e intereses, garantizar sus derechos, protegerlos de los peores efectos de la adversidad, reducir sus niveles de estrés y fortalecer los mecanismos emocionales y cognitivos para hacer frente a las situaciones difíciles.¹⁰

l) **Embarazada sana:** Se utiliza para describir a las embarazadas adultas y adolescentes que no presentan ningún factor de riesgo adicional identificado para ellas o sus bebés, y que al momento de la evaluación son saludables.

m) **Personal de Enfermería con Rol de Doula:** Aquel/la que acompaña a la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto y post parto brindando apoyo emocional continuo; siendo esta persona un asistente materno para nacer con cariño. Es responsable del acompañamiento y apoyo integral a las mujeres, sus parejas y sus recién nacidos.

n) **Experiencia positiva de embarazo:** Se define como el mantenimiento de la normalidad física y sociocultural, el mantenimiento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido (incluida la prevención y el tratamiento de los riesgos, las enfermedades y la muerte), la realización de una transición efectiva hacia un parto y un nacimiento positivo, y la experiencia de una maternidad positiva (incluida la autoestima, la competencia y la autonomía maternas).

o) **Experiencia positiva de parto:** Se define como un desenlace trascendente para todas las mujeres embarazadas en trabajo de parto, al cumplir o superar las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano, en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, y contar con apoyo práctico y emocional continuo; es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y parto fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personal mediante la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas.

p) **Fase latente del período de dilatación / Fase latente del trabajo de parto/ Inicio de trabajo de parto:** Se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes, no tiene duración estándar.¹¹

¹⁰ Ley nacer con cariño <https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/dictamenes/89AE758D-B086-4764-B1E1-C9D0B24E0D74.pdf>

¹¹ WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience © World Health Organization 2018 ISBN: 978-92-4-155021-5. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

q) **Lactancia materna exclusiva:** Es la proporcionada a la persona recién nacida con leche humana sin la adición de otros líquidos o alimentos o sucedáneos de la leche a excepción de medicamentos o micronutrientes necesarios o con indicación médica.

r) **Parto respetado:** Modelo de atención del parto que toma en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer y su bebé se convierten en sujetos y protagonistas de las decisiones y atenciones que reciben.

s) **Período de dilatación activa / Fase activa del trabajo de parto/ Trabajo de parto activo:** Se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino desde los 5 cm, hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsiguientes. Tomar en cuenta que la duración de la fase activa del período de dilatación activa (a partir de los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsiguientes.¹²

t) **Período Expulsivo/2do Período del parto:** Es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas. Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto en los partos subsiguientes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas.

u) **Período post alumbramiento/ 4to Período del parto:** También conocido como período sensitivo, comprende las dos horas siguientes al parto y es cuando comienza a establecerse la vinculación afectiva entre madre e hijo o hija.

v) **Puerperio:** Corresponde al período que comprende desde el alumbramiento hasta las seis semanas posparto o cuarenta y dos días, durante el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelve a adquirir las características anteriores a la gestación, a excepción de las glándulas mamarias.

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

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

x) **Riesgo reproductivo (RR):** Probabilidad de que una mujer embarazada o su futuro hijo o hija sufra un evento adverso en el proceso en cuestión. Las usuarias que tienen antecedentes o condiciones de riesgo relacionadas con los embarazos anteriores deben ser derivadas a la atención de riesgo reproductivo preconcepcional (RRP).¹³

¹² WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience © World Health Organization 2018 ISBN: 978-92-4-155021-5. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

¹³ Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres. San Salvador, El Salvador, 2021. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_preconcepcional_v2.pdf

VI. Generalidades

1. La elaboración de este protocolo estuvo a cargo del Equipo Gestor Nacional Nacer con Cariño, así como los gestores de operaciones Nacer con Cariño, representantes del SNIS y equipo multidisciplinario involucrado en la atención del embarazo, el parto, el puerperio y persona recién nacida
2. El protocolo se basa en las Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva y proporciona los elementos necesarios para la aplicación de la Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido, basados en atención durante el periodo preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y lactancia.
3. Se debe dar un trato de calidad y con calidez a todas las áreas de los establecimientos de salud del SNIS: Portería, Recepción, Emergencia, Consulta Externa, Servicios Maternos y Neonatales, Anestesiología, Laboratorio, Archivo, Departamento de Radiología e Imágenes, Farmacia, Departamento de Nutrición y Dietas, Departamento de Fisioterapia, dependencias de Medicina Interna y Cirugía cuando se requieran de interconsultas y evaluaciones de parte de esas áreas, Servicios Generales, Trabajo Social y Áreas Administrativas.
4. En todas las áreas la mujer puede ser acompañada por un familiar o la persona de su confianza, debiendo ser esta mayor de edad.
5. Las áreas de atención de parto deben proporcionar atención basadas en un modelo bio-psico-social de cuidados, reconociendo que el parto es “un proceso fisiológico con unas dimensiones socioculturales y psicológicas inherentes al mismo”.
6. En todas las áreas la mujer puede ser acompañada por un familiar o la persona de su confianza.
7. Las áreas de atención de parto deben proporcionar atención basadas en un modelo bio-psico-social de cuidados, reconociendo que el parto es *“un proceso fisiológico con unas dimensiones socioculturales y psicológicas inherentes al mismo”*.
8. En los hospitales escuela, los profesionales en formación actuarán siempre bajo supervisión.

VII. Protocolos de Atención durante el periodo preconcepcional, embarazo, parto y nacimiento puerperio y lactancia

Se deben contemplar todas las medidas de bioseguridad indispensables, uso de mascarilla y lavado de manos o alcohol gel para todos los que entren en contacto con la mujer y/o persona recién nacida.

Los directores locales de todos los niveles de atención de los establecimientos prestadores de servicios de salud del SNIS, deben garantizar la comunicación accesible para personas que hablen otro idioma, o tengan una discapacidad visual o auditiva, pudiendo hacerse a través de teléfonos celulares, impresiones, intérpretes entre otros.

Podrá ingresar dispositivos de ayuda visual, auditiva y para la deambulaci3n en el caso que la mujer los necesite, tales como: anteojos, pr3tesis auditivas, elementos de ayuda para la deambulaci3n, entre otros.

Las mujeres y ni1os tienen derecho a ser tratados con respeto y dignidad, as3 como a recibir informaci3n clara y oportuna durante toda su atenci3n de salud.

A. Atenci3n preconcepcional¹⁴

Este es el primer paso en la cadena de atenci3n y es fundamental resaltar la importancia que tiene para llevar a buen t3rmino un embarazo.

El objetivo principal de la atenci3n preconcepcional es promover la salud de la mujer, su pareja y su descendencia, conocer aquellos factores que pueden dificultar (o facilitar) la concepci3n y el posterior desarrollo del embarazo y la maternidad para poder incidir sobre ellos precozmente.

Si la familia est3 planificando un embarazo, existe una especial predisposici3n a efectuar cambios de conducta saludables lo cual garantiza la asesor3a oportuna para la toma de decisiones reproductivas.

El periodo de mayor susceptibilidad fetal coincide con las primeras semanas, tiempo en el que con frecuencia la mujer todav3a desconoce la existencia de la gestaci3n; muchas malformaciones se asocian al consumo de sustancias terat3genas o algunos agentes externos, los cuales al ser identificados y tratados de forma temprana generar3n beneficios para un saludable embarazo.

En este per3odo, la atenci3n se realiza desde un abordaje integral, complementario e individualizado, respetando la decisi3n responsable y aut3noma de toda mujer (y su pareja) con deseo de embarazo logrando una visi3n conjunta al identificar de forma oportuna cualquier factor de riesgo que condicione la salud de la futura madre y de su beb3. El personal de salud del SNIS debe cumplir con lo establecido en el presente protocolo.

A.1. Protocolo de Atenci3n del periodo preconcepcional

Atenci3n del periodo preconcepcional

- Respetar la diversidad y las experiencias de las personas.
- Respetar y transmitir los derechos sexuales y reproductivos.
- Tener en cuenta los aspectos f3sicos, psicol3gicos, familiares y socioecon3micos.

¹⁴ Lineamientos t3cnicos para la atenci3n de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al reci3n nacido. Servicios en SSR para atenci3n de emergencias o desastres. San Salvador, El Salvador, 2021. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_preconcepcional_v2.pdf

1. Favorecer un ambiente cálido y de confianza, a través de lenguaje y actitudes amables, garantizando la privacidad y atención a la mujer y su pareja, con el fin de generar el espacio adecuado para realizar una consulta preconcepcional completa.
2. La mujer puede ser acompañada por su pareja o por otra persona de su confianza.
3. Realizar educación de acuerdo con el caso que se le presente, explicándole con lenguaje sencillo a la mujer y su acompañante, sobre todo lo relativo a su estado de salud y las estrategias a seguir.
4. Confeccionar historia clínica, la cual debe incluir:
 - Datos generales.
 - Antecedentes personales y familiares.
 - Antecedentes reproductivos y vacunas.
5. Identificar hábitos y estilo de vida:
 - Actividad física.
 - Nutrición.
 - Consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas, fármacos)
 - Hábitos laborales y ambientales.
 - Distintos tipos de violencia.
6. Realizar examen físico:
 - Informar a la usuaria sobre la necesidad de realizar un examen físico completo y solicitar su autorización antes de iniciar, la permanencia del acompañante mientras se realiza el examen físico, será decisión de ella.
 - Realizar evaluación de: Frecuencia cardíaca (FC), tensión arterial (TA), frecuencia respiratoria (FR), temperatura (T°), medidas antropométricas (peso y talla); examen de cabeza, tórax, mamas, abdomen, genitales externos, genitales internos con colocación de espéculo de ser necesario.
 - Evaluar necesidad de realizar toma de citología cérvico vaginal (si la anterior tiene más de un año), realizar evaluación bimanual de útero y anexos, realizar examen de las extremidades y piel.
7. Realizar evaluación odontológica:
 - Examinar cavidad oral.
 - Enfatizar la importancia de la higiene bucal y el cumplimiento de las citas establecidas por el personal de odontología.
 - Recomendar una dieta saludable, evitando el consumo de alimentos con alto contenido de azúcar y carbohidratos ya que favorecen la formación de caries dental.
 - Referir para profilaxis o tratamiento de patologías dentales.
8. Evaluar el estado nutricional: Calcular el Índice de Masa Corporal (IMC).
 - Explique a la usuaria la categoría nutricional en la cual ha sido clasificada y realice intervenciones según lineamientos vigentes establecidos.
 - Entregue a la usuaria por escrito los datos obtenidos.
9. Indicar exámenes médicos: Hemograma, tpeo, Rh, PRS, VIH, según el análisis de los apartados anteriores, deberá indicarse de forma justificada otros exámenes que sean aplicables al caso individual. Solicitar exámenes médicos a la pareja.
10. Identificar factores de riesgo, conductas y patologías que condicionen o puedan condicionar riesgo reproductivo para la mujer embarazada y persona recién nacida; gestionando que reciba la atención en el nivel que corresponda y explicar a su acompañante el motivo de la referencia. En caso de no identificarse riesgo, se continúa con el control preconcepcional. Llenar hoja de inscripción, con las siguientes acciones:
 - Realizar controles subsecuentes cada 2 meses, reportar los exámenes en un periodo no mayor de

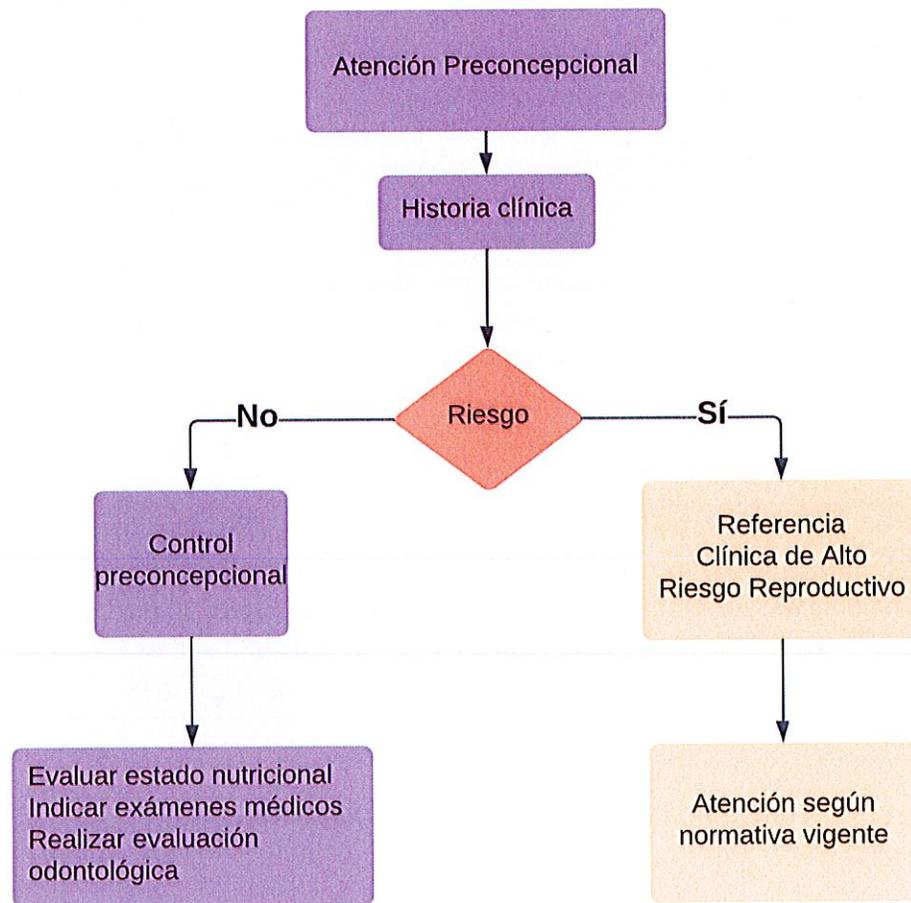
30 días y realizar los controles subsecuentes, hasta lograr embarazo (no hay un límite de controles).

- Si se identifica a paciente con riesgo reproductivo dar manejo en Clínica de Alto Riesgo Reproductivo, según lineamientos vigentes.
11. En caso de que se presente una adolescente a solicitar atención preconcepcional, se atenderá según lineamientos vigentes de Atención Integral al Adolescente.
 12. Prescribir micronutrientes para prevención de defectos del tubo neural:
 - Ocurrencia (sin antecedentes): Indicar ácido fólico por un periodo mínimo de 3 meses antes del embarazo, hasta la semana 12 de amenorrea: 0,4 mg de ácido fólico cada día.
 - Recurrencia (con antecedentes propios o hijos con defectos de tubo neural): indicar ácido fólico por un periodo mínimo de 3 meses antes del embarazo, hasta la semana 12 de amenorrea; 4 mg cada día.

La evidencia actual demuestra que más de la mitad de los casos de defectos del tubo neural podrían haber sido evitados si la madre hubiera consumido suficiente ácido fólico por lo menos un mes y medio antes del embarazo y hasta cumplidos los primeros 28 días. Sin embargo, la recomendación de ácido fólico se extiende con un margen de seguridad hasta las 12 semanas para prevención de este grupo de patologías neurológicas.¹⁵

Flujograma 1. Atención en el periodo preconcepcional

¹⁵Annals of Internal Medicine. Clinical Guidelines. Folic Acid for the Prevention of Neural Tube Defects: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Mayo 2009; 105: 626-631



Fuente: Equipo técnico de la elaboración del Protocolos de Asistencia para los períodos Preconcepcional, Prenatal, Parto y Puerperio de Bajo Riesgo Perinatal, 2022

B. Atención en el embarazo^{16 17 18}

La atención prenatal adecuada en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciando acorde al riesgo tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva. Sus objetivos

¹⁶ Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres. San Salvador, El Salvador, 2021. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_preconcepcional_v2.pdf

¹⁷ Lineamientos técnicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el embarazo, parto y puerperio <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientospacientes trastornos mentales prevalentes embarazo parto puerperio 2019 v2.pdf>

¹⁸ Listado de medicamentos esenciales (LIME) <https://www.salud.gob.sv/download/listado-institucional-de-medicamentos-esenciales-lime-1a-version/>

son los siguientes:

- Detección de enfermedades maternas subclínicas.
- Identificación de factores de riesgo que puedan afectar el desarrollo normal del embarazo.
- Prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de complicaciones del embarazo.
- Vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal.
- Disminución de molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Educación prenatal.

La atención prenatal debe cumplir con cuatro requisitos básicos: ser precoz, periódica, completa e integral, de amplia cobertura y con calidez. Debe, además, poner énfasis en la importancia de establecer una comunicación eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales y brindar un apoyo eficaz de tipo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas de una manera respetuosa. Una experiencia positiva de embarazo puede sentar las bases para una maternidad saludable.

Uno de los principales objetivos es la identificación temprana del embarazo, reconociendo que una inscripción oportuna permitirá elaborar un plan de nacimiento que reúna todos aquellos factores internos como externos que faciliten, durante su embarazo hasta el momento del parto, satisfacer las necesidades biopsicosociales en beneficio de la mujer, su bebé y su familia; integrando las acciones de acuerdo a las necesidades que se identifiquen en apoyo a su salud mental, entorno social y a la valoración de riesgos biológicos.

B.1 Protocolo de atención prenatal

Se deben contemplar todas las medidas de bioseguridad indispensables, uso de mascarilla, lavado de manos y alcohol gel para todos los que entren en contacto con la mujer embarazada.

El personal de salud debe cumplir con las siguientes actividades, durante la inscripción y controles subsecuentes:

1. Favorecer un ambiente cálido y de confianza, a través de lenguaje y actitudes amables, garantizando la privacidad y escucha a la mujer y su acompañante, con el fin de generar el espacio adecuado donde puedan expresar sus inquietudes y expectativas, realizando una consulta prenatal completa.
2. La mujer puede ser acompañada por su pareja o por otra persona de su confianza.
3. Iniciar la inscripción de la mujer presentándose con su nombre y como profesional de salud (personal médico, enfermería, profesional materno infantil), que les atenderá a ella y a su acompañante.
4. Identificar riesgo de atención prenatal:
 - Completar la hoja de clasificación de riesgo, en la primera atención para definir si es elegible para control prenatal básico o especializado.
 - Completar las secciones «Antecedentes médicos generales» y «Embarazo actual» de la Hoja para clasificación de riesgo de atención prenatal se realizará durante la inscripción y controles subsecuentes. De identificarse alto riesgo (una respuesta afirmativa a uno o más criterios), referir al médico obstetra del establecimiento, según lineamientos establecidos.
 - Completar la sección «Antecedentes obstétricos» con la información correspondiente por parte del recurso designado para tal fin en cada institución miembro del SNIS, previo a la consulta de inscripción.
5. Confección de historia clínica perinatal y completar agenda prenatal.
6. Calcular Edad Gestacional y Fecha Probable de Parto.

7. Realizar el examen físico completo céfalo-caudal:
- Inscripción (45 min.): cavidad oral, control de signos vitales, examen mamario, altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, posición fetal (según edad gestacional), colocación de espéculo vaginal y toma de citología cérvico-vaginal (PAP) de no estar vigente, peso y talla (IMC), examen de miembros inferiores. La inscripción debe ser, idealmente, a las 12 semanas.
 - Controles subsecuentes (30 min.): cavidad oral, control de signos vitales, altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, movimientos fetales, posición fetal, peso, examen de miembros inferiores. Los controles subsecuentes serán: 20, 26, 32, 36, 38 y 40 semanas; ésta última tendrá lugar en el hospital exclusivamente para valoración de bienestar fetal y para citar a las 41 semanas de no iniciar espontáneamente el trabajo de parto.

La OMS/OPS recomienda que las embarazadas tengan su primer contacto con el sistema de salud a las 12 semanas de gestación, y los contactos posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación, es decir, un número mínimo de 8 controles.¹⁹

8. Tomar pruebas de laboratorio y gabinete, según sea el caso, valorar de forma individual
- Inscripción: Indicar Hemograma completa, HIV, PRS, Típeo Rh, EGO, glicemia, tira rápida de orina, D/C anemia, D/C infección de vías urinarias y dar tratamiento según lineamientos vigentes. Indicar ecografía entre las 11-14 semanas.
 - 2do trimestre: Indicar Hemograma completa, HIV, PRS, EGO, glicemia, tira rápida de orina, D/C anemia, D/C infección de vías urinarias y dar tratamiento según lineamientos vigentes y Prueba de O'Sullivan (entre las 24 y las 28 semanas). Indicar ecografía entre las 22-24 semanas.
 - 3er trimestre: Indicar Hemograma completa, HIV, PRS, EGO, glicemia, tira rápida de orina, D/C anemia, D/C infección de vías urinarias y dar tratamiento según lineamientos vigentes. Indicar ecografía entre 32-34 semanas.
9. Detectar y diagnosticar patologías obstétricas y no obstétricas, interconsultar o referir a la mujer embarazada con complicaciones o factores de riesgo.
10. Identificar problemas de salud mental a través de la escala de experiencia en el embarazo, escala PES (Pregnancy Experience Scale).²⁰
11. Detectar e identificar estigmas, signos y síntomas que permitan identificar a víctimas de violencia en todas sus formas utilizando la hoja de tamizaje de violencia y la hoja de tamizaje de violencia a mujeres embarazadas. (Anexo 6 y 7)²¹
12. Educar comunicando de forma sencilla, asertiva y accesible a la mujer embarazada y su acompañante sobre:
- Autocuidados y evolución del embarazo saludable, estrategias a seguir y, signos y síntomas de alarma.
 - La importancia del rol del acompañante en todo el proceso.

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido. 4ta. Edición. Washington, D.C.: OPS;2019. <http://iris.paho.org>

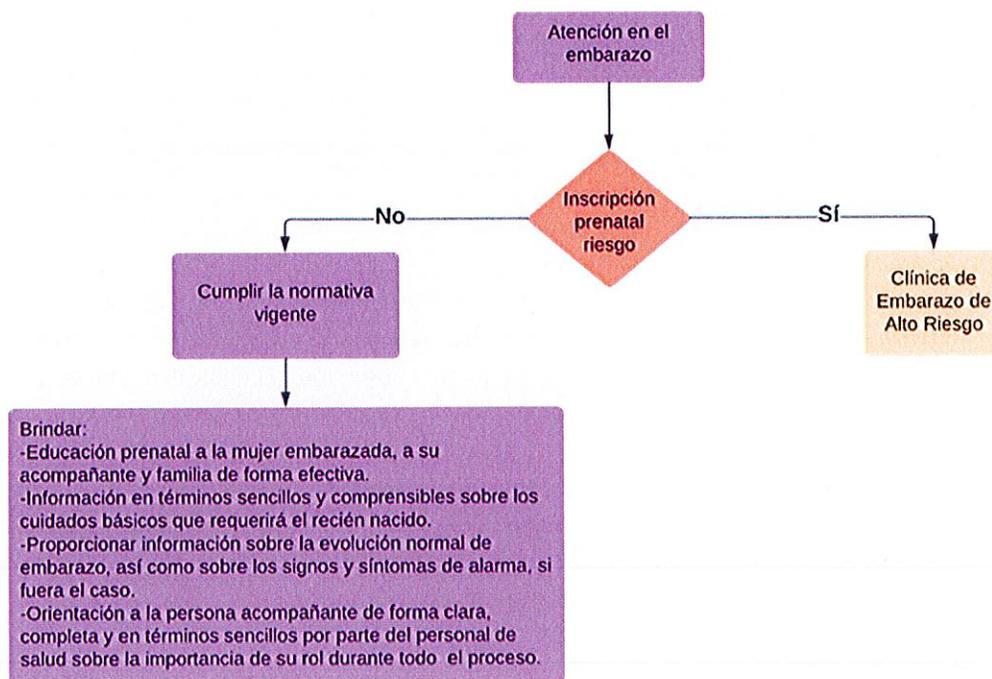
²⁰ Ver Lineamientos técnicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el embarazo, parto y puerperio.

²¹<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientosimplementacionunidadesespecializadasmujeresafectadasviolencia2019.pdf>

- La importancia de la Educación Prenatal, así como informar y fomentar la participación de la mujer y su pareja en la preparación prenatal que se brinda en el primer nivel de atención y en los Hogares de Espera Materna.
 - El nuevo modelo de atención de parto en embarazo de bajo riesgo perinatal.
 - Cuidados básicos del recién nacido.
 - Lactancia materna.
13. Realizar prevención y tratamiento a través de las siguientes intervenciones:
- Administrar micronutrientes²²
 - Hierro: para prevención de la anemia indicar 60 mg de hierro elemental más 0.4 mg de ácido fólico diarios. Para tratamiento de anemia indicar 120 mg de hierro elemental más 0,4 mg de ácido fólico diarios. Asesorar modo de ingesta para mejorar la absorción. (El equivalente de 60 mg de hierro elemental es 300 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 180 mg de fumarato ferroso o 500 mg de gluconato ferroso).
 - Ácido fólico: para prevención de ocurrencia de defectos del tubo neural, indicar 0,4 mg diarios y para prevención de riesgo de recurrencia indicar 4 mg diarios. (En ambos casos hasta las 12 semanas comenzando lo antes posible si es que la mujer no comenzó la ingesta de ácido fólico previo al embarazo. Ver protocolo de atención preconcepcional).
 - Realizar atención odontológica.
 - Dar atención nutricional.
 - Aplicar la vacuna antitetánica Td, Tdpa, influenza y COVID-19.
 - Detectar y dar tratamiento de infecciones de transmisión sexual.
 - Detectar y dar tratamiento de infecciones de vías urinarias e infecciones vaginales.
 - Detectar y dar referencia a las mujeres embarazadas con VIH.
 - Diagnosticar y dar manejo en enfermedades crónicas no transmisibles concomitantes con el embarazo. Si representan un riesgo para el embarazo, dar referencia.
 - Detectar y referir en caso de complicaciones del embarazo.
 - Indicar Tipo Rh a la pareja de aquella mujer embarazada con tipo Rh negativo. Indicar profilaxis con gammaglobulina hiperinmune anti-D a mujeres si el tipo RH de la pareja es positivo, a las 28 semanas de gestación.
 - Prescribir medicamentos de acuerdo con Listado Institucional de Medicamentos Esenciales (LIME) observando el Formulario Terapéutico Nacional.
14. Citar al próximo control.
15. Confeccionar el plan de nacimiento (en la consulta de las 32 o 36 semanas) en conjunto con la mujer embarazada y su acompañante, con el fin de conocer sus deseos y preferencias, y brindar información y opciones si las hubiera en torno a la atención del parto y nacimiento para garantizar el cumplimiento de este en la instancia correspondiente.
16. Brindar información sobre los Hogares de Espera Materna (HEM) como alternativa para su permanencia durante las últimas semanas de embarazo, así como también en otras situaciones relacionadas a su salud, a mujeres cuyas condiciones sociales lo requieran. En los HEM también funcionará la educación prenatal para las mujeres y sus acompañantes.

Flujograma 2. Atención en el embarazo

²² Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. 2016. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/



Fuente: Equipo técnico de la elaboración del Protocolos de Asistencia para los períodos Preconcepcional, Prenatal, Parto y Puerperio de Bajo Riesgo Perinatal, 2022

C. Atención durante el trabajo de parto, parto y nacimiento²³

C.1 Generalidades

1. Realizar de forma oportuna, sensible, empática, justificada y coherente con la ley, las evaluaciones que de acuerdo con la sintomatología de la mujer sean necesarias.
2. Llamar a la persona de la manera que desea ser nombrada y respetar las costumbres y rituales alrededor del parto y nacimiento para cada gestante.
3. Prestar apoyo a las necesidades emocionales de la mujer embarazada con empatía y compasión, mediante el estímulo, el elogio, la tranquilidad y la escucha activa.
4. Respetar en la mujer embarazada y acompañante su cultura, religión, su orientación y/o identidad de género, y/o elecciones de cualquier índole.
5. Brindar información a la mujer embarazada y su acompañante sobre el modelo de atención del parto respetado y ventajas de este. Aclarar dudas. Respetar y responder a las necesidades, preferencias y preguntas de la mujer embarazada con una actitud positiva.
6. Proveer información a la mujer embarazada de forma tal que pueda tomar una decisión informada en caso

²³ WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience © World Health Organization 2018 ISBN: 978-92-4-155021-5. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

de existir alternativas. El plan de nacimiento es una herramienta clave en el proceso de parto por lo que se deberán tomar en cuenta los deseos que la madre ha plasmado en dicho plan, de no ser posible cumplirlo se deberá explicar cuidadosamente en forma clara las razones por las cuales no se puede llevar a cabo íntegramente, dejando el debido registro en el expediente clínico.

7. Alentar a la mujer embarazada a que exprese sus necesidades y preferencias, e informar regularmente a ella y a su familia acerca de lo que está sucediendo.
8. Evitar realizar procedimientos innecesarios y/o rutinarios que vulneren la integridad física, emocional y psicológica de la usuaria embarazada.
9. Comprender que es derecho de la mujer el recibir apoyo continuo durante todo el trabajo de parto y el parto. Por ende, el acompañamiento permanente de una persona de su elección y/o de un personal de enfermería con rol de doula es fundamental y se debe fomentar aún en caso de cesárea. El acompañante debe mantenerse junto a la mujer embarazada durante todo el proceso de trabajo de parto y parto, procurando en todo momento apoyo emocional y acompañamiento.

Estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante todo el proceso y de manera ininterrumpida del trabajo de parto, el parto o cesárea, sin requisitos de género, parentesco, edad o de ningún otro tipo e independientemente de la vía de parto, es un derecho. Es importante aclarar que el derecho al acompañamiento es de la embarazada, no se trata del derecho del otro padre, madre u otro vínculo afectivo de la persona recién nacida a presenciar el nacimiento. Informar oportunamente sobre este derecho es fundamental para garantizarlo. De la misma manera es derecho no estar acompañada si así lo desea la persona gestante o si ha cambiado de opinión en el transcurso del proceso de trabajo de parto.

Los beneficios del acompañamiento continuo son:²⁴

- Acorta el trabajo de parto.
- Disminuye el requerimiento de analgesia o anestesia regional intraparto.
- Aumenta el índice de parto vaginal espontáneo.
- Disminuye marcadamente el índice de cesárea y de parto instrumental.
- Mejora la experiencia de parto.
- Mejora el puntaje de Apgar al 5to minuto.
- Mejora la interacción madre-hijo.
- Acelera el inicio de la lactancia materna

10. Brindar atención organizada y con calidez a todas las embarazadas de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegurando la integridad física, el trato adecuado y la calidad.
11. Lograr una comunicación asertiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables. Explicar a la mujer embarazada y familiar o acompañante la posibilidad de que se presenten complicaciones durante el trabajo de parto que limiten la aplicación completa del modelo de parto respetado.
12. Brindar un trato inclusivo a las personas con discapacidades.
13. Facilitar a la mujer embarazada el ingreso de dispositivos de ayuda visual, auditiva y para la deambulaci3n, tales como: anteojos, prótesis auditivas, bastones, andaderas, entre otros como así también de su bolso de partos con su teléfono celular, su ropa y las de su bebé. Dichas pertenencias serán ubicadas en la mesa personal situado al lado de su cama o bien en un espacio seguro que disponga el personal de la instituci3n.

La evidencia científica es clara y consistente acerca de las prácticas que no deben realizarse en forma rutinaria dado que han demostrado ser perjudiciales o no presentar beneficios, debilitando las capacidades innatas de las mujeres, a la vez que desperdician los recursos y reducen la equidad. Las mismas se detallan a continuaci3n:

²⁴ Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.

- a) Pelvimetría clínica. (*)
- b) Rasurado púbico. (*)
- c) Enema evacuante. (*)
- d) Cardiotocografía clínica.
- e) Canalización de acceso venoso.
- f) Administración de fluidos.
- g) Restricción de líquidos y alimentos.
- h) Administración de oxitocina sintética.
- i) Dilatación manual.
- j) Amniotomía.
- k) Coriodieresis.
- l) Partograma con línea de alerta.
- m) Restricción de movilidad durante el trabajo de parto.
- n) Posición supina/ ginecológica. (*)
- o) Maniobra de Kristeller. (*)
- p) Irrigación genital con clorhexidina o yodo.
- q) Pujo dirigido.
- r) Maniobra de Ritgen.
- s) Episiotomía rutinaria. (*)
- t) Masaje uterino.
- u) Revisión cervical rutinaria. (*)
- v) Tacto rectal en postparto. (*)

(*) Intervenciones perjudiciales.

Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del período de dilatación (como mostraba la línea de alerta del partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito. Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica. **La evidencia existente es insuficiente para respaldar el uso de la línea de alerta del partograma como criterio para la detección de las mujeres que tienen un riesgo de un resultado adverso del parto ya que conduce a intervenciones innecesarias debido a la percepción de que la lentitud del progreso del trabajo de parto es patológica.** Se sugiere, en defecto, un partograma que facilite el registro de la progresión del proceso.²⁵

Por consiguiente, el protocolo abajo descrito promueve la aplicación de un conjunto de intervenciones para el trabajo de parto y el parto que es fundamental para que el parto no solo sea seguro, sino que constituya también una experiencia positiva para las mujeres y sus familias. Se resalta, además, la manera en que la atención centrada en la mujer puede optimizar la calidad de la atención del trabajo de parto y el parto mediante un enfoque holístico y basado en los derechos humanos.

²⁵ Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, Abalos E, Thwin SS, Souza H, et al. Cervical dilatation patterns of "lowrisk" women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. BJOG. 2017. doi:10.1111/1471-0528.14930.

C.2 Protocolo de atención durante el trabajo de parto y parto

Se deben contemplar todas las medidas de bioseguridad indispensables, lavado de manos o alcohol en gel antes de cualquier procedimiento y uso de mascarilla para todos los que entren en contacto con la mujer embarazada y la persona recién nacida.

Durante este período el personal de salud responsable de la atención debe cumplir con lo establecido a continuación:

1. Saludar a la embarazada, de forma cordial e identificarse como personal de salud que le atenderá.
2. Dirigirse a la mujer embarazada y acompañantes de forma respetuosa e identificarla en todo momento por su nombre.
3. Indagar motivo de consulta.
4. Realizar la evaluación clínica a la mujer embarazada según lineamientos y protocolos establecidos recomendados, que incluye:
 - Completar la Historia clínica.
 - Evaluar signos vitales.
 - Realizar las maniobras de Leopold.
 - Evaluar la Frecuencia Cardíaca Fetal.
 - Evaluar la altura uterina.
 - Evaluar la actividad uterina (frecuencia, intensidad y duración de las contracciones)-
 - Realizar un tacto vaginal (previo consentimiento de la mujer) a fin de diagnosticar la evolución. El TV debe considerar el siguiente orden de evaluación y descripción: (Anexo 1)
 - a) Posición del cérvix.
 - b) Reblandecimiento.
 - c) Borramiento (%).
 - d) Dilatación.
 - e) Estado de las membranas ovulares.
 - f) Presentación.
 - g) Variedad de posición.
 - h) Estación de la presentación.
 - Verificar y registrar en la HC el resultado de los siguientes estudios realizados durante el embarazo: hematocrito, hemoglobina, tipo sanguíneo, HIV, PRS.
 - Tomar exámenes de laboratorio en caso de no presentar los estudios o que los mismos no se encuentren actualizados (previa consejería).
 - Auscultar la frecuencia cardíaca fetal con un dispositivo Doppler portátil o con estetoscopio.
5. Tomar las siguientes acciones ante el diagnóstico de “latencia”:

La fase latente del período de dilatación se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes. No tiene una duración estandarizada.

- Informar a la mujer embarazada que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del periodo de dilatación y que puede variar de una mujer a otra.
- Tomar en cuenta la hora de consulta y el riesgo social.
- Ofrecer traslado a hogar de espera materna.
- Ofrecer alojamiento en la Estancia Materna, en la cual se asignará personal de salud para sus evaluaciones.
- Valorar retorno a domicilio si las condiciones de la mujer embarazada lo permiten.
- Proceder al ingreso hospitalario si la dilatación del cuello uterino es de 3 cm o más y el borramiento del cérvix es del 80% o más y la embarazada presenta contracciones regulares y rítmicas. Permitir la evolución espontánea, evitando intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto.

C.2.a. Durante el trabajo de parto

6. Ingresar a la Unidad de Parto con Cariño, si la mujer embarazada a la evaluación se encuentra en fase activa.

El período de dilatación activa se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino desde los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes. La duración de la fase activa del período de dilatación generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes. Durante todo el proceso es imprescindible el control clínico de la mujer y la evaluación del bienestar fetal.

7. Orientar a la mujer embarazada y su acompañante sobre la disposición para el manejo de sus pertenencias dentro del área de ingreso (ropa de recién nacido, pertenencias de uso personal, teléfono celular, entre otras).
8. Brindar indicaciones precisas al familiar o acompañante sobre las reglas para el uso del celular:
 - Podrá realizar llamadas.
 - Podrá realizar fotografías a la madre y persona recién nacida.
 - No podrá fotografiar el área de trabajo de parto, ni de personal de salud sin su consentimiento.
9. Garantizar la intimidad durante todo el proceso de trabajo de parto, parto y recuperación.
10. Ofrecer acompañamiento especializado por una/un/a enfermero/a doula/o (de contar con el recurso) quien brindará apoyo de la siguiente forma:

- Físico, emocional y consejería.
 - A través de diferentes tipos de ejercicios.
 - Manejo no farmacológico del dolor.
 - Siendo la voz de la mujer embarazada en caso de ser necesario.
11. Explicar con claridad los procedimientos tanto a la mujer como a su acompañante, solicitar consentimiento informado. Dejar constancia de los tactos vaginales y otros procedimientos en el expediente clínico. (Anexo 1).
 12. Interactuar con el acompañante elegido por la mujer para proporcionarle explicaciones claras sobre cuál es la mejor forma de prestarle apoyo respecto al trabajo de parto y el parto.
 13. Favorecer la evolución fisiológica del proceso.
 14. Alentar y promover la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto si así lo desea la mujer embarazada (líquidos completos y/o dieta blanda).

Dado que la restricción del consumo de líquidos y alimentos por vía oral no aporta ningún efecto beneficioso respecto a resultados clínicos importantes, se resalta el respeto a los deseos de la mujer y, por consiguiente, debe establecerse una recomendación positiva. Según la OMS no se registró ningún caso de síndrome de Mendelson (inhalación de alimentos y líquidos del estómago a los pulmones durante la anestesia general), que es el problema de seguridad más importante por el que se limitaba la ingesta oral durante el trabajo de parto, en más de 3000 mujeres que participaron en los ensayos incluidos en la revisión sistemática²⁶

15. Completar el partograma estandarizado y único para el SNIS, una herramienta complementaria que se utiliza solamente para para dejar constancia de las evaluaciones fetales y de la madre. (Anexo 2).
16. Realizar la auscultación intermitente de la frecuencia cardiaca fetal mediante un dispositivo Doppler portátil o estetoscopio para evaluar el bienestar fetal, este control se debe repetir cada treinta minutos durante el trabajo de parto. Esta evaluación debe hacerse antes, durante y posterior a la contracción y dejar constancia en expediente clínico.
17. Evaluar y documentar las contracciones uterinas (duración, frecuencia e intensidad) durante 10 minutos y repetirlo cada hora.
18. Realizar los tactos vaginales con guantes limpios a intervalos de 4 horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.
19. Corroborar signos vitales maternos cada 4 horas.
20. Evaluar preferencia de la mujer en torno a la administración de opioides de administración parenteral considerando la posibilidad del establecimiento de salud.

²⁶ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

21. Proporcionar técnicas de relajación y alivio del dolor como: meditación, respiración, relajación muscular progresiva, yoga, vocalizaciones y aromaterapia, masajes corporales relajantes, aplicación de compresas tibias, duchas corporales, uso de pelotas de Pilates, entre otros según preferencia de la mujer.
22. Generar en la sala un ambiente cálido y agradable, evitando ruidos innecesarios (televisores, conversaciones en voz alta), luces intensas que distorsionen la evolución natural del trabajo de parto de la mujer embarazada. Asimismo, procurar un ambiente íntimo con luces tenues, música suave, aromas, facilitadores de parto (por ejemplo: banco de parto vertical, colchoneta, esferas, etc.).
23. Alentar a la movilidad y a adoptar una posición erguida, o la de su preferencia durante el trabajo de parto, la única excepción es cuando las membranas están rotas y la cabeza fetal está móvil. Si las membranas están rotas y la cabeza descendida, también se sugerirá la libre deambulación. El profesional de la salud debe asegurarse de que se supervise el bienestar del bebé adecuadamente en la posición elegida por la mujer. Si es necesario un cambio de postura para garantizar el seguimiento adecuado fetal, debe comunicarse claramente la razón a la mujer.
24. Proveer confort en todo momento a fin de que la mujer se sienta limpia y seca. Utilizar agua limpia o agua limpia y jabón líquido de baño cuando sea necesario para la limpieza del área genital.
25. Brindar la posibilidad de una anestesia peridural de existir la opción en la institución. El personal de anestesia deberá presentarse con la mujer embarazada y su acompañante, deberá tratarlos de forma respetuosa y deberá explicar de forma sencilla y en lenguaje claro las intervenciones a realizar y su justificación.
26. Retrasar la acción de pujar durante una a dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar, en mujeres con anestesia peridural en el período expulsivo.
27. Determinar *falla en el descenso y la progresión de la dilatación* si el período activo se extiende por más de 12 horas en primíparas y 10 horas en multíparas. Evaluar y garantizar en todo momento el bienestar materno y fetal.
28. Considerar los siguientes puntos previo a cualquier intervención médica en quien se sospeche una progresión lenta del trabajo de parto:
 - Evaluar cuidadosamente.
 - Descartar complicaciones (desproporción cefalopélvica, entre otras).
 - Determinar si sus necesidades emocionales, psicológicas y físicas en el trabajo de parto se encuentran satisfechas.

C.2.b. Durante el parto

29. Informar a las mujeres embarazadas que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra.

30. Alentar a la mujer embarazada a la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive posiciones erguidas, cuclillas, manos y rodillas entre otras, en las mujeres embarazadas de bajo riesgo. La posición semisentada / sentada es recomendada aún en mujeres con analgesia epidural.

La evidencia sugiere que las posiciones verticales o en decúbito lateral durante el segundo período del trabajo de parto tienen mayores ventajas que la posición en decúbito dorsal. Además, la posición vertical es más confortable, las mujeres refieren menos dolor, disminuyen las intervenciones (incluida la cesárea, la episiotomía, los partos instrumentales y el requerimiento de anestesia), acorta los tiempos y hay evidencias de menor trauma perineal, disminuye los patrones fetales de FCF anormales y evidencia menos infecciones. La evidencia hace énfasis en proporcionar a las mujeres la posibilidad de elección de una intervención que es beneficiosa, económica y fácil de aplicar.²⁷

31. Determinar *Falla de descenso de la presentación* si el período expulsivo se extiende por más de 3 horas en primíparas y 2 horas en múltiparas. Evaluar la vitalidad fetal en todo momento y evitar realizar intervenciones obstétricas siempre y cuando el bienestar materno y fetal sean evidentes. Realizar acciones oportunas si la madre y/o el feto así lo requieren, explicando en todo momento y justificando dichas intervenciones.
32. Alentar a la mujer embarazada en el periodo expulsivo para que siga su propia necesidad de pujar.
33. En *fase de sosiego del período expulsivo (sin deseo espontáneo de pujo)*, auscultar con Doppler la frecuencia cardíaca fetal cada 15 minutos antes, durante y posterior a la contracción y documentarla. Asimismo, auscultar con Doppler la frecuencia cardíaca fetal cada 5 minutos durante la *fase de pujo activo y/o coronación del período expulsivo*.
34. Proveer un espacio seguro y limpio en el momento del nacimiento. Por ejemplo: colchoneta de partos desinfectada de al menos 15 cm de espesor. Asimismo, en caso de cesárea, proveer un ambiente cálido y armonioso en quirófano. Recordar que la mujer tiene derecho a ver a su hijo/a nacer.
35. Evaluar criteriosamente la coronación fetal evitando, en lo posible, realizar maniobras de rotación y tracción de la cabeza fetal y/o hombros.
36. Proteger el periné, de ser necesario, con compresas tibias o simplemente posicionando una mano gentilmente sobre la cabeza fetal para evitar una deflexión brusca que pueda provocar heridas en periné.
37. Entregar el bebé a la madre.

C.2.b. Durante el postparto

²⁷ WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience © World Health Organization 2018 ISBN: 978-92-4-155021-5. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

38. Proceder al alumbramiento activo excepto que no exista ningún factor de riesgo que justifique su realización. Aplicar oxitocina (10 UI IM) para prevenir la hemorragia posparto (HPP), después de cortar el cordón y de verificar que no haya otro bebé en la cavidad uterina.
39. Realizar el pinzamiento tardío del cordón umbilical de 1 a 3 minutos después del nacimiento como mínimo, iniciando de forma simultánea la atención esencial a la persona recién nacida.^{28 29}. Las excepciones a esta indicación son las siguientes:
 - Madres RH negativas con prueba de Coombs indirecta positiva.
 - Presencia de circular de cordón con imposibilidad de deslizar.
 - Gemelos con placenta monocorial.
40. Utilizar misoprostol por vía oral (600 µg), en los entornos en los que la oxitocina no está disponible.
41. Considerar que, de ser necesaria, la tracción controlada de control debe ser realizada por especialistas o personal capacitado en habilidades obstétricas. Esperar los signos de desprendimiento de placenta antes de realizar TCC.
42. Colocar a la persona recién nacida en contacto piel a piel con la madre por un periodo mínimo de una hora, para favorecer el apego temprano. Esta acción deberá realizarse en presencia del padre o de otro acompañante en la Sala de Nacimiento.
43. Animar y facilitar que la madre y padre toquen de manera suave y sensible a su hija/o, le hablen y la/lo besen, utilizando lenguaje asertivo.
44. Facilitar el arrastre al pecho del recién nacido.
45. Colocar a la persona recién nacida en el pecho materno por un periodo mínimo de una hora, para favorecer el apego temprano piel a piel entre la madre y su bebé en caso de nacimiento por cesárea, si las condiciones de la madre y persona recién nacida así lo permiten. De no ser posible, realizar el contacto piel a piel con el familiar o acompañante.
46. Examinar el cordón, las membranas y la placenta minuciosamente colocándola sobre una superficie plana a los efectos de reconocer su integridad, observar primero la cara fetal y luego invertirla para evaluar la cara materna. Enseñarla a la madre y/o su acompañante y brindar información sobre la misma.
47. Revisar el área vulvo-vagino-perineal en forma visual, cuidadosa y gentilmente, previa autorización de la madre. La misma se realiza entreabriendo ligeramente los labios vaginales con los dedos a fin de descartar la presencia de posibles lesiones.
48. Suturar todo desgarro que presente sangrado activo según técnica y previa infiltración con lidocaína. Esta

²⁸ Pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en lactantes, OMS 2023 para disminuir http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120076/1/WHO_RHR_14.19_spa.pdf

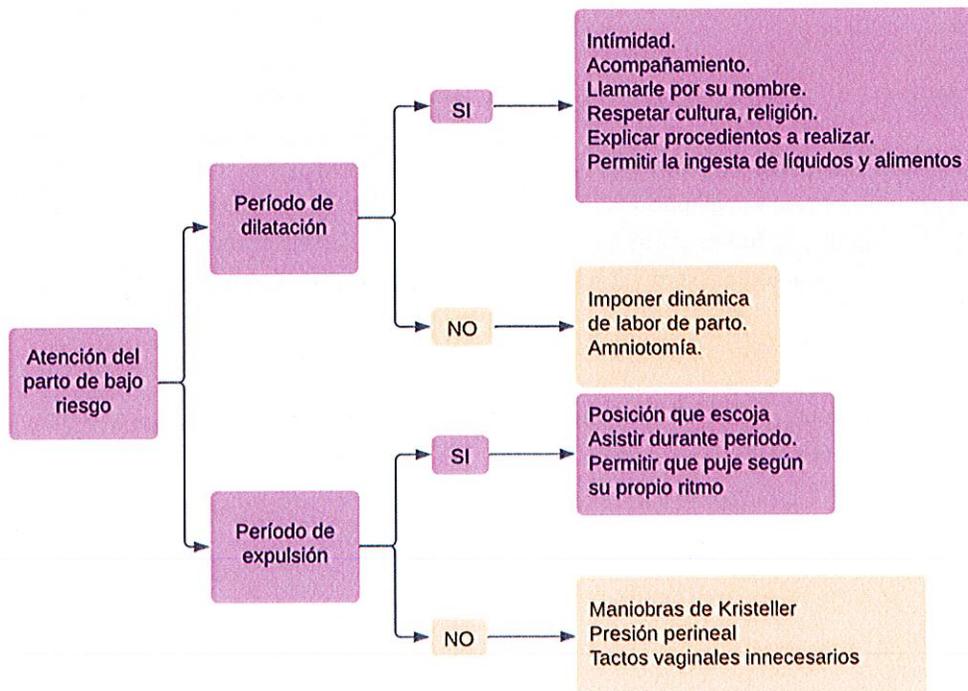
²⁹ Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto (WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage) de 2012 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf?sequence=1

intervención debe ser realizada por personal con capacidades técnicas adecuadas, previa antisepsia y con guantes estériles.

49. Emplear técnica de sutura subcuticular continua, ininterrumpida en piel.³⁰
50. Corroborar la correcta hemostasia en caso necesario, las pérdidas fisiológicas, la retracción uterina adecuada mediante la observación y la palpación abdominal. Solo de considerarse estrictamente necesario, y ante la presencia de y signos y síntomas claros, proceder a la revisión del canal cervico-vaginal de manera gentil y amable, explicando claramente a la mujer y su acompañante la justificación para realizarlo.
51. Controlar signos vitales en una oportunidad luego del alumbramiento.
52. Activar oportunamente el código rojo, si se presenta sangrado transvaginal moderado, severo, o signos y síntomas de shock hipovolémico.

Flujograma 3. Atención del parto de bajo riesgo

³⁰ kettle c, johanson rb. Suturas continuas versus suturas interrumpidas para la reparación del periné (cochrane review). In: *the cochrane library*, issue 1, 2006.



Fuente: Equipo técnico de la elaboración del Protocolos de Asistencia para los períodos Preconcepcional, Prenatal, Parto y Puerperio de Bajo Riesgo Perinatal, 2022

D. Atención al Recién Nacido³¹

El objetivo es brindar a todos los recién nacidos las condiciones óptimas para su adaptación inmediata a la vida extrauterina, favoreciendo siempre y evitando interferir en la interacción inmediata madre/padre-hijo (vínculo temprano). Se recomienda tomar medidas tendientes a anticipar, detectar y prevenir problemas de salud para que, cuando se justifique la intervención, se cuide de interferir lo menos posible en la relación del recién nacido con su familia. En todos los nacimientos, debe contarse con el equipamiento adecuado, completo, en condiciones de funcionamiento y listo para ser usado. El ambiente del nacimiento debe mantener una temperatura adecuada (mayor a 24 grados centígrados), evitándose ruidos fuertes y la luz dirigida, permaneciendo en silencio a modo de favorecer el fluir de las emociones de la familia y el diálogo entre ellos. En su atención, serán garantizados los derechos de los niños y niñas; entre éstos el de recibir un trato cálido, respetuoso y digno, así como su inequívoca identificación.

La recepción del Recién Nacido sano debe ser respetuosa, cariñosa y sensible

Se deben contemplar todas las medidas de bioseguridad indispensables, lavado de manos antes cualquier procedimiento uso de mascarilla y alcohol gel para todos los que entren en contacto con la mujer embarazada y persona recién nacida.

³¹ http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias_clinicas_atencion_hospitalaria_neonato_part1.pdf

Para efectos del presente protocolo se entiende como persona recién nacida sin riesgo aquella que presente las siguientes características:

- Es de término.
- Lloro y respira al nacer.
- Tiene un buen tono muscular.

D.1. Protocolo de atención del niño/a Recién Nacido/a

D.1.a. Previo al nacimiento

1. Preguntar al responsable de la atención del parto:
 - a) ¿Cuál es la edad de gestación esperada?
 - b) ¿El líquido amniótico es claro?
 - c) ¿Cuántos bebés se esperan?
 - d) ¿Hay algún factor de riesgo adicional?
2. Ubicar, preparar y revisar el equipo necesario para la atención.
3. Analizar la información disponible de la madre para identificar posibles factores de riesgo y así anticipar eventos desfavorables; si se identifican factores de riesgo, seguir lineamientos vigentes de atención de recién nacido de riesgo.
4. Informar, explicar y orientar a la mujer embarazada, al padre o acompañante los procedimientos, atenciones, riesgos y posibles complicaciones que puedan surgir durante un nacimiento.
5. Preguntar a la familia si cuentan con ropa propia para su bebé, y solicitar que se entregue para vestirle en el momento más adecuado.

D.1.b Durante el nacimiento

Existen estudios que muestran que aquellos niños que permanecieron por lo menos la primera hora de vida en CPP sin interrupciones mostraron al año de vida mejor tolerancia a las frustraciones y a la angustia de separación con respecto a los niños que fueron separados de sus madres. Aún más, en las madres se observó mayor desarrollo de conductas de apego, lo que protege a los niños del abandono o el maltrato.

El personal de salud responsable de la atención del parto debe cumplir las siguientes acciones:

6. Acompañar a la familia y responder o aclarar las dudas que pudieran surgir en el proceso de nacimiento.
7. Apagar el aire acondicionado o regular la temperatura de la habitación previo al nacimiento.

8. Cumplir todas las medidas de asepsia, antisepsia y bioseguridad (lavado de manos, uso de mascarilla, uso de guantes estériles).
9. Mantener al recién nacido sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con su madre-durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia, cubrirlo con sábanas o paños precalentados y secos los cuales deben ser reemplazados cada vez que estén húmedos.
10. Promover la lactancia en el periodo de CPP, colocando a todos los recién nacidos sobre el pecho, tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos.
11. En presencia de líquido amniótico claro, con respiración propia al nacer, evitar realizar la aspiración de la boca y la nariz.
12. Secar suavemente la cabeza y el cuerpo con campos tibios (no quitar el vermix).
13. Retrasar el examen físico completo, pesado, tallado, entre otros, hasta después del período inicial de CPP.

D.1.c Durante el período de contacto piel a piel

14. Evaluar con escala de Apgar al minuto uno y cinco, en caso se encuentre un puntaje menor a los siete puntos, continuar manejo médico según lineamientos establecidos.
15. Pinzar y cortar el cordón umbilical y asegurarse de la presencia de dos arterias y una vena, el tiempo de pinzamiento debe ser entre 1 y 3 minutos como mínimo.
16. Realizar ligadura de cordón umbilical con clip umbilical de 1 a 3 cm de la piel, seccionando el excedente con una tijera estéril.
17. Realizar limpieza del cordón umbilical con alcohol 70° mientras se encuentra en contacto piel con piel.
18. Identificar a la persona recién nacida, colocando una pulsera o brazaletes y mostrarlo a la madre según lineamientos establecidos.
19. Administrar a todos los recién nacidos 1 mg (0.1 cc) de vitamina K por vía intramuscular después de la primera hora de vida, deberá estar en CPP.

D.1.d. Durante el período de contacto inicial

20. Realizar examen físico completo incluyendo las medidas antropométricas, en el mismo lugar que se encuentra la madre y junto a ella, y luego entregarlo a la madre adecuadamente vestido y seguir fomentando la lactancia materna con apoyo del personal de salud que acompaña a la madre, si la condición del bebé es estable. Dicho examen físico completo debe ser realizado con permanente contacto visual entre la madre y su acompañante con el bebé.
21. Realizar profilaxis ocular en ambos ojos, para prevenir oftalmía neonatal, según LIME.
22. Cumplir dosis de vacuna de BCG y hepatitis B en las primeras 12 horas de vida.
23. Retrasar el baño hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas.
24. Vestir con prendas adecuadas a la temperatura ambiente.
25. Mantener a la madre y persona recién nacida juntos y en la misma habitación las 24 horas del día si la condición de ambos así lo permite.
26. Permitir el uso del teléfono celular cuando la madre necesite comunicarse con sus familiares y al momento del nacimiento para documentarlo.

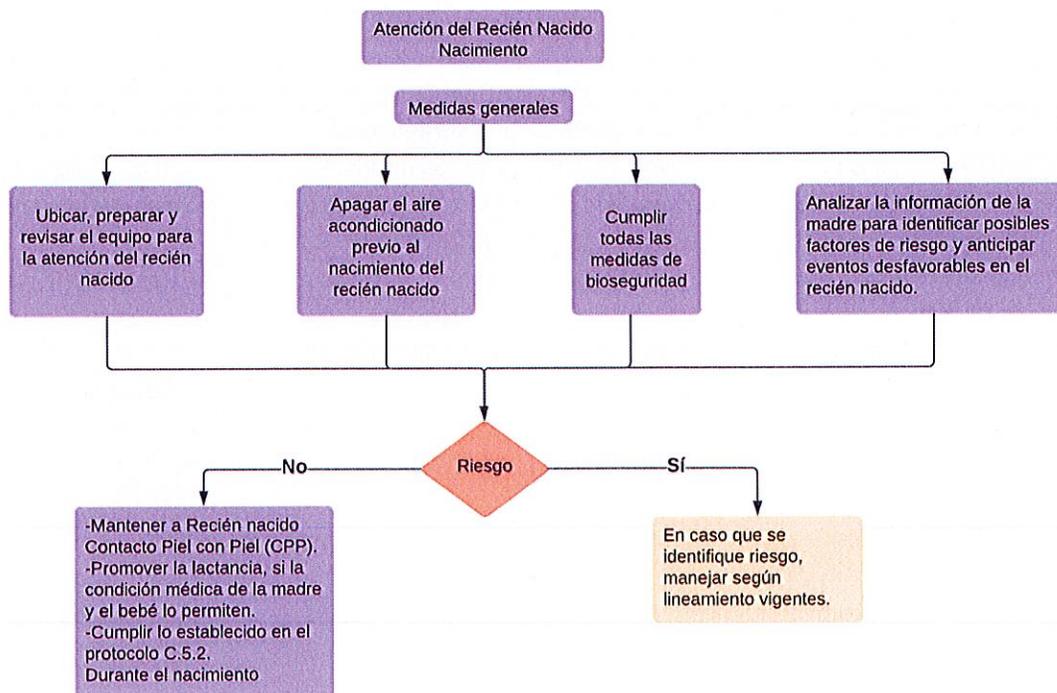
D.1.e. Antes del alta

27. Revisar la permeabilidad de coanas.
28. Revisar la permeabilidad del esófago solo si existe antecedente de polihidramnios, evidencia de salivación abundante, dificultad o imposibilidad para deglutir. De lo contrario, evitar su realización.
29. Revisar la permeabilidad del ano únicamente en personas recién nacidas que no eliminan meconio en líquido amniótico, al nacimiento o en las primeras 24 horas de vida, si existe sospecha prenatal de anomalía anorrectal, así como en niñas en las que exista sospecha de fistula recto – vaginal.
30. Tomar muestra de sangre para realizar tamizaje metabólico disponible o entregar al alta los documentos para programar cita y tomar muestra para tamizaje metabólico disponible.
31. Realizar tamizaje cardiaco a todos los recién nacidos antes del alta hospitalaria.
32. Realizar tamizaje auditivo antes del alta hospitalaria, o entregar al alta los documentos para programar cita para tamizaje auditivo.
Realizar evaluación de valores de Bilirrubina con TcBi (Transcutaneous Bilirubin Index o Medición Transcutánea de Bi) y curvas de riesgo.
33. Realizar evaluación de cadera para detectar luxación congénita de cadera antes del alta o en caso no sea posible programar cita para realizarla.
34. Entregar todos los documentos, incluyendo la ficha de nacimiento, para realizar inscripción precoz al programa de atención infantil correspondiente.

D.1.f. Al alta

35. Notificar diariamente a la Unidad de Salud sobre las personas recién nacidas que son dadas de alta.
36. Brindar consejerías sobre:
 - Promoción de cuidados básicos de recién nacidos.
 - Lactancia materna.
 - Vacunación.

Flujograma 4. Atención del recién nacido



Fuente: Equipo técnico de la elaboración del Protocolos de Asistencia para los períodos Preconcepcional, Prenatal, Parto y Puerperio de Bajo Riesgo Perinatal, 2022

E. Atención en el Puerperio

Este es el período en el que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas. Esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pregrávido. Este período se extiende convencionalmente hasta 45-60 días del post parto. Estos cuidados centrados en la madre, el niño y su familia deben brindarse con amabilidad, respeto y dignidad, siendo esencial establecer una adecuada comunicación del equipo de salud con la mujer y su familia, tomando en cuenta su cultura, sus costumbres, su nivel de educación y su idioma. Las mujeres deberán recibir información relevante y oportuna que las ayude a tomar un rol protagónico en sus propios cuidados en salud y los de su bebé y a reconocer y responder ante un problema.

E.1. Protocolo de atención puerperal

Si bien la mayoría de las mujeres y sus bebés atraviesan este período sin complicaciones, el cuidado que ambos deben recibir durante esta etapa deberá garantizar la prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos y adecuados de cualquier desviación en la recuperación satisfactoria luego del nacimiento.

E.1.a. Generalidades

1. En estado de salud, preservar el vínculo de la madre y persona recién nacida en todo momento.
2. Brindar apoyo continuo.
3. Promover a la mujer el uso de sus propias prendas de vestir durante la estancia hospitalaria (pijama o camisón) y de su teléfono celular.
4. Brindar un mínimo de dos evaluaciones clínicas completas por médico y, una vigilancia rutinaria cada 6 Hs. por parte del personal de enfermería.
5. Promover la lactancia materna precoz y exclusiva.
6. Prevenir la hemorragia materna postparto.
7. Facilitar el alojamiento conjunto.
8. Realizar detección precoz de condiciones patológicas que afecten la salud mental de las usuarias en el período puerperal tales como la psicosis post parto, depresión post parto, entre otros.
9. Solicitar el apoyo necesario en los casos que se detecte inestabilidad emocional.
10. Promover la visita de los familiares con horario extendido facilitando el ingreso a la habitación de la mujer de a una persona por vez. Se sugiere promover visitas de 10am a 7pm.

E.1.b. Protocolo de atención del puerperio inmediato (tras el período de recuperación)

Luego del parto comienza un tiempo de observación por parte del personal de salud de la madre y el recién nacido. Durante las primeras dos horas, ambos se adaptan a este nuevo estado. La permanencia continua del recién nacido con su madre en internación conjunta favorece el vínculo temprano y el comienzo precoz de la lactancia materna. Se deben realizar los controles de rutina ya que durante dicho período se producen la mayoría de las hemorragias post parto, causadas principalmente por atonía uterina, retención de restos placentarios y desgarros cervicales o vaginales.

1. Completar la historia clínica materno perinatal y la agenda prenatal. Es necesario mantener una vigilancia continua, sin generar intervenciones que puedan provocar angustia o ansiedad. La misma debe ser realizada cada 6 a 8 Hs. durante las primeras 24 Hs. y extenderse durante todo el período de ingreso.
2. Vigilar el estado clínico cada 6-8 Hs el cual incluye los siguientes parámetros:
 - Estado general: Evaluación del sensorio, mucosas y conjuntivas.
 - Temperatura axilar: Habitualmente los valores oscilan entre $\geq 36^{\circ}\text{C}$ a $\leq 37^{\circ}\text{C}$.
 - Pulso y FR: es lleno, regular y amplio; la frecuencia habitual del pulso de la puerpera normal oscila entre 60 y 70 latidos por minuto. Tener en cuenta que registros cercanos a 100 latidos por minuto obligan a descartar cuadro infeccioso, anemia u otras patologías subyacentes.
 - Tensión arterial: Es también un parámetro clínico de importancia en el control puerperal. En mujeres saludables la misma no supera 140/90 mmHg.
 - Mamas: Evaluar el estado de turgencia de las mamas, la secreción de calostro/ leche, la ausencia de signos inflamatorios, presencia de grietas en el pezón, la posición en la que amamanta la mujer y la succión del bebé, también se informará sobre la importancia del amamantamiento a libre demanda.
 - Útero: Evaluar, con gentileza, el tono muscular del útero, para identificar de forma temprana la

atonía uterina. Mediante la palpación abdominal se debe constatar la correcta retracción uterina. Corroborar su correcta involución posterior.

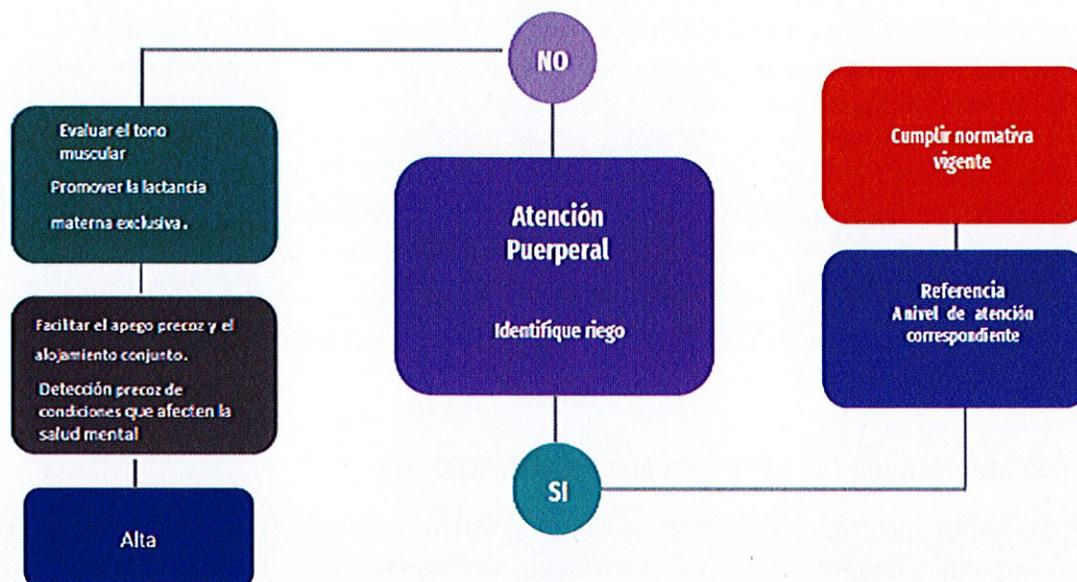
- Pérdidas hemáticas: evaluar loquios normales en cantidad, color y olor. Descartar pérdida hemática activa. Considerar que durante las primeras 48 Hs. los loquios suelen ser abundantes tanto post parto como post cesárea y de color sanguinolento.
 - Periné: Evaluar presencia de edema y ofrecer hielo, de ser posible, para ayudar a la involución del proceso edematoso.
 - Miembros inferiores: Evaluar presencia y grado de edema, várices y otros procesos inflamatorios. Reportar el caso de ser necesario.
 - Diuresis y evacuación de heces: Evaluar desde un comienzo la diuresis espontánea (documentar micción activa en el período no mayor a 4 Hs post parto) y las deposiciones. Informar que éstas últimas ocurren habitualmente entre el 2do y el 4to día de puerperio y se ven facilitadas con una adecuada hidratación, alimentos ricos en fibras y deambulación. Asimismo, se debe corroborar la eliminación de gases.
3. Evitar el uso rutinario de antibióticos en caso de partos sin complicaciones.
 4. Brindar orientación constante para conseguir una técnica de succión adecuada.
 5. Ofrecer, alentar y promover la ingesta de líquidos y alimentos (líquidos completos y dieta corriente rica en fibras). La alimentación brindada debe ser de calidad y en cantidad necesaria.
 6. Respetar sus patrones culturales respecto al cuidado durante el puerperio, como el baño, uso de gorros, calcetines, algodones, entre otros.
 7. Indicar baño diario.
 8. Prescribir analgésicos (acetaminofén 1 g vía oral cada seis horas). Considere otro analgésico en caso de ser necesario. Utilizar en caso de dolor o inflamación perineal antiespasmódicos y analgésicos orales del grupo AINE (Diclofenaco sódico, Ibuprofeno) y de ser necesario se aplicará hielo local intermitente.
 9. Revisar los resultados de exámenes de laboratorio de haber sido indicados durante el ingreso y reportar en nota de evolución.
 10. Indicar gammaglobulina anti-D 300 µgr intramuscular, dentro de las primeras 72 horas postparto a mujeres Rh (-) Du (-) con prueba de Coombs indirecto (-) y su hijo Rh positivo.

E.1.c Antes de dar el alta

11. Notificar diariamente a la Unidad de Salud sobre las madres que han dado a luz y son dadas de alta.
12. Realizar examen físico completo.
13. Evaluar el estado emocional de la madre.
14. Indicar analgésicos.
15. Prescribir suplemento de sulfato ferroso 300 mg (60 mg de hierro elemental) una tableta vía oral cada día más multivitaminas prenatales 1 tableta vía oral cada día (donde esté disponible) ácido fólico 5 mg (1 tableta vía oral cada día) por tres meses.
16. Dar consejería de lactancia materna exclusiva.
17. Promover la Educación Posnatal.
18. Brindar consejería en anticoncepción y proporcionar método elegido.
19. Orientar sobre los establecimientos de la red para el seguimiento adecuado y oportuno de la mujer en el post parto y del recién nacido.
20. Entregar la ficha de nacimiento, la hoja de alta de ambos y retorno de ser necesario.
21. Informar sobre las atenciones en línea (virtuales o a distancia) que cada institución ofrece, por ejemplo, el

- MINSAL ofrece tele consulta y tele asesoría a través del número 131 y, el ISSS a través del número 127.
22. Promocionar la donación altruista de leche humana en los bancos de leche del SNIS.

Flujograma 5. Atención en el puerperio



Fuente: Equipo técnico de la elaboración del Protocolos de Asistencia para los períodos Preconcepcional, Prenatal, Parto y Puerperio de Bajo Riesgo Perinatal, 2022

F. Atención en Lactancia Materna

La lactancia materna les proporciona a los bebés todos los nutrientes que necesitan para crecer y que su sistema inmunológico se desarrolle plenamente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF recomiendan que la leche materna sea el alimento exclusivo de los bebés recién nacidos hasta los 6 meses de edad, y que hasta los 2 años se alimenten con una combinación de esta con alimentos adecuados y nutritivos para su edad.

Además de proporcionar a niñas y niños todos los nutrientes y la hidratación necesarios, la lactancia materna proporciona beneficios emocionales y psicológicos tanto al bebé como a la madre, y ayuda a las familias a evitar gastos adicionales en fórmulas, biberones y, al propiciar la mejor salud del bebé, reduce también los gastos en consultas médicas y medicamentos.

F.1. Protocolo de atención en Lactancia Materna

Los diez pasos de la lactancia materna exitosa

1. Cumplir plenamente con el Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS).
2. Asegurar que el personal tenga suficiente conocimiento, Competencia y habilidades para apoyar la lactancia materna.
3. Informar a todas las embarazadas y sus familias acerca de la importancia de la lactancia materna.
4. Facilitar el contacto directo e ininterrumpido piel con piel y apoyar a las madres para que inicien la lactancia materna tan pronto como sea posible después del nacimiento.
5. Apoyar a las madres para iniciar y mantener la lactancia materna y manejar las dificultades comunes.
6. No proporcionará a los recién nacidos amamantados ningún alimentos o líquidos distintos de la leche materna, a menos que esté justificado.
7. Las madres y sus bebés deben permanecer juntos en alojamiento conjunto las 24 horas del día, si las condiciones de ambos así lo permiten.
8. Apoyar a las madres para que reconozcan y respondan a las señales de alimentación de sus bebés.
9. Consejar a las madres sobre el uso y los riesgos de alimentar con pajas y biberones.
10. Coordinar acciones al egreso hospitalario para el acceso oportuno y atención continua en lactancia materna en la comunidad.

F.2. Protocolo de atención para la asistencia en Lactancia Materna

Según UNICEF, las investigaciones demuestran que la demora en el inicio de la lactancia materna incrementa la mortalidad infantil. Las recomendaciones son concluyentes, la lactancia materna previene el 16% de las muertes neonatales si se establece el primer día de vida y el 22% si se establece en la primera hora de vida. Los niños que permanecen en CPP se acoplan en la posición correcta al pecho materno en el 63%, mientras que en los que fueron separados esto ocurre en el 22%. El momento del nacimiento, y no luego, parece ser el indicado para un inicio exitoso de la lactancia materna, con menos probabilidad de dificultades posteriores.

1. Garantizar un ambiente armonioso que favorezca el vínculo madre-hijo desde el momento del nacimiento.
2. Facilitar el CPP (aún en caso de nacimiento por cesárea). Colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, apenas nace o poco tiempo después. En la primera hora después del nacimiento, el recién nacido está en una fase de alerta tranquila, provocada por la descarga de noradrenalina durante el parto, lo cual facilita el reconocimiento temprano del olor materno, para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal. Éste es el llamado período sensitivo. En caso de que las condiciones maternas no lo permitan, el CPP puede ser realizado con el padre.
3. Considerar que el bebé requiere entre 50 y 75 minutos aproximadamente para lograr por sí mismo la succión al pecho. Esto se corresponde con los nueve (9) pasos del arrastre los cuales deben evidenciarse a lo largo del período de observación del binomio:
 - 3.1 Llanto al nacer.
 - 3.2 Relajación.
 - 3.3 Despertar.
 - 3.4 Actividad.

- 3.5 Descanso.
 - 3.6 Arrastre (movimientos reptilianos).
 - 3.7 Familiarización.
 - 3.8 Succión.
 - 3.9 Sueño.
- 4 Respetar el alojamiento conjunto.
 - 5 Respetar los momentos de amamantamiento. Diferir los controles maternos o neonatales para el momento en que el binomio esté disponible.
 - 6 Empoderar a la madre sobre el cuidado de su hijo/hija.
 - 7 Promover los beneficios del calostro.
 - 8 Aconsejar sobre cuidados básicos de las mamas e higiene. (ALAS: aire, lubricación con una gota de la propia leche, agua para higiene y sol en tomas de pocos minutos).
 - 9 Detectar tempranamente grietas, fisuras y pezones dolorosos u otra condición que pueda dificultar la lactancia (pezón invertido, prótesis mamarias, antecedente de reducción mamaria, etc.).
 - 10 Vigilar que la prendida sea correcta a fin de evitar grietas y corregirla de detectarse alguna falla.
 - 11 Detectar precozmente a las mujeres con antecedentes o factores desfavorables para la lactancia materna a fin de realizar oportunamente la consejería individualizada.
 - 12 Asesorar a las madres acerca de las técnicas, posiciones y cuidados generales en torno al proceso.
 - 13 Brindar información acerca de la “bajada de la leche” y la importancia de la lactancia a libre demanda.
 - 14 Asesorar acerca de signos y síntomas de ingurgitación mamaria, mastitis, taponamiento de conductos, etc.
 - 15 Previo al alta, informar acerca de las redes de apoyo disponibles en el sistema de salud para una lactancia feliz.

G. Acompañante

La mujer embarazada podrá ser acompañada por una persona de su elección y confianza mayor de edad, sea esta persona familiar o no, durante los controles prenatales, ingreso hospitalario, trabajo de parto, parto, puerperio (horario de visita extendido) y alta; así como acompañar a la persona recién nacida, en todo momento que las condiciones médicas lo permitan y hasta el alta de la madre y su hijo o hija.

G.1 Condiciones y roles del acompañante

1. Condiciones del acompañante:

- a. Haber recibido la Educación Prenatal junto con la mujer embarazada y presentar sus credenciales emitidas en el Primer Nivel de Atención. De no ser posible, por cuestiones personales, el personal de salud le brindará oportunamente orientación en forma personalizada al momento del ingreso de manera tal de garantizar el derecho de la mujer a estar acompañada.
- b. En caso de que el acompañante designado inicialmente no pueda colaborar por razones de fuerza mayor, la mujer embarazada podrá elegir a otra persona para que le acompañe, recibiendo esta última la orientación pertinente.

2. Identificación de la red de apoyo para la mujer embarazada.

- a. El promotor de salud del área donde reside la mujer embarazada podrá identificar dentro de su

entorno familiar, su comunidad y otros actores como ONGs a promotores municipales, maestros de escuelas, líderes locales, vecinos que cuenten con vehículo en caso que la mujer no contara con uno y cualquier otro que está en disposición de apoyarla.

- b. Posteriormente, concertar los diferentes tipos de apoyo que cada uno de estos actores pueden brindar a la mujer embarazada identificando al acompañante que puede o no ser su familiar o pareja.
- c. Una vez identificado el acompañante, explicar a ambos la importancia de asistir a todas las sesiones de preparación prenatal, para así poder estar debidamente capacitados y conocedores de sus funciones y actuaciones dentro de cualquier servicio de salud y durante todo el embarazo, trabajo de parto y puerperio.

3. Roles y obligaciones del acompañante:

- a. Participación del acompañante en el trabajo de parto:
 - i. Acompañar a la mujer embarazada desde su ingreso para brindar apoyo físico y emocional.
 - ii. Mantener el respeto y la privacidad de la mujer embarazada.
 - iii. Permanecer junto a la mujer embarazada en las áreas previamente designadas, colaborando con:
 - ✓ La alimentación.
 - ✓ La higiene y cuidados personales.
 - ✓ La deambulaci3n de la mujer embarazada durante el trabajo de parto dentro de las áreas establecidas.
 - ✓ Los masajes y ejercicios.
 - ✓ El ambiente de manera tal que sea adecuado, íntimo y armonioso. Por ejemplo, al proporcionar música suave (sin perturbar al resto de las personas ingresadas).
 - iv. Mantener un tono de voz que no violenta la tranquilidad de la mujer acompañada ni otras embarazadas.
 - v. Realizar actos religiosos o culturales que provean bienestar emocional a la mujer embarazada (rezos, canticos, oraciones) si así lo desean.
 - vi. Respetar en todo momento la privacidad y pudor de todas las mujeres embarazadas.
 - vii. Respetar al personal de salud y dirigirse con amabilidad a ellos.
 - viii. Respetar los espacios de evaluación de bienestar materno y del bebé que realice el personal de salud.
 - ix. Seguir indicaciones cuando ocurran cambios del estado de salud de la mujer embarazada o fetal.
 - x. Cuidar de los bienes y el mobiliario del área hospitalaria.
- b. Participación del acompañante durante el parto:
 - i. Acompañar a realizar cambios de postura cuando la mujer considere necesario.
 - ii. Proveer contacto corporal respetuoso (toma de manos, abrazo, masajes).
 - iii. Brindar apoyo físico.
 - iv. Brindar apoyo emocional.
 - v. Respetar los espacios de evaluación de bienestar materno y del bebé que realice el personal de salud.
 - vi. Cortar el cord3n umbilical, si así lo desea, siguiendo las indicaciones del personal de salud.
 - vii. Mantener contacto con su hijo/a.

- viii. Apoyar con el apego precoz y motivar un inicio efectivo de lactancia materna.
 - ix. Seguir indicaciones cuando ocurra determinados sucesos o cambios del estado de salud tanto de la mujer como del recién nacido/a.
 - x. Seguir indicaciones cuando ocurran cambios del estado de salud de la mujer embarazada o de la persona por nacer.
 - xi. Tras el período de recuperación, la mujer será trasladada al área de puerperio junto a su bebé y acompañante, quien podrá permanecer durante el horario de visita (10am a 7 pm).
- c. Participación del acompañante durante en el puerperio:
- i. Mantenerse en el área destinada, apoyando la recuperación física y emocional de la madre y su hijo (a).
 - ii. Asistir en la alimentación.
 - iii. Asistir en la higiene y cuidados personales.
 - iv. Apoyar con delicadeza la movilización durante el puerperio.
 - v. Respetar en todo momento la privacidad y pudor de otras mujeres.
 - vi. Apoyar con el cuidado cariñoso y apego de la persona recién nacida.
 - vii. Continuar motivando la lactancia materna exclusiva.
 - viii. Dirigirse a la madre con respeto y empatía.
 - ix. Apoyar en los procesos de alta.
 - x. Respetar los espacios de evaluación de bienestar materno y de la persona recién nacida que realice el personal de salud.
 - xi. Seguir indicaciones cuando ocurran cambios del estado de salud de la madre o de la persona recién nacida.
 - xii. Respetar al personal de salud y dirigirse con amabilidad en todo momento.

H. Personal de Enfermería con rol de Doula

La Unidad de Parto con Cariño ofrecerá a las mujeres embarazadas durante su hospitalización, y en todas las etapas del trabajo de parto, parto, **puerperio inmediato**, lactancia y atención al recién nacido, la posibilidad de contar con el apoyo de un/a enfermero/a doula, quien la acompañará durante todo el proceso ya mencionado. Cada centro asistencial será responsable de asegurar que se encuentre al menos una enfermera doula por turno apoyando a las mujeres embarazadas.

Funciones del Personal de Enfermería con rol de Doula:

- a. Acompañar a las mujeres embarazadas durante el trabajo de parto, parto y puerperio.
- b. Brindar apoyo emocional y físico continuo e integral durante todas las etapas del ingreso hospitalario.
- c. Brindar consejería y escuchar, atender y, de ser posible, resolver las dudas de todo el proceso.
- d. Guiar a través de diferentes tipos de ejercicios.
- e. Colaborar en manejo no farmacológico del dolor.
- f. Ser la voz de la mujer embarazada en caso de ser necesario.
- g. Ocupar el lugar de acompañante principal en los casos en que la mujer embarazada no cuente con éste.
- h. Colaborar sin sustituir los roles establecidos para profesionales de salud y del acompañante.

I. Comunicación e información

Es obligación del establecimiento de salud:

1. Brindar información completa, oportuna, clara y precisa tanto a la mujer misma como a su acompañante y/u otros familiares que se encuentren fuera del hospital sobre:
 - a. Estado de salud de la mujer embarazada o puérpera y la persona por nacer o recién nacida.
 - b. Evolución del trabajo de parto o proceso de hospitalización con énfasis en:
 - i. Ingreso hospitalario.
 - ii. Inicio de labor de parto.
 - iii. Nacimiento.
 - iv. Alta.
 - c. Las actualizaciones deberán ser brindadas en un periodo no mayor a 4 horas.
 - d. De haber eventos adversos, comunicarlos de forma inmediata.
 - e. Referente a la persona recién nacida informar:
 - i. Fecha y hora de nacimiento.
 - ii. Sexo.
 - iii. Peso y talla.
 - iv. Estado de salud y su evolución.

VII. Atención a casos especiales

El personal de salud del SNIS, debe individualizar cada caso, teniendo en cuenta los principios básicos y derechos de la mujer, se debe tratar con respeto y empatía, brindando la atención especializada correspondiente, procurando una experiencia digna y respetuosa de sus necesidades. Con énfasis en la atención diferenciada de los siguientes grupos:

Independiente del tipo de riesgo la mujer embarazada tiene derecho a la atención oportuna, trato digno, comunicación clara y efectiva, se atenderán de acuerdo a lineamientos establecidos para cada caso.

1. Embarazadas adolescentes.
2. Mujeres embarazadas y/o recién nacidos con algún tipo de deficiencia física, intelectual, sensorial y/o mental.
3. Mujeres con alteraciones de la salud mental.
4. Mujeres y/o neonatos con patologías críticas.
5. Mujeres víctimas de violencia.
6. Muerte neonatal o intrauterina.
7. Aborto espontáneo.
8. Mujeres privadas de libertad.
9. Otros casos no mencionados anteriormente y que las autoridades competentes consideren pertinentes según ley.

A. Fallecimiento

1. En caso de confirmarse la muerte perinatal ocurrida antes o durante su hospitalización la mujer embarazada será ingresada en un área adjunta pero distinta a donde están las otras mujeres embarazadas, dentro de la UPC, para recibir el apoyo médico y emocional relacionado con su condición específica; dicho enfoque continuara durante toda su hospitalización, el alta y seguimiento pertinente.
2. Se debe ofrecer a los padres un espacio designado por el centro asistencial y tiempo con el bebé en privado, en un entorno cómodo, hasta que estén listos para trasladarlo a la morgue.
3. Hay que reducir al mínimo los ruidos.
4. Al informar a los padres, sobre el fallecimiento, use lenguaje adecuado para el traslado de malas noticias y terminología que comprendan. Los materiales visuales y escritos pueden ser útiles. El establecimiento de salud debe garantizar la comunicación accesible para personas que hablen otro idioma, o tengan una discapacidad visual o auditiva, pudiendo hacerse a través de teléfonos celulares, impresiones, intérpretes entre otros.
5. Es muy útil entender las expectativas culturales y religiosas en torno a la muerte en la comunidad donde reside.
6. Notifique a la unidad de cuidados paliativos correspondiente y consultar cómo pueden brindar apoyo los otros miembros del equipo.
7. Apoyo emocional que inicia desde:
 - a) El momento en que se anticipa la posibilidad de una pérdida a la madre o la familia.
 - b) Todos los miembros del equipo de salud deberán atender de forma cariñosa y sensible a todas las mujeres, pero en el caso de la sola sospecha de pérdida, la sensibilidad emocional, calidez y humanismo con que deberá atenderse a la madre y familia deberá mostrar especial empeño en la atención empática y sensible.
 - c) El seguimiento en el área de salud mental deberá ser iniciado por parte del personal de Psicología a la brevedad posible.
 - d) El objetivo fundamental será detectar los signos de disfuncionalidad prolongada o complicación del duelo, para gestionar la referencia oportuna con el área de psicología.

B. Adolescente

1. Considerar a las personas adolescentes como sujetos y objetos de la atención en salud y ser acreedora de derechos y deberes, ya que por mucho tiempo han sido consideradas como grupo dependiente de las personas adultas y con participación limitada.
2. Promover su participación activa de derechos para la toma de decisiones respecto a la diversidad en cualquier condición ya sea física, mental, económico, identidad de género, cultural, religioso, etnia, entre otros.
3. Garantizar en todo el adecuado acompañamiento hacia la adolescente embarazada, con la finalidad de salvaguardar la salud de ella y de la persona recién nacida, no discriminación. Debe tener atención diferenciada en ambientes agradables.
4. Considerar en su totalidad al grupo de adolescentes por sus condiciones de vulnerabilidad y se les debe tratar con igual respeto, dignidad y empatía, para cumplir con Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes en las RIIS.³²

³² Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes en las RIIS http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_atencion_adolescentes_y_jovenes_riis.pdf

VIII. Supervisión, monitoreo y evaluación

Para el cumplimiento de este objetivo el Equipo Gestor Nacional Nacer con Cariño en coordinación con representación de todas las instituciones que conforman el SNIS para la formulación, análisis y adecuación de procesos encaminados a mejorar la atención del parto de bajo riesgo, así como la evaluación de los resultados esperados.

Cada institución del SNIS deberá:

- a) Implementar una estrategia de monitoreo, evaluación y supervisión por nivel administrativo y operativo institucional.
- b) Definir responsabilidades para el monitoreo por las diferentes instituciones.
- c) Analizar los datos del sistema de información que permita obtener resultados de consumo, población clave y población vulnerable para su planificación interna a fin de asegurar la disponibilidad.
- d) Procurar la adopción de los instrumentos estandarizados de logística y de los mecanismos de monitoreo y evaluación.
- e) El MINSAL como ente rector, debe realizar un análisis y evaluación de resultados en la implementación de los presentes protocolos de maternidad. Este análisis deberá ser consolidado por el Equipo Gestor Nacional Nacer con cariño y con representación de instituciones del SNIS.

1. Roles y responsabilidades según nivel organizativo de los establecimientos de salud del SNIS

1.1 Nivel Superior

- a) Brindar apoyo técnico para garantizar la socialización y el cumplimiento del presente protocolo en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- b) Gestionar y armonizar los diferentes sistemas de información existentes para facilitar tanto la recolección como la incorporación de la información.
- c) Sistematizar el análisis de la información de datos en todos los niveles operativos, para orientar la toma de decisiones basada en evidencia.
- d) El equipo Nacer con Cariño será el responsable de la socialización del presente protocolo.

1.2 Nivel Regional

- a) Socializar con los diferentes niveles de atención, la implementación del presente Protocolo en el Sistema Nacional Integrado de Salud a través de las Micro redes.
- b) Incorporar en las salas situacionales de manera semestral la información proveniente de la implementación.
- c) Realizar monitoreo y seguimiento del cumplimiento en el nivel que corresponda.
- d) Realizar evaluación periódica en conjunto con el Nivel Central, SIBASI y las Unidades de salud Especializadas, así como con la RIIS correspondientes.

- e) Recolectar las necesidades de insumos utilizados en la prevención, realizar la requisición y enviarla a Nivel correspondiente para su autorización.

1.3 Segundo y Tercer Nivel de Atención

- a) Cada institución miembro del SNIS, será la responsable de la implementación en los hospitales de su red de servicios.
- b) Incorporar en las salas situacionales la información proveniente de la implementación.
- c) Realizar evaluaciones periódicas en conjunto con el Nivel Central/Regional, para determinar brechas y oportunidades de mejora.

1.4 SIBASI

- a) Socializar con los referentes de atención materno infantil de las diferentes Unidades de salud, de su área geográfica de influencia, el presente protocolo.
- b) Monitoreo en la sala situacional de SIBASI, la información trimestral recibida de las Unidad de salud, sobre atenciones y la implementación.
- c) Realizar monitoreo y control de calidad de la información recibida de las Unidades de salud.

1.5 Unidad de salud

- a) El director de cada una de las Unidades de Salud, será el garante de la confiabilidad de la información proporcionada, así como la evaluación periódica de las actividades realizadas.
- b)** Se deberá conformar un equipo para garantizar la confiabilidad y calidad de la información proporcionada en los sistemas de registro.

Tabla 1. Acciones de monitoreo y evaluación son responsabilidad de los diferentes niveles del SNIS

Nivel	Actividad
Central	En cada visita de monitoreo y supervisión se brindará apoyo técnico para garantizar el cumplimiento de del presente protocolo en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
	Armonización entre sistemas de información existentes para incorporar la recolección de datos de estos protocolos.
	Evaluación periódica para el análisis de datos y orientar la toma de decisiones basada en evidencia.
Regional	Proporcionar apoyo técnico a los diferentes niveles de atención en la implementación del protocolo en las unidades de salud a través de las RIIS.
	Incorporar en la sala situacional regional los indicadores de resultados.
	Realizar monitoreo y seguimiento del cumplimiento en los SIBASI y niveles locales.
SIBASI	Proporcionar apoyo técnico a los diferentes niveles de atención en la implementación del presente protocolo a las unidades de salud a través de las RIIS.
	Coordinar visitas de monitoreo para brindar apoyo técnico, para garantizar el cumplimiento del presente protocolo en el SNIS.
	Consolidación y envío de información al nivel correspondiente.

Hospitales de Segundo y Tercer Nivel	Participar en las evaluaciones semestrales del presente protocolo convocadas por el Nivel Central.
	Consolidación y envío de información al nivel correspondiente.
Establecimientos primer nivel de atención	Registro correcto y oportuno de la información en los sistemas oficiales.
	Participar en las evaluaciones semestrales del presente protocolo convocadas por la RIIS correspondiente. Consolidación y envío de información al siguiente nivel.

IX. Glosario

- a) Atención respetuosa de la maternidad (ARM):** Remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.
- b) Plan de nacimiento:** Un plan de parto y nacimiento es un documento escrito que la mujer embarazada utiliza para manifestar sus deseos y expectativas en relación al desarrollo de estos acontecimientos. El mismo debe servir de orientación al equipo de profesionales responsables de su atención durante la estancia en el hospital. Su función, a pesar de su nombre, no es exactamente planificar el desarrollo del parto o el nacimiento, en los que están implicadas muchas variables impredecibles, sino ofrecer la oportunidad de expresar sus preferencias para aquellos aspectos en los que existen alternativas igual de eficaces y seguras.³³
- c) Riesgo social:** el concepto de riesgo social fue introducido por el Banco Mundial en el año 2000 bajo el esquema de Gestión del Riesgo Social (SRM: Social Risk Management), como enfoque alternativo para evaluar y desarrollar instrumentos de protección social se aplica a personas con características o circunstancia ambientales o sociales de los individuos o grupos, asociados con un aumento de probabilidad de la ocurrencia de un daño.
- d) Unidad de parto con cariño (UPC):** es el espacio físico en donde la mujer embarazada atraviesa su trabajo de parto, parto y las primeras 2 horas post parto, cuenta con los elementos necesario tanto para el acompañamiento como para la asistencia. La UPC brinda un ambiente acogedor que facilita el proceso fisiológico posicionando a la mujer, su bebe y su acompañante como participantes activos del nacimiento.

³³ <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/embarazo/paginas/plan-parto.html#toc-descargar-plan-completo>

X. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal de los establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud, dar cumplimiento al presente protocolo, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

b) Revisión y actualización

El presente protocolo será revisado y actualizados cuando existan cambios o avances en los tratamientos y abordajes, o en la estructura orgánica o funcionamiento del MINSAL, o cuando se determine necesario por parte del Titular.

c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto en el presente protocolo, se resolverá a petición de la parte solicitante, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

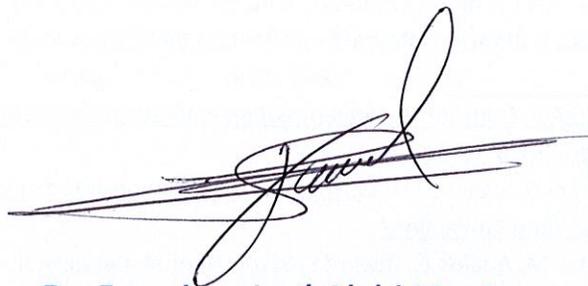
d) Derogatoria

Dejase sin efecto el formato de partograma CLAP-OPS, página 92 de los Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres de fecha 28 de enero 2021.

XI. Vigencia

El presente protocolo entrará en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.

San Salvador a los dos días del mes de marzo del año dos mil veintidós.



Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Ad honorem*

XII. Referencias bibliográficas

1. Coulm B, Le Ray C, Lelong N, Drewniak N, Zeitlin J, Blondel B. Obstetric interventions for lowrisk pregnant women in France: do maternity unit characteristics make a difference? *Birth*. 2012;39(3):183–91. 10.
2. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. European Perinatal Health Report. Euro-Peristat Project; 2013. <https://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>
3. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience © World Health Organization 2018 ISBN: 978-92-4-155021-5. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
4. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres. San Salvador, El Salvador, 2021. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_preconcepcional_v2.pdf
5. Betrán A, Ye J, Moller A, Zhang J, Gülmezoglu A, Torloni M. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS ONE*. 2016;11(2): e0148343
6. Lineamientos técnicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el embarazo, parto y puerperio http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientospacientestrastornosmentalesprevalentesembarazopartopuerperio2019_v2.pdf
7. Listado de medicamentos esenciales (LIME) <https://www.salud.gob.sv/download/listado-institucional-de-medicamentos-esenciales-lime-1a-version/>
8. Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, Abalos E, Thwin SS, Souza H, et al. Cervical dilatation patterns of “lowrisk” women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. *BJOG*. 2017. doi:10.1111/1471-0528.14930.
9. Pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en lactantes, OMS 2023 para disminuir http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120076/1/WHO_RHR_14.19_spa.pdf
10. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto (WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage) de 2012 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf?sequence=1
11. Ley nacer con cariño <https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/dictamenes/89AE758D-B086-4764-B1E1-C9D0B24E0D74.pdf>
12. F. Gary Cunningham, MD, Kenneth J. Leveno, MD, Steven L. Bloom, MD, Catherine Y. Spong, MD, Jodi S. Dashe, MD, Barbara L. Hoffman, MD, Brian M. Casey, MD, Jeanne S. Sheffield, MD Williams Obstetrics, 24e Chapter 30: Cesarean Delivery and Peripartum Hysterectomy <https://obgyn.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1057§ionid=59789171>
13. <https://obgyn.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1057§ionid=59789171>
14. The World Bank (2003). Social Risk Management: The World Bank's Approach to Social Protection in a Globalizing World, Social Protection Department, Washington, D.C.
15. Lineamientos técnicos para la implementación del código rojo http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_codigo_rojo.pdf
16. Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes en las RIIS http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_atencion_adolescentes_y_jovenes_riis.pdf

17. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/embarazo/paginas/plan-parto.html#toc-descargar-plan-completo>
18. <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientosimplementacionunidadesespecializadasmujeresafectadasviolencia2019.pdf>

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO ÚNICO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Folio Nº: colocar el número respectivo de la hoja del expediente de la persona usuaria.

No de expediente: colocar número de expediente según el establecimiento.

Nombre del establecimiento de Salud: colocar el nombre del establecimiento donde se proporciona la atención.

I. Datos de identificación de la persona usuaria que recibe la atención.

Nombre: colocar los nombres y los apellidos, conforme al DUI.

Edad: años y meses cumplidos en números; **Sexo:** femenino o masculino; **Profesión u oficio:** consignar el nombre conforme al DUI.

Número de Documento Único de Identidad: especificar en números.

II. Datos de la persona que otorga el consentimiento informado, en caso de no ser la persona usuaria que recibe la atención.

Nombre: colocar los nombres y los apellidos, conforme al DUI.

Edad: en números, en años y meses cumplidos; **Sexo:** femenino o masculino;

Profesión u oficio: consignar el nombre conforme al DUI.

Domicilio: incluir nombre del departamento y municipio.

Número de Documento Único de Identidad: especificar en números.

Vínculo familiar o legal: grado de parentesco o tipo de representación.

Tipo de documento que acredita la calidad de representación: consignar el nombre del mismo.

Si la persona que recibe la atención es niño, niña, adolescente, debe otorgar el consentimiento informado el padre, madre, tutor o representante legal, en caso de la ausencia de estos el Procurador General de la República o su representante.

III. Desarrollo del consentimiento informado.

Este se debe obtener posterior a la evaluación y análisis pertinente de la necesidad específica de tratamiento terapéutico, investigación, procedimiento que implican un riesgo de sufrir un daño en su organismo y que el usuario debe decidir libre, voluntaria y consciente; así mismo es de obligatorio cumplimiento conforme las disposiciones legales pertinentes, que después de haberlo dado verbalmente la explicación a la persona usuaria, el profesional de salud debe consignar en el formato de consentimiento informado, fundamentalmente lo siguiente:

- a) Nombre, descripción y objetivos del procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- b) Riesgos generales y específicos personalizadas.
- c) Beneficios esperados y alternativas diagnósticas o terapéuticas.
- d) Información del derecho a aceptar o rechazar lo que se le propone para su salud.
- e) Explicarle sobre el derecho de guardar la confidencialidad del uso de la información sobre su salud.

Se debe recordar que existen excepciones para obtener el consentimiento informado, cuando:

- a) Se encuentre inconsciente o en estado psicótico, que le impida tomar decisiones.
- b) Exista riesgo para la vida de acuerdo con la ciencia médica.
- c) Exista riesgo para la salud pública por razones sanitarias, establecidas por la Ley.

IV. Datos de identificación del profesional de salud que desarrolla el consentimiento informado.

Nombre: establecer el nombre completo del profesional de salud que desarrolla y obtiene el consentimiento informado.

Profesión: establecer el nombre completo de la profesión que por ley ejerce.

Lugar y fecha: consignar el nombre del lugar en donde se otorga el consentimiento informado.

Firma y sello del profesional de salud: consignar la firma y estampar el sello de profesional.

Observaciones: consignar la negativa de la persona usuaria a las actuaciones sanitarias, la persona debe firmar siempre el formulario de consentimiento informado, si es posible establecer las razones de su negativa, así como otros aspectos que el profesional de salud estime pertinente.

Anexo 2



GOBIERNO DE
EL SALVADOR

MINISTERIO
DE SALUD

Partograma SNIS

Institución: _____
 Nombre: _____ Gravidéz: _____ Paridad: _____ Edad: _____
 Expediente: _____ Fecha de ingreso: _____ Ruptura de membranas: _____ Horas: _____
 Edad gestacional: _____

<p>FRECUENCIA CARDÍACA FETAL</p> <p>180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80</p>	<p>LIQUIDO AMNÍOTICO MOLDEAMIENTO</p> <p>10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 -1 -2 -3</p> <p>Parto</p> <p>DESEMBO</p> <p>Nº Horas</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24</p> <p>HORA</p>	<p>CONTRACCIONES POR CADA 10 MINUTOS</p> <p>5 4 3 2 1</p> <p>OXITOCINA U/L GOTAS/MIN</p> <p>5 4 3 2 1</p> <p>MEDICAMENTOS CONECTADOS Y LIQUIDOS ENVOYADOS</p> <p>180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80</p> <p>PULSO</p> <p>180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80</p> <p>PRESION ARTERIAL</p> <p>180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80</p> <p>TEMPERATURA</p>																		
<p>DEILATAION CERVICAL</p>																				
<table border="1"> <tr> <td>● = PULSO Y FCF</td> </tr> <tr> <td>X = DILATAION</td> </tr> <tr> <td>0 = Desembo y variedad de presentación</td> </tr> <tr> <td>LÍQUIDOS</td> </tr> <tr> <td>C = CLARO</td> </tr> <tr> <td>I = INTEGRAS</td> </tr> <tr> <td>M = MECONIO</td> </tr> <tr> <td>S = SANGUINOLIENTAS</td> </tr> <tr> <td>A = AUSENTE</td> </tr> <tr> <td>MOLDEADOS</td> </tr> <tr> <td>0 = No hay traslape de sutura</td> </tr> <tr> <td>* = Sutura lado a lado</td> </tr> <tr> <td>** = Sutura superpuestas</td> </tr> <tr> <td>*** = Sutures superpuestas no reducibles</td> </tr> <tr> <td>CONTRACCIONES</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> De 20 a 40 seg</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> De 20 a 40 seg</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Mayor a 40 seg</td> </tr> </table>			● = PULSO Y FCF	X = DILATAION	0 = Desembo y variedad de presentación	LÍQUIDOS	C = CLARO	I = INTEGRAS	M = MECONIO	S = SANGUINOLIENTAS	A = AUSENTE	MOLDEADOS	0 = No hay traslape de sutura	* = Sutura lado a lado	** = Sutura superpuestas	*** = Sutures superpuestas no reducibles	CONTRACCIONES	<input checked="" type="checkbox"/> De 20 a 40 seg	<input checked="" type="checkbox"/> De 20 a 40 seg	<input checked="" type="checkbox"/> Mayor a 40 seg
● = PULSO Y FCF																				
X = DILATAION																				
0 = Desembo y variedad de presentación																				
LÍQUIDOS																				
C = CLARO																				
I = INTEGRAS																				
M = MECONIO																				
S = SANGUINOLIENTAS																				
A = AUSENTE																				
MOLDEADOS																				
0 = No hay traslape de sutura																				
* = Sutura lado a lado																				
** = Sutura superpuestas																				
*** = Sutures superpuestas no reducibles																				
CONTRACCIONES																				
<input checked="" type="checkbox"/> De 20 a 40 seg																				
<input checked="" type="checkbox"/> De 20 a 40 seg																				
<input checked="" type="checkbox"/> Mayor a 40 seg																				

Instructivo para el llenado

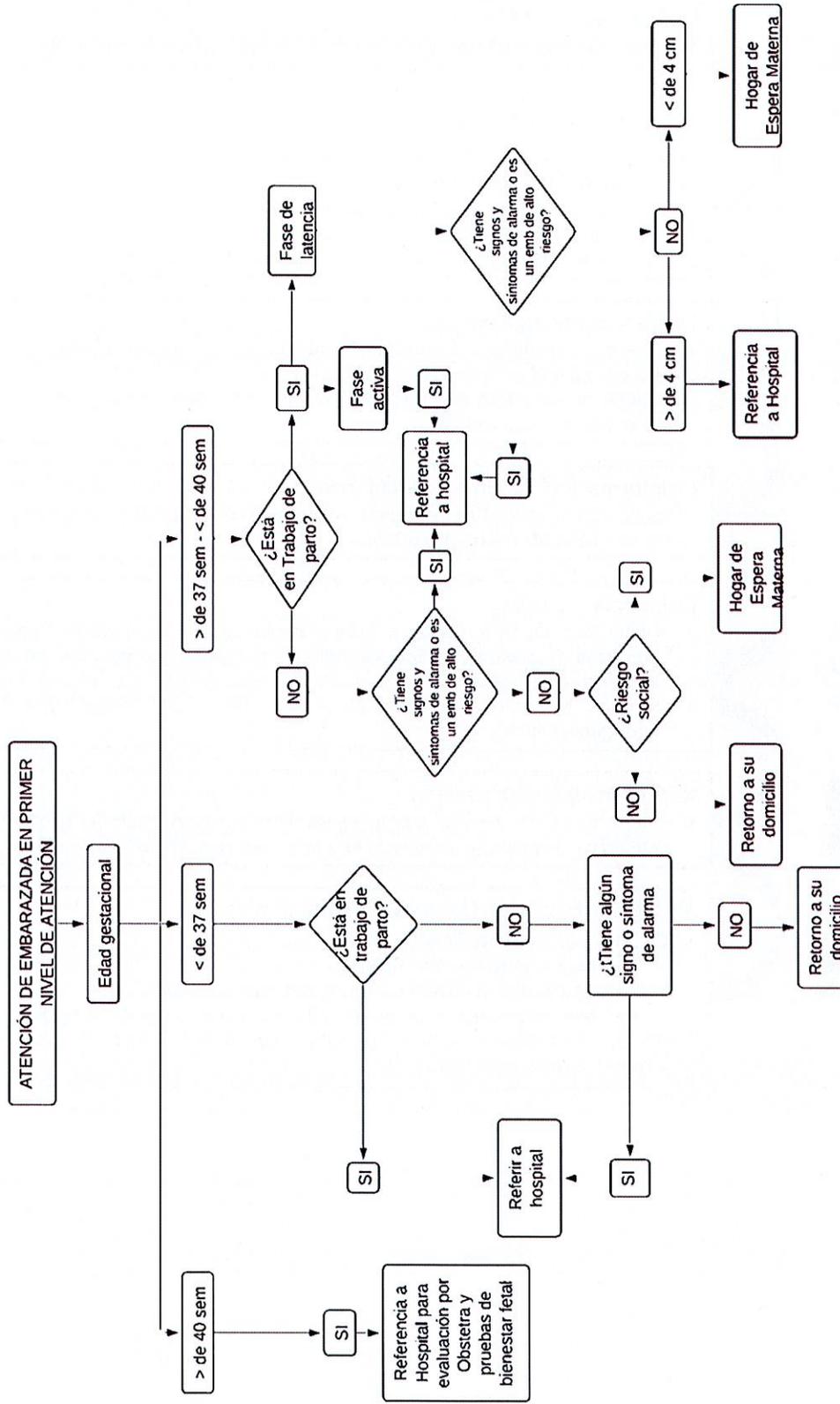
LLENADO DEL PARTOGRAMA DE OMS

La hoja del partograma consta de diferentes secciones, las cuales deben ser llenadas completa y correctamente:

1. Sección de la Identificación de la paciente: Donde se incluyen los datos patronimicos, la formula obstétrica, la presencia de ruptura de membranas, fecha, factor de riesgo entre otros.
2. Parte de las condiciones fetales:
 - FCF que se grafica con un punto ●
 - Las características del líquido amniótico representado por:
 - C= Claro
 - I= Membranas Integras,
 - M= Líquido Meconial
 - A= Líquido ausente
 - El grado de moldeamiento de la cabeza fetal:
 - "0" Cuando no hay moldeamiento de la cabeza fetal
 - "+" Suturas de las fontanelas lado a lado
 - "++" Traslape de suturas super puestas pero reducibles
 - "+++" Suturas superpuestas NO reducibles
3. Condiciones relacionadas con el trabajo de parto:
 - Gráfica del progreso del trabajo de parto
 - En el eje de vertical de las "Y":
 - La dilatación cervical representada con una "X"
 - El descenso de la presentación y la variedad de presentación con un círculo y una flecha indicando la variedad de la presentación 
 - En el eje horizontal de las X se registra el tiempo en horario militar con cuatro dígitos ej: las 12 de media noche son las 00:00 horas militar
 - Condiciones relacionadas con la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas:
 - Duración de 0 a 20 seg 
 - Duración de 20 a 40 seg 
 - Duración >40 seg 
 - Debe documentarse la administración de ocitocina, en dosis y gotas administradas
4. Hay un apartado relacionado con condiciones generales relacionadas a la madre que incluye:
 - La administración de líquidos IV o de cualquier medicamento a la madre
 - El pulso materno representado por un punto ●
 - La tensión arterial representada por una línea vertical y dos horizontales 
 - Hay una casilla para el registro de la temperatura

Anexo 4

Flujograma de referencia entre primer nivel de atención y nivel hospitalario.



Anexo 5

R
E
F
I
E
R
A

R= Respiración = Oxígeno.

Mantener vía aérea permeable y oxigenación adecuada (Según disponibilidad).

- Limpiar la vía aérea o aspiración de secreciones y posición adecuada.
- Dar oxígeno por cánula nasal, mascarilla, bolsa máscara para proporcionar ventilación a presión positiva.

E= Estabilidad Hemodinámica.

- Corregir deshidratación o hipovolemia con carga de Suero Hartman o SSN 10 a 20 ml/Kg. Vigilar frecuencia cardíaca, llenado capilar y diuresis.
- En caso de paro respiratorio o cardíaco realizar maniobras de reanimación.

F= Frio = Evitar hipotermia.

- Envolverlo con paños o sábanas limpias, tibias y secas incluyendo la cabecita.
- Ponerlo en contacto piel a piel con la madre.
- Utilizar cualquier fuente de calor: cuna radiante, incubadora, lámpara de calor u otros (según disponibilidad).

I= Información a padres y cuidadores.

- Explique la necesidad de referencia, calme temores, escuchar a los padres, y realice historia de referencia completa.

E= Energía = Glucosa

- Pecho materno en lo posible o leche materna extraída de la madre, o agua azucarada o dextrosa al 5% vía oral o con sonda nasogástrica, 50 ml administrados lentamente.
- Solución Intravenosa con dextrosa al 10% (80 – 100 ml/kg/día) a 12 microgotas/minuto.

R= Registro y Monitorización

- Control de FC, FR, llenado capilar, signos de dificultad respiratoria, signos de deshidratación y diuresis al intervalo necesario según las condiciones del niño

A= Administración de Líquidos y medicamentos.

- Calculo por Holliday Segar:
 - Menor de 10 Kgs: 100 ml/kg/día
 - 10 a 20 Kgs: 1000 ml + (50 ml por cada Kilo mayor de 10 Kgs.)
 - Mayor de 20 Kgs: 1500 ml + (20 ml por cada Kilo mayor de 20 Kgs.)

Administrar antibióticos intramuscular y otros medicamentos según clasificación, SRO, Nistatina, Antibiótico tópico.

Anexo 6



MINISTERIO
DE SALUD

Hoja de tamizaje en violencia en mujeres

Número de expediente: _____ Fecha: _____

Tamizaje para detectar violencia en mujeres		Si	No
1	¿En qué momento. Tiene usted miedo de que su pareja, novio o compañero la agrede verbalmente, maltrate o golpee?		
2	¿Su pareja, novio o compañero le impide ver a su familia o tener contacto con sus amigos, vecinos, compañeros de trabajo, además de ser demasiado celoso?		
3	¿Alguna vez, su pareja, novio o compañero le ha insultado verbalmente, amenazado de muerte o le ha golpeado?		
4	¿Su pareja, novio o compañero le ha obligado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, sin protección anticonceptiva, o ha llegado a hacerle daño físico durante la relación sexual?		
5	¿Se ha sentido humillada por su pareja por comentarios sobre su actividad sexual, por su cuerpo o por no ser físicamente/sexualmente atractiva?		
6	¿Alguna persona le ha pedido tener sexo a cambio de algo? (obtener o conservar un trabajo, por préstamo de dinero, proporcionar alimentos, ropa viajes, estudios, joyas)		
7	¿Su pareja, novio o compañero no le apoya económicamente en los gastos familiares, se ha quedado con sus bienes o le obliga a darle el dinero que usted gana?		
8	¿Cuándo existen conflictos o discusiones con su pareja, novio o compañero, él ha tirado objetos, dado portazos, destruido muebles, o la ha corrido de la casa?		
9	¿Su pareja, novio o compañero en algún momento le ha amenazado con pistola, cuchillo o alguna otra arma similar?		
10	¿Su pareja, novio o compañero minimiza o niega el abuso en su contra, y le culpa a usted por el comportamiento abusivo de él?		
11	En caso de tener hijos, ¿su pareja, novio o compañero le ha amenazado con quitarle a los niños(as) y le dice que va a hacerle daño a usted y/o a sus niños(as)?		
12	¿Su pareja, novio o compañero toma alcohol constantemente, se ha drogado o le ha amenazado con suicidarse si usted lo deja?		
13	¿Alguna vez ha deseado morirse, pensando o intentado dañar su cuerpo usted mismo?		

Nota: una respuesta positiva a cualquiera de estas preguntas, es sugestiva de que la persona está siendo afectada por alguna forma de violencia.

Anexo 7



MINISTERIO
DE SALUD

Hoja de tamizaje de violencia en mujeres adolescentes y adultas embarazadas
Número de expediente: _____ **Fecha:** _____

Diagnóstico de violencia en mujeres adolescentes y adultas embarazadas		Si	No
1	¿Usted deseaba tener un hijo?		
2	¿El embarazo ha sido planeado?		
3	¿Tiene el apoyo de su pareja respecto al actual embarazo?		
4	¿Alguna vez ha sido usted humillada, avergonzada, le han impedido ver amigas/os, le han hecho o hacen cosas que usted no le gustan, le han gritado o amenazado?		
5	¿Su pareja, familiar u otra persona le ha impedido asistir a sus controles de embarazado o atender su salud cuando ha estado enferma?		
6	¿Su pareja, novio, familiar, amigo, vecino o desconocido, le ha obligado a tener relaciones sexuales, anales, orales, introducción de objetos en vagina, boca o ano, en contra de su voluntad, sin protección anticonceptiva, o ha llegado a hacerle daño físico durante la relación sexual?		
7	¿Ha sido usted lastimada físicamente o golpeada por alguien?		
8	¿Alguien le ha ofrecido dinero, objetos de valor, alimentación u otros a cambio del niño o niña por nacer? (aplicar test específico para la detección de trata de personas)		
9	¿Se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos/as?		

Nota: una respuesta positiva a cualquiera de estas preguntas, es sugestiva de que la persona está siendo afectada por alguna forma de violencia.