



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



MINISTERIO
DE SALUD

**Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período pre-
concepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido.
Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres**

San Salvador, El Salvador, 2021



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 de Documentación Virtual en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

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

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud

Equipo técnico

Dr. Douglas Jiménez Dra. Marcela Hernández Dra. Esmeralda Miranda de Ramírez Dra. Aracely Zepeda de Baires Dr. Mario Soriano Dr. Juan Morales Dr. Jorge Meléndez	Unidad de Atención integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia
Dra. Ana Beatriz Sandoval de Bolaños	Dirección Nacional de Hospitales
Dra. Jenny Patricia López	Coordinadora Unidad Derecho a la Salud
Licda. Dina Eugenia Bonilla Dr. Carlos Orantes	Oficina de enfermedades no transmisibles
Dr. Napoleón Lara	Dirección de Regulación
Dra. Silvia de García Licda. Margarita de Serrano Licda. María Mercedes Valencia Padilla	Oficina de Atención a Todas las Formas de Violencia
Licda. Sara Lemus	Unidad Nacional de Enfermería
Dra. Cristina Vega	Fondo Solidario para la Salud
Dr. Héctor Hernández	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dr. Julio Alfredo Osegueda	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
Dra. Esperanza de Aparicio	Fondo de Población de las Naciones Unidas
Dr. Enrique González	Región Paracentral de Salud
Dra. Fátima Borja	Oficina de Salud Oral
Lic. Karla Rivas	Oficina de Nutrición
Dra. Wendy Melara	Unidad Programa de ITS- VIH
Dr. Arturo Carrillo	

Comité consultivo

Dr. Javier Ignacio Menjívar de Arostegui	Hospital Nacional de la Mujer
Dr. Rigoberto Antonio González Gallegos	Hospital Nacional Psiquiátrico
Licda. Lorena Rosales de Bonilla	Unidad por el Derecho a la Salud MINSAL
Dra. Ana Julia Luna	Telecentro MINSAL
Dra. Patricia Salvador	Referente Materno SIBASI Sur
Dra. Ana Miriam Alfaro de Linares	UCSF San Julián Sonsonate
Dra. Cricxia Amanda Hernández de Arévalo	Fondo Solidario para la Salud
Dr. Ricardo Pérez	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dr. Francisco Ernesto Mejía	Hospital Militar
Enf. María Verónica Cruz	Fundación Maquilishuat

Índice

	Página
Acuerdo ministerial.....	7
I. Introducción.....	8
II. Objetivos.....	9
III. Ámbito de aplicación	10
IV. Disposiciones técnicas.....	10
1. Atención preconcepcional.....	10
2. Atención prenatal	29
3. Control prenatal adolescentes.....	66
4. Estrategia Plan de parto.....	68
5. Mapa Obstétrico y de prematurez.....	75
6. Atención del parto.....	83
7. El parto seguro.....	104
8. Atención en el puerperio.....	111
9. Atención del recién nacido.....	115
10. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres naturales (PIMS).....	122
V Disposiciones finales.....	149
VI. Acrónimos y Siglas.....	152
VII. Vigencia.....	153
VIII. Anexos.....	154
IX. Bibliografía.....	213

Acuerdo no. 517

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud

Considerando

- I. Que la *Constitución de la República*, en su artículo 1.- reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común. Asimismo reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción. En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social, de igual manera en el Artículo 65, 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 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.
- III. Que el *Código de Salud*, en su artículo 48, establece que el estado promoverá, protegerá y recuperará la salud de la madre y del niño, debiendo prestarse por los organismos de salud correspondientes la atención preventiva y curativa a la madre durante el embarazo parto o puerperio, lo mismo que al niño desde su concepción hasta el fin de su edad escolar.
- IV. Que la *Ley para la Protección Integral de la Niñez y Adolescencia*, en sus artículos 24, 25 literal c) y 32, establecen que toda niña o adolescente embarazada es considerada en un estado de alto riesgo obstétrico y perinatal, deberá recibir atención médica de manera integral en las instituciones de salud pública. Corresponde al Estado, a través del Sistema Nacional Integrado de Salud, el desarrollo de programas de atención integral de la salud sexual y reproductiva de la niña, niño y adolescente. Además, garantizará la existencia y el acceso a los servicios y programas de salud y educación sexual integral para la niñez y adolescencia, con el objeto de fortalecer su realización personal, prevenir infecciones de transmisión sexual, disminuir riesgos de abuso sexual y prepararles para una maternidad y paternidad responsable en la adultez, sana y sin riesgos.
- V. Que la *Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación Contra las Mujeres*, en su artículo 26, establece que el El ministerio de Salud garantizará la protección de los derechos a la salud integral, a la salud sexual y reproductiva, y la igualdad y equidad en el acceso y atención en los servicios correspondientes y en su literal d) plantea que debe garantizar servicios de salud de calidad durante la etapa de fertilización, implantación, embarazo, parto y puerperio a todas las mujeres, sin discriminación de ningún tipo. , incluyendo la garantía de atención a pacientes que acudan a los establecimientos de salud en busca de atención oportuna, por problemas y situaciones que pongan en riesgo la continuidad del embarazo.
- VI. Que en el año dos mil once y dos mil dieciséis se emitieron los «*Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y el recién nacido*» «*Lineamientos técnicos operativos para la estrategia plan de parto*» y «*Lineamientos técnicos para la atención integral de mujeres con alto riesgo reproductivo*»,

los cuales es necesario actualizar con el fin de mejorar la atención integral en salud, durante las etapas preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y cuidados del recién nacido, en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

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

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

I. Introducción

La morbilidad materna e infantil constituye uno de los problemas prioritarios de salud, por tal razón el Ministerio de Salud ha determinado como meta prioritaria continuar con la reducción de la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad infantil.

Considerando el proceso reproductivo de las personas, se requiere una atención de calidad, durante la preconcepción, el periodo prenatal, la atención del parto, cuidados en el puerperio y del recién nacido que incluya el enfoque de derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos y de igualdad de género, así como las determinantes sociales que inciden en el bienestar de la mujer y el recién nacido. Este lineamiento está basado en los principios de Universalidad, solidaridad, equidad, subsidiariedad e institucionalidad, que son contemplados en el plan Cuscatlán para la rama de Salud. Además El *Plan Cuscatlán* incluye como una línea de intervención, asegurar el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en su curso de vida, incluyendo atención obstétrica y ginecológica humanizada, calificada y de calidad.

El presente documento responde y rescata los principales avances científicos y las recomendaciones basadas en evidencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo que contiene directrices para lograr que el proceso reproductivo llegue a un término favorable para la madre y el recién nacido, a través de Servicios en Servicios de Salud Reproductiva para atención de emergencias o desastres, tomando en cuenta que la atención materna requiere de intervenciones continuas que van desde la valoración de los factores de riesgo personales, previos al embarazo, así como los obstétricos, culturales y del entorno.

Los presentes lineamientos contribuirán al abordaje integral de la mujer en edad fértil y al recién nacido en los establecimientos de Salud; la correcta aplicación requiere la responsabilidad de las y los prestadores de servicios de salud al brindar la atención, así como la participación de las instituciones a nivel intersectorial, liderazgos comunitarios como parteras, y otros voluntarios, en búsqueda de resultados de impacto en la salud reproductiva de la población.

m

II. Objetivos

a. Objetivo general

Establecer las disposiciones para la atención integral en salud durante las etapas preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y cuidados del recién nacido en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Estas disposiciones se enmarcan en el enfoque de género, de igualdad, derechos humanos y determinación social de la salud.

b. Objetivos específicos

1. Definir las disposiciones para la detección oportuna de los factores de riesgo durante los periodos preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido.
2. Sistematizar los procesos de atención en los periodos preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido, en los establecimientos de salud.
3. Fortalecer la calidad en los procesos de atención para la mujer en edad fértil en los periodos preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido.
4. Definir los servicios en SSR para atención de emergencias o desastres

Enfoques

Salud sexual y reproductiva (SSR)

La OMS define salud reproductiva como un “estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad y libertad de procrear. En esta última condición, está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, accesibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.

Enfoque de derechos

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en 1994, se introdujo en la agenda política, el enfoque de derechos, que contiene el derecho al más alto nivel de salud (incluida la salud sexual y reproductiva). El ejercicio de los derechos para su cumplimiento, requiere de la responsabilidad individual de las personas para el auto-cuidado y la de los Estados para generar las condiciones sociales y políticas necesarias.

Igualdad de género: se refiere a la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades de mujeres y hombres; niñas y niños. Implica que se tienen en cuenta los intereses, necesidades y prioridades tanto de hombres como de mujeres.

No Discriminación: se refiere a la prohibición de la discriminación de derecho o de hecho, directa o indirecta, contra las mujeres; la cual se define como, toda distinción, exclusión o restricción basada el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el ejercicio de las mujeres, de los

derechos humanos y las libertades fundamentales en todas las esferas, con independencia de sus condiciones socio económicas, étnicas, culturales, políticas y personales de cualquier índole. SIC.¹

Enfoque de primera infancia: Crecer juntos

Implementación de un paquete de prestaciones básicas para atender a la primera infancia con el fin de propiciar el máximo potencial de desarrollo integral de los niños y niñas, a través de un modelo cariñoso y sensible por parte de todos los adultos que tengan relación con ellos, iniciando desde el embarazo durante el embarazo y hasta los 7 años de vida.

III. Ámbito de aplicación

Los presentes lineamientos técnicos son de cumplimiento obligatorio para todo el personal de las instituciones y actores del Sistema Nacional Integrado de Salud.

IV. Disposiciones técnicas

1. Atención preconcepcional

Atención preconcepcional

Conjunto de intervenciones de promoción, prevención, 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.

A toda usuaria que desea embarazarse la atención preconcepcional se le debe brindar con al menos seis meses previos a la búsqueda del embarazo.

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 el recién nacido; proporcionar la atención en el nivel que corresponda; realizar educación de acuerdo al caso.

Riesgo reproductivo (RR):

Probabilidad de que una mujer embarazada o su hijo/a sufran 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)

¹ Ley de Igualdad, equidad y erradicación de la Discriminación contra las mujeres

Las usuarias mayores de 35 años, así como las identificadas con patologías o condiciones no relacionadas con el embarazo deben ser derivadas a la consulta RRP para su atención integral por la condición de la edad como factor de riesgo, previa consejería integral por parte del personal de salud que la evalúa en ese momento.

Actividades en la consulta preconcepcional, en todos los niveles de atención.

Inscripción de control preconcepcional

Llenado de Hoja de Inscripción (anexo 1)

Cuando una paciente manifiesta el deseo de embarazo o se obtiene este dato durante la anamnesis de una morbilidad, se debe inscribir a control preconcepcional con el llenado de la respectiva hoja, con el objetivo de identificar a las mujeres con o sin factores de riesgo:

- En caso que no se identifique riesgo, se continua con el control preconcepcional indicando el primer control, para llenado de la hoja de consulta de seguimiento (anexo 2), reporte de exámenes en un periodo no mayor a 30 días y los controles subsecuentes cada 2 meses, hasta lograr embarazo (no hay un límite de controles).
- La duración de la consulta de inscripción preconcepcional debe ser 45 minutos y de 20 minutos la consulta de seguimiento.
- En caso de identificar algún factor riesgo, que al momento de la consulta contraíndique el embarazo, se debe brindar consejería sobre uso de métodos anticonceptivos, proporcionar el método optado por la paciente y referir a consulta de riesgo reproductivo preconcepcional (CRRP)

Historia clínica: está incluida en la hoja de inscripción, debe ser completa, incluyendo datos generales, antecedentes personales y familiares, antecedentes reproductivos, vacunas.

Examen físico completo: toma de frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), temperatura (T°) y medidas antropométricas (peso, talla, IMC) examen de cabeza, tórax, mamas, abdomen, genitales externos, genitales internos con colocación de espéculo, toma de citología cérvico vaginal (si aplica), evaluación bimanual de útero y anexos, examen de las extremidades y piel.

Evaluar estado nutricional de acuerdo a la edad de la siguiente manera:

- Adolescentes de 10 a 19 años: a través del gráfico de Índice de masa corporal para la edad de niñas, niños y adolescentes de 5 a 19 años. Ver anexo 3.

Una vez calculado el IMC con la gráfica se debe interpretar el estado nutricional de la siguiente manera:

Cuadro 1. Clasificación del estado nutricional según IMC de 5 a 19 años

Siglas	Adolescentes	
O	Obesidad	Arriba de +2 DE
SP	Sobrepeso	Arriba de +1 hasta +2 DE
N	Normal	Entre +1 y -2 DE

D	Delgadez	Entre -2 y -3 DE
DS	Delgadez severa	Abajo de -3 DE

Fuente: equipo técnico 2020

- Mujeres de 20 a 49 años de edad: se deberá evaluar a través del índice de masa corporal calculado por la siguiente fórmula

$$\text{Peso (en kg)} / (\text{Talla en m})^2$$

Interpretación del Índice de Masa Corporal

Peso normal: IMC 18.5 – 24.99

Bajo peso (delgadez): Si valor de IMC < 18.49

Sobrepeso: Si valor de IMC está entre 25 – 29.99

Obesidad: Si valor de IMC ≥ 30

Obesidad Morbida: si IMC es mayor o igual a 40

Pasos para cálculo de IMC

- Pese a la usuaria con la técnica adecuada identificando el peso en kilogramos. Si ha pesado en libras, divida el dato entre 2.2 y el resultado se expresa en kg.
- Tallar a la usuaria con la técnica adecuada y el resultado lo expresa en metros.
- Si dispone de tabla para el cálculo del IMC:
 - Ubique en la tabla “Índice de masa corporal” el peso y talla (Anexo 4)
 - En la línea vertical identifique altura en metros y en la línea horizontal peso en kg, hacer coincidir ambos valores ubicando el punto de encuentro entre estas dos cifras, esto corresponderá al IMC.
- Entregue a la usuaria por escrito los datos obtenidos
- Explique a la usuaria en cual categoría ha sido clasificada y realice intervenciones según corresponda.
- Si no dispone de tabla calcular aplicando fórmula

Prescripción de micronutrientes en el periodo preconcepcional

La administración de suplementos de ácido fólico después del primer mes de gestación no servirá para prevenir defectos del tubo neural, aunque sí contribuirá, en cambio, a otros aspectos de la salud materna y fetal, como es prevenir la anemia materna y ayudar al crecimiento fetal, de ahí la importancia de iniciar en el periodo preconcepcional

Cuadro 2. Suplementación con micronutrientes a adolescentes, mujeres en edad fértil en etapa preconcepcional

Micronutrientes	Presentación	Población	Dosis preventiva
*Ácido fólico	Tableta de 5 mg de ácido fólico	Adolescentes y mujeres de 10 a 49 años de edad	Preconcepcional 1 tableta / día 3 meses antes del embarazo. Con antecedentes de embarazos con defectos de tubo neural: 4 tabletas / día 3 meses antes del embarazo

Hierro más ácido fólico	Tableta de 300 mg de sulfato ferroso (60 mg de hierro elemental) + 0.5 mg ácido fólico	mujeres de 20 a 49 años de edad	Preconcepcional 2 tabletas por semana, desde 3 meses antes del embarazo.
-------------------------	--	---------------------------------	---

*En el Listado Institucional de Medicamentos del MINSAL está disponible la presentación de 5 mg de ácido fólico y es la que se recomienda, una tableta cada día. Para disminuir defectos del tubo neural al menos tres meses antes de buscar embarazo. Fuente comité técnico 2020

Evaluación odontológica: Examine la cavidad oral. Enfatizar importancia de higiene bucal. Recomendar dieta saludable, evitando exposición alimentos azucarados que favorecen formación de caries dentales. Si se detectan o no factores de riesgo relacionados a la cavidad bucal, siempre debe referirse a la consulta odontológica, en donde el personal odontológico realizará las atenciones según normativa vigente.

Actividades a realizar en la evaluación odontológica:

- Examine cavidad oral.
- Enfatice la importancia de higiene bucal y el cumplimiento de las citas establecidas por el personal de odontología.
- Recomiende dieta saludable, evitando el consumo de alimentos con alto contenido de azúcar y carbohidratos ya que favorecen la formación de caries dental.
- Refiera para profilaxis o tratamiento de patologías dentales.

Hemoglobina/hematócrito: Se debe obtener una muestra para determinar el nivel de hemoglobina para descartar la presencia de anemia y dar tratamiento oportuno.

Tabla 1. Criterios de la OMS para clasificar anemia en MEF

Clasificación de la anemia	Valor de hemoglobina
Leve	11.0 a 11.9 mg/dl
Moderada	7.0 a 10.9
Severa	< 7mg/dl

Fuente: World Health Organization Iron deficiency anemia, assessment, prevention and control: a guide for programme managers. Geneva: WHO; 2001.

Manejo de la anemia:

Si una mujer es diagnosticada con anemia, se debe indicar 120 mg de hierro elemental (2 tabletas de sulfato ferroso) y 400 µg de ácido fólico (1 tableta) e interconsulta con nutricionista, hasta que su concentración de Hb vuelva a la normalidad.

Solicitar un nuevo hemograma completo y frotis de sangra periférica un mes posterior al inicio del tratamiento.

Asesorar a las pacientes sobre cómo tomar suplementos de hierro por vía oral correctamente. Este debe ser con el estómago vacío, una hora antes de las comidas, idealmente con una fuente de vitamina C (ácido ascórbico), tal como jugo de naranja para maximizar la absorción. Otros medicamentos o antiácidos no deben tomarse a la misma hora.

Si la anemia persiste a pesar de cumplir con el tratamiento o hay anomalías en el frotis de sangre periférica, interconsultar con medicina interna del hospital de segundo nivel para afinar el diagnóstico y tratamiento.

Una paciente no debe estar anémica al momento de embarazarse ya que el riesgo de morbilidad materna e infantil es alto.

Tipo Rh: determine tipo sanguíneo y factor Rh

Prevención de la transmisión vertical del VIH: Se recomendará a la mujer y a su pareja la prueba para la detección de VIH con pre y posconsejería. Referir a toda mujer con prueba (+) y su pareja a hospital de segundo nivel de atención a la clínica TAR y referir a la CRRP.

Prevención de sífilis congénita: Se debe realizar de acuerdo a lo establecido en los lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales (MINSAL 2019, pg 13-16) y al Manual de procedimientos para el control de calidad de las pruebas inmunoserológicas para ITS y VIH (MINSAL 2014, pg 25-30)

Investigar en la mujer y su pareja antecedentes de sífilis y el tipo de tratamiento recibido. Indicar pruebas no treponémicas (RPR o PRS) para descartar sífilis y dar tratamiento si el resultado es positivo. Desde reactivo débil (con diluciones $\leq 1:4$) debe considerarse positivo y requiere tratamiento con penicilina benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana en número de tres. Si existe alergia a penicilina, se recomienda doxiciclina 100 mg VO. cada 12 horas por 7-10 días y dar tratamiento a la pareja.

Como manejar factores de riesgo preconcepcional

De acuerdo a los factores de riesgo identificados se deben realizar acciones específicas como las que se detallan a continuación:

Tabla 2. Factores de riesgos generales

Factor de riesgo	Complicaciones asociadas	Acciones
Edad paterna avanzada	Mutaciones de novo (tipo dominante)	Asesoría de riesgo de embarazo basado en la edad.
Consanguinidad	A mayor grado de consanguinidad mayor riesgo.	Investigar el grado de parentesco y si es dentro de los tres primeros grados de consanguinidad referirá asesoría genética si esta disponible
Ocupación Trabajo mayor de 10 horas al día. Permanecer de pie 6 horas	Aborto, Muerte fetal, prematuréz, Bajo peso al nacer	Recomendar adoptar medidas de higiene ocupacional o cambio de actividad laboral de ser posible.

continuas. Exposición a tóxicos/químicos(solventes)	Defectos congénitos	
--	---------------------	--

Fuente: Modificado de CLAP/OPS "Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS".2009.por equipo técnico de Lineamientos de Atención a la Mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, postparto y recién nacido.

Tabla 3. Factores de riesgos mentales

Trastornos mentales		
Factor de riesgo	Complicaciones asociadas	Acciones
Diagnóstico de: ansiedad depresión menor	Si abandona la medicación, se dan recaídas en el 50% de casos. Las sales de litio y los inhibidores de serotonina tienen efectos teratogénicos.	Referir a psiquiatría. Seguimiento a indicaciones de retorno

Fuente: Modificado de CLAP/OPS "Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS".2009.por equipo técnico de Lineamientos de Atención a la Mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, postparto y recién nacido.

Tabla 4. Factores de riesgos relacionados a antecedentes obstétricos

Antecedentes obstétricos		
Factor de riesgo	Complicaciones asociadas	Acciones
Intervalo intergenésico corto (menor de 24 meses)	Mayor riesgo de morbilidad materno-perinatal	Aconseje intervalo mayor a 24 meses postparto y al menos mayor de 6 meses postaborto.
Aborto previo	Aumenta el riesgo de muerte materna y neonatal.	Investigue: • Edad gestacional de la pérdida y antecedentes de otras pérdidas. • Malformaciones uterinas, incompetencia cervical. • Desordenes hormonales. • ITS en abortos habituales. • Enfermedades inmunológicas. • Enfermedades crónicas
Mortinato y muerte neonatal previa	Existe riesgo de repetir el evento.	Informe sobre la probabilidad de repetir el fenómeno. Indique serología para sífilis para descartar sífilis materna. Descartar síndrome antifosfolípido. Descarte enfermedades de la colágena, Descarte diabetes. En caso sean los resultados positivos refiera a la CRRP
Parto pre-término previo	Riesgo aumenta: 10-15% con 1 parto pretérmino. 40% con 2	Obesidad o desnutrición: Referir a nutricionista si la paciente presenta las siguientes condiciones: Adolescente

	partos pretérmino. 60% con 3 o más partos pretérmino.	<p>Desnutrición (abajo de - 2 DS) Obesidad (arriba de +2DS)</p> <p>Mujer 20 a 59 años: IMC < 18.5delgada (Bajo peso) ó ≥30kg/m² Obesidad.</p> <p>Tabaquismo: referir a clínica especializada para incentivar a la reducción a la adicción del tabaquismo pasivo o activo.</p> <p>Recomendar intervalo intergenésico mayor de 24 meses.</p> <p>Descartar incompetencia cervical.</p> <p>Dar tratamiento de ITS a usuaria y pareja, si es necesario.</p> <p>Tratar enfermedad periodontal y procesos infecciosos.</p> <p>Investigar bacteriuria asintomática e infección de vías urinarias y tratar</p>
Antecedente de restricción del crecimiento intrauterino	Existe riesgo que se repita el evento	<p>Mejorar estado nutricional en pacientes de bajo peso.</p> <p>Informar riesgo en mujeres mayores de 35 años.</p> <p>Recomiende Intervalo intergenésico mayor o igual de 24 meses.</p> <p>Indicar la suspensión del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas.</p> <p>Controlar adecuadamente las enfermedades crónicas.</p> <p>Brindar educación nutricional sobre alimentación saludable según recomendaciones de la Guía alimentaria para la familia salvadoreña.</p>
Cirugías previas del tracto reproductivo: miomectomía, resección del tabique,	Mayor riesgo de: ruptura uterina, inserciones placentarias anormales, hemorragias graves.	<p>Investigar sobre: tipo de histerotomía (incisión en T implica mayor riesgo), infecciones de herida quirúrgica; periodo intergenésico y número de cesáreas previas para evaluar riesgo.</p> <p>Informe sobre riesgos de ruptura uterina y</p>

conización, cesárea previa, cerclaje cervical.		hemorragia.
---	--	-------------

Fuente: Modificado de CLAP/OPS "Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS".2009.por equipo técnico de Lineamientos de Atención a la Mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, postparto y recién nacido.

Tabla 5. Factores de riesgo de carácter social

Factor de riesgo	Complicaciones asociadas	Acciones
Violencia de género	Riesgo de morbi-mortalidad tanto para la madre como para el hijo/a.	<p>Investigar violencia.</p> <p>Apoyarla y ayudarla a evaluar su situación actual. Explorar opciones. Ayudarla a identificar recursos locales de apoyo (familia, amigos, comunidad, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales).</p> <p>Recuérdle que existen recursos legales, si el caso lo amerita.</p> <p>Véase lineamiento: <i>Lineamientos Técnicos para la atención de todas las formas de violencia</i></p>
Analfabetismo y bajos recursos económicos	<p>Riesgo de morbi-mortalidad tanto para la madre como al hijo/a.</p> <p>Se asocian a desnutrición y anemia materna, restricción de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer.</p>	<p>Informar y brindar consejería acorde a su nivel educativo.</p> <p>Orientar sobre la importancia de alimentación adecuada con los recursos que la usuaria posee. Dar consejería sobre la importancia del control prenatal precoz y sistemático al embarazarse. Prevenir la anemia.</p> <p>Remitir a círculos de alfabetización del Ministerio de Educación</p> <p>Brindar educación sobre la importancia de alimentación natural, variada y nutritiva.</p> <p>Prescribir hierro más ácido fólico y</p>

		dar recomendaciones de administración. Brindar orientación sobre alimentos ricos en hierro
--	--	--

Fuente: Comité técnico 2020

Tabla 6. Factores de riesgo relacionados con estilos de vida

Factor de riesgo	Complicaciones asociadas	Acciones
Obesidad IMC>30kg/m ²	En la mujer: hipertensión inducida por el embarazo, diabetes, trastornos tromboembólicos, aumento de la tasa de cesárea, infecciones. En feto: macrosomía fetal, parto distócico, prematurez,	Referir a evaluación y control nutricional. Indicar una dieta balanceada, saludable, rica en folatos y carotenoides
Bajo peso pre gravídico IMC<18.5kg/m ²	Prematurez RCIU	Referir a evaluación y control nutricional
Trastornos alimentarios como anorexia, bulimia	Altas tasas de aborto	Se debe de investigar ya que las pacientes tienden a ocultarlo. Se debe de posponer el embarazo hasta superar la condición. Referir a CRRP, psiquiatría y nutrición
Ejercicio	Los ejercicios deben ser recomendados por los prestadores de salud, no deben ser extenuantes y en las usuarias con factores de riesgo de sangrado como placenta previa deben de prohibirse	Recomiende ejercicios. Los aeróbicos son convenientes ya que fortalecen los músculos y activan la circulación venosa.

Fuente: Comité técnico 2020

Tabla 7. Factores de riesgo por consumo de sustancias

Factor de riesgo	Complicaciones asociadas	Acciones
Tabaco	Produce: infertilidad, aborto espontáneo, RCIU, bajo peso al nacer, prematurez, desprendimiento de placenta, muerte fetal y perinatal, infecciones respiratorias del RN.	Referir a clínica de tabaquismo. Incentivar la eliminación a la adicción del tabaquismo pasivo o activo. Derive o refiera a CRRP si el consumo es igual o mayor a

		10 cigarrillos al día
Alcohol	No hay una cantidad segura de alcohol que se pueda tomar durante se esté tratando de quedar embarazada. (Centro para el control y la prevención de las enfermedades CDC) El consumo excesivo produce: síndrome alcohólico fetal, Muerte intrauterina, restricción del crecimiento pre y postnatal, Alteraciones del sistema nervioso central y de la conducta.	Incentivar a la eliminación de su consumo. Referir a CRRP
Drogas	Cocaína: disrupción vascular expresados en anomalías del SNC, defectos por reducción de miembros y RCIU. Marihuana: igual al tabaco.	Proponga un plan de tratamiento para el abandono de la adicción. Indique posponer el embarazo. Refiera a salud mental. Derive o refiera a CRRP
Café, té, y bebidas carbonatadas	Alta ingesta durante el primer trimestre se asocia a aborto espontáneo y a restricción del crecimiento intrauterino.	Aconsejar evitar su consumo.

Fuente: Recomendaciones sobre atención prenatal 2016

Consulta de riesgo reproductivo preconcepcional (CRRP)

Para el continuo de atención, se promueve la consulta de riesgo reproductivo preconcepcional (CRRP), con el fin de corregir o eliminar aquellos factores de riesgo, que puedan comprometer la vida de la mujer al presentar un embarazo y así obtener el embarazo en las mejores condiciones, reduciendo la probabilidad que la madre y su futuro hijo(a) puedan enfermar o morir.

En los presentes lineamientos se considerará que una mujer en edad fértil (MEF), tiene riesgo reproductivo preconcepcional (RRP), cuando presente una enfermedad o condición que aumente la probabilidad de sufrir mortalidad materna y perinatal superior a la de la población general.

Identificación de pacientes con RRP

El personal de salud durante la atención integral de toda mujer en edad reproductiva, debe considerar los siguientes aspectos:

- Las mujeres en edad fértil con enfermedad o condición de base, deben ser identificadas por los prestadores de salud y ser referidas a la CRRP.
- Atender a la paciente de forma oportuna en la CRRP, ante la presencia de una o más de estas enfermedades o condiciones
- Referir a la CRRP al nivel correspondiente, al identificarse mujeres en edad reproductiva con enfermedad de base (enfermedad o condición) según los Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta.

Consulta de riesgo reproductivo preconcepcional

El personal del establecimiento de salud debe cumplir las siguientes actividades:

- a) Recibir la referencia de MEF con enfermedades o condiciones de RRP y establecer una cita (idealmente en un periodo no mayor de 15 días).

- b) Atender las referencias internas del personal de salud del establecimiento que proporciona atención a MEF, que presenten enfermedades / condiciones de alto riesgo, procurando que sea vista ese mismo día, independientemente de la especialidad médica por la que haya sido evaluada.
- c) Organizar la CRRP en los establecimientos de salud por medio de un mecanismo de citas escalonadas, considerando el talento humano y la capacidad instalada.
- d) La consulta según su complejidad puede ser proporcionada por médico ginecólogo, médico de familia o médico general, tomando en consideración las siguientes intervenciones:
- En la consulta de inscripción la paciente puede hacerse acompañar de su pareja, o una persona que ella estime conveniente.
 - Realizar anamnesis y examen físico completo.
 - Llenar la hoja de inscripción (ver anexo 5)
 - Definir junto a la usuaria, la conducta a seguir, de acuerdo a su deseo reproductivo y del estado actual de su enfermedad o condición de riesgo.
 - Proporcionar consejería integral de acuerdo al caso y con énfasis en la enfermedad de la usuaria, incluyendo las recomendaciones médicas para postergar, retrasar e incluso contraindicar el embarazo, hasta la estabilización de la enfermedad o condición de riesgo, identificado con el debido resguardo de los derechos sexuales y reproductivos.
 - Interconsulta con las diferentes disciplinas o especialidades, según cada caso en particular, para la confirmación y seguimiento integral de la enfermedad/condición de RRP.
 - Detección de otros posibles factores de riesgo.
 - Indicar de pruebas complementarias de laboratorio o de gabinete para identificar el estado actual de la paciente.
 - Si la usuaria desea un embarazo, pero no cumple con una condición óptima en ese momento, se le orientará sobre los factores de riesgo y se le proporcionará información para que ella pueda elegir un método anticonceptivo según criterios médicos de elegibilidad de OMS (Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción) , dar consejería y primera provisión de métodos de anticoncepción, luego continuar abastecimiento hasta controlar su condición de base.
 - Si desea embarazarse y su condición lo permite, se debe inscribir en atención preconcepcional y sus consultas de seguimiento
 - Si la paciente se encuentra descompensada de su patología o condición de riesgo que imposibilita el embarazo, pero la paciente insiste en no usar un método anticonceptivo y lograr el embarazo se debe de reforzar la consejería refiriendo a la paciente con psicología
 - Si la usuaria no desea embarazo, puede optar por un método anticonceptivo, según criterios médicos de elegibilidad, si ella decidiera un método definitivo como la esterilización quirúrgica y es factible, brindar consejería y referir al hospital de la red para cirugía.
 - En la consulta de inscripción, debe evaluarse la condición de cada usuaria y la necesidad de atención interdisciplinaria, además mantener comunicación con el médico que atiende la condición de base en todo momento, a través de los instrumentos de retorno e interconsulta.
 - Retroalimentar apropiadamente al primer nivel de atención o a la especialidad interconsultante sobre los diagnósticos y el manejo que se se esta proporcionando

a la paciente por medio del llenado completo y correcto de la hoja de retorno y respuesta a la interconsulta en caso de haberse producido.

- La duración de la consulta de inscripción de RRP debe ser 45 minutos y de 20 minutos la consulta de seguimiento.
- El primer control se realizará en un periodo no mayor a 30 días para llenado de hoja subsecuente (anexo 6), reporte de exámenes, seguimiento del método anticonceptivo optado y verificar condición de la patología o factor de riesgo identificado. Los controles subsecuentes se deben realizar cada mes o según severidad o descompensación del factor de riesgo (no hay un límite de controles).

Para el proceso de atención en forma esquemática en los diferentes niveles, se deben consultar los flujogramas de atención, así como los listados de las enfermedades detallados mas abajo, teniendo en cuenta que otras patologías no contempladas en el flujograma es probable que constituyan un RRP, de ser así deberá justificarse a criterio médico por el obstetra, médico de familia o el médico general siendo especificadas y justificadas en el expediente clínico.

La CRRP considera los siguientes elementos

Evaluación del RRP

Anamnesis encaminada a la valoración del riesgo según enfermedad o condición:

- Datos personales.
- Hábitos; alcoholismo, tabaquismo o drogadicción.
- Antecedentes familiares, médicos, ginecológicos–obstétricos y personales: de acuerdo a la enfermedad de base debe indagarse: duración, tratamiento, episodios de gravedad; así mismo antecedentes médicos de la pareja y familiares de la pareja.

Examen clínico

Exploración física completa incluyendo: exploración ginecológica y mamaria, con toma de muestra para citología (en caso de no estar vigente), toma de tensión arterial, peso y determinación de IMC.

Pruebas complementarias

- Solicitar un resumen médico de la atención, manejo y exámenes relevantes de la patología de base si aplica.
- Evaluar la actualización de pruebas de laboratorio o gabinete (especialmente si hay intención reproductiva) hemograma, grupo sanguíneo y Rh, glicemia, pruebas serológicas de detección de sífilis y VIH, análisis de orina, ácido úrico, creatinina, tasa de filtración glomerular (TFG) transaminasas y otras, siempre orientándolas a su enfermedad de base.

El resultado de estas pruebas complementarias en general tienen una validez de 6 meses, sin embargo la periodicidad de la toma de las mismas puede variar, considerando la enfermedad/condición de cada usuaria en particular.

Consejería integral

Para la consejería sobre el embarazo con RRP, deben considerarse los siguientes aspectos:

- El/la profesional en medicina debe explicar clara y ampliamente a la usuaria y a su familiar o pareja, la enfermedad o condición de RRP de la usuaria y las

recomendaciones médicas para postergar o contraindicar un embarazo, según sea su caso; solventando todas las dudas que existan y con el debido resguardo de sus derechos sexuales y reproductivos dejando constancia de esta consejería en el expediente clínico.

- Evaluar la necesidad de atención multidisciplinaria, como referencia a consejería nutricional, psicológica u otras disciplinas de acuerdo al caso.
- Consensuar con el/la médico/a especialista, de la rama que corresponda, a través de los mecanismos de retorno o interconsulta establecidos, el momento idóneo para el embarazo, si ese es el deseo reproductivo.
- Proporcionar consulta de atención preconcepcional a toda usuaria que desee embarazarse y cumpla las condiciones médicas idóneas. Para ello, incluye el traslape, suspensión, cambio de medicamentos de ser necesario. Iniciar o continuar ácido fólico.
- Considerar para la consejería el riesgo social, en mujeres que tienen condiciones especiales como: vinculación con grupos delictivos, ser parte del régimen de protección de testigos, o mujeres privadas de libertad, a estos casos es preferible ofrecer métodos anticonceptivos de larga duración.
- La mayoría de las enfermedades, contraindican el uso de medicamentos con estrógenos, por lo que debe promoverse de acuerdo a cada caso, el uso del dispositivo intrauterino, implantes transdérmicos o medicamentos a base de progestágenos como la medroxiprogesterona de depósito, enantato de norestisterona o progestágenos orales. El objetivo es ofrecer un método seguro y reversible para los casos en los que se considere necesario controlar la enfermedad de base.
- Se debe ofrecer un método permanente como esterilización quirúrgica masculina o femenina, en los casos que no sea posible modificar el riesgo, según lo establecido en los *Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción*.

Seguimiento comunitario de MEF con RRP

El seguimiento comunitario es responsabilidad del personal del primer nivel de atención, debe ser oportuno para las pacientes que retornan de los hospitales y UCSF, de acuerdo a las indicaciones claras y completas evidenciadas en la *Hoja de referencia, retorno e interconsulta*, emitida por el médico que atendió a la usuaria; debe dejarse constancia de esta actividad en el expediente clínico, investigando las medidas acordadas en la CRRP, para su cumplimiento en las UCSF con equipos comunitarios de salud, este seguimiento debe realizarse considerando la clasificación dispensarial de cada paciente en particular.

Se debe de aperturar una forma de registro de casos y su seguimiento ya sea de forma física o electrónica, para recabar evidencia y hacer efectivo la estrategia.

Patologías o condiciones que recibirán atención de CRRP en primer nivel de atención por médico general o médico de familia.

1. Cardiovascular
 - Hipertensión arterial compensada
 - Antecedente de infarto agudo al miocardio
2. Neurológico
 - Estado epiléptico compensado
 - Antecedente de evento cerebrovascular isquémico
 - Antecedente de evento cerebrovascular hemorrágico
 - Migraña
3. Trastornos mentales
 - Trastornos mentales leves como:

- Estrés y ansiedad, depresiones o reacciones de adaptación
- 4. Neumológico.
 - Asma compensada.
- 5. Endocrinológico
 - Diabetes mellitus compensada sin daño a órgano blanco.
 - Hipotiroidismo compensado.
 - Hipertiroidismo compensado.
- 6. Hematológico
 - Anemia ferropénica.
- 7. Infeccioso
 - Antecedente de enfermedad de Chagas sin cardiopatía.
 - Sífilis primaria en tratamiento o antecedente.
 - Enfermedad activa por Citomegalovirus
 - Antecedente de toxoplasmosis.
- 8. Nutricional
 - Bajo peso del adulto IMC < 18.5
 - IMC > o igual a 30 corresponde a obesidad.
- 9. Edad
 - De 35 a 49 años sin patología que amerite referencia a segundo y tercer nivel.
 - De 15 a 18 años sin patología que amerite referencia a segundo y tercer nivel y con antecedente de embarazo.
- 10. Obstétricos
 - Gravidéz de 4 o mayor.
- 11. Musculoesqueléticas
 - Malformaciones musculoesqueléticas limitantes de la mujer.
- 12. Adicciones
 - Alcoholismo
 - Uso y abuso de sustancias ilícitas.
- 13. Discapacidad
 - Síndrome de Down.
 - Persona con discapacidad intelectual leve y moderada.
 - Personas con discapacidad física a la movilidad moderada severa.
- 14. Obstétricos
 - Tres cesáreas anteriores

Patologías que recibirán CRRP en primer nivel de atención por médico/a especialista en ginecología y obstetricia

1. Cardiovascular
 - Insuficiencia cardíaca congestiva clase New York I.
2. Neurológico
 - Antecedentes de Síndrome de Guillain Barré.
3. Obstétricos
 - Tres o más abortos previos.
4. Nefrológico
 - Insuficiencia renal crónica estadios I y II

Patologías que recibirán atención de CRRP en hospital de segundo nivel por médico/a general. Médico/a de familia o por especialista en ginecología y obstetricia (Médico/a general o de familia asumen esta consulta siempre y cuando no haya posibilidad de que sea proporcionada por especialista en ginecología)

1. Cardiovascular

- Insuficiencia cardíaca congestiva New York II
- Cardiopatía chagásica
- Trastornos del ritmo y la conducción cardíaca

2. Neurológico

- Antecedentes de estado confusional agudo

3. Trastornos mentales

- Trastornos mentales graves como:
 - psicosis (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.), trastornos de la personalidad, adicciones, depresión, autismo, trastornos obsesivos o anorexia.

4. Neumológico

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

5. Endocrinológico

- Diabetes mellitus descompensada, sin daño a órgano blanco
- Hipotiroidismo descompensado
- Hipertiroidismo descompensado

6. Nefrológico

- Insuficiencia renal crónica IIIA y IIIB
- Hiponatremia
- Hipernatremia
- Hipopotasemia
- Hiperpotasemia

7. Infeccioso

- VIH
- Sífilis secundaria
- Toxoplasmosis activa

8. Gastroenterológicos

- Hemorragia del tubo digestivo superior
- Cirrosis hepática clasificación Child A y B

9. Obstétricos

- Isoinmunización Rh
- Antecedente de enfermedad gestacional del trofoblasto
- Malformaciones del sistema reproductor de la mujer
- Hijo previo con malformaciones mayores

10. Reumatológico

- Lupus eritematoso sistémico compensado

11. Dermatológico

- Psoriasis

12. Oncológicos

- Antecedente de cáncer

Listado de patologías que recibirán atención de CRRP en hospital de tercer nivel y hospitales regionales con atención por especialista en ginecología y obstetricia

1. Cardiovascular

- Insuficiencia cardíaca congestiva New York III y IV
- Hipertensión pulmonar
- Síndrome de Eisenmenger
- Síndrome de Marfán
- Estenosis aórtica o disfunción ventricular severa
- Prótesis valvulares
- Cardiopatías congénitas cianóticas

2. Neurológico

- Hemorragia subaracnoidea aneurismática

3. Endocrinológico

- Diabetes mellitus con daño a órgano blanco

4. Nefrológico

- Insuficiencia renal crónica IV y V
- Pacientes que han recibido trasplante renal

5. Hematológicas

- Purpura trombocitopénica trombótica
- Purpura trombocitopenica idiopática
- Síndrome urémico hemolítico

6. Gastroenterológicos

- Cirrosis hepática clasificación Child C.

7. Reumatológico

- Lupus eritematoso sistémico descompensado

8. Oncológicos

- Antecedente de leucemia (control por 4 años después del evento)
- Cáncer actual

Hay patologías que no aparecen en este listado siendo necesario la evaluación individualizada y la severidad de los casos para enviar al nivel y especialidad correspondiente

Atención en el primer nivel de atención

En el primer nivel de atención toda usuaria debe ser identificada en dos momentos:

1. En la comunidad por el promotor/a o equipo de salud.

En general, una vez identificadas las MEF se debe pasar hoja de tamizaje de MEF (anexo 7), verificar el listado de patologías y de acuerdo a ese resultado se deriva o refiere para atención a donde corresponda, según la patología o condición de riesgo identificado, por el personal que corresponde.

Si no se identifica ningún factor de RRP, se debe indagar su deseo reproductivo; si desea embarazo se le referirá a consulta preconcepcional para su preparación adecuada para el futuro embarazo. Si la usuaria no desea embarazo en ese momento, se le brindará consejería en anticoncepción y en salud sexual y reproductiva.

2. Demanda espontánea o por cita al acudir al establecimiento del primer nivel de atención. se debe aplicar la hoja de tamizaje de MEF (anexo 7), verificar el listado de patologías y de acuerdo a ese resultado se le brinda atención de CRRP, se deriva o refiere para atención a donde corresponda, según la patología o condición de riesgo identificado, por el personal que corresponde.

Si no se identifica ningún factor de RRP, se debe indagar su deseo reproductivo; si desea embarazo se le inscribirá en consulta preconcepcional para su preparación adecuada para el futuro embarazo. Si la usuaria no desea embarazo en ese momento, se le brindará consejería en anticoncepción y en salud sexual y reproductiva (Flujograma en anexo 8).

En el listado de patologías que recibirán atención de CRRP, se especifica el/la profesional (médico/a general, médico/a de familia o especialista en ginecología y obstetricia) y el nivel de atención. Si la patología o condición está dentro de las que debe atender el médico especialista ginecólogo obstetra antes de ser referida, el personal de salud que brinda la primera atención, debe indagar si está utilizando un método de anticoncepción, de no ser así, se dará consejería para optar a un método, si es aceptado se inscribirá y se dará seguimiento en servicios de anticoncepción.

En caso de no aceptación de los métodos de anticoncepción, se debe de reforzar la consejería refiriendo a la paciente con psicología, además de referir al nivel que corresponda, con especialista según la enfermedad o condición de RRP.

El equipo multidisciplinario debe dar consejería y dejar constancia en el expediente clínico en ambos escenarios.

CRRP en el primer nivel de atención por ginecólogo obstetra

Las usuarias que ameriten ser atendidas en la CRRP, por médico especialista en ginecología y obstetricia, en el primer de atención, serán referidas al establecimiento más próximo.

Se debe realizar la inscripción en la CRRP; si la enfermedad o condición de base se encuentra compensada, se debe investigar si desea embarazo, si es así se realiza inscripción preconcepcional.

Si la usuaria está descompensada y desea embarazarse, se debe referir con el/la especialista que corresponda de acuerdo a la condición, se le dará consejería en anticoncepción y se le orientará sobre el método adecuado para ella, para que decida utilizarlo según *Lineamientos Técnicos de provisión de servicios de anticoncepción*, Si no acepta la anticoncepción reforzar la consejería refiriendo a la paciente con psicología.

CRRP en establecimientos hospitalarios

Si la usuaria no desea embarazo y se encuentra compensada, se le da consejería en anticoncepción, si acepta método se le brinda anticoncepción según *Lineamientos técnicos de provisión de servicios de anticoncepción*.

Si la usuaria está descompensada y no desea embarazarse, se debe referir para interconsulta con el especialista que corresponda, se le dará consejería en anticoncepción para que elija el método más adecuado para ella y se le dará el método elegido por la usuaria según *Lineamientos Técnicos de provisión de servicios de anticoncepción*.

Si la usuaria está descompensada y desea embarazarse, se debe referir para interconsulta con el especialista que corresponda, se le dará consejería en anticoncepción para que elija el método más adecuado para ella y según *Lineamientos Técnicos de provisión de servicios de anticoncepción*. Si no acepta la anticoncepción reforzar la consejería refiriendo a la paciente con psicología.

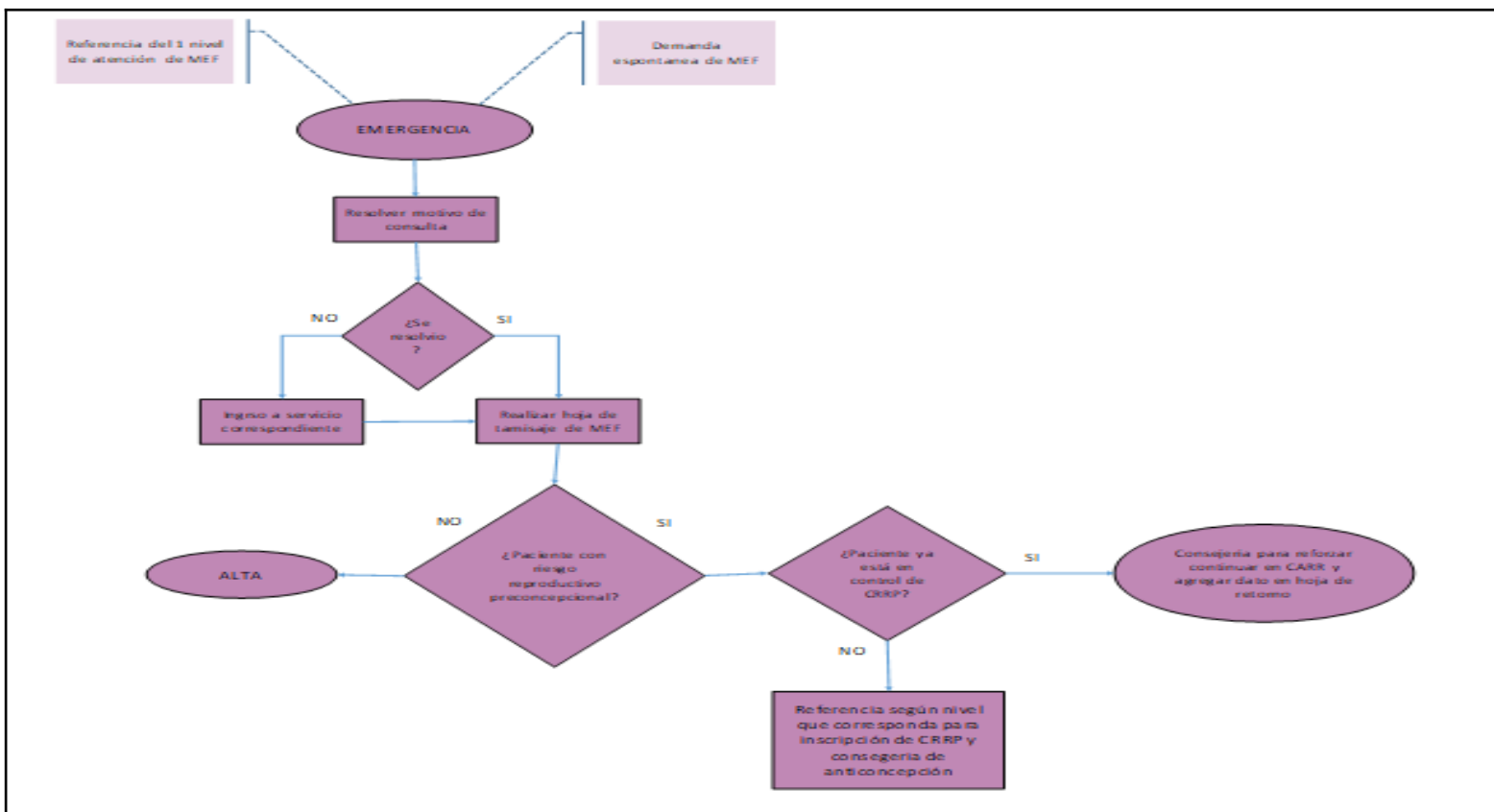
Si la enfermedad o condición de base se encuentra compensada, se debe indagar si desea embarazo, si es así se realiza inscripción preconcepcional.

CRRP de emergencia en establecimientos hospitalarios

La MEF puede llegar referida desde el primer nivel de atención o por demanda espontánea; en ambas situaciones debe resolverse el motivo de consulta de emergencia. Llenar la hoja de tamizaje de MEF (Anexo 7) por el personal médico que brinde la atención (medicina general, medicina interna, cirugía, ginecología y obstetricia, etc.), si esta no ha sido llenada en el primer nivel de atención.

Si se identifica una o más condiciones o patologías de RRP se verificará si la usuaria ya ha sido inscrita en la CRRP, si no lo estuviera debe referirse en ese momento al nivel que corresponda de acuerdo a su complejidad.

Flujograma de CRRP de emergencia en establecimientos hospitalarios

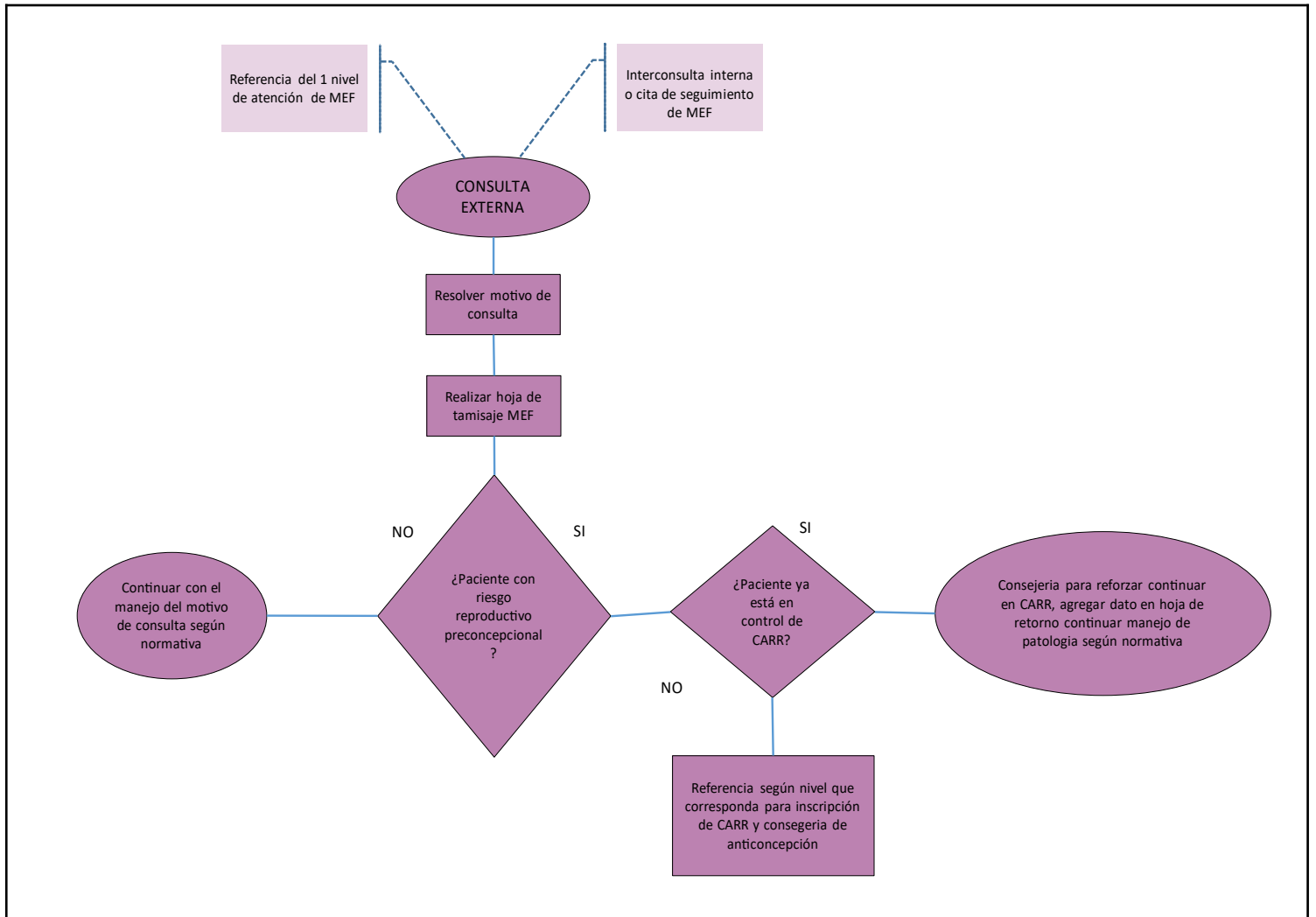


Fuente: Equipo técnico responsable de elaboración. Minsal 2020

CRRP de consulta externa en establecimientos hospitalarios

A la MEF que asiste al área de consulta externa, tanto para citas, como referidas del Primer Nivel de Atención, se les debe llenar la hoja de tamizaje de MEF (anexo 7), si no ha sido llenada en el primer nivel de atención. Si se identifica una o más condiciones o patologías de RRP, se verificará si la usuaria ya ha sido inscrita en la CRRP, de no ser así, debe referirse en ese momento al nivel que corresponda, conforme a su complejidad.

Flujograma de CRRP de consulta externa en establecimientos hospitalarios



Fuente: Equipo técnico responsable de elaboración. Minsal 2020

2. Atención prenatal

Es la atención integral, periódica y sistemática que se debe dar a la embarazada por integrantes del equipo de salud, con el fin de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto; será brindada por médico/a en servicio social, médico/a general, médico/a de familia, licenciada en salud materna infantil, licenciada/do en enfermería, enfermera/o, médico/a especialista en las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud donde se cuente con estos recursos.

Inscripción prenatal

Es la primera atención que se debe dar a la embarazada por el equipo de salud, idealmente debe realizarse antes de las doce semanas de gestación.

Actividades para el control prenatal

Es la serie de atenciones que se deben programar a la embarazada por el equipo de salud con el fin de identificar factores y condiciones de riesgo, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo; referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario; brindar educación y consejería de acuerdo a las necesidades de la mujer y lograr el parto en mejores condiciones de salud para la madre, y su recién nacido.

Clasificación del control prenatal

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

- Prenatal básico: para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico/a en servicio social, médico/a general, médico/a de familia, licenciado/a en salud materna infantil, licenciada/do en enfermería o enfermera/ro graduada.
- Prenatal especializado: para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por médico/a ginecólogo obstetra. En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente.

La clasificación del control prenatal básico y especializado es un proceso dinámico de acuerdo a la condición de la embarazada.

Debe llenarse la Hoja para clasificación de riesgo de atención prenatal (Anexo 9) a toda embarazada en su primera atención para definir si es elegible para control prenatal básico o especializado. La sección «Antecedentes obstétricos» debe ser completada con la información correspondiente por la enfermera o el recurso designado para tal fin, en cada institución, previo a la consulta de inscripción. Las secciones «Antecedentes médicos generales» y «Embarazo actual» de la Hoja para clasificación de riesgo de atención prenatal, serán llenadas durante la inscripción y en los controles subsecuentes por el recurso que brinda el control prenatal.

Si al llenar la *Hoja para clasificación de riesgo de atención prenatal* hay una respuesta afirmativa a uno o más criterios, se referirá al médico obstetra del establecimiento que .

Si la condición de referencia al especialista desaparece o se estabiliza, la usuaria puede ser retornada a control básico por medio de la «Hoja de referencia retorno e interconsulta», en la cual debe colocarse claramente el plan de seguimiento y las condiciones que dan

origen al retorno. En este caso, continuará con el control prenatal básico, brindando las intervenciones que corresponden a la semana de gestación en la que se encuentra.

Si la usuaria no es retornada a control prenatal básico, el establecimiento que generó la referencia, únicamente debe de dar seguimiento a las atenciones que no se registran en HCP, también proporcionará atención de morbilidades y emergencias.

Componentes del control prenatal

Dentro del control prenatal se abordan tres componentes:

- a) Educativo,
- b) Evaluación clínica
- c) Prevención y tratamiento.

a) Educativo

Tiene como propósito fomentar el autocuidado de la salud de la mujer, con participación de su pareja y familia, con enfoque de igualdad de género, derechos y determinación social. Se debe considerar para las intervenciones educativas, las situaciones identificadas en la *Hoja para clasificación de riesgo de atención prenatal*, la condición emocional y clínica de la mujer embarazada para brindar una atención integral de acuerdo a las semanas de gestación y a su caso particular.

Para el desarrollo de este componente, el personal debe apoyarse de material educativo y de las técnicas adecuadas considerando si la intervención es individual o grupal .

Las intervenciones educativas individuales y familiares deben contener los siguientes aspectos:

- ✓ Involucramiento y acompañamiento de la pareja, un familiar o quien ella desee al control prenatal, parto y puerperio.
- ✓ Asistir puntualmente a la cita para el control prenatal y la toma de exámenes de laboratorio (perfiles prenatales), llevar «Agenda prenatal» y cumplir indicaciones médicas.
- ✓ Reconocer posibles complicaciones del embarazo a través de signos y síntomas (según etapa del embarazo) y búsqueda inmediata de atención cuando se presenten.
- ✓ Higiene personal, bucal y salud mental.
- ✓ Recomendaciones de nutrición y alimentación adecuada durante el embarazo
- ✓ Reconocer importancia de la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses y prolongada hasta los 2 años de vida.
- ✓ Reconocer la importancia de la suplementación con hierro y ácido fólico.
- ✓ Reconocer o detectar situaciones de violencia
- ✓ No automedicarse, evitar el uso de sustancias psicoactivas y drogas.
- ✓ Evitar la exposición al humo del tabaco y leña.
- ✓ Asistir a inscripción y control puerperal.
- ✓ Conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos.
- ✓ Información sobre relaciones sexuales durante el embarazo y prácticas de sexo seguro.
- ✓ Preparación emocional y física de la embarazada para el parto, posparto y cuidados del recién nacido con participación de la pareja y la familia.
- ✓ Ejecución del plan de parto para asegurar la atención hospitalaria del mismo.
- ✓ Reconocimiento de los hogares de espera materna para las mujeres que por su condición de acceso geográfico o social lo ameriten.

- ✓ Reconocer importancia de la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses.
- ✓ Anticoncepción: importancia del espaciamiento intergenésico, métodos anticonceptivos, esterilización quirúrgica masculina o femenina, previo consentimiento informado.
- ✓ Aclarar dudas según necesidad de la usuaria, su pareja o su familia a través de consejería.
- ✓ Tener información sobre código único al nacimiento (CUN).
- ✓ Importancia de su incorporación a los círculos educativos para adolescentes embarazadas cuando aplique.

Intervenciones educativas a nivel comunitario:

Promover la participación comunitaria a través de la formación de grupos de apoyo o comités de salud, la participación de la mujer embarazada en clubes de madres o círculos educativos de adolescentes embarazadas en el establecimiento de salud, promoción de las pasantías hospitalarias anteparto.

La partera puede desarrollar funciones de promoción para la atención prenatal, parto y del recién nacido a nivel institucional. Los liderazgos comunitarios podrán realizar actividades de promoción previa capacitación por el personal de salud.

Las actividades educativas se deben desarrollar en los tres niveles de atención y serán responsabilidad del/a médico/a, licenciada/do en enfermería, enfermera/ro, auxiliar de enfermería, licenciada en atención materna infantil y promotor/a de salud. Para completar el abordaje integral de adolescentes embarazadas referirse a los *Lineamientos técnicos círculos educativos para adolescentes embarazadas*.

b) Evaluación clínica

Vigilar la condición de salud de la mujer embarazada y la evolución de la gestación, detectar factores de riesgo o complicaciones y referir oportunamente si se presentan. Debe priorizarse la atención de la mujer embarazada que presente signos y síntomas de alarma. Estas actividades serán realizadas por: médico (a), licenciada(o) en enfermería y enfermera(o), licenciado(a) en atención materno-infantil.

Las principales actividades en este componente son las siguientes:

1. Llenado y análisis riguroso de la *Hoja para clasificación de riesgo de atención prenatal* (Anexo 9) y de la *Historia clínica perinatal* (Anexo 10)
2. Examen físico completo, este incluye cavidad oral, mamas, colocación de espéculo vaginal, toma de citología cérvico vaginal (PAP) (si no está vigente).
3. Evaluación del estado nutricional a través del índice de masa corporal (IMC) y ganancia de peso durante la gestación
4. Identificar problemas de salud mental a través de la Escala de experiencia en el embarazo, escala PES por sus siglas en inglés (Pregnancy Experience Scale. Ver *Lineamientos técnicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el embarazo, parto y puerperio*
5. Toma de pruebas de laboratorio y gabinete.
6. Detección y diagnóstico de patología obstétrica y no obstétrica, interconsulta o referencia de embarazada con complicaciones o factores de riesgo.

c) Prevención y tratamiento

Este componente tiene como objetivo establecer medidas preventivas para evitar complicaciones en la embarazada y a su recién nacido. Estas intervenciones serán realizadas por el personal de salud de medicina y odontología, licenciado/da en enfermería, enfermera/do, licenciado en atención materno-infantil y nutricionista, de acuerdo a las asignaciones de cada uno.

Intervenciones a realizar:

1. Administración de micronutrientes.
2. Atención odontológica.
3. Atención nutricional.
4. Aplicación de vacuna antitetánica Td, Tdpa y influenza (anexo 11).
5. Detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual,
6. Detección y tratamiento de infecciones de vías urinarias y vaginosis.
7. Detección y referencia de embarazadas con VIH.
8. Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas no transmisibles concomitantes con el embarazo.
9. Detección y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
10. Atención de mujeres víctimas de violencia.
11. Prescripción de medicamentos de acuerdo a Listado Institucional de Medicamentos (LIME) observando el Formulario Terapéutico Nacional.

Duración de la consulta de control prenatal

La duración de la consulta de inscripción será de cuarenta y cinco minutos (45 minutos) y la consulta subsecuente de treinta minutos (30 minutos). La duración del control prenatal, puede variar según necesidades o complicaciones.

Requisitos del control prenatal

- a) Precoz: debe iniciarse lo más temprano posible, preferentemente antes de las doce semanas de gestación.
- b) Completo e integral: los contenidos deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de información, educación, comunicación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tomando en consideración los aspectos de determinación social de la salud.
- c) De amplia cobertura: que abarque al cien por ciento de las embarazadas.
- d) Con calidez: la atención debe brindarse tomando en consideración los aspectos socio-culturales y con un enfoque basado en derechos y atención humanizada.
- e) Periódico: a toda embarazada se le deberán completar como mínimo cinco atenciones prenatales (Una de inscripción y cuatro controles) que serán brindados de la siguiente forma:

Tabla 8. Atenciones prenatales y semanas de gestación

Atenciones prenatales	Semanas de gestación
Inscripción	Antes de las primeras doce semanas de gestación
Primer control	Entre las 16 y 18 semanas de gestación
Segundo control	Entre las 26 y 28 semanas de gestación
Tercer control	Entre las 32 y 34 semanas de gestación
Cuarto control	A las 38 semanas de gestación

Fuente: «Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo», OMS, 2016. Disponible en: [https://apps.who-int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf;jsessionid=28AA3007E13F944A7E192E6C90F37B1E?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf;jsessionid=28AA3007E13F944A7E192E6C90F37B1E?sequence=1)

Al cumplir 40 semanas de gestación, la usuaria debe ser referida a la unidad de emergencia del hospital que corresponda, en donde un especialista en ginecología y obstetricia evaluará la evacuación, según la condición materna y fetal, así como el puntaje de Bishop. En el caso del ISSS esta evaluación será a las 41 semanas de gestación.

Toda mujer con antecedente de cesárea anterior y con indicación nuevamente de parto abdominal, deberá referirse a las 35 semanas de gestación a la consulta externa del establecimiento que corresponda, para programar el procedimiento de forma electiva.

La posibilidad de que una embarazada con cesárea anterior opte a un parto vaginal, será evaluada en el hospital que se atenderá el parto. Toda mujer en quien se considere parto vaginal posterior a una cesárea, podrá optar si:

- Se descarta una condición obstétrica que lo contraindique.
- Tiene un periodo intergenésico mayor a 3 años.
- Acceso a reporte quirúrgico previo.
- Carece de antecedente de puerperio mórbido que contraindique el parto vaginal.
- El establecimiento cuenta con las condiciones necesarias para realizarla. El parto vaginal postcesárea, debe desarrollarse en un hospital en el cual se pueda monitorearse de manera estricta a la paciente durante el trabajo de parto, que cuente con equipo médico, infraestructura e insumos para dar respuestas a cualquier situación de emergencia que se presente.

Es responsabilidad del personal médico explicar y solicitar la firma en el *Formato único de consentimiento informado* a toda paciente previo al parto, se explicarán las posibles complicaciones médicas que puedan llevarla a una cesárea.

Actividades durante los controles prenatales

En cada control prenatal deben cumplirse las actividades que se registran en la historia clínica perinatal y agenda prenatal, que se detallan en la siguiente proceso:

a) Inscripción prenatal: Debe de realizarse idealmente antes de las 12 semanas de gestación

Acciones:

Realizar historia clínica completa: motivo de consulta, presente enfermedad, antecedentes familiares, antecedentes personales (médicos, quirúrgicos, obstétricos, etc.), examen físico completo, medición de peso, talla, IMC, examen de mamas, examen de tórax, examen de abdomen, altura uterina en embarazos mayores a 12 semanas, examen ginecológico que debe incluir colocación de espejito para evaluar cérvix y vagina, toma de citología (si no

esta vigente), tacto bimanual (embarazos de 12 semanas o menos), examen de miembros inferiores y superiores, diagnóstico y plan de manejo.

Además se debe de completar *Hoja para clasificación de riesgo de atención prenatal* (Ver anexo 9). Entrega de frasco para muestra de orina. Realización de pruebas rápidas: tira reactiva de glucosa capilar, tira rápida de orina.

Llenado adecuado de la historia clínica perinatal (HCP) (anexo 10) y agenda prenatal (anexo 23 y 24).

En la inscripción llene completa y correctamente las secciones de identificación, datos generales y antecedentes personales y familiares. Traslade esta información a la agenda prenatal. Llene los datos requeridos en la sección de gestación actual en todos los controles.

Llenado de Hoja para clasificación de riesgo de atención prenatal (Ver anexo 9)

En la inscripción y actualizarla en cada control prenatal.

- Determine si la gestante es elegible para control prenatal básico o especializado.
- Si define que la embarazada es elegible para control especializado y en su establecimiento no hay disponibilidad del ginecólogo, se debe llenar la hoja de referencia y retorno según los *Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta* y envíela para control especializado.

Toma y registro de talla:

- Medir en su primer control prenatal y corroborarlo a su ingreso para el parto.
- Si talla materna < 1.45 m, considerar riesgo de parto distócico.

Registro de peso:

- Registre su valor en la HCP y el Agenda prenatal.
- Registrar la ganancia de peso en las curvas relacionadas con la edad gestacional

Para la toma de medidas antropométricas es importante cumplir con la posición adecuada
Peso:

- Asegurase de que la báscula este calibrada
- Pesar a la embarazada con el mínimo de vestuario posible y sin zapatos
- Se debe verificar que la embarazada se encuentre en el centro de la plataforma sin apoyarse en ninguna parte

Talla:

- El tallímetro debe estar colocado sobre una superficie plana
- La embarazada debe colocarse sobre la plataforma sin zapatos
- Los pies deben estar planos sobre el tallímetro, talón con talón
- Las piernas estiradas y rodillas juntas pegadas a la pared del tallímetro
- Los brazos a los lados y las palmas de las manos hacia adentro hombros relajados y rectos
- La mirada en posición de Frankfort (90 grados)

Cálculo de IMC

Sirve para evaluar el estado nutricional durante el primer trimestre del embarazo. Se calcula así:

Embarazadas antes de 12 semanas de gestación:

- Las embarazadas adolescentes se evaluarán a través de la gráfica de niñez de 5 a 19 años de edad (Anexo 3)
- Las embarazadas de 20 a 49 años se evaluarán con IMC para población adulta de 20 a 59 años de edad

Embarazadas a partir de las 13 semanas de gestación:

En la evaluación nutricional se vigila el incremento de peso semanal específico, para lo cual se utilizará la tabla de peso para la talla según edad gestacional, donde se indica el peso correspondiente semanal con el objetivo de identificar los valores de peso insuficientes (abajo del percentil 10) y excesivos (arriba del percentil 90) para el manejo médico-nutricional adecuado.

Análisis del IMC en adolescentes:

Cuadro 3. Interpretación de resultado del diagnóstico nutricional por IMC para mujeres 10 a 19 años

Clasificación del estado nutricional según IMC de 5 a 19 años		
	Adolescentes	
O	Obesidad	Arriba de +2 DE
SP	Sobrepeso	Arriba de +1 hasta +2 DE
N	Normal	Entre +1 y -2 DE
D	Delgadez	Entre -2 y -3 DE
DS	Delgadez severa	Abajo de -3 DE

Fuente: equipo técnico 2020

Análisis de IMC en pacientes de 20 a 49 años

Se clasifica de la siguiente manera:

Peso bajo: Si valor es menor de 18.5.

Peso normal: 18.5 – 24.99.

Sobrepeso: Si el valor es de 25 a 29.9.

Obesidad: Si el valor es de 30 o más.

Obesidad mórbida: Si el valor es de 40 o más

En los casos de bajo peso y obesidad, se debe referir la paciente al nutricionista.

El personal salud debe registrar el IMC en la HCP y agenda prenatal.

En los casos en que se desconozca el peso preconcepcional o en el primer trimestre del embarazo, se debe utilizar la tabla de peso para la talla, según la edad gestacional (CLAP/OPS)

(tabla 9)

Para cada edad gestacional y altura materna se indican los pesos correspondientes a los percentiles 90 y 10. Las gestantes con valores de peso inferiores al percentil 10, indica peso insuficiente. Los casos que sobrepasan el percentil 90 constituyen pesos excesivos.

Por ejemplo una embarazada que mide 159 cm de altura y en la semana 20 de edad gestacional pesa 58 kg, está dentro de los valores normales de peso para esa edad gestacional y talla, ya que el valor esta incluido entre los 54.4 (P10) y 66.6 (P90).

Tabla 9. Peso para la talla en centímetros según la edad gestacional.

Semana	Percentil	140	143	146	149	152	155	158	161	164	167
		142	145	148	151	154	157	160	163	166	169
13	10	38.6	40.0	41.3	42.8	42.8	42.2	45.6	47.2	49.0	52.2
	90	51.3	53.1	54.9	57.0	58.8	60.7	62.7	65.1	67.2	69.4
14	10	39.5	40.9	42.3	43.8	45.2	46.7	48.3	50.1	51.8	53.4
	90	52.7	54.5	56.4	58.5	60.3	62.3	64.4	66.8	69.0	71.2
15	10	40.4	41.8	43.3	44.9	46.3	47.8	49.4	51.3	53.0	54.6
	90	53.1	55.0	56.9	59.0	60.8	62.8	64.9	67.4	69.6	71.8
16	10	41.3	42.8	44.2	45.9	47.3	48.9	50.5	52.4	54.1	55.9
	90	53.6	55.5	57.3	59.5	61.4	63.4	65.5	68.0	70.2	72.5
17	10	42.4	43.7	45.2	46.9	48.4	49.9	51.6	53.6	55.3	57.1
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
18	10	42.7	44.2	45.7	47.4	48.9	50.5	52.2	54.1	55.9	57.7
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
19	10	43.6	45.1	46.1	48.4	49.9	51.6	53.3	55.3	57.1	58.9
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.6	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
20	10	44.5	46.1	47.6	49.4	51.0	52.6	54.4	56.4	58.3	60.2
	90	51.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
21	10	45.4	47.0	48.6	50.4	52.0	53.7	55.5	57.6	59.5	61.4
	90	54.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
22	10	45.9	47.5	49.1	50.9	52.5	54.2	56.1	58.2	60.1	62.0
	90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
23	10	46.3	47.9	49.6	51.4	53.0	54.8	56.6	58.8	60.7	62.6
	90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
24	10	46.8	43.4	50.1	51.9	53.6	55.3	57.2	59.3	61.3	63.2
	90	55.4	57.3	59.3	61.5	63.4	65.5	67.7	70.3	72.6	74.9
25	10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	90	55.8	57.8	59.8	62.0	64.0	66.1	68.5	70.8	73.2	75.5
26	10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
27	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
28	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
29	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8

30	10 90	48.1 57.2	49.8 59.2	51.5 61.2	53.4 63.5	55.1 65.5	56.9 67.7	58.8 69.9	61.6 72.6	63.1 75.0	65.1 77.4
31	10 90	48.1 57.2	49.8 59.2	51.5 61.2	53.4 63.5	55.1 65.5	56.9 67.7	58.8 69.9	61.1 72.6	63.1 75.0	65.1 77.4
32	10 90	48.6 57.2	50.3 59.2	52.0 61.2	53.9 63.5	55.6 65.5	57.5 67.7	59.4 69.9	61.6 72.6	63.7 75.0	65.7 77.4
33	10 90	48.6 57.2	50.3 59.2	52.0 61.2	53.9 63.5	55.6 65.5	57.5 67.7	59.4 69.9	61.6 72.6	63.7 75.0	65.7 77.4
34	10 90	48.6 59.9	50.3 59.7	52.0 61.7	53.9 64.0	55.6 66.0	57.5 68.2	59.4 70.5	61.6 73.2	63.7 75.6	65.7 78.0
35	10 90	49.0 58.1	50.8 60.2	52.5 62.2	54.4 64.5	56.2 66.6	58.0 68.7	59.9 71.0	62.2 73.7	64.3 76.2	66.3 78.6
36	10 90	49.0 58.1	50.8 60.2	52.5 62.2	54.4 64.5	56.2 66.6	58.0 68.7	59.9 71.0	62.2 73.7	64.3 76.2	66.3 78.6
37	10 90	49.0 58.6	50.8 60.6	52.5 62.7	54.4 65.0	56.2 67.1	58.0 69.3	59.9 71.6	62.2 74.3	64.3 76.8	66.3 79.2
38	10 90	49.0 59.0	50.8 61.1	52.5 63.2	54.4 65.5	56.2 67.6	58.0 69.8	59.9 72.1	62.2 74.9	64.3 77.3	67.1 80.7
39	10 90	49.0 59.5	50.8 61.6	52.5 63.7	54.4 66.0	56.2 68.1	58.0 70.3	59.9 72.7	62.2 75.5	64.3 77.9	67.1 81.4

Fuente: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, CLAP-OPS/OMS

Si es una adolescente la que consulta en su primer trimestre de embarazo utilizará la tabla de IMC para adolescentes para clasificar su estado nutricional (anexo 3).

Respecto al IMC se debe considerar lo siguiente:

Tabla 10. Clasificación de la OMS del estado nutricional según el índice masa corporal

Clasificación	Valores principales de IMC
Bajo peso	<18.5
Severa	<16.0
Moderada	16.0.- 16.9
Aceptable	17.0 – 18.9
Normal	18.5 – 24.9
Sobrepeso	>25.0
Preobeso	25.0 – 29.9
Obeso	>30.0
Obeso tipo I	30.0 – 34.9
Obeso tipo II	35.0 – 39.9
Obeso tipo III	≥40.0

Fuente: Clasificación IMC, OMS 2018

Además se debe considerar la ganancia de peso en el embarazo recomendada según IMC pregestacional; cuando el peso pregravídico es conocido, se utilizará para calcular el índice de masa corporal (IMC). Si éste no se conoce, el peso de la primera consulta (cuando ocurre durante el primer trimestre) se asumirá como tal, y se utilizará para calcular el IMC.

Este índice permite estimar los rangos de aumento de peso adecuados durante el embarazo, se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 11. Rango de peso adecuado durante el embarazo

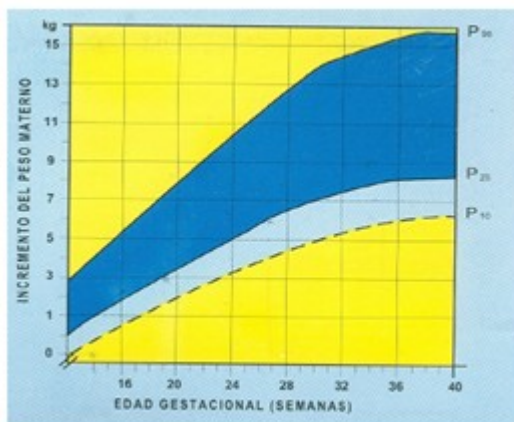
Categoría de peso	IMC (Kg / m²)	Aumento total del peso en Kg
Bajo peso	12.0 -18.4	12.5 – 18.0
Peso normal	18.5 – 24.9	11.5 – 16.0
Sobrepeso	25.0 – 29.9	7.0 -11.5
Obesidad	30.0 o más	6.0

Fuente: tabla adaptada de Human Energy Requirements, FAO/OMS/NU, 2004

Evaluación de incremento de peso materno

Se evaluará a partir de las 13 semanas de gestación y se punteará en la siguiente gráfica:

Incremento de peso materno según edad gestacional



Fuente: Clasificación IMC, OMS 2018

En esta gráfica se presentan los valores del percentil diez (P10), el percentil veinticinco (P25) y noventa (90) del peso materno, todos los datos que se encuentren entre los percentiles P90 y P25 serán normales, los que se encuentren por debajo del P25 y arriba del P90, serán considerados de riesgo por incremento de peso inadecuado para la edad gestacional.

Determinación de la presión arterial (PA)

La presión arterial de la paciente (PA) debe ser determinada en las siguientes condiciones:

- Reposo mínimo de 10 minutos luego de su llegada
- Posición sentada con la parte superior del brazo al nivel del corazón siempre y cuando sea posible

- El tamaño apropiado del brazalete (un brazalete demasiado pequeño sobre estima la PA, si el brazalete es demasiado grande subestima la PA. La longitud ideal de la banda debe ser de 1,5 veces la circunferencia del brazo.
- El brazalete de presión arterial nunca debe colocarse encima de la ropa.
- El quinto sonido de Korotkoff (desaparición del pulso), se debe utilizar para definir la diástole.
- Si la presión arterial es consistentemente mayor en un brazo, el brazo con los valores más altos, se debe utilizar para todas las mediciones de la PA.

Cálculo estimado de la edad gestacional

Este término parecería significar la edad real del feto desde la concepción hasta el momento presente, en realidad, se emplea como sinónimo de edad menstrual la cual se refiere al período de tiempo calculado desde el primer día del último período menstrual normal hasta el momento en que se está evaluando la gestación.

Los ciclos menstruales regulares son aquellos iguales o mayores a 21 días e igual o menor a 35 días. En las pacientes con estos ciclos, la edad gestacional es igual a amenorrea (edad menstrual), la cual se se calcula contando desde el primer día de la FUR, hasta el día de la consulta, luego la cantidad de días calculada se divide entre 7 para obtener las semanas de amenorrea.

La fecha probable de parto se calcula utilizando la regla de Naegele.

Regla de Naegele:

Al primer día de la FUR se le suman 7 días y al resultado de la suma se le restan 3 meses a los meses. Ejemplo:

FUR: 12/05/20
día mes año
+ 7
19/05-
<u> 3</u>
=19/02/21

Cuando la FUR es desconocida o la mujer tiene ciclos menstruales irregulares

Indicar ultrasonografía para biometría (idealmente se debe realizar entre las semanas 12 y 13.)

Vacunación anti influenza estacional.

- Cumplir a partir de las 12 semanas de embarazo.
- Dosis: 0.5 cc IM dosis única en deltoides del brazo.

Evaluación bucodental

- Enfaticé la importancia de la higiene bucal.
- Identifique patologías buco dentales, al inscribirla, independiente de la edad gestacional y haga registro en la HCP (historia clínica perinatal) y agenda prenatal.
- Refiera para profilaxis dental o tratamiento de patologías bucodentales.
- En los controles subsecuentes,verifique la asistencia a evaluación odontológica y que

está cumpliendo con las citas odontológicas para el seguimiento al plan de tratamiento.

Salud bucal

La enfermedad periodontal es una patología infecciosa que afecta a los tejidos que soportan a los dientes. Existen dos tipos: gingivitis y periodontitis.

En el embarazo, la presencia de enfermedad periodontal, puede atribuirse a diferentes factores: estrés, consumo de alcohol y tabaco, diabetes mellitus, medicamentos como antihipertensivos, mal posición dentaria, obturaciones en mal estado, deficiente higiene bucal lo que permite el acúmulo de bacterias y restos alimenticios, que al no retirarse todos los días con el cepillo y el hilo dental, se convierten en una sustancia dura y porosa llamada cálculo dental (sarro), o también dilatación de los capilares gingivales por el aumento en los niveles de progesterona.

Si se presentan durante el embarazo, podría ser un factor de riesgo para presentar un parto prematuro y recién nacido con bajo peso al nacer.

Orientar al consumo de frutas y verduras, evitando el consumo de alimentos con alto contenido de azúcar y carbohidratos, ya que favorecen la formación de caries dental, además del cepillado dental diario.

Concientizar a la embarazada sobre la importancia de la salud bucal y el cumplimiento de las citas odontológicas, ya que diferentes estudios señalan a la enfermedad periodontal como un factor que puede estar asociado a la preeclampsia. Uno de los mecanismos fisiopatológicos propuestos es la colonización de la placenta por bacterias orales transportadas por vía hematógena causando alteraciones en el desarrollo normal placentario y generando aterosclerosis. Otro mecanismo es cambios inmunológicos sistemáticos ocasionados por la enfermedad dental que llevan a complicaciones durante el embarazo.

La progesterona produce una dilatación de los capilares gingivales que es la causa de la habitual clínica de la gingivitis del embarazo responsable del exudado gingival y la permeabilidad vascular. Los factores que favorecen la evolución de gingivitis son:

- Embarazo
- Bacterias con mayor capacidad patogénica
- Factores genéticos
- Estrés.
- Consumo de alcohol
- Sobre peso.
- Tabaco
- Enfermedades sistémicas (diabetes)
- Medicamentos que producen sobre crecimiento gingival.
- Malos hábitos de higiene bucal.
- Piezas dentarias mal posicionadas.
- Empastes mal ajustados.

Examen de mamas

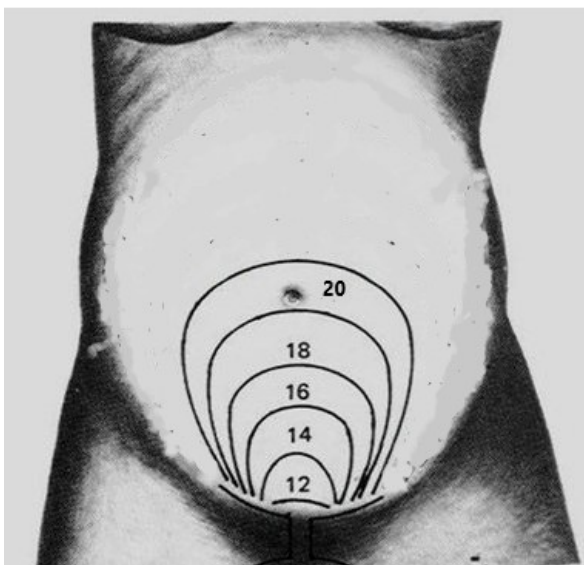
- Realice examen clínico de mamas.
- Indique cuidado de mamas.
- Promueva la lactancia materna.

Medición de altura uterina

Antes de las 12 semanas: El útero aún se encuentra dentro de la pelvis, por lo que el examen abdominal en este periodo es similar al de una mujer no embarazada. Evaluar el tamaño uterino antes de las 12 semanas mediante tacto bimanual.

De las 12 a las 20 semanas usar regla de los cuartos de Bartolomeo:

- A las 12 semanas, el útero llega a la sínfisis del pubis.
- Al ombligo llega a las 20 semanas.
- Entre el ombligo y el pubis habrá 16 semanas.
- Dos traveses de dedos por arriba del pubis equivale a las 14 semanas



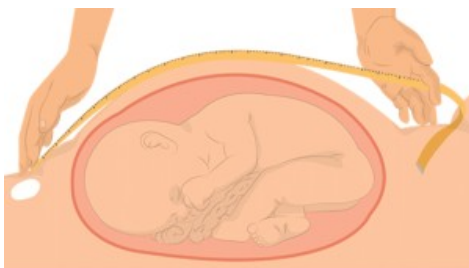
Fuente: Jorge A. Carvajal Cabrera Manual Obstetricia y Ginecología. Octava Edición 2017

De 21 semanas en adelante:

Mida con cinta métrica a partir de la semana 21, desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta la parte más alta del fondo uterino.

Correlacione medida con edad gestacional.

La altura del útero en centímetros entre la 21 a la 32 semanas es prácticamente igual a la edad gestacional en semanas.

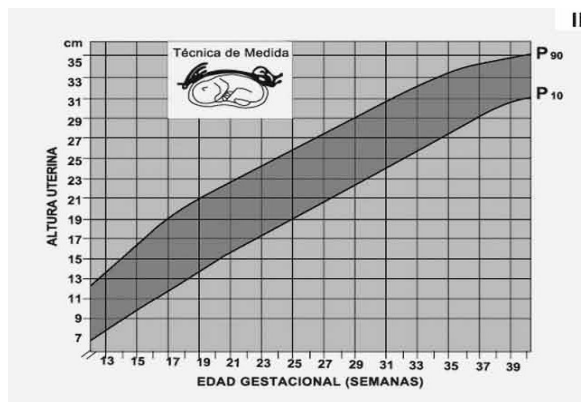


fuentes: Jorge A. Carvajal Cabrera Manual Obstetricia y Ginecología. Octava Edición 2017

Registre datos en curvas de incremento de altura uterina según edad gestacional.

- Si el valor es menor a lo esperado para edad gestacional, descarte error de amenorrea, desnutrición, oligohidramnios RCIU, muerte fetal, situación transversa.

- Si el valor es mayor a lo esperado para edad gestacional, investigue error de amenorrea, embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal.



Fuente: Jorge A. Carvajal Cabrera Manual Obstetricia y Ginecología. Octava Edición 2017

Nota: las curvas de ganancia de peso respecto a edad gestacional y las de altura uterina con edad gestacional se deben de anexar al expediente según (anexo 12)

Toma de PAP

Realice toma de PAP, si no está vigente (menor o igual a 2 años), o si el PAP previo no ha sido reportado, (los resultados verbales no son valederos, debe haber constancia en el expediente o reporte en manos de la paciente que se pueda constatar). Idealmente debe realizarlo en la inscripción, sino ha sido posible se debe continuar ofreciendo y puede realizarlo en el momento que la paciente lo acepte.

Si la paciente no acepta toma de PAP, sugerir que lo realice la persona de su preferencia. Pasar a consejería con enfermería o educador en salud.

Si a pesar de todas las medidas la paciente no acepta, se debe dejar constancia en el expediente el motivo del rechazo, con una nota firmada por la paciente. Si la paciente no puede firmar colocar la huella de su pulgar de cualquier mano.

Si se reporta:

- ✓ Insatisfactorio para evaluación por calidad de la muestra debe repetir PAP inmediatamente.
- ✓ Si se reporta LEI-BG o LEI-AG, refiera a evaluación colposcópica (*Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cervicouterino y de mama*).

Si en el establecimiento está disponible la prueba del VPH, puede tomarse, si la mujer tiene 30 años o más.

El personal de salud debe dar seguimiento a todas las embarazadas con sospecha de lesiones pre-cancerosas o cáncer cervicouterino.

Inspección cervical y vaginal

Debe realizarse en cada control prenatal, para identificar infecciones vaginales por hongos, bacterias parásitos (ver anexo 13 para manejo) e ITS (gonorrea, clamidia, sífilis, verrugas, herpes, entre otras)

Recordar a la usuaria que en el manejo de infecciones vaginales, las cremas y geles se colocan en la noche antes de dormir y debe miccionar antes de colocársela.

- Durante el tratamiento no debe tener relaciones sexuales

· Asistir a control y octavo día de iniciado el tratamiento con médico en la UCSF

Si la vaginosis persiste, interconsulte al especialista en ginecología del primer nivel de la red después del tratamiento adecuado.

También se debe inspeccionar el cérvix y la vagina en las atenciones subsecuentes si la embarazada acusa sangrado leve, leucorrea, o dolores lumbo-pélvicos, considere placenta previa.

Prescripción de micronutrientes

Acido fólico (tableta de 5 mg) una tableta vía oral cada día, durante todo el embarazo. En pacientes con antecedentes de embarazos con defectos de tubo neural prescribir 4 tabletas al día durante los primeros 3 meses de embarazo.

Sulfato ferroso (300 mg) una tableta al día desde la semana 16, hasta finalizar el embarazo y el puerperio. Si la paciente presenta anemia indicar tratamiento con hierro al momento que se detecte.

Calcio (600 mg) 2 tabletas vía oral cada día para pacientes con factores de riesgo para preeclampsia de de la semana 16 hasta finalizar el embarazo y el puerperio (*Lineamientos técnicos Código Naranja*).

Exámenes de laboratorio y gabinete durante el control prenatal:

A toda embarazada durante la inscripción, independientemente de la edad gestacional, se le indicarán los siguientes exámenes (se debe garantizar que el laboratorio clínico de la UCSF deje la cita para la toma de exámenes) y deberá citarse una semana después de la inscripción, para reporte y análisis de estos en consulta de seguimiento. Si la paciente acude a la cita sin el resultado de exámenes, se citará nuevamente en una semana

Hematócrito y hemoglobina

Permite diagnosticar anemia (Hb<11 g/dl). Según el grupo de trabajo latinoamericano sobre anemia de la Organización Mundial de la Salud, se clasifica así:

- **Anemia leve** Hemoglobina (Hb) (Hb 10.1 – 10.9 g/dl)
- **Anemia moderada** (Hb 7.1-10 g/dl).
- **Anemia severa** (Hb ≤ 7 g/dl)

Dar tratamiento con hierro por vía oral, a toda embarazada con diagnóstico de anemia (Hb<11 g/dL) en cualquier momento del embarazo, para corrección de los índices hematimétricos

Asesorar a las embarazadas sobre la forma de tomar suplementos de hierro por vía oral correctamente (con estómago vacío, una hora antes de las comidas, con una fuente de vitamina C), tal como jugo de naranja para maximizar la absorción. Otros medicamentos como los antiácidos, no deben tomarse a la misma hora.

Si una mujer es diagnosticada con anemia manejar con 120 mg de hierro elemental (2 tabletas de sulfato ferroso) y 400 µg de ácido fólico (una tableta), hasta que la concentración de Hb vuelva a la normalidad. Solicitar un nuevo hemograma completo y frotis de sangre periférica, tres semanas posterior al inicio del tratamiento.

Si la anemia persiste o hay alteraciones en el frotis, se debe interconsultar al hospital de segundo nivel para afinar el diagnóstico y tratamiento.

Una paciente no debe estar anémica a las 37 semanas, ya que el riesgo de muerte materna es alto, si presenta hemorragia.

Cuando la concentración de hemoglobina se encuentre en rango normal, la suplementación debe continuarse durante tres meses y hasta por lo menos seis semanas después del parto para reponer las reservas de hierro.

Tipeo-Rh

- Mujer Rh (-) Du (+) considérela Rh (+)
- Mujer Rh (-) Du (-) considérela Rh (-) e indique Coombs indirecto para determinar sensibilización Rh.

Después del nacimiento:

Administrar 300 µg de inmunoglobulina anti-D en las primeras 72 horas. del puerperio a mujeres RhD negativo no sensibilizadas y cuyo recién nacido es RhD positivo con prueba de Coombs negativa (también en casos en los cuales no sea posible determinar el RhD o exista duda del resultado).

En pacientes RhD negativo no sensibilizadas que presentan:

- Amenaza de aborto o un aborto
- Mola.
- Embarazo ectópico.
- Procedimientos invasivos como amniocentesis.

Administrar 300 µg de inmunoglobulina anti-D dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el evento. La administración inmunoglobulina anti-D, no está indicada en mujeres con grupo sanguíneo Rh negativo y después del nacimiento cuando:

- El Factor RhD del recién nacido es negativo.
- El factor RhD del recién nacido es positivo con prueba directa de antiglobulina humana positiva (Coombs directo).

Tira rápida para orina y examen general de orina para detección de infección de vías urinarias.

Realizar análisis con tira rápida de orina e indicar examen general de orina (EGO)

La bacteriuria asintomática no tratada es un factor de riesgo de pielonefritis, urosepsis, muerte materna, bajo peso al nacer, parto prematuro, muerte perinatal.

Factores de riesgo para desarrollar una infección urinaria en la gestación:

1. Bacteriuria asintomática
2. Historia de infección urinaria a repetición
3. Litiasis renal
4. Malformaciones uroginecológicas
5. Reflujo vésico-ureteral

6. Enfermedad renal crónica.
7. Diabetes mellitus
8. Enfermedades neurológicas (vaciado incompleto, vejiga neurógena)
9. Anemia de células falciformes
10. Infección por *Chlamydia trachomatis*
11. Multiparidad
12. Nivel socioeconómico bajo.

Microbiología:

1. Bacilos Gram negativos: *Escherichia coli*, procedente de la flora enterobacteriana es el microorganismo más habitual y causante de la mayor parte de estas infecciones (80-90% casos). Le siguen por orden de importancia: *Proteus mirabilis*, *Kelbsiella pneumoniae*.

2. Cocos Gram positivos: *Enterococcus spp*, *Staphylococcus saprophyticus* o *Streptococo agalactiae* (SGB). A mayor edad gestacional, mayor probabilidad de Gram positivos principalmente SGB.

Tipos de infecciones vías urinarias

Bacteriuria asintomática

Es la presencia de bacterias en orina cultivada (más de 100,000 unidades formadoras de colonias (UFC por ml), sin que existan síntomas clínicos de infección del tracto urinario. La mayoría de bacteriurias asintomáticas se dan en el primer trimestre de la gestación.

El diagnóstico es microbiológico se establece mediante el urocultivo cuantitativo (100,000 UFC). La muestra de orina debe ser obtenida bajo determinadas condiciones de asepsia, sin necesidad de sondaje vesical, con limpieza previa de genitales externos, separación de labios vulvares y recogida del chorro medio de la micción. Se considera contaminación del urocultivo la presencia de entre 10,000 y 100,000 UFC o la presencia de más de un germen. En caso de urocultivo contaminado este debe repetirse, haciendo hincapié en las medidas de asepsia para una correcta toma de la muestra.

Tratamiento: manejo según antibiograma. Si el urocultivo es positivo y cuenta en su establecimiento con un antibiótico al cual es sensible la bacteria debe prescribirse, si no es así refiera a la gestante al segundo nivel de atención, con el resultado del urocultivo para la administración de antibióticos.

De no contar con antibiograma, pero si dispone de un diagnóstico sugestivo a través de examen general de orina (EGO) o tira reactiva de orina tome en cuenta los siguientes parámetros:

- Esterasa leucocitaria (+): mayor a 10 o más:
 - Nitritos positivos (sensibilidad 93%, especificidad 72%)
 - o leucocitos mayor a 12 x campo (sensibilidad 70%, especificidad 80%)

Desde la recolección de orina con buenas medidas de asepsia hasta el proceso de análisis de la muestra, no deben pasar más de 4 horas, debido al aumento de los falsos negativos. Por ello se recomienda rotular en el frasco la hora de recolección de la orina, para tomar en cuenta el tiempo transcurrido hasta su procesamiento por el laboratorio clínico.

La muestra de orina debe ser obtenida bajo condiciones de asepsia, (no es necesario el sondaje vesical): limpieza previa de genitales externos, separación de labios vulvares y recogida del chorro medio de la micción.

Las tiras para realizar el examen no deben ser alteradas de su forma de fabricación como cortándolas o doblándolas, ya que alteran los resultados.

Utilizar el antibiótico de espectro más reducido:

1. El primer escoge es nitrofurantoina en embarazo de 35 semanas y 6/7 o menos, por el riesgo de causar hemólisis fetal en embarazo de 36 semanas en adelante. Tomar en cuenta para indicar esquemas completos de tratamiento.
2. El segundo escoge es amoxicilina en embarazos menores a 35 semanas y 6/7 y es el primer escoge en embarazos de 36 semanas a más.
3. El tercer escoge es amoxicilina más ácido clavulánico en embarazos menores a 35 semanas y 6/7 y es el segundo escoge en embarazos de 36 semanas a más.
4. En pacientes alérgicas a betalactámicos y con embarazos mayores a 36 semanas, el primer escoge será gentamicina.

Para el tratamiento inicial, siempre se debe utilizar el antibiótico de primer escoge, si después de completar el tratamiento, la infección persiste y no se cuenta con urocultivo, indicar manejo con antibiótico de segundo o tercer escoge según corresponda.

Las dosis de los antibióticos son:

- Nitrofurantoína 100 mg VO cada 12 horas (retard) o cada 8 horas (de acción corta) por 7 días. (no utilizar en embarazos de 36 o más semanas de gestación, ya que causa hemólisis fetal)

O

- Amoxicilina (500 mg) 1 gramo VO cada 8 horas por 7 días

O

- Amoxicilina-clavulánico (500/125mg) una tableta VO cada 8 horas por 7 días

O

Gentamicina 160 mg IM cada día por 5 días

Indicar urocultivo, el cual debe de realizarse al octavo (8°) día de iniciado el tratamiento o 5° si es con gentamicina (un día después de haber finalizado), este se realizará en las UCSF que cuenten con laboratorio de bacteriología, si no se cuenta en el primer nivel, enviar al paciente o la muestra de orina al hospital más cercano, para el procesamiento de la muestra.

Seguimiento:

- Citar a la paciente al día 12, después de inicio de tratamiento.
- Revisar el informe de urocultivo y dejar constancia en el expediente.
- Comprobar curación de la IVU con urocultivo
- En caso de recidiva, actuar según antibiograma
- Si el urocultivo es positivo y cuenta en el establecimiento con un antibiótico, al cual es sensible la bacteria debe prescribirse, si no es así refiera a la gestante al II nivel de atención para la administración de antibióticos.
- Si por alguna causa la paciente no cuenta con reporte de urocultivo, realice una prueba con tira reactiva de orina, si es sugestiva a Infección de vías urinarias (IVU), indicar tratamiento con antibiótico de segundo escoge y solicitar respuesta de cultivo o indicar uno nuevo el cual debe ser reportado a más tardar al cuarto día del segundo ciclo de tratamiento.

Se debe tener presente que una de las causas de exámenes generales de orina contaminados o que únicamente presentan leucocitos en rangos menores (de 12 a 20 por campo), sin acompañarse de estearasa leucocitaria, son infecciones vaginales, por lo que a toda paciente con sospecha de IVU, se le debe de inspeccionar vagina con colocación de espéculo y dejar constancia en el expediente.

Cistitis aguda

Es un síndrome caracterizado por una clínica de urgencia miccional, polaquiuria, disuria y dolor suprapúbico, en ausencia de síntomas de afectación sistémica (fiebre) y dolor lumbar.

Diagnóstico: clínica sugestiva con o sin cultivo de orina positivo (≥ 100.000 UFC). Puede aparecer hematuria macro/microscópica. Se deben cumplir las disposiciones para la recolección de muestra de orina para urocultivo: no requiere de sondaje vesical, debe recolectarse en condiciones de asepsia: limpieza previa de genitales externos, separación de labios vulvares y recolección del chorro medio de la micción.

La sospecha diagnóstica se obtiene con la realización de tira rápida de orina. La presencia de leucocitos(+), nitritos(+), proteínas $>1(+)$ o hematíes $>1(+)$ en una gestante con clínica sugiere infección. El cultivo debe realizarse para confirmar el diagnóstico y detectar resistencias en el antibiograma.

Utilizar el antibiótico de espectro más reducido:

1. El primer escoge es nitrofurantoína en embarazo de 35 semanas y 6/7 o menos, por el riesgo de causar hemólisis fetal en embarazo de 36 semanas en adelante. Tomar en cuenta para indicar esquemas completos de tratamiento
2. El segundo escoge es amoxicilina en embarazos menores a 35 semanas y 6/7 y es el primer escoge en embarazos de 36 semanas a más.
3. El tercer escoge es amoxicilina más ácido clavulánico en embarazos menores a 35 semanas y 6/7 y es el segundo escoge en embarazos de 36 semanas a más.
4. En pacientes alérgicas a los betalactámicos y con embarazos mayores a 36 semanas el primer escoge será la gentamicina.

Tratamiento:

- Nitrofurantoína 100 mg VO cada 12 horas (retard) o cada 8 horas de acción corta por 7 días.
(no utilizar en embarazos de 36 o más semanas de gestación ya que causa hemólisis fetal)

O

- Amoxicilina (500 mg) 1 gramo VO cada 8 horas por 7 días

O

- Amoxicilina-clavulánico (500/125mg) una tableta VO cada 8 horas por 7 días

O

Gentamicina 160 mg IM cada día por 5 días

Indicar urocultivo el cual debe de realizarse al octavo (8°) día de iniciado el tratamiento (un día después de haber finalizado), este se realizará en las UCSF que cuentan con laboratorio de bacteriología, si no se cuenta en el primer nivel, enviar a la paciente o la muestra orina al hospital más cercano para el proceso de la muestra.

Seguimiento:

- Citar a la paciente al día 12 después de inicio de tratamiento.
- Revisar el informe de urocultivo y dejar constancia en el expediente.
- Comprobar curación de la IVU con urocultivo.
- En caso de recidiva, actuar según antibiograma.
- Si el urocultivo es positivo y cuenta en su establecimiento con un antibiótico al cual es sensible la bacteria debe prescribirse, si no es así refiera a la gestante al segundo nivel de atención para la administración de antibióticos.
- Si por alguna causa la paciente no cuenta con reporte de urocultivo, realizar una prueba con tira reactiva de orina, si es sugestiva a IVU, indicar tratamiento con antibiótico de segundo escoge y solicitar respuesta de cultivo o indicar uno nuevo, el cual debe ser reportado a más tardar al cuarto día del segundo ciclo de tratamiento.

Pielonefritis aguda

Se trata de una infección aguda parenquimatosa del riñón, casi siempre de origen ascendente, que con frecuencia también abarca la pelvis renal. La diseminación hematológica de *Staphylococcus aureus* también puede dar lugar a una pielonefritis aguda con abscesos corticales.

Clínica:

- ✓ Dolor costovertebral con puño percusión lumbar positiva.
- ✓ Fiebre. (igual o mayor a 38 °C).
- ✓ Náuseas y vómitos.
- ✓ En general, no cursa con clínica de cistitis aguda.
- ✓ Sepsis.
- ✓ Deshidratación.
- ✓ Cuadro clínico de amenaza de parto prematuro.

El manejo es hospitalario por lo que al hacerse diagnóstico en primer nivel debe ser referida al hospital de la red mas cercana con:

- Líquidos intravenosos (SSN o Hartman a 40 gotas a por minuto)
- Cumplir un gramo de acetaminofén VO #1
- Acompañada por médico o enfermera.
- Seguir los *Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta.*

Manejo hospitalario:

1.- Hidratación IV.

2.- Tratamiento parenteral antibiótico sin cultivo, hasta lograr que la paciente se encuentre 48 horas afebril:

En gestante o puérpera: Primera elección:

a.- Ceftriaxona 1 g IV cada 24 horas

Alergia a betalactámicos:

b.- Gentamicina 80 mg IV cada 12 horas.

3.-Tomar urocultivo al ingreso y previo inicio de antibióticos, reportar a las 72 horas de ingreso de la paciente y si no ha habido mejoría clínica, se debe de ajustar el tratamiento según antibiograma.

Seguimiento clínico

- Tras 48-72 horas afebril, cambiar a tratamiento oral (según resultado de antibiograma), hasta completar 14 días de tratamiento.

- Considerar ecografía renal si Hay episodios recurrentes, afectación estado general, cuadro clínico compatible con absceso, hematuria, ausencia de respuesta a tratamiento médico, incluso pielografía si ecografía no concluyente y ausencia de respuesta a tratamiento, en consenso con urología o nefrología.

- Seguimiento clínico: urocultivo a los 7 días de finalizar tratamiento antibiótico oral. Teniendo en cuenta que hasta un 20% de las pielonefritis recidivan.

- Se debe considerar tratamiento antibiótico supresor (nitrofurantoína 100 mg VO cada noche hasta la semana 36) en caso de pielonefritis que recidiva durante el embarazo o tras un único episodio de pielonefritis en pacientes con patología renal o de vías excretoras

Otras condiciones:

Si presenta proteinuria (+) descarte IVU. Si no se trata de una IVU, investigue nefropatía o trastorno hipertensivo del embarazo, si la paciente tiene más de 20 semanas de gestación, referir al segundo nivel.

Glucosuria puede relacionarse con diabetes gestacional, referir a hospital para descartarla.

Prueba rápida para detección de VIH

Véase algoritmo para la eliminación de la transmisión materno infantil de VIH y sífilis congénita (anexo 14).

Brindar consejería pre y post-prueba. Con el llenado de los formularios correctos

Llene consentimiento informado y formulario FVIH01.

Si es positiva la prueba rápida, el personal de laboratorio debe enviar muestra a confirmación según algoritmo diagnóstico para VIH.

Referir a la embarazada al hospital que cuenta con atención en VIH, para que sea confirmada la prueba rápida y manejo adecuado.

Prueba rápida de sífilis PRS

Véase algoritmo para la eliminación de la transmisión materno infantil de VIH y sífilis congénita (anexo 14).

El algoritmo vigente del diagnóstico de sífilis en la embarazada inicia con prueba rápida de sífilis (PRS), al indicarse debe llenarse el instrumento VIGEPES 02, el reporte de la prueba PRS puede ser positiva o negativa.

Si es positiva se debe de llenar el instrumento VIGEPES 01 se debe realizar prueba confirmatoria con RPR; para embarazadas, desde la dilución reactivo débil debe considerarse positivo y se debe prescribir tratamiento con penicilina benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana durante 3 semanas. Si la paciente es alérgica a penicilina, referir al segundo nivel de atención para desensibilización.

Investigar y tratar contactos con penicilina benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana durante 3 semanas.

Tome RPR control en 8 semanas después de finalizada la última dosis de penicilina

benzatínica para descartar infección, si los títulos aumentan se debe tratar nuevamente y se volver a historiar a la paciente, para verificar tratamiento cumplido a la(s) pareja (s)

Indicaciones especiales.

Tomar PRS al ingreso de:

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

Tabla 12. Desensibilización oral para pacientes con alergia a la penicilina

TIEMPO (horas)	Nº FRASCO	DOSIS (ui)	VOL. TOTAL (ml)
00:00	1	100	30
00:15	2	200	30
00:30	3	400	30
00:45	4	800	30
01:00	5	1.600	30
01:15	6	3.200	30
01:30	7	6.400	30
01:45	8	12.000	30
02:00	9	24.000	30
02:15	10	48.000	30
02:30	11	80.000	30
02:45	12	160.000	30
03:00	13	320.000	30
03:15	14	640.000	30
03:45	Tratamiento a dosis terapéuticas pautado por el médico.		

Fuente: Centers for Disease Control and Preventium. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR Recomm Rep 2002;51(RR-6)1

Protocolo de desensibilización a penicilina.

Consiste en administrar en un período corto de tiempo dosis progresivas y crecientes del antibiótico, hasta alcanzar la dosis terapéutica plena.

La desensibilización es reversible y depende de la presencia continua del fármaco en el organismo, que pierde su efectividad al suspender la administración durante un período superior a 48 horas. Es un tratamiento de riesgo que requiere, en la mayoría de los casos, hospitalización, un equipo y personal de salud entrenado y un exhaustivo control de las funciones vitales. Debido al riesgo de aparición de reacciones alérgicas agudas durante el proceso, es necesario el ingreso hospitalario del paciente. Debido a la complejidad de la preparación, la desensibilización de penicilina deberá programarse para las 24 horas siguientes.

Procedimiento:

Desde farmacia llegarán preparados 14 frascos (en orden ascendente de dosis) de solución de penicilina V, que deberán ser administrados separados por un intervalo de 15 minutos, tal

como muestra la tabla 12. Todos los frascos están enrasados a 30 ml con agua destilada (contienen el mismo volumen pero cantidades crecientes de penicilina). El paciente debe ingerir el volumen total de cada uno de los frascos. Si la pauta de desensibilización finaliza con éxito, a los 30 minutos de la última toma de penicilina V ya se puede iniciar el tratamiento a dosis terapéuticas pautado por el médico. En todo momento, el procedimiento se llevará a cabo bajo la supervisión de un médico.

Glicemia

Indicar en su inscripción prenatal a toda paciente embarazada independientemente de la edad gestacional.

Glicemia en ayunas. Si el resultado es menor de 100 mg/dl, realizar tamizaje con 75 g de glucosa entre las 24 y 28 semanas de embarazo (test de O'Sullivan) y nueva glicemia en ayunas.

Si la paciente tiene factores de riesgo para desarrollar diabetes gestacional, tales como:

- Edad superior a 30 años.
- Antecedentes de diabetes en familiares de primer grado.
- Obesidad (índice de masa corporal [IMC] ≥ 30 kg/m²)
- Antecedente de diabetes gestacional en embarazo anterior
- Antecedentes de macrosomía en embarazo previo, peso al nacer mayor de 4,000 g
- Signos previos al embarazo de insulinoresistencia
- Antecedentes de bajo peso en embarazo previo al nacer menor de 2,500 g)

Repetir prueba de O'Sullivan entre las 30 y 33 semanas de gestación.

Diabetes pregestacional

Corresponde a una mujer con diabetes mellitus tipo 1 (DM1), DM2 que se embaraza, o una embarazada que cumple con los criterios de diagnóstico de diabetes según la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante el primer trimestre.

Los criterios para el diagnóstico de diabetes propuestos por la OMS son:

- Síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso) y una glicemia al azar ≥ 200 mg/dl, sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida.
- Glucosa en plasma venoso en ayunas ≥ 126 mg/dl y menor a 200 mg/dl. Debe confirmarse con un segundo examen en un período no superior a siete días, sin modificar los hábitos alimentarios. El ayuno se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos 8 horas.
- Glucosa plasmática ≥ 200 mg/dl 2 horas después de una carga de estímulo de glucosa con 75 g

Diabetes gestacional

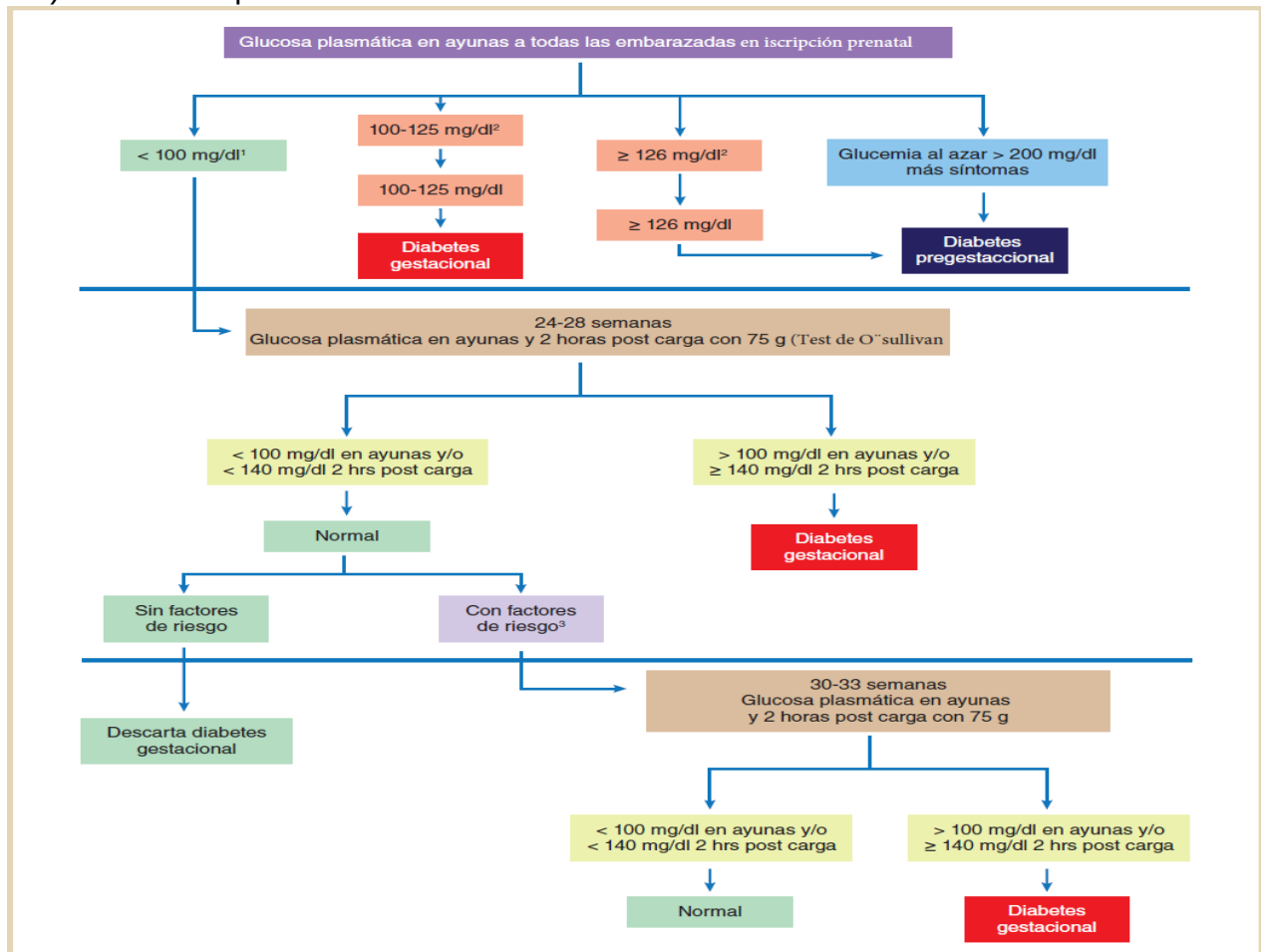
Es la disminución de la tolerancia a la glucosa que se manifiesta durante el embarazo y se diagnóstica con:

- Glucosa plasmática en ayunas entre 100 y 125 mg/dl valor repetido en dos determinaciones (en el curso de la misma semana); y/o
- Glucosa plasmática a las 2 horas, postestímulo con 75 g de glucosa ≥ 140 mg/dl

Si la paciente se diagnostica como diabetes pregestacional o gestacional en cualquier momento del embarazo debe ser referida al hospital más cercano para su ingreso, evaluación, control glicémico y tratamiento.

Recomendaciones para la prueba de sobrecarga con glucosa 75 g o test de O'Sullivan

- Realizar por la mañana con 8 a 12 horas de ayuno.
- Tres o más días previos a la prueba debe estar sin modificar los hábitos alimentarios, con un mínimo de 150 g de hidratos de carbono/día y con actividad física habitual.
- Durante la prueba no se puede fumar ni ingerir alimentos y la paciente permanecerá en reposo.
- No debe estar recibiendo fármacos que modifiquen la prueba (corticoides, β-adrenérgicos, etc.) ni cursando proceso infeccioso.



Fuente: Guías de diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional. ALAD 2016 Rev ALAD. 2016;6:155-69

Evaluación de la función renal

A toda paciente embarazada independientemente de la edad gestacional en la inscripción prenatal indicar y reportar creatinina en sangre y tasa de filtración glomerular (TFG), para la estimación de la función renal a través de fórmulas matemáticas CKD-EPI o MDRD. Las fórmulas matemáticas pueden calcularse automáticamente utilizando los recursos disponibles para instalarlos en el teléfono celular <https://www.kidney.org/apps/professionals/egf-calculator>.

Tanto el valor de la creatinina como el valor de la TFG, se debe registrar en el expediente clínico y en la agenda prenatal.

Si la UCSF u otro establecimiento de primer nivel no cuenta con laboratorio clínico que procese la creatinina en sangre, deberá apoyarse con el hospital más cercano para procesar el examen.

Se debe tomar en cuenta que en la embarazada sana la TFG aumenta entre 40-60 %; es un estado de hiperfiltración cuyo mecanismo fisiológico es:

- Aumento del gasto cardíaco (GC) e incremento del flujo plasmático renal. (FPR). Al inicio del embarazo, el FPR aumenta hasta 809 ml/min en el primer trimestre; se mantiene alrededor de 695 ml/min en las últimas 10 semanas; y en el posparto alrededor de 482 ml/min.
- Menor presión oncótica y hemodilución
- Menor resistencia vascular renal (RVR)

La traducción clínica de este aumento de la TFG es la disminución de los niveles plasmáticos de creatinina, que pueden ser inferiores a 0,5 mg/dl.

En el embarazo un pequeño aumento de creatinina puede reflejar un importante deterioro de la función renal.

Por lo tanto, es importante monitorear la creatinina y TFG previa al embarazo en las mujeres con alto riesgo obstétrico, si no es posible, el registro de la creatinina y una TFG en la inscripción prenatal permitirán monitorear cualquier incremento de creatinina y disminución de la TFG en relación con los valores basales. Con ello se sabrá si la TFG se encuentra estable, ha mejorado o reducido.

Por lo tanto, ante cualquier incremento de creatinina o disminución de la TFG en el transcurso del embarazo en relación a su creatinina y TFG basal, debe ser evaluada en su contexto clínico y referida a la consulta con especialista, para evaluación y seguimiento por la probabilidad de enfermedad renal crónica agudizada o lesión renal aguda.

Otros exámenes complementarios serán indicados por el médico, ginecólogo/a u otro especialista, según la condición de salud de la mujer embarazada o las complicaciones que se presenten durante el embarazo actual.

Ultrasonografía

- Permite evaluar anatomía y biometría.
- En las mujeres con FUR incierta, se debe indicar en la primera consulta para fechar el embarazo.
- En embarazos sin complicaciones se deben indicar 3 ultrasonografías: primera a realizarse entre las 11-14 semanas, la segunda entre las 20-24 semanas, y la tercera entre las 32-34 semanas.

Consejería sobre:

Estilos de vida saludables.

Signos y síntomas de alarma en embarazo.

Violencia de género contra la mujer.

Sexualidad.

Llenado de la agenda prenatal (anexo 23 y 24)

Primer control prenatal entre 16 y 18 semanas de gestación

Realizar las siguientes acciones:

- Revisar las anotaciones de la inscripción y exámenes del primer perfil, dejar evidencia de esto
- Nota en expediente que resuma situación de salud, examen físico completo, diagnóstico y plan de atención.
- Llenado de Hoja para clasificación de riesgo de atención prenatal (Ver anexo 9).
- Llenar adecuadamente la historia clínica perinatal (HCP) y agenda prenatal.
- Registro de peso y registro en curvas.
- Realizar evaluación nutricional.
- Determinación de la presión arterial (PA).
- Cálculo estimado de la edad gestacional.
- Examen de mamas.
- Medición de altura uterina y registro en curvas.
- Inspección cervical y vaginal.
- Prescripción de micronutrientes.
- Vacunación con TD- Tdpa.

Esquema de vacunación TD del adulto: 0, 1 mes y entre 6 y 12 meses después de la primera dosis. Refuerzos cada 10 años.

Las mujeres embarazadas que no hayan completado su serie primaria deben recibir 3 dosis, si el tiempo lo permite. Si no hay tiempo, administrar 2 dosis con un mínimo de 4 semanas y la segunda dosis debe administrarse al menos dos semanas antes del parto.

La Tdpa debe sustituir una de las dosis, preferentemente entre las semanas 27 y 36 de gestación. Es decir:

Primera dosis: a las 16 semanas de embarazo (Td).

Segunda dosis: a las 20 semanas de embarazo (Td).

Tercera dosis: entre las 27 y 36 de embarazo (Tdpa).

Si la mujer embarazada es inscrita después de las 26 semanas, aplicar la primera dosis con Tdpa y a las 4 semanas la segunda dosis con Td.

Dosis, vía de administración y sitio de aplicación.

Aplicar 0.5 ml IM en deltoides de jóvenes mayores de 7 años (depende del laboratorio productor) mujeres en edad fértil, embarazadas y adultos en general. Se utiliza jeringa desechable y aguja calibre 22G x 1½ pulgadas

Si la paciente tiene esquema completo, únicamente se aplicará una dosis Tdpa entre las 27-36 semanas.

Contraindicaciones: enfermedad febril aguda o severa, reacción anafiláctica a algún componente de la vacuna con dosis anterior.

- Evaluación bucodental por odontología
- Auscultar Frecuencia cardíaca fetal (FCF)
 - A partir de la semana 18 con estetoscopio o Doppler.
 - Valor normal: 120-160 latidos por minuto. Si se encuentra inferior o superior a este rango, se debe investigar causa.
 - Si está ausente: descarte muerte fetal e indique ultrasonografía para confirmar.
- Tira rápida para examen de orina
- Examen general de heces

Si se diagnostica parasitismo intestinal, debe prescribirse medicación durante el segundo y tercer trimestre de gestación:

- Helmintiasis: albendazol 400 mg vía oral dosis única

- Amibiasis:

Aminosidina 500 mg vía oral cada 8 horas por 5-10 días.

Metronidazol 500 mg vía oral cada 8 horas por 7 días.

- Aplicar Escala de experiencia en el embarazo conocida como PES por sus siglas en inglés (Pregnancy Experience Scale), e indicar tratamiento Según *Lineamientos técnicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el embarazo, parto y puerperio*
- Llenado adecuado de la agenda prenatal (anexo 23 y 24)

Segundo control prenatal entre 26 y 28 semanas de gestación

Realizar las siguientes acciones:

- Revisar anotaciones del primer control prenatal y dejar evidencia de esto.
- Nota en expediente que resuma situación de salud, examen físico completo, diagnóstico y plan de atención
- Llenado de Hoja para clasificación de riesgo de atención prenatal (Ver anexo 9)
- Llenar adecuadamente la historia clínica perinatal (HCP) y agenda prenatal.
- Registro de peso.

Registre su valor en la HCP y agenda prenatal.

Correlacione el peso con edad gestacional en la hoja de curva de incremento de peso y agenda prenatal materno

Determine si se encuentra dentro de lo esperado:

- Si hay bajo peso, descarte: error de amenorrea, desnutrición, restricción del crecimiento fetal.
 - Si hay sobrepeso, busque: alteraciones nutricionales, preeclampsia, polihidramnios, embarazo múltiple.
 - Brinde orientación nutricional según el caso y solicite interconsulta o refiera a control con nutricionista.
- Determinación de la presión arterial (PA)
 - Cálculo estimado de la edad gestacional
 - Examen de mamas
 - Medición de altura uterina y registrar en la curva

- Inspección cervical y vaginal
- Prescripción de micronutrientes
- Evaluación bucodental por odontología
- Auscultar frecuencia cardíaca fetal (FCF)
- Tira rápida para examen de orina
- Segundo perfil de exámenes prenatales:
 - Hematócrito y hemoglobina.
 - EGO
 - VIH
 - RPR
 - Glicemia en ayunas
 - Test de O´Sullivan
- Citar a la paciente en consulta de seguimiento para reporte y análisis de exámenes, una semana después del segundo control prenatal
- Vacuna Tdpa (Toxoide, difteria, pertussis acelular)
- Movimientos fetales

Los movimientos aparecen alrededor de la semana 6 -7, aunque no son detectados por la gestante hasta las 18-22 semanas. En multíparas suele suceder a partir de las 16-18 semanas y en pacientes obesas puede demorarse hasta la semana 24; los movimientos fetales alcanzan su máxima intensidad a partir de las 28-34 semanas.

Movimientos fetales: Método de Rayburn: Monitoreo de los movimientos fetales por dos horas consecutivas:

Normal: seis o más movimientos fetales por hora en dos horas consecutivas.

Anormal: menos de seis movimientos fetales por hora en dos horas consecutivas

Valore movimientos fetales a partir de las 20 semanas en primigesta y a partir de las 16 semanas en secundigesta o más.

Si la paciente acusa disminución o ausencia: busque FCF entre 120-160 latidos por minuto. Se debe descartar muerte fetal si se sospecha. Indicar o referir para monitoreo fetal electrónico (embarazos arriba de 30 semanas) o estudio ultrasonográfico o vitalidad fetal, dependiendo de la edad gestacional debe tomarse perfil biofísico idealmente a partir de las 34 semanas de gestación.

- Determinación de situación fetal

Es la relación entre el eje longitudinal del feto respecto del de la madre; puede ser longitudinal o transversal. La situación fetal se determina por medio de maniobras de Leopold.

Si se sospecha situación anormal en una embarazada de 36 semanas o más (transverso u oblicuo), se debe indicar ultrasonografía, para confirmar o descartar la sospecha.

- Consejería sobre :

Estilos de vida saludable

Signos y síntomas de alarma en embarazo y puerperio

Anticoncepción

Lactancia materna

Sexualidad

- Llenado de la agenda prenatal (anexo 23 y 24)

Tercer control prenatal entre 32 y 34 semanas de gestación

Realizar las siguientes acciones:

- Revisar las anotaciones del segundo control y exámenes del primer perfil, dejar evidencia

de esto

- Nota en expediente que resuma situación de salud, examen físico completo, diagnóstico y plan de atención
- Llenado de Hoja para clasificación de riesgo de atención prenatal (Ver anexo 9)
- Llenar adecuadamente la historia clínica perinatal (HCP) y agenda prenatal.
- Registro de peso y anote en las curvas
- Realice evaluación nutricional
- Determinación de la presión arterial (PA)
- Cálculo estimado de la edad gestacional
- Examen de mamas
- Medición de altura uterina y anote en la curva
- Inspección cervical y vaginal
- Prescripción de micronutrientes
- Evaluación bucodental por odontología
- Auscultar frecuencia cardíaca fetal (FCF)
- Tira rápida para orina
- Movimientos fetales
- Determinación de situación fetal
- Determinación la presentación fetal

La presentación es la parte del cuerpo fetal que se encuentra más avanzada en el interior del canal del parto o más cercana a él, se percibe a través del tacto vaginal. En situación longitudinal, la presentación puede ser cefálica o pélvica. En la situación trasversal la parte que se presenta es hombro y se percibe a través del cuello uterino en la exploración vaginal. Si se sospecha presentación anormal (podálico, situación transversal), se debe confirmar o descartar con ultrasonografía.

En caso que la presentación sea indicación de parto quirúrgico, se debe referir a la semana 36 para programar cesárea electiva a las 39 semanas (Nivel de recomendación B).

- Evaluación clínica de pelvis

Determinar: tipo de pelvis y relación céfalo-pélvica. Si sospecha desproporción céfalo - pélvica, interconsultar con especialista en ginecología y obstetricia.

- Consejería sobre :

Estilos de vida saludables

Signos y síntomas de alarma en embarazo y puerperio

Anticoncepción

Lactancia materna

Sexualidad

- Llenado adecuado de la agenda prenatal (anexo 23 y 24)

Cuarto control prenatal a las 38 semanas de gestación

Realizar las siguientes acciones:

- Revisar las anotaciones del tercer control prenatal dejar evidencia de esto
- Nota en expediente que resuma situación de salud, examen físico completo, diagnóstico y plan de atención
- Llenado de Hoja para clasificación de riesgo de atención prenatal (Ver anexo 9)
- Llenar adecuadamente la historia clínica perinatal (HCP) y agenda prenatal.

- Registre de peso y anote en la curva
- Realice evaluación nutricional.
- Determinación de la presión arterial (PA)
- Cálculo estimado de la edad gestacional
- Examen de mamas
- Medición de altura uterina, anote en la curva
- Inspección cervical y vaginal
- Prescripción de micronutrientes
- Evaluación bucodental por odontología
- Auscultar frecuencia cardíaca fetal (FCF)
- Tira rápida para orina
- Movimientos fetales
- Determinación de situación fetal
- Determine la presentación fetal
- Evaluación clínica de pelvis
- Refiera a unidad de emergencia de hospital más cercano a las 40 semanas de gestación.
- Consejería sobre :
 - Estilos de vida saludables
 - Signos y síntomas de alarma en embarazo y puerperio
 - Anticoncepción
 - Lactancia materna
 - Sexualidad
 - Hogares de espera materna
 - Importancia de parto hospitalario
- Llenado adecuado de la agenda prenatal (anexo 23 y 24)

Consejería

La consejería es el proceso de comunicación interpersonal entre los proveedores de salud y los usuarios, que contribuye a que las personas tomen decisiones conscientes, libres e informadas en beneficio de su salud y la de su hijo(a).

Se deben respetar los derechos de las usuarias cumpliendo los principios de veracidad, privacidad, confidencialidad, interés y respeto de la decisión tomada por ellas, haciendo ver las consecuencias de ello.

Las fases de la consejería son:

a. Permisividad: iniciar una relación de confianza. Haga sentir a la usuaria segura y bienvenida, preséntese y llámela por el nombre que ella prefiere, en un ambiente de confianza y privacidad, escúchela y permítale expresarse con libertad.

b. Información limitada: analizar necesidades de consejería. Inicie la discusión haciendo preguntas generales acerca de las necesidades, emociones, intereses y temores de la usuaria. Pregunta clave: ¿Qué le parece si hablamos de...? El interés del personal de consejería se puede expresar por el tono de voz, expresión del rostro, mirada, postura, entre otros. Escuche sin interrumpir y no juzgue. Use un lenguaje sencillo, claro y evite que la sesión parezca un interrogatorio. La usuaria puede presentar una serie de inquietudes o

situaciones, por lo que es necesario priorizar o explorar cuál es la que más le preocupa y abordar esta situación con información específica. Intente corregir mitos e información incorrecta que tiene y responda a sus preguntas.

En el caso que la usuaria exprese o demuestre rechazo al embarazo, dedique especial atención y resuelva este conflicto antes de abordar otra problemática o situación relacionada con su embarazo.

c. Sugerencias específicas: orientar para la toma de decisiones responsables y cerrar la consejería. Explorar con la usuaria las redes de apoyo con las que cuenta, sus fortalezas y habilidades para plantearse diferentes alternativas, con las ventajas y desventajas de cada una de ellas, lo cual permitirá facilitar la toma de decisiones. Verificar la comprensión de la información proporcionada. Respete la decisión tomada por la usuaria y realice un plan de cambio con ella, estableciendo los pasos para lograrlo.

d. Identifique cuando la consejería está limitada y amerita terapia intensiva y por tanto referencia a otro nivel de atención o interconsulta con un especialista por ejemplo en casos de depresión o ideación suicida, entre otros. Hay intervenciones que deben desarrollarse en todos los controles prenatales mientras otros tendrán que enfatizarse de acuerdo a las semanas de gestación. Durante el control prenatal de consejería, el personal debe enfatizar los siguientes aspectos de acuerdo a las necesidades previamente identificadas en el proceso de atención:

Consejería durante la atención prenatal.

Estilos de vida saludables

Ejercicio: indique mantener un nivel de ejercicio moderado y realizar ejercicios de relajación.

Reposo: recomiende reposar en decúbito lateral izquierdo y tomar descanso durante media hora después del almuerzo.

Nutrición: indague sobre recursos con que cuenta la mujer. Facilite información para mantener una alimentación balanceada, rica en calcio, hierro, ácido fólico, que cubra las necesidades gestacionales. De consejería especial en mujeres de bajo peso y sobrepeso, adolescentes, primigestas y mujeres con VIH.

Recomiende evitar la automedicación.

Anticoncepción:

De consejería sobre los diferentes opciones de anticoncepción, para que la mujer seleccione el método que usará después del parto o aborto.

- Discuta la importancia del intervalo intergenésico de al menos 24 meses para la recuperación de la mujer y la salud del recién nacido/a.
- Realice la consejería de acuerdo a los contenidos establecidos en los *Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción*.

Signos y síntomas de alarma en embarazo y puerperio

Oriente sobre signos y síntomas de alarma por trimestre del embarazo y puerperio (anexo 14)

Violencia basada en género

Indague si existe violencia basada en género (intrafamiliar / sexual) , económica, feminicida, física, psicológica y emocional, patrimonial, sexual, simbólica. actual o previa.

Manejo de acuerdo a *Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia*.

Si es necesario, brinde atención en crisis.

Refiera para consejería especializada.

Informe a la paciente sobre mecanismos de protección judicial y opciones legales. Fomente la denuncia.

Lactancia materna

Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna

Tema	Contenido
Capítulo I de la publicidad y promoción Derecho a la información Artículo 14	<ul style="list-style-type: none">• Todas las personas y especialmente las madres en período de lactancia, tienen derecho a recibir información oportuna, veraz, y comprensible sobre los beneficios de la lactancia materna, las técnicas para el amamantamiento, sus posibles dificultades y soluciones en su implementación
Capitulo II del apoyo a la lactancia maternas. Alimentación del lactante en situaciones especiales Artículo 18	<ul style="list-style-type: none">• El profesional médico de las instituciones públicas y privadas debe indicar la leche materna para la alimentación del lactante y solamente en situaciones especiales, podrá prescribir los sucedáneos de la leche materna
Capitulo II del apoyo a la lactancia maternas. Alimentación del lactante en situaciones especiales Artículo 19	<ul style="list-style-type: none">• Recién nacidos con errores innatos del metabolismo.• Hijos de madres con enfermedades mentales severas, declaradas judicialmente.• Hijos de madres que estén recibiendo quimioterapia o radioterapia.• Hijos de madre con VIH.• Hijos cuya madre ha fallecido, que se encuentre en estado crítico o que han sido abandonados.• Hijos de madres con abuso de sustancias aditivas.

Fuente: Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna

Informe sobre los beneficios de la lactancia materna.

Informe sobre el derecho a la lactancia materna exclusiva

Muestre a la madre la técnica de posición y agarre en el amamantamiento y cómo mantener la lactancia, incluso si ha de separarse de su hijo

Fomente la lactancia materna a libre demanda.

Indique dar al recién nacido únicamente leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.

Recomiende la cohabitación de la madre y el lactante durante las 24 horas del día.

Participación de la pareja y de la familia como apoyo

Medidas de higiene

Informe sobre la importancia de la lactancia materna

Los elementos técnicos a tomar en cuenta para la consejería sobre lactancia materna son los siguientes:

La leche humana es el primer y único alimento que el ser humano debe recibir en los primeros seis meses de vida y debe seguir consumiendo al menos hasta los dos años de edad, junto con una alimentación complementaria adecuada.

Los beneficios más importantes y más visibles de la lactancia materna consisten en la inmediata salud y supervivencia del lactante, ya que las tasas de diarrea, infecciones respiratorias, otitis media y otras infecciones son menores en los niños amamantados y por ende disminuyen las defunciones por estas causas. Estos beneficios, resultan por la inmunidad de la lactancia y la menor exposición a agentes infecciosos en su práctica, aún cuando no existen condiciones de higiene y saneamiento.

El primer requisito para una lactancia exitosa es brindar información completa, eficaz, oportuna y de manera amable por parte del personal de salud para que la mujer pueda tomar una opción libre e informada sobre la mejor alimentación para su hijo o hija.

Practicar la lactancia materna trae ventajas para la madre y para el niño o niña. Entre las ventajas para el recién nacido y el lactante se encuentran:

- Garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia y fortalece el vínculo afectivo.
- Protege de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes infantil y deficiencia de micronutrientes.
- Mejor digestibilidad
- Mejor absorción de nutrientes
- Contenido de nutrientes vitales para el desarrollo humano: ácido linolénico, ácidos grasos de cadena larga, taurina, carnitina, hormonas, enzimas.
- Líquidos y electrolitos: menor carga renal de soluto. Suple necesidades hidroelectrolíticas.
- Evacuaciones blandas
- Protección inmunológica
- Disminuye morbi-mortalidad infantil
- El calostro es la primera vacuna
- Previene la diarrea

- Desarrollo de flora bacteriana adecuada
- Previene otras infecciones respiratorias, otitis media, meningitis, caries dentales.

Ventajas para la madre.

- Disminuye hemorragias postparto, anemia y mortalidad materna.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama y de ovario.
- Control de la fertilidad
- Recuperación de la figura de forma más rápida
- Incrementa el vínculo afectivo.

Ventajas psicoafectivas

- Ahorro de tiempo y más tiempo para compartir con la familia.
- Menos llanto.
- Contacto precoz guarda relación con mayor producción de leche.
- Mejor experiencia emocional.

Hay condiciones en las que esta contraindicado el amamantar:

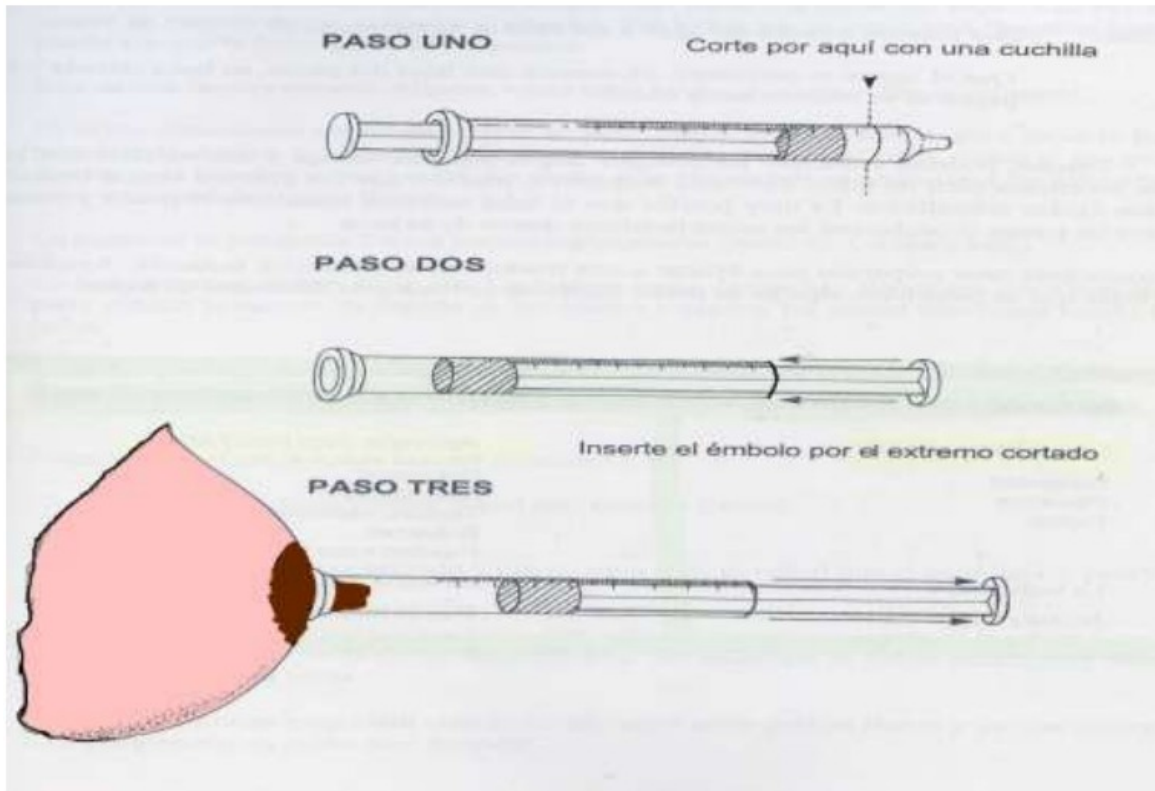
- Infección por VIH.
- Enfermedad grave da la madre. Ejemplo: septicemia.
- Enfermedad por virus Herpes tipo I en área de tórax, hasta que han curado las lesiones.
- Hepatitis B
- Tuberculosis activa.

Preparación y cuidado de pezones

Antes de iniciar el proceso de amamantar es parte fundamental la preparación y el cuidado de los pezones, para ello no está indicado usar jabones, cremas o lociones sobre la areola y el pezón, porque interfieren con la lubricación natural de las glándulas de Montgomery. La manipulación o masaje de los pezones puede provocar contracciones uterinas durante el embarazo por un mecanismo neuro-reflejo y existir el riesgo de parto prematuro.

Técnica

Una de las técnicas más recomendadas para la formación de pezones es a través de la técnica de la jeringa, la cual se ilustra a continuación:



Fuente: OMS/UNICEF. *Breastfeeding counselling: A training course*. 1998. Washington, DC. Pg:195

Cuidado de las mamas y los pezones

Durante el embarazo el cuidado de los pechos se refiere al aseo habitual de la madre, a la adecuación del tamaño y forma del sostén a medida que éstos aumentan de tamaño. Las mamas se deben lavar sólo con agua, sin jabón. Evitar el uso de cremas y lociones. Las glándulas de Montgomery producen la lubricación necesaria. Si los pezones son muy sensibles, recomendar exponerlos al sol o luz.

Durante la lactancia evitar el uso de jabones, lociones o cremas. Colocar correctamente el niño o niña con una buena posición y agarre, ya que esto garantizará que no haya dolor o grietas en el pezón. Para el cuidado de los pezones sólo se requiere extraer unas gotas de la misma leche después del amamantamiento y cubrir con ésta el pezón y la areola, dejando secar al aire libre.

Técnica de amamantamiento

La técnica correcta es la base de una lactancia exitosa.



La madre debe estar cómoda y recibir el apoyo de su entorno. Se debe asegurar una técnica correcta de amamantamiento y un buen agarre.

La madre debe estar sentada con la espalda recta, sus brazos apoyados en los brazos de la silla o en un cojín y las piernas ligeramente levantadas.

Es importante que el ambiente del lugar donde se va a alimentar al niño o niña, sea agradable para ambos. Antes de comenzar a dar el seno la madre debe lavarse bien las manos.

La posición correcta es la que resulte cómoda tanto para la madre como para el niño o niña.

Los puntos básicos a evaluar en la posición son los siguientes:

- La cabeza y el cuerpo del niño(a) bien erguidos
- En dirección a su pecho, con la nariz del niño (a) frente al pezón
- Con el cuerpo del niño (a) cerca del cuerpo de la madre (“pancita con pancita”) Sostenido todo el cuerpo del niño (a) y no solamente el cuello y los hombros.

Los puntos básicos para evaluar un buen agarre son:

- Toca la mama con el mentón.
- Tiene la boca bien abierta.
- Tiene el labio inferior volteado hacia fuera.
- Se ve más la areola arriba de la boca que debajo de la misma.

La duración del amamantamiento estará determinada por el niño; dejar que termine con el primer pecho, luego ofrecer el segundo. Existen variaciones de un niño a otro, a veces un pecho es suficiente. La frecuencia también está determinada por el niño; la alimentación a libre demanda permite que el niño decida cuándo tiene hambre y que esto no sea una determinación de la madre o de la enfermera. Habitualmente, la frecuencia es mayor durante la primera semana, en intervalos de dos horas; una vez establecida la lactancia, es común un patrón de 8 a 12 veces en 24 horas. Hay que asegurarse que haya buena succión.

Los amamantamientos nocturnos son importantes para asegurar la adecuada estimulación para la producción de leche y la supresión de la fertilidad. Si el niño está muy somnoliento, se debe desabrigar y alimentar en una posición más levantada (sentado o de costado).

Pasos de la técnica de extracción manual de leche materna

- 1.- Lavar muy bien las manos, uñas y de ser posible los antebrazos con jabón y abundante agua y secarlas con toalla limpia.
2. Prepara el frasco en que se almacenará la leche materna.
3. Buscar el lugar más limpio de la casa o de su trabajo para realizar la extracción, nunca se debe realizar la extracción en el baño.
4. Dar un masaje en los pechos con las yemas de los dedos comenzando con la areola (parte oscura de la mama) de forma circular en el sentido de las agujas del reloj, ir abarcando todo el pecho.
5. Coloque los dedos en forma de “C”, empuja el pecho haciendo presión hacia atrás en dirección a las costillas; apriete suavemente un dedo contra otro, repitiendo ese movimiento varias veces hasta que la leche comience a salir; do todos los depósitos de leche que se encuentran bajo la areola en ambos lados.

Sexualidad

Relaciones sexuales durante el embarazo

Muchas parejas temen que las relaciones sexuales durante el embarazo, puedan causar la pérdida de éste, lastimar al bebé o provocar dolor a la madre. Sin embargo, en los embarazos que no cursan con riesgo, las relaciones sexuales no están contraindicadas. Es importante destacar, que el feto está protegido por el líquido amniótico que le rodea, el útero y la pared abdominal; por lo que no se debe temer que sea lastimado durante las relaciones sexuales.

Cambios de la sexualidad durante el embarazo

Las relaciones sexuales pueden sostenerse en cualquier etapa del embarazo, si no existe contraindicación médica.

Son varios los factores que pueden afectar la libido en los diferentes trimestres del embarazo y que van unidas a las percepciones culturales de la pareja:

- Primer trimestre: El aumento de la sensibilidad en los senos; la presencia de náuseas y vómitos; la fatiga y el temor a abortar, pueden generar cambios en la libido de la mujer durante este período.
- Segundo trimestre: Debido a que en la mayoría de mujeres los vómitos y la fatiga han desaparecido, y hay aumento de la irrigación de la zona pélvica, la embarazada puede mostrar mayor interés sexual. Aunque el abdomen comienza a crecer, no ofrece obstáculos en el momento de una relación sexual. Para muchas mujeres es el período más relajado del embarazo y algunas manifiestan más placer en este período.
- Tercer trimestre: El aumento del tamaño del vientre y el temor de dañar al bebé son factores que pueden alterar la libido y provocar incomodidad durante las relaciones sexuales.

Posiciones recomendadas durante el embarazo

Las posiciones más recomendadas para mantener relaciones sexuales y que podrían resultar más cómodas para la mujer son las siguientes:

- El hombre encima

En esta posición el hombre no debe cargar su peso sobre el abdomen de la mujer.

- La mujer encima

Esta es una de las posiciones más cómodas, ya que la mujer controla su peso, el grado de penetración y la intensidad del acto sexual.

- Penetración de lado

Es una posición cómoda porque se logra distribuir uniformemente el peso y la penetración no es muy profunda.

Recomendaciones para la pareja

- No deje de compartir sus sentimientos con su pareja. Muchas mujeres necesitan más afecto, intimidad y cariño durante el embarazo.
- Hable con su pareja sobre sus necesidades y preocupaciones de manera abierta y afectiva. Juntos pueden encontrar la manera de hacerse feliz el uno al otro durante el embarazo.
- La penetración vaginal debe iniciarse cuando la mujer ya presente lubricación.
- Pregunte a la mujer Si durante la relación sexual siente dolor o incomodidad en alguna posición, déjela y de lugar a que ella elija otra.

- Las relaciones sexuales por vía vaginal no son la única manera de tener intimidad física. Otras formas de mostrar amor y afecto pueden ser tocarse, besarse y abrazarse.
- Si el embarazo es de alto riesgo, consulte a su médico si debe evitar las relaciones sexuales.
- Practique la fidelidad con su pareja. Si no existe fidelidad, el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS), incluyendo el zika aumenta. En estos casos, es recomendable usar preservativo femenino o masculino siempre que tenga relaciones sexuales.
- Recuerde que algunas ITS pueden ser transmitidas por la mujer embarazada al feto y afectarlo de manera grave. Por ejemplo: VIH/SIDA, sífilis, Zika.
- Si su pareja le practica a usted sexo oral, recuerde que no le debe soplar aire en la vagina. Esto puede causar que se forme una burbuja de aire en el torrente sanguíneo, que puede ser fatal para la mujer y el recién nacido. Debe utilizar una manta de latex para evitar cualquier tipo de infecciones y proteger a la mujer y al embarazo

Contraindicaciones para las relaciones sexuales

La frecuencia de las relaciones sexuales adecuadas por muy avanzado que esté el embarazo, no está asociada a mayor riesgo de infección vaginal, a parto prematuro ni a ruptura prematura de membranas ovulares. Sin embargo, en algunas condiciones, puede ser necesario limitar o evitar el sexo durante el embarazo. Entre estas condiciones se encuentran:

- Amenaza de aborto.
- Paciente con cerclaje por incompetencia cervical.
- Sangrado genital no diagnosticado.
- Infecciones de transmisión sexual no tratadas.
- Placenta previa.
- Ruptura prematura de las membranas ovulares.
- Amenaza de parto inmaduro o prematuro.

3. Control prenatal en adolescentes

Para este apartado se ha tomado en cuenta el marco regulatorio existente, el conocimiento científico con nuevas evidencias, así como el enfoque multidisciplinario, libre de credos y prejuicios de toda índole que surgen cuando se trata de proporcionar atenciones en este grupo de edad.

Al establecer pautas para la atención de la adolescente en todas las fases que componen el proceso de embarazo (detección, control prenatal, parto y puerperio), es importante considerar las condiciones propias de estas edades y deben tener como objetivo la vigilancia de la condición de salud en adolescentes con embarazo.

De acuerdo a los lineamientos establecidos se hace énfasis en las adolescentes embarazadas menores de 15 años, debido a las evidencias relacionadas con los riesgos en este grupo. Sin embargo es de considerar en su totalidad al grupo de adolescentes por sus condiciones de vulnerabilidad.

Las principales acciones a realizar son las siguientes:

- Identificación de adolescentes menores de 15 años o mayores de esa edad con embarazo, incluyendo los que son resultado de violencia sexual.
- Detección de riesgos.
- Evaluación clínica.
- Intervenciones.
- Todas las niñas de 10 a 14 años deben de recibir control prenatal especializado con ginecoobstetra mas cercano de la Red ya sea en UCSF-E u hospital.

- Las adolescentes de 15 a 19 años sus controles serán por médico general a menos que presenten otro factor de riesgo asociado.

Estas actividades serán realizadas por el equipo multidisciplinario: médico general, gineco-obstetra, licenciada en enfermería, auxiliar de enfermería capacitada, licenciada materno-infantil, con apoyo de odontología, psicología, trabajo social, jurídico, nutrición.

Fase I. Identificación adolescentes embarazadas

1. Identificar la niña o adolescente embarazada y conocer la circunstancia en que se dio el embarazo, a través de la atención comunitaria como en los establecimientos de salud.
2. Identificar adolescentes embarazadas víctimas de violencia para dar aviso a las juntas de protección departamentales de acuerdo a los *Lineamientos técnicos para la atención de todas las formas de violencia* y vincular con el equipo de atención a la violencia.
3. Reportar diariamente los casos de adolescentes embarazadas al equipo multidisciplinario de adolescentes del hospital, con el propósito de establecer acciones coordinadas y multidisciplinarias.
4. Registrar en expediente clínico, toda intervención o indicación resultante en cada caso.
5. En los municipios en donde existen hogares de espera materna (HEM), establecer coordinación entre el equipo local para realizar pasantías al HEM y fortalecer las estrategias educativas con participación de ambos equipos de salud.

Fase II. Detección de riesgos

1. Identificar las condiciones en las cuales el embarazo ocurrió, existencia de signos de violencia en todas sus formas.
2. Identificar posibles complicaciones psicológicas y sociales.
3. Solicitar interconsulta con equipo multidisciplinario.
4. Aplicación de instrumentos para detección de riesgos:
 - Ficha para la identificación de riesgo psicosocial en adolescentes atendidas en hospitales.
 - Hoja para clasificación de riesgo de atención prenatal.
 - Hoja de tamizaje de violencia.
 - Escala de desesperanza de Beck.
 - Aplicar Escala de experiencia en el embarazo conocida como PES por sus siglas en inglés (Pregnancy Experience Scale) y dar manejo adecuado Según *Lineamientos técnicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el embarazo, parto y puerperio*

Fase III. Evaluación

1. Capacitar al personal para el abordaje integral de la adolescente embarazada.
2. Realizar la evaluación clínica y psicológica, identificando la condición de salud, factores de riesgo, signos de alarma, complicaciones, para la atención inmediata, interconsulta o referencia oportuna.
3. Cumplir procedimientos de enfermería con énfasis en consejería y acciones educativas sobre proyecto de vida, adicional a la información sobre cuidados durante el embarazo. Registrar resultados de consejerías realizadas.
4. Comunicar al médico general o ginecólogo/a los resultados de las evaluaciones e interconsultas para la toma de decisiones en equipo.
5. Brindar consejería sobre auto cuidado, desarrollo de la gestación, reconocimiento de signos y síntomas de peligro y la búsqueda de atención en salud oportuna ante la presencia de los mismos, haciendo énfasis en la prevención del siguiente embarazo con la promoción del uso de métodos anticonceptivos disponibles, en el marco del proyecto de vida y derechos.
6. Interconsulta para evaluación psicológica inicial y periódica (identificación del deseo y planificación del embarazo, riesgos psicosociales, aplicación de escalas).

7. Evaluación por trabajo social (identificación de redes de apoyo familiar y social).

Fase IV. Intervenciones

1. Llenar la hoja del *Plan individualizado de atención de los factores de riesgo psicosocial* identificados.
2. Incorporar al círculo educativo con adolescentes embarazadas del hospital o del establecimiento en donde estará recibiendo los controles maternos.
3. Definir acciones clínicas, psicosociales con enfoque multidisciplinario y registrar indicaciones multidisciplinarias.
4. El expediente debe registrar los acuerdos del análisis multidisciplinario y no sólo las indicaciones médicas.
5. Incorporar a círculos educativos y pasantías hospitalarias.

Fase V. Seguimiento

1. Comunicar sobre casos que requieran acompañamiento comunitario a referentes de adolescentes, materno y salud mental de SIBASI para asegurar continuo de la atención en la comunidad.
2. Completar hoja MMIA (morbimortalidad materna, infantil y adolescentes)
3. Coordinar con los comités y agentes comunitarios para la implementación del plan de parto.
4. Prevención del segundo embarazo a través del uso de métodos anticonceptivos.
5. Abordar la integración la pareja y/o familia para el apoyo de la maternidad y cuidados del recién nacido.

Tabla 13. Factores de riesgo social en adolescentes

FACTOR DE RIESGO PSICOSOCIAL	ACCION	FECHA DE SEGUIMIENTO
Adolescentes	- Inscripción en el programa de adolescentes	
	- Incorporación a Club de adolescentes	
	- Fortalecimiento de las habilidades para la vida.	
Trastorno de salud mental actual o previo*	- Consejería para trastornos de ansiedad	
	- Consejería para Depresión	
	- Consejería para psicosis	
	- Guía para el manejo del suicidio	
	- Psicoeducación	
Violencia en todas sus formas	- Abordaje según lineamientos de cada una de las formas de violencia.	
Consumo de alcohol y drogas*	- Consejerías para Alcohol y Drogas	
	- Incorporación a grupos de autoayuda	
	- Incorporación a tratamiento de Deshabitación	
Conductas sexuales de riesgo	- Consejería	
Bajo rendimiento, fracaso y Abandono escolar*	- Referencia para evaluación psicométrica	
	- Fortalecimiento de habilidades para la vida	
	- Incorporación a Club de adolescentes.	
Disfunción estructural y de la dinámica familiar.	- Familias fuertes	
	- Psicoeducación	
	- Consejerías en temas específicos	
Antecedentes de abortos, malformaciones congénitas, mortinatos y bajo peso al nacer.	- Aplicación de la guía para el abordaje psicoeducativo y emocional según condición de riesgo identificada.	

*En el caso que se identifiquen factores de riesgo realizar abordaje familiar.

Fuente : Comité técnico 2020

4. Estrategia plan de parto

Consiste en una serie de acciones que realizan la mujer y su familia, apoyándose en la organización de actores sociales claves existentes y la participación activa de la comunidad, a fin de prever todo lo necesario para la atención de la embarazada y el recién nacido, las cuales serán facilitadas por el personal de salud para lograr la búsqueda oportuna de atención en salud, ante una emergencia obstétrica, perinatal y para la atención humanizada del parto institucional y contribuir a una maternidad segura.

El objetivo de este plan es contribuir a la disminución de la morbilidad materna y perinatal, en el marco de la atención primaria en salud integral.

Los aspectos principales que se persiguen son:

- a) Fomentar en la embarazada y su grupo familiar una cultura de preparar con anticipación los recursos necesarios, así como la toma de decisiones para la búsqueda oportuna de la atención durante el embarazo, parto, puerperio y la atención del recién nacido.
- b) Fortalecer el vínculo y alianzas entre la embarazada, familia, comunidad y proveedores de servicios de salud, para facilitar el acceso a la atención humanizada institucional del parto y atención ante una emergencia obstétrica.
- c) Fortalecer las competencias del personal de salud para apoyar a la mujer y a su familia, para implementar la Estrategia de Plan de Parto, desde el enfoque comunitario. Y prevenir la violencia obstétrica a la mujer
- d) Promover la participación de actores sociales claves y la comunidad para facilitar la atención institucional de la embarazada y el recién nacido.

Trabajo en red para implementar la estrategia del plan de parto

Actividades en la estrategia de Plan de Parto

Las actividades que deben realizar los proveedores de servicios de salud para hacer efectivo los cambios de comportamiento en embarazadas, familia y comunidad son:

- Realizar jornadas de sensibilización e información sobre Estrategia Plan de Parto con actores claves comunitarios, para generar compromisos y responsabilidades evitando que las mujeres embarazadas, puérperas y los recién nacidos presenten complicaciones o muerte.
- Informar sobre Plan de Parto en el ámbito familiar y comunitario, involucrando a las personas que apoyen en la toma de decisiones de la embarazada.
- Coordinación intersectorial e interinstitucional para mejorar la atención de la mujer durante el embarazo, el puerperio y al recién nacido.
- Fortalecer la organización y desarrollo comunitario, con énfasis del trabajo en Red.

La Estrategia Plan de Parto plantea la necesidad y la oportunidad de generar los mecanismos que favorezcan la participación social y despertar el interés de posibles aliados de la sociedad civil, sector público y privado, para lograr el desarrollo de las comunidades a través de la ejecución de las actividades necesarias para implementarla.

En el primer acercamiento con la embarazada y su familia, el personal del primer nivel de atención debe informarl y comunicar sobre el Plan de Parto, identificar actores claves que existen y trabajan en la comunidad, quienes podrían apoyar la operativización efectiva.

Entre los posibles actores sociales claves y las áreas donde podrían apoyar están: Ver tabla 14.

Tabla 14. Actores sociales y áreas de apoyo

Organizaciones	Áreas de apoyo
<ul style="list-style-type: none">○ Municipalidades○ Consejos locales de salud○ Grupos religiosos○ Familiares○ Líderes comunitarios○ Organizaciones de gobierno○ Voluntarios en salud○ Asociación comunal, en algunos casos ADESCOS○ Organizaciones no gubernamentales○ Cooperativas○ Empresas privadas	<ul style="list-style-type: none">○ Transporte de la embarazada al hogar de espera materna o establecimiento hospitalario○ Resguardo de los hijos u hogar○ Orientación de la identificación de los signos de peligro en el embarazo, parto o puerperio (educación para la salud)○ Abogacía con líderes comunitarios, parteras u otros agentes de cambio a nivel comunitario para incidir en los tomadores de decisiones a nivel familiar para la búsqueda de atención oportuna○ Comunicación○ Servicios de salud

Fuente: Equipo técnico responsable de la elaboración. Minsal 2020.

Momentos en la Estrategia Plan de Parto

La Estrategia Plan de Parto debe iniciarse en forma temprana en toda embarazada detectada por algún proveedor de salud institucional, antes de las doce semanas. Sin embargo, de no ser esto posible, debe implementarse en cualquier momento del embarazo (independientemente su edad gestacional), ya que se puede presentar cualquier complicación en estos períodos, y poner en riesgo la vida de la madre y el producto de la gestación.

También es importante señalar, que en el área rural o urbana donde exista un ECOS Familiar, éste será el responsable de facilitar la operativización.

Los momentos establecidos para que la Estrategia Plan de Parto sea implementada son:

- Embarazo
- Parto
- Posparto y recién nacido.

Embarazo

El personal de salud desarrollará acciones educativas con la embarazada, destacando sus deberes y derechos sobre salud sexual y reproductiva y los cuidados de su recién nacido, por tanto es importante generar espacios para aclarar todas dudas y necesidades de información en relación a la Estrategia Plan de Parto, involucrando a su pareja, familia y comunidad.

El proceso será continuo y se dará con un enfoque de igualdad de género e impulsará la necesidad del apoyo a la mujer en la toma de decisiones para la búsqueda oportuna de la atención en salud para la asistencia a sus controles prenatales, atención del parto, post parto y recién nacido.

Acciones que son responsabilidad de la embarazada y su familia.

En este apartado se incluirá a la pareja o miembros de la familia que apoyan en la decisión de la mujer, para la atención oportuna durante el embarazo, parto, puerperio y el recién nacido.

Tomar en cuenta la orientación brindada por el personal de salud, en cuanto a educación información y comunicación para la toma de decisiones en la asistencia periódica de sus controles prenatales, toma de micronutrientes, alimentación adecuada, ejercicio físico, lactancia materna, ejercicio de su sexualidad, identificación de síntomas de alarma y lo que corresponda de acuerdo a su caso particular.

Identificar y decidir en qué hospital verificará el parto de acuerdo al área donde vive.

Ante la presencia de síntomas de alarma buscar ayuda oportuna en el establecimiento de salud.

Que la embarazada identifique y establezca comunicación con la pareja o familia, para el cuidado de sus hijos y de su hogar durante su hospitalización.

Estar pendiente de su fecha probable del parto para la búsqueda de un alojamiento cercano (hogar de espera materna, casa de un familiar, amigo).

La pareja o familia debe facilitar los artículos de uso personal necesarios para la higiene y cuidado de la mujer y recién nacido.

La pareja o familia debe coordinar el transporte para el traslado de la embarazada para la atención del parto o al presentarse una complicación obstétrica o del recién nacido.

Acciones a desarrollar por la comunidad

Una de las acciones prioritarias de los líderes comunitarios será promover la solidaridad, la ayuda recíproca de los habitantes de la comunidad para el desarrollo y el bienestar social en su territorio; sensibilizarse sobre el costo social de una morbilidad extrema o muerte materna e infantil. Para lo cual se deben aprovechar los espacios en que se realizan reuniones comunitarias, mesas de diálogo, cuando se realiza la priorización de problemas en el análisis de la situación integral de salud, asambleas comunitarias entre otros. Por tanto las acciones prioritarias sugeridas en *Estrategia Plan de Parto* son:

- Solicitar al personal de salud la socialización de la estrategia de Plan de parto y cuál es el rol de la comunidad.
- Incluir el plan de parto en los diagnósticos y planes comunitarios para dar respuesta a las necesidades.
- Mantener una coordinación y comunicación efectiva con el personal de salud, parteras para identificar a todas las embarazadas ayudando a la realización de la vigilancia comunitaria, con el propósito de apoyar la asistencia a los controles prenatales, consultar ante la presencia de signos y síntomas de complicaciones y orientar a minimizar las etnoprácticas que ocasionen daños a la salud.

- Organizar y operativizar una red de transporte comunitario para el traslado al hospital y retorno a sus casas; para aquellas embarazadas o puerperas que requieran este apoyo
- Participar en las asambleas comunitarias donde se socializarán los principales logros y retos en la implementación de la Estrategia de Plan de Parto.

Acciones a desarrollar por personal de salud de las unidades comunitarias de salud familiar (UCSF)

Los proveedores de servicios de salud deben realizar las siguientes acciones:

- Identificar la totalidad de las embarazadas, puérperas y recién nacidos del área de responsabilidad.
- Apoyarse en la información de la ficha familiar y el mapa obstétrico para la vigilancia
- Coordinación intersectorial e interinstitucional para mejorar la atención de la mujer durante el embarazo, puerperio y al recién nacido en el marco de las determinantes sociales de la salud.
- Fortalecer la organización y desarrollo comunitario con énfasis del trabajo en red.
- Elaborar la ficha de plan de parto para la embarazada en conjunto con su familia (llenar una ficha para el expediente (anexo 16 y 17) y otra para la usuaria en la agenda prenatal (anexo 23 y 24) y registrar las actividades desarrolladas en el cuadro de seguimiento.
- Fortalecer la integración y organización de la red social de apoyo a la estrategia dando a conocer al comité de salud y organizaciones comunitarias el número de embarazadas que mensualmente tendrán su parto y coordinar su transporte al hospital.
- Fomentar en la embarazada estilos de vida saludable: alimentación adecuada, ejercicio físico, preparación para la lactancia materna, suministro de micronutrientes, prácticas sexuales seguras,
- Durante las visitas de seguimiento, se debe brindar consejería de acuerdo a cada caso.
- Proporcionar información para que ante la presencia de señales de complicaciones la embarazada busque ayuda oportuna en el establecimiento de salud.
- Coordinar e implementar planes de formación con diferentes actores comunitarios con énfasis en la prevención de morbilidad materna e infantil, plan de parto, signos de complicaciones durante el embarazo, puerperio y de recién nacidos.
- En caso de atender una embarazada que no corresponde a la población de su área de responsabilidad, se coordinará con la UCSF del área de responsabilidad para el seguimiento.
- Fortalecer mecanismos de coordinación y comunicación con el hogar de espera materna y el hospital de referencia.
- Coordinar junto con la embarazada, su familia y actores claves de la comunidad para organizar transporte de la embarazada al hogar de espera materna o al hospital:
 1. Identificar las personas o instituciones en la comunidad que cuentan con vehículo.

2. Coordinar con el comité de salud, asociaciones comunales y en algunos casos ADESCO, el traslado de la usuaria al establecimiento de salud donde verificará parto o se le atenderá una complicación obstétrica.
3. Verificar el compromiso de pareja o familia con las personas de la comunidad que pueden transportarla al hospital, anotando en la Ficha de Plan de Parto y agenda prenatal, el nombre de la persona que lo ejecutará.
4. En caso la usuaria tenga dificultades para el acceso al hospital, verifique que tenga identificado el nombre de familiar, amigo u Hogar de Espera materna donde se alojará, cercano a su fecha probable de parto.
5. Asegurarse que la pareja o familiar acompañen a la embarazada hacia el hospital hasta su ingreso, asegurándose que lleve lo siguiente (apoyarse con la agenda prenatal):
 - Documento único de identidad (DUI) o certificación de partida de nacimiento, en caso de ser menor de edad, u otro documento que facilite la identificación.
 - Copia de DUI del padre del niño o niña.
 - Agenda de plan de parto.
 - Artículos de higiene personal.
 - Ropa para el recién nacido y la madre.

Parto

Cuando la embarazada requiera ser trasladada para la atención del parto o una complicación obstétrica, las UCSF en coordinación con el comité de salud, deben realizar las siguientes actividades:

- a) Realizar una evaluación clínica completa de la embarazada
- b) Elaborar la referencia para la atención en el hospital que corresponda a la red
- c) Activar la red de transporte comunitario de la embarazada y que un familiar la acompañe al hospital en su proceso de acuerdo a la *Estrategia Parto Humanizado*.
- d) En caso que la embarazada no cuente con transporte para la atención del parto, la UCSF debe apoyar la gestión para el traslado al hospital
- e) Recordar a la familia y a la embarazada, que al ingresar al hospital deberá llevar:
 - Documento único de identidad personal (DUI) en caso de ser menor de edad llevar partida de nacimiento o carné de minoridad
 - Copia de DUI del padre del niño o niña
 - Agenda prenatal
 - Artículos de higiene personal
 - Ropa para el recién nacido y la madre
 - Nombre para niño o niña

En caso de referir una embarazada en franco trabajo de parto o alguna complicación obstétrica, el personal de salud debe acompañar a la usuaria.

En casos de parto extra-hospitalario, se debe evaluar y estabilizar a la mujer y su recién nacido antes de su traslado, y debe ser acompañada por personal de salud

Posparto y recién nacido

Posterior a verificar parto, el personal de salud de las UCSF, en coordinación con Comité de Salud, debe realizar las siguientes actividades:

- Realizar la primera visita a la mujer durante el puerperio y al recién nacido, en las primeras 24 horas de retorno del hospital, y luego llevar a cabo las visitas domiciliarias subsecuentes a los 3, 7, 15 y 28 días para verificar condición de salud de acuerdo a los *Lineamientos técnicos del promotor y promotora de salud en las redes integrales e integradas de servicios de salud*.
- Durante las visitas domiciliarias dar consejería a la mujer y familia sobre alimentación, técnicas de posición y agarre en lactancia materna, extracción manual de leche materna, higiene, cuidados del recién nacido, signos y síntomas de complicaciones obstétricas y del recién nacido
- Si se detecta una complicación puerperal, elaborar la referencia y trasladarla a la brevedad posible al hospital que corresponda según red, debe ser acompañada por un familiar y por personal de salud al hospital.
- Promover que la mujer en puerperio y su recién nacido asistan a la inscripción puerperal e infantil en los primeros siete días y sus controles subsecuentes acompañada de un familiar.

Instrumentos de la estrategia plan de parto

Los instrumentos a utilizar en la *Estrategia Plan de Parto* son

1. Agenda prenatal.
2. Ficha de Plan de Parto.
3. Mapa obstétrico y de prematurez.

Agenda prenatal

Es un instrumento que concentra la información que necesita la mujer embarazada y los prestadores de salud para conocer a fondo los cambios en el tiempo del embarazo mismo, así como el resultado de los principales exámenes, ingresos tratamientos y una serie de consejos dirigidos a orientar a la paciente en como actuar en la gestación.

- Toda paciente embarazada debe recibir desde la inscripción su agenda prenatal personalizada.
- Debe portarla cada vez que asista a un establecimiento de salud, USCF, hospital, Hogar de espera materna (HEM), etc.
- Cada vez que la paciente reciba una intervención por parte del personal de salud por un control prenatal, visita domiciliar, ingreso hospitalario, consulta odontológica, cita de seguimiento, etc. esta debe ser actualizada.
- Esta se debe cerrar con la ultima consulta puerperal.
-

Ver anexo 23 y 24 para manual de llenado de agenda prenatal

Ficha de plan de parto

Es un instrumento diseñado en la estrategia para recoger la información precisa y necesaria sobre la embarazada, conocer el grado de participación de su familia y

comunidad, además del grado de previsión de los recursos para la atención institucional del parto o ante la presencia de una complicación obstétrica. Presenta en forma gráfica las señales de complicaciones obstétricas y del recién nacido, para que sea de fácil manejo de la usuaria y le permita la búsqueda oportuna de atención. Además contiene el monitoreo sistemático brindado por el personal de salud.

Se hace necesario llenar dos fichas: una se debe entregar a la usuaria contenida en la agenda prenatal y una debe quedar en el expediente clínico, para el seguimiento respectivo

Mapa obstétrico y de prematurez

Refiérase al apartado de Mapa obstétrico en este lineamiento.

Sistema de referencia, retorno e interconsulta en la Estrategia plan de parto

El éxito de este sistema es el resultado de que la embarazada, su familia y la comunidad, reconozcan los beneficios del parto hospitalario para la madre y su recién nacido, identifiquen los signos y síntomas de peligro, las complicaciones que pueden desarrollarse durante el embarazo, parto, pos parto y busquen con apoyo de los actores sociales organizados la atención oportuna por el personal de salud.

El cumplimiento de la referencia de la gestante, se facilitará si la ficha de plan de parto y la agenda prenatal están completamente llenos, con letra clara y legible, y el personal de salud pueda determinar de forma rápida la necesidad de enviarla a un nivel de mayor complejidad.

Para el retorno se debe utilizar como instrumento la agenda prenatal; en caso de morbilidad obstétrica o perinatal, se debe usar la hoja de referencia y retorno establecida en los *Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta*, la cual debe describir en forma detallada el tratamiento a cumplir y las recomendaciones a seguir por la mujer, las cuales deben ser monitoreadas por el personal de salud.

La implementación correcta y exitosa del proceso de referencia, retorno e interconsulta, requiere de un trabajo en Red, la corresponsabilidad entre la usuaria, su familia y comunidad en coordinación con el hospital y la UCSF, donde cada uno sabe el momento preciso de actuar y apoyar en el trabajo de los otros miembros del equipo de acuerdo al trabajo en Red.

5. Mapa obstétrico y de prematurez

El mapa obstétrico es una herramienta dinámica que permite la ubicación y seguimiento de mujeres durante el embarazo y el puerperio, además de los niños prematuros que nacen con peso menor a 2,000 gramos; se considera un valioso aliado en las estrategias e intervenciones para la reducción de la morbilidad materna e infantil, ya que contribuye a operativizar las atenciones con un enfoque preventivo, de riesgo obstétrico y del prematuro para la toma de decisiones y el desarrollo de actividades orientadas a la salud de la gestante, puérpera y prematuro con peso menor de 2000 gramos.

Así también el mapa obstétrico contribuye a la vigilancia epidemiológica, ya que está adaptado a los requerimientos y necesidades locales de salud y permite visualizar la situación en forma dinámica de las embarazadas, puérperas y prematuros con peso menor a 2000 gramos.

El mapa obstétrico y de prematurez permite a los tomadores de decisiones tener un panorama geográfico de la ubicación de las embarazadas, puérperas y prematuros con peso menor a 2000 gramos, dando una visión general de la situación en un momento determinado, así como puntualizar lugares con problemas específicos (ejemplo: embarazo en adolescentes, trastornos hipertensivos del embarazo, enfermedades crónicas, morbilidades de los prematuros, entre otras)

Elaboración del mapa

La responsabilidad en el seguimiento de gestantes, puérperas y prematuros con peso menor a 2000 gramos, debe ser asumida por todo el personal de salud desde el nivel comunitario y los establecimientos de la Red, liderada por sus coordinadores, para ello es necesario organizar el trabajo y asignar responsabilidades individuales de acuerdo a las áreas geográficas de responsabilidad.

El mapa debe ser elaborado de ser posible con una base cartográfica, sino es posible y las áreas son relativamente pequeñas puede ser un croquis que represente el área geográfica de responsabilidad, diseñado por el personal de salud que conoce el área; sectorizando colonias, calles, casas, comunidades, caseríos y o cantones.

Se recomienda utilizar distintivos para la ubicación de cada una de las embarazadas, puérperas y prematuros de bajo peso, que incluya su situación de riesgo para poder adoptar las medidas preventivas oportunamente.

Las embarazadas, puérperas y prematuros con peso menor a 2000 gramos, que se ubican en el mapa son todos las que están ese momento adscritas en el establecimiento, por ser de área de responsabilidad o por estar en control con gineco-obstetra, pediatra o neonatólogo en otro establecimiento.

Las embarazadas y prematuros que son atendidas en el establecimiento de salud y corresponden a otra área geográfica deben notificarse para que sea ubicada en el mapa obstétrico de la UCSF correspondiente.

Para la identificación de la gestante, puérpera y prematuros con peso menor a 2000 gramos en el mapa, se propone utilizar colores para la tipificación, de acuerdo a lo siguiente:

Tabla 16. Tipificación en el mapa obstétrico y de prematurez.

Para efectos del mapa obstétrico se utilizará la siguiente clasificación:

Verde	Embarazada sin factor de riesgo identificado
Naranja	Embarazada con algún factor de riesgo identificado (Antecedente de preeclampsia, IMC arriba de 30, aborto recurrente, pielonefritis, ETC)
Rojo	Embarazada de alto riesgo (paciente con enfermedad crónica como cardiopatía síndrome convulsivo, afectación renal)
Amarillo	Puérpera sin factor de riesgo
Rosa	Puérpera de riesgo (Presentó en su parto PEG, eclampsia, MOE, etc)
Violeta	Recién nacido prematuro menor de 2000 gramos

Fuente comité técnico 2020

Embarazada sin factor de riesgo identificado: es aquella a la que no se ha identificado factores o condiciones de riesgos (biológicos/obstétricos) y se pondrá en el mapa con el color verde.

Embarazada con algún factor de riesgo identificado: es aquella a quien se le ha identificado algún factor de riesgo biológico u obstétrico, y que en ese momento no representa un peligro para la vida de madre o del producto; por ejemplo: obesidad, cesárea previa, un aborto previo, antecedentes de pre-eclampsia en embarazo anterior, entre otros. Sin embargo en un momento dado puede convertirse en un peligro para la madre o el recién nacido. Se identifica con color naranja.

Embarazada de alto riesgo: es la embarazada que presenta uno o varios riesgos biológicos u obstétricos y que por esas condiciones se determina que peligra la vida de la embarazada y/o su producto. Se identifica con el color rojo; para esta clasificación de ser posible se debe tener el criterio del médico obstetra, además se pueden tomar como base las siguientes patologías que se han definido, ejemplos: cardiopatías de alto riesgo, colagenopatías, insuficiencia renal crónica, diabetes con daño a órgano blanco, enfermedad tromboembólica, cáncer actual o como antecedente, enfermedades hematológicas (talasemias, falciformismo, hemofilia, púrpuras).

Puérpera sin factor de riesgo: Es la paciente que no presentaba factores de riesgo en el embarazo y en el parto no tuvo complicaciones, se identifica con color amarillo

Puérpera de riesgo (se identifica con el color rosa): es aquella mujer que fue catalogada con el color rojo en el embarazo o en el momento del parto y presentó una complicación severa como preeclampsia grave, eclampsia, morbilidad obstétrica extrema (MOE).

Recién nacido prematuro menor de 2000 gramos: es aquel que su nacimiento es antes de las 37 semanas de gestación y con un peso menor a 2000 gramos, se identifica con el color morado y se mantiene en el mapa hasta alcanzar edad gestacional corregida de 40 semanas y un peso mayor al percentil 25 en la curva de crecimiento de prematuro.

Identificación

Cada embarazada que se ubica en el mapa debe tener una identificación con datos básicos para poder consultarlos en cualquier momento:

- n° de expediente.
- Fecha de última regla.
- Fecha probable de parto.
- Fecha de parto, cuando es puérpera.

En el caso del recién nacido:

- Código único de nacimiento (CUN).
- Fecha de nacimiento.
- Fecha de alta del hospital.

El uso del mapa obstétrico y de prematuridad es para disponer de un registro gráfico y corresponde a los establecimientos de primer nivel de atención, se debe ubicar en un lugar visible para los tomadores de decisiones y personal operativo. Debe ser actualizado al menos cada mes para contar con información reciente para la toma de decisiones. Sin embargo si se identifica un cambio en la tipificación de la embarazada (ejemplo: de riesgo bajo a alto riesgo), se debe actualizar inmediatamente se le cataloga en otra clasificación y se da el respectivo seguimiento.

El mapa debe de ser de fácil manejo y accesible al personal involucrado en el quehacer de la vigilancia o seguimiento. Esta tipificación permite desarrollar acciones educativas comunicacionales a la pareja y entorno familiar cercano a la gestante y el prematuro.

Este instrumento de vigilancia epidemiológica y seguimiento de gestantes, puérperas y prematuros está diseñado para adaptarse a los requerimientos y necesidades de las direcciones, de las regiones de salud y de los establecimientos en sus diferentes niveles de complejidad.

Seguimiento de gestantes y puérperas

Luego que se identifica una posible gestante, se debe comunicar al personal responsable de la zona o sector.

En el caso de las usuarias que presenten una morbilidad obstétrica extrema (MOE) y su convalecencia sea más allá del puerperio, el personal de salud del establecimiento del primer nivel será responsable de su seguimiento.

Visitas:

Embarazadas sin factor de riesgo identificado:

- Visita de seguimiento a gestantes que no acuden oportunamente a sus controles prenatales.
- Visitas programadas para detección de riesgos actuales.

Embarazadas con factor de riesgo identificado:

- Atenciones y visitas de acuerdo a lineamientos establecidos y problema encontrado

Embarazadas con alto riesgo identificado.

- Seguimiento muy cercano con atenciones por especialista, visita comunitaria por personal multidisciplinario de acuerdo a condición y riesgo de paciente (no hay número limitado de atenciones y visitas).

Puérperas

Identificar en el mapa las embarazadas que ya verificaron parto y mantenerlas en él, hasta el cumplimiento de los 42 días.

Hacer visita domiciliaria a las gestantes que han tenido parto de acuerdo a lo establecido en el presente lineamiento.

Identificación de pacientes embarazadas de alto riesgo con brazaletes o pulseras

Una vez identificada una paciente embarazada de alto riesgo obstétrico, el personal de la UCSF o del hospital, debe proporcionar una pulsera o brazaletes elástico con el objetivo de identificarla. Se aconsejará a la paciente que el uso de esta identificación es permanente en todo el embarazo y debe mostrarlo en cada visita a la UCSF, hospital en el seguimiento comunitario por promotor de salud o equipo comunitario.

El objetivo del uso de este brazaletes o pulsera es identificar a una paciente con alto riesgo obstétrico, permitiendo priorizar su atención para el seguimiento, en la atención en las UCSF, en las unidades de emergencia y para profundizar en las historias clínicas en la consulta externa

Pruebas de bienestar fetal

Monitoreo fetal no estresante (NST)

Prueba de bienestar fetal que se realiza mediante el registro y análisis de los cambios de la frecuencia cardíaca fetal, relacionados con los movimientos espontáneos del feto.

Puede realizarse a partir de las 32-34 semanas de embarazo.

Indicaciones:

- Hipomotilidad fetal.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Embarazo postérmino.
- Oligohidramnios o polihidramnios.
- Embarazo múltiple.
- Mortinato previo.
- Trastornos hipertensivos del embarazo.
- Enfermedades maternas crónicas concomitantes.
- Otras que el especialista considere necesaria.

Parámetros a evaluar:

- Frecuencia cardíaca fetal (FCF) basal: es normal de 120-160 lpm.
- Variabilidad a largo plazo (fluctuación de la FCF basal durante un minuto o más): Es normal de 6 a 25 lpm.
- Cambios de la FCF con los movimientos fetales.

NST reactivo: Cuando se producen 2 aceleraciones de la FCF de más de 15 latidos, con una duración de por lo menos 15 segundos, en un lapso máximo de 20 minutos, relacionados con los movimientos fetales. El NST reactivo es indicativo de bienestar fetal.

NST no-reactivo: Cuando los movimientos fetales no se asocian a ascensos durante 20 minutos de observación. Acciones: 1. Estimular al bebé gentilmente; 2. Cambiar de posición a la paciente; 3. Prolongar el trazo por 20 minutos más 4. Si la paciente está en ayuno (8 horas sin aporte calórico); si la paciente no es diabética, debe dar una bebida azucarada y 5. Indicar deambulación. Repetir NST 30 minutos después. Si persiste no-reactivo: Indicar perfil biofísico o prueba de recarga con oxitocina (**OCT**).

NST no satisfactorio: Cuando no se presentan movimientos fetales o no se grafica adecuadamente la FCF durante los 20 minutos de observación. Acciones: las mismas que para el NST no reactivo. Si no se registra la FCF adecuadamente, cambiar de monitor. Si persiste no-satisfactorio, indicar o referir para perfil biofísico.

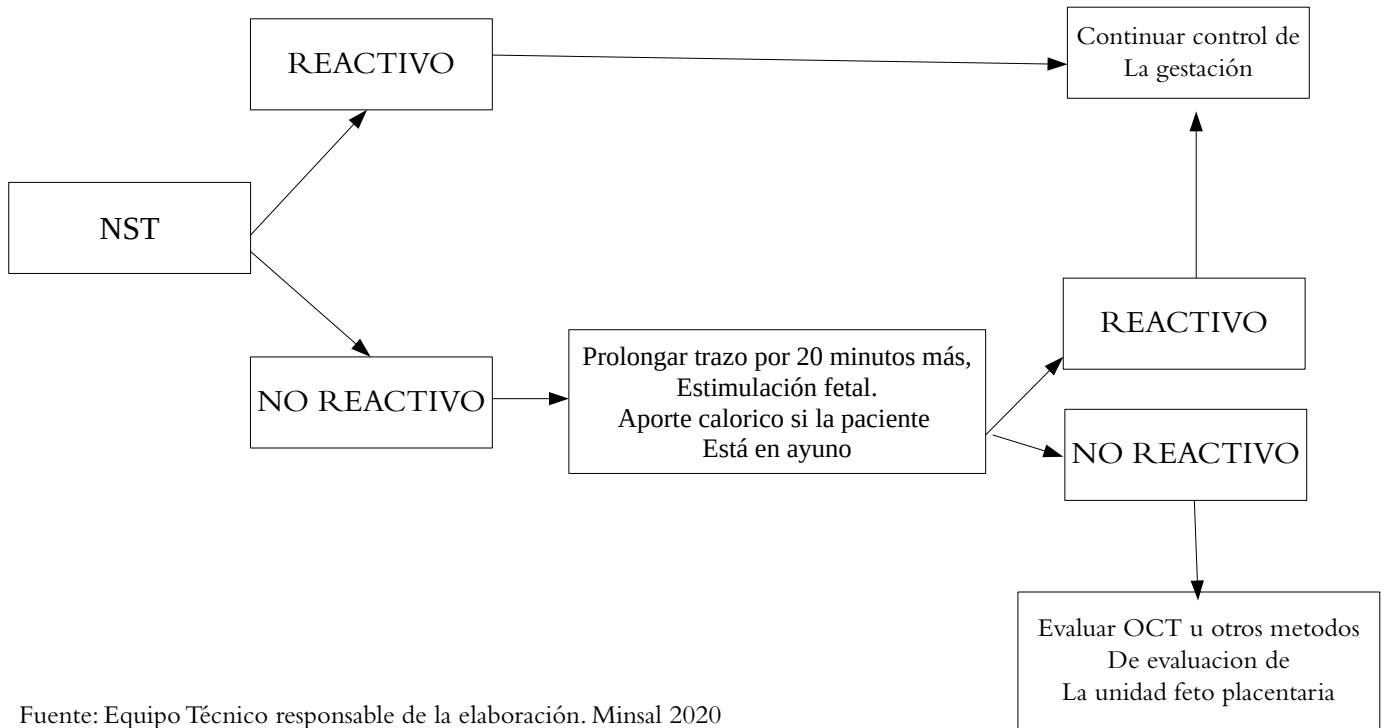
Hallazgos anormales:

- Bradicardia: FCF <110 lpm por 4 minutos o más;
- Taquicardia: FCF >160 lpm por 4 minutos o más;
- Variabilidad a largo plazo disminuida: < 5 lpm.
- Desaceleraciones variables atípicas: Se consideran patológicas. Se caracterizan por disminución de la FCF a menos de 80 lpm y una duración mayor o igual a 1 minuto.

Condiciones técnicas del monitoreo fetal electrónico

- Registrar en el papel del monitor:
 - Nombre y edad de la paciente.
 - n° expediente clínico de la paciente.
 - Fecha, hora de inicio y de finalización del estudio.
 - Interpretación del estudio, sello y firma del medico quien interpreta el trazo.
- La velocidad de registro en 1 o 3 cm/min.
- Posición de la paciente: semisentada o en decúbito lateral, evitando siempre la posición de decúbito supino, a fin de que no se produzca el síndrome hipotensivo supino y las alteraciones consiguientes de la frecuencia cardíaca fetal
- Si la paciente está sometida a un tratamiento farmacológico sedante, debe indicarlo, y, si fuese posible, debe realizarse la prueba antes de la toma de dicho fármaco.
- La paciente debe haber ingerido alimentos en las ultimas 4 horas.
- Palpación del abdomen en busca del dorso fetal (maniobras de Leopold).
- Auscultar el FCF con estetoscopio previa a la colocación del transductor.
- Registrar en el expediente el resultado del estudio y el plan de manejo.

Algoritmo de decisión de resultados de NST



Fuente: Equipo Técnico responsable de la elaboración. Minsal 2020

Perfil biofísico

Es una prueba de bienestar fetal que se realiza mediante la exploración ultrasonográfica de variables biofísicas del feto, en un tiempo máximo de 30 minutos, en combinación con el NST. parámetros que se evalúan: tono fetal; movimientos fetales; movimientos respiratorios; líquido amniótico; prueba no estresante (**NST**)

Valoración de parámetros:

- o Si está ausente: 0 puntos
- o Si está presente: 2 puntos

Indicaciones:

- o NST no reactivo.
- o Enfermedades crónicas maternas concomitantes.
- o Preeclampsia grave en manejo conservador.
- o Restricción del crecimiento intrauterino.
- o Embarazo múltiple.
- o Embarazo postérmino.
- o Oligohidramnios.
- o Mortinato previo.

Contraindicaciones: embarazos menores a 28 semanas de gestación.

Interpretación:

Puntaje de 8 a 10: el feto se encuentra en buenas condiciones. Se puede continuar embarazo.

Puntaje de 6:

1. Si el embarazo es de término y existe oligohidramnios, evacuar.
2. Si el embarazo es pretermino con líquido normal o oligohidramnios repetir en 12 horas y valorar flujometría doppler.

Puntaje de 4 o menos: hay compromiso fetal. Si embarazo es de término, está indicada la terminación del embarazo, si el embarazo es de pretérmino, tomar flujometría y decidir momento de la evacuación según resultado.

Requisitos:

- La madre no debe estar en ayuno.
- No debe haber actividad uterina.
- Es importante que el feto esté estimulado.
- Puede utilizar estimulación vibro acústica.
- No deberá estar bajo efectos medicamentosos de sedación en la madre o el feto.
- La posición materna puede alterar o inducir la actividad fetal.

Tabla 17: Interpretación del perfil biofísico

Variables	Puntaje	
	2	0
Variables agudas		
Movimientos respiratorios fetales	Mayor de 30 a 60 segundos de duración de movimientos respiratorios durante 30 minutos de observación.	menos de 30 segundos de duración de los movimientos respiratorios durante 30 minutos de observación
Movimientos fetales	Presencia de 3 o más movimientos fetales durante 30 minutos de observación. Con movimientos simultáneos de tronco y miembros o flexión de espina dorsal considerados como un solo movimiento.	Menos de 3 movimientos fetales durante 30 minutos de observación.
Tono fetal	Una flexión y extensión de cualquier extremidad o apertura y cierre de la mano dentro de un período de 30 minutos de observación.	No flexión o extensión de cualquier extremidad en un período de 30 minutos.
NST	Línea cardíaca fetal basal de 110-160 lpm con dos aceleraciones de 15 lpm por 15 segundos durante un período de 20 minutos si no hay reactividad prolongue la observación a 40 minutos.	Línea cardíaca fetal basal menor de 110 o mayor de 160; o menos de dos aceleraciones de 15 lpm por 15 segundos en 40 minutos de observación.
Variable crónica		
Líquido amniótico	Presencia de al menos un bolsillo de líquido amniótico que mida como mínimo 2 cm en dos planos perpendiculares	El mayor bolsillo de líquido amniótico mide menos 2 cm en dos planos perpendiculares.

Fuente: Daniel Cafici 3ra edición de acuerdo a Manning y Col. página 158

Flujometría doppler

Es el estudio doppler de la velocidad de la sangre en los vasos umbilicales y fetales (arteria cerebral media, ducto venoso).

Se mide: índice de pulsatilidad (IP), índice de resistencia (IR), relación sístole/diástole (S/D), presencia de muesca diastólica.

Es una prueba útil para el seguimiento de embarazos de alto riesgo.

Indicaciones de doppler obstétrico:

- Patologías maternas
 - Enfermedad hipertensivas producidas por el embarazo
 - Gestante con hipertensión crónica
 - Diabetes materna con vasculopatía periférica
 - Colagenosis: síndrome antifosfolipidos (SAF), lupus
 - Hemoglobinopatias (talasemias)
- Patologías fetales
 - Restricción del crecimiento intrauterino (sospecha de sufrimiento fetal crónico)
 - Oligoamnios.
 - Amniorrexis prematura.
 - Corioamnonitis.
 - Isoinmunización RH.
 - Gestación gemelar.
 - Gestación prolongada.
- Patologías placentarias (es indicativo de Doppler color de flujo placentario, para descartar acretismoplacentario).
 - Antecedente de placenta previa en embarazos anteriores
 - Placenta previa en embarazo actual

6. Atención del parto

El personal del Sistema Nacional Integrado de Salud promoverá y ejecutará el parto hospitalario seguro. Por lo que facilitará el mismo por medio de la consejería integral durante el continuo de la atención.

Parto

Proceso mediante el cual el producto de la concepción sale del organismo materno. Se admite como parto cuando la paciente cuenta con un embarazo mayor de 22 semanas y el feto tiene un peso mayor a los 500 gramos. En el enfoque de parto seguro, el nacimiento es considerado como una manifestación natural, significa que todas las mujeres tengan la posibilidad de vivir una experiencia segura y satisfactoria para ella y su recién nacido

Atención del parto

Es el conjunto de acciones humanizadas que se realizan con la mujer gestante con el fin de garantizar una correcta terminación de su embarazo, que se traduce en bienestar para la mujer y el recién nacido.

Períodos del parto

Primer período: borramiento y dilatación.

Incluye el inicio de trabajo de parto hasta la dilatación completa del cérvix.

Dentro del primer período es necesario manejar los siguientes conceptos:

- Borramiento: acortamiento y adelgazamiento progresivo de la longitud del cuello del útero medido en porcentaje del 0 a 100%.
- Dilatación: aumento del diámetro del canal cervical medido en centímetros (0 a 10).

El primer período presenta dos fases:

- a) Fase latente: actividad uterina irregular y leve. Dilatación del cuello menor de 4 cm.
- b) Fase activa: dilatación del cuello de 4 cm o más y al menos 2 contracciones con 20 segundos o más de duración en 10 minutos.

Segundo período: expulsivo

Inicia con la dilatación completa del cuello uterino y concluye con el nacimiento.

Tercer período: alumbramiento o período placentario

Inicia con la salida del recién nacido, y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas corioamnióticas.

Cuarto período: posalumbramiento

Comprende las dos horas siguientes al parto.

Objetivos de la atención del parto

1. Facilitar el acceso a la atención del parto seguro en el marco de los derechos sexuales y reproductivos con calidad y calidez, por personal debidamente calificado.
2. Contribuir a que la atención del parto sea un acontecimiento satisfactorio para la mujer y su familia.
3. Abordar a la mujer embarazada y a su familia como seres humanos integrales, quienes provienen de un entorno sociocultural específico.
4. Desarrollar con la mujer embarazada, su pareja y familia acciones informativas, de educación y consejería para lograr su participación activa y de colaboración en el proceso del parto y la crianza.
5. Aplicar el plan de parto con la participación comunitaria e intersectorial.
6. Operativizar adecuadamente el sistema de referencia y retorno en la red de establecimientos de salud.

Abordaje para la atención del parto

1. Todo establecimiento del SNIS que ofrezca servicios de atención de parto, debe disponer de los recursos esenciales para la adecuada atención de la usuaria de acuerdo su riesgo e identificar los casos a referir al nivel de mayor complejidad de forma pertinente y oportuna.
2. Se deberá promover el parto hospitalario humanizado.
3. En toda embarazada que ingrese a un establecimiento de salud para atención de parto, se debe revisar la agenda prenatal, brazaletes de alto riesgo, la hoja de referencia, el plan de parto, con el fin de identificar factores de riesgo y de realizar las intervenciones oportunas según el caso.
4. La atención del parto será realizada por personal debidamente capacitado.
5. La historia clínica perinatal, agenda prenatal, historia clínica completa, anotaciones en hoja del plan de parto y el partograma, así como los procedimientos clínicos, deben ser aplicados en forma correcta para garantizar la atención segura y de calidad de la embarazada y del recién nacido.

6. En el primer nivel de atención se atenderán partos únicamente ante la presencia de un parto inminente, el cual debe ser atendido por personal calificado, refiriéndose a la paciente y al recién nacido estables y a la brevedad posible al hospital que corresponda para evaluación.
7. Toda mujer en trabajo de parto debe ser tratada con respeto, asegurando su privacidad sin ningún tipo de agresión física, verbal o psicológica.
8. La participación de la pareja, esposo u otro miembro de la familia, que la gestante desee durante el parto, deberá ser promovido en los casos que esto sea posible, de acuerdo a la capacidad instalada del establecimiento que brinda la atención.
9. Se debe promover la participación activa de la gestante y del miembro de su grupo familiar que la acompaña.
10. Se debe promover el contacto piel a piel con el recién nacido y el inicio de la lactancia materna.
11. Promover con la madre y su grupo familiar la importancia del registro oportuno del recién nacido en la alcaldía correspondiente.
12. Elaborar o actualizar el expediente clínico que debe contener historia clínica completa, identificando antecedentes materno-perinatales y factores de riesgo.
13. A toda embarazada que no haya tenido control prenatal, se le debe tomar exámenes de laboratorio, según perfil prenatal, incluyendo la prueba de tamizaje para VIH y sífilis, previa consejería y consentimiento informado. Los resultados serán evaluados previo al parto, si es posible y siempre antes del alta.
14. Toda mujer en trabajo de parto pretérmino en evolución, menor de treinta y cuatro semanas de gestación, que consulta a un establecimiento que no cuenta con capacidad resolutive para la atención del recién nacido de esta edad gestacional, deberá ser referida a un hospital regional o especializado. Se debe considerar siempre la distancia en relación a la evolución del trabajo de parto, para evitar la ocurrencia de este durante el traslado.
15. Realizar el monitoreo fetal electrónico, si es necesario de acuerdo a cada caso y según la capacidad instalada.
16. Se recomendará la deambulacion alterna con reposo, posición sentada y decúbito lateral izquierdo, a fin de mejorar el trabajo de parto, respetando las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación.
17. Recomendar la hidratación por vía oral, evitar el empleo rutinario de hidratación intravenosa, analgésicos y sedantes, durante el trabajo de parto normal a menos que existiera alguna indicación como en pre eclampsia grave.
18. No aplicar de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto, ni la ruptura artificial de membranas. Si se realizan, deberán tener la justificación de su realización por escrito en el expediente y realizar estrecha vigilancia médica.
19. No realizar de manera rutinaria el rasurado del periné, ni enema evacuante.

20. No se recomienda episiotomía en forma rutinaria. Se realizará episiotomía selectiva en los casos siguientes:
- Presentación pélvica en embarazo mayor de 28 semanas.
 - Antecedente de cesárea anterior
 - Fetos grandes
 - Cicatrices en zona de periné si lo amerita
 - En aquellas condiciones en donde se considere por indicación obstétrica su realización en cuyo caso deberá ser justificado en el expediente clínico: como la distocia de hombros.

21. Si se presenta alguna de las siguientes condiciones, se debe evaluar la capacidad resolutive, si es insuficiente, se debe referir oportunamente al nivel de mayor complejidad.
- Prolapso de cordón (urgencia obstétrica, en cuyo caso deberá restituirse el mismo durante el traslado)
 - Eclampsia.
 - Preeclampsia
 - Hemorragia del tercer trimestre: placenta previa, abruptio placenta
 - Embarazo pretérmino y con trabajo de parto establecido
 - Embarazo postérmino
 - Embarazo múltiple
 - Presentación fetal anormal
 - Distocia de posición
 - Desproporción feto-pélvica evidente o sospechosa
 - Ruptura prematura de membranas
 - Tabiques vaginales u obstáculos en el canal del parto
 - Anemia, con hemoglobina menor de 10 g/dl.
 - Incompatibilidad sanguínea
 - Feto con complicaciones: sospecha de restricción del crecimiento intrauterino o de malformaciones congénitas
 - Enfermedades maternas crónicas: cardíacas, renales, tuberculosis activa, diabetes mellitus, entre otras.
 - Sospecha de patologías placentarias
 - Madre con VIH

Manejo del primer periodo: fase de latencia

- Reciba con calidez a la embarazada. Identifíquese y explíque lo que va a realizar. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.
- Realice una buena anamnesis.
- Brinde apoyo emocional continuo.
- Si la embarazada no tiene historia clínica, complete la hoja de historia clínica perinatal y realice una historia clínica completa.
- Si la embarazada ya tiene hoja de historia clínica, complétela o actualícela, identificando factores de riesgo y antecedentes materno-perinatales.
- Asegúrese de solicitar y tener registro de hematocrito y hemoglobina, tipo sanguíneo, PRS, RPR, HIV (con previa consejería), creatinina, en la historia clínica materno perinatal (Si estos están reportados desde el control prenatal en segundo perfil, no es

- necesario duplicarlos)
- Considerar en algunos casos otros exámenes.
 - Realice medición de peso y talla materna.
 - Tome signos vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
 - Mida la altura uterina para estimar el peso fetal y relacionar con amenorrea.
 - Realice maniobras de Leopold para determinar situación, posición, presentación y si el feto esta fijo a pelvis (véase figura maniobras de Leopold)
 - Verifique frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas.
 - Ausculte frecuencia cardíaca fetal.
 - Realice el primer tacto vaginal en condiciones de asepsia y con guantes descartables o estériles (según estado de membranas) para:
 - Estimar puntaje de Bishop
 - Determinar estado de las membranas ovulares (integras o rotas).
 - Establecer si existe salida transvaginal de líquido amniótico, sangre, tapón mucoso o leucorrea.
 - En caso de ruptura de membranas, definir y confinar en el expediente las características del líquido amniótico (color, olor con o sin grumos, teñido de meconio o meconial) así como especificar el tiempo de evolución.
 - Efectuar evaluación clínica de la pelvis y calcular el peso fetal estimado (véase valoración clínica de la pelvis y peso fetal estimado) si son proporcionales, continúe con el protocolo de atención de parto seguro y normal.
 - Si no son proporcionales, protocolo de parto distócico basado en el partograma.
 - Si una embarazada con riesgo social consulta por falso trabajo de parto pero ya tiene 38 semanas o más de gestación, debe ingresarla para observación o debe referirla al hogar de espera materna accesible al establecimiento de salud.
 - Si la mujer embarazada es diagnosticada en trabajo de parto, debe ser ingresada
 - Si detecta factores de riesgo, y su establecimiento no cuenta con capacidad resolutive, debe referir al hospital del siguiente nivel de atención

Maniobras de Leopold



La primera maniobra

El examinador palpa suavemente el fondo del útero con las puntas de los dedos de ambas manos para definir qué polo fetal se encuentra en él. Con ella tenemos idea de la situación y presentación fetal.

La segunda maniobra

Se colocan las palmas de las manos a cada lado del abdomen y se ejerce una presión suave pero profunda. En un lado se palpa una estructura dura y resistente, y al otro lado se palpan numerosas partes pequeñas e irregulares, las extremidades fetales. Nos sirve para establecer la posición del dorso.





La tercera maniobra

Empleando el pulgar y los dedos de una mano el examinador toma una porción del abdomen materno inferior, justamente encima de la sínfisis del pubis. Si la presentación no está encajada (fija) se puede palpar un cuerpo móvil, generalmente la cabeza fetal. Con ella confirmamos la primera maniobra y sabemos si el feto está fijo a pelvis o flotante.

La cuarta maniobra

Se realiza solo si el feto está fijo a pelvis y la presentación es cefálica. Sirve para conocer la actitud fetal. El examinador mira hacia los pies de la madre, y con la punta de los tres primeros dedos de cada mano ejerce presión profunda en dirección del eje del estrecho superior de la pelvis.



En el caso de una presentación cefálica de cara, la trayectoria de una de las manos se interrumpirá antes que la de la otra por una parte redondeada (la prominencia cefálica occipital), mientras que la otra mano podrá descender con más profundidad hacia el interior de la pelvis. En el caso de una presentación de vértice, (la prominencia cefálica frente) se encuentra del mismo lado que las pequeñas partes; . La facilidad con que se palpa la cabeza indica el grado de descenso fetal.

Valoración clínica de la pelvis y cálculo del peso fetal estimado

Durante el examen vaginal, valore los diámetros de referencia de la pelvis femenina adecuada para un parto vaginal. Una reducción notoria de uno o más diámetros plantean la posibilidad de distocia.

- Estrecho superior: diámetro mínimo 10.5 cm.
Introduzca los dedos índice y medio en dirección al promontorio (unión de la quinta vértebra lumbar con la primera sacra) para valorar el diámetro conjugado obstétrico.
- Estrecho medio. Diámetro mínimo 10 cm.
Descienda sus dedos por la cara anterior del sacro para confirmar su concavidad. Al llegar al nivel de las espinas lateralice sus dedos para valorar la prominencia de las espinas isquiáticas y el diámetro interespinoso.
- Estrecho inferior o de salida: ángulo normal de 90 a 100 grados. Diámetro mínimo 8 cm.
Descienda los dedos hasta la región de la prominencia sacro - coccígea para valorar su prominencia. Al salir de la vagina con sus dos dedos lateralizados valore el ángulo subpúbico. Con el puño cerrado presione contra el periné a nivel de las tuberosidades isquiáticas.

Cálculo del peso fetal estimado

Para el cálculo del peso fetal clínico se utiliza el método de Johnson y Toshach:

1. Altura uterina; para la medición de la misma, se coloca el extremo inferior de la cinta métrica con la mano derecha sobre el borde superior de la sínfisis del pubis y el extremo inferior con la mano izquierda, con la cinta colocada entre los dedos índice y medio, limitando perpendicularmente al extremo superior del útero.
2. A estos valores se les resta 12, en las presentaciones por encima de la espina ciática, y 11 a las presentaciones al nivel o por debajo de las espinas ciáticas.
3. Esta diferencia es multiplicada por 155 y este es el valor estimado clínico del peso fetal.

Fórmula

PFE= AU -12 X 155 (en estación -1 a -3)

PFE= AU - 11 X 155 (En estación 0 a +3)

Manejo del primer período: fase activa

Llenado de partograma OMS

El partograma debe llenarse de manera obligatoria y en forma completa en embarazos de término y feto único.

Partograma OMS

En la cuadrícula principal controle y grafique:

- La dilatación representada por una "X" iniciando a los 4 cm de dilatación cervical, justo debajo la línea de alerta.
- El descenso fetal representado por un óvalo con su variedad de posición dependiendo de la estación donde se encuentre la presentación fetal utilizando la escala de las estaciones de Lee (de -3 a +3)

Evaluación de la progresión del trabajo de parto entre la línea de alerta y la línea de acción le ayudará para tomar decisiones y realizar intervenciones.

Si la línea real de dilatación de la paciente se desplaza:

- Hacia la izquierda o justo sobre la línea de alerta, significa que la evaluación del trabajo de parto es normal y que no necesita de ninguna intervención
- Si pasa hacia la derecha de la línea de alerta pero no alcanza la línea de acción (en el corredor de la línea de alerta y la línea de acción), es un trabajo de parto aún normal, pero que podrá necesitar de algunas intervenciones como vigilancia más estricta, deambulación de la paciente, hidratación oral y amniotomía, si tiene cinco centímetros o más (para realizar la amniotomía la cabeza fetal debe estar encajada, bordeada por el cuello uterino para evitar el prolapso del cordón umbilical). Si no se tiene capacidad instalada para realizar una cesárea o alguna otra intervención necesaria, debe ser referida.
- Si llega a la línea de acción necesita hacer una reevaluación del caso para descartar una DCP por el personal de mayor experiencia, evaluar las condiciones maternas neonatales, la contractilidad uterina, grado de hidratación, estado de agitación de la paciente y globo vesical; corregir cualquier anomalía, sobre todo las relacionadas con la contractilidad uterina.
- Deberá además decidir si puede continuar el trabajo de parto de forma segura por lo que reevaluará el caso el médico de mayor jerarquía.
- Cuando ha sobrepasado dos horas a la derecha de la línea de acción a pesar de haber realizado un manejo activo de trabajo de parto, indique cesárea independiente de que no exista ningún signo de DCP.

Llenado de partograma CLAP/OPS

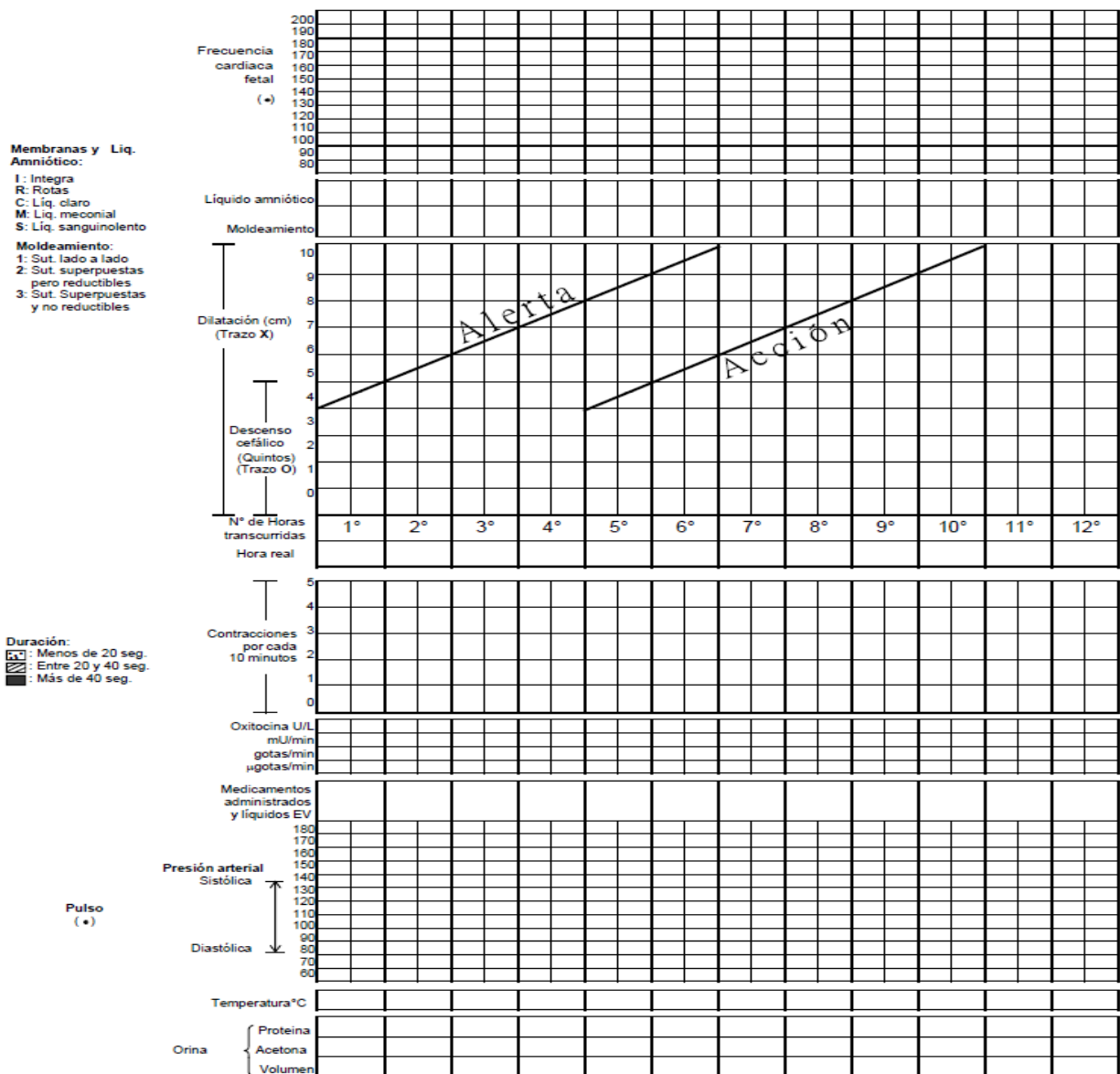
En la cuadrícula principal del partograma controle y grafique:

- La curva de alerta de la dilatación cervical: escoja en el extremo superior izquierdo del partograma los datos para la construcción correcta de la curva de alerta en horas

dependiendo de la posición, paridad y estado de las membranas. Grafique en línea punteada la curva adecuada alcanzados o superados los 4 cm de dilatación cervical.

- La curva real de la dilatación cervical: registre con un punto que haga coincidir la hora de examen con la dilatación obtenida en el tacto vaginal, los cambios de dilatación cervical en la fase activa de la primera etapa del trabajo de parto. Una secuencialmente con línea continúa los puntos de los tactos vaginales posteriores.
- La curva de descenso de la presentación fetal: confirme durante el examen vaginal la altura de la presentación fetal, use las estaciones de Lee o los planos de Hogde cuya correspondencia se ubica en el extremo vertical derecho de la hoja de partograma.
- Evaluación de la progresión del trabajo de parto: La comparación entre curva real y la curva de alerta le ayudará para tomar decisiones y realizar intervenciones.
- Si la curva real se desplaza:
 - Hacia la izquierda o justo sobre la curva de alerta, significa que la evolución del trabajo de parto es normal.
 - Hacia la derecha de la curva de alerta, significa que el progreso de trabajo de parto es lento y es necesario realizar algunas intervenciones. Hacer una re-evaluación del caso para descartar una DCP por el personal de mayor experiencia, evaluar las condiciones maternas neonatales, la contractilidad uterina, grado de hidratación, estado de agitación de la paciente, si hay globo vesical; corregir cualquier anormalidad, sobre todo las relacionadas a la contractilidad.
- Deberá además, decidir si puede continuar el trabajo de parto de forma segura, por lo que debe re-evaluar el caso el médico de mayor jerarquía.
- Cuando ha sobrepasado dos horas a la derecha de la curva de alerta, a pesar de haber realizado un manejo activo de trabajo de parto, indique cesárea independientemente que no exista ningún signo de DCP.

Partograma OMS



Fuente: Pedro Luis Garriazo. Partograma Modificado de la OMS. 2011. Bogotá Colombia

Partograma CLAP-OPS

POSICIÓN	VERT.		HORIZONTAL			NOMBRE Y APELLIDOS	dia mes año			Nº DE HISTORIA CLÍNICA	
	TODAS	MULTIPARAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS	NULLIPARAS		dia	mes	año	1	2
MEMBRANAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS	ROTAS	INTE-GRAS	ROTAS	PARTOGRAMA - CLAP - OPS/OMS					

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p/O	1-15		0-15		0-35		0-30		0-20	
	1-25	0-25	0-10	0-35	0-35					
	1-35	0-40	0-35	0-40	0-50					
	1-00	0-55	0-35	1-00	1-05					
	1-15	1-25	1-35	1-30	1-25					
	2-10	2-30	2-30	3-15	2-30					

LINEA DE BASE DESDE LA CUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

PLANOS DE HOGE 1		VARIACION DE POSICION	
DILATACION CERVICAL	_____	_____	_____
ROTURA ESPONTANEA MEM.	_____	_____	_____
ROTURA ARTIFICIAL MEM.	_____	_____	_____

INTENSIDAD		LOCALIZACION	
Fuerte	+++	Suprapúbica	SP
Normal	++	Sacro	S
Debil	+		

FRECUENCIA CARDIACA FETAL	
Dos tipo I (Respiración presoc)	_____
Dos tipo II (Desaceleración tardía)	_____
Dos variables (Respiración variable)	_____
Recurvo	_____

POSICION MATERIA	
Lat. Derecha	_____
Lat. Izquierda	_____
Dorsal	_____
Sensitada	_____
Sentada	_____
Perineo o cesareo	_____

SCHWARZ F., DIAZ A.G. NETO, FCLAP. P&A Clínica IP HES, 1987. Montevideo, Uruguay.

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICION MATERIA																
TENSION ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDIACA FETAL																
DURACION CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLOR																

Fuente: Centro Latinoamericano de Perinatología 2001

Manejo del primer periodo, fase activa

Tacto vaginal, hidratación, signos de parto inminente

Efectúe tacto vaginal cada dos horas en condiciones de asepsia, utilice guantes descartables o estériles (según estado de membranas) Si las membranas están rotas, limite el número de tactos vaginales. De acuerdo al criterio médico si se requieren tactos vaginales más frecuentes, deberá justificarse la razón en el expediente clínico.

Hidrate a la paciente por vía oral, con pequeñas cantidades de agua (sorbos de 30 cc) si no hay contraindicación.

En ambos formatos del partograma se deben registrar los siguientes aspectos:

- Tensión arterial, mínimo cada hora durante trabajo de parto.
- Actividad uterina: Frecuencia, duración e intensidad en diez minutos cada 30-60 minutos.
- Frecuencia cardíaca fetal: cada treinta minutos durante fase activa.

Registrar los medicamentos prescritos en hoja de indicaciones médicas, partograma y HCP (nombre, dosis y vía de administración).

Identificar signos de parto inminente: distensión del periné, coronamiento, dilatación del ano.

Pase a la paciente a la sala de atención de parto cuando tenga dilatación completa (10 cm) y la presentación fetal se encuentre a estación +2 o +3.

Tabla 18. Intervenciones a realizar cuando hay desviación de la curva real a la derecha de la de alerta

Evaluación	Intervención	Resultado
Posición de la paciente	Decúbito lateral	El decúbito lateral permite contracciones menos frecuentes pero de mayor intensidad y duración.
Hidratación	Hidratación intravenosa: Administre una carga de solución cristaloide por vía intravena: 500 cc de SSN o Hartman #1.	La hidratación hace que las contracciones sean efectivas.
Estado de vejiga	Permita el vaciamiento vesical espontáneo. Si no es posible, realice cateterismo vesical.	Al corregir el globo vesical, mejorará la actividad uterina y se producirá el descenso de la presentación.
Actividad uterina	Indique conducción con oxitocina si hay menos 3 contracciones de 40 segundos de duración en un lapso de 10 minutos en fase activa	Mejorar dinámica uterina para que el cuello dilate a velocidad de 1 a 1.5 cm por hora.
Estado de membranas fetales	Realice amniotomía si la dilatación cervical es ≥ 5 cm recordar que para realizar la amniotomía la cabeza fetal debe estar bien encajada sobre el cuello uterino y que no de desaloje de la pelvis durante el procedimiento para evitar el prolapso del cordón umbilical	Acortar la duración del trabajo de parto en un promedio de 50 minutos.
Ansiedad de la usuaria	Utilice métodos no invasivos para reducir la ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> • Masaje en región lumbosacra. • Técnicas de relajación. • Apoyo psico-afectivo. Si no funcionan utilice métodos farmacológicos: Administre analgesia o sedación, si la paciente tiene menos meperidina 100 mg disueltos en 100 cc de SSN, en infusión IV lenta. (Debe disponer de naloxona para revertir depresión respiratoria secundaria). <ul style="list-style-type: none"> • Anestesia epidural. 	Disminuir ansiedad de la usuaria.

Comité técnico 2020

Vigilancia fetal intraparto. Segundo y tercer trimestre

La vigilancia fetal intraparto es una herramienta crucial del cuidado obstétrico, esta puede realizarse mediante el monitoreo fetal electrónico (MFE) o auscultatorio intermitente (AI).

El objetivo de la vigilancia intraparto es proteger al feto, reducir la hipoxia durante el trabajo de parto y realizar una intervención obstétrica oportuna.

El método utilizado (auscultatorio intermitente o electrónico) dependerá de las condiciones clínicas y de los recursos con los que se cuente en el establecimiento.

Comparando el MFE continuo y AI, no han demostrado diferencias en obtener un mejor resultado perinatal a mediano ni largo plazo, el MFE continuo si ha demostrado un incremento significativo en partos operatorios y cesáreas. Embarazos de alto riesgo (por ejemplo, la preeclampsia, sospecha de restricción del crecimiento, diabetes mellitus tipo I deben ser

observadas continuamente durante el parto.
Realizar cardiocotografía (MFE) continua si alguno de los siguientes factores de riesgo se producen durante el parto:

- Sospecha de corioamnionitis, sepsis, o temperatura $\geq 38^{\circ} \text{C}$
- Hipertensión
- Uso de oxitocina
- Presencia de meconio
- Sangrado vaginal

Si se utilizó cardiocotografía continua debido a las preocupaciones que surgen de la auscultación intermitente, pero el trazado es normal después de 20 minutos de observación, se debe retirar la cardiocotografía y volver a la auscultación intermitente

Auscultación intermitente (AI)

La auscultación intermitente (AI) con estetoscopio o doppler, debe realizarse durante 30 segundos antes, durante y después de la contracción uterina de igual manera durante 30 segundos entre las contracciones, para estimar la FCF basal, esto debe realizarse durante diez minutos para registrar también las contracciones uterinas.

Este control se debe repetir cada treinta minutos durante el trabajo de parto en los embarazos de bajo riesgo y más frecuentemente en los embarazos con riesgo de hipoxia.

La AI debe realizarse también ante otras situaciones como posterior a una amniotomía, después de anestesia epidural durante el trabajo de parto, ante evidencia de alteraciones de la contractilidad uterina. Cuando se evidencia alguna alteración se utiliza otro método para corroborarlo como es el MFE.

Técnica:

1. Realizar maniobras de Leopold para identificar la posición del dorso fetal.
2. Colocar doppler o estetoscopio en la región abdominal donde se encuentra el dorso u hombro fetal.
3. Palpar el pulso materno simultáneamente a la auscultación de la FCF para diferenciar entre los dos y así descartar el monitoreo de la FC materna debido a venas de localización cercana. Esta diferenciación debe llevarse a cabo al inicio de cada monitorización, así como en cualquier momento en que la FCF sea anormal.
4. Palpar el abdomen para cuantificar las contracciones uterinas, su intensidad, duración y cantidad, contar el tiempo entre las contracciones y ausculte la FCF entre las mismas durante 10 minutos para establecer la FCF basal.
5. Contar la FCF por 60 segundos durante y después de las contracciones para conocer la respuesta fetal a las mismas.
6. Deberá registrar la FCF basal en el partograma.

Manejo e interpretación:

- Auscultación normal FCF basal entre 120 y 160 latidos por minuto o aceleraciones de 15 latidos durante 15 segundos.
- Auscultación alterada FCF basal con taquicardia >160 lat/min o bradicardia <120 lat/min o desaceleraciones (<120 latidos por minuto durante 15 segundos)
- Si está alterada se recomienda mejorar la perfusión fetal: disminución de la contractilidad uterina, hidratación, cambio de posición materna.
- Suspender la oxitocina, instalar MFE si dispone del recurso y evaluación clínica del caso.

Tabla 19: Factores de riesgo que indican necesidad de convertir auscultación intermitente a monitorización electrónica fetal continua

Maternos	Fetales
FC (medida entre contracciones) mayor de 120 lpm en 2 ocasiones separadas durante 30 minutos	Presentación de nalgas no diagnosticada; situación transversa u oblicua (revisar la vía del parto)
En casos de preeclampsia leve y grave	Feto flotante en fase activa de trabajo de parto
Fiebre (definida por 38.0 °C una vez o 37.5 °C en 2 ocasiones, separadas por 1h)	FCFb < 110 o >160 lpm, o inapropiado para la edad gestacional.
Cualquier sangrado vaginal superior al esperado	Dos desaceleraciones de la FCFb detectadas después de 2 contracciones sucesivas en la AI
Presencia de meconio si el parto no es inminente	
Dolor persistente entre contracciones	
Analgesia epidural	

Fuente: Comité Editorial de www-physiology.com Guía de monitorización fetal intraparto basada en fisiopatología, 2018

Monitoreo fetal electrónico (MFE)

Indicaciones:

- Documentar alguna alteración de la línea basal de la FCF detectada en la Auscultación intermitente (AI).
- Si la auscultación intermitente es imposible de realizar (obesidad, gemelaridad, polihidramnios).
- En los embarazos de alto riesgo con fetos con alto riesgo de hipoxia intraparto como: RCIU, post-termino, pretérmino, pre-eclampsia, HTAC, diabetes pregestacional, coriamnionitis
- En las distocias del trabajo de parto (parto prolongado, pruebas de trabajo de parto)
- Ante la detección de meconio en el trabajo de parto.
- Edad gestacional de <37 o > 42 semanas
- Inducción de parto
- Administración de oxitocina
- Hemorragia ante o intraparto
- Cicatriz uterina (cesarea o miomectomía previas)
- Ruptura de membranas
- Flujometría Doppler anormal

Técnica del monitoreo fetal electrónico (MFE)

- Colocar a la paciente en decúbito dorsal con respaldo a 30° en una posición cómoda, identifique la FCF coloque el doppler del monitor y ajústelo, luego que adopte la posición de decúbito lateral.

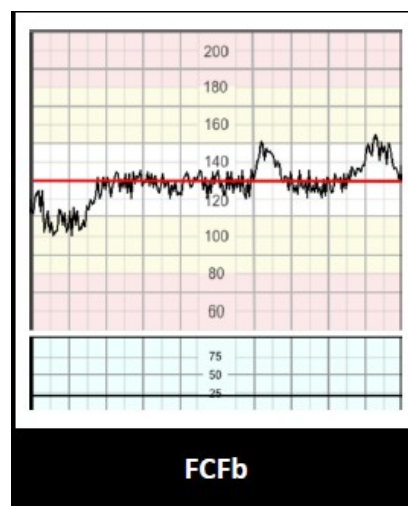
- La velocidad del trazado es entre 1 y 3 cm/minutos se recomienda fijarla a una velocidad de 1 cm/minuto. Sin embargo la velocidad 3 cm por minuto es necesaria en ocasiones para precisar el tipo de desaceleraciones.
- Los transductores tanto de la FCF como para la dinámica uterina, deben ajustarse sobre el abdomen de la paciente en forma apropiada para registrar la información correctamente.
- Registrar el número de expediente, nombre, edad de la paciente, fecha y hora en el trazo de MFE tomado, escriba interpretación del resultado en el expediente clínico.

Línea basal

Definición: frecuencia cardíaca fetal (FCF) promedio en un trazado de 10 minutos. Se redondean los cambios en más o menos 5 latidos, excluyendo los períodos de variabilidad marcada, si el trazo dura menos de 2 minutos no se puede valorar la FCF basal, se clasifica en:

Tabla 20. Frecuencia cardíaca fetal

Normal	120-160 lat/min
Bradycardia	< 120 lat/min
Taquicardia	> 160 lat/min



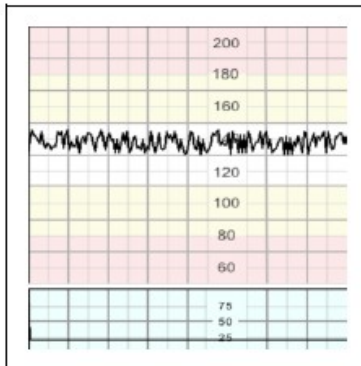
Fuente: Comité Editorial de www-physiology.com Guía de monitorización fetal intraparto basada en fisiopatología, 2018

Variabilidad basal

Definición: fluctuaciones de la línea basal del registro de la FCF que son irregulares en amplitud y frecuencia. La variabilidad es visiblemente cuantificada como la amplitud del ascenso y descenso en latidos por minuto.

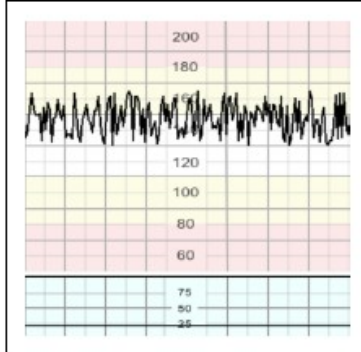
Tabla 21. Amplitud de rangos

Ausente	La amplitud del rango no es detectable
Reducida	Amplitud del rango detectable pero menor o igual a 5 latidos por minuto
Moderada (normal)	Amplitud del rango 6-25 latidos por minuto
Marcada o saltatoria	Amplitud del rango mayor de 25 latidos por minuto



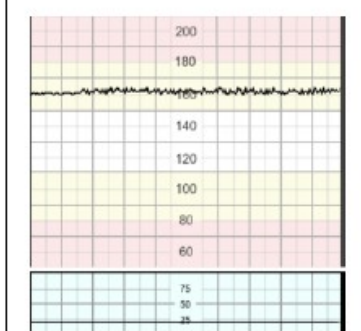
Amplitud de banda de 6 – 25 lpm.

Variabilidad normal



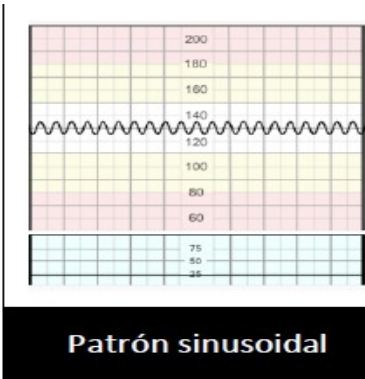
En caso de identificarse durante segunda fase del parto o durante desaceleraciones es probable que se requiera de actuación urgente. Un patrón saltatorio que dure más de 30 minutos puede indicar hipoxia incluso en ausencia de desaceleraciones.

Patrón saltatorio



Variabilidad disminuida o ausente: sospechar afectación SNC, si es embarazo de termino finalizarlo en corto plazo (menos de una hora). En el caso de un embarazo prematuro se debe analizar cada caso en particular.

Variabilidad reducida



Ondulación regular y suave que recuerda a una onda sinusoidal, con una amplitud de 5–15 lpm y una frecuencia de 3- 5 ciclos en 1 minuto, dura más de 30 minutos y ausencia de aceleraciones.

La base fisiopatológica del patrón sinusoidal ocurre en asociación a la anemia fetal severa, en casos de isoinmunización anti-D, hemorragia materno-fetal, Síndrome de transfusión feto-fetal y rotura de vasa previa. También ha sido descrito en casos de hipoxia fetal aguda. Se asocia con muerte fetal inminente, amerita evacuación inmediata

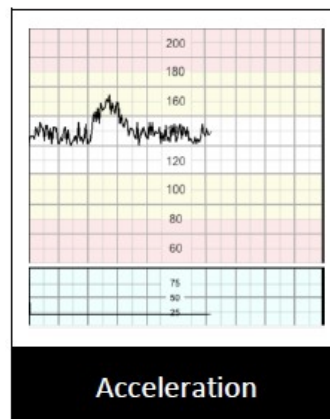
Fuente: Comité Editorial de www-physiology.com Guía de monitorización fetal intraparto basada en fisiopatología,

2018

Aceleraciones

Definición: a partir de las 32 semanas, > 15 latidos por minuto por encima de la FCF basal con una duración de 15 segundos o más, pero menos de 2 minutos. Antes de las 32 semanas de gestación, 10 o más latidos por minuto, con una duración de 10 segundos, pero menos de 2 minutos.

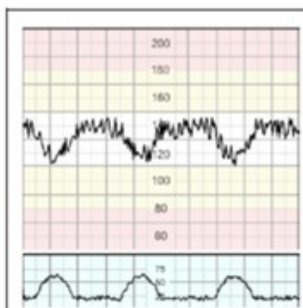
Usualmente se asociación al movimiento fetal, examen vaginal, contracciones uterinas, compresión de vena umbilical estimación del cráneo fetal o estimulación acústica externa. Su presencia es considerada un signo de bienestar fetal.



Fuente: Comité Editorial de www-physiology.com Guía de monitorización fetal intraparto basada en fisiopatología, 2018

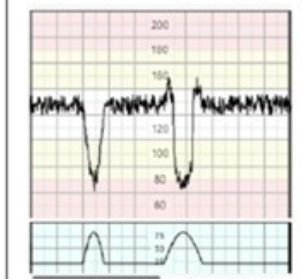
Desaceleraciones:

Descenso en la FCF por debajo de la línea basal de más de 15 lpm de amplitud y dura más de 15 segundos. Son una respuesta refleja para disminuir el gasto cardíaco cuando el feto es expuesto a un estrés hipóxico o mecánico, para ayudar a mantener el metabolismo aeróbico del miocardio.



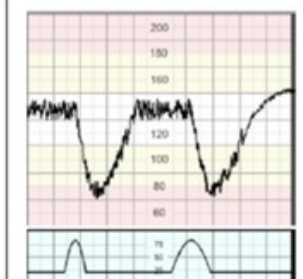
Desaceleraciones tempranas

Desaceleraciones tempranas: Disminuyen y vuelven a la línea basal de forma gradual (del inicio al nadir ≥ 30 s). Coinciden con las contracciones y conservan la variabilidad dentro de la contracción. Suelen aparecer en la primera fase de parto tardía y segunda fase, y se cree que son secundarias a compresión de la cabeza fetal. No traducen hipoxia/acidosis



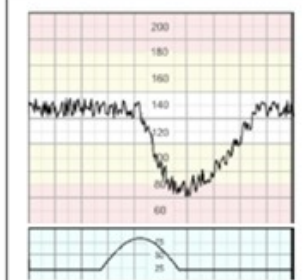
Desaceleraciones variables

Desaceleraciones variables: Tienen forma de “V” y muestran una rápida caída (del inicio al nadir < 30 s) seguido de una rápida recuperación a la línea basal. Esta rapidez es debida a compresión umbilical e implica que no permite valorar la variabilidad durante la contracción. Son variables en cuanto a tamaño, forma y en relación con las contracciones uterinas. Las desaceleraciones variables se asocian raramente a hipoxia/acidosis, a menos que adquieran una forma de “U” con variabilidad reducida o muy aumentada dentro de la desaceleración, y/o su duración superara los 3 minutos



Desaceleraciones Tardías

Desaceleraciones tardías: Tienen un inicio o recuperación a la línea basal muy gradual y/o disminución o incremento de la variabilidad intra-desaceleración. Ocurre cuando pasan más de 30 segundos entre el principio y el nadir o entre el nadir y la recuperación. Cuando las contracciones están correctamente registradas, las desaceleraciones tardías empiezan más de 20 segundos después del inicio de la contracción, tiene el nadir después del acmé y la vuelta a la línea basal después del final de la contracción. Estas desaceleraciones indican una respuesta a hipoxia fetal mediada por quimiorreceptores.



Desaceleraciones prolongadas

Desaceleraciones prolongadas: Aquellas que duran más de 3 minutos. Están mediadas por quimiorreceptores y por tanto indican hipoxia. Las que superan los 5 minutos con una FCF mantenida de menos de 80lpm y variabilidad reducida dentro de la desaceleración están frecuentemente asociados con hipoxia/acidosis fetal aguda y requieren una intervención urgente

Interpretación del monitoreo fetal electrónico (MFE)

Es el significado atribuido al análisis sistemático e integrado de los componentes individuales del MFE. Para interpretar un trazado se sugiere analizar un segmento de aproximadamente 30 minutos con un mínimo de 10 minutos de un registro de buena calidad.

Se clasifican el trazado en 3 categorías.

Categorías, trazos del monitoreo fetal intraparto

Categoría I (patrón normal)

- FCF basal 120 a 160 latidos por minuto
- Variabilidad moderada de 6 a 25 latidos por minuto
- Desaceleraciones tardías o variables ausentes
- Desaceleraciones tempranas presentes o ausentes
- Aceleraciones presentes o ausentes

Categoría II

FCF basal

- Bradicardia con variabilidad moderada o mínima
- Taquicardia sostenida por más de 10 minutos

Variabilidad

- Variabilidad mínima menor o igual que cinco
- Variabilidad ausente pero sin desaceleraciones recurrentes
- Variabilidad marcada mayor o igual que 25

Aceleraciones

- Ausencia de aceleración después de la estimulación fetal

Desaceleraciones periódicas

- Desaceleraciones variables recurrentes con variabilidad moderada o mínima
- Desaceleración prolongada más de dos minutos pero menor de diez minutos de duración
- Desaceleración tardía con variabilidad moderada
- Desaceleraciones variables con otras características como lento retorno a la FCF basal

Categoría III

- Variabilidad ausente asociada con cualquiera de los siguientes patrones
- Desaceleraciones tardías recurrentes
- Desaceleraciones variables en forma de U o cubeta
- Bradicardia sostenida por más de 10 minutos
- Patrón sinusoidal

Manejo de categorías según clasificación

Categoría I: Manejo rutinario del trabajo de parto, no se asocia a acidemia

Categoría II: Alta sospecha de hipoxia:

Cuando inician los cambios en el trazo del MEF es importante solucionar la causa antes de la instauración de la hipoxia

Actividad uterina excesiva (taquisistolia) -causa mas frecuente-

Taquisistolia es definida como más de 5 contracciones en 10 minutos (si la paciente no se encuentra en fase expulsiva), en un promedio de 30 minutos, Se puede detectar por palpación del fondo uterino para valorar la frecuencia, fuerza y duración de las contracciones y el tono en período inter-contracciones.

Generalmente se puede resolver con las siguientes intervenciones:

- Reduciendo o deteniendo la infusión de oxitocina.
- Retirando el tratamiento con prostaglandinas, si aplica.
- Iniciando tocólisis con nifedipina.
- Durante la segunda fase de parto los pujos maternos pueden contribuir a la hipoxia/acidosis fetal y por tanto se puede pedir a la madre que pare de pujar hasta que mejore la situación fetal.
- Si con esto no mejora el trazo MEF, se debe finalizar el embarazo por la vía más rápida.

Compresión aorto-cava

Puede ocurrir con el decúbito supino. Colocar a la madre en decúbito lateral o incorporarla puede disminuir la compresión.

Compresión transitoria de un asa de cordón (desaceleraciones variables) pueden solucionarse a veces con cambios de posición maternos. Se debe de realizar tacto vaginal para descartar prolapso de cordón.

Hipotensión materna brusca ocurre frecuentemente tras la administración de anestesia intra o peridural. Puede revertirse rápidamente con la administración endovenosa de sueros cristaloides, y con un bolus de efedrina (por parte del equipo anestésico).

Maniobras que no deben realizarse debido que no tienen evidencia científica que las respalde.

- Administración de oxígeno a una madre correctamente oxigenada, ya que no provoca mejoría de la hipoxia fetal sino al contrario, puede ser perjudicial. (Fawole and Hofmeyr 2012)
- Administración de líquidos intravenosos en una mujer bien hidratada y normotensa.

Es necesario un buen juicio clínico para diagnosticar la causa de los cambios en el trazo del MFE, para valorar la reversibilidad de las condiciones con las que se asocia y para decidir el momento de finalización de la gestación. El objetivo es evitar hipoxia/acidosis fetal prolongada, así como intervenciones obstétricas innecesarias.

Categoría III:

- Es un trazo anormal e implican un incremento en el riesgo de acidemia fetal
- Prepárese para un parto inmediato, determine el tiempo y la vía del parto más segura según condiciones materno fetales.

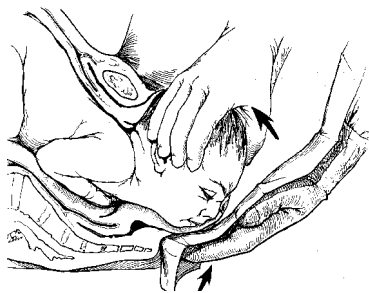
Preparativos y manejo del segundo período.

Preparativos para atención del segundo período

- Prepare y disponga de ropa limpia, material, equipo, instrumental y guantes estériles.
- Garantice que la posición de la parturienta sea lo más cómoda posible. Adapte si es posible la mesa ginecológica a posición semisentada. Evite en lo posible la posición horizontal con las piernas colgadas o atadas a nivel del tobillo.
- Asegure que la sala de parto esté a temperatura ambiente (Apague el aire acondicionado)
- Caliente la cuna de calor radiante.
- Tenga compresas limpias y previamente calentadas para realizar el secado del recién nacido.
- Prepare con anticipación debida el equipo, incluyendo el que se usa para la reanimación del recién nacido
- Asegure el correcto lavado clínico de manos por parte del responsable de la atención
- Realice antisepsia en vulva, periné y cara interna de los muslos. Coloque campos estériles
- Atienda el parto, sentado.

Manejo del segundo período

- No realice presión sobre el útero para acelerar la expulsión.
- Permita el avance espontáneo de la presentación.
- Proteja el periné durante la expulsión: coloque un campo especial para proteger el periné y realice la maniobra de Ritgen: durante una contracción uterina la cabeza fetal distiende la vulva y el periné lo suficiente como para abrir el introito vaginal hasta un diámetro de 5 cm o más, se coloca la mano más hábil provista de un apósito sobre el periné, abarcándolo entre el pulgar de un lado y los dedos restante del otro, sosteniendo la presentación para que no efectúe su avance y deflexione bruscamente, y acercando a su vez hacia el rafe perineal los tejidos laterales del periné, como si se quisiera fruncir los mismos, con lo que disminuye su tensión.
- Simultáneamente, la otra mano ejerce presión sobre el occipucio.



Fuente: Williams Obstetricia, 2015, edición 25a.

- No realice episiotomía en forma rutinaria, se ha demostrado que conviene más limitar la episiotomía que practicarla en forma sistemática se debe considerar cuando exista indicación precisa como distocia de hombros, parto podálico, feto macrosómico, posición occipito-posterior persistente, parto instrumental con fórceps o extracción en vacío, cicatrizaciones de mutilaciones de genitales femeninos o desgarros de tercero o cuarto grado mal cicatrizados, sufrimiento fetal agudo con parto inminente y en general cuando el periné sea muy resistente y con riesgo de desgarro.

- Controle la salida de la cabeza fetal para permitir su extensión o deflexión en forma paulatina y progresiva.
- Una vez ha salido la cabeza, verifique con sus dedos si el cordón umbilical se encuentra al rededor del cuello fetal.
 - Si hay circular de cordón pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.
 - Si hay circular de cordón apretado alrededor del cuello, cuidadosamente pince y córtelo entre las pinzas antes de desenrollarlo.

Manejo del segundo período (expulsivo)

- Efectúe la extracción hombro anterior y posterior en un solo movimiento, aprovechando el pujo.
- Luego de la salida del recién nacido, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro feto.
- Aplique MATEP (manejo activo del tercer período del parto) que incluye:
 1. Administración inmediata de oxitócicos.
 2. Tracción controlada del cordón umbilical.
 3. Masaje uterino.
- Para atención del recién nacido, ver capítulo específico.

Manejo del tercer período: alumbramiento, tracción del cordón, masaje uterino y revisión del canal del parto

Manejo del tercer período (alumbramiento)

Administración de uterotónicos (Para prevenir atonía uterina)

Posterior a cortar el cordón umbilical y asegurarse que no existe otro recién nacido. Aplique manejo activo del tercer período (MATEP).

En el caso de cesárea se deben administrar 20 UI de oxitocina por IV, diluidas en un litro de SSN o solución Hartman a 40 gotas por minuto, después de extraer al recién nacido.

Si no dispone de oxitocina, administre:

- 0.2 mg de metilergonovina por vía intramuscular no use metilergonovina en embarazadas con preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada, porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidente cerebro vascular.
- Misoprostol 400 a 600 mcgr (2 a 3 tabletas) sublingual.

Tracción controlada del cordón umbilical

- Mueva la pinza que está en el cordón lo más cercano al periné. Mantenga el cordón pinzado y sostenga el extremo de la pinza con una mano.
- Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero.
- Cuando el útero se contraiga o el cordón se alargue, hale del cordón con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano, continúe ejerciendo contra tracción sobre el útero (maniobra de Brant).
- Si presenta ruptura del cordón umbilical puede ser necesaria la extracción manual de la placenta
- Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón, no continúe halándolo. Espere hasta que el útero esté contraído nuevamente.

Recuerde que los signos inminentes de desprendimiento placentario son: fuga repentina de sangre, elongación del cordón y elevación del útero en el abdomen.

- Con la siguiente contracción uterina, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contra-tracción para evitar la inversión uterina.
- Al ser expulsada la placenta, sosténgala con la pinza, gírela con delicadeza hacia abajo hasta que las membranas sean expulsadas completamente.
- Verifique que la placenta y membranas se expulsaron completamente:
 - Coloque la placenta con la cara materna hacia arriba en la bandeja. Compruebe la integridad de los cotiledones.
 - Coloque el cordón hacia arriba. Tome el cordón y deje las membranas colgando – Técnica de la Medusa, meta las manos entre ellas para verificar su integridad.
- En caso de retención placentaria por más de 30 minutos (con o sin sangrado), realice la extracción manual de placenta y la revisión de la cavidad bajo anestesia general.

Masaje uterino

- Realice masaje de inmediato en el fondo uterino, a través del abdomen de la mujer, hasta conseguir que el útero se mantenga contraído.
- Repita masaje uterino cada quince minutos durante la primera hora y cada treinta minutos la segunda hora post-parto.
- Asegúrese que el útero no se relaje después de suspender el masaje uterino.

Revisión del canal del parto

- Revise el canal vaginal y el cuello uterino en busca de desgarros. Repare la episiotomía o los desgarros, si los hubiere. Realice tacto rectal.
- Aplique un método anticonceptivo de larga duración (DIU o implante subdérmico), previa elección libre e informada.

Procedimientos posteriores

- Antes de quitarse los guantes elimine los materiales de desecho, colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.
- Lávese las manos cuidadosamente.
- Registre los procedimientos realizados en la historia clínica perinatal.
- No olvide fomentar la lactancia materna, el apego precoz y el alojamiento conjunto.

7. Parto seguro

La humanización de la obstetricia sigue constituyendo un desafío para los profesionales de la salud, para las instituciones y también para la sociedad.

El cuidado basado en la evidencia y el conocimiento científicamente sólido, es un componente esencial de la atención humanizada en el parto; sin embargo, no se debe confundir el modelo humanizado con un movimiento antitecnológico, ni tampoco con un regreso al pasado que implique una visión idealizada del parto tradicional, comprende la atención humanizada; para conseguirlo, se necesita basar los conocimientos y prácticas en la evidencia y utilizar competencias ético-actitudinales:

- Respeto
- Empatía
- Escucha activa

- Respeto a la autonomía de la mujer en la toma de decisiones a lo largo del proceso de gestación y parto.

En la atención humanizada del parto, las mujeres deben experimentar una vivencia enriquecedora y las decisiones sobre este especial momento deben ser producto de una consejería integral con enfoque de derechos y género. Además es importante la prevención de violencia y que no se apliquen procedimientos basados en medidas rutinarias, en forma indiscriminada, así como la estigmatización y re-victimización en las mujeres que han enfrentado algún tipo o forma de violencia, el personal de salud debe actuar de acuerdo a lo establecido en los *“Lineamientos técnicos de atención a todas formas de violencia”* a las persona usuaria que cuyo embarazo sea producto de violencia sexual.

Ningún procedimiento en la atención del parto debe existir simplemente por la comodidad del personal que atiende el parto. El parto humanizado requiere que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de la usuaria, para servir a las necesidades individuales y particulares de cada mujer.

Los derechos de la usuaria establecen los siguientes requerimientos:

- Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna, respetuosa en el embarazo y en el parto
- El derecho a no sufrir violencia ni discriminación
- Recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información
- Respeto a las costumbres y modos particulares de percibir la seguridad del parto
- Respeto a la confidencialidad y pudor
- Atención restringida al personal en formación,
- Evitar manipulaciones innecesarias con fines docentes,
- Resolución adecuada y oferta de tratamiento oportuno y eficaz,
- Aplicación de técnicas al servicio de la madre,
- Información veraz, oportuna, clara y completa sobre la evolución del parto y las condiciones de salud del feto, trato cordial y de respeto.

El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres incluyendo los derechos sexuales y reproductivos, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos.

El parto humanizado también debe incluir la oferta adecuada de tratamientos y técnicas, al servicio de la madre y el bebé por nacer, evitando su utilización rutinaria e indiscriminada; brindando información completa, oportuna y sencilla acerca de todos los procedimientos que le aplicarán a ella o su recién nacido.

Psicoprofilaxis como parte de la atención humanizada del parto

Es el conjunto de actividades orientadas a brindar una preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante para lograr un embarazo, parto y posparto sin temor, evitando complicaciones y así contribuir a la disminución de la morbilidad materno perinatal.

Con el objetivo de abordar el proceso del parto de forma natural es importante que el personal tenga habilidades técnicas y adecuado conocimiento de:

- Fenómenos fisiológicos del embarazo y del parto
- Entrenamiento en ejercicios prácticos de tipo obstétricos (respiración, relajación y pujidos)
- Entrenamiento psicológicos (relajación, auto-control emocional del miedo, de los pensamientos en torno al embarazo y habilidades para encarar situaciones de estrés en el ámbito en el que se desarrolle) reduciendo de esta manera el estrés y el temor que algunas mujeres sienten ante el parto.

El apoyo continuo físico y con empatía durante el trabajo de parto produce muchos beneficios incluyendo un tiempo del trabajo de parto más corto. Elogiar, brindar confianza, proporcionar medidas para mejorar la comodidad de la mujer, contacto físico como frotarle la espalda a la madre, sostenerle las manos, explicarle que sucede durante el parto y brindarle una constante presencia amistosa de un acompañante y un apropiado trato del proveedor de salud, ha demostrado que reduce significativamente la ansiedad y la percepción de haber tenido un parto complicado.

Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud

La OMS en la atención del parto normal postula las prácticas que son claramente útiles y que deberían promoverse:

1. Proporcionar a las mujeres información y explicación oportuna cuando lo solicitan.
2. Elaboración de un plan de parto que determine donde y por quien será atendido el parto, realizado con la mujer durante el embarazo, dando a conocer a su esposo, pareja o familia con participación activa de la comunidad.
3. Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto (en las pacientes que aplica).
4. Respetar el derecho de las mujeres a la privacidad en el lugar del parto.
5. Apoyar a las mujeres durante el parto por parte de los proveedores de salud.
6. Dar libertad de posición y movimiento durante el parto.
7. Contacto inmediato piel a piel entre la madre y el recién nacido y apoyo al inicio de la lactancia materna en la primera media hora después del parto (apego precoz).

Además menciona que para los cuidados del parto para experiencia positiva, durante todo el trabajo de parto y el nacimiento se debe:

- Atención respetuosa de la maternidad
- Comunicación afectiva
- Acompañamiento durante el trabajo y el parto
- Continuidad de la atención.

En cualquier circunstancia que ocurra el parto incluyendo, desde luego, el parto humanizado, se practica el manejo activo del tercer período (MATEP), por su eficacia demostrada a través de la evidencia científica.

Un parto eutócico únicamente necesita la observación cercana de un/a proveedor/a de salud capacitada que detecte signos y síntomas tempranos de complicaciones. No necesita hacer ninguna intervención, más bien, estimular, apoyar y brindar cuidado integral.

Apoyo durante el parto y tecnología

El desarrollo tecnológico aplicado a la atención de la embarazada en sus etapas de prenatal, parto y puerperio en todo el mundo ha mejorado los resultados obstétricos, bajando los indicadores de morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

En la atención integral humanizada durante el embarazo y parto se prioriza las siguientes acciones:

- La historia clínica perinatal para el registro de la atención, identificando de factores de riesgo y proceso de atención confinado en el Sistema de Información Perinatal (SIP)
- La detección de violencia a través de la aplicación de la hoja de tamizaje.
- La agenda prenatal como documento para la embarazada.
- Un plan de parto con involucramiento de la familia y la comunidad.
- Controles prenatales de calidad que se evidencien por medio de un análisis integral e individualizado de las personas usuarias.
- La atención a consultas de morbilidad de forma integral, apegado a las normativas de atención.
- Aplicar encuestas de satisfacción a la persona usuaria en la atención del parto humanizado.

Durante la atención del trabajo de parto el personal de salud debe promover y facilitar:

- El cambio de posición y deambulación de las embarazadas si no hay contraindicación.
- La presencia de un familiar o persona cercana que la embarazada elija (cuando sea posible según capacidad instalada y condiciones especiales), identificado previamente durante el proceso de la atención prenatal y plan de parto, así como ser sensibilizado durante las atenciones recibidas.
- La ingestión de líquidos supervisada y sin contraindicación.
- Utilizar el partograma como vigilancia clínica de la madre y el feto durante la labor de parto.
- Brindar apoyo emocional a la gestante durante todo el trabajo de parto.

Para la atención del parto se debe:

- Evitar realizar procedimientos innecesarios y/o rutinarios que vulneren la integridad física, emocional y psicológica de la usuaria embarazada.
- Evaluar responsablemente y evidenciarlo en el expediente clínico, la posibilidad de la práctica de la episiotomía en toda persona usuaria, según los criterios establecidos.
- Manejo activo del tercer período (MATEP) que incluye:
 1. La administración inmediata de oxitocina.
 2. La tracción controlada del cordón umbilical.
 3. El masaje uterino.

Debe darse un trato digno, un ambiente de tranquilidad y seguridad.

La atención del parto humanizado debe ser brindada en todos los establecimientos con un trato afectivo, digno, en un ambiente de intimidad, tranquilidad y seguridad para la madre a la hora del parto, además de otros componentes en el proceso de embarazo y puerperio.

Implementación del parto humanizado en los establecimientos hospitalarios

A nivel hospitalario se cuenta con la atención de parto, desde la perspectiva integral del parto humanizado, de acuerdo a la capacidad instalada, debe realizarse la implementación gradual en establecimientos hospitalarios los siguientes aspectos fundamentales del parto humanizado:

1. Fortalecer la Estrategia Plan de Parto: elaboración de un plan personal que determine donde será atendido el parto, realizado con la mujer durante el embarazo, dado a conocer a su esposo, pareja o familia con participación activa de la comunidad.
2. Proporcionar a las mujeres información pertinente a su caso particular y oportuna en todo el proceso de atención.
3. Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto si no hay contraindicación.
4. Respetar el derecho de las mujeres a la privacidad en el lugar del parto según capacidad instalada.
5. Apoyar a las mujeres durante el parto por parte de los proveedores de salud.
6. Dar libertad de posición y movimiento durante el parto si no hay contraindicación.
7. Evitar la estigmatización y re-victimización en las mujeres que han enfrentado algún tipo o forma de violencia.
8. Atención integral de acuerdo al "*Lineamientos técnicos de Atención a Todas Formas de Violencia*" a las persona usuaria cuyo embarazo sea producto de violencia sexual.
9. Contacto inmediato piel a piel entre la madre y el recién nacido y apoyo al inicio de la lactancia materna inmediatamente al nacer en parto eutócico y en la primera media hora de nacido en caso de cesárea si no hay contraindicación.

Implementación de la estrategia de parto humanizado

El personal de los establecimientos de salud debe elaborar un plan progresivo de implementación el cual debe contener lo siguiente:

Justificación: Relevancia en la importancia de la implementación de la atención humanizada a la embarazada y su familia a fin de resaltar la satisfacción de la usuaria ya que éste representa un salto de calidad que impulse además la prevención de la violencia obstétrica.

Aspectos básicos del parto humanizado: debe contener una descripción de la oferta de servicios en el área de obstetricia. (recursos humanos, recursos materiales, equipo, organización del área obstétrica) así como las acciones a implementar de acuerdo a la capacidad instalada para la seguridad y el bienestar de la madre y del feto o recién nacido.

Las acciones prioritarias son:

- a. Trato digno: Llamarla por su nombre, brindar información necesaria, no discriminación, respeto a la confidencialidad, respetar las creencias y el pudor de la paciente. Permitir que las pacientes puedan usar bata personal si está disponible.
- b. Acompañamiento de un familiar en la consulta ya sea los controles prenatales o atenciones de emergencia (cuando sea posible según capacidad instalada y condiciones especiales).
- c. A su llegada en el inicio del trabajo de parto acompañamiento de un familiar en sala de espera.
- d. Permitir la deambulación, la ingesta de líquidos, si no está contraindicada.

- e. Evitar procedimientos rutinarios: rasurado, enemas evacuantes, colocación de venoclisis innecesaria, ruptura de membranas como procedimiento de rutina,
- f. Realizar auscultación intermitente de FCF.
- g. Al momento del parto: acompañamiento, según capacidad instalada, siempre y cuando se resguarde la seguridad del personal así como del resto de pacientes.
- h. Acondicionar la posición de la mesa ginecológica, para facilitar el nacimiento del recién nacido.
- i. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía, evitar la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo para corregir o prevenir alguna complicación).
- j. Atención profiláctica (facilitando el apoyo psicológico medidas físicas coadyuvantes) durante el trabajo del parto.
- k. Al nacimiento: No separar al recién nacido de su madre, no cortar el cordón umbilical hasta que deje de latir, que el recién nacido sea puesto inmediatamente en contacto piel con piel con su madre, cuidando de la hipotermia del recién nacido amenos que existe una justificación documentada.
- l. Autorización para que familiar provea algún alimento que la usuaria solicite siempre y cuando no esté contraindicado.

Para la socialización de la estrategia se debe elaborar un cronograma de talleres, asegurando incluir al equipo multidisciplinario que tiene contacto con la usuaria y su familia

Adecuación de áreas: describir si existe algún área que se adecuará para la privacidad de la paciente.

Material educativo: de apoyo al personal y a las usuarias si hay disponibilidad

Metodología: describir las acciones que se realizarán, responsable, lugares y fechas.

Informes: de acuerdo con el cronograma realizar informe semestral del cumplimiento de las actividades planificadas.

Atención humanizada en el primer nivel: plan de parto y control prenatal humanizados

En el primer nivel de atención debido a que los establecimientos están diseñados para la atención únicamente de partos inminentes se deberá enfatizar en la atención humanizada de:

- Agenda prenatal y plan de parto
- Control prenatal humanizado

Las acciones prioritarias son

- a. Trato digno: llamarla por su nombre, brindar información necesaria, no discriminación, respeto a la confidencialidad, respetar las creencias y el pudor de la paciente.
- b. Acompañamiento de un familiar en las consultas: controles prenatales o atenciones por morbilidad (cuando sea posible según capacidad instalada y condiciones especiales), identificado previamente y sensibilizado en este proceder durante las atenciones recibidas, con el debido resguardo de la seguridad del resto del personal de salud y pacientes.

c. Supervisión y monitoreo de la implementación de la estrategia por medio de encuestas de satisfacción de la usuaria.

d. Número de talleres o sesiones de socialización de la estrategia: asegurándose de incluir al equipo completo multidisciplinario que tiene contacto con la usuaria y su familia visualizadas en un cronograma incluido en el Plan de Educación Continua para el personal de salud del establecimiento así como en el Plan de Promoción de la Salud.

Tabla 22 Andragogía didáctica para la inducción en parto humanizado

Temas	Objetivo	Metodología
Sexualidad humana como eje trazador	Conocer aspectos básicos de sexualidad en el ser humano. Evidenciar la sexualidad como eje trazador a todos los ámbitos de la vida.	Exposición participativa
Derechos sexuales y derechos reproductivos	Identificar las facultades de seres humanos inherentes de derechos. Conocer/fortalecer los conocimientos en derechos sexuales y reproductivos en el personal de salud. Aplicación de los derechos sexuales y derechos reproductivos a las usuarias.	Exposición participativa Dinámica grupal
Laicidad	Identificar el carácter Laico del estado y su importancia para garantizar los derechos sexuales y reproductivos	Exposición participativa
Embarazo parto y puerperio como procesos fisiológicos en la mujer	Evidenciar los aspectos fisiológicos del proceso reproductivo. Interiorización de la propia vivencia del acto de nacer. Maternidad.	Dinámica de retroalimentación/ salud mental/Puesta en común
Marco de referencia Declaración de OMS Violencia Obstétrica Parto Humanizado Cuidados Maternos Respetuosos Derechos de la Mujer durante el parto	Conocer la declaración de OMS Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud.	Exposición participativa
Aspectos fundamentales del parto humanizado	Conocer y reconocer los aspectos fundamentales del parto humanizado	Exposición participativa
Aplicación y operativización del Parto Humanizado en los establecimientos de la RIIS	Condiciones mínimas de funcionamiento de acuerdo a capacidad instalada. Adecuación de instalaciones, resguardo de la usuaria, actitud del personal	Trabajo grupal por establecimiento Puesta en común
Compromisos de operativización Parto Humanizado	De acuerdo a la particularidad de los establecimientos de salud (PNA, hospitales)	Trabajo grupal por establecimiento Puesta en común

Fuente: Equipo técnico responsable de la elaboración. Minsal 2020

8. Atención en el 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 la glándulas mamarias.

Dado el continuo de la atención en cuanto a la humanización del parto, el enfoque de este periodo debe responder igualmente a las necesidades individuales de cada usuaria y su recién nacido; un aspecto fundamental es la promoción de la lactancia materna por medio del apego precoz.

Períodos del puerperio:

Se divide en tres períodos:

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

Atención del puerperio

Es el conjunto de acciones que se realizan con la mujer durante el puerperio, a fin de evaluar el proceso bio-psicosocial de involución de los cambios ocurridos en la gestación. Tiene los siguientes ejes:

1. Estandarizar las técnicas de atención durante el puerperio.
2. Evitar las complicaciones que se producen durante este período, con énfasis en la prevención de la hemorragia y la sepsis.
3. Controlar el bienestar de la mujer en su período puerperal.
4. Ofrecer oportunamente servicios y consejería en salud sexual y reproductiva.
5. Proporcionar apoyo psico-afectivo a las usuarias en periodo puerperal y su familia.
6. Promover la lactancia materna exclusiva e instruir para su correcta realización (técnicas de buena posición y agarre).
7. Apoyar a la mujer para el uso de un método anticonceptivo eficaz, considerando la elección libre e informada.
8. Orientar a las usuarias en periodo puerperal y su familia para la incorporación de ellas a la vida habitual.

Abordaje básico para la atención del puerperio.

1. Toda mujer debe recibir en su puerperio inmediato un mínimo de dos evaluaciones clínicas completas por médico,
2. A toda mujer en su puerperio inmediato se le debe promover la lactancia materna exclusiva.
3. Facilitar el apego precoz y el alojamiento conjunto, según su condición y la de su recién nacido.
4. Mantener la vigilancia de la herida operatoria o de la episiotomía si se realizó.
5. Toda mujer que en su puerperio presente morbilidad deberá ser atendida por personal médico, utilizando el protocolo de atención respectivo.
6. Se deberá tratar por equipo multidisciplinario pertinente, aquellas condiciones o patologías comorbidas que presenten las usuarias en su periodo puerperal.
7. Se deberá realizar detección precoz de condiciones que afecten la salud mental de las usuarias en el periodo puerperal tales como la psicosis post parto,

depresión post parto, entre otros.

Manejo del puerperio inmediato

- Realice o complete la historia clínica materno perinatal y la agenda prenatal.
- Mantenga vigilancia y registro de los signos vitales de la usuaria (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria), cada quince minutos la primera hora y cada treinta minutos la segunda hora.
- Brindar apoyo emocional necesario.
- Realice masaje del fondo uterino y evalúe el sangrado durante las primeras dos horas posparto y el estado de la episiotomía, si se realizó.
- Asegúrese que el útero no se relaje después de suspender el masaje uterino.
- Inicie el alojamiento conjunto para promover el apego precoz lo más pronto posible, si la condición materna y del recién nacido, lo permiten. Explicar a la madre el cuidado durante el alojamiento conjunto manteniendo la vigilancia del cuidado de la madre al recién nacido, ya que por el agotamiento producido por el proceso de parto aumenta el riesgo de aplastamiento y asfixia por parte de ella hacia el neonato.
- Promueva la lactancia materna precoz y exclusiva. Brinde orientación constante para conseguir una succión adecuada.
- Permita la ingesta de líquidos vía oral inmediatamente si no hay contraindicación.

Manejo subsiguiente

- Indique dieta corriente según horario de alimentación si no hay contraindicación.
 - Indique baño diario e higiene perineal cada doce horas.
 - Prescriba analgésicos: acetaminofén 1 gramo vía oral cada seis horas. Considere otro analgésico en caso de ser necesario.
 - Refuerce en la usuaria la importancia de la lactancia materna exclusiva.
 - Facilite el alojamiento conjunto.
 - Revise resultados de exámenes de laboratorio indicados durante el ingreso y reporte en nota de evolución.
 - Indique otros exámenes de laboratorio, si condición de la paciente lo amerita.
 - En mujeres Rh (-) Du (-) con prueba de Coombs indirecto (-) y su hijo Rh positivo, indique gamaglobulina anti-D 300 µgr intramuscular, dentro de las primeras 72 horas postparto.
- **La lactancia materna está contraindicada en caso de madres con:** VIH, hipertiroidismo con medicación, miastenia gravis, tuberculosis activa y trasplante renal.

Antes de dar alta

- Realice examen físico completo. Sea minucioso en mamas y periné.
- Evaluar el estado emocional de la usuaria.
- Indique analgésicos.
- Prescriba suplemento de sulfato ferroso 300 mg (60 mg de hierro elemental) una tableta vía oral cada día mas multivitaminas prenatales 1 tableta vía oral cada día (donde este disponible) ácido fólico 5 mg (1 tableta vía oral cada día) por tres meses.
- Dar consejería de lactancia materna exclusiva y técnicas de posición y agarre.
- De consejería en anticoncepción y proporcione método elegido.

- Refiera a control en los primeros siete días al establecimiento de salud más cercano
- Entregue el agenda prenatal debidamente llena con la información referente al parto, puerperio inmediato y condiciones del recién nacido/a. Si la paciente presentó morbilidad, envíe la hoja de referencia e interconsulta completa y correctamente llena (con letra legible), con la información correspondiente a la patología y tratamiento prescrito.
- Promueva con la madre y su grupo familiar la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo/a.
- De consejería relacionada al auto-cuidado de su salud y del recién nacido(a,) que incluya:
 - Alimentación de la madre, promover una dieta balanceada.
 - Importancia de lactancia materna exclusiva.
 - Cuidado de mamas y pezones.
 - Cuidados del recién nacido/a y estimulación temprana.
 - Tipo de Ejercicio y como realizarlo durante el puerperio.
 - Cuando iniciar relaciones sexuales y uso de métodos de-anticoncepción.
 - Cuidados higiénicos.
 - Descanso.
 - Reconocimiento de signos y síntomas de peligro durante el puerperio.
 - Uso de medicamentos con base a prescripción médica.
 - Nivel de riesgo reproductivo preconcepcional. Al identificar alto riesgo referir a CRRP.
 - Manejo psico-afectivo y social del puerperio.

Previo al alta:

1. Revisar el resultado del tipeo-Rh materno, para detectar a las mujeres Rh negativo y tratarlas oportunamente con gammaglobulina anti-D.
2. Revisar resultado de RPR y VIH, previo al alta.
3. Dar consejería en anticoncepción y promover periodo intergenésico de veinticuatro meses como mínimo.
4. Promover el registro del recién nacido(a).
5. Prescribir suplementos de Sulfato ferroso 300 mg más 0,5 mg de ácido fólico (1 tableta vía oral cada día por tres meses)
6. Recomendar alimentación saludable y líquidos orales abundantes.
7. Dar consejería en lactancia materna exclusiva.
8. Promover la inscripción precoz del recién nacido en los primeros 7 días de vida en el programa de control de niño sano en el establecimiento de salud más cercano.
9. Proporcionar la información necesaria sobre los cuidados del recién nacido en el hogar.
10. Recordar a las usuarias como reconocer los signos y síntomas de alarma que pueden presentarse durante su puerperio.

Al dar alta:

1. Entregar agenda prenatal debidamente llena con la información referente al parto, puerperio inmediato, y condiciones del recién nacido(a).
2. Prescribir suplementos de hierro (60 mg vía oral cada día) y ácido fólico 5 mg (1 tableta vía oral cada día) por tres meses.
3. Referir a control postparto en los primeros siete días post-parto al establecimiento de salud más cercano a su domicilio, Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF).
4. Al dar el alta, para ser atendida en el primer nivel de atención se debe utilizar la agenda prenatal, acompañándose de la hoja de referencia e interconsulta. En el caso del ISSS anexar hoja de referencia post natal.
5. Si una paciente presenta una enfermedad crónica o desarrolló una durante el embarazo

tales como hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal, se debe dar cita para control con médico internista a más tardar 2 meses posterior al alta y si no optó por un método permanente de anticoncepción se debe referir a consulta de riesgo reproductivo preconcepcional (CRRP).

Manejo y control posparto (en todos los niveles de atención)

- Brindar a los 7 días y a los 42 días post-parto.
- Revise en la agenda prenatal la información sobre el parto: lugar de atención; resultado de exámenes tomados; si hubo complicaciones; tratamientos recibidos y llenar HCP (Historia clínica perinatal) del primer nivel con esta información.
- Investigue si ha presentado: dolor abdominal, fiebre, problemas para amamantar, sangrado abundante o fétido, dificultad para orinar o defecar, síntomas de depresión o psicosis.
- Indague si tiene alguna duda y acláresela.
- Realice examen físico completo:
 - Tome signos vitales: peso, temperatura, tensión arterial y frecuencia cardíaca.
 - Busque palidez en conjuntivas y palmas.
 - Evalúe estado de las mamas y pezones.
 - Palpe el útero.
 - Revise la vulva y el periné: características de los loquios, edema, secreciones anormales, estado de heridas.
- Clasifique como postparto normal, si no hay presencia de signos y síntomas de alarma (Ver tabla 23).
- De consejería relacionada al auto-cuidado de su salud, y del recién nacido/a.
- Prescriba suplementos de hierro sulfato ferroso 300 mg (60 mg de hierro elemental) más ácido fólico 0.5 mg vía oral cada día a completar por 3 meses.
- Si la paciente no ha accedido a un método anticonceptivo, reforzar consejería.
- Registre la atención en el expediente en la hoja de control post parto (anexo 18)
- Se hará énfasis en consejería de anticoncepción, si la paciente presenta una patología crónica se debe de referir con la especialidad correspondiente y a la consulta de riesgo reproductivo preconcepcional

Tabla 23 Signos y síntomas de complicaciones en el puerperio

Signos y síntomas	Puerperio
Sangrado transvaginal	X
Leucorrea fétida o abundante	X
Palidez marcada	X
Fiebre	X
Disuria	X
Caries o infecciones buco-dentales	
Síntomas de depresión / ansiedad	X
Trastornos psico-somáticos	X
Signos de cualquier tipo de violencia	X
Trastornos visuales	X
Dolor epigástrico	X
Dificultad para respirar	X
Tensión arterial mayor de 140/90	X
Cefalea intensa	X

9. Atención del recién nacido

Es el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, inmediatas que se aplican al recién nacido en el momento del nacimiento e inmediatamente después, con el propósito de lograr disminuir el riesgo de enfermar o de morir.

Objetivo

Proporcionar atención inmediata, oportuna, pertinente a través del cuidado cariñoso y sensible, para asegurar la adecuada transición del bebé a la vida extrauterina.

Atención inmediata del recién nacido

A. Abordaje previo al nacimiento.

1. Solicitar la siguiente información a la persona responsable de la atención del parto, a través de las cuatro preguntas básicas:
 - 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. Conocer su entorno, este implica la verificación del equipo antes que nazca el recién nacido, así como la ubicación del mismo y como acceder a el, es importante que quede claro como pedir ayuda y quien está disponible. (Listado al final de la tabla).
3. Analizar la información disponible de la madre que incluya factores de riesgo (Ver tabla 24), antecedentes prenatales e intraparto, así como los medicamentos utilizados durante el mismo, que permita anticipar cualquier evento desfavorable en el recién nacido.
4. Identificar claramente el líder del equipo, puede ser cualquier recurso capacitado (neonatólogo, ginecólogo, pediatra, residente, enfermera, entre otros) con el curso de reanimación neonatal actualizado.
5. Asegurar que el equipo mantenga una comunicación de manera activa y efectiva:
 - a. Informar al equipo si se identifica un problema, error o preocupación por la seguridad del paciente.
 - b. Pedir los medicamentos con nombre, dosis y vía.
 - c. Asegurar que todos los miembros conozcan cualquier cambio en la información.
 - d. Usar lenguaje claro y conciso.
 - e. Verificar siempre la información.
6. Equilibrar las funciones de los miembros del equipo que evite las sobrecargas de tareas.

7. Identificar los recursos disponibles e insumos especiales y conozca el proceso para tener acceso a ellos en caso de ser necesario.

B. Abordaje durante el nacimiento

1. Apagar el aire acondicionado previo al nacimiento del recién nacido.
2. Cumplir todas las medidas de asepsia, antisepsia y bioseguridad.
3. El personal de salud debe pedir ayuda adicional, cuando se necesite.
4. Colocar al recién nacido piel a piel sobre el vientre de la madre en decúbito dorsal, sin pinzar el cordón, (se debe pinzar entre uno a tres minutos luego del nacimiento sin no hay contraindicación).
5. Posicionar vía aérea y aspirar secreciones si es necesario, al aspirar hágalo gentilmente (primero de cavidad oral y después de las fosas nasales) con una perilla de hule.
6. Secar suavemente la cabeza y el cuerpo con campos tibios (no quite el vérmix).
7. Retirar los paños húmedos y abrigar.
8. Evaluar respiración y frecuencia cardíaca.

Si el recién nacido respira y tiene una frecuencia cardíaca mayor de 100 por minuto:

9. Evaluar con escala de Apgar al primer minuto (color, frecuencia cardíaca, irritabilidad refleja, tono muscular y respiración) (Anexo 19)
10. Pinzar y cortar el cordón umbilical asegurarse de la presencia de dos arterias y una vena.
11. Colocar clamp umbilical aproximadamente a 3 cm de la base del cordón, retirar la porción de cordón restante. Revisar que el clamp esté firmemente cerrado.
12. Descubrir el pecho de la madre muéstreselo hacer énfasis en el sexo del recién nacido, continuar manteniendo piel a piel e iniciar lactancia materna. Asegurarse de mantener eutérmico al recién nacido, manteniéndolo así por lo menos durante treinta minutos.
13. Identificar el recién nacido colocándole una pulsera o brazalete en la muñeca derecha que contenga la siguiente información: nombre del recién nacido, nombre de la madre, número de registro materno, sexo del recién nacido. Mostrar a la madre el brazalete que identifica al recién nacido asegurándose que comprenda la información contenida en el brazalete, que no lo retire hasta que esté en su casa.
14. Evaluar el puntaje de Apgar a los cinco minutos (color, frecuencia cardíaca, irritabilidad refleja, tono muscular y respiración).
15. Mientras se mantiene en contacto piel a piel continuar los siguientes cuidados: aplicar en el cordón umbilical alcohol al 70% comenzando por la base, evitando contacto con la piel del abdomen del recién nacido.
16. Realizar profilaxis ocular en ambos ojos, para prevenir oftalmía neonatal.
17. Aplique vitamina "K" vía intramuscular en la cara anterolateral del muslo del recién nacido, según dosis recomendada:
 - o 1 mg para niños con peso >1,000 g y

- 0.5 mg para recién nacidos <1,000 g
18. Cumpla dosis de vacuna de BCG (En recién nacidos prematuros se debe colocar con peso mayor de 2500 g y hepatitis B primeras 12 horas)
 19. Después del período de contacto piel a piel, corte el cordón umbilical y proceda a determinar la edad gestacional por el método de Ballard, tomar las medidas antropométricas del recién nacido: peso, longitud, perímetro cefálico, torácico y abdominal.
 20. En el caso del perímetro cefálico, éste se debe plotear en las curvas de Fenton, según edad gestacional en niños prematuros. (Anexo 20) y para los de término se debe plotear en curvas de OMS (Anexo 21)
 21. Efectúe exploración física completa, con el fin de asegurar el bienestar del recién nacido y descartar anomalías congénitas.
 22. Verifique permeabilidad de coanas y ano.
 23. Si se detecta alguna anomalía congénita llenar correctamente hoja de notificación.
 24. Tome las huellas plantares al recién nacido en el certificado de nacimiento.
 25. Complete la sección “Recién nacido” de la historia clínica perinatal.
 26. Verifique que tenga buen patrón respiratorio, temperatura y color normal, abrigar y practique el alojamiento conjunto y apoye la lactancia materna a libre demanda, siempre y cuando la condición de ambos sea estable.
 27. Explique a la madre sobre los signos de peligro, para que informe inmediatamente en caso de presentarse.

Si el recién nacido no respira y/o tiene una frecuencia cardíaca menor de 100 por minuto.

- Actuar de acuerdo al flujograma de atención del recién nacido del Curso de Reanimación Neonatal vigente.

En aquellas situaciones en que el parto es atendido en el Primer Nivel de atención, deberán aplicarse las actividades y procedimientos detallados a continuación.

- Identifique un ayudante y revise el plan de parto.
- Prepare el área para el parto, asegúrese que sea un lugar limpio, sin corrientes de aire e iluminado.
- Lávese las manos con agua y jabón, junto con su ayudante.
- Guarde todas las medidas de bioseguridad posibles.
- Prepare un área para ventilación y verifique el equipo.
- El personal de salud debe atender al recién nacido en el momento del parto según flujograma anexo.
- Evalúe y registre APGAR. Al primer minuto y a los 5 minutos.
- Si no existe compromiso para la vida del recién nacido, realice el pinzamiento tardío del cordón umbilical (1 a 3 minutos después del nacimiento) y verifique la presencia de 2 arterias y 1 vena.
- Recuerde fomentar el apego precoz (piel a piel), así como la lactancia materna en la primera media hora de vida.
- Realice limpieza del cordón con alcohol al 70% comenzando en la base, evitando el contacto con la piel del abdomen del recién nacido.

- Coloque profilaxis ocular con cloranfenicol oftálmico.
- Vigile llanto, respiración y color, así como registrar aquellas medidas antropométricas posibles.
- Determine edad gestacional utilizando el método de Ballard.
- Cumpla Vitamina K 0.1 ml IM en la cara anterolateral del muslo.
- Proteja al bebe de que sufra de hipotermia.

Si el recién nacido no respira y/o tiene una frecuencia cardíaca menor de 100 por minuto.

- Actuar de acuerdo al flujo grama de atención del recién nacido en caso inminente de parto extra hospitalario según los Lineamientos de atención integral a los niños y niñas menores de 10 años.

Todo recién nacido de parto extra hospitalario debe ser referido junto con la madre para evaluación clínica de ambos al hospital más cercano, no olvidar que previo al traslado debe evaluar al recién nacido según lo descrito en este documento y llenar la referencia según lo normado en los Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta en las RIIS.

Equipo de reanimación neonatal

- Cuna de calor radiante (pre calentada).
- Toallas o mantas calientes.
- Sensor de temperatura en buen estado o en su defecto termómetro
- Gorro
- Bolsa plástica o envoltorio plástico (< 32 semanas de gestación)
- Colchón térmico (< 32 semanas de gestación)
- Perilla de goma para aspirar
- Sonda de succión de 10 F o 12 F conectada al dispositivo de succión
- Dispositivo de succión fijada en 80 a 100 mmHg
- Aspirador de meconio
- Estetoscopio
- Fluómetro fijado en 10 l/min
- Mezclador de oxígeno fijado en 21%
 - Del 21 al 30% si son menores de 35 semanas de gestación
- Equipo de bolsa autoinflable neonatal (250 y 500 ml)
- Mascarillas para bolsa autoinflable de diferentes tamaños (De término y prematuro)
- Sonda orogástrica 8 A y jeringa de 10 ca
- Equipo para proporcionar flujo libre de oxígeno
- Oxímetro de pulso
- Tabla de objetivo de acuerdo con saturación/concentración de oxígeno.
- Laringoscopios.
- Hojas rectas # 00, 0 y 1
- Estilete opcional
- Tubos traqueales 2.5, 3.0, 3.5 y 4.0
- Detector de dióxido de carbono.

- Cinta métrica o tabla para verificar inserción de tubo oro traqueal.
- Cinta adhesiva a prueba de agua o dispositivo para asegurar del tubo
- Tijeras
- Máscara laríngea (tamaño 1) y jeringa de 5 ml
- Adrenalina 1:10000
- Ampollas de bicarbonato de sodio
- Solución salina normal
- Solución dextrosa al 10%
- Equipo para colocar catéter umbilical.
- Electrodo para monitor cardíaco
- Reloj de pared con segundera
- Balanza pediátrica.
- Pediómetro
- Glucómetro
- Guantes estériles
- Clamo umbilical
- Jeringas 1cc, 5 cc, 10 cc y 20 cc
- Frascos de agua destilada.

Tabla 24 . Factores de riesgo

Factores de riesgo previos al parto	Factores de riesgo durante el parto
Edad estacional menor a las 36 semanas	Parto por cesárea de emergencia
Edad estacional menor a las 41 semanas	Parto asistido por fórceps o ventosas
Eclampsia o eclampsia	Presentación podálica u otra anormal
Hipertensión materna	Patrón de frecuencia cardíaca fetal categoría A a ASCII
Embarazo múltiple	Anestesia general en la madre
Anemia fetal	Terapia materna con magnesio
Politraumatismos	Desprendimiento de placenta

Oligosacáridos	Hemorragia durante el parto
Hidropesía fetal	Acinclitismo
Cromosoma fetal	Administración de narcóticos a la madre 4 horas previas al parto.
Restricción del crecimiento intrauterino	Distocia de hombros
Malformaciones o anomalías congénitas	Líquido amniótico teñido con meconio
Sin atención prenatal	Prolapso de cordón umbilical


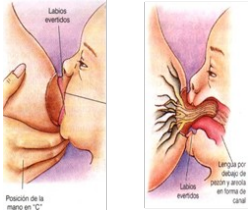
Fuente: Equipo técnico responsable de elaboración. Minsal. 2020

Cuidados previos al alta

- Si se tomaron exámenes a la madre al ingreso, se debe asegurar que deben estar reportados, si a la madre no se le tomaron exámenes y/o no llevo controles prenatales y se sospecha de posible infección indicar exámenes al recién nacido incluyendo RPR y VIH antes del alta.
- Realice examen físico al recién nacido previo al alta y regístrelo en el expediente.
- Asegurar el cumplimiento del esquema de vacunación vigente: hepatitis A en las primeras doce horas de vida y BCG previo al alta. Anote en la Cartilla de Atención Integral en salud a niñas y niños menores de diez años o en la cartilla de seguimiento a niño o niña prematuro con peso menor de 2000 gramos al nacer según corresponda y en la hoja de la historia clínica perinatal.
- Dar consejería a la madre sobre signos de peligro y cuidados básicos del recién nacido.
- Al alta del recién nacido, refiera a inscripción precoz para control de crecimiento y desarrollo, antes de los siete días de vida, y para tamizaje neonatal, en caso de que el alta se indique antes de los tres días de vida.
- Asegure que le generen su CUN, entregue hoja de plantares, carné materno con datos de parto y recién nacido completamente lleno, entregue la Cartilla de Atención Integral en salud a niñas y niños menores de diez años o la cartilla de seguimiento junto con las referencias a las atenciones que amerita un niño o niña prematuro con peso menor de 2000 gramos al nacer según corresponda debidamente llena.
- Promueva con la madre y su grupo familiar la importancia del registro oportuno del recién nacido en la alcaldía correspondiente.

- Se debe de asegurar la medición del perímetro cefálico a las 24 horas de vida como lo indica los “*Lineamientos técnicos para atención de niños y niñas con microcefalia en las redes integrales e integradas de servicios de salud.*”
- Todo recién nacido cuya condición clínica lo amerite, debe ser referido a un nivel de mayor complejidad y su manejo se hará de acuerdo a la normativa establecida.
- Todo recién nacido de parto inminente atendido en un UCSF debe recibir el cuidado inmediato de acuerdo con los presentes lineamientos, y ser referidos con los plantares, (siendo el personal de salud que atienda el parto, el responsable de su llenado) al hospital más cercano para su evaluación.
- Siga las indicaciones del establecimiento de salud sobre medidas de inseguridad si presenta sintomatología de algún tipo de infección respiratoria aguda.

Técnica de amamantamiento: Posición y agarre adecuada de la madre y su hijo

	Ejemplo
<p>Puntos básicos de posición adecuada de la madre y el niño</p> <p>1- La cabeza y el cuerpo del niño o niña deben estar en línea recta</p>	
<p>2. Su cara debe mirar el pecho, con la nariz frente al pezón</p>	
<p>3. La madre debe mantener del cuerpo del bebé cerca de ella</p> <p>4. Si el niño o niña es recién nacido, debe darle apoyo de la cabeza a las nalgas</p>	
<p>Puntos básicos agarre adecuado del bebé</p> <p>1. El pezón y la areola se estiran hasta alcanzar la oro faringe del niño o niña.</p> <p>2. Los conductos largos que yacen debajo de la areola están dentro la boca del niño o niña.</p> <p>3. La lengua del bebé se estira hacia adelante por encima de la encía inferior para que pueda comprimir el pecho y de esta manera extraer la leche. Esto se llama succión.</p> <p>3. Cuando un bebé agarra el pecho dentro su boca de esta manera, el niño o niña está bien pegado y puede obtener la leche fácilmente.</p>	

Situaciones especiales

Parto Comunitario:

Una paciente atendida en la comunidad por personal de salud el médico que atiende el parto, firmará los plantares y hará referencia al hospital más cercano para evaluación tanto de la madre como del recién nacido.

En la comunidad, cuando el parto no es atendido por personal de salud, no llena plantar, en este caso son los padres los que están obligados a inscribir al recién nacido en el registro del estado familiar de la alcaldía municipio donde ocurrió el nacimiento o del municipio de estos. En ausencia de ambos padres tendrán la misma obligación los parientes más próximos del recién nacido en todo caso con la comparecencia de dos testigos. La inscripción debe de realizarse en los primeros 90 días después del parto.(Art.77 LEPINA)

Parto extrahospitalario en establecimiento de salud o en transito a hospital:

el médico que atiende el parto debe firmar los plantares y referir al hospital de la Red más cercano para evaluación de la madre como del recién nacido.

* En el caso que sea personal de enfermería que atienda el parto son ellos los encargado de la firma del plantar.

Aborto:

Si la paciente presenta un aborto (interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina, antes de 22 semanas de gestación o peso igual o menor a 500 g). El hospital que atiende a la paciente en la atención post aborto debe de llenar la Hoja SIP-A (ver anexo 22), se debe brindar apoyo psicológico, dar consejería en anticoncepción haciendo énfasis en que la paciente debe tener un periodo intergenésico mínimo de seis meses.

La paciente debe de ser enviada para seguimiento al primer nivel de atención donde se le brindara consulta 15 días posterior al evento, se realizara historia clinica examen físico completo, se reforzará el apoyo psicologico y la consejeria de anticoncepción, se llenara la HCP de la unidad con la información enviada por el hospital. (no es una consulta post parto por lo que a estas paciente NO se llenará el anexo 18)

10. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres (PIMS)

Antes, durante y después de la emergencia/desastre se deben realizar intervenciones integradas e integrales, organizadas, planificadas, que contribuyan a evitar la pérdida temprana del embarazo, los nacimientos prematuros, mortalidad materna y neonatal, complicaciones post-parto y esterilidad, embarazos no deseados, violencia de género, violencia intra-familiar y e la violencia sexual, así como diseminación de las infecciones de transmisión sexual.

Para responder a estas necesidades el MINSAL ha integrado el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PIMS), el cual consiste en una serie coordinada de acciones prioritarias diseñadas para prevenir y controlar las consecuencias de la violencia sexual, la morbi-

mortalidad relacionada con la salud sexual y reproductiva, reducir la transmisión de VIH e ITS y planificar servicios integrales de Salud Sexual y Reproductiva en fases tempranas de una situación de emergencia o desastres. El PIMS debe ser implementado por personal capacitado y de forma coordinada, incluyendo intervenciones programáticas dirigidas a adolescentes, mujeres, niñez y otros grupos en condiciones de vulnerabilidad.

Áreas para la intervención del PIMS:

1. Coordinación con las instituciones claves para implementación del PIMS (Sistema Nacional Integrado de Salud – SNIS)
2. Prevención y atención ante la violencia de género con énfasis en la violencia sexual
3. Atención en salud integral de adolescentes
4. Reducción de la transmisión y tratamiento de las ITS/ VIH y hepatitis B
5. Prevención de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.
6. Servicios de anticoncepción
7. Desarrollo de actividades y atención en salud mental en situaciones de riesgo
8. Continuidad de los servicios de SSR integrales en los establecimientos de salud

Para la implementación del PIMS en las diferentes áreas de intervención se requiere disponer de insumos, medicamentos y equipos esenciales, de los que los establecimientos de salud deberán disponer para la emergencia.

Necesidades para la ejecución del PIMS

Medicamento	Insumos	Equipo
Anticonceptivos orales	Condomes masculinos y femeninos	Estetoscopio Algodón
Anticonceptivos inyectables mensuales y trimestrales	Guantes no estériles y estériles	Alcohol gel Jabón líquido
	Gorro	Cánula Mayo
Penicilina benzatínica 1,200,000 unidades frascos	Mascarillas Visores	Tensiómetro
<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol tableta y suspensión • Ciprofloxacina tableta • Doxiciclina tabletas y suspensión • Amoxicilina tabletas y suspensión 	<ul style="list-style-type: none"> • Caja destructora de jeringas • Jeringas descartables de 5 cc • Jeringas de 1cc 	Equipo para atención de parto precipitado contiene dos pinzas Kocher y tijera.
	Gabachones	
Frasco de vitamina K	Torundas estériles.	
Alcohol al 75%	Clamp umbilicales (por lo menos 5)	
Oxitocina		

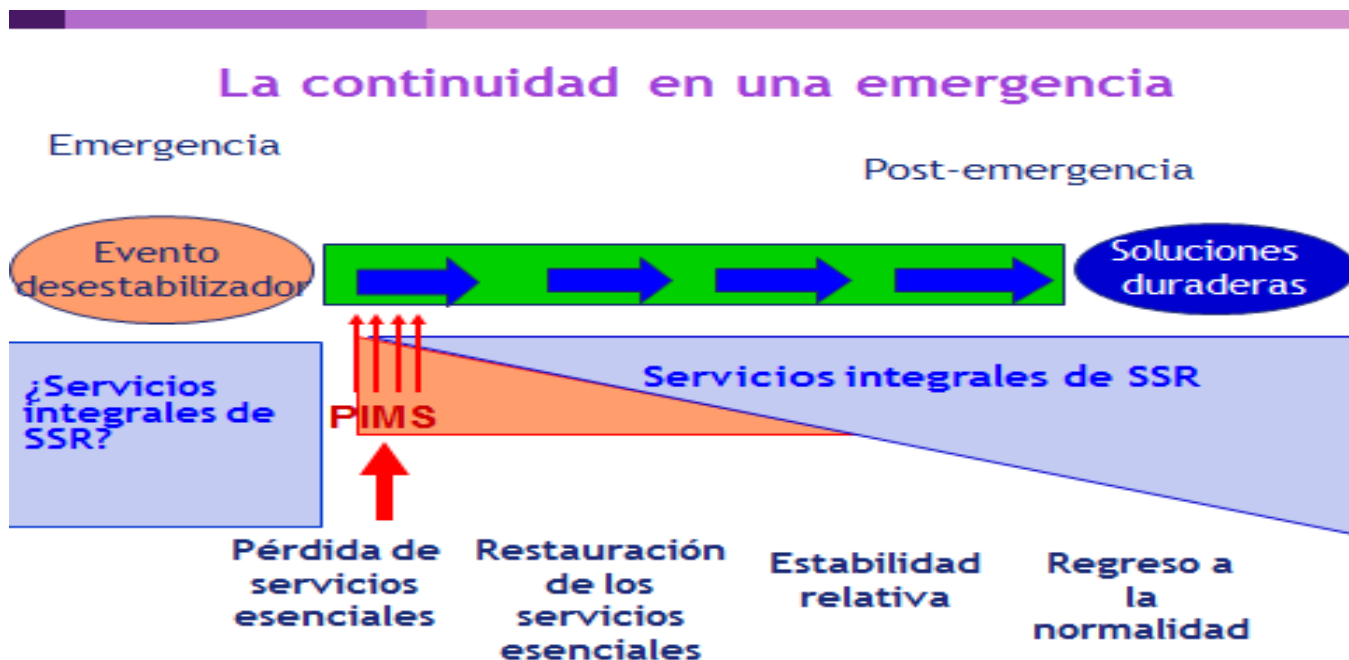
Sulfato de magnesio	Campos estériles.	
Terramicina en ungüento	Perilla	
Cloranfenicol oftálmico		
Gluconato de calcio	Bolsa máscara para recién nacido	
Misoprostol	Gorro de recién nacido	
	Frazadas para recién nacido	
	Insumos para intervención en salud mental	

Comité técnico 2020

Organización de la respuesta

Para dar una intervención oportuna en las situaciones de desastres, es necesario que las diferentes instituciones proporcionen una adecuada respuesta y para ello se requiere de una organización que permita tener una preparación previa, durante y posterior al evento; para ello deben participar los prestadores de servicios de la RIIS, tanto del primer nivel de atención como del nivel hospitalario del MINSAL; así como todas aquellas instituciones del sector gubernamental y no gubernamental que atiendan necesidades de la población en situaciones de emergencia y desastres: Protección Civil, ISSS, FOSALUD, Sanidad Militar, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, Organizaciones no Gubernamentales, Iglesias de diferentes denominaciones, Cruz Roja, entre otros.

Todo esto implica un proceso continuo en una emergencia, que comprende desde el momento del evento con la pérdida de los servicios esenciales hasta el regreso a la normalidad, esquematizado en la siguiente gráfica.



Fuente: Manual para la coordinación y provisión de salud sexual y reproductiva en situaciones humanitarias, iniciativa SPRINT, USAID IPPF, UNFPA, 1a. Edición en español, diciembre 2012

Se requiere una organización que permita lograr durante el evento una atención en Salud Integral, incluyendo la Salud Sexual y Reproductiva. A continuación, se detallan las actividades priorizadas en los diferentes niveles de atención:

Actividad	C*	PN*	HSN*	HE*	S*	R*
Antes						
Identificación de zonas geográficas de riesgo	x	x			x	x
Identificar al personal de salud de las instituciones que trabajarán la atención de SSR ante una situación de emergencia						
Capacitación a personal de salud basado en competencias para atenciones en SSR.		x	x	x	x	x
Identificación de población que demande servicios de SSR, con énfasis en las condiciones de vulnerabilidad	x	x			x	x
Organizar reuniones entre las instituciones que atienden una emergencia a nivel local		x			x	x
Revisión de inventarios y almacenamiento de suministros para atenciones en SSR		x	x	x	x	x
Durante						
Identificar al personal de salud disponible para atender los servicios de SSR	x	x	x	x	x	x
Conocer la disponibilidad de insumos esenciales para la atención inmediata de SSR	x	x	x	x	x	x
Disponer un sistema de referencia que facilite el transporte y comunicación desde el sitio de desastre al establecimiento de salud	x	x	x	x		
Definir la atención en SSR por otros proveedores de salud en emergencia	x	x	x		x	x
Definir el alcance de la oferta de servicios de acuerdo a la emergencia que se presenta	x	x			x	x
Coordinar el suministro para atenciones de SSR a partir de los consumos observados	x	x	x	x	x	x
Realizar monitoreo y supervisión para realizar ajustes de acuerdo a las necesidades cambiantes.		x			x	x
Análisis y difusión de la información	x	x	x	x	x	x

Después						
Información a miembros de la comunidad acerca de la continuidad de las atenciones en SSR		x			x	x
Reuniones entre las instituciones que atienden la emergencia para seguimiento de las atenciones en SSR en el lugar que corresponda		x			x	x
Revisión de inventarios locales de los suministros utilizados para evaluar costos de las atenciones en SSR		x	x	x	x	x
Análisis de la información estadística y de las actividades realizadas durante el evento.	x	x	x	x	x	x

*C: Comunidad, PN: Primer Nivel, HSN; Hospital de Segundo Nivel, HE: Hospital Especializado, S: SIBASI, R: Región. Comité técnico 2020

Lineamientos operativos para la implementación del PIMS

Previo al evento se deben crear las condiciones que permitan la aplicación exitosa y oportuna del PIMS y la reducción del riesgo:

- Conocimiento de las áreas geográficas de riesgo, según municipio y departamento.
- Contar con un censo poblacional actualizado con enfoque de género, que incorpore elementos relacionados con la salud reproductiva de las diferentes comunidades en riesgo
- Mapeo de Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales, que trabajan la temática de SSR: salud materna, salud del recién nacido, anticoncepción, ITS/VIH, atención a adolescentes; así como violencia sexual y salud mental.
- Identificar en la Redes Integradas e Integrales de Salud (RIIS), establecimientos de salud que darán atenciones en SSR durante una emergencia o desastre.
- Contar con información acerca de los lugares habilitados por el Comité de Protección Civil como albergues, en el área geográfica de responsabilidad de las UCSF.
- Determinación de espacios mínimos para la atención de aspectos de SSR en albergues y comunidades ubicadas en las zonas de impacto.
- Identificación de líderes y lideresas comunitarios dispuestos(as) a apoyar en la organización de la atención en SSR, en caso de emergencias/desastres.
- Capacitación al personal de salud de la Red del SNIS en la planificación y ejecución del PIMS.
- Visibilizar las necesidades específicas en SSR de las poblaciones en condición de vulnerabilidad, como es el caso de mujeres, las niñas/niños, adolescentes y personas con discapacidad durante una emergencia.
- Sensibilizar a líderes o lideresas sobre la necesidad de brindar las atenciones en SSR
- Informar a la población el abordaje de la SSR en situación de emergencia y desastre.

- Informar a pacientes con VIH, que, si acontece un evento de emergencia y no cuentan con medicamentos antirretrovirales, deben informarlo al personal de salud que coordina el albergue, para la solicitud oportuna al hospital que dispense antirretrovirales y no se interrumpa la adherencia.
- Garantizar la disponibilidad de condones masculinos y femeninos en forma gratuita.
- Determinar distancia y tiempo del albergue/comunidad a los centros de atención establecidos en la red.
- Definir en la Intersectorialidad e Interinstitucionalidad las posibilidades de medios de transporte y comunicación (ONG, PNC, FOSALUD, Gobernación, otros).
- Participar en la realización de simulacros para futuras emergencias incluyendo atención y referencia de casos de SSR
- Integrar el tema de SSR en el plan de trabajo de atención a las zonas vulnerables.

Implementación del PIMS durante el evento adverso

La importancia de brindar atenciones en SSR durante una emergencia contribuye a disminuir consecuencias tales como: muertes maternas y neonatales, violencia sexual, y sus secuelas, tales como traumas, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, entre otros.

Se requiere desde el inicio de la emergencia recolectar información demográfica y de salud acerca de la población afectada para lograr una óptima ejecución de las actividades del PIMS tan pronto como la situación lo permita:

- Datos segregados de población albergada por sexo y edades.
- Población con discapacidades.
- Niños y niñas en orfandad.
- Mujeres embarazadas y puérperas.
- Recién nacidos.
- Adolescentes hombres y mujeres
- Mujeres embarazadas con VIH que estén o no bajo terapia antirretroviral
- Personas con VIH que estén o no bajo terapia antirretroviral.
- Población con problemas de salud mental
- Cualquier otra situación que agrave la vulnerabilidad de las personas afectadas por un siniestro

Lineamientos operativos

- Al ser instalado el albergue o en la comunidad afectada, realizar inmediatamente un censo destacando a las mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas o en puerperio, recién nacidos, adolescentes y si tienen personas con discapacidad física o mental.
- Determinar las necesidades de atención en SSR según la magnitud del evento
- La RIIS en la cual ha acontecido el evento adverso, en sus diferentes niveles de atención, deberá estar informada de la situación y alerta para responder sin demora a la emergencia
- Ubicar en el albergue/comunidad afectada, el sitio en el cual se instalará la atención a la SSR

- Realizar sesiones de información, educación y comunicación dirigidas a mujeres y hombres adolescentes y en edad reproductiva en los albergues y otros lugares públicos, respecto a SSR con enfoque de derechos humanos e inclusión
- Brindar los componentes del PIMS, según las necesidades identificadas
- Garantizar la dotación de recursos y suministros para la implementación del PIMS
- Resguardar los kits y documentación de atenciones de manera confidencial
- Diferenciar espacios para la atención de mujeres embarazadas, puérperas y recién nacidos
- Los prestadores de servicios de salud deberán brindar las atenciones en condiciones de confidencialidad, respeto, con enfoque de derechos humanos e inclusión.
- Promover entre la población el conocimiento de los signos de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio para que acudan oportunamente a recibir atención.
- Promover el parto institucional en primera instancia y en caso de no ser factible verificar el sitio adecuado y el material para asegurar la atención del parto y del RN en condiciones óptimas.
- Velar por el cumplimiento de las medidas estándar de prevención de infecciones.
- Mantener coordinación con los responsables de los albergues para la atención de la violencia de género (hoja de tamizaje de violencia)
- Coordinar con las instancias respectivas la atención de los pacientes afectados según el caso: atención de salud mental, atención legal, referencia a un establecimiento de mayor complejidad y ver que se realice toda intervención necesaria para completar.
- Elaborar informe diario de las actividades realizadas, dirigido al SIBASI y Región correspondiente

Prevención de la morbilidad y mortalidad materna neonatal

Debido a que la mayoría de las muertes maternas y perinatales en situaciones de emergencia, se deben a la imposibilidad de obtener asistencia calificada, para la atención de complicaciones en el parto en forma oportuna, como norma general el personal sanitario debe saber que mientras más lejos se encuentre del centro de referencia, más rápido se debe decidir la derivación para evitar complicaciones del parto y la atención del recién nacido, previa estabilización.

Lineamientos operativos

- Facilitar la disponibilidad de la atención obstétrica de emergencia y de los servicios de atención neonatal, en las áreas de impacto verificar el estado de afectación del hospital más cercano, para tener conocimiento de cuál será el hospital de referencia. Sin embargo, las pacientes con complicaciones obstétricas y emergencia neonatales que no puedan ser tratadas en el centro de primer nivel deben ser estabilizados y luego ser trasladados a un hospital que cuente con servicios integrales de atención obstétricas y neonatales.
- Establecer un sistema de derivación que facilite el transporte y la comunicación desde la comunidad o albergue hasta el centro de salud más cercano dependiendo de la complejidad del caso. Seguir la guía de referencia y contra referencia. Determinar la distancia desde la comunidad afectada hasta los establecimientos de salud, o hasta el

hospital más cercano. Informe a la comunidad de cuando y donde buscar atención de emergencia para las complicaciones del embarazo y el nacimiento lo antes posible.

Fomentar que el parto se asista en centros hospitalarios.

- Tener disponibles mecanismos de transporte para el traslado de pacientes que van a verificar parto, de no ser posible, se debe contar con equipos de parto en condiciones higiénicas en caso de no poder ser transportada la paciente embarazada.
- En todos los escenarios de emergencias hay mujeres que se encuentran en las últimas etapas del embarazo y que por consiguiente darán a luz durante la etapa aguda de la emergencia, por lo tanto, es importante poner a disposición un paquete de parto en condiciones higiénicas a disposición en la comunidad. Sólo en última instancia el parto puede ser atendido en el hogar en condiciones higiénicas idealmente por personal capacitado. Considerar el vínculo con los Hogares de Espera Materna.

Prevención de la violencia sexual durante el evento adverso

Lineamientos operativos

- Identificar en el albergue/comunidad la población más vulnerable a ser violentada (adultos mayores, mujeres, adolescentes, niños, niñas, personas con discapacidades físicas o mentales, huérfanos)
- Identificar grupos que pertenezcan a la diversidad sexual, ya que pueden ser víctimas de violencia sexual.
- En la medida de lo posible instalaciones de albergues con ciertas condiciones de seguridad (dormitorios separados por sexos, luz adecuadas en horas nocturnas, comisiones de vigilancia en horas nocturnas, niños y niñas a la hora de descansar estén rodeadas de Personas que conformen su red de apoyo)
- Ubicar por separado letrinas y duchas por sexo, en la medida de lo posible, contar con áreas de iluminación nocturnas en el camino al baño y/o letrina y garantizando el cierre con llave desde el interior.
- Garantizar la presencia de mujeres en la comisión de entrega y distribución de donaciones alimentarias.

Responder a las necesidades de las víctimas de violación.

- De acuerdo a la *Norma de atención integral e integrada a todas las formas de violencia*, se tomarán en cuenta los siguientes aspectos generales para los casos de emergencia
- El Sistema Nacional de Salud debe garantizar a todas las víctimas de la violencia, el acceso a los servicios de salud, sin discriminación
- El personal de las Red debe:
 - Proporcionar los servicios a las y los usuarios, sin anteponer sus creencias o prejuicios, ni ejercer ningún tipo de violencia verbal, gestual, usando altos tonos de voz u otras actitudes que dañen la dignidad de las personas.

- Proporcionar atención a las personas víctimas de violencia, debe mantener confidencialidad y respeto a los derechos.
- Proporcionar atención integral a las personas en las diferentes etapas de su ciclo de vida, debe identificar los factores de riesgo y vulnerabilidad social que predispongan a ser víctima de violencia, refiriéndoles a la instancia correspondiente y dando el seguimiento oportuno.
- Desarrollar acciones para el abordaje integral de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida, víctimas de todos los tipos de la violencia.
- Evidenciar una historia clínica completa en el expediente y registrar los casos en los diferentes instrumentos de recolección de datos de los sistemas de información (incluyendo la Ficha Familiar, Hoja de Registro de Morbilidad y Atenciones Preventivas y hojas de registro específico), dentro de un ambiente de privacidad; orientada especialmente a establecer la presencia de factores que comprometan la vida del paciente.
- Proporcionar consejería a las personas víctimas, según el tipo de violencia.
- Proporcionar atención integral a hombres y mujeres agresores.
- Garantizar a las víctimas de violencia, el acceso a la atención especializada, según lineamientos técnicos establecidos.
- El personal del Equipo Comunitario en Salud Familiar (Ecos Familiar), que identifique formas de violencia en cualquiera de los miembros del grupo familiar, debe proporcionar la atención integral inmediata y realizar el seguimiento, según la clasificación de riesgo de los lineamientos técnicos establecidos.
- Informar a la persona de mayor autoridad en el establecimiento de salud, sobre los casos de notificación obligatoria, para los trámites correspondientes, según lineamientos establecidos.
- Realizar el seguimiento a las personas víctimas de violencia, en el establecimiento de salud y en la comunidad, según los lineamientos técnicos establecidos.
- El personal de las Red que detecte casos de violencia sexual en mujeres y en otros grupos de personas, en las diferentes etapas del ciclo de vida, debe proporcionar atención aplicando los lineamientos técnicos establecidos.
- Debe realizarse historia clínica completa y examen físico, cuyo propósito es determinar la atención clínica que necesita; se recomienda que el personal médico este acompañado por un personal de enfermera de ser posible.
- Referir para interconsulta urgente con psicólogo o psiquiatra según el caso para el tratamiento psicoterapéutico oportuno, se deberá incluir a la familia.
- Si en el momento de la consulta hay condiciones que ponen en riesgo la vida de la víctima, derivarla de inmediato al hospital de segundo o tercer nivel más cercano.

Para la prevención del embarazo no deseado: (Píldoras anticonceptivas de emergencia PAE).

Este tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea posible, hasta 120 horas posteriores a la violación, debido a que la eficacia disminuye a medida pasa el tiempo.

Orientar a la víctima acerca de cómo tomar las píldoras y efectos secundarios que podría tener como náuseas y vómitos, si la víctima vomita dos horas posterior a la ingesta del medicamento, será necesario repetir la dosis.

Explicar cómo estas drogas pueden afectar su próximo periodo menstrual, debido a que la menstruación debería presentarse en la fecha aproximada en que ella la espera, pero puede que se anticipe una semana o demore algunos días.

Precauciones: cualquier mujer o niña puede usar PAE sin riesgos, incluso las que no pueden usar métodos hormonales permanentes, ya que la dosis de hormonas empleadas es relativamente pequeña y las píldoras se usan en un lapso breve.

La PAE no será eficaz ante un embarazo confirmado.

Régimen de anticonceptivos de emergencia

Formulación	Nombre	Número de tabletas primera dosis	Número de tabletas en segunda dosis (12 horas después)
Levonorgestrel 0.15mg + Etinilestradiol 30 mc	Microgynon, Nordette	4	4
Levonorgestrel 0.75mg	Postinor 2, vermagest	1	1
Levonorgestrel 1.5mg	Postinor	1*	

* Dosis única Comité técnico 2020

Tratamiento para infecciones de transmisión sexual.

El tratamiento para las infecciones de transmisión sexual se brindará en el área designada tomando como base los *Lineamientos Técnicos de control de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales* vigente, localmente debemos realizar la coordinación para contar con medicamentos antirretrovirales para iniciar el manejo del abuso sexual y posteriormente coordinar con un hospital de segundo o tercer nivel, dicho manejo se debe realizar de acuerdo a la Guía Clínica de Profilaxis Post Exposición al VIH. Hay que tomar en cuenta que las dosis de los medicamentos varían con la edad y el peso (caso de niños y niñas) de la víctima. En el establecimiento de salud de segundo o tercer nivel, se aplicará la dosis de vacuna de hepatitis B según esquema establecido en la Guía de la Profilaxis Post Exposición al VIH y la vacuna antitetánica.

Se llevará a cabo el protocolo de la Profilaxis de ITS para niños y niñas, personas adultas y embarazadas.

Profilaxis para ITS bacteriana en niños, niñas y adolescentes

Microorganismo	Medicamento	Dosis
Neisseria gonorrhoeae	Ceftriaxona *	1 gr. vía IM, Dosis única.
Clamidia	Doxiciclina	100 mg vía oral, 2 veces el día, por 7 días.
	Claritromicina	500 mg vía oral, cada 12 horas, por 7 a 14 días.
Tricomonas y vaginosis bacteriana	Metronidazol	15 mg/kg de peso día, dividido en 3 dosis vía oral por 7 días. (niños y niñas).
		500 mg vía oral, cada 12 horas, por 7 días (adultos)
Sífilis	Penicilina G (benzatínica)	25,000 UI/kg de peso, dosis única vía IM. (niños y Niñas)
		1.2 millones de unidades IM # 2 (adultos)
Hepatitis B	Vacuna para la hepatitis B	En NNA hasta 19 años: Completar esquema, si ya fue iniciado, o iniciar aplicando 0.5 ml, IM. En el deltoides. En menores de un año en el tercio medio del muslo; los días 0, al mes y a los 6 meses de la primera dosis.

*Evaluar efectividad para sífilis.

Fuente: Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para el control de Infecciones de Transmisión Sexual y las Hepatitis virales vigente. El Salvador.

Profilaxis para hepatitis B

- Toda mujer que ha sido agredida sexualmente, debe ser vacunada contra hepatitis B, si no está protegida.
- Dosis: la primera dosis antes de transcurrir setenta y dos horas y máximo siete días posterior a la agresión sexual, la segunda al mes y la tercera a los seis meses.
- Se debe aplicar 0.5 ml de vacuna de la hepatitis B por vía intramuscular en el deltoides o el glúteo.
- Se deben tomar antígenos de superficie de la hepatitis B de seguimiento a las 6, 12 y 24 semanas.
- Si el antígeno de superficie para hepatitis B es positivo, se debe discontinuar el esquema de vacunación.

Profilaxis para ITS bacteriana

Microorganismo	Medicamento	Alternativa
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona *	1 gr. IM dosis única.
Clamidia	Doxiciclina Claritromicina	100 mg vía oral, 2 veces el día, por 7 días. 500 mg vía oral, cada 12 horas, por 7 a 14 días.
Tricomonas y vaginosis bacteriana	Metronidazol	15 mg/kg de peso día, dividido en 3 dosis vía oral por 7 días. (niños y niñas). 500 mg vía oral, cada 12 horas, por 7 días (adultos)
Sífilis	Penicilina benzatínica	25,000 UI/kg de peso, dosis única vía IM. (niños y Niñas) 1.2 millones de unidades IM # 2 (adultos)
Hepatitis B	Vacuna para la hepatitis B	Completar esquema, si ya fue iniciado, o 0.5 ml intramuscular en el deltoides o en el glúteo, los días 0,7 y 21 de su consulta.

*También es efectiva para sífilis

Fuente: Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para el control de Infecciones de Transmisión Sexual y las Hepatitis virales vigente. El Salvador.

Profilaxis para ITS bacterianas en embarazadas

Microorganismo	Medicamento	Dosis
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona *	1 gr. IM dosis única.
Clamidia	Doxiciclina Claritromicina	100 mg vía oral, 2 veces el día, por 7 días. 500 mg vía oral, cada 12 horas, por 7 a 14 días.
Tricomonas y vaginosis bacteriana	Metronidazol	15 mg/kg de peso día, dividido en 3 dosis vía oral por 7 días. (niños y niñas). 500 mg vía oral, cada 12 horas, por 7 días (adultos)
Sífilis	Penicilina benzatínica	25,000 UI/kg de peso, dosis única vía IM. (niños y Niñas)

		1.2 millones de unidades IM # 2 (adultos)
Hepatitis B	Vacuna para la hepatitis B	Completar el esquema, si ya fue iniciado, sino aplicar 0.5 ml intramuscular en el deltoides o en el glúteo los días 0,7 y 21 de su consulta.

*También es efectiva para sífilis.

Fuente: Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para el control de Infecciones de Transmisión Sexual y las Hepatitis virales vigente. El Salvador.

Profilaxis para VIH

La probabilidad de la transmisión de VIH tras la violación, puede reducirse mediante la pronta administración de la PPE, la cual debe iniciarse de inmediato y con un periodo hasta dentro de las 72 horas posteriores al evento y debe continuar por 28 días sin interrupción, por lo tanto si existió la violación con penetración, se debe trasladar a la víctima al establecimiento de atención especializada en VIH (Emergencia del Hospital de segundo o tercer nivel), contando con el apoyo de los cuerpos de seguridad, el Sistema de Emergencias Médicas o con los líderes comunales. En casos de violación de manera crónica se dará la PPE si la última relación tuvo lugar dentro de las últimas 72 horas.

Si el hecho de abuso es reciente de preferencia no colocar espéculo, sino hasta que esté realizado el peritaje de medicina legal.

Es importante que el personal de salud que tenga conocimiento de un hecho de violencia sexual, de aviso a la autoridad competente, (PNC o Fiscalía), el aviso puede ser de forma anónima o a nombre de la Institución para quien labora. El aviso no representa una demanda con revelación del dato de la denunciante, que pueda comprometer la seguridad del personal de salud, ni representa ser testigo del hecho delictivo.

Profilaxis para VIH personas adultas

La profilaxis debe utilizarse por un período de 28 días, y consta de la combinación de los siguientes tres medicamentos antirretrovirales:

Tratamiento profiláctico de VIH PPE en Adultos y adolescentes

Medicamento	Dosis
Lamivudina (3TC) 150 mg	1 tableta cada 12 horas
Zidovudina (AZT) 300 mg	1 tableta cada 12 horas
Lopinavir + Ritonavir (LPV/r) (200+ 50) mg	2 cápsulas cada 12 horas

FUENTE: Guía Clínica de Profilaxis Post Exposición. Programa ITS/VIH-Sida. Ministerio de Salud.

Tratamiento profiláctico de VIH PPE en niños y niñas

Medicamento	Dosis
Lamivudina (3TC) 50 mg/5 ml	4 mg/kg/ PO cada 12 horas
Zidovudina (AZT) 50 mg/5 ml	180-240mg/m ² , PO cada 12 horas
Lopinavir + Ritonavir (LPV/r) 80 + 20 mg/ ml	230-350 mg/m ² , PO cada 12 horas (dosis calculada en base a Lopinavir)

FUENTE: Guía Clínica de Profilaxis Post Exposición. Programa ITS/VIH- Sida. Ministerio de Salud.

Reducir la transmisión del VIH

Con el fin de reducir la transmisión del VIH desde el inicio de la respuesta de emergencia, los prestadores de salud deben trabajar para lograr lo siguiente:

1. Garantizar el fiel cumplimiento de Normativas, Lineamientos y Guías institucionales.
2. Garantizar la disponibilidad de condones masculinos y femeninos gratuitos.
3. Continuar la terapia antirretroviral a las personas con VIH.

Precauciones estándar

A través de las medidas universales de bioseguridad para el control de las infecciones, logramos reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos en la exposición de sangre o fluidos corporales en la atención sanitaria. Bajo el principio de las precauciones estándares deben considerarse como líquidos infectantes por VIH la sangre y los fluidos corporales (semen, secreciones vaginales) de todas las personas, independientemente de la certeza o sospecha de infección de cada persona. Sin embargo, estas precauciones de bioseguridad no deben aplicarse solo en situaciones de emergencia y no solo son efectivas para VIH, sino también las precauciones estándares previenen las infecciones también de la hepatitis B y C.

Puede ocurrir en el momento inicial de una emergencia que exista escasez de material sanitario, falta de infraestructura y sobre carga de trabajo, o puede pasar que el personal de salud recurra a la abreviación de procedimientos, lo que pone en peligro la seguridad tanto de los pacientes como del personal mismo.

Las precauciones estándares son las siguientes

- Lavarse las manos con frecuencia con agua y jabón.
- Usar guantes: Use guantes desechables no estériles para todos los procedimientos donde se prevé el contacto con sangre u otros fluidos corporales potencialmente infecciosos.
 - Usar vestimenta adecuada, como guardapolvos o delantales impermeables,
 - Gafas protectoras, cuando se manipulen casos de posible exposición de sangre o líquidos infectantes.
- Manipulación segura de objetos afilados: Disminuya la necesidad de manipular agujas y jeringas, use preferentemente frascos de una sola dosis y no de varias dosis, no vuelva a

poner el capuchón a las agujas, deseche las agujas y otros materiales afilados en cajas de seguridad a prueba de pinchaduras y de líquidos.

- Eliminación de desechos: Elimine los desechos bioinfecciosos según la normativa del MINSAL, de ser posible almacénelos y luego téngalos al establecimiento de salud más cercano.
- A pesar de que se instauren y cumplan las precauciones estándar, puede haber exposición ocupacional al VIH, cuando ocurra alguna exposición con secreciones infectantes, deberemos trasladar al paciente a alguno de los centros con atención especializada para VIH, lo antes posible para iniciar la PPE, puede coordinar el transporte con la PNC al establecimiento de salud más cercano.

Poner a disposición de toda la comunidad condones gratuitos

Los condones son métodos de protección clave para prevenir la transmisión de VIH y otras ITS, en una situación de emergencia hay que garantizar la disponibilidad de condones masculinos y femeninos desde los primeros días de la emergencia.

Proporcionar condones a libre demanda o a través de un dispensador para garantizar que haya condones disponibles en todos los centros sanitarios y en áreas privadas accesibles tales como: letrinas, puntos de distribución de artículos no alimentarios, entre otros. Los dispensadores pudieran ser de origen artesanal u convencional y coordinar con el personal local acerca de cómo los condones pueden estar accesible al público.

Continuidad de la terapia antirretroviral

El Programa Nacional de ITS/VIH-Sida cuenta con estrategias para la identificación y búsqueda de personas con infección por VIH en albergues y comunidades en emergencias, contando con apoyo de equipos multidisciplinarios de los Hospitales que cuentan con atención integral en VIH y en el primer nivel de atención.

Recuperación. Plan de incorporación de los servicios integrales de SSR a la atención primaria en salud.

Se debe planificar la incorporación de las actividades integrales de SSR a la atención primaria de la salud al inicio de la respuesta humanitaria para no demorar innecesariamente la prestación de estos servicios, que incluyen:

Anticoncepción. Disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos

Al inicio de la respuesta de emergencia, es posible que algunas mujeres deseen continuar con el uso del mismo método anticonceptivo que utilizaban antes de la situación de crisis, aunque puede haber algunos inconvenientes, como la pérdida o deterioro del documento de control de anticoncepción, y por lo tanto confusión en las fechas de aplicación previas.

Es importante poner a disposición de las mujeres métodos de anticoncepción básicos que satisfagan sus demandas de continuar con la anticoncepción. Los condones tanto

masculinos como femeninos deben estar disponibles desde el comienzo de la respuesta, para prevenir la transmisión de ITS, incluido el VIH y los embarazos no deseados.

Por lo tanto, los prestadores de servicios deben asegurar el suministro de métodos anticonceptivos, realizar pedido oportuno y evitar la falta de existencia. Tomar en cuenta que, para la solicitud de insumos, es necesario conocer las condiciones de los lugares donde se da la atención de anticoncepción, ya que será difícil aplicar métodos con técnicas invasivas cuando la atención sea en la comunidad o puestos de salud improvisados.

Los servicios de anticoncepción se deberán implementar en establecimientos de salud y ECOS Familiares.

Ofrecer los métodos de anticoncepción cada vez que detecte alguno de los siguientes casos:

- ✓ Asistencia posterior a un aborto.
- ✓ En casos en que sea hombre, mujer o adolescente que acuda por atención y tratamiento de una ITS incluido VIH, proporcione orientación y consejería específica sobre cada método y así como facilitar el método de su elección.
- ✓ Cuando una mujer o niña acuda en busca de control prenatal, ofrecer los métodos para después del parto.
- ✓ Mujeres que asistan después del parto.
- ✓ Cuando se solicite por adolescentes

Para la adecuada aplicación de los métodos de anticoncepción, se deberá de seguir los criterios de elegibilidad para uso de anticonceptivos de la OMS, de acuerdo a Lineamientos para la Provisión de Servicios de Anticoncepción del MINSAL.

- **Salud materna y neonatal.**

La continuidad de la atención de la madre y el neonato debe continuar de forma integral tan pronto como las situaciones lo permitan, sobre la base del PIMS, la programación de este servicio tiene tres prioridades estratégicas:

- ✓ Conocimiento y eliminación de los obstáculos para los servicios de salud materna neonatal.
- ✓ Incremento de la disponibilidad de servicios materno neonatales basados en evidencias.
- ✓ Mejora de la utilización y demanda de servicios de salud materna neonatal.

- **Violencia de género.**

Una vez implementado el PIMS, los técnicos de las Regiones y Sibasis, así como del Programa Nacional de Violencia, en colaboración con otros sectores o grupos pertinentes, deben trabajar para expandir la atención médica y psicológica, y el apoyo social para las víctimas de violaciones y de otras formas de violencia de género, así como iniciativas de apoyo para prevenirla. Implementando los *Lineamientos técnicos para la atención integral a*

todas las formas de violencia, iniciando con la aplicación de la Hoja de tamizaje de violencia:

Para el tamizaje de violencia utilizar las hojas según lineamientos, las cuales tienen preguntas de acuerdo al tipo de población, que se detallan a continuación:

Hoja de tamizaje de violencia N° 1

Número de expediente / Ficha familiar: _____

Fecha: _____

Preguntas		Si	No
1	¿Tiene miedo a su pareja, algún extraño o alguien de su familia, cuidador/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de su comunidad?		
2	¿Su pareja, algún miembro de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de la comunidad, le ha amenazado, gritado, humillado, le ha dicho o hecho cosas que no le gustan y que le han hecho sentir mal?		
3	¿Su pareja, alguien de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a le ha lastimado físicamente con golpes, arañones, halones de pelo u oreja, empujones u otros?		
4	¿Alguna vez le han castigado dejándole sin comer, quitado los permisos para realizar actividades recreativas, le han dejado encerrado/a, amarrado/a o impedido asistir a controles médicos?		
5	¿Alguna vez alguien de su familia u otra persona le ha tocado alguna parte de su cuerpo que le ha hecho sentirse mal o le ha forzado a tener relaciones sexuales?		
6	¿Le prohíben movilizarse libremente a cualquier lugar y hora que usted desee y recibe amenazas? (Si la persona responde afirmativamente aplicar Test específico de Trata de Personas).		
7	¿Alguna vez ha deseado morir, ha pensado en quitarse la vida o intentado dañar su cuerpo usted mismo?		

Nota: Una respuesta positiva a cualquiera de estas siete preguntas, es sugestiva de que la persona está siendo afectada por alguna forma de violencia, por lo cual se debe continuar explorando con la hoja específica de Tamizaje para cada grupo de edad.

Hojas específicas de tamizaje para cada grupo.

Hoja de tamizaje de violencia N° 2

Número de expediente / Ficha familiar: _____

Fecha: Anexos

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 a usted no le gustan, le han gritado o amenazado?		
5	¿Su pareja, familiar u otra persona le ha impedido asistir a sus controles de embarazo 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?		
	¿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)		
8	¿Se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos / as		

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

Hoja de tamizaje de violencia N° 3

Número de expediente / Ficha familiar: _____

Fecha: _____

Tamizaje para detectar violencia en niñas y niños de 5 a 9 años		Si	No
1	¿Siente miedo a algún extraño o alguien de su familia, cuidador/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de su comunidad?		
2	¿Alguien de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de la comunidad, le ha amenazado, gritado, humillado, le ha dicho o hecho cosas que no le gustan y que le han hecho sentir mal?		
3	¿Alguien de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a le ha lastimado físicamente con golpes, arañones, halones de pelo u oreja, empujones?		
4	¿Alguna vez le han castigado dejándole sin comer, quitado los permisos para jugar, le han dejado encerrado/a, amarrado/a?		
5	¿Alguna vez ha tenido que suspender actividades recreativas (juegos, deportes, otros) o de estudio por estar obligado a trabajar?		
6	¿Alguna vez alguien de su familia u otra persona le ha tocado la vulva, pene, ano o los pechos o le ha pedido que lo haga?		
7	¿Ha sido usted forzada / forzado a tener relaciones sexo coitales, anales, orales, introducción de objetos en vagina, boca o ano?		
8	¿Alguna vez ha deseado morirse, pensado o intentado dañar su cuerpo usted mismo?		

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

Hoja de tamizaje de violencia N° 4

Número de expediente / Ficha familiar: _____

Fecha: _____

Tamizaje para detectar violencia en adolescentes		Si	No
1	¿Siente miedo a algún extraño o alguien de su familia, cuidador/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de su comunidad?		
2	¿Alguien de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a, vecino/a u otro miembro de la comunidad, le ha amenazado, gritado, humillado, le ha dicho o hecho cosas que no le gustan y que le han hecho sentir mal mediante mensajes, redes sociales, teléfono, actividades grupales?		
3	¿Algún miembro de su familia, cuidador/a, maestro/a, compañero/a, amigo/a le ha lastimado físicamente con golpes, arañones, alones de pelo, empujones?		
4	¿Alguna vez ha tenido que suspender actividades recreativas o de estudio por estar obligado a trabajar?		
5	¿Le han presionado o amenazado para pertenecer a un grupo de jóvenes que usted no desea?		
6	¿Alguna vez, su pareja, novio o compañero le ha insultado verbalmente, amenazado de muerte o le ha golpeado?		
7	¿Está (o ha estado alguna vez) en una relación de noviazgo o pareja en la cual se ha sentido maltratada(o) u obligado a tener relaciones sexo coitales, anales, orales, introducción de objetos en vagina, boca o ano y sin protección anticonceptiva?		
8	¿Alguna vez alguien de su familia, maestro / maestra u otra persona le ha tocado la vulva, pene, ano o los pechos o le ha pedido que lo haga?		
9	¿Alguna vez se ha sentido solo, desilusionado, sin forma de resolver alguna situación en tu vida, angustiado, sin ganas de vivir?		
10	¿Alguna vez ha deseado morirse, pensado o intentado dañar su cuerpo usted mismo?		

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

Hoja de tamizaje de violencia N° 5

Número de expediente / Ficha familiar: _____

Fecha: _____

Tamizaje para detectar violencia en mujeres		si	no
1	¿En este 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, pensado o intentado dañar su cuerpo usted mismo?		

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

Hoja de tamizaje de violencia N° 6

Número de expediente / Ficha familiar: _____

Fecha: _____

	Tamizaje para detectar violencia en personas adultas mayores	Si	No
1	¿Algún miembro de su familia, cuidador /a o comunidad le ha insultado y humillado enfrente de otras personas o en privado, diciéndole palabras ofensivas. Por ejemplo, ¿que no es útil o le han hecho sentir mal respecto a si misma(o)?		
2	¿Algún miembro de su familia, cuidador /a o comunidad le ha intimidado para sustraer dinero, joyas, pensión, escrituras, entre otros?		
3	¿Alguna persona de su familia, cuidador /a o de la comunidad le ha obligado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, o ha llegado a hacerle daño físico durante la relación sexual?		
4	¿Algún miembro de su familia o cuidador le ha negado la alimentación, medicamentos o cumplir con las indicaciones médicas para prevenir complicaciones de sus problemas de salud?		
5	¿Algún miembro de su familia o cuidador /a le ha empujado, golpeado, arañado, halado el cabello u otra forma de agresión física?		
6	¿Algún miembro de su familia o cuidador /a le ha dejado solo por largos periodos sin recibir alimentación, medicamentos, cuidados básicos y de salud?		
7	¿Algún miembro de su familia o cuidador se han negado a llevarle a pasar consulta, a retirar sus medicamentos o le han impedido tomárselos o le han robado sus medicamentos?		

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

Infecciones de transmisión sexual

En los escenarios de emergencia y posterior a la misma en la fase de restablecimiento de los servicios, es posible que el riesgo de ITS, incluido el VIH sea más alto debido a la violencia sexual en aumento, personas con trabajos de alta movilidad, trabajo sexual, sexo transaccional, consumo de alcohol y drogas, falta de información y acceso a condones masculinos y femeninos y la alta densidad poblacional en los albergues.

El objetivo de la prevención de las ITS es reducir la cantidad de casos, mediante la interrupción de su transmisión, reduciendo la duración de la infección y la prevención del desarrollo de complicaciones en las personas infectadas. El control del contagio de las ITS

es un desafío, por lo tanto, se propone en esta fase de restablecimiento de servicios la ejecución de los *Lineamientos Técnicos para el Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis Virales* vigente.

Infección por VIH

En la fase de restablecimiento de servicios en la temática de VIH, son importantes dos elementos: la primera que está enmarcada en acciones encaminadas a la prevención del VIH, tanto en los factores educativos para la realización de prácticas sexuales protegidas, así como la accesibilidad de los condones masculinos y femeninos.

El segundo factor importante es favorecer y fortalecer la adherencia del tratamiento antirretroviral a las personas con VIH, para este componente los equipos multidisciplinarios de los 20 hospitales que cuentan con Clínica de Atención Integral en VIH, realizan acciones específicas como, por ejemplo:

- Coordinación con el Primer Nivel de atención para la búsqueda de pacientes en albergues.
- El coordinador del albergue al censar a los pacientes determina si existe alguien en TAR, realiza la coordinación con cualquiera de las Clínicas de Atención Integral de VIH de los 20 hospitales a nivel nacional, para el restablecimiento de la Terapia en caso de extravió.

Salud mental

- Establecimiento de un plan de acción en salud mental para la atención y seguimiento de los casos detectados.
- Coordinación interinstitucional para fortalecer el trabajo de salud mental en la comunidad para el seguimiento de los casos.
- Detección de síntomas tardíos para la atención especializada.
- Creación o fortalecimiento de los grupos de apoyo.

Cuadro resumen: PIMS y servicios integrales de SSR

Componentes de SSR	PIMS	Servicios integrales de SSR
Anticoncepción		<p>Proporcionar anticonceptivos como condones Píldora inyectables y DIU.</p> <p>Adquiera suministros anticonceptivos previa determinación de las fuentes de adquisición.</p> <p>Brinde capacitación al personal</p> <p>Desarrolle estrategias educativas para la promoción y orientación sobre la disponibilidad y el uso de anticonceptivos</p> <p>Implemente programas integrales de anticoncepción</p> <p>Brinde atención comunitaria</p>
Violencia de genero	<p>Coordinar mecanismos para prevenir la violencia sexual con los grupos o sectores de la salud y otros.</p> <p>Brindar atención clínica a las víctimas de violación</p>	<p>Amplíe la atención médica psicológica y social y legal a las víctimas.</p> <p>Prevenga y atienda otras formas de VDG, entre ellas la violencia intrafamiliar</p> <p>Comprometa a los hombres y a los adolescentes varones en la programación contra la violencia de género.</p>
Atención materna y neonatal	<p>Garantizar la disponibilidad de servicios de emergencia obstétrica y neonatal</p> <p>Establecer un sistema permanente de derivaciones para las emergencias obstétricas.</p> <p>Proporcionar materiales para parto en condiciones higiénicas.</p>	<p>Brinde atención prenatal.</p> <p>Brinde atención post natal.</p> <p>Capacite a los asistentes idóneos en como brindar atención obstétrica de emergencia y atención neonatal.</p> <p>Incremente el acceso a la atención obstétrica de emergencia y la atención neonatal básica e integral.</p>
ITS, incluida la	Difundir y hacer	Implemente servicios integrales de

<p>prevención y el tratamiento del VIH</p>	<p>cumplir el respeto por las precauciones estándares.</p> <p>Poner a disposición del público condones gratuitos.</p> <p>Tratamiento sincrónico de las ITS.</p> <p>Haga que el tratamiento esté disponible para pacientes que ya están en tratamiento con ARV, incluso PTMH.</p>	<p>prevención y tratamiento de las ITS, que incluyan sistemas de vigilancia de las ITS.</p> <p>Colabore en la instauración de los servicios integrales de VIH que sean adecuados.</p> <p>Brinde atención apoyo y tratamiento a las personas que tienen VIH/SIDA</p> <p>Dé a conocer más sobre los servicios de prevención atención y tratamiento de las ITS incluido el VIH.</p>
<p>Salud mental</p>	<p>Garantizar la disponibilidad de servicios de salud mental para la reducción de riesgo psicosocial</p>	<p>Proporcionar intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos</p> <p>Información y orientación en salud mental</p> <p>Coordinación intersectorial y conformación de equipos de trabajo en salud mental para la optimización de recursos.</p> <p>Estimular el espíritu solidario y favorecer la participación.</p>

Monitoreo y evaluación

Monitoreo

Se hará la recolección y el análisis permanente y sistemático de los datos a medida que la emergencia avanza, hacia el logro de los objetivos. La información recolectada debe considerar los datos e indicadores de salud reproductiva, que se incluyen en la Estrategia PIMS.

Evaluación

Los equipos deben considerar que las evaluaciones tienen lugar a lo largo de todo el evento de emergencia.

Evaluación final: es el proceso mediante el cual determina si en la implementación de la Estrategia, se alcanzaron los objetivos y resultados esperados.

A continuación, se plantean indicadores a utilizar en el plan de PIMS durante Emergencias.

Indicador	Descripción	Fórmula	Observación	Valor estándar
Cobertura de suministros de precauciones estándar.	Insumos suficientes como guantes, cajas destructoras de jeringas	Cantidad de sitios con suministro para precauciones/cantidad de establecimientos de salud x 100		100% de establecimientos de salud cuentan con precauciones estándar.
Número de casos de agresión sexual, atendido de forma integral	Cantidad de casos de agresión sexual atendidos integralmente.	Casos atendidos integralmente en periodo específico	Separados por sexo y grupo etario.	100% de los casos de agresión sexual adecuadamente atendidos.
Casos referidos a centros de atención para PPE.	Números de casos referidos a hospitales especializados en TARV	Casos referidos de agresión sexual en un periodo específico.	Separados por sexo y grupo etario.	100% de los casos que necesitaron PPE fueron referidos oportunamente
Tasa de distribución de condones	Tasa de distribución de condones entre la población	Cantidad de condones masculinos y femeninos distribuidos población total/mes.	El valor estándar 0.5 condones/persona /mes.	
mujeres embarazadas , a quienes se detecta factores de riesgo	Número de mujeres embarazadas a las cuales se detecta factores de riesgo	Número de mujeres embarazadas con riesgo/total mujeres embarazadas.		
Mujeres embarazadas con riesgo referidas a Centro de mayor complejidad.	Número de mujeres embarazadas con riesgo referidas a Centro de mayor complejidad.			100% de las embarazadas con riesgo fueron referidas.
Prevalencia anticonceptiva	Proporción de mujeres en edad reproductiva que usa un método de anticoncepción	Cantidad de mujeres en edad reproductiva que usa algún método anticonceptivo/ca		

		ntidad de mujeres edad reproductiva x100		
Utilización de los servicios de atención obstétrica de emergencia	Proporción de los nacimientos que tuvieron lugar en instalaciones de atención obstétrica de emergencia.	Cantidad de partos en centros de atención/cantidad de partos x 100		

Criterios para entrega de condones

Tipo de población	Número de condones por semana
Hombres que tienen sexo con hombres	10 por semana
Trabajadora sexual	5 por día
Adolescente en situación de riesgo	6 por semana
Privados de libertad	6 por semana
Población móvil	6 por semana
Población en general	6 por semana

Fuente: Lineamientos Técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción

V. Disposiciones finales

a. Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal del SNIS, dar cumplimiento a los presentes Lineamientos técnicos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

b. Derogatoria:

Dejase sin efecto los siguientes instrumentos técnicos jurídicos:

- 1) Lineamientos Técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido, año 2011.
- 2) Lineamientos técnicos operativos para la estrategia plan de parto. 2011
- 3) Lineamientos Técnicos para la atención integral de mujeres con alto riesgo reproductivo 2016

c. De lo no previsto

Lo que no esté previsto en los presentes lineamientos técnicos, se debe resolver a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto técnica y jurídicamente.

d. Revisión y actualización

Los presentes lineamientos técnicos serán revisados y actualizados cuando sea necesario, en razón a los cambios en el modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, o avances científicos en relación a la atención materna y de la niñez.

VI. Terminología / glosario / siglas

Glosario

Para lo efectos de los presentes lineamientos se entenderán las definiciones y abreviaciones de la siguiente manera:

Abstinencia: privación voluntaria de las relaciones sexuales.

Afección tromboembólica: enfermedad producida por el bloqueo de un vaso sanguíneo con un trombo que se ha desprendido de su lugar de formación.

Amenorrea: ausencia de menstruación por un período mayor al normal del ciclo menstrual.

Amenorrea por lactancia: es la ausencia de la menstruación en el período posparto mientras la mujer está lactando.

Angina de pecho: Síndrome caracterizado por dolor precordial.

Consentimiento voluntario informado: es la decisión voluntaria del aceptante para que le realice un procedimiento anticonceptivo. Con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.

Consejería: proceso educativo que ayuda a garantizar que las personas, tomen decisiones libres e informados acerca de su vida reproductiva.

Criptorquidia: defecto del desarrollo en el cual uno o ambos testículos no logran descender a las bolsas escrotales y permanecen dentro del abdomen o el conducto inguinal.

Dismenorrea: dolor pélvico durante la menstruación.

Ectropión cervical: eversión de la superficie mucosa endocervical uterina.

Edad fértil o reproductiva: etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

Embarazo ectópico: embarazo fuera del útero.

Endometriosis: proliferación ectópica de tejido endometrial.

Enfermedad pélvica inflamatoria: inflamación del tracto genital superior que incluye dos o más de las siguientes afecciones: cervicitis, endometritis, salpingitis, pelviperitonitis, absceso tubo ovárico.

Espacio inter genésico: periodo que habrá entre el último nacimiento (u otro evento obstétrico) y el inicio del siguiente embarazo. Se recomienda un intervalo no menor de tres años para la salud y supervivencia de madre e hijo o hija.

Infección de Transmisión Sexual (ITS): infección adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.

Factor de riesgo: característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de probabilidad de la ocurrencia de un daño.

Ictericia: pigmentación de la piel de color amarillo debido al incremento en las cifras de bilirrubina circulantes.

Lactancia materna exclusiva: alimentación del lactante a base de leche materna , sin incluir ningún otro alimento o líquido. La lactancia materna exclusiva debe iniciarse desde el nacimiento hasta que el niño cumpla 6 meses de edad.

Mecanismo de acción: forma principal de actuar de los medicamentos o métodos de planificación familiar.

Menarquia: primera menstruación.

Migraña: síndrome caracterizado por cefalea periódica generalmente de un lado que puede ser acompañando por náuseas, vómitos, y diversos trastornos sensoriales.

Neoplasia: formación en algunas partes del cuerpo de un tejido cuyos elementos sustituyen a los tejidos normales, generalmente maligno.

Neuropatía: cualquier enfermedad de la fibra nerviosa, especialmente una enfermedad degenerativa de uno o de varios nervios.

Nuligestas: aquellas mujeres que aún no han tenido un embarazo.

Nulípara: aquellas mujeres que aún no han parido o a dado a luz un feto.

Post-cesárea: período posterior a la realización de una cesárea.

Puerperio: proceso que se inicia al termino de la expulsión del feto y los anexos del embarazo que finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de seis semanas o 42 días y comprende tres períodos: Inmediato, las primeras 24 horas, mediato, del segundo al séptimo día, tardío, desde el octavo hasta 42 días posparto.

Riesgo reproductivo: probabilidad que tiene, tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

Salud reproductiva: es el estado de completo bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades durante el proceso de reproducción.

Acrónimos y Siglas

OMS = Organización Mundial de la Salud
Minsal = Ministerio de Salud
Fosalud = Fondo Solidario para la Salud
UAIMNA= Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia
DVS= Dirección de Vigilancia Sanitaria.
UCSF = Unidad Comunitaria de Salud Familiar
Lepina= Ley de protección Integral de la Niñez y Adolescencia
VIH = Virus de inmunodeficiencia humana
ENS= Encuesta Nacional de Salud
ISSS = Instituto Salvadoreño del Seguro Social
UCSF = Unidad Comunitaria de Salud Familiar.
Ecos = EQUIPO Comunitario de Salud
FUR= Fecha de última regla.
APP= Amenaza de Parto Prematuro
IM= Intramuscular
ITS = Infecciones de transmisión sexual
HCP= Historia Clínica Perinatal
FCF = Frecuencia Cardíaca Fetal
RN= Recién nacido
ITS= Infecciones de Transmisión Sexual
ARV= Antirretrovirales
PIMS= Paquete Inicial de Servicios Mínimos.
SSR = Salud Sexual y Reproductiva
CIPD = Conferencia Internacional de Población y Desarrollo.
CARR = Consulta de Alto Riesgo Reproductivo
IMC = Índice de Masa Corporal
RCIU = Retardo en el Crecimiento Intrauterino
AU = Altura Uterina
FSP = Frotis de Sangre Periférica
RPR = Reagína Plasmática Rápida
IVU= Infección de Vías Urinarias
UFC = Unidades Formadoras de Colonias
DCP = Desproporción Cefalo Pélvica
AI = Auscultación Intermitente
MFE = Monitoreo Fetal Electrónico
Matop = Manejo Activo del Tercer periodo
SSN = Solución Salina Normal

VII .Vigencia

Los presentes Lineamientos técnicos entrarán 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 veintiocho días del mes de enero de dos mil veintiuno.



Dr. Francisco José Alabi Montoya

Ministro de Salud Ad Honorem

VIII. Anexos

Anexo 1. Hoja de inscripción de consulta preconcepcional



MINISTERIO DE SALUD

Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia

HISTORIA PRECONCEPCIONAL (Inscripción)

Establecimiento _____ Fecha: ___/___/___ Hora: _____
 Nombre y Apellidos _____ Edad: _____
 Expediente N°: _____.

Motivo de consulta: _____

Presente enfermedad: _____

F.U.R.: _____ Formula obstétrica: _____ FUP: _____

Desea embarazo: SI NO Desea un embarazo en un Futuro: SI NO

	Marcar con una X si es afirmativo.		Marcar con una X si es afirmativo.
Antecedentes patológicos familiares	TBC <input type="checkbox"/>	Enfermedad renal <input type="checkbox"/>	Anemia <input type="checkbox"/>
	HTC <input type="checkbox"/>	Epilepsia <input type="checkbox"/>	Cardiopatía <input type="checkbox"/>
	Diabetes <input type="checkbox"/>	Neoplasias <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>
	Preeclampsia <input type="checkbox"/>	Eclampsia <input type="checkbox"/>	Preeclampsia <input type="checkbox"/>
	Malformaciones Congénitas <input type="checkbox"/>		Eclampsia <input type="checkbox"/>
	Cual: _____		Enfermedad renal <input type="checkbox"/>
	Otra condición Grave: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Endocrinopatías <input type="checkbox"/>
	Cual: _____		Drogas <input type="checkbox"/>
			Malformaciones C. <input type="checkbox"/>
			Uso de Medicamentos: _____
		Otra condición Grave: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		Cual: _____	

Antecedentes Reproductivos:

Enfermedades de transmisión sexual: SI NO Edad mayor de 35: SI NO

Menarquia: _____ años Ciclos: _____ Duración: _____ IRS: _____

Anticoncepción SI NO Cual: _____ Años uso: _____

N° Compañeros sexuales: _____ Cirugías Ginecológicas: SI NO

Citología vigente: SI NO Fecha de última toma: _____ Resultado: _____

FUP: _____ Cesáreas previas: SI NO N°: _____ Abortos: SI NO N°: _____

Antecedente Prematuridad: SI NO Malformaciones Congénitas: SI NO Bajo Peso: SI NO

Macrosómico: SI NO Embarazo Gemelar: SI NO Muerte Fetal SI NO Multiparidad: SI NO

Morbilidades durante sus embarazo o puerperio: SI NO

Esquema de vacunación vigente SI NO Fecha Última Dosis: _____

Examen Físico:

TA: _____ FR: _____ FC: _____ T°: _____

Peso en kg: _____ Talla en mts: _____ IMC _____

CLASIFICACION IMC	
Bajo peso IMC < 18.4	
Normal IMC 18.5 -24.9	
Sobrepeso IMC 25-29.9	
Obeso IMC 30-39.9	
Obesidad mórbida IMC>40	

Cabeza	Cráneo: Normal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Ojos: Normal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Boca: Normal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Oídos: Normal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tórax	Observación: _____
	Palpación: _____
	Auscultación _____
	Percusión _____
	Cardio Vascular: Normal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia

Mamas	Observación: _____ Palpación: _____
-------	--

Abdomen	Observación: _____ Auscultación: _____ Palpación: _____ Percusión: _____
---------	---

Genitales Externos	Observación: _____ Palpación: _____
--------------------	--

Genitales internos	Vagina (Observación) _____ Cérvix (Observación) _____ Útero (tacto bimanual) Tamaño _____ Posición _____ Anexos: Se palpan SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dolor SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Presencia de masas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Describir: _____
	Extremidades superiores e inferiores Normal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Toma de PAP: Sí No Motivo por no toma: _____

Factores de Riesgo reproductivo identificados: _____

Diagnostico: _____

Consejería: _____

Plan:

SI	NO	EXAMENES	SI	NO	MEDICAMENTOS	SI	NO	INTERCONSULTA
		Tipo y Rh			Hierro + Ácido Fólico			Ginecología
		Sífilis (RPR/PRS)			Ácido Fólico			Medicina Interna
		VIH						Odontología
		Hemoglobina			Otros:			Otro:
		Otros:						

Elegible para embarazo actualmente: SI NO _____

Anticoncepción: SI NO Método: _____

Fecha de Próximo control: _____

Nombre y sello Medico: _____

Anexo 2: Hoja de seguimiento de consulta preconcepcional



MINISTERIO
DE SALUD

Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia

HISTORIA PRECONCEPCIONAL (Seguimiento)

Establecimiento _____ Fecha: ___/___/___ Hora: _____

Nombre y Apellidos _____ Edad: _____

Expediente N°: _____

F.U.R: _____ Formula obstétrica: _____

Motivo de consulta: _____

Presente enfermedad: _____

Examen Físico: TA: _____ FR: _____ FC: _____ T°: _____

(describir lo positivo)

Reporte de Exámenes:

Resultados	
Tipo y Rh	
Sífilis (PRS)	
VIH	
Hemoglobina	
Otros:	

Diagnostico: _____

Consejería:

Plan: _____

Elegible para embarazo actualmente: SI NO _____

Fecha de Próximo control: _____

Nombre y sello Medico: _____

Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia

Mamas	Observación: _____ Palpación: _____
-------	--

Abdomen	Observación: _____ Auscultación: _____ Palpación: _____ Percusión: _____
---------	---

Genitales Externos	Observación: _____ Palpación: _____
--------------------	--

Genitales internos	Vagina (Observación) _____ Cérvix (Observación) _____ Útero (tacto bimanual) Tamaño _____ Posición _____ Anexos: Se palpan SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dolor SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Presencia de masas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Describir: _____
	Extremidades superiores e inferiores Normal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____

Toma de PAP: SI No Motivo por no toma: _____

Factores de Riesgo reproductivo identificados: _____

Diagnostico: _____

Consejería: _____

Plan:

SI	NO	EXAMENES	SI	NO	MEDICAMENTOS	SI	NO	INTERCONSULTA
		Tipo y Rh			Hierro + Ácido Fólico			Ginecología
		Sífilis (RPR/PRS)			Ácido Fólico			Medicina Interna
		VIH						Odontología
		Hemoglobina			Otros:			Otro:
		Otros:						

Elegible para embarazo actualmente: SI NO _____

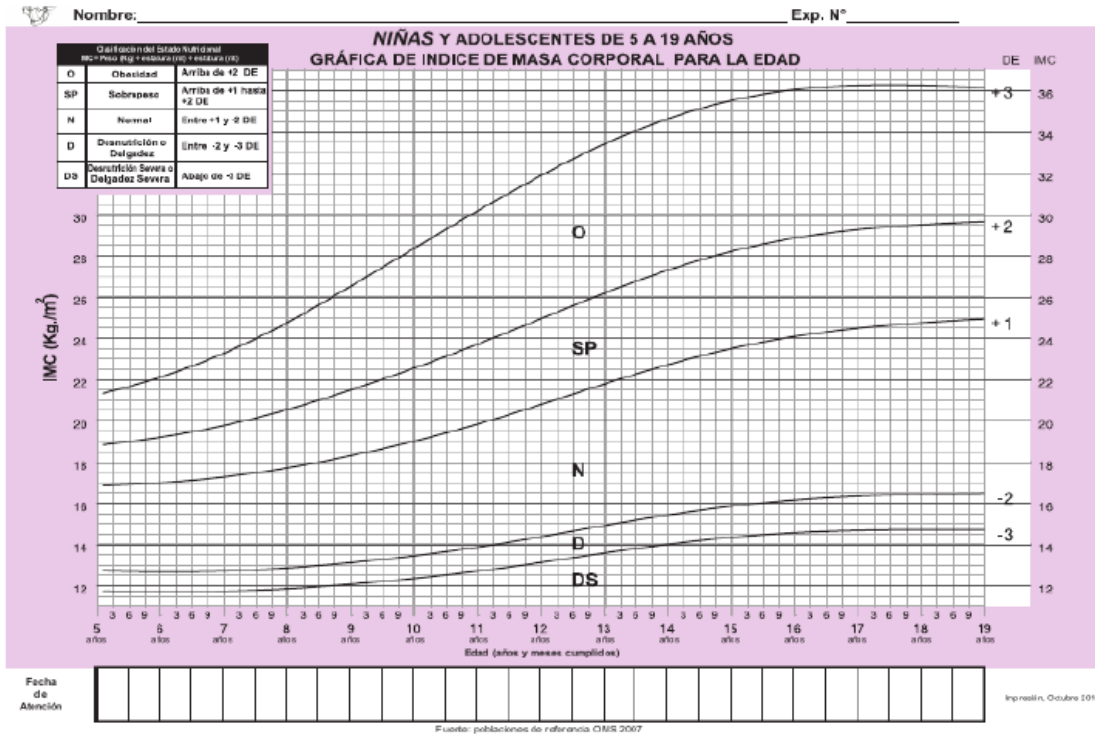
Anticoncepción: SI NO Método: _____

Fecha de Próximo control: _____

Nombre y sello Medico: _____

Anexo 3: índice de masa corporal para la edad usada en adolescentes de 10 a 19 años

Ministerio de Salud



Anexo 4. Tabla de Índice de Masa Corporal (IMC)

Altura (mts)	Peso en Kg																				
	45	48	51	54	57	60	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99	102	105
1.50	20	21	23	24	25	27	28	29	31	32	33	35	36	37	39	40	41	43	44	45	47
1.53	19	21	22	23	24	26	27	28	29	31	32	33	35	36	37	38	40	41	42	44	45
1.56	18	20	21	22	23	25	26	27	28	30	31	32	33	35	36	37	38	39	41	42	43
1.59	18	19	20	21	23	24	25	26	27	28	30	31	32	33	34	36	37	38	39	40	42
1.62	17	18	19	21	22	23	24	25	26	27	29	30	31	32	33	34	35	37	38	39	40
1.65	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	39
1.68	16	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
1.71	15	16	17	18	19	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
1.74	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1.77	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
1.80	14	15	16	17	18	19	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	31	32
1.83	13	14	15	16	17	18	19	20	21	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	30	31
1.86	13	14	15	16	16	17	18	19	20	21	22	23	23	24	25	26	27	28	29	29	30
1.89	13	13	14	15	16	17	18	18	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	29	29
1.92	12	13	14	15	15	16	17	18	19	20	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	28
1.95	12	13	13	14	15	16	17	17	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	28
1.98	11	12	13	14	15	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27

www.klip7.cl

Anexo 5: Hoja de inscripción de riesgo reproductivo preconcepcional



MINISTERIO
DE SALUD

UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

HISTORIA CLÍNICA DE INSCRIPCIÓN CONSULTA DE RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL.

Fecha y Hora:	Edad:
Nombre:	
Formularia Obstétrica:	FUR:
Referido de:	
Condición o Patología de Alto Riesgo Reproductivo:	

	Si	No	
Anticoncepción			Método:
Enfermedad Crónica			Diagnostico:
Tratamiento			Medicamento:
Se encuentra estable de su patología			
¿Desea Embarazo?			

Presión Arterial	Frecuencia Cardíaca	Frecuencia Respiratoria	Temperatura	Peso	Talla	IMC

<p>Estado Actual (Historia Clínica y Examen Físico)</p>

Historia Gineco Obstétrica Previa

Ultimo Parto	
Complicaciones en Partos Previos	
Ultima Citología	

Anexo 5: Hoja de inscripción de riesgo reproductivo preconcepcional



Consejería Brindada	
---------------------	--

Método Anticonceptivo seleccionado por la usuaria	
Criterio médico de Elegibilidad	

Interconsulta a :	
Nutrición	
Medicina Interna	
Cirugía	
Psicología	
Otros	

Diagnostico: _____

Plan de Manejo	
Próxima Cita	

Firma y sello: _____

Anexo 6: Hoja subsecuente de riesgo reproductivo preconcepcional



MINISTERIO
DE SALUD

ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
HISTORIA CLÍNICA SUBSECUENTE DE CONSULTA DE RIESGO REPRODUCTIVO
PRECONCEPCIONAL.

Fecha y Hora:	Edad:
Nombre:	
Formula Obstétrica:	FUR:
Referido de:	
Condición o Patología de Alto Riesgo Reproductivo:	

	Si	No	
Anticoncepción			Método:
Enfermedad Crónica			Diagnostico :
Tratamiento			Medicamento:
Se encuentra estable de su patología			
Desea Embarazo			

Presión Arterial	Frecuencia Cardíaca	Frecuencia Respiratoria	Temperatura	Peso	Talla	IMC

<p>Estado Actual (Historia Clínica y Examen Físico)</p>

Exámenes:	Descripción.

Anexo 6: Hoja subsecuente de riesgo reproductivo preconcepcional



MINISTERIO
DE SALUD

Respuestas de Interconsulta

Especialidad	Indicaciones.

Consejería Brindada	
------------------------	--

Método Anticonceptivo seleccionado por la usuaria	
Criterio médico de Elegibilidad	

Diagnostico: _____

Plan de Manejo	
Próxima Cita	

Firma y sello: _____

MODIFICADA 2019/RP/EAG

ANEXO 7. Hoja filtro de captación de mujeres en edad fértil (anverso)



HOJA FILTRO PARA CAPTACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Nombre:	Edad:	Expediente:	UCSF/HOSP:
Dirección:			Lugar de aplicación: comunidad UCSF HOSP

		Fecha de evaluación:		1a visita/consulta		2da visita/consulta		3a visita/consulta		4ta visita/consulta	
Preguntas:		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Anticoncepción	¿Está teniendo relaciones sexuales actualmente?										
	¿Actualmente usa algún método anticonceptivo o está esterilizada?										
	¿Qué método utiliza? (colocar el método en el espacio en blanco)										
Capt. Precoz Emb	¿Cuándo fue la fecha de última regla (FUR)? Si no recuerda puede dar un estimado										
	(Solo uso interno NO preguntar) ¿La FUR es igual o mayor a 6 semanas?										
Tamizaje Cáncer	¿Cuándo fue su última citología? Si no recuerda puede dar un estimado										
	¿Recibió el resultado de su última citología?										
	¿Le han realizado examen de mama en los últimos años?										
Preconcepción mat	¿Desea embarazo?										
	Si desea embarazo ¿está en consulta preconcepcional y tomando ácido fólico?										
	Si no desea un embarazo ¿Está usando un método anticonceptivo?										
Riesgo preconcepcional	¿Padece de alguna enfermedad crónica? (Ej: hipertensión arterial, diabetes, enfermedad renal, enfermedad metabólica, obesidad, otro _____)										
	Si la respuesta es "Si" ¿Está en control de la enfermedad?										
	Si la respuesta es "Si" ¿esta en consulta de Riesgo reproductivo preconcepcional?										

Considera usar No Aplica (NA) en algunas respuestas

Anexo 7. Tabla de decisión de hoja filtro (reverso)

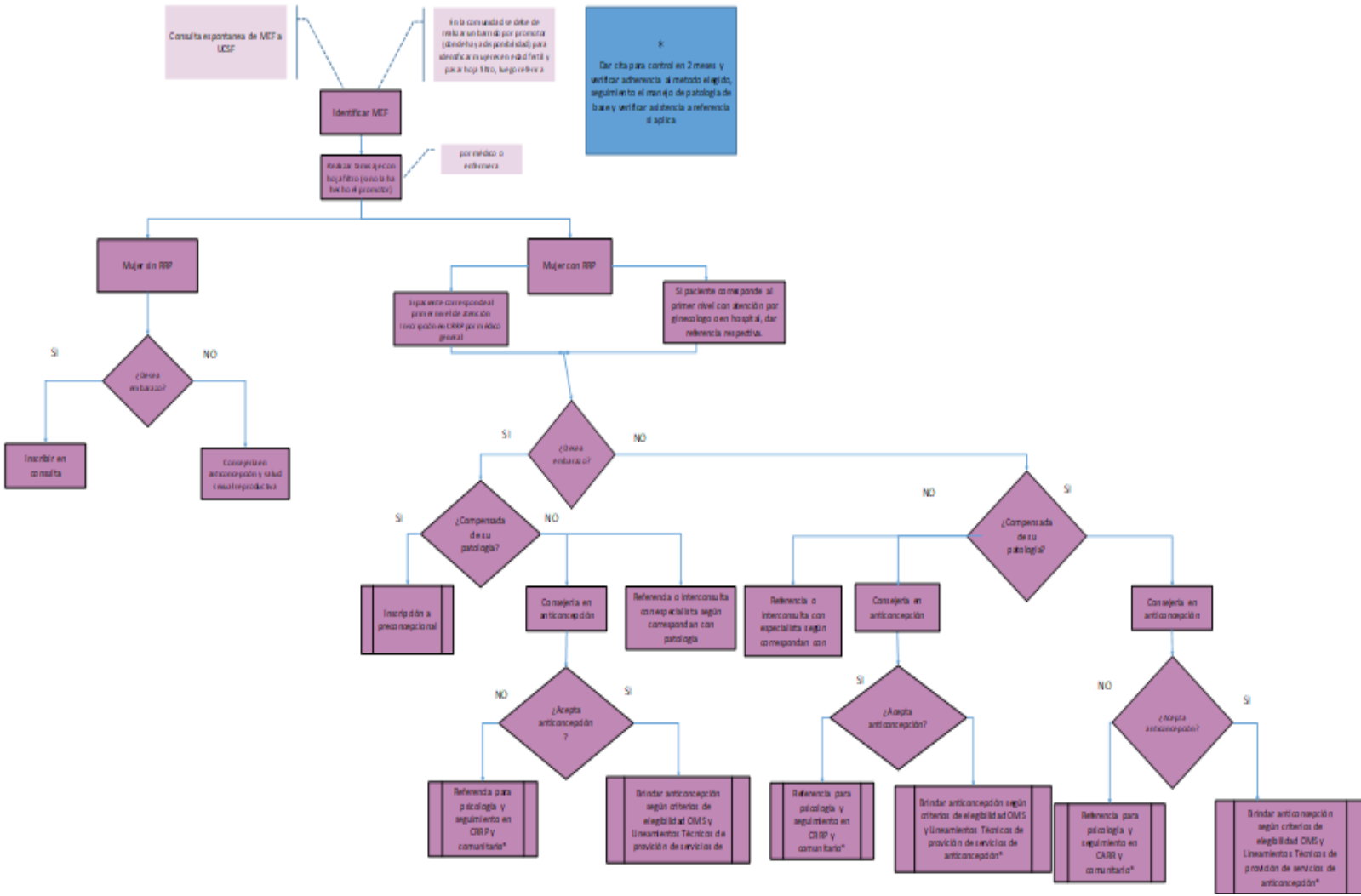
TABLA DE DECISIÓN DE HOJA FILTRO PARA CAPTACIÓN DE MUJERES EN EDAD FERTIL

	Condición encontrada	Acción a tomar
Anticoncepción	Si hay vida sexual activa + no uso de anticoncepción + No desea embarazo	Dar información de anticoncepción + referencia a UCSF para consejería
	Si hay vida sexual activa + no uso de anticoncepción + Si desea embarazo	Referir a UCSF para consulta preconcepcional
	Si hay vida sexual activa + Si uso de anticoncepción	Brindar consejería para continuar uso de anticoncepción
Capt. Precoz Emb.	Si hay amenorrea (FUR) mayor o igual a 6 semanas	Si es detectada en la comunidad realizar prueba rápida en orina de embarazo, si no está disponible referir a UCSF para prueba de embarazo
		Si es detectada en UCSF o en hospital realizar prueba de embarazo
Tamizaje Cáncer	Si el tamizaje de cáncer fue por citología y la fecha de toma tiene más de dos años	Referir a UCSF para toma de citología (si se detecta en la UCSF tomar citología)
	Si el tamizaje de cáncer fue por prueba de VPH y la fecha de toma tiene más de cinco años	Referir a UCSF para tamizaje de cáncer cervical (si se detecta en la UCSF realizar tamizaje de cáncer cervical)
	Si la paciente no conoce el resultado de su citología o prueba de VPH	Referir a UCSF para que le informen del resultado de la prueba
	Examen de mama NO realizado en el último año	Si se detecta en la comunidad referir a UCSF para realizar examen de mama, Si es detectada en UCSF o en hospital realizar examen de mama
Preconcepcional	Si desea embarazo + No está en consulta preconcepcional	Referir a UCSF para consulta preconcepcional
	Si desea embarazo + Si está en consulta preconcepcional	Consejería para reforzar adherencia a la consulta y toma de ácido fólico
Riesgo preconcepcional	Si la paciente tiene una enfermedad crónica + No está en control por dicha enfermedad	Si se detecta en comunidad: referir a UCSF para manejo o referencia de acuerdo al nivel de resolución. Si se detecta en UCSF dar para manejo o referencia de acuerdo al nivel de resolución. Si se detecta en hospital referir a consulta externa o referencia de acuerdo al nivel de resolución
	Si la paciente tiene una enfermedad crónica (controlada o no) + No está en Consulta de riesgo reproductivo preconcepcional	Referir a UCSF o a hospital de acuerdo a nivel de resolución

Nota:

- Revisar la tabla de decisión después de haber finalizado el llenado de Hoja Filtro en cada una de las visitas realizadas.
- Recuerde que cada respuesta puede estar relacionada con la otra para tomar una decisión.

ANEXO 8 Flujograma de atención



Anexo 9

Hoja para clasificación de riesgo de atención prenatal

Establecimiento de salud _____
 Nombre de la paciente _____
 Número de expediente _____
 Dirección _____
 Teléfono _____

Instrucciones:

2. Sección “Antecedentes obstétricos”

Debe llenarse sólo durante la inscripción. En caso haya una respuesta afirmativa a uno o más criterios se realizará referencia con especialista

3. Secciones “Historia médica general” y “embarazo actual”

Debe llenarse durante la inscripción y los controles prenatales subsecuentes. La respuesta afirmativa a uno o más criterios significa que la mujer **No** es elegible para recibir Control Prenatal Básico se requiere de Control Prenatal Especializado; deberá referirse utilizando la hoja de referencia y retorno con ECO-E, UCSF que cuente con ginecólogo, hospital de segundo nivel de atención o Unidad Periférica del ISSS.

Para el ISSS se referirá para el tercer nivel de atención las usuarias que presenten los numerales 2, 6, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 24, 31, y 32

I. Antecedentes obstétricos	1°		2°		3°		4°		5°	
	Fecha									
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
1. Muerte fetal o muerte neonatal previa										
2. Antecedentes de dos o más abortos espontáneos previos										
5. Hipertensión o preeclampsia/eclampsia en embarazo(s) anterior (es).										
6. Cirugías previas al tracto reproductivo como miomectomía, resección de tabique uterino, conización, cerclaje cervical, 2 cesáreas previas.										
7. Antecedentes de parto prematuro o inmaduro.										
8. Antecedente o fistula activa recto vaginal o vesico vaginal.										
9. Antecedente de ingreso a UCI por cualquier causa obstétrica.										
10. Madre Rh (-) con antecedente de isoimmunización. (paciente a quien le fue cumplida inmunoglobulina anti D)										
11. Anomalías congénitas fetales mayores en embarazos previos (cardiopatías, musculo esqueléticos, neurológicas, ver Lineaenamietos para la atención integral de los niños y niñas menores de 10 años)										
12. Otros. Especifique _____										

	1°		2°		3°		4°		5°	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
II. Historia médica general										
13. Diabetes (Tipo I, II o gestacional)										
14. Trastornos neurológicos (Epilepsia, paraplejia, ACV previo, anomalías de columna, entre otros)										
15. Trombosis venosa profunda (actual o previa).										
16. Cardiopatía (congénita o adquirida)										
17. Consumo de drogas ilícitas o alcoholismo crónico										
18. Trastornos depresivos con tratamiento										
19. Trastornos de ansiedad con tratamiento										
20. Hipertensión Arterial crónica										
21. Otra enfermedad o afección médica severa (incluyendo Zika*, nefropatías, SAAF, etc. Por favor especifique: _____										
III: Embarazo actual	1°		2°		3°		4°		5°	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
22. Embarazada menor 15 años o mayor de 35 años de edad										
23. Estado nutricional (IMC menor 18.5 o mayor 30)										
24. 24. Presión arterial mayor o igual 130/90 mm de Hg										
25. Violencia basada en género (intrafamiliar/ sexual)										
26. Embarazo no deseado										
27. Diagnóstico de embarazo múltiple										
28. Discordancia entre edad gestacional y altura uterina o sospecha de restricción de crecimiento intrauterino.										
29. Diagnóstico de amenaza de parto prematuro o inmaduro en el presente embarazo.										
30. Placenta previa.										
31. Infecciones de transmisión sexual**										
32. Masa pélvica mas embarazo										
¿Es elegible para control prenatal básico?										
Si la respuesta a la pregunta anterior es NO, será referida al establecimiento: _____										

anexo 10 Historia clínica perinatal

HISTORIA CLINICA PERINATAL-CLAP/SMR-OPS/OMS

NOMBRE _____ **APELLIDO** _____

DOMICILIO _____

LOCALIDAD _____ **TELEF.** _____

FECHA DE NACIMIENTO día mes año

EDAD (años) < de 15 > de 35

ETNIA blanca indígena mestiza negra otra

ALFA BETA ninguno secund. univers. años en el mayor nivel

ESTUDIOS casada unión estable soltera otro

ESTADO CIVIL Lugar control prenatal Lugar del parto N° hijos vive sola

ANTECEDENTES

FAMILIARES no sí

PERSONALES no sí

OBSTETRICOS no sí

gestas previas no sí

abortos no sí

vaginales no sí

nacidos vivos no sí

viven no sí

FIN EMBARAZO ANTERIOR día mes año

EMBARAZO PLANEADO no sí

FRACASO METODO ANTICONCEP. no sí

no usa barrera DIU hormo. emier. natural gencia

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR _____ Kg

TALLA (cm) _____

EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s.

FUM ACT. no sí

FUM PAS. no sí

DROGAS no sí

ALCOHOL no sí

VIOLENCIA no sí

VACUNAS no sí

tejanos/difteria no sí

tdap no sí

influenza no sí

rubeola no sí

hepatitis B no sí

hepatitis A no sí

tamizaje hepatitis B no sí

EX. NORMAL no sí

CERVIX normal anormal

GRUPO Rh inmuniz.

TOXOPLASMOSIS <20sem IgG + >20sem IgG -

GLUCEMIA EN AYUNAS <20 mg/dl >30 mg/dl

ESTREPTOCOCCO B 35-37 semanas no se hizo

PREPARACION PARA EL PARTO no sí

CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA no sí

VIH - Diag. no sí

Tratamiento no sí

SIFILIS no sí

TRATAMIENTO no sí

Ti. de la pareja no sí

CONSULTAS ANTENATALES

PARTO **ABORTO**

FECHA DE INGRESO día mes año

CONSULTAS PRE-NATALES total _____

EDAD GEST. _____

HOSPITALIZ. en EMBARAZO _____

CORTICOIDES ANTENATALES completo incompl. n/c

INICIO ESPONTANEO no sí

ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO no sí

EDAD GEST. al parto _____

PRESENTACION SITUACION cefálica pélvica transversa

TAMANO FETAL ACORDE no sí

ACOMPANANTE pareja familiar otro ninguno

TRABAJO DE PARTO

TRABAJO DE PARTO hora min posición de la madre PA pulso contr./10' dilatación altura present. variedad posic. meconio FCF/dips

ENFERMEDADES VIH TARV Sifilis TDP n/r n/c

NACIMIENTO vivo muerto

POSICION PARTO sentada acostada culebras

RECIEN NACIDO SEXO f m PESO AL NACER _____ g LONGITUD _____ cm

DEFECTOS CONGENITOS no menor mayor

EGRESO RN vivo fallece

ALIMENTO AL ALTA lact. BCG INMUN. HEPATITIS B

RESPONSABLE _____

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

Descripción de códigos en el reverso

Anexo 11. Vacunación con TD- Tdpa

ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN, EL SALVADOR 2021



RECÉN NACIDO	2, 4 Y 6 MESES	12 MESES	15 A 18 MESES	4 AÑOS	9 AÑOS	ADOLESCENTES, ADULTOS Y ADULTOS MAYORES	MUJERES EMBARAZADAS	GRUPOS EN RIESGO Y PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS
<p>BCG</p> <p>Previene formas graves de tuberculosis.</p> <p>HB</p> <p>Hepatitis B, en las primeras 12 horas de vida.</p>	<p>3 DOSIS (2, 4 Y 6 MESES)</p> <p>PENTAVALENTE</p> <p>Incluye:</p> <p>Difteria, Teterina, Tétanos y Haemophilus Influenza tipo B Hepatitis B.</p> <p>POLIOMIELITIS</p> <p>2, 4 y 6 meses: IPV</p> <p>2 DOSIS (2 Y 4 MESES)</p> <p>ROTAVIRUS</p> <p>2 DOSIS (2 Y 4 MESES)</p> <p>NEUMOCOCCO CONJUGADO</p> <p>Meningitis, Neumonía y Otitis media.</p>	<p>1ª DOSIS DE:</p> <p>TRIPLE VIRAL TIPO SPR</p> <p>Sarampión Paperas Rubéola.</p> <p>1ª REFUERZO DE:</p> <p>NEUMOCOCCO CONJUGADO</p> <p>Meningitis, Neumonía y Otitis media.</p>	<p>1ª REFUERZO DE:</p> <p>PENTAVALENTE</p> <p>Incluye:</p> <p>Difteria, Teterina, Tétanos y Haemophilus Influenza tipo B Hepatitis B.</p> <p>POLIO ORAL</p> <p>Poliomielitis.</p> <p>2ª DOSIS DE:</p> <p>TRIPLE VIRAL TIPO SPR</p> <p>Sarampión Paperas Rubéola.</p>	<p>2ª REFUERZO DE:</p> <p>DPT</p> <p>Difteria Teterina Tétanos.</p> <p>POLIO ORAL</p> <p>Poliomielitis.</p>	<p>VPH</p> <p>Previene el Cáncer de Cérvix o cuello de matriz, causado por el Virus del Papiloma Humano.</p> <p>1ª DOSIS:</p> <p>Niñas de 9 años.</p> <p>2ª DOSIS:</p> <p>6 meses después de aplicada la primera.</p>	<p>Td</p> <p>Tétanos y Difteria.</p> <p>Toda persona debe recibir 1 dosis cada 10 años a partir de los 10 años de edad.</p> <p>NEUMOCOCCO</p> <p>Todo persona adulta mayor de 60 años con factores de riesgo debe recibir una dosis de neumococo.</p>	<p>Td</p> <p>Tétanos y Difteria.</p> <p>Toda mujer embarazada con esquema completo de vacunación, aplicar 1 dosis de Td a partir de la 16ª semana de gestación.</p> <p>Tdpa</p> <p>Tétanos, Difteria, Teterina acetalar.</p> <p>Aplicar 1 dosis en cada embarazo, a partir de las 20 semanas de gestación.</p> <p>INFLUENZA HEMISFERIO SUR</p> <p>En su primer control del embarazo no importando la edad gestacional.</p>	<p>Td</p> <p>Tétanos y Difteria.</p> <p>HB</p> <p>Hepatitis B.</p> <p>SR</p> <p>Sarampión y Rubéola.</p> <p>INFLUENZA HEMISFERIO SUR</p> <p>Niños de 6 meses a 59 meses, personas adultas mayores de 60 años y personal de salud.</p> <p>NEUMOCOCCO CONJUGADO</p> <p>A personas mayores de 7 años con factores de riesgo.</p>

CAPI Comité Asesor de Prácticas de Inmunizaciones

Comité Nacional de Certificación de erradicación de la Poliomieltis



SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD



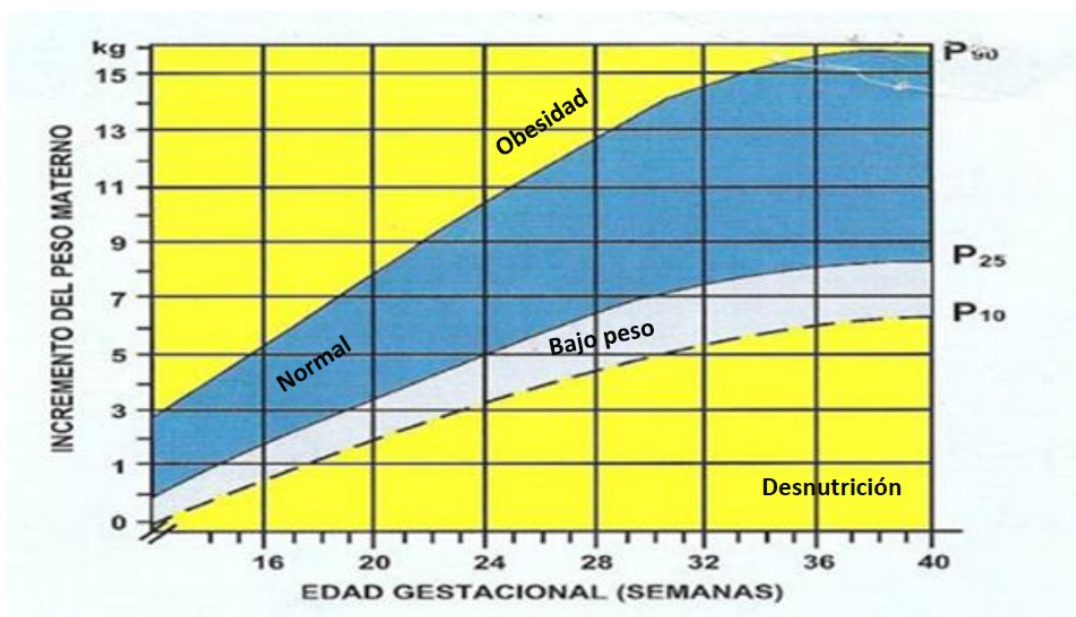
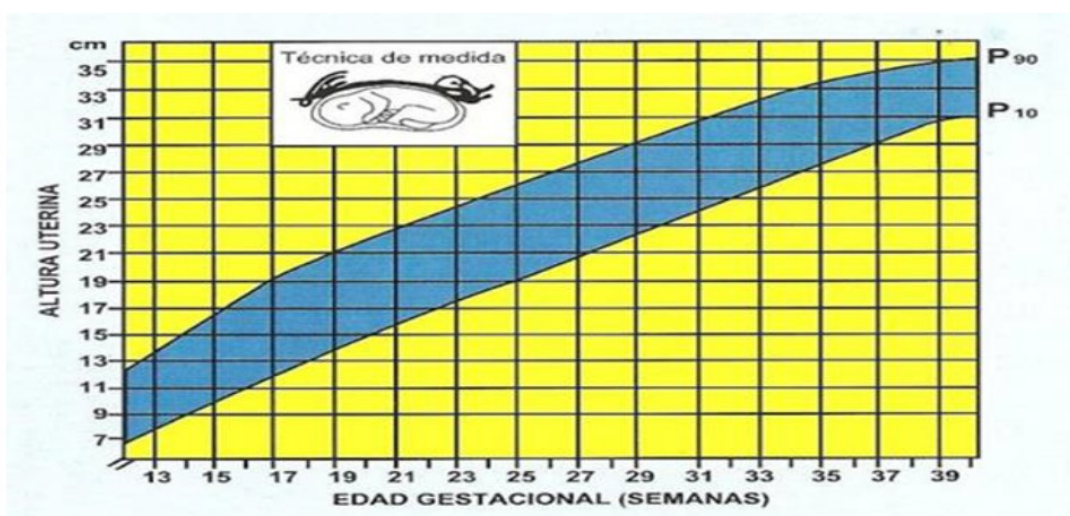
Anexo 12 hoja de curvas de altura uterina y peso materno







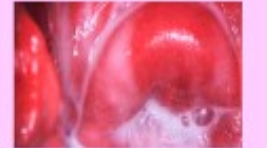


MINISTERIO
DE SALUD

UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER, NIÑEZ Y
ADOLESCENCIA.

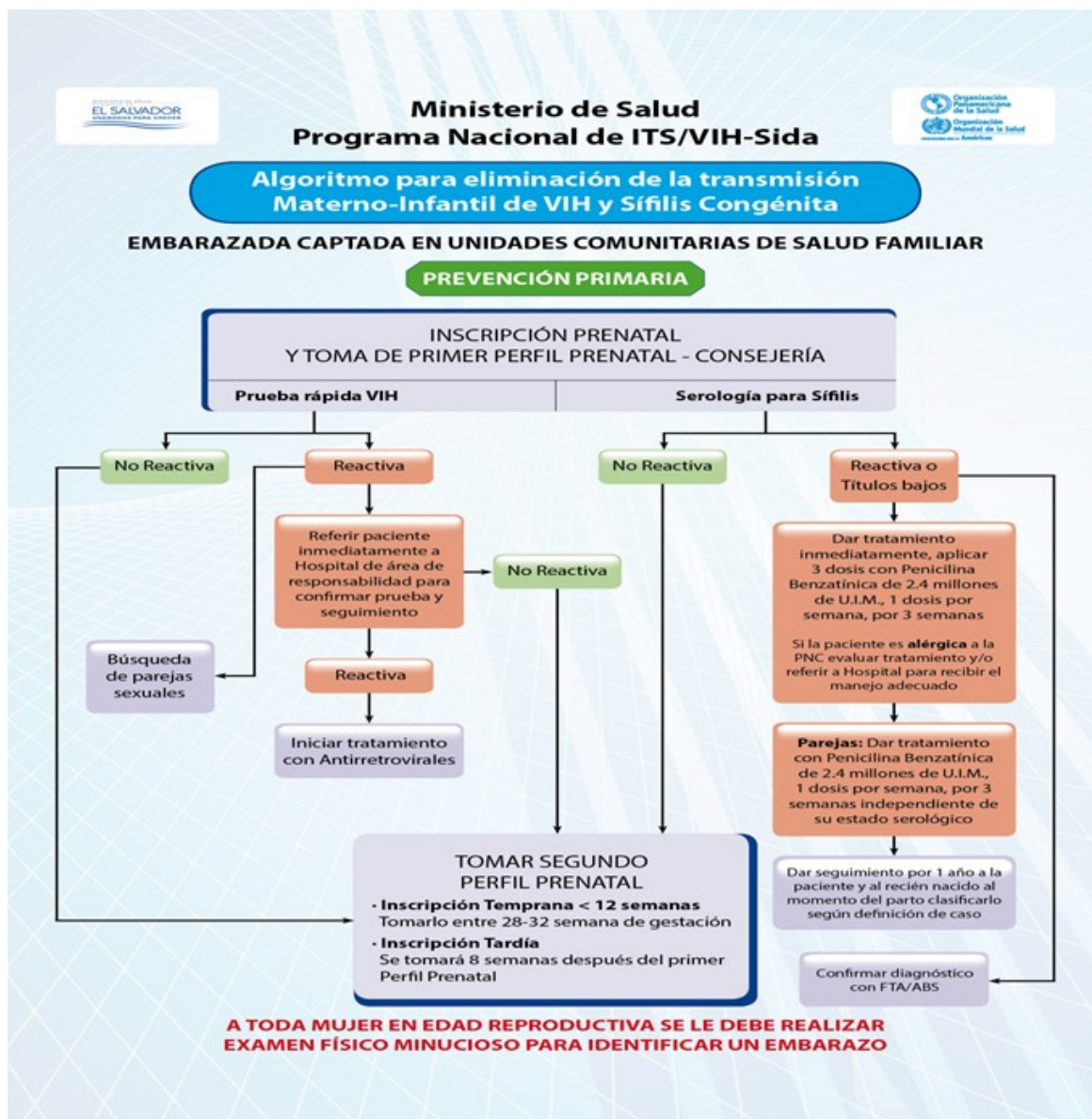
Curvas de altura uterina y peso materno



ANEXO 13. manejo de la infección vaginal

TIPO VAGINOSIS	IMÁGENES		ANAMNESIS					EXPLORACIÓN FÍSICA			TREATAMIENTO
			PRURITO	FLUJO	MAL OLOR	DISURIA	DISPAREUNIA	LEUCORREA	COLOR	VISCOCIDAD	MEDICAMENTOS
FISIOLÓGICA (NORMAL)			-	+	-	-	-	SI	BLANCO TRANSPARENTE	LIQUIDA	NO TRATAMIENTO
CANDIDIASIS			+++	+	-	++	+++	OCASIONAL	BLANCO BRILLANTE COMO NIEVE	GRUMOSA, COMO REQUESÓN	CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL AL 1% COLOCAR UN APLICADOR CADA NOCHE POR 7 DÍAS
VAGINOSIS BACTERIANA			+	+++	+++	-	+	SI	BLANCO GRISASEO	LIQUIDA	METRONIDAZOL 500 mg CADA 12 HORAS VÍA ORAL, DURANTE 7 DÍAS O METRONIDAZOL GEL VAGINAL AL 0.75%, COLOCAR UN APLICADOR CADA NOCHE POR 7 DÍAS
TRICOMONIASIS			+++	+++	+++	++	+++	SI	VERDE AMARILLENTO ESPUMOSA	LIQUIDA PEGAJOSA	METRONIDAZOL 500 mg CADA 12 HORAS VÍA ORAL, DURANTE 7 DÍAS O METRONIDAZOL GEL VAGINAL AL 0.75%, COLOCAR UN APLICADOR CADA NOCHE POR 7 DÍAS DAR TRATAMIENTO A LA PAREJA, METRONIDAZOL 500 mg CADA 12 HORAS VÍA ORAL, DURANTE 7 DÍAS

ANEXO 14 Algoritmo para la eliminación de la transmisión materno infantil de VIH y Sífilis.



Anexo 15: Signos y síntomas de alarma por trimestre del embarazo

Signos y síntomas	Trimestre		
	I	II	III
Sangrado transvaginal	X	X	X
Leucorrea fétida o abundante	X	X	X
Palidez marcada	X	X	X
Náuseas y vómitos intensos y repetidos	X	X	X
Fiebre	X	X	X
Disuria	X	X	X
Caries o infecciones buco-dentales	X	X	X
Síntomas de depresión / ansiedad	X	X	X
Trastornos psico-somáticos	X	X	X
Signos de cualquier tipo de violencia	X	X	X
Disminución o ausencia de movimientos fetales		X	X
Ruptura prematura de membranas	X	X	X
Edema de cara, manos, miembros inferiores o anasarca.		X	X
Trastornos visuales		X	X
Dolor epigástrico		X	X
Dificultad para respirar	X	X	X
Tensión arterial mayor de 140/90	X	X	X
Cefalea intensa		X	X
No ganancia o ganancia excesiva del peso materno		X	X
FCF menor de 110 latidos por minuto		X	X
FCF mayor a 160 latidos por minuto		X	X
Crecimiento fetal menor o mayor de lo esperado para la edad gestacional		X	X
Presencia de contracciones uterinas antes de la semana 36		X	X

Fuente: OMS "Control Prenatal. Nuevo Enfoque". 2009.

Anexo 16 plan de parto anverso

"MUERTE MATERNA"
Juntos podemos disminuirla

Mamá identifica síntomas de alarma para reducir riesgos.

Algunos síntomas NO son normales y pueden indicar que estás presentando enfermedades graves como preeclampsia, infección o hemorragia o que tu bebé está en riesgo.



- Orinar frecuentemente, mucha sed, puede ser manifestación de **Diabetes Gestacional**.
- Palidez, cansancio y disminución de peso, asociado a la **Anemia**.
- Sangrado o salida de líquido vaginal, contracciones frecuentes, esto puede ocasionar parto prematuro o parto prematuro.
- Puede disminuir de los movimientos del bebé (poco o no movimientos en 2 horas después de la comida) es dato de alarma.
- Menos sentidos, días de cabeza frecuente, ver moscos, zumbidos de oídos, relacionados con **Presión Alta**.
- Al presentarse **Infección** en la orina, se tiene endurecimiento y dolor del pecho, molestias al orinar.
- Náuseas y/o vómito frecuentes no es normal.

***Acudir con tu médico ante la primera señal de estos síntomas puede salvar tu vida y la de tu bebé*.**

Durante el embarazo, parto o puerperio, ocurren muchos cambios en tu cuerpo. Algunos son normales sin embargo, existen otros cambios que pueden ser señales de que algo no está bien y es necesario que recibas atención médica inmediatamente.



- ¿Tienes varices (hemorroides)?
- ¿Tienes alfileres y contracciones?
- ¿Tu bebé se bajó de nivel?
- ¿Tienes coágulos sanguíneos?
- ¿Tienes contracciones antes de tiempo?
- ¿Te sientes de mal humor más de lo normal?
- ¿Te duele la cabeza, ves moscos o ves cosas cambiadas?
- ¿Se te movió la placenta, el bebé o el cordón?

También con los bebés existen señales de alarma como las siguientes:



- Problemas para respirar.
- Coloración azulada en boquillas y piel.
- Sangrado por cordón umbilical y ojos, nariz, boca o ano.
- Ojos y piel amarillos en los primeros días de nacido.
- Lágrimas y paladar perlado, malformación de espaldas y abdomen.
- Poco al morder, temer de los ojos y medio.
- Haciendo gases de tiempo (antes de 9 meses).
- Haciendo gases de tiempo esperado (más de 9 meses).



PLAN DE PARTO PARA LA MATERNIDAD SEGURA

Nombre de la Embarazada: _____

Edad _____ Teléfono (casa/celular): _____

Dirección (anote punto de referencia) _____

Caserío _____ Cantón _____ Colonia _____

Municipio _____ Departamento _____

En caso de emergencia llamar a: _____

Parentesco _____ Teléfono (celular/casa) _____

Establecimiento de salud: _____

Teléfono del establecimiento de Salud _____

Nombre del promotor de la zona de vivienda _____

Teléfono de contacto del promotor de salud: _____

Realizó Pasantía hospitalaria SI _____ NO _____

Hogar de Espera Materna de referencia: _____

Hospital de Referencia: _____

Fecha probable de parto por FUR _____

Fecha probable de parto por primera USG _____

Después del parto que método anticonceptivo utilizará _____

Anexo 17. Plan de parto(reverso)

PREPARATIVOS PARA EL PARTO

Hospital en el que le gustaría el nacimiento de su bebé: _____

Quien la llevará al hospital: _____

Parentesco: _____

Teléfono (casa/celular) _____

En qué medio de transporte la llevará: _____

Qué nombre le pondrá a su bebé:

Niño: _____

Niña: _____

Hay Algún signo de alarma en la USG _____

Seguimiento al plan de parto

Fecha de seguimiento	Indicación	Se encontró signo o síntoma de alarma (describir)

Consejería

Inscripción	Sangrados, importancia del control prenatal, sexualidad, Violencia basada en género	Firma del consejero
Primer control prenatal	Sangrados, importancia del control prenatal, sexualidad, Violencia basada en género	
Segundo control prenatal	Síntomas de preeclampsia, amenaza de parto prematuro, importancia del control prenatal, sexualidad, Violencia basada en género	
Tercer control prenatal	Síntomas de preeclampsia, amenaza de parto prematuro, importancia del control prenatal, sexualidad, Violencia basada en género, lactancia, anticoncepción	
Cuarto control prenatal	Síntomas de preeclampsia, amenaza de parto prematuro, importancia del control prenatal, sexualidad, Violencia basada en género, lactancia, anticoncepción	

Preguntas para su proveedor de control prenatal:

Maleta del parto

Madre: Carnet prenatal, Plan de parte, DUI o partida de nacimiento o carnet de minoridad de la madre, copia de DUI del padre un cambio de ropa, ropa interior, toalla sanitaria, sandalias o zapatos, cepillo de diente, pasa de dientes, jabón, peine, toalla, papel higiénico, bolso personal.

Recién nacido: gorro, mameluco, calcetines, pañales, frazada o mantilla, camiseta o cuturina

Anexo 17 . Instuctivo de llenado de la ficha de plan de parto

La ficha se actualizará cada vez que la mujer asista a su atención prenatal, o en visita domiciliar realizada por el personal de salud. Esta consta de 4 partes o lados y deben ser llenados con la información proveniente de la embarazada, pareja, familia que están en contacto directo con la embarazada.

Lado 1. Datos Generales

- Nombre de la embarazada: Escriba los nombres y apellidos de la embarazada.
- Edad: Escriba la edad en años cumplidos de la embarazada.
- Teléfono (casa/celular) : Escriba el numero telefónico de la casa, celular o ambos de la embarazada.
- Dirección: Escribir de forma clara la dirección habitual, anotando punto de referencia. Escriba el nombre del caserío, cantón, colonia, municipio y departamento
- En caso de emergencia llamar a: llenar con el nombre de la persona responsable que estará disponible ante una emergencia.
- Parentesco: colocar el parentesco con la embarazada de la persona responsable (esposo, compañero de vida, padre, madre, etc.)
- Teléfono (casa/celular) : Escriba el numero telefónico de la casa, celular o ambos de la persona a llamar en caso de emergencia.
- Establecimiento de Salud: Escriba el nombre de la unidad de salud que corresponda a la comunidad de procedencia de la embarazada, o el Hospital donde lleva el control prenatal
- Nombre del promotor de la zona de vivienda: colocar si aplica el nombre del promotor/promotora encargado de la comunidad donde vive la embarazada.
- Teléfono de contacto del promotor: Escribir un número telefónico donde se pueda contactar el promotor (este contacto de estar disponible debe llenarlo el promotor en las visitas domiciliarias)
- Realizó pasantía hospitalaria: llenar en el último control, respondiendo si o no realizó pasantía.
- Hogar de espera materna de referencia: Escribir el nombre del HEM más cercano donde puede asistir la embarazada.
- Hospital de referencia: llenar con el nombre del hospital más cercano, que de acuerdo a la complejidad del caso dela embarazada atenderá el parto.
- Fecha probable de parto según FUR: escribir la fecha según formato día/mes/año de la fecha probable de parto según el cálculo con la fecha de última regla.
- Fecha probable de parto según primera USG: escribir la fecha según formato día/mes/año de la fecha probable de parto según la primera ultrasonografía independiente de la edad gestacional en que se realizó.
- Después del parto que método anticonceptivo utilizara: Colocar el nombre del método que se selecciono por la paciente en los controles prenatales.

Lado 2: Sección A Preparativos para el parto.

- Hospital que le gustaría el nacimiento de su bebe: Preguntar y anotar el nombre del hospital en el que le gustaría a ala embarazada se le atendiera el parto.
- Quien la llevara al hospital: colocar el nombre de la persona que será encargada de trasportarla al hospital en caso de trabajo de parto o emergencia.
- Parentesco: colocar el parentesco con la embarazada de la persona que la transportará (esposo, compañero de vida, padre, madre, vecino, amigo, etc.)
- Teléfono (casa/celular) : Escriba el numero telefónico de la casa, celular o ambos de la persona que trasladará a la embarazadas
- En que medio la llevará: Colocar el medio de transporte con el cual llevará a al embarazada al hospital. (carro, taxi, UBER, etc)
- Que nombre le pondrá a su bebé: Colocar nombre completo tanto de niña como de niño
- Hay un signo de alarma en la USG: colocar alguna anormalidad encontrada en los estudios ultrasonograficos (malformaciones congénitas, RCIU, oli o poli hidramnios, masas pelvicas, etc)

Lado 2: Sección B: Seguimiento del plan de parto

- Llenar la tabla en cada control prenatal con los siguientes datos:
- Casilla de Fecha de seguimiento: Colocar la fecha en que se hace seguimiento al plan de parto en formato día/mes/año.
- Casilla Indicación: colocar que orientaciones o indicaciones se le dieron a ala embarazada.
- Casilla de signo o síntoma de alarma encontrado: se debe de describir cualquier signo o sintoma encontrado y actuar según este.

Lado 3: Sección A Consejería

- la tabla de consejería sirve para orientar en los temas a tratar en cada control en la casilla firma del consejero el prestador de servicio de salud que brinda la consejería debe firmar como evidencia de haberse brindado así como dejar constancia en el expediente.

Lado 3: Sección B Preguntas para su proveedor de control prenatal

- en esta sección se debe animar a la paciente a llenar con preguntas que le surjan antes del control prenatal, para formularlas a la persona que brida el control prenatal

Lado 3: Sección C Maleta del parto

- Listado de articulos que la paciente debe preparar y llevar en el momento del parto o en caso de emergencia que amerite ingreso al hospital. Reforzar esta información en los 2 últimos controles prenatales.

Lado 4 Infografías de signos y síntomas de alarma.

- proporcionar en cada control prenatal información acerca de los síntomas y signso de alarma , apoyarse en estas infografías.

Anexo 18 hoja de control post parto (puerperal)



MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD

HOJA DE CONTROL POST- PARTO

Establecimiento _____ Visita en: Sede Terreno Fecha: _____

Nombre: _____ Expediente: _____

Edad: _____ 1° control PP 2° control PP Número de días Post Parto: _____

SIGNOS VITALES:

T/A: _____ T° _____ FC _____ FR _____ Peso _____ Talla _____ IMC _____

ANTECEDENTES DE PARTO

Fecha del parto: _____ Lugar del parto: Domiciliar Hospital en Transito

Nombre de Hospital _____ Otro _____

Vía del Parto: Vaginal Abdominal Indicación de Cesárea: _____

Parto atendido por: _____ Complicaciones SI NO Semanas de Gestación: _____

Describe complicaciones: _____

Ingresada: SI NO N° días: _____ Hospital: _____ Fecha de egreso: _____

Diagnóstico de Morbilidad: _____

Recibió control prenatal SI NO Lugar de control: _____ N° _____

Toxide tetánico SI NO Dosis _____ Dt: SI NO Dosis _____ ttpa: SI NO Dosis: _____

Tuvo apego precoz SI NO Tuvo alojamiento conjunto SI NO RN: Sano Fallecido Ingresado

EXAMEN FISICO

Cabeza: Normal SI NO Problema SI NO Describe: _____

Palidez conjuntival: SI NO Palidez palmar: SI NO 1° Hb: _____ 2° Hb: _____ 3° Hb: _____

Cuello: Normal SI NO Problema SI NO Describe: _____

Tórax: Normal SI NO Problema SI NO Describe: _____

Mamas: Normal SI NO Problema SI NO Describe: _____

Abdomen: Normal SI NO Problema SI NO Describe: _____

Edemas: SI NO Describe lugar: _____

Involución uterina: Normal SI NO Problema SI NO Describe: _____

Genitales: Normal SI NO Problema SI NO Describe: _____

Episiotomía: Normal SI NO Problema SI NO Describe: _____

Loquios: Normal SI NO Fetidez SI NO Color: _____ Describe: _____

Herida cesárea: Normal SI NO Problema SI NO Describe: _____

APARIENCIA GENERAL (Describir): _____

SIGNOS DE PELIGRO

Dolor de cabeza: SI NO Fiebre: SI NO Visión Borrosa: SI NO Escalofríos: SI NO

Dolor abdominal SI NO Sangrado abundante o fétido SI NO Ve lucecitas: SI NO

Dificultad para defecar SI NO Molestias o dolor al orinar: SI NO Dolor en mamas: SI NO

Síntomas de depresión: SI NO Describe: _____

Otros síntomas o signos: _____

CONSEJERIA

Sobre cuidados del RN: SI NO Lactancia materna exclusiva SI NO Alimentación SI NO

Anticoncepción: SI NO Otras consejerías: _____

MICRONUTRIENTES

Hierro más ácido fólico (describe) _____

Otros Medicamentos (describe): _____

ANTICONCEPCION

SI NO Método: _____ Próximo control: _____

Puerperio: Sano Mórbito Diagnostico: _____

Tratamiento: _____

Plan: _____

Referencia: SI NO Lugar de referencia: _____ Hora: _____

Diagnostico Referencia: _____ Motivo de Referencia: _____

Fecha de próximo control _____

Firma y sello del responsable _____

Modificado octubre 2020 Dr. Enrique A. González

Anexo 19. Puntuación de Apgar

El Puntaje de APGAR debe estimarse al minuto y a los 5 minutos de vida del recién nacido. Se basa en la valoración de 5 parámetros, con puntaje que va de 0 a 2 para cada uno de ellos.

SIGNO	PUNTUACIÓN DE APGAR			ACRÓNIMO
	0	1	2	
COLOR DE LA PIEL	Pálido	Cianótico	Completamente rosado.	A Apariencia
FRECUENCIA CARDIACA	ausente	<100 lpm	>100 lpm	P Pulso
RESPUESTA A ESTÍMULO ORO-NASAL	Ausente	débil	Intensa	G Gesto
TONO MUSCULAR	flácido	Leve flexión	Flexión firme	A Actividad
ESFUERZO RESPIRATORIO	Ausente	Irregular	Regulares	R Respiración

Fuente: CLAP. "Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido, focalizadas en APS". 2010.

El puntaje al primer minuto expresa la condición al nacer. El puntaje al quinto minuto sintetiza la respuesta que el niño ha tenido a las maniobras de reanimación.

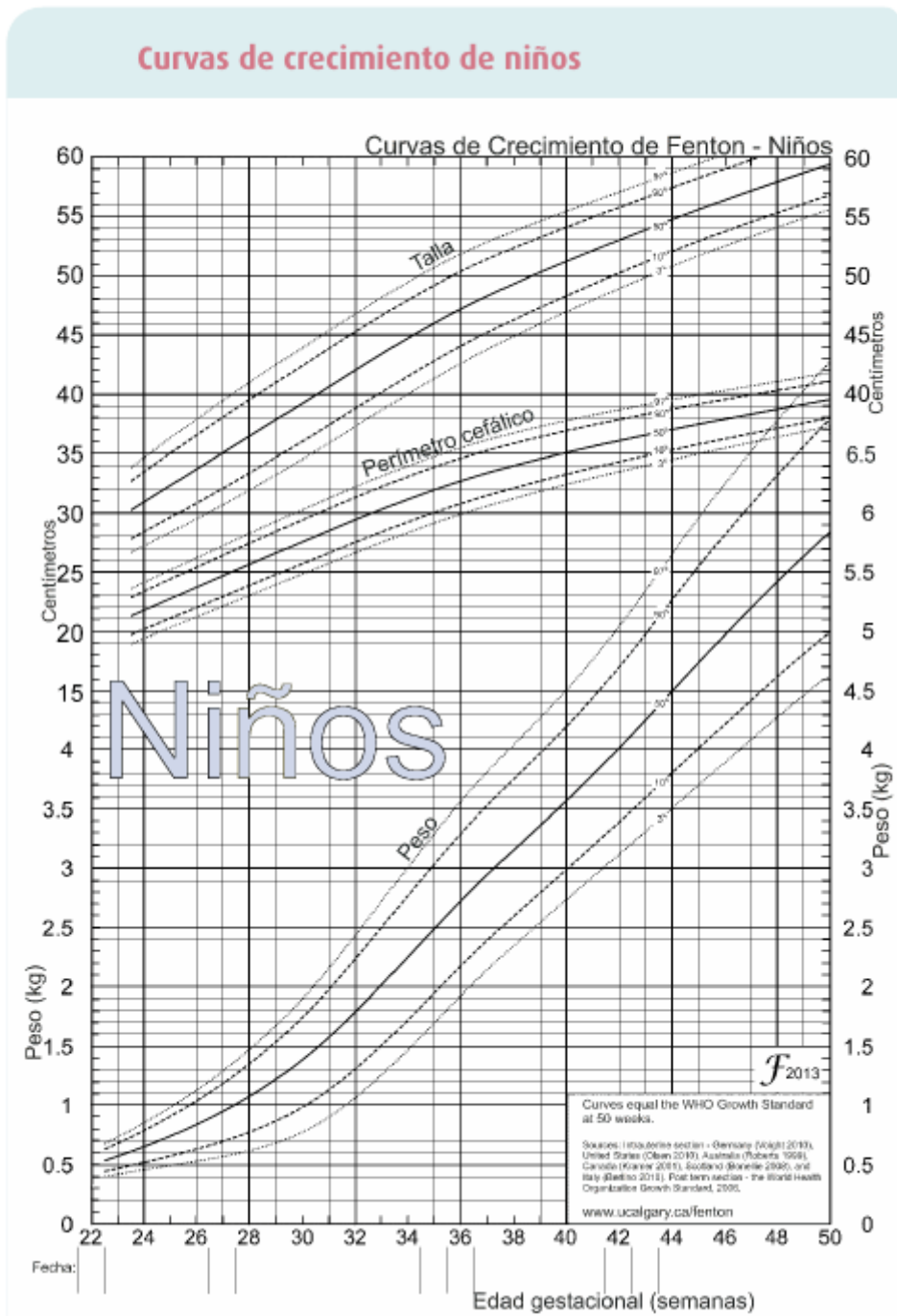
APGAR de 7 puntos ó más: Bebé en buenas condiciones:

APGAR de 4-6 puntos: Condición fisiológica del bebé no es adecuada.

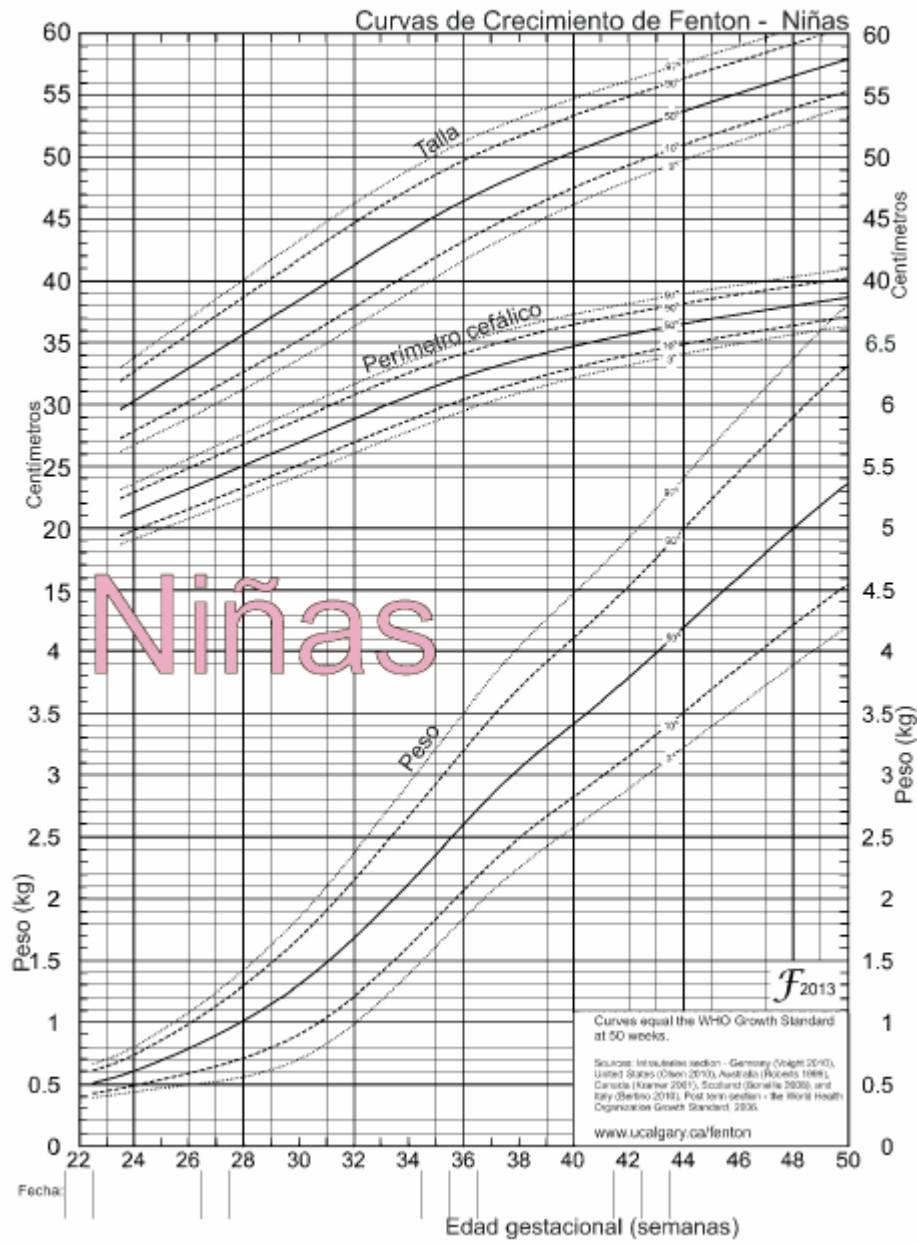
APGAR de 1-3 puntos: El pronóstico de supervivencia es reservado.

APGAR de 0 puntos: Muerto

Anexo 20 curvas de perímetro cefálico Fenton para prematuros

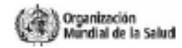


Curvas de crecimiento de niñas

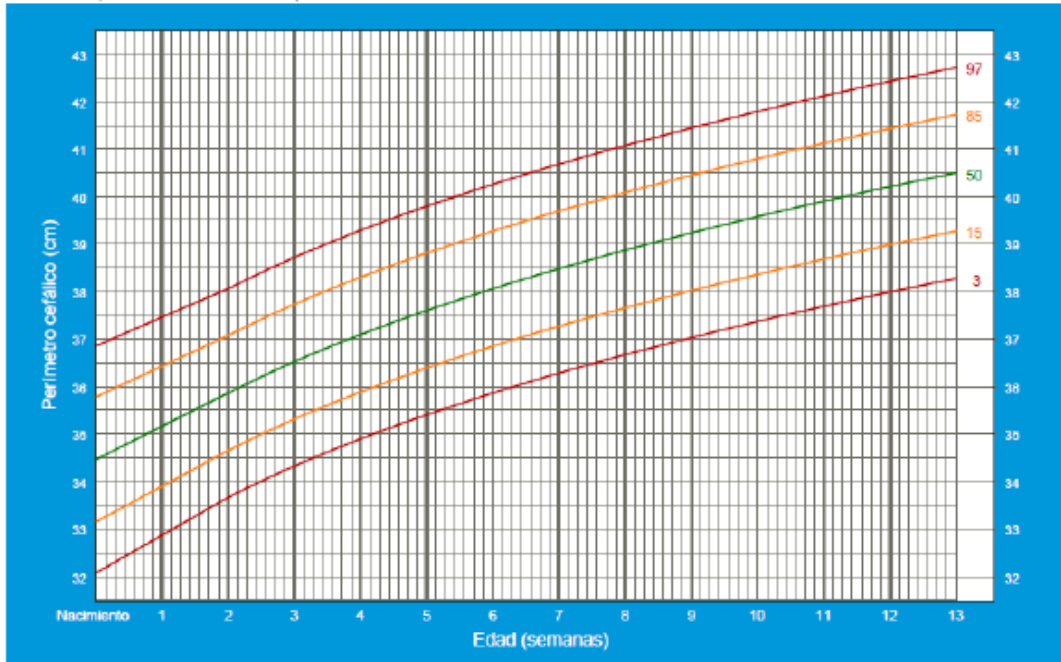


Anexo 21 curvas de perimetro cefalico de OMS para niños de termino

Perimetro cefálico para la edad Niños



Percentiles (Nacimiento a 13 semanas)

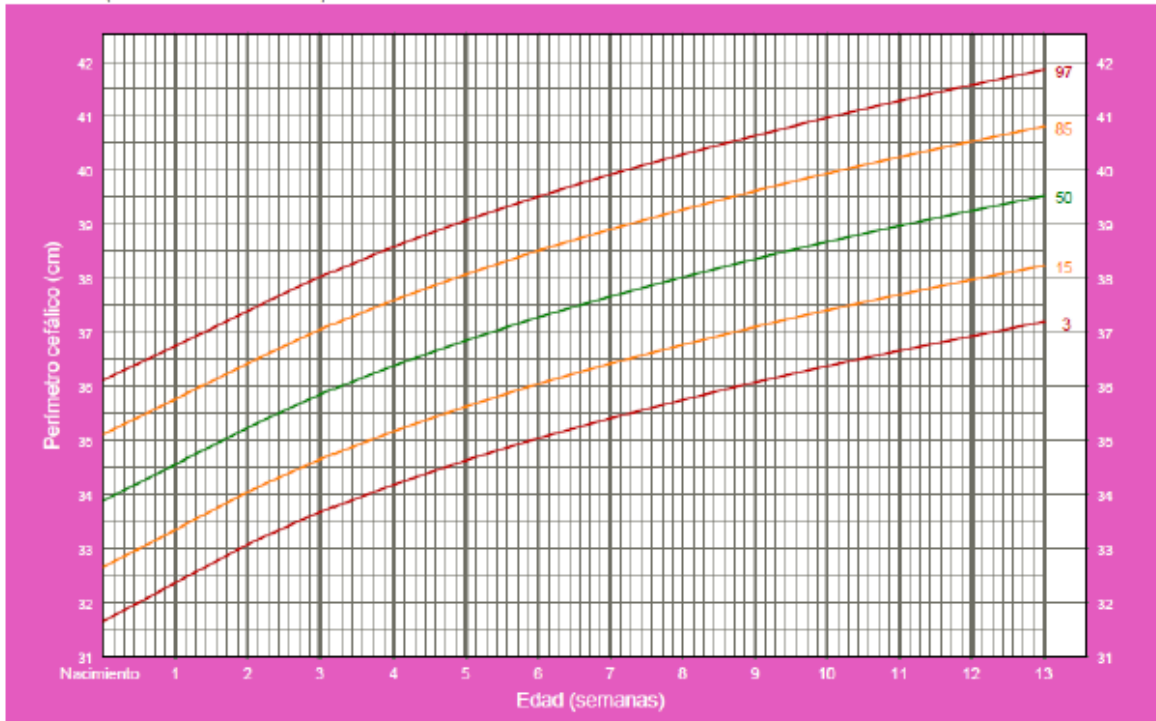


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Perimetro cefálico para la edad Niñas



Percentiles (Nacimiento a 13 semanas)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Anexo 22. Hoja Clínica perinatal en atención pos aborto SIP-A (Anverso)

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

ADMISIÓN POR PARTO		HOSPITALIZA en EMBARAZO No <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/>		EDAD GESTACIONAL por FUM Semanas <input type="text"/> días <input type="text"/>		ACOMPANANTE pareja <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> familiar <input type="radio"/> ninguno <input checked="" type="radio"/>		PROCEDENCIA		TRANS PORTE personal <input type="radio"/> ambulancia <input type="radio"/> público <input type="radio"/> estab/emerg <input type="radio"/> desconocido <input type="radio"/>			
FECHA DE INGRESO día mes año hora min		días <input type="text"/>		por ECO <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> ¿Cuál?		TRASLADADO DESDE OTRO SERVICIO		TIEMPO DE TRASLADO días <input type="text"/> horas <input type="text"/> minutos <input type="text"/>			
PRE-PROCEDIMIENTO		SIGNOS VITALES		F Resp rpm > 16 <input type="text"/>		LABORATORIO		SIFILIS		SINTOMATOLOGIA			
PULSO ≥ 180 <input type="text"/> ≤ 60 <input type="text"/> bpm		PRESIÓN ARTERIAL $\geq 140/90$ <input type="text"/> $\leq 60/50$ <input type="text"/> mmHg		TEMPERAT. $\geq 38^\circ\text{C}$ <input type="text"/>		HEMOGLOBINA < 10.0 g/dL <input type="text"/>		DIAGNOS TICO no se <input type="radio"/> hizo <input type="radio"/> Pareja no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>		Días y Horas <input type="text"/> <input type="text"/>			
EXAMEN CLINICO		PIEL Y MUCOSAS		ADOMEN		EXAMEN GINECOLOGICO		ECO		ANALGESIA			
CONCIENCIA: lúcida <input type="radio"/> soporosa <input type="radio"/> exitada <input type="radio"/> comatosa <input type="radio"/>		normal <input type="radio"/> visquerosa <input type="radio"/> rebote <input type="radio"/> distendido <input type="radio"/> signos perit. <input type="radio"/> silencio intestinal <input type="radio"/>		normal <input type="radio"/> visquerosa <input type="radio"/> rebote <input type="radio"/> distendido <input type="radio"/> signos perit. <input type="radio"/> silencio intestinal <input type="radio"/>		UTERO POR EXAMEN BIMANUAL Tamaño <input type="text"/> AVF <input type="radio"/> medio <input type="radio"/> sem <input type="radio"/> RvF <input type="radio"/>		Posición AVF <input type="radio"/> Cuello cerrado <input type="radio"/> Restos s/d <input type="radio"/> Vagina normal <input type="radio"/>		Diámetro longitudinal <input type="text"/> mm		Solicitada <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Realizada <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	
SANGRADO		DOLOR		RESPONSABLE		COD DIAG CIE 10		Admisión Presuntiva		RESPONSABLE			
No <input type="radio"/> leve <input type="radio"/> moderado <input type="radio"/> severo <input type="radio"/>		No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> score <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO		MADURACIÓN CERVICAL		EVALUACIÓN UTERINA		AMBIENTE		MEDICACIÓN RECIBIDA		SCORE DE DOLOR			
FECHA DE PROCEDIMIENTO día mes año hora min		No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> horas <input type="text"/>		NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> AMEU <input type="radio"/> AEU <input type="radio"/> LUI <input type="radio"/> MED <input type="radio"/>		examen <input type="radio"/> partos <input type="radio"/> proced <input type="radio"/> quiróf <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>		No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		<input type="text"/>			
HALLAZGOS		TAMAÑO UTERINO		ANEXOS NORMALES		FETIDEZ		RESTOS		ANATOM. PATOLOGICA			
<input type="text"/>		EMB <input type="text"/> Histerometría <input type="text"/> cm		No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		escasos <input type="radio"/> abundantes <input type="radio"/> moderados <input type="radio"/>		No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>			
OTROS PROCEDIMIENTOS		Reparación les. utero <input type="radio"/> No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		Reparación les. cerv./vag. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		histerectomía <input type="radio"/> No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		tto. sepsis <input type="radio"/> No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		RESPONSABLE <input type="text"/>			
POST-PROCEDIMIENTO		Concejería/Información		COMPLICACIONES		EGRESO		FECHA		TIPO DE EGRESO			
FECHA <input type="text"/>		oral <input type="radio"/> escrito <input type="radio"/> ning <input type="radio"/> firma del responsable <input type="text"/>		infección genital/pelv. <input type="radio"/>		No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		<input type="text"/>		fallece <input type="radio"/> contra consejo médico <input type="radio"/> egreso médico <input type="radio"/> fuga <input type="radio"/>			
tensión arterial <input type="text"/> pulso <input type="text"/> temp. <input type="text"/> sangr. <input type="text"/> dolor <input type="text"/>		cuidados básicos <input type="radio"/> signos de alarma <input type="radio"/> anticoncepción <input type="radio"/> cita de seguimiento <input type="radio"/>		daño órgano o pélvico, etc. <input type="radio"/>		No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		<input type="text"/>		sana <input type="radio"/> NA <input type="radio"/> c/patología <input type="radio"/> muerte <input type="radio"/>			
cita de control de seguimiento <input type="text"/>		cita de seguimiento <input type="text"/>		hemorragia tardía/excesiva <input type="radio"/>		No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		<input type="text"/>		Lugar Traslado <input type="text"/>			
ANTICONCEPCIÓN		Inicio MAC No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		Shock (no séptico) <input type="radio"/>		No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		<input type="text"/>		Autopista No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>			
ACO "píldora" <input type="radio"/> Inyectable <input type="radio"/> implante <input type="radio"/>		pref. acced. <input type="radio"/> Otro hormonal (anillo vagina, parche, AE) <input type="radio"/> condón <input type="radio"/> otro método barrera <input type="radio"/>		DJU <input type="radio"/> EQV masc <input type="radio"/> EQV fem <input type="radio"/> abstinencia <input type="radio"/>		No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		<input type="text"/>		fallece durante o en lugar de traslado No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>			
REFERIDA		psicología <input type="radio"/> anticoncepción <input type="radio"/> violencia <input type="radio"/> infertilidad <input type="radio"/> adoles cencia <input type="radio"/> VIHITS <input type="radio"/>		Otra específica <input type="text"/>		No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		<input type="text"/>		otro establ. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> especifique <input type="text"/>			
RESPONSABLE <input type="text"/>		RESPONSABLE <input type="text"/>		RESPONSABLE <input type="text"/>		RESPONSABLE <input type="text"/>		RESPONSABLE <input type="text"/>		RESPONSABLE <input type="text"/>			

HCPESAVP (aborto) 02/10

Anexo 23 Agenda prenatal



MINISTERIO
DE SALUD

Agenda prenatal



BIENVENIDA.

La agenda fue hecha con especial dedicación, esperando que disfruten de esta maravillosa etapa que están comenzando a vivir y que sientan el apoyo de todos los que cuidamos el bienestar suyo y de su familia.

Incluye información general sobre los cambios emocionales, los cuidados a seguir, la sexualidad, la preparación para el parto, la planificación del siguiente embarazo, entre otros.

Es importante tener en cuenta que los contenidos de esta agenda no reemplazan las recomendaciones del personal de salud.

Como equipo de salud le damos la bienvenida y le recomendamos llevar esta agenda siempre durante toda la gestación, a todos sus controles y consultas de emergencia.

Esperamos ser un apoyo en cada etapa de esta espera.

Agenda prenatal
Primera edición, 2020
Ministerio de Salud
Unidad de Atención integral a la Mujer, Niñez
y Adolescencia.
Imprenta:
Ejemplares



DATOS DE LA PACIENTE

Esta agenda pertenece a:

Nombre completo de la embarazada: _____

Edad _____ Teléfono (casa/celular): _____ DUI: _____

Dirección (anote punto de referencia) _____

Caserío _____ Cantón _____ Colonia _____

Municipio _____ Departamento _____ Escolaridad: _____

Ocupación _____ Estuvo en Consulta preconcepcional: Si _____ No _____

En caso de emergencia llamar a: _____

Parentesco _____ Teléfono (celular/casa) _____

Establecimiento de salud: _____

Teléfono del establecimiento de Salud _____

Nombre del promotor de la zona de vivienda _____

Teléfono de contacto del promotor de salud: _____

Realizó Pasantía hospitalaria SI ___ NO ___ Círculo educativo de embarazadas: Si ___ No ___

Hogar de Espera Materna de referencia: _____

Hospital de Referencia: _____

Fecha probable de parto por FUR _____

Fecha probable de parto por primera USG _____

Después del parto que método anticonceptivo utilizará _____

Calendario de citas de control prenatal

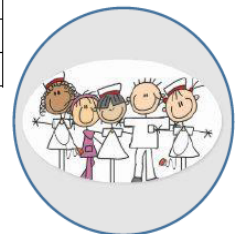
Día	Mes	Lugar de a cita	Persona que agenda	Firma

Calendario de citas de seguimiento, consulta nutricional y ultrasonografía

Día	Mes	Lugar de a cita	Persona que agenda	Firma

Calendario de citas de consulta odontológica

Día	Mes	Lugar de a cita	Persona que agenda	Firma



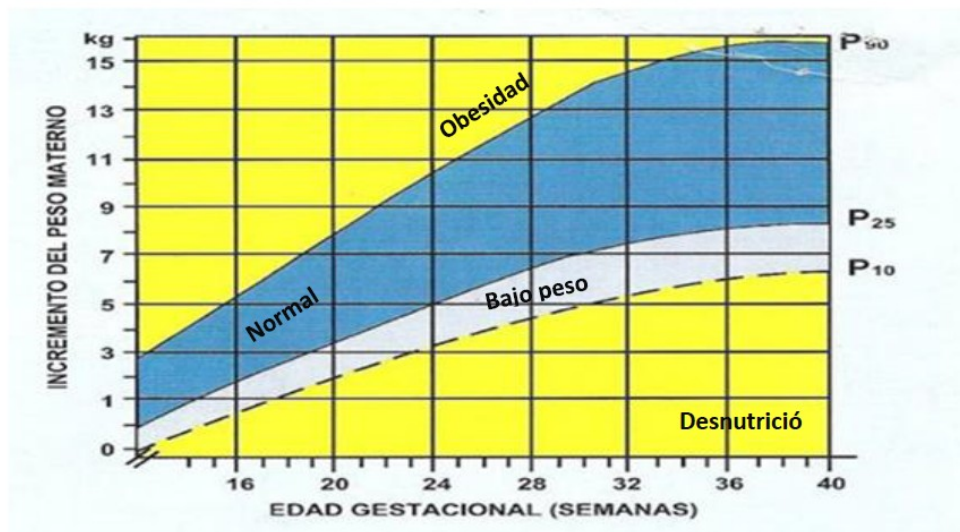
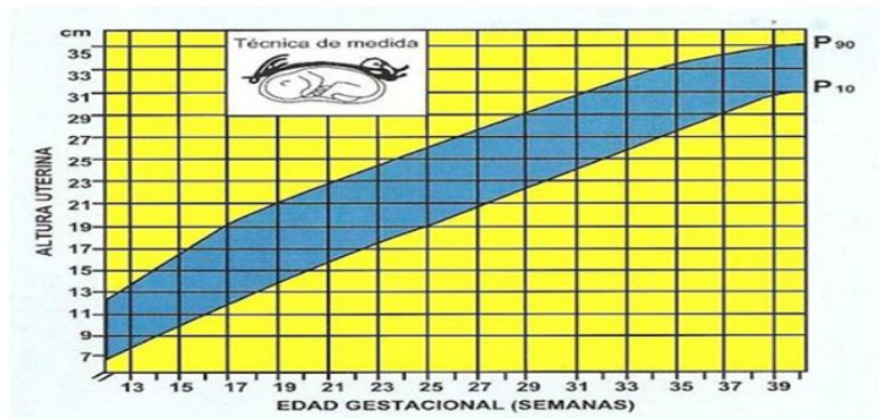
HCP NEAR MISS ANVERSO ESPAÑOL: 25-04-2017 Descripción de códigos en el reverso
 Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

HISTORIA CLINICA PERINATAL-CLAP/SMR-OPS/OMS NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ TELEF.: _____										FECHA DE NACIMIENTO día mes año			ETNIA <input type="radio"/> blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra		ALFA BETA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		ESTUDIOS <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secund. <input type="radio"/> univers. años en el mayor nivel: _____		ESTADO CIVIL <input type="radio"/> casado <input type="radio"/> unión civil <input type="radio"/> soltero <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> vive sola		<input type="radio"/> lugar control prenatal <input type="radio"/> lugar del parto									
ANTECEDENTES FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave PERSONALES: genito-urinario, infertilidad, cardiopat., nefropatía, violencia, VIH+		OBSTETRICOS gestas previas: _____ abortos: _____ ULTIMO PREVIO: n/c < 2500g, normal ≥ 4000g, emb. ectópico, parlos, cesáreas Antecedente de gemelares: no si		nacidos vivos: _____ nacidos muertos: _____ muertos 1º sem.: _____ después 1º sem.: _____		FIN EMBARAZO ANTERIOR día mes año EMBARAZO PLANEADO: no si FRACASO METODO ANTICONCEP.: no si (barrera, DIU, hormo, emter, natural, gonica)																								
GESTACION ACTUAL PESO ANTERIOR: _____ Kg TALLA (cm): _____ EG CONFIABLE por FUM Eco < 20 s: _____ FUMA ACT. FUMA PAS. DROGAS ALCOHOL VIOLENCIA: _____ VACUNAS: tétanos/difteria, tdap, influenza, rubeola, hepatitis B, hepatitis A, tamizaje hepatitis B			1º trim: _____ 2º trim: _____ 3º trim: _____ Hb < 20 sem: _____ Fe/FOLATOS indicados: _____ Hb ≥ 20 sem: _____		toxoplasmosis: < 20 sem IgG, ≥ 20 sem IgG, 1ª consulta IgM ESTREPTOCOCCO B: 35-37 semanas, no se hizo PREPARACION PARA EL PARTO: _____ CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA: _____		CHAGAS: +, - PALUDISMO/MALARIA: +, - BACTERIURIA: normal, anormal, no se hizo GLUCEMIA EN AYUNAS: < 20, ≥ 30 mg/dl		VIH - Diagn. Tratamiento: no si, n/c SIFILIS: Diagnóstico y tratamiento: no si, n/c VIH - Diagn. Tratamiento: no si, n/c		dia mes año edad gest. peso PA altura uterina presentación FCF (pm) movim. fetales protei huria lugar de control signos de alarma, exámenes, tratamientos Iniciales Técnico próxima cita																			
PARTO FECHA DE INGRESO: _____ GARNÉ: no si		ABORTO CONSULTAS PRE-NATALES total: _____ CONSULTA: _____ EDAD GEST. 1ª CONSULTA: _____		HOSPITALIZ. en EMBARAZO: no si CORTICOIDES ANTENATALES: completo, incompl, ninguna, n/c		INICIO espontáneo, inducido, cesar elect.		ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: < 37 sem, ≥ 37 sem, hora, min, temp ≥ 38°C		EDAD GEST. al parto: _____ PRESENTACION SITUACION: cefálica, pélvica, transversa		TAMANO FETAL ACORDE: no si		ACOMPAÑANTE: TDP, P, pareja, familiar, otro, ninguno																
hora min posición de la madre PA puso contr./10 dilatación altura present. variedad posic. meconio FCF/daps		TRABAJO DE PARTO: amniot. lograda, no		ENFERMEDADES: TDP Prueba, Sífilis, VIH, TARV																										
NACIMIENTO MUERTO: parto, ignora momento POSICION PARTO: sentada, acostada, cuclillas, EPISTOMIA		DESGARROS Grado (1 a 4): _____ OCITOCICOS: prealumb., postalumb., completa, no si, rotonea		PLACENTA: completa, no si, rotonea		LIGADURA CORDON: < 1 min, 1 a 3 min		MULTIPLE: no si, orden TERMINACION: espont., cesarea, otra, fórceps, vacuum		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: _____		INDCO: _____ OPER: _____																		
SEXO: f, m, destino: no, si PESO AL NACER: < 2500 g, ≥ 4000 g LONGITUD: _____ cm P. CEFALICO: _____ cm EDAD GESTACIONAL: _____ sem, días PESO E.G. adec.: pec, gds		APGAR (min): 1º, 5º ESTIMADA: _____ REANIMACION: no si, oxígeno, estímulo, aspiración, máscara, intubación, medicación		Lactancia materna inicio precoz: no si ATENDIDO: médico, obst, enf., auxil, estud, ompir, otro, Nombre		RECIBIDA: no si, antibiot., analgesia, anest. local, anest. region., anest. gen., transilusión, sulfato de Mg preclam. colom., otros (código) medic 1, medic 2		PARTO: _____ NEONATO: _____		POSTPARTO tiempo, Temp °C, P.A., pulso, involución uterina, sangrado, Responsable																				
DEFECTOS CONGENTOS: menor, mayor ENFERMEDADES: ninguna, 1 ó más, código		VIH en RN: Expuesto, Tto, no si, si, n/c, s/d		VDRL: no si, +, - Cha gas: no si, +, - Bili rub: no si Toxo IgM: no si Hb patia Cardow: no si falcos en Sala de parto: Madre, RN, REFERIDO: aloj. com, noona, tolog., otro, hosp.		METABOLICAS: no realizado, realizado		ALIMENTO AL ALTA: boca amba, no si, BCG, no si, INMUN. HEPATITIS B, no si		Meconio 1º día: no si PESO AL EGRESO: _____ g		yglubulina anti D: no si, n/c																		
EGRESOR: vivo, fallece, traslado, fallece durante o en lugar de traslado, lugar		EDAD AL EGRESO: _____ días completos, < 1 día		Nombre RN: _____		Responsable: _____																								

MORBILIDAD															
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS				INFECCIONES				HEMORRAGIA							
Hipertensión crónica <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Pre eclampsia leve <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Pre eclampsia severa <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Eclampsia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si HELLP <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Hipertensión gestacional <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Hipertensión crónica + PE sobrepuesta <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si				Sepsis <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Endometritis <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Corioamnionitis <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Bacteriemia asintomática <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Pielonefritis <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Neumonía <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Infección herida cesárea <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Infección episiorrafia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Otra infección <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si				1º TRIMESTRE <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si 2º TRIMESTRE <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si 3º TRIMESTRE / POSPARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Post aborto <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Mola hidatiforme <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Embarazo ectópico <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Placenta previa <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Acretismo placentario <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si DPPNI <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Rotura uterina <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Hemorragia postparto <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Atonía uterina <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Desgarros <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Restos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Defecto de coagulación <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si							
TRASTORNOS METABÓLICOS				OTROS TRASTORNOS				COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS							
DIABETES MELLITUS <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Tolerancia oral a la glucosa anormal <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> se hizo D.M. insulino dependiente previa <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si D.M. no insulino dependiente previa <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si D.M. gestacional <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Estado hiperosmolar <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Cetoacidosis <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Estado hiperglicémico <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si				TRASTORNOS TIROIDEOS <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Hipotiroidismo <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Hipertiroidismo <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Crisis tiroidea <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Otro trastorno metabólico <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si				Hipermesis gravídica <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Oliguria <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Anemia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Anemia falciforme <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Enfermedad renal <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Neoplasia maligna <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Trastorno psiquiátrico <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Colestasis <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Otros <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si				Parto obstruido <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Rotura prolongada de membrana <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Oligoamnios <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Otro <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Polihidramnios <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Sufimiento fetal agudo <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Restricción de Crecimiento Intrauterino <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si			
INTERVENCIONES															
Alumbramiento manual <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> s/d Uterotónicos para tto. Hemorragia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> s/d Cuáles <input type="text"/>			Vía venosa central <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> s/d Administración de hemoderivados <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> s/d Cuáles <input type="text"/>			Nº de vol. <input type="text"/>			Laparotomía (excluye cesárea) <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> s/d Ingreso a UCI < 7 días <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> s/d Uso de ATB IV para tto. de complicación infecciosa <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> s/d Cuáles <input type="text"/>			Traje antishock no neumático <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Balones hidroestáticos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Suturas B-Lynch o similares <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas/hipogástricas <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Embolicaciones <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si			
VARIABLES PARA IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS															
CRITERIOS CLÍNICOS / DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA				LABORATORIO				INTERVENCIONES							
Cardiovascular Shock <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Paro cardíaco <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Hepático Ictericia en preeclampsia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Respiratorio Cianosis aguda <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Respiración jadeante (gasping) <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Taquipnea severa FR > 40 rpm <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Bradipnea severa FR < 6 rpm <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si				Renal Oliguria resistente a líquidos o diuréticos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Hematológicos/coagulación Alteraciones de la coagulación <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Neurológico Coma <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Inconsciencia prolongada >12 hs. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Accidente cerebro vascular <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Parálisis generalizada <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si				Laboratorio Plaquetas < 50.000 por ml <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Creatinina ≥ 300 micromoles/l ó ≥ 3,5 mg/dl <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Bilirubina > 100 micromoles/l ó > 6,0 mg/dl <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si pH < 7,1 <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Sat Hb < 90% ≥ 1 hora <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si PaO ₂ /FIO ₂ < 200 mmHg <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Lactato > 5 µmol/L o 45 mg/dl <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si				Administración continua de agentes vasoactivos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Cuáles <input type="text"/> Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si días <input type="text"/> Administración ≥ 3 vol de hemoderivados <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Ingreso a UCI ≥ 7 días <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Histerectomía <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Diálisis en caso de IRA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Reanimación cardio-pulmonar <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si			
día Temp °C P.A. pulso invol. uter. loquios periné lactancia observaciones Responsable															
EGRESO MATERNO FECHA															
TIPO DE EGRESO: fallece <input type="radio"/> contra consejo médico <input type="radio"/> egreso médico <input type="radio"/>															
RESPONSABLE AL EGRESO: sana <input type="radio"/> NA <input type="radio"/> c/patología <input type="radio"/> muerte <input type="radio"/>															
CONSEJERÍA oral <input type="radio"/> escrita <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/>															
ANTICONCEPCIÓN: Inicio MAC <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/>															
ACO "píldora" <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> Otro hormonal (anti-vagin, parche, AE) <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> inyectable <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> barrera <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> EQV fem <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> EQV masc. <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> implante <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> condón <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> abst. <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> nencia <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/>															

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)
 HOP NEAR MISS REVERSO ESPAÑOL 25-04-2017

Curvas de altura uterina y peso materno



IMC (Calculado en la inscripción): _____

Control Prenatal	Diagnostico nutricional
Inscripción	
Primero	
Segundo	
Tercero	
Cuarto	



Resultado de otros exámenes Ultrasonido

Ultrasonografía	Fecha de realización	Resultado
Primera		Biometría:
		F.P.P por USG:
		Peso Fetal Por USG:
		Placenta previa: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		Otros hallazgos:
		Anormalidades:
Segunda		Biometría:
		F.P.P por USG:
		Peso Fetal Por USG:
		Placenta previa: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		Otros hallazgos:
		Anormalidades:
Tercera		Biometría:
		F.P.P por USG:
		Peso Fetal Por USG:
		Placenta previa: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		Otros hallazgos:
		Anormalidades:

Urocultivo

Fecha de realización	Resultado	Medicamento prescrito

Evaluación de la Función renal

Creatinina en sangre: _____ TFG _____

Otros Exámenes Relevantes: _____

Hospitalizaciones

Información de Hospitalización	Diagnóstico	Tratamiento
Hospital:		
Fecha de ingreso:		
Fecha de Alta		
Hospital:		
Fecha de ingreso:		
Fecha de Alta		
Hospital:		
Fecha de ingreso:		
Fecha de Alta		
Hospital:		
Fecha de ingreso:		
Fecha de Alta		

Referencias

Fecha	Diagnostico	Referido a:	Fecha de Atención	Responsable



Usted tiene el derecho a ser tratada sin violencia!!!

Vacunas

Fecha de Aplicación	Edad Gestacional	Tipo de vacuna	Lote

Visita domiciliar por promotor o equipo comunitario

Fecha de visita	Objetivo de visita	Observaciones	Firma de quien realiza la visita

Participa con tu pareja o un familiar en la visita guiada al hospital para conocer el lugar donde nacerá tu bebé

Plan de parto

Preparativos para el parto

Hospital en el que le gustaría el nacimiento de su bebé: _____

Quien la llevará al hospital: _____

Parentesco: _____

Teléfono (casa/celular) _____

En qué medio de transporte la llevará: _____

Qué nombre le pondrá a su bebé:

Niño: _____

Niña: _____

Hay Algún signo de alarma en la

USG _____

Sesiones de educación prenatal

Inscripción	Sangrados, importancia del control prenatal, sexualidad, Violencia contra la mujer.	Asistió con acompañante		Firma del consejero
		SI	NO	
Primer control prenatal	Sangrados, importancia del control prenatal, sexualidad, Violencia basada en género	SI	NO	
Segundo control prenatal	Síntomas de preeclampsia, amenaza de parto prematuro, importancia del control prenatal, sexualidad, Violencia contra la mujer	SI	NO	
Tercer control prenatal	Síntomas de preeclampsia, amenaza de parto prematuro, importancia del control prenatal, sexualidad, Violencia contra la mujer, lactancia, anticoncepción. Programar pasantía hospitalaria	SI	NO	
Cuarto control prenatal	Síntomas de preeclampsia, amenaza de parto prematuro, importancia del control prenatal, sexualidad, Violencia contra la mujer, lactancia, anticoncepción, síntomas y signos anormales en el puerperio	SI	No	

¿Que debo llevar al parto?

Maleta del parto

Madre: Carnet prenatal, Plan de parto, DUI o partida de nacimiento o carnet de minoridad de la madre, copia de DUI del padre un cambio de ropa, ropa interior, toalla sanitaria, sandalias o zapatos, cepillo de diente, pasa de dientes, jabón, peine, toalla, papel higiénico, bolso personal.

Recién nacido: gorro, mameluco, calcetines, pañales, frazada o mantilla, camiseta o cuturina

Preguntas para su proveedor de control prenatal:

"MUERTE MATERNA"
Juntos podemos disminuirla

Mamá identifica síntomas de alarma para reducir riesgos.

Algunos síntomas **NO** son normales y pueden indicar que estás presentando enfermedades graves como preeclampsia, infección o hemorragia o que tu bebé está en riesgo.

- Orinar frecuentemente, mucha sed, puede ser manifestación de **Diabetes Gestacional**.
- Palidez, cansancio y disminución de peso, asociado a la **Anemia**.
- Sangrado o salida de líquido vaginal**, contracciones frecuentes, esto puede ocasionar amenaza de aborto o parto prematuro.
- Piernas hinchadas, dolor de cabeza frecuente, ver lucecitas, zumbidos de oídos, relacionado con **Presión Alta**.
- Al presentarse **Infección** en la **orina**, se tiene endurecimiento y dolor del vientre, molestias al orinar.
- Náusea y/o vómito frecuentes no es normal.
- Percebir **disminución** de los **movimientos** del bebé (menos de 10 movimientos en 2 horas después de la comida) es dato de alarma.

"Acudir con tu médico ante la primera señal de estos síntomas puede salvar tu vida y la de tu bebé".

Salud Bucal

Control odontológico

ESTADO DENTAL:									
Caries	SI		NO		Riesgo de Caries	Alto	Medio	Bajo	
Resto Radicular	SI		NO						
ESTADO PERIODONTAL:									
Gingivitis			Periodontitis						
Otra patología bucal	SI		NO		¿Cuál?				
Derivación y/o Interconsulta (motivo y especialidad)									
Consejería breve anti tabaco Realizarla en cada control	SI		NO						
Indicaciones	Tipo de cepillo				Colutorio				
Otras Indicaciones									
Odontólogo/a (nombre, firma y sello)							Fecha		

EVALUACIÓN DE LA SALUD ORAL INTEGRAL

RECOMENDACIONES

- Cepílese los dientes y lengua después de cada comida, utilizando un cepillo de cerdas suaves y crema o pasta dental.
- Utilice hilo o seda dental por lo menos una vez al día.
- Coma verduras como la zanahoria y frutas como la manzana, piña, pera mango verde, ya que contribuyen a la limpieza de los dientes.
- Consuma abundante agua todos los días.



Técnicas del cuidado bucal.

	Los dientes y muelas superiores deben cepillarse de arriba hacia abajo
	No olvidar limpiarlos en la parte de adentro
	Los dientes y muelas inferiores deben de cepillarse de abajo hacia arriba
	El lado de las muelas con el que masticas, debe limpiarse de adelante hacia atrás, tanto las piezas de arriba como las de abajo
	Cepílese la lengua con movimientos de barrido de atrás hacia adelante



Alimentación durante el embarazo

En el embarazo el mito de “comer por dos” le hace muchísimo daño porque si está en sobrepeso u obesidad le llevará a enfrentar problemas de salud para usted y su bebé.

Le recomendamos:

- Comer 5 veces verduras y frutas frescas de distintos colores, cada día.
- Para fortalecer sus huesos, consuma 3 veces al día lácteos bajos en grasa y azúcar.
- Para mantener sano su corazón, coma pescado sancochado o a la plancha, 2 veces por semana, Si consume pescados en enlatado (Atún), prefiera los que están al agua y son bajos en sodio/sal.
- Consuma legumbres al menos 2 veces por semana.
- Para mantenerse hidratada, tome 6 a 8 vasos de agua al día.
- Coma alimentos con poca sal y quite el salero de la mesa.
- Reduzca el consumo de alimentos “Altos en” (azúcar, grasas, sodio y calorías).



Beneficios de la lactancia materna.

- Disminuyen los riesgos de enfermedades agudas, crónicas e infecciosas del niño(a), tales como Síndrome Diarreico Agudo, infecciones respiratorias, otitis, alergias, enterocolitis necrotizante, sobrepeso, obesidad, leucemia, enfermedad celiaca y otras.
- Contribuye al buen crecimiento y desarrollo de los huesos y músculos de gran parte de la cara favoreciendo la adecuada ubicación de los dientes. Ayuda a prevenir las caries.
- Mejora el desarrollo psicomotor y el desarrollo cognitivo.
- Nutrición óptima: tiene todos los nutrientes que requiere el bebé, está siempre lista y a temperatura adecuada y se va adecuando a las necesidades del niño(a).
- Disminuye los riesgos de morir por muerte súbita.



Paternalidad Activa

Papá:

- Es importante que seas activo en ayudar a que la mamá tenga alimentación sana, esté en ambientes libres de humo de tabaco, sin consumo de alcohol, sin estrés y con buen trato.
- Procura construir una relación directa con tu bebé desde el embarazo. Háblale, cántale, ponle música, siente sus movimientos, etc.
- Asiste a los controles, clubs y ecografías. Podrás escuchar los latidos de tu bebé, verla en la pantalla durante las ecografías y conocer los cuidados que necesita para desarrollarse óptimamente.
- Prepara en conjunto con tu pareja lo que necesitarán llevar al hospital el día del parto. En la maleta del parto podrás encontrar la lista de ropa, implementos y documentos que llevar.



Cuidados en el embarazo

Durante el embarazo las madres deben incorporar nuevas rutinas:

Dormir bien y más: El embarazo produce mayor cansancio, por lo que se necesita un buen descanso tanto en tiempo como en posición. Lo conveniente es dormir al menos 8-9 horas diarias y tratar de que sea de lado para reducir parte del peso que soporta diariamente la espalda.

El uso de cojines puede ayudar a una mayor sensación de comodidad.

Ropa cómoda: Aunque la apariencia importa, es más importante que la vestimenta sea confortable, ligera y suelta. El sostén debe adaptarse al mayor tamaño de los pechos. También conviene usar zapatos cómodos, con tacón bajo o mediano.

Cuidado con los medicamentos: Siempre hay que consultar al médico sobre el uso de cualquier medicina, por inofensiva que

parezca. La automedicación es un factor de alto riesgo para la salud del niño.

Evitar la cafeína: La cafeína es una sustancia vasoactiva, que puede producir taquicardia materna y fetal e insomnio. Lo recomendable es limitar el consumo de café, té verde, té negro y bebidas cola.

Hidratarse continuamente: Beber diariamente al menos dos litros de agua facilita la circulación sanguínea y ayuda a eliminar toxinas. Además, combate la sequedad de la piel, la celulitis, las estrías y las várices.

Cuidar los dientes: Los cambios hormonales en el embarazo también afectan la salud de los dientes, generando cambios en la acidez. Esto permite la aparición de caries e infecciones que, en un caso extremo, pueden causar un parto prematuro.

Se recomienda controlar la aparición de sarro y cumplir las citas de odontología.

Cuidado de la piel: Durante el embarazo, la piel se pone más sensible, por eso es recomendable lavar la ropa interior con jabones neutros o hipoalergénicos. No es aconsejable usar en forma directa perfumes ni lociones. Una adecuada humectación e hidratación asociada a una ganancia de peso normal son los principales factores protectores contra las estrías.

Sexualidad sin temor

Muchas veces la relación de pareja se ve limitada o detenida en el embarazo por desconocimiento, cuando es un factor que ayuda a la emocionalidad de la madre. Por eso, es bueno saber que:

- Las relaciones sexuales no causan daños al feto ni tampoco el pene puede llegar a dañarlo, porque en ningún momento tienen contacto.
- El movimiento de las relaciones sexuales es mínimo para el bebé, siente lo mismo que cuando su madre camina o sube una escalera.
- En el primer trimestre, los cambios hormonales afectan el deseo sexual femenino, el cual se acrecienta a partir del segundo trimestre.
- Al comienzo del embarazo no hay ninguna postura prohibida. Desde las 20 semanas hay que evitar posturas incómodas para la madre o que compriman el útero.
- Las contracciones que puede causar el orgasmo femenino no inducen el trabajo de parto.
- La frecuencia de las relaciones sexuales por muy avanzado que esté el embarazo, no está asociada a mayor riesgo de infección vaginal, a parto prematuro ni a ruptura prematura de membranas ovulares. Sin embargo, en algunas condiciones, puede ser necesario limitar o evitar el sexo durante el embarazo. Entre estas condiciones se encuentran:
 - Amenaza de aborto.
 - Paciente con cerclaje por incompetencia cervical.
 - Sangrado genital no diagnosticado.
 - Infecciones de transmisión sexual no tratadas.
 - Placenta previa.
 - Ruptura prematura de las membranas ovulares.
 - Amenaza de parto inmaduro o prematuro.



Los intensos cambios físicos y emocionales en el embarazo

Durante el primer trimestre, es normal que la futura madre se sienta fatigada, sin fuerzas y con deseos de dormir más tiempo de lo habitual. También es frecuente que experimente una gran fragilidad emocional, traducida en una menor capacidad para responder a la incertidumbre y la ansiedad.

Sus estados de ánimo tienden a ser cambiantes, pasando en minutos desde comportamientos eufóricos a llantos repentinos sin motivo aparente.

Esta dualidad se debe a que la mujer está inmensamente feliz ante la reciente noticia de su embarazo, pues está orgullosa, se siente plena y se imagina cómo será su hijo; pero al mismo tiempo se angustia ante la posibilidad de perder al bebé o que las cosas puedan salir mal al momento del parto. Por lo tanto, son meses de adaptación que generan altos niveles de estrés en la embarazada.

El segundo trimestre, en cambio, destaca por la mayor estabilidad emocional, producto de la adaptación de la mujer a su embarazo y porque se siente segura. Es el período que más disfruta, porque físicamente no se siente impedida para realizar sus actividades y además comienza

a sentir a su hijo, iniciando una comunicación con él.

El último trimestre vuelve a estar marcado por la ansiedad, pues la madre sólo piensa en el parto y en ver a su bebé. Si bien reaparecen los temores sobre lo que pueda pasar en el parto, surge además una mayor energía enfocada a ultimar detalles hasta que todo esté listo para el gran día, por lo que no es raro verla barriendo o pintando la habitación del hijo a pocos días de entrar al pabellón.

Consejos para estabilizar el ánimo

- Tener disposición a vivir días felices, emotivos, tristes o excitantes, sin sentir culpa.
- Enfocar las vivencias de manera positiva: los cambios físicos, los malestares y el aumento de peso tendrán su premio al terminar las 40 semanas.
- Preparar a la pareja para que sepa reaccionar a sus cambios emocionales.
- Descansar de manera adecuada.
- Hacer ejercicios de relajación.
- Compartir inquietudes con amigas o familiares.

Actividad Física

Lejos de los tiempos cuando el embarazo era considerado una enfermedad que obligaba a un continuo reposo, en la actualidad se estima imprescindible que la futura madre realice actividad física en forma periódica y controlada. Esto, porque son muchos los beneficios:

- Ayuda a la sensación de plenitud y a la estabilidad emocional.
- Reduce el estrés y nerviosismo, ayudando a dormir mejor.
- Mejora la circulación sanguínea y fuerza y resistencia.



- Ayuda a controlar el aumento de peso y, después del parto, a recuperar
- Puede reducir el dolor de espalda, el estreñimiento, la fatiga y la hinchazón

Nutrición en el embarazo

Aunque se ha popularizado que durante el embarazo “hay que comer el doble de lo normal. El bebé sólo necesita unas 300 calorías diarias adicionales a las ingeridas habitualmente por su mamá.

Controlar la cantidad de comida se hace difícil a partir del segundo trimestre del embarazo, cuando comienza el crecimiento del bebé y surge un mayor apetito en la madre, con el consiguiente riesgo de un mayor aumento de peso.

Pero cuidar la alimentación en ningún podría disminuir los nutrientes que el bebé requiere para su salud y desarrollo.

Recomendaciones básicas:

- Preferir fuentes proteicas como huevos, carnes y pescados, frescos y cocidos.
- Aumentar el consumo diario de calcio, principalmente mediante lácteos pasteurizados (3 a 4 raciones diarias).
- Evitar el consumo de alimentos ricos en grasa y azúcar, que poco contribuyen a la nutrición del bebé y engordan a la madre.

- Mantener alimentos sanos a mano (barra de cereal, por ejemplo) en caso de tener apetito a deshoras.
- Comer más fibras como frutas, y vegetales frescos, así como panes integrales y cereales.
- Consumir alrededor de dos litros diarios de agua.
- Si se sigue una dieta vegetariana, asegurarse de que se está ingiriendo suficiente hierro. Las legumbres y cereales son buenas fuentes de este mineral. Además, posiblemente deba complementar la dieta con suplementos proteicos.

Alimentos a evitar

Por su alto contenido de azúcar y grasas, hay alimentos de alto contenido calórico que no contribuyen a la nutrición del bebé. Por esto, se recomienda evitar los siguientes alimentos:

- Chocolates, dulces y otras golosinas.
- Bebidas gaseosas y jugos endulzados.
- Tortas, pasteles, donuts y similares.
- Fruta en conserva.
- Crema y helados.
- Cereales endulzados.

Métodos anticonceptivos que se pueden utilizar después de un parto o una cesárea

Es importante saber que durante los controles prenatales o después de que haya nacido su bebé, el equipo de salud que le atiende debe darte toda la información necesaria para que puedas tomar tus propias

decisiones sobre que método anticonceptivo va a elegir para esta nueva etapa. También en el momento del alta de puede solicitar que te faciliten la entrega del anticonceptivo que eligió.



Es aconsejable que deje pasar un tiempo para volver a embarazarte porque no es beneficioso para su salud ni para la del bebé que acaba de nacer y tampoco para el que podría venir.

Es fundamental que pueda dar de amamantar a tu bebé y no se preocupe, porque no es necesario interrumpir la lactancia para poder utilizar un anticonceptivo.

Puntos clave que debe conocer:

La lactancia disminuye la fertilidad, pero se debe tener en cuenta que esto sucede solo mientras el bebé se alimenta de la leche materna. No debería tomar ningún otro líquido ni alimento para que la fertilidad se mantenga disminuida.

El riesgo de embarazo aumenta con la primera menstruación post parto o cuando el bebé comienza a recibir suplemento de leche u otros alimentos en su dieta.

La mujer que no está dando de mamar recupera su fertilidad aproximadamente entre la cuarta y sexta semana después del parto.

Los métodos anticonceptivos que se utilizan durante la lactancia son muy seguros y no producen cambios ni en la calidad, ni en la cantidad, ni en la duración de la lactancia. Tampoco afectan la salud del bebé.

Métodos anticonceptivos que se pueden utilizar:

Preservativo: Su uso durante el embarazo y después del parto es fundamental para prevenir las infecciones sexualmente transmisibles como VIH, hepatitis B, sífilis y zika. Se puede utilizar solo o combinado con otro anticonceptivo.



Métodos hormonales solo de progestágenos: Se presentan en forma de pastillas o inyectables, los hay especiales para usar mientras estás amamantando.

Anticoncepción de emergencia (AHE): es una píldora anticonceptiva que se puede utilizar si ha tenido relaciones sexuales sin cuidarse. Cuanto antes se tome más efectivo es. Se puede tomar hasta cinco días después de la relación sexual y no trae problema si está amamantando.

Métodos de larga duración: son aquellos que evitan que se embarace durante varios años sin que tenga que estar pendiente y ocupándose de la anticoncepción. Se pueden utilizar desde la adolescencia. Estos son

DIU (dispositivo intrauterino):

Es un dispositivo que coloca un profesional de salud dentro del útero inmediatamente después de que nazca el bebé, ya sea que haya nacido por parto o por cesárea. También puede ser colocado dentro de las 48 horas posteriores al parto, o si no se espera que pasen 4 semanas del mismo. Se retirará después de varios años o cuando ya no lo necesite más.

Implante subdérmico:

Es una varilla flexible del tamaño de un fósforo que se coloca debajo de la piel del brazo con anestesia local. Dura tres o cinco años y se puede colocar inmediatamente después del nacimiento del bebé.

Métodos permanentes: Estos métodos son quirúrgicos y requieren que las personas que los elijan sean mayores de 18 años y firmen un consentimiento para su ejecución.

Ligadura de trompas en las mujeres: Se puede realizar en cualquier momento



GOBIERNO DE
EL SALVADOR

MINISTERIO
DE SALUD

Anexo 24 Manual de llenado de la agenda prenatal

Página 1:

- portada

Página 2:

- Mensaje de bienvenida dirigido a las usuarias
- Viñeta de edición e imprenta.

Página 3:

- Datos de la paciente
 - Nombre completo de la embarazada: Escriba los nombres y apellidos de la embarazada.
 - Edad: Escriba la edad en años cumplidos de la embarazada.
 - Teléfono (casa/celular) : Escriba el número telefónico de la casa, celular o ambos de la embarazada.
 - DUI: escriba el número de DUI de la paciente si aplica (mayores de 18 años)
 - Dirección: Escribir de forma clara la dirección habitual, anotando punto de referencia. Escriba el nombre del caserío, cantón, colonia, municipio y departamento
 - Escolaridad: escriba el grado académico mayor alcanzado.
 - Ocupación: escriba la ocupación de la paciente
 - Estuvo en consulta preconcepcional: escriba si o no la usuaria tuvo atención preconcepcional del presente embarazo.
 - En caso de emergencia llamar a: llenar con el nombre de la persona responsable que estará disponible ante una emergencia.
 - Parentesco: colocar el parentesco con la embarazada de la persona responsable (esposo, compañero de vida, padre, madre, etc.)
 - Teléfono (casa/celular) : Escriba el número telefónico de la casa, celular o ambos de la persona a llamar en caso de emergencia.
 - Establecimiento de Salud: Escriba el nombre de la unidad de salud que corresponda a la comunidad de procedencia de la embarazada, o el Hospital donde lleva el control prenatal.
 - Teléfono del establecimiento de salud: colocar número de teléfono donde la paciente pueda estar en contacto con el establecimiento ante cualquier duda o consulta.
 - Nombre del promotor de la zona de vivienda: colocar si aplica el nombre del promotor/promotora encargado de la comunidad donde vive la embarazada.
 - Teléfono de contacto del promotor: Escribir un número telefónico donde se pueda contactar el promotor (este contacto de estar disponible debe llenarlo el promotor en las visitas domiciliarias).
 - Realizó pasantía hospitalaria: llenar en el último control, respondiendo si o no realizó pasantía.
 - Circulo educativo de embarazadas: colocar si o no la paciente asistió al círculo educativo, esto debe llenarse en el último control.
 - Hogar de espera materna de referencia: Escribir el nombre del HEM más cercano donde puede asistir la embarazada.
 - Hospital de referencia: llenar con el nombre del hospital más cercano, que de acuerdo a la complejidad del caso de la embarazada atenderá el parto.
 - Fecha probable de parto según FUR: escribir la fecha según formato día/mes/año de la fecha probable de parto según el cálculo con la fecha de última regla.

- Fecha probable de parto según primera USG: escribir la fecha según formato día/mes/año de la fecha probable de parto según la primera ultrasonografía independiente de la edad gestacional en que se realizó.
- Después del parto que método anticonceptivo utilizara: Colocar el nombre del método que se selecciono por la paciente en los controles prenatales, esto puede llenarse en cualquier control.

Página 4:

- Calendario de citas de control prenatal:
 - Día: colocar el día de la cita
 - Mes: poner el mes de la cita
 - Lugar de la cita: colocar el nombre del establecimiento donde se realizara la cita
 - Persona que agenda: llenar con el nombre de la persona que gestiona la cita.
 - Firma: colocar la firma de la persona que gestiona la cita
- Calendario de citas de seguimiento, consulta nutricional, ultrasonografía u otras citas necesarias como psicología, etc.

En este apartado se colocaran la programación de esas citas que salen del esquema de control prenatal por ejemplo cita de respuesta de exámenes, seguimiento de infección de vías urinarias o citas de otros servicios de apoyo

- Día colocar el día de la cita
- Mes poner el mes de la cita
- Lugar de la cita: colocar el nombre del establecimiento donde se realizara la cita
- Persona que agenda: llenar con el nombre de la persona que gestiona la cita.
- Firma: colocar la firma de la persona que gestiona la cita
- Calendario de citas de consulta oncológica.
Este apartado de ser llenado por los Odontólogos que brindaran la atención
 - Día: colocar el día de la cita
 - Mes: poner el mes de la cita
 - Lugar de la cita: colocar el nombre del establecimiento donde se realizara la cita
 - Persona que agenda: llenar con el nombre de la persona que gestiona la cita.
 - Firma: colocar la firma de la persona que gestiona la cita

Página 5:

- Hoja de historia clínica perinatal (HCP) anverso, llenar de acuerdo a normativa del Centro latinoamericano de perinatología,

Página 6: Hoja de historia clínica perinatal (HCP) reverso, llenar de acuerdo a normativa del Centro latinoamericano de perinatología,

Página 7:

- Curvas de altura uterina y peso materno
 - Curva de altura uterina: se debe plotear la altura uterina con respecto a la edad gestacional (amenorrea o biometría) se inicia desde el primer control prenatal, si el punto esta arriba del percentil 90 se cataloga como altura uterina mayor para edad gestacional y se deben de tomar las medidas para conocer la causa Ej: ultrasonografía. Si el punto esta abajo del percentil 10 se cataloga como altura uterina menor para edad gestacional y se debe conocer la causa.

- Curva de incremento de peso materno: Estas relacionan la edad gestacional con la ganancia de peso materno, se inicia desde el primero control prenatal, si el punto esta arriba del percentil 90 se cataloga como obesidad y si es menor al percentil 10 se cataloga como desnutrición y se debe de tomar medidas adecuadas junto con el servicio de nutrición y dietas.
- IMC: Este debe ser calculado y anotado en el primer control prenatal.
- Tabla de diagnostico nutricional: en cada control prenatal que se brinde se debe colocar si el diagnostico nutricional de la paciente para edad gestacional que puede ser normal, obesidad, bajo peso o desnutrición.

Pagina 8:

- Resultados de otros exámenes:
 - Ultrasonografía: Se deben de realizar un mínimo de tres ultrasonografías y anotar los resultado de la siguiente manera:
 - Fecha de realización: colocar la fecha en que se realizo la ultrasonografía con formato día/mes/año
 - Resultado:
 - Biometria: Colocar las semanas de edad gestacional calculadaspor biometria en dicha ultrasonografía.
 - FPP por USG: Colocar la fecha probable de parto de acuerdo con esa ultrasonografía.
 - Peso fetal por USG: Colocar el peso fetal calculado en la ultrasonografía realizada.
 - Placenta previa: colocar si o no hay placenta previa en el reporte.
 - Otros Hallazgos: describir cualquier otro como ILA, madurez placentaria, perfil biofisico , etc.
 - Anormalidades: describir si hay oligo hidramnios, malformaciones congenitas, hemorragias, bandas amnioticas, etc.
 - Urocultivo:
 - Fecha de realización: colocar la fecha en que se realizo el urocultivo con formato día/mes/año.
 - Resultado: colocar si es negativo, positivo (debe colocar el agente patógeno identificado).
 - Medicamento prescrito: colocar nombre, dosis, vía de administración del medicamento prescrito apegado al antibiograma.
 - Evaluación de la función renal:
 - Cratinina en sangre: colocar el resultado del examen.
 - TGF: Tasa d filtración glomerular, esta se debe de calcular y anotar el resultado.
 - Otros exámenes relevantes: colocar resultado de otros exámenes que se hallan indicado ejemplo frotis de sangre periférica, colesterol Etc.

Pagina 9:

- Hospitalizaciones:

Este apartado debe ser llenado en el hospital donde la paciente se ingrese por cualquier causa en el embarazo, se debe llenar la tabla de la siguiente manera:

 - Información de hospitalización:

- Hospital: colocar el nombre del hospital donde se ingresó la paciente
- Fecha de ingreso: colocar en formato día/ mes/ año la fecha en que la paciente ingresó al hospital.
- Fecha de alta: colocar en formato día/ mes/ año la fecha en que la paciente se dio de alta del hospital.
- Diagnóstico: colocar los diagnósticos por lo cual fue ingresada la paciente.
- Tratamiento: detallar el tratamiento proporcionado a la paciente en su hospitalización y tratamiento ambulatorio después del alta si aplica
- Referencias:

En este apartado se debe de anotar las referencias hechas por el primer nivel de atención y se debe de llenar el cuadro de la siguiente manera:

 - Fecha: colocar en formato día/ mes/ año la fecha en que se realiza la referencia.
 - Diagnóstico: Colocar el diagnóstico de referencia
 - Referido a: Escribir el nombre del lugar a donde es referida la paciente.
 - Fecha de atención: al retornar al primer nivel colocar la fecha que se atendió la referencia en el lugar al que se envió.
 - Responsable: escribir el nombre de la persona que elabora la referencia.

Página 10:

- Vacunas:
 - Fecha de aplicación: colocar en formato día/mes/año la fecha en que se aplicó la vacuna.
 - Edad gestacional: escribir las semanas de edad gestacional en que se aplicó la vacuna.
 - Tipo de vacuna: Colocar el nombre de la Vacuna que se aplicó Ej: influenza, TDPA, etc.
 - Lote: escribir el lote al que pertenece la vacuna aplicada.
- Visita por promotor o equipo comunitario:

Esta parte se debe llenar cuando la paciente reciba una visita por promotor o por un equipo, llenar el cuadro de la siguiente manera:

 - Fecha de la visita: colocar en formato día/mes/año la fecha en que se realizó la visita.
 - Objetivo de la visita: escribir el motivo por que se visitó a la embarazada.
 - Observaciones: Describir si hay alguna observación que se debe resaltar Ej Referencia, manejo, recomendación, etc.
 - Firma de quien realiza la visita: colocar nombre y firma del encargado de la visita

Página 11:

- Plan de parto
 - Preparativo para el parto.

- Hospital que le gustaría el nacimiento de su bebe: Preguntar y anotar el nombre del hospital en el que le gustaría a ala embarazada se le atendiera el parto.
- Quien la llevara al hospital: colocar el nombre de la persona que será encargada de transportarla al hospital en caso de trabajo de parto o emergencia.
- Parentesco: colocar el parentesco con la embarazada de la persona que la transportará (esposo, compañero de vida, padre, madre, vecino, amigo, etc.)
- Teléfono (casa/celular) : Escriba el numero telefónico de la casa, celular o ambos de la persona que trasladará a la embarazadas
- En que medio de transporte la llevará: Colocar el medio de transporte con el cual llevará a al embarazada al hospital. (carro, taxi, UBER, etc)
- Que nombre le pondrá a su bebé: Colocar nombre completo tanto de niña como de niño Hay un signo de alarma en la USG: colocar alguna anomalía encontrada en los estudios ultrasonograficos (malformaciones congénitas, RCIU, oli o poli hidramnios, masas pelvicas, etc)
- Sesiones de educación prenatal
En la tabla se muestran los temas a desarrollar por e personal que atiende a la paciente en cada control prenatal, se debe anotar si o no habia acompañante de la paciente y se debe de clocar la firma de quien brinda la consejería.

Pagina 12 plan de parto continuación:

- Maleta del parto
Muestra un listado de artículos que la paciente debe llevar al hospital en el momento del parto, se debe hacer énfasis a que la paciente lo lea
- Preguntas para su proveedor de control prenatal
en esta sección se debe animar a la paciente a llenar con preguntas que le surjan antes del control prenatal, para formularlas a la persona que brida el control prenatal
- Infografías de signos y síntomas de alarma.
proporcionar en cada control prenatal información acerca de los síntomas y signo de alarma , apoyarse en estas infografías.

Pagina 13:

- Salud bucal
 - Control odontologico: el cuadro debe ser llenado por el odontologo/a que atiende a la paciente de la siguiente manera:
 - Caries: colocar una "X" si presenta o no
 - Riesgo de caries: colocar una "X" si el riesgo es alto, medio o bajo.
 - Resto radicular: colocar una "X" si presenta uno
 - Gingivitis: colocar si presenta o no.
 - Periodontitis: colocar si presenta o no

- Otra patología bucal: colocar si presenta o no, en caso de presentarla describir cuál.
 - Derivación o interconsulta (motivo y especialidad): colocar por ejemplo si se deriva a maxilofascial y el motivo por el que se hace.
 - Consejería breve antitabaco: colocar si se realizó o no y las fechas en que se dio
 - Indicaciones:
 - Tipo de cepillo: colocar el tipo de cepillo que se aconseja.
 - Colutorio: anotar que tipo se aconsejó en caso de haberlo hecho.
 - Otras indicaciones: anotar las indicaciones que se hallan hecho.
 - Nombre firma del odontólogo
 - fecha del último control odontológico.
- Recomendaciones
Hacer énfasis que la paciente las lea y comprenda

Página 14:

- Técnicas del cuidado bucal.
EL odontólogo/a que atiende a la paciente debe apoyarse en las fotos para mostrar como es un adecuado cepillado dental y cuidado bucal

Página 15 a 21:

- En estas páginas se encuentran diferentes temas desarrollados los cuales deben incentivarse a la paciente a leerlos y hacer preguntas cuando se tenga dudas.
- En el caso que la paciente no sepa leer y nadie en su casa se los pueda leer se deberá dar una pequeña educación por cada tema que se contemplan en estas páginas .

Página 21:

- Notas: espacio para que la paciente pueda hacer anotaciones en general. También puede ser utilizado junto al proveedor de salud.

Página 22:

- Contraportada.

IX. Bibliografía

- Cafici D. Ultrasonografía en obstetricia y diagnostico prenatal. Segunda edición ed. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal; 2018:125-180
- Carvajal JA. Manual de obstetricia y ginecología. Octava edición ed. Santiago de Chile: Universidad Catolica de Chile; 2017:33-58
- Centers for disease control. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR Recomm Rep 2002;51(RR-6)1
- Comité Editorial de www-physiology.com y el Panel internacional de expertos en interpretación de RCTG desde el punto de vista fisiopatológico. Guía de monitorización fetal intraparto basada en fisiopatología. 2018: 14-26
- Cunningham FG. Williams Obstetricia. 25th ed. Ciudad de México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.; 2019:408-450
- Fescina RH DMBDRJMGSSDP. Salud sexual reproductiva: guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2011.
- Guías de diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional. ALAD 2016 Rev ALAD. 2016;6:155-69
- Gynecologist ACoOa. Optimizing Women's Health Care Resources. Obstetrics & Gynecology. 2014 julio; 124(1).
- Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. En Informe de la cuarta conferencia mundial sobre la mujer. Naciones Unidas, A/CONF.177/20/Rev.1 [CCMM], Beijing, Septiembre 1995. Plataforma 94, 95, 96; [CIPD] 7.2.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de práctica Clínica de parto por Cesárea. 2016:11-24
- Ministerio de Salud de Ecuador. Norma y protocolo materno. 2008:34-52
- Ministerio de Salud de Nicaragua. Intervenciones basadas en la evidencia para reducir la mortalidad neonatal. Segunda Edición ed. Managua; 2010:11-42
- Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales. 2019:7-25
- Ministerio de Salud. Guía clínica de la profilaxis post exposición. 2012:15-22
- Organización Mundial de la Salud. Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo. [Online].; 2014 [cited 2020 enero 15. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/124650/9789243501994_spa.pdf;jsessionid=DBEF01D39E251DE3B72C87A406F33E26?sequence=1
- Organización Mundial de La Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018:1-7
- Universitat de Barcelona. CONTROL GESTACIONAL EN GESTACIONES DE BAJO Y MEDIO. 2018:1-10