

Manual Práctico de Enfermería en Gineco - Obstetricia, con enfoque en la normativa ESAMYN



Manual Práctico de Enfermería en Gineco - Obstetricia, con enfoque en la normativa ESAMYN

Erik Omar Salazar Martinez

Mishel Estefania Arana Ayala

Yessenia Pilar Guaño Rodriguez

Mayra Cecilia Poaquiza Poaquiza

Wilmer Alex Guanotaxi Simaliza

Yessenia Abigail Mendoza Añamise

Fernanda Micaela Ruiz Imbaquingo

Erica Pricila Moya Moya

Dennis Alejandra Portilla Valencia

María Virginia Zambrano Bravo

AUTORES INVESTIGADORES



Manual Práctico de Enfermería en Gineco - Obstetricia, con enfoque en la normativa ESAMYN

AUTORES INVESTIGADORES

Erik Omar Salazar Martinez

Diplomado en Emergencias y Urgencias Médica;
Licenciado en Enfermería;
Enfermero de Cuidado Directo en el Área de Cuidados Intensivos,
Hospitalización y Emergencias del
Hospital de Especialidades Médicas Crehvitall;
Ambato, Ecuador;

✉ salazar.omar62@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0009-0005-4183-4276>

Mishel Estefania Arana Ayala

Máster Universitario en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería;
Licenciada en Enfermería;
Enfermera de Cuidado Directo en la
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el
Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora "Luz Elena Arismendi";
Docente de la Carrera de Enfermería de la
Universidad Central del Ecuador;
Quito, Ecuador;

✉ mishel.arana@hgona.gob.ec

🆔 <https://orcid.org/0009-0008-8802-4184>

Yessenia Pilar Guaño Rodríguez

Máster Universitario en Gestión de la
Seguridad Clínica del Paciente y Calidad de la Asistencia Sanitaria;
Licenciada Enfermería;
Enfermera de Cuidado Directo en la
Unidad de Cuidados Intensivos Materno-pediátricos en el
Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”;
Docente de la Carrera de Enfermería de la
Universidad Central del Ecuador;
Quito, Ecuador;

✉ yessenia.guano@hgona.gob.ec

ID <https://orcid.org/0009-0000-1878-047X>

Mayra Cecilia Poaquiza Poaquiza

Máster Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria;
Licenciada en Enfermería;
Enfermera de Cuidado Directo en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (ARO)
del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de
Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”;
Docente de la Carrera de Enfermería de la
Universidad Central del Ecuador;
Quito, Ecuador;

✉ mayra.poaquiza@hgona.gob.ec

ID <https://orcid.org/0009-0004-6637-175X>

Wilmer Alex Guanotaxi Simaliza

Magíster en Gestión del Cuidado con mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciado en Enfermería;
Enfermero de Cuidado Directo en el
Servicio de Centro Obstétrico del
Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”;
Docente de la Carrera de Enfermería de la
Universidad de las Américas;
Quito, Ecuador;

✉ wilmer.guanotaxi@hgona.gob.ec

ID <https://orcid.org/0009-0003-9850-5807>

Yessenia Abigail Mendoza Añamisé

Maestrante de Gestión del Cuidado con mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Enfermería;
Enfermera de Cuidado Directo en la
Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del
Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”;
Docente de la Carrera de Enfermería de la
Universidad Indoamerica; Quito, Ecuador;
✉ yessenia.mendoza@hgona.gob.ec
ID <https://orcid.org/0009-0000-2768-229X>

Fernanda Micaela Ruiz Imbaquingo

Máster Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria;
Licenciada en Enfermería;
Enfermera de Cuidado Directo en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (ARO)
del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de
Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”;
Docente de la Carrera de Enfermería de la
Universidad Central del Ecuador;
Quito, Ecuador;
✉ fernanda.ruiz@hgona.gob.ec
ID <https://orcid.org/0009-0000-3534-9446>



Erica Pricila Moya Moya

Máster en Salud Pública;
Licenciada en Enfermería;
Enfermera de Cuidado Directo en Centro Médico Santa María;
Quito, Ecuador;
✉ ericamoya001@gmail.com
ID <https://orcid.org/0000-0002-4580-1288>

Dennis Alejandra Portilla Valencia

Máster Universitario en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería;
Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera Técnicos de Enfermería
en el Instituto Superior Tecnológico ITCA
(Investigación, Tecnología, Ciencia de la Academia);
Ibarra, Ecuador;
✉ dennis_aleja92@hotmail.com
ID <https://orcid.org/0000-0001-5547-7998>

María Virginia Zambrano Bravo

Máster Universitario en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería;
Licenciada en Enfermería;
Responsable de Enfermería del Hospital Básico Dr. Anibal González Álava;
Docente de la Carrera de Enfermería de la
Universidad Técnica de Manabí;
Portoviejo, Ecuador;
 maria.zambrano@utm.edu.ec
 <https://orcid.org/0000-0001-7457-1541>

Manual Práctico de Enfermería en Gineco - Obstetricia, con enfoque en la normativa ESAMYN

REVISORES

ACADÉMICOS

Cristhian Patricio Triviño Ibarra

Licenciado en Enfermería por la Universidad Técnica de Manabí.
Máster Universitario en Gestión de la Seguridad Clínica
del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria por la
Universidad Internacional La Rioja de España.
Maestrante en Docencia en Ciencia de la Salud en la
Universidad San Gregorio de Portoviejo - Manabí.
Doctorando en Ciencias Biomedicas en el
Instituto Universitario Italiano del Rosario de Argentina.
Enfermero de Cuidado directo en el Centro de Salud tipo "C" Manta
(Emergencia y Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación).
Docente de la Carrera de Enfermería de la
Universidad Técnica de Manabí.

✉ cristhian.trivino@utm.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-1659-2269>

Darwin Javier Gualco Centeno

Licenciado en Enfermería por la Universidad Central del Ecuador
Magíster en Gerencia de Instituciones en Salud por la
Universidad Técnica particular de Loja.
Lider de Enfermería del Servicio de Centro Obstetrico en Hospital Gineco
Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.
Docente de la Carrera de Enfermería en la
Universidad de las Américas UDLA.

✉ darwin.gualco@hgona.gob.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-4650-7814>

CATALOGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Erik Omar Salazar Martínez
Mishel Estefanía Arana Ayala
Yessenia Pilar Guaño Rodríguez
Mayra Cecilia Poaquiza Poaquiza
Wilmer Alex Guanotaxi Simaliza
Yessenia Abigail Mendoza Añamisa
Fernanda Micaela Ruiz Imbaquingo
Erica Priscila Moya Moya
Dennis Alejandra Portilla Valencia
María Virginia Zambrano Bravo

AUTORES:

Título: Manual Práctico de Enfermería en Gineco - Obstetricia, con enfoque en la normativa ESAMYN

Descriptor: Ciencias médicas; Enfermería; Obstetricia; Atención médica

Código UNESCO: 3201 Ciencias Clínicas

Clasificación Decimal Dewey/Cutter: 6610.736/Sa161

Área: Ciencias Médicas

Edición: 1^{ra}

ISBN: 978-9942-654-09-0

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2024

Ciudad, País: Quito, Ecuador

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 150

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-654-09-0>

URL: <https://mawil.us/repositorio/index.php/academico/catalog/book/100>

Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico: **Manual Práctico de Enfermería en Gineco - Obstetricia, con enfoque en la normativa ESAMYN**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada bajo la modalidad de pares académicos y por el equipo profesional de la editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

Director Académico: Lcdo. Alejandro Plúa Argoti

Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Mg. Vanessa Pamela Quishpe Morocho

Dirección de corrección: Mg. Yamara Galanton.

Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores, Arq. Alfredo Díaz

Corrector de estilo: Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

Manual Práctico de Enfermería en Gineco - Obstetricia, con enfoque en la normativa ESAMYN

Índices

Contenidos



PRÓLOGO -----	6
INTRODUCCIÓN -----	18

CAPÍTULO I.

Generalidades de la enfermería en Gineco-Obstetricia -----	20
Conceptos de Enfermería en Gineco- Obstetricia -----	21
Funciones de la Enfermería en Gineco Obstetricia -----	22
Bases generales, descripción, acondicionamiento y organización de las Unidades de Trabajo de Parto y recuperación y las Salas de Ginecología. -----	23
Normativa General de Gineco Obstetricia en todos los niveles de atención -----	29
Referencia, contra-referencia o referencia inversa -----	34
Marco legal -----	34
Proceso de referencia, derivación y derivación comunitaria -----	42
Proceso de contra-referencia -----	46
Normas técnicas de la contra-referencia -----	46
Referencia inversa -----	47

CAPÍTULO II.

Valoración y Control Prenatal -----	48
Control prenatal -----	49
Cálculo de la edad gestacional y fecha probable de parto -----	53
Esquema de Vacunación -----	54
Cuidados nutricionales -----	57
Control odontológico y psicológico en el embarazo -----	60
Atención odontológica durante el embarazo -----	61
Intervenciones psicosociales -----	62
Definición y objetivos de la normativa ESAMyN -----	68
Componentes de la normativa ESAMyN -----	69
Score Mamá -----	76

CAPÍTULO III.

Intervención de Enfermería en las

etapas del Parto y Puerperio ----- 80

Definición del parto; pre término, a término y posttérmino----- 81

Trabajo de parto ----- 81

Rol de Enfermería en el proceso de parto ----- 82

Primera etapa del trabajo de parto (dilatación y borramiento) ----- 82

Métodos No farmacológicos para el alivio del dolor
según la normativa ESAMyN ----- 88

Partograma----- 89

Episiotomía, episiorrafia y desgarros----- 90

Medidas de confort, seguridad e higiene en el pre y post parto ----- 91

Parto humanizado en libre posición con pertinencia
intercultural según la normativa ESAMyN----- 92

Administración de uterotónicos, dosis, vías de administración
y precauciones----- 98

Apego precoz, pinzamiento oportuno del cordón umbilical
y lactancia materna exclusiva----- 102

Leche materna y su importancia ----- 108

Definición del puerperio normal o patológico----- 111

CAPÍTULO IV.

Claves Obstétricas----- 112

Activación de las claves obstétricas ----- 113

Clave roja ----- 113

Hemorragias Obstétricas----- 115

Manejo del TANN (traje anti shock no neumático)----- 119

Realización de un balón de compresión manual ----- 120

Complicaciones de las hemorragias obstétricas ----- 120

Clave Azul ----- 126

KIT D.E.R. AZUL ----- 126

Signos y síntomas preeclampsia, eclampsia y síndrome de hellp ----- 129

Factores de riesgos y complicaciones preeclampsia,
eclampsia y síndrome de hellp (36): ----- 130

Protocolo de manejo de la clave azul ----- 131

Clave amarilla----- 135

Algoritmo del kit amarillo ----- 135

Causas del shock séptico ----- 137

Signos y síntomas ----- 137

Factores de riesgo y complicaciones ----- 137

Protocolo de manejo de la clave amarilla ----- 139

Kit verde----- 144

Manual Práctico de Enfermería en Gineco - Obstetricia, con enfoque en la normativa ESAMYN

Índices

Ilustraciones



Ilustración 1. Flujograma de manejo y toma de decisiones -----	33
Ilustración 2. Primera Maniobra -----	64
Ilustración 3. Segunda Maniobra-----	65
Ilustración 4. Tercera Maniobra-----	66
Ilustración 5. Cuarta Maniobra-----	67
Ilustración 6. Algoritmo de Manejo de la Hemorragia Posparto con Tromboelastometría (ROTEM). -----	123
Ilustración 7. Algoritmo del kit verde-----	144
Ilustración 8. Algoritmo para el manejo de Embarazadas diagnóstica con VIH -----	145

Manual Práctico de Enfermería en Gineco - Obstetricia, con enfoque en la normativa ESAMYN

Índices

Tablas



Tabla 1. Descripción de las unidades operativas por nivel de atención-	29
Tabla 2. Premisas básicas para la referencia y contra-referencia materno perinatal-----	30
Tabla 3. Protocolo de manejo para realizar una referencia materna o perinatal -----	31
Tabla 4. Protocolo de manejo para recibir una referencia materna o perinatal y realizar una contra- referencia -----	32
Tabla 5. Exámenes de laboratorio y pruebas diagnósticas primordiales en el embarazo -----	51
Tabla 6. Vacunas recomendadas durante el embarazo -----	55
Tabla 7. Vacunas recomendadas durante el embarazo solo en situaciones especiales -----	56
Tabla 8. Vacunas contraindicadas durante el embarazo -----	57
Tabla 9. Clasificación internacional del estado nutricional: bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad de acuerdo a OMS-----	59
Tabla 10. Recomendaciones para la ganancia total de peso (kg) y velocidad de ganancia de peso (kg/semana) durante el embarazo-----	59
Tabla 11. Recomendaciones de energía durante el embarazo-----	60
Tabla 12. Matriz de directrices y parámetros -----	88
Tabla 13. Tiempos del trabajo de parto normal -----	89
Tabla 14. KIT profilaxis de la transmisión materno – infantil VIH-----	145

Manual Práctico de Enfermería en Gineco - Obstetricia, con enfoque en la normativa ESAMYN

Prólogo



La servicio de salud, en todas sus especialidades, debe desempeñar una de sus funciones principales como lo es el cuidado de los pacientes, por lo tanto, a los hospitales y centros asistenciales les corresponde la planificación y promoción de la calidad de los cuidados, es la función básica del proceso administrativo hospitalario que permite mejorar la oferta hospitalaria a una demanda de necesidades de atención de salud, y una adecuada planeación posibilita la toma de decisiones y gestión administrativa de manera eficiente y oportuno.

Por ello, las unidades de obstetricia y ginecología cumplen con una labor de salvaguardar la vida tanto de la madre como del feto; ofrecer los cuidados necesarios para un desarrollo saludable, la atención obstétrica siempre tiene el objetivo de salvar dos vidas, presenta fortalezas y algunas debilidades, específicamente, para eventos desfavorables, donde el equipo de salud debe atender dos pacientes simultáneamente.

La atención obstétrica es de especial relevancia en la actualidad, dado el rápido crecimiento de las nuevas tecnologías y las demandas sociales en materia de salud sexual y reproductiva, en este orden de ideas, las enfermeras, junto con otros profesionales, deben priorizar la detección temprana del riesgo en la atención prenatal.

En este sentido el rol de enfermería en la misión del cuidado en obstetricia y ginecología es de suma trascendencia por su valor de asistencia y calidad humana en la atención, así mismo, el trabajo de la enfermera en la asistencia al parto normal se concibe actualmente como una estrategia para la reducción de la morbilidad y de la mortalidad materna y perinatal.

Los Autores

**Manual Práctico de Enfermería en
Gineco - Obstetricia, con enfoque en la
normativa ESAMYN**

Introducción



Esta obra de Enfermería en gineco-obstetricia, tiene finalidad de brindar una contribución a nivel teórico como herramienta de enseñanza-aprendizaje, dirigido a cualquier lector interesado en conocer los principios básicos y fundamentales de la enfermería en gineco- obstetricia, de carácter especial para quien se inicia en el arte de la salud, a quien le gusta mantenerse actualizado y cualquier persona comprometida en la materia de salud, específicamente, en las especialidades de enfermería, ginecología, gineco-obstetricia.

Ofrece una visión global del proceso de embarazo, el trabajo de parto, parto, el posparto, el parto humanizado, el acompañamiento, e inclusive la importancia de la lactancia materna, pero siempre haciendo hincapié en la intervención de la enfermería en las diferentes etapas.

Es decir, desarrolla de manera simple y directa, en su base la temática de la salud materna, considerada en el marco de la salud y, por tanto, en el contexto de un derecho humano consagrado por la mayoría de las Constituciones democráticas, social y derechos del mundo y por tratados internacionales y que define la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquella que comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto.

El libro ha sido estructurado en cuatro capítulos denominados: Generalidades de la Enfermería en Gineco Obstetricia, Valoración y Control Prenatal, Intervención de Enfermería en las etapas del Parto y Puerperio, Claves obstétricas, los cuales contribuyen al conocimiento y comprensión de los aspectos básicos de la gineco-obstetricia, especialidad médica dedicada estrictamente a las mujeres, su aparato reproductor, la procreación y el seguimiento del embarazo hasta su última etapa.

**Manual Práctico de Enfermería en
Gineco - Obstetricia, con enfoque en la
normativa ESAMYN**

Capítulo I

Generalidades de la Enfermería en Gineco-Obstetricia



Conceptos de Enfermería en Gineco- Obstetricia

La enfermería obstétrica se remonta a 1925 en los Estados Unidos, en el primer programa trabajaron enfermeras diplomadas en salud pública que habían sido educadas en Inglaterra, estas enfermeras brindaban servicios de medicina familiar, además de cuidados durante el embarazo y el parto en centros de enfermería en los Montes Apalaches, el primer programa de educación en enfermería obstétrica en los Estados Unidos comenzó en 1932 (1).

La enfermería ginecología y obstetricia es una especialidad médica de la enfermería que se encarga de brindar atención a las mujeres a lo largo de su vida, incluyendo el embarazo, en el parto y el puerperio, también otros como la sexualidad, los anticonceptivos o la menopausia, además brindan diagnósticos (1).

Pues son de gran ayuda en casos difíciles y hacen que a la hora del parto sea menos complicado y dejan la confianza en ella ya que al final estarán ahí para dar un consuelo, ya que la enfermera obstetra recibe la educación y capacitación para suministrar un amplio rango de servicios de atención en salud para mujeres y recién nacidos, las funciones de una enfermera obstetra certificada (CNM, por sus siglas en inglés) incluyen: Elaborar una historia clínica y realizar la valoración física (2).

Muchos estudios realizados en los últimos 20 a 30 años han mostrado que las enfermeras obstetras pueden manejar la mayor parte del cuidado perinatal (que incluye cuidado prenatal, del parto y posparto), también están calificadas para cubrir la mayor parte de las necesidades de planificación familiar y ginecológicas de las mujeres de todas las edades, algunas también pueden examinar y manejar enfermedades comunes de los adultos (3).

Las enfermeras obstetras trabajan en colaboración con médicos obstetras y ginecólogos, en los casos que están más allá de su experiencia, consultan a otros proveedores de atención médica o remiten a las pacientes a ellos, estos casos pueden incluir embarazos de alto riesgo y el cuidado de mujeres embarazadas que también padecen una enfermedad crónica (3).

Funciones de la Enfermería en Gineco Obstetricia

Según Guana (4):

1. Brinda atención de enfermería en consulta externa, urgencias y emergencias e internación, de acuerdo a los Protocolos de Enfermería para Ginecología, Obstetricia y Neonatología, según programación de Jefatura del Servicio.
2. Acompaña las visitas médicas a las usuarias internadas en los horarios establecidos para tal fin.
3. Realiza la preparación de las usuarias que van a ser intervenidas quirúrgicamente.
4. Acompaña a las usuarias que van a ser operadas a quirófano
5. Tranquiliza a las usuarias que se encuentran en pre operatorio y post operatorio ya en sala.
6. Realiza un adecuado seguimiento post operatorio de enfermería a todas las usuarias operadas.
7. Acompaña las visitas médicas conjuntas con todos los especialistas del servicio una vez por semana.
8. Realiza acciones de rehabilitación psíquica en ginecología y obstetricia
9. Controla y dispone de material e insumos médicos necesarios para la atención de las usuarias.
10. Vela por el cumplimiento de normas de bioseguridad en Consulta Externa, Urgencias y Emergencias e Internación del Servicio de Ginecología y Obstetricia.
11. Cumple anualmente el programa médico sanitario de seguridad e higiene laboral.
12. Participa activamente en la organización y funcionamiento de los Ciclos de Mejoramiento Continuo de la Calidad.
13. Mantiene la confidencialidad de la documentación e información referente a las usuarias del Hospital.
14. Cumple con la programación de guardias, licencias, vacaciones y otros del servicio.

15. Participa activamente en las reuniones clínicas científicas del hospital.
16. Realiza presentaciones de caso en las reuniones clínicas científicas del hospital.
17. Ejerce docencia de enfermería en servicio de pre-grado y post-grado en la especialidad, así como actividades de capacitación continua, tanto al personal de enfermería permanente y eventual de su hospital como al personal de enfermería del primer nivel de la red a que corresponde.
18. Coordina actividades de enfermería con las unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento y las unidades de servicios generales.
19. Coordina actividades de enfermería con el primer y tercer nivel de atención.
20. Coordina actividades con los médicos y parteras tradicionales.
21. Establece relaciones con instituciones externas que brindan apoyo al hospital en la especialidad.
22. Participa en las situaciones de desastre, emergencias o epidemias como parte de las brigadas correspondientes, para dar respuesta inmediata a las necesidades de salud de la población del área de influencia del Hospital.
23. Participa en las diferentes actividades y reuniones programadas por la Coordinación de la Red a que pertenece, la Dirección del Hospital y las Jefaturas de Unidades o Servicios a las que se les cite.
24. Otras funciones que le asigne la Dirección del Hospital, la Jefatura del Servicio o la responsable de Enfermería, inherentes al servicio.

Bases generales, descripción, acondicionamiento y organización de las Unidades de Trabajo de Parto y recuperación y las Salas de Ginecología

La OMS, en 1985, realiza una reunión en Fortaleza, Brasil, en donde surge una declaración denominada: El nacimiento no es una enfermedad, que da origen al trabajo futuro y continuo a favor de la transformación del modelo de atención, a esta se sumaron múltiples iniciativas para humanizar la atención del parto, rescatar el protagonismo de la mujer y su familia, transformar las maternidades en instituciones centradas en la familia y no en el Equipo de Salud, ambientarlas en forma hogareña, etc., (5).

Sala de dilatación o trabajo de parto:

Es el ambiente donde se atiende a la paciente en labor de parto o con amenaza de aborto, para su vigilancia permanente hasta su traslado a la sala de expulsión o sala de operaciones, se ubicará cercana al cubículo de examen y preparación, y contigua a la sala de expulsión (6).

Dimensiones: Área de 9,00 m² por cama.

Se estima que por 10 camas obstétricas debe existir una cama de trabajo de parto, se recomienda que cada sala de partos tenga como máximo tres camas, usándose cortinas plegadizas u otros sistemas de separación para asegurar la privacidad de la paciente.

El área de la sala debe permitir la movilidad de la camilla para el traslado de la parturienta a la sala de expulsión.

Cada sala debe contar con servicio higiénico que tenga lavatorio e inodoro con asideros.

Condiciones básicas: Debe contar con tomas fijas para el suministro de oxígeno y la aspiración controlada, además, debe contar con timbre de llamado, y sistema de llamado y comunicación con enfermería, la puerta tendrá un ancho mínimo de 1,20 mts.

Equipamiento mínimo

1. Bomba de infusión
2. Bote sanitario con pedal
3. Cama trabajo de parto
4. Detector de latidos fetales
5. Escalinata de dos peldaños
6. Lámpara de exámenes
7. Mesa de acero inoxidable para múltiples usos
8. Monitor fetal
9. Negatoscopio
10. Reloj de pared
11. Riel portavenoclisis

Área de atención de partos y recién nacidos:

Esta área es semi-restringida con circulación limitada al personal que participa en la atención de los pacientes (6).

Contará con los siguientes ambientes:

Lavabos para personal: es el espacio destinado al lavado de manos del personal que ingresará a la sala de partos. Se ubicará contigua a la sala de expulsión o de partos.

Dimensiones: Área de 3,00 m² para un lavabo doble por cada sala de partos.

Equipamiento mínimo:

1. Bote sanitario con pedal
2. Cepillera para uso quirúrgico
3. Jabonera de pedal
4. Lavabo para cirujanos con grifería que permita un chorro de agua único y con posibilidad de regulación de temperatura
5. Surtidor automático de antiséptico
6. Reloj de pared

Sala de parto o expulsión:

Es el ambiente donde se atiende a la paciente durante el periodo expulsivo y alumbramiento, se ubicará contigua a la sala de trabajo de parto.

Dimensiones: Área de 25,00 m² y con altura de 3,00 metros.

Condiciones básicas:

- Debe contar con tomas fijas para el suministro de oxígeno y la aspiración controlada.
- La puerta tendrá un ancho mínimo de 1,80 m y será tipo batiente.
- Las paredes serán impermeables, lisas y lavables.
- Los pisos deberán ser lavables, lisos y con zócalos sanitarios, debe contar con protección electromagnética, con descarga a tierra.
- La iluminación interior no podrá ser inferior de 500 luxes y de 5000 luxes sobre la camilla, la climatización exigida será frío-calor de tipo

central o por acondicionadores individuales.

- No podrán existir elementos que dificulten la circulación y/o limpieza en el ambiente

Equipamiento mínimo:

1. Aspirador de secreciones rodable
2. Bote sanitario con
3. Cama de partos con ruedas, apoya pies y respaldo móvil desde posición horizontal (ginecológica) a 120° (obstétrica) o a 90° para transformarse en sillón obstétrico
4. Flujómetro con humidificador
5. Flujómetro para gas medicinal
6. Lámpara quirúrgica de
7. Mesa de apoyo para atención del recién nacido
8. Mesa Mayo
9. Mesa Pasteur
10. Negatoscopio
11. Peldaño metálico para sala de operaciones
12. Pulsioxímetro
13. Reloj de pared
14. Riel portavenocclisis
15. Taburete giratorio
16. Unidad de succión
17. Vacuum extractor

Quirófano o sala de operaciones Dimensiones:

Área de 30,00 m²., a altura mínima será de 3,00 m., se debe contar al menos con dos salas de operaciones, una de ellas para cirugías limpias.

Reanimación del recién nacido: destinada a la exploración, atención y reanimación del recién nacido.

Este ambiente puede estar contiguo a la sala de partos o la sala de operaciones (toco cirugía), también se puede considerar su inclusión en los ambientes de la sala de partos y de operaciones.

Debe tener fácil acceso y comunicación con el área de neonatología.

Dimensiones: Área de 6,00 m²., debe existir un puesto para atención de recién nacido por cada dos salas de parto o quirófanos.

Condiciones básicas: Contará con sistema de regulación de temperatura

Equipamiento mínimo:

1. Balanza de mesa
2. Cuna con calor radiante para la atención del recién nacido
3. Flujómetro con humidificador
4. Flujómetro para gas medicinal
5. Incubadora de transporte
6. Unidad de succión

Sala de recuperación posparto o puerperio inmediato: ubicada adjunta a la sala de partos.

Tiene iguales características que la sala de dilación.

Dimensiones: Área de 9,00 m² por cama, se considerará dos camas de recuperación por sala de partos.

El número máximo de camas por cuarto es dos.

Considerar la posibilidad de colocar un sillón confortable para el acompañante de la paciente.

Condiciones básicas: Debe contar con sistema de llamado y comunicación con enfermería.

Equipamiento mínimo:

1. Bomba de infusión
2. Bote sanitario con pedal
3. Cama camilla para recuperación
4. Escalinata de dos peldaños

5. Flujómetro con humidificador
6. Flujómetro para gas medicinal
7. Lavamanos
8. Mesa de acero inoxidable para múltiples usos
9. Monitor de funciones vitales
10. Riel portavenoclisis
11. Unidad de succión

Estación de enfermería u obstetricia: Para la vigilancia y control de las pacientes durante el trabajo de parto y recuperación posparto inmediato.

Ubicado en la zona semi-restringida.

Dimensiones: Área de 7,20 m²., cuenta con área de trabajo limpio para la preparación y el almacenamiento de medicamentos e insumos.

Equipamiento mínimo:

1. Bote sanitario con pedal
2. Coche portahistorias
3. Coche para medicamentos
4. Coche de paro o reanimación
5. Desfibrilador con monitor y papelas externas
6. Esterilizador
7. Lavadero de acero inoxidable
8. Mesa de acero inoxidable para múltiples usos
9. Mostrador para puestos de trabajo que cuenten con cajones y espacios para clasificación de documentos
10. Mueble con zona de almacenamiento inferior para empotrar lavadero
11. Papelera
12. Reloj de pared
13. Sillas giratorias rodables
14. Sistema de llamada de enfermería

15. Sistema de intercomunicación interna

16. Teléfono.

Normativa General de Gineco Obstetricia en todos los niveles de atención

Para la provisión de los servicios de salud se establecen tres niveles de complejidad en la atención que en el contexto de esta publicación se los identifica por colores para su mejor aplicación:

- Primer Nivel: servicios de atención ambulatoria.
- Segundo nivel: servicios de atención ambulatoria de mayor complejidad e intrahospitalaria complementaria al primer nivel.
- Tercer nivel: servicios ambulatorios e intrahospitalarios de la más alta complejidad y especialización

Tabla 1.

Descripción de las unidades operativas por nivel de atención.

	UNIDAD OPERATIVA.	TIPO DE ATENCION. EQUIPO (E).	UBICACIÓN.
NIVEL I	Puesto de salud	Ambulatoria. E: Auxiliar de enfermería.	Rural. Población <2000 habitantes.
	Subcentro de salud	Ambulatoria. E: Médico Odontólogo. Enfermera o Auxiliar de enfermería.	Cabeceras parroquiales. Población >2000 habitantes.
	Centro de Salud	Ambulatoria. E: Médico Odontólogo. Enfermera o Auxiliar de enfermería. Laboratorio. Imagen.	Cabecera cantonal. Población <30.000 habitantes.
NIVEL II	Hospital Básico	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Cabecera cantonal. Población <30.000 habitantes.
	Hospital General	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Capital de provincia y cabecera cantonal con mayor concentración poblacional.

NIVEL III	Hospital especializado	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Capital de provincia y ciudades con mayor desarrollo y concentración poblacional.
	Hospital de especialidades	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Capital de provincia y ciudades con mayor desarrollo y concentración poblacional.

Fuente: Ministerio de Salud Pública Ecuador (7)

Tabla 2.

Premisas básicas para la referencia y contra-referencia materno perinatal.

Premisas basicas para la referencia y contra-referencia materno perinatal
Cada unidad operativa debe conocer su capacidad de resolución para no demorar la referencia y hacerla de manera adecuada y oportuna
Toda paciente que presente cualquiera de los signos o síntomas de alerta o es clasificada como de riesgo debe referirse de forma inmediata al nivel de resolución superior para asegurar un control adecuado del bienestar materno – fetal
Se utilizará el carnet perinatal, como documento de referencia y contra-referencia institucional durante la etapa prenatal
El mejor medio de transporte de un producto por nacer es el útero materno
Si el caso implica riesgo materno perinatal no olvide enviar por escrito la impresión diagnóstica, los exámenes practicados y el motivo de la referencia
Si una referencia o transferencia pudiera representar demora en el inicio del tratamiento de la emergencia en lo posible atender el caso en la misma unidad de origen

Fuente: Ministerio de Salud Pública Ecuador (7)

Tabla 3.

Protocolo de manejo para realizar una referencia materna o perinatal.

PROTOCOLO DE MANEJO PARA REALIZAR UNA REFERENCIA MATERNA O PERINATAL.			
PASOS A SEGUIR (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
Antes del Transporte			
1. Coordine con los responsables del lugar de destino la condición y diagnóstico probable de la paciente, necesidades especiales, hora de salida y hora probable de llegada.	X	X	
2. Coordine con los responsables de la familia, brinde información constante a la paciente, su acompañante y obtenga la autorización para la transferencia.	X	X	
3. Coordine con los responsables del vehículo de transporte el tipo y acondicionamiento de la transferencia.	X	X	
4. Coordine con los responsables del cuidado materno y perinatal la estabilización, equipo y personal que irá con la paciente.	X	X	
5. Preparar a la paciente para el viaje, corrija condiciones agudas (hipoxia, hipoglicemia, hipotensión, apnea, convulsiones, neumotórax).	X	X	
6. Verifique que la paciente tenga vía endovenosa permeable, temperatura y oxigenación adecuadas a lo largo del transporte.	X	X	
7. Registrar los signos vitales por última vez en la unidad operativa de referencia y regístrelos en la hoja de referencia.	X	X	
8. Verifique que todo el material y el equipo médico estén listos.	X	X	
9. Envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	
10. Coloque a la paciente en la camilla de transporte para trasladarla hasta el vehículo.	X	X	
Durante el Transporte			
11. Mantenga la temperatura en la paciente.	X	X	
12. Mantenga la ventilación y oxigenación adecuadas.	X	X	
13. Mantenga la vía endovenosa permeable.	X	X	
14. Solucione problemas agudos que se presenten y regístrelos en la hoja de referencia.	X	X	
Después del Transporte			
15. Dejar el material y el equipo listos para un nuevo traslado.	X	X	

Fuente: Ministerio de Salud Pública Ecuador (7)

Tabla 4.

Protocolo de manejo para recibir una referencia materna o perinatal y realizar una contra- referencia.

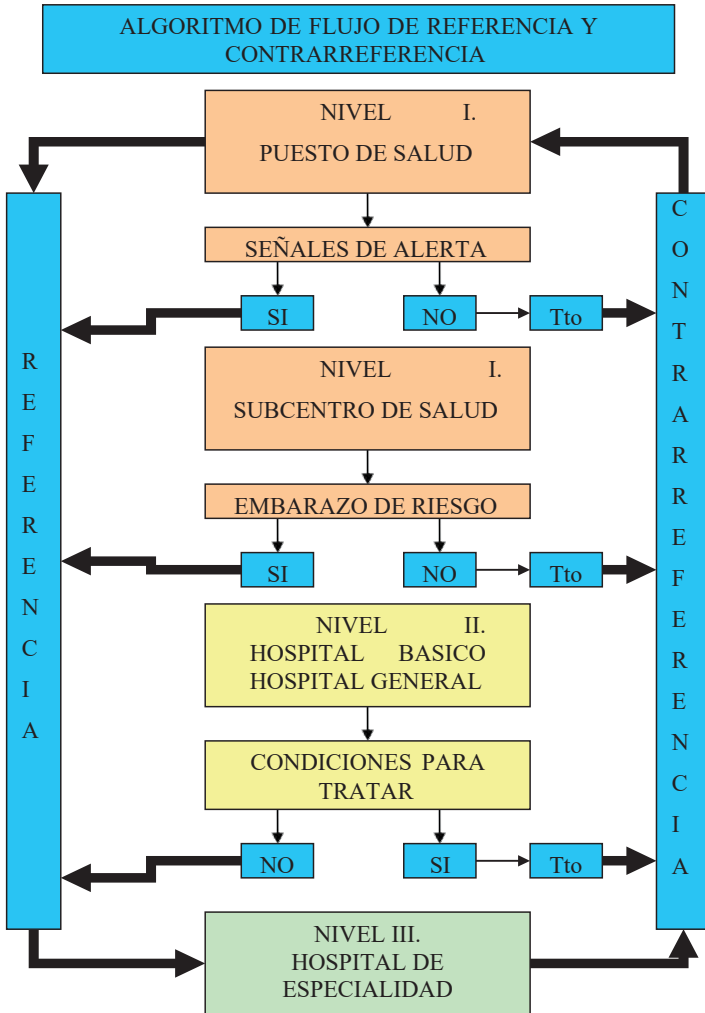
PROTOCOLO DE MANEJO PARA RECIBIR UNA REFERENCIA MATERNA O PERINATAL Y REALIZAR UNA CONTRARREFERENCIA.			
PASOS A SEGUIR (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
Antes de la Recepción:			
1. Coordine con los responsables del lugar de origen la condición y Diagnóstico probable de la paciente, necesidades especiales, hora de salida y hora probable de llegada.		X	X
2. Coordine con los responsables de la recepción los cuidados maternos y perinatales que se ofrecerán para facilitar su acceso.		X	X
3. Preparar la sala de recepción, equipos, insumos y personal necesario.		X	X
Durante la Recepción:			
4. Instale conveniente a la paciente en la camilla de la unidad receptora		X	X
5. Reciba los documentos de referencia e infórmese de los datos clínicos relevantes		X	X
6. Coordine con las diferentes áreas de la unidad para la derivación de atención más apropiada.		X	X
7. Explique a los familiares de la paciente las acciones a seguir, brindando apoyo a todo momento.		X	X
Después de la Recepción:			
8. Brinde tratamiento etiológico adecuado a la paciente hasta que esté en condiciones de alta.		X	X
9. Mantenga la comunicación con la paciente, sus familiares, partera y entre las unidades referentes y receptoras		X	X
10. Contra -refiera a la paciente a su unidad operativa de origen cuando considere oportuno, seguro y conveniente.		X	X
11. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contra -referencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen.		X	X
12. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.		X	X
13. Instruya a la madre sobre la inscripción oportuna del recién nacido en el Registro Civil local.		X	X

Fuente: Ministerio de Salud Pública Ecuador (7)

La Normativa Nacional de Salud Reproductiva debe ser cumplida por todas las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud, la homologación de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud (7).

Ilustración 1.

Flujograma de manejo y toma de decisiones.



Fuente: Ministerio de Salud Pública Ecuador (7)

Referencia, contra-referencia o referencia inversa

El Modelo de Atención Integral en Salud del Ecuador se orienta al cumplimiento de las políticas nacionales del Plan del Buen Vivir y es uno de los mecanismos para el reconocimiento del mandato Constitucional sobre el derecho que tiene todo ciudadano del acceso a la atención oportuna, pertinente e integral de la salud (8).

El contar con un marco normativo e instrumentos necesarios para la implementación, ejecución y control del subsistema de referencia, derivación, contra-referencia, referencia inversa y transferencia por niveles de atención y complejidad constituye una necesidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), con el propósito de permitir el acceso inmediato de la comunidad y, si se requiere, la continuidad de la atención en los niveles de mayor complejidad (8).

La efectividad en la aplicación de este subsistema permite mejorar la producción del primer nivel, así como el uso racional y óptimo de los recursos, bajo el enfoque de Atención Primaria de Salud y Promoción de la Salud, que tiene como punto fundamental que el Primer Nivel de Atención sea la puerta de ingreso al SNS, el SNS del Ecuador, con la implementación y funcionamiento del Subsistema de referencia, derivación, contra-referencia, referencia inversa y transferencia en la atención a los usuarios, fortalece y consolida la Red Pública Integral de Salud (RPIS) (8).

Esta norma técnica permite la organización por procesos y flujos de atención que contribuyen a garantizar la calidad, calidez, continuidad, pertinencia, eficacia, eficiencia, efectividad e integralidad en la atención, para la solución de los problemas de salud de la población ecuatoriana, la aplicación de esta Normativa es de carácter obligatorio en los establecimientos del SNS del país (8).

Marco legal

Constitución de la República del Ecuador

La Constitución es el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kawsay, desde la perspectiva de concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y artículos establecidos establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables.

Cap. II Sección 7, Art. 32 “Derechos del Buen Vivir”

Cap. Sexto- Derechos de Libertad, Art. 66

Título VII, Régimen del Buen Vivir; capítulo Primero, Sección Segunda – Sa-
lud: Art. 360, 361, 365.

Plan Nacional del Buen Vivir 2013–2017

Este plan, en concordancia con los mandatos constitucionales, define objeti-
vos, políticas y metas prioritarias de las que, en salud, se pueden resaltar:

En el Objetivo 3, en la Política y lineamientos estratégicos 3.3.

Ley Orgánica de Salud

Capítulo II, De la Autoridad Sanitaria Nacional, sus competencias y respon-
sabilidades Art. 6.

Título 1, Capítulo I: Disposiciones Comunes, Art. 10

Capítulo III: De las enfermedades no transmisibles, Art. 69

Acuerdo Ministerial 1203 del 14 de junio de 2012

Tipología para Homologar los Establecimiento de Salud por Niveles de Aten-
ción del Sistema Nacional de Salud.

Acuerdo Ministerial 1484 del 24 de julio de 2012

Reglamento de aplicación para el proceso de Licenciamiento en los estable-
cimientos del primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud.

Acuerdo Ministerial 00071 del 10 de marzo de 2004

Manual para la referencia y contra-referencia de pacientes y usuarios.

El MAIS-FCI es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herra-
mientas que, al complementarse, organiza el SNS para responder a las nece-
sidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la
integralidad y complementariedad entre niveles de atención del SNS (8).

Por tanto, el MAIS-FCI define como van a interactuar los actores de los
sectores públicos y privados, los miembros de la red de servicios de salud y
la comunidad para llevar a cabo las acciones conjuntas que permitan dar so-
luciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad
contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida (8).

En caso de las emergencias, se integrará la atención pre-hospitalaria a las referencias y canalización del usuario de acuerdo a la gravedad y cartera de servicios de los establecimientos de salud de los distintos niveles de atención (8).

El criterio conceptual básico para un subsistema de referencia, derivación, contra-referencia y referencia inversa es contar por lo menos en dos niveles de atención: el nivel que hace la referencia y el nivel que recibe la referencia, cuando la capacidad resolutive lo justifica (8).

Subsistema de referencia, derivación, contra-referencia, referencia inversa y transferencia

Es el conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos, que contribuye a garantizar la continuidad de la atención de salud, con oportunidad, eficacia y eficiencia, enviando al usuario desde la comunidad o del establecimiento de salud de menor al mayor nivel de atención y/o complejidad y viceversa; así como enviar usuarios que requieren atención adicional, de apoyo diagnóstico, como es el caso de la derivación entre los actores que integran el SNS (8).

Niveles de organización del subsistema

- 1. Niveles de gestión:** Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Coordinaciones Zonales y Direcciones Distritales.
- 2. Niveles de atención:** Nivel de Atención Pre-hospitalaria, Primer Nivel, Segundo Nivel, Tercer Nivel y Cuarto Nivel

Tipología para Homologar los Establecimientos de Salud por Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud

Unidades y hospitales móviles de salud

Son unidades prestadoras de salud con la característica de ser itinerantes en función de los tiempos y espacios donde prestan sus servicios de salud, se ubican en zonas que estén en emergencia y/o desastre o dando apoyo contingente; también ofertan sus servicios para poblaciones que habitan en parroquias y comunidades rurales y urbano marginales donde no existen unidades fijas de salud, o zonas con población dispersa y brindar atención a los grupos priorizados de la población.

Al hacer referencia a las unidades móviles de salud se puede hablar de unidades móviles de salud general y unidades móviles de salud especializada, entendiéndose quirúrgicas y de diagnóstico oncológico.

Mientras que los hospitales móviles pueden pasar de un hospital básico a un hospital de especialidades según la complejidad de cirugías que se debe realizar, estas unidades fueron concebidas bajo el criterio facilitar el acceso de la población a los servicios de salud, con el fin de incrementar la cobertura de atención, teniendo como eje la participación organizada, generándose interacción y participación.

Las unidades móviles hacen referencias entre sí y con unidades de salud fijas, así como derivaciones y referencias, según el cuadro clínico y la pertinencia del caso, más no pueden hacer contra-referencias, puesto que, al ser de carácter itinerantes entre las zonas geográficas, no pueden tener una población de referencia y cobertura, sino que sus atenciones y acciones de salud son generadas bajo el criterio de atención por demanda espontánea previa difusión y participación de la comunidad.

Nivel pre-hospitalario:

Es un nivel transversal a todos los niveles de atención proporcionando prestaciones temporales pre-hospitalarias, responsables de brindar atención en salud a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, mediante la utilización de recursos suficientes para preservar la vida y disminuir las complicaciones y los riesgos de discapacidad o muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante el traslado, hasta la admisión en la institución asistencial.

Los medios para realizar transporte sanitario en la atención pre-hospitalario no se limitan al transporte terrestre, y debe contemplarse medios aéreos y acuáticos según la necesidad y requerimiento pertinente.

Organización del nivel pre-hospitalario:

Este nivel organiza la respuesta a emergencias que ocurren fuera de los establecimientos de salud y tienen dos elementos; el centro coordinador de llamadas SIS ECU 911 y las ambulancias para transporte primario brindando servicios asistenciales de salud, estabilizan al paciente en condiciones críticas y lo transportan a los servicios de emergencia de los establecimientos de salud para el diagnóstico y tratamiento inmediato, la entrega recepción de los pacientes se registran en el formulario HCU-F002.

Primer nivel de atención:

Es el nivel de atención más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de los usuarios dentro del sistema, es ambulatorio y resuelve el 85% de problemas y necesidades de salud de baja complejidad, es la puerta de entrada al SNS. Garantiza una referencia y derivación adecuada, asegura la continuidad y complementariedad de la atención.

Además, promueve acciones de salud pública de acuerdo a normas emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención, deben tener conocimiento de las capacidades resolutorias de los establecimientos de salud a los que serán referidos los usuarios.

Es necesario que se asegure la disponibilidad inmediata de servicios, para evitar pérdida de tiempo, complicaciones del cuadro clínico y garantizar la atención con calidad, para esto, el primer nivel de atención debe estar en constante comunicación con los otros niveles de atención a través de herramientas diseñadas e implementadas para este efecto.

Segundo nivel de atención:

Este nivel comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización (hospital básico y general con sus diferentes grados de complejidad), constituye el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención.

En este nivel se desarrollan nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, sino en el tipo de servicio brindado: centro clínico quirúrgico ambulatorio (modalidad hospital del día y cirugía mayor ambulatoria).

Tercer nivel de atención:

Este nivel corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, (Ej.: pediátricos, gineco-obstétricos, psiquiátricos, entre otros) son de referencia nacional; resuelven los problemas de salud de alta complejidad, tienen recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta complejidad, cuidados intensivos, realiza trasplantes, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley.

Cuarto nivel de atención:

En este nivel se concentra la atención de la más alta complejidad que se combina con investigación, están integrados los centros de subespecialidad que concentran casos complejos, los usuarios que deban ser atendidos serán referidos de los establecimientos de salud del tercer nivel.

Para su funcionamiento, debe contar con las más altas tecnologías, y tener la aprobación especial del MSP a través del Viceministerio Nacional de Gobernanza y Vigilancia de la Salud Pública.

Estos establecimientos son autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud.

Referencia:

Es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor complejidad o al mismo nivel de atención o de complejidad cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud.

La referencia se realiza entre establecimientos de salud de una misma entidad del sistema utilizando el formulario 053.

- Referencia cumplida: es aquella en que el usuario asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad al que fue referido y es registrado en un sistema informático o manual.
- Referencia no cumplida: es aquella en que el usuario referido no asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad o no fue registrado en un sistema informático o manual.
- Referencia cumplida efectiva: es aquella en que el usuario referido asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad al que fue referido y fue atendido por el profesional de salud.
- Referencia cumplida no efectiva: es aquella en que el usuario referido asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad al que fue referido y no fue atendido por el profesional de salud.
- Referencia bien llenada: es cuando la sección de datos del usuario y

la sección de referencia del formulario No. 053 tiene todos los datos completos y con letra legible.

- Referencia mal llenada: es cuando la sección de datos del usuario y la sección de referencia del formulario No. 053 no tiene todos los datos completos o se encuentra con letra ilegible.
- Referencia justificada (pertinente): es cuando una referencia ha sido realizada conforme a las normas de atención, guías de práctica clínica, protocolos y otras normativas emitidas por la Autoridad Sanitaria y tiene una evaluación positiva del especialista.
- Referencia injustificada (no pertinente): es cuando una referencia no ha sido realizada conforme a las normas de atención, guías de práctica clínica, protocolos y otras normativas emitidas por la Autoridad Sanitaria y tiene una evaluación negativa del especialista.

Derivación:

Es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (Complementario) del mismo o mayor nivel de atención y/o de complejidad, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, por la que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente.

Para realizar las derivaciones a la red complementaria, primeramente, se debe agotar la red pública de salud y se debe utilizar el formulario 053.

- Derivación comunitaria: es el envío de los usuarios desde la comunidad al establecimiento de salud del primer nivel de atención más cercano cuando los prestadores de la medicina ancestral, líderes comunitarios y/o los técnicos de atención integral en salud (TAPS) han identificado señales de peligro y/o factores de riesgo, en este caso, NO se utilizará el formulario 053.
- Derivación cumplida: es cuando el usuario derivado asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia de los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud (RIPS) o privada (Complementaria) al que fue derivado y es registrado en un sistema o aplicativo.

Contra -referencia:

Es el procedimiento obligatorio por el cual un usuario que inicialmente fue referido/derivado es retornado luego de haber recibido la atención con la información pertinente al establecimiento de salud de menor nivel de atención correspondiente, para garantizar la continuidad y complementariedad de su atención.

- Derivación no cumplida: es cuando el usuario derivado no asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento al que fue derivado o no fue registrado en un sistema o aplicativo.
- Derivación cumplida efectiva: es cuando el usuario derivado asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud al que fue derivado y fue atendido por el profesional de salud.
- Derivación cumplida no efectiva: es cuando el usuario derivado asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud al que fue derivado y no fue atendido por el profesional de salud.
- Derivación bien llenada: es cuando la sección de derivación del formulario No. 053 tiene todos los datos completos y con letra legible.
- Derivación mal llenada: es cuando la sección de derivación del formulario No. 053 no tiene todos los datos completos o se encuentra con letra ilegible.
- Derivación justificada (pertinente): es cuando una derivación ha sido realizada conforme a las normas de atención, guías de práctica clínica, protocolos y otras normativas, emitidas por la Autoridad Sanitaria y tiene una evaluación positiva del especialista
- Derivación injustificada (no pertinente): es cuando una derivación no ha sido realizada conforme a las normas de atención, guías de práctica clínica, protocolos y otras normativas emitidas por la Autoridad Sanitaria y tiene una evaluación negativa del especialista.
- Contra-referencia cumplida: es cuando el usuario asistió al establecimiento de menor nivel de atención que lo refirió.
- Contra-referencia no cumplida: es aquella en que el usuario no asistió al establecimiento de menor nivel de atención que lo refirió.

- **Contra-referencia cumplida efectiva:** es aquella en que el profesional de salud registra la contra-referencia y continúa con el plan de tratamiento recomendado por el especialista.
- **Contra-referencia cumplida no efectiva:** es aquella en que el profesional de salud no registra la contra-referencia, ni continúa con el plan de tratamiento recomendado por el especialista.
- **Contra-referencia oportuna:** es aquella en que el establecimiento de salud de menor nivel de atención recibe el formulario No. 053 dentro de los siete días posteriores a la atención del especialista.
- **Contra-referencia no oportuna:** es aquella en que el establecimiento de salud de menor nivel de atención recibe el formulario de contra-referencia No. 053 después de los siete días posteriores a la atención del especialista.
- **Contra-referencia bien llenada:** es cuando la sección de datos del usuario y la de contra-referencia del formulario No. 053 tiene todos los datos completos y con letra legible.
- **Contra-referencia mal llenada:** es cuando la sección de datos del usuario y la de contra-referencia del formulario No. 053 no tiene los datos completos y la letra es ilegible.
- **Contra-referencia justificada:** es cuando el profesional de salud ha realizado la contra-referencia tomando en cuenta la capacidad resolutoria del establecimiento de destino, y/o cuando el usuario ameritaba ser remitido al menor nivel de atención o de complejidad.
- **Contra-referencia injustificada:** es cuando el profesional de salud ha realizado la contra-referencia sin haber tomado en cuenta la capacidad resolutoria del establecimiento de destino, y/o cuando el usuario no ameritaba ser remitido al menor nivel de atención o de complejidad.

Proceso de referencia, derivación y derivación comunitaria

Responsables de la referencia y/o derivación: es responsabilidad de los profesionales de los establecimientos de salud referir/derivar y ejecutar la referencia/derivación a los usuarios al nivel de atención o de complejidad que corresponde, según capacidad resolutoria y pertinencia clínica, misma que es de su competencia desde que se inicia la atención en el establecimiento de destino de la referencia o de la derivación hasta cuando recibe la contra-referencia.

Entidad receptora de la referencia y/o derivación: es el establecimiento de salud del mismo o mayor nivel de atención o de complejidad, con la capacidad resolutoria requerida, que recibe al usuario con el formulario No. 053 y procede a brindar la atención.

Normas técnicas para la referencia y/o derivación

1. Las referencias y/o derivaciones serán solicitadas por profesionales de la salud de acuerdo a sus competencias; en su ausencia y únicamente en condiciones de emergencia, realizará otro personal de salud.
2. Los profesionales de salud que refieran o deriven a usuarios, ya sea para la realización de consultas de especialidad, tratamientos complementarios u hospitalización, deberán llenar el formulario No. 053 de referencia, derivación, contra-referencia, referencia inversa y transferencia con datos completos y letra legible).
3. Se debe utilizar un formulario No. 053 por cada consulta de especialidad que requiera el usuario.
4. Para referencia o derivación de usuarios, deben aplicar las normas, guías, manuales, protocolos de atención y guías de práctica clínica (GPC) establecidas por la Autoridad Sanitaria.
5. Realizar el registro completo de los datos del usuario en la historia clínica, que permitan justificar el proceso de referencia o derivación.
6. Se debe informar al usuario y familiares el motivo e importancia de la referencia/ derivación.
7. Se debe establecer el nivel de atención o nivel de complejidad al que es referido el usuario utilizando los criterios de capacidad resolutoria, accesibilidad y oportunidad, incluyendo los casos de emergencia.
8. El personal administrativo debe coordinar con el servicio de admisión del establecimiento al cual se refiere o deriva para agendar la cita del usuario.
9. En el caso de ser una emergencia, el personal administrativo comunicará al establecimiento de referencia o derivación para brindar toda la información pertinente del usuario garantizando su atención inmediata
10. En caso de emergencia, si el nivel receptor no dispone de espacio

físico para la recepción definitiva del usuario, debe estabilizarlo antes del envío a otro establecimiento de salud.

11. El personal administrativo que agendó la cita no puede rechazar las referencias o derivaciones establecidas.
12. El establecimiento de salud deberá contar con el personal administrativo y equipamiento necesario para agendar las citas.
13. El establecimiento de salud receptor atenderá únicamente las referencias o derivaciones solicitadas desde el nivel inferior o del mismo nivel de atención; el usuario no podrá acudir al establecimiento de salud de referencia o derivación correspondiente sin tener agendada la cita con hora, fecha y especialidad a la que fue referido o derivado. Se exceptúan los casos de emergencia.
14. Para todo usuario que vaya a recibir atención de especialidad y/o hospitalización, se debe abrir una historia clínica.
15. El personal administrativo que agendo la cita debe informar al usuario y familiares sobre el lugar, consultorio, especialidad y hora de consulta del establecimiento de salud al que es referido o derivado.
16. En caso de que un usuario referido o derivado sea agendado a un especialista que no le corresponde a su especialidad, el profesional tiene la obligación de realizar la interconsulta respectiva al especialista que considere necesario, adjuntando el formulario de interconsulta No. 007/2008.
17. (Los profesionales de salud que reciben a los usuarios referidos son los responsables de realizar la contra-referencia respectiva al nivel de atención o de complejidad que corresponde, independientemente de las interconsultas que se realicen con los diferentes especialistas.
18. Se debe incluir una copia del formulario No. 053 en la historia clínica del usuario, una vez concluido el proceso.
19. Los profesionales de salud deben enviar el formulario No. 053 original con el usuario al establecimiento de salud de referencia y una copia se archivará en la historia clínica.
20. El personal administrativo del primer nivel de atención deberá realizar la búsqueda activa para el seguimiento del usuario referido o derivado, en caso de que el mismo no retorne con la contra-referencia al establecimiento de salud, que puede ser a través de la visita domiciliaria

- u otras formas de comunicación.
21. El profesional de salud debe coordinar con el sistema de ambulancias y con los sistemas comunitarios de transporte, en caso de requerir derivación o referencia de emergencia
 22. El equipo de salud de los establecimientos que refieren o derivan emergencias debe aplicar las normas, Guías de Práctica Clínica (GPC), manuales y otros documentos normativos emitidos por la Autoridad Sanitaria y tratar sin pérdida de tiempo al usuario que llega con problemas agudos, traumatismos, parto en curso u otras emergencias o urgencias médicas.
 23. En caso de usuarios en estado crítico, un profesional calificado sea médico/a o enfermero/a debe acompañar durante su transferencia, considerando que el riesgo de traslado no sobrepase los riesgos de tratamiento en el nivel de origen.
 24. Cuando el profesional de salud acompaña la transferencia en transporte institucional o transporte comunitario a un usuario y fallece en el traslado, obligatoriamente debe regresar al establecimiento de salud de origen, para notificar legalmente el deceso.
 25. El profesional del establecimiento de salud, de acuerdo al caso, derivará o referirá al usuario al nivel de atención y/o de complejidad correspondiente para la realización de exámenes de apoyo complementarios al diagnóstico, siempre y cuando el establecimiento de salud no cuente con dichas prestaciones.
 26. Todos los profesionales de salud que realicen referencias y contra-referencias deben aplicar la codificación CIE-10 en sus diagnósticos, en todos los niveles de atención.
 27. Para los usuarios que son atendidos en los consultorios de los establecimientos educativos y que requieren ser referidos o derivados a un establecimiento de salud de mayor nivel de atención o de complejidad, el profesional de salud que los atendió debe coordinar con el establecimiento de salud del primer nivel de atención para agendar la cita.

Proceso de contra-referencia

Responsables de la contra-referencia: son responsables los profesionales de la salud que atendieron al usuario referido/derivado y que deben contra-referir al menor nivel de atención o complejidad que corresponde, aplicando las normas, protocolos, Guías de Práctica Clínica, manuales emitidos por la Autoridad Sanitaria, utilizando el formulario No. 053 de contra-referencia.

Recepción de la contra-referencia

- El profesional de salud del establecimiento de menor nivel de atención y complejidad, recibe al usuario y solicita el formulario No. 053, que ya se encuentra con un diagnóstico definitivo o con un tratamiento de especialidad, para continuar con la atención y seguimiento requerido.
- Se debe adjuntar una copia del formulario No. 053 a la historia clínica.
- Se debe informar al usuario y familia la importancia de dar continuidad en la atención.
- Se debe dar cumplimiento a las indicaciones de especialidad descritas en el formulario No. 053.
- Se debe revisar la información contenida en las contra-referencias con el objeto de verificar si se llenó correctamente el formulario No. 053.
- Se debe participar en los procesos de capacitación y actualización de procedimientos que se realicen; así como en los intercambios de información que se tengan con personal de los diferentes niveles de atención, con el objeto de evaluar la pertinencia de las referencias.

Normas técnicas de la contra-referencia

- El profesional de salud de los establecimientos de mayor nivel de atención, una vez proporcionado el servicio, obligatoriamente tiene que realizar la contra-referencia al establecimiento de origen, con el formulario No. 053 con datos completos y letra legible.
- Se debe informar al usuario y familia sobre su condición de salud actual y la importancia de retornar al establecimiento de salud de origen para la continuidad del tratamiento, seguimiento y control.
- Se debe llenar el formulario de contra-referencia No. 053, una copia envía con el usuario al establecimiento de salud correspondiente.

- Se debe brindar recomendaciones generales al usuario y familiares sobre aspecto psicosociales y de autocuidado.

Referencia inversa

Se entiende como referencia inversa cuando un usuario se auto-refiere al servicio de emergencia de un establecimiento de salud del segundo y/o tercer nivel de atención, en el que debe ser atendido su problema de salud sea urgente o emergente y de ninguna manera se negará la asistencia sanitaria por no tener una referencia.

Luego que el profesional haya atendido su problema de salud, debe llenar el formulario No. 053 y señalar que no ha sido referido/a desde el primer nivel de atención y enfatizando este hecho con mayúsculas en la parte superior del formulario.

Este formulario debe ser enviado con el usuario al establecimiento de salud del primer nivel de atención correspondiente.

El usuario se auto-refiere a un establecimiento de salud de mayor nivel de atención debido a que no recibió atención o no dispone de establecimientos de salud del primer nivel cerca de su domicilio, o por desconocimiento del nivel que puede resolver su caso.

El registró y análisis de estos casos permite corregir el funcionamiento del sistema de salud.

**Manual Práctico de Enfermería en
Gineco - Obstetricia, con enfoque en la
normativa ESAMYN**

Capítulo II

Valoración y Control Prenatal



Control prenatal

El embarazo es un estado fisiológico de la mujer que dejado a su evolución espontánea en la mayoría de los casos no supondrá problema de salud alguno tanto para la madre como para el feto, pero que precisa de un seguimiento adecuado, con el fin de controlar las posibles alteraciones que pudieran aparecer, con la intención de prevenirlas o diagnosticarlas precozmente, durante la gestación pueden presentarse procesos que interfieren en su evolución y a su vez el embarazo puede influir en el curso de determinadas enfermedades (9).

Consulta Prenatal

El control prenatal debe ser precoz, periódico, completo y de calidad, de amplia cobertura, siendo ofrecido a la mayor población posible y garantizando su fácil accesibilidad (9).

La asistencia al embarazo comienza en la visita de captación o primera visita, esta primera consulta prenatal debe realizarse en el curso de las primeras 12 semanas de gestación, idealmente antes de la 10ª semana, lo cual posibilita una captación precoz de la gestante y una adecuada planificación de las acciones a realizar durante todo el periodo gestacional (9).

Los objetivos específicos de cualquier protocolo de control del embarazo deben contemplar (9):

- El asesoramiento previo al embarazo de la pareja.
- La captación precoz de todas las gestantes.
- Ofrecer y asegurar la información sobre los cambios en las distintas etapas del embarazo, promoviendo los cuidados adecuados y explicando la realización de procedimientos, pruebas y exploraciones.
- Mejorar la salud y calidad de vida de la mujer embarazada y del feto.
- Identificar los riesgos específicos de cada gestante, con el fin de prevenir en lo posible la patología.
- Detectar y tratar de forma precoz los trastornos acontecidos en el curso del embarazo.
- Cuidar al hijo desde su vida intrauterina hasta sus primeros días de vida.
- Disminuir la morbimortalidad materno fetal.

- Favorecer la participación de las mujeres y sus parejas durante todo el proceso, considerando la multiculturalidad y discapacidad.
- Evaluar el riesgo reproductivo, realizando una anamnesis dirigida a la detección de enfermedades de tipo hereditario con el fin de remitir para asesoramiento genético al especialista adecuado.
- Informar sobre medidas de protección para la salud fetal, como la exposición a tóxicos (alcohol, tabaco y otras drogas ilegales), a fármacos y productos químicos o exploraciones radiológicas en período crítico.
- Iniciar medidas de prevención de los defectos del tubo neural (DTN).
- Establecer medidas de promoción de la salud y acciones emprendidas en función de los riesgos y enfermedades identificados.
- Promocionar estilos de vida saludable en la mujer y su pareja antes de la concepción.
- Valoración del ambiente en el hogar (detección precoz de violencia, economía, apoyo familiar y social).

Exámenes de laboratorio y pruebas diagnósticas primordiales en el embarazo.

Tabla 5.

Exámenes de laboratorio y pruebas diagnósticas primordiales en el embarazo.

PRUEBA	CONSIDERACIONES EVIDENCIAS	
Tipología Sanguínea y Coombs indirecto	En el primer control prenatal se debe determinar grupo sanguíneo, factor Rh y Coombs indirecto. La profilaxis anti-D es recomendable de rutina en mujeres Rh negativas, no sensibilizadas. Repetir a las 28 semanas de gestación de acuerdo a su estado inmunológico relacionado con Rh. Las embarazadas que cumplan con estos criterios deberán ser atendidas por un especialista en gineco-obstetricia para profilaxis con inmunoglobulina anti-d.	R-B
Hb, MCV	Recomendado en cada embarazo en el primer control 3, 4.	R-B
VIH	Recomendado en cada embarazo en el primer control y a las 24 a 34 semanas. Se ha reportado que el tamizaje temprano de VIH en el embarazo, un curso corto de fármacos antirretrovirales intraparto, cesárea a las 38 semanas de gestación y suspensión de lactancia en madres portadoras, reducen la transmisión vertical.	R-A
Anticuerpos de rubeola	Recomendado si no se conoce historia de la enfermedad o inmunización.	R-B
Hepatitis B y C	Identificar factores de riesgo para hepatitis B y C, tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Uso de drogas IV • Hemodiálisis • AST elevadas • Receptor de sangre u órganos • Personas privadas de libertad • Tatuajes A todas las embarazadas se les debe realizar en su primera consulta prenatal la detección de Hepatitis B (antígeno de superficie sérico). El estándar de oro para detección es el antígeno de superficie sérico; su determinación reporta sensibilidad 92% (84-99) y especificidad 87% (76-97). La prevalencia de hepatitis B en la mujer embarazada es de 0.5 al 1%. El 21% de infección por virus de hepatitis B se asocia a transmisión vertical durante el nacimiento. La transmisión materna fetal es prevenible en 95% de los casos a través de la vacuna e inmunoglobulina al producto al momento del nacimiento.	R-A
VDRL Prueba confirmatoria FTA-abs	Recomendar la detección de Sífilis en cada embarazo en el primer control. Repetir la prueba si la paciente o su pareja refieren conducta de riesgo. Toda embarazada en la que se reporte VDRL positivo debe ser referida a especialista en Gineco-obstetricia para tratamiento.	
Urocultivo	Se ha encontrado una incidencia de bacteriuria asintomática entre un 2 a 10 % en mujeres embarazadas con bajo estrato socioeconómico. Recomendado para bacteriuria asintomática en etapas temprana del embarazo y en cada trimestre en mujeres con historia conocida de ITU recurrente. Al identificar bacteriuria, proporcionar tratamiento ya que reduce el riesgo de parto pre-término.	R-A

Glicemia *	Se realizará una glucemia en ayunas en la consulta médica inicial, que se interpretará de la siguiente manera: Mayor a 126 mg/dL = diabetes preexistente Entre 92 a 126 mg/dL = DG Menor de 92 mg/dL = se realizará una PTOG de 75 g entre las semanas 24 y 28 de gestación (Ver GPC diabetes en el embarazo).	R-A
TSH	Realizar a todas las mujeres con una historia o síntomas de enfermedad tiroidea u otras condiciones asociadas con enfermedad tiroidea.	R-B
Toxoplasmosis	Se recomiendan las pruebas de detección de toxoplasmosis en la atención prenatal en embarazadas de riesgo por exposición, debido a la alta prevalencia en nuestro medio. Aunque durante el control prenatal se desconoce qué pacientes son susceptibles de adquirir la infección (pacientes seronegativas) se recomienda aconsejar a todas las pacientes lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Lavarse las manos antes de manipular los alimentos • Lavar minuciosamente las frutas y verduras • Utilizar guantes y lavar minuciosamente las manos después de practicar la jardinería • Evitar carne cruda o mal cocida y la adquisición de alimentos ya preparados • Evitar el contacto con gatos y sus excretas. 	R-B
Citología cervico-vaginal	La frecuencia e indicaciones de la citología cervical son iguales que para la mujer no embarazada.	R-B
Enfermedad de Chagas	Se recomienda las pruebas de detección de Chagas en la atención prenatal en embarazadas de riesgo por exposición, debido a que en el Ecuador existen zonas endémicas.	R-A
Tamizaje de infección vaginal	No realizar detección de infección vaginal asintomática. En caso de presentar síntomas corroborar diagnóstico con exudado y cultivo vaginal y proporcionar tratamiento.	R-A
Tamizaje de streptococcus grupo B	Se recomienda profilaxis antibiótica para el EGB si la paciente presenta los siguientes factores de riesgo: RN previo con enfermedad invasiva por EGB Infección urinaria por EGB confirmada en el embarazo actual. Parto prematuro. Ruptura prematura de membranas mayor a 18 horas y fiebre mayor a 38° C. Por tanto, el tamizaje para diagnosticar la colonización recto vaginal por EGB en embarazadas entre las 35 y 37 semanas de gestación debe realizarse en pacientes con otros factores de riesgo.	R-A

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (10)

Evidencia	E
Recomendación	R
Punto de buena práctica	/

Cálculo de la edad gestacional y fecha probable de parto

La determinación de la edad gestacional es de suma importancia, ya que afecta la conducta obstétrica y pediátrica inclusive, la fecha de última menstruación es la información básica a partir de la cual se calcula la edad gestacional, es el mejor método si es confiable y no existen dudas; sin embargo, al no disponer de este dato existe la necesidad de calcular la edad gestacional a partir de la altura de fondo uterino en el embarazo a término o del ultrasonido del primer trimestre (11).

Cálculo de la edad gestacional por fecha de última menstruación:

La experiencia demuestra que desde el inicio de la última menstruación hasta el parto transcurren, por término medio, 280 días; por consiguiente, sumando estos días al primero del último período menstrual se obtendrá la fecha probable del parto, lo que según Nägele se puede conseguir con rapidez retrocediendo 3 meses desde el primer día de la última regla ($365-92=273$ días) y añadiendo 7 para llegar a los 280 (11).

Pero la duración media del embarazo (como todos los parámetros biológicos) está sometida a diversos factores y no tiene una exactitud matemática; por ende, no resulta nada raro que, incluso en una misma mujer, en diferentes embarazos el parto se presente antes o después del término calculado (11).

Cálculo de la edad gestacional por la altura de fondo uterino:

En la mujer embarazada, las dimensiones del útero irán aumentando hasta el momento del parto, en los primeros meses, el útero gravídico todavía se mantiene en la pequeña pelvis y la edad de embarazo se establece tomando en cuenta el tamaño de la víscera que ha sido apreciado durante la exploración bimanual, a partir de las 12 semanas, el útero comienza a elevarse hacia la cavidad abdominal y su altura se determina en centímetros desde su fondo o borde superior hasta el borde superior de la sínfisis del pubis; para esto se requiere que la madre se recueste en una camilla y con una cinta flexible y graduada en centímetros se procede a deslizarla entre el dedo medio y el índice del operador cortando perpendicularmente donde termina el fondo uterino, el otro extremo de la cinta es fijado sobre la sínfisis del pubis materno, en este caso, se suma a la altura de fondo uterino 4 si es por debajo del ombligo y 7 encima del ombligo para así tener la edad gestacional (11).

Cálculo de la edad gestacional por ultrasonografía:

La ultrasonografía prenatal es el procedimiento de apoyo clínico que nos permite, mejor que ningún otro, conocer la anatomía y el bienestar del feto a

lo largo de su desarrollo además de la edad gestacional, en el primer trimestre, la exactitud para predecir la edad gestacional fue establecida de manera clara con el diámetro biparietal (DBP), medido sobre un 84,7% de casos cuyo parto se produjo con un margen de +/- 2 semanas cuando la fecha de la última regla era bien conocida, mediante la longitud cráneoalgas (LCN) se obtuvo una predicción correcta de 84,6% y un DBP practicado a las 12-18 semanas dio una predicción correcta en 89,4%, se afirma que una medida de LCN a las 7 semanas y en DBP a las 24 semanas tienen la misma exactitud equivalente a +/- 5 a 7 días (11).

Cálculo de la edad gestacional por Test de Capurro:

Este método fue obtenido mediante un estudio protocolizado y prospectivo basado en el trabajo de Dubowitz y tiene dos formas de evaluación: Capurro, cuyo método está basado en cinco parámetros clínicos (Formación del pezón, textura de la piel, forma del pabellón auricular, tamaño del nódulo mamario y surcos plantares) y dos parámetros neurológicos (Signo de la bufanda y caída de la cabeza) que sumados de acuerdo a puntuación designada se obtiene un puntaje total, y que a su vez se suma una constante de 200 para de esta manera obtener la edad gestacional en días; Capurro B, suprime los dos parámetros neurológicos por lo que es el método ideal en el recién nacido con depresión neurológica y se calcula de la misma manera que el Capurro A, a excepción del uso de la constante de 204 en vez de 200 (11).

Esquema de Vacunación

Esquema regional de inmunización materna y neonatal

Los países aplican diferentes abordajes para vacunar a las embarazadas según el tipo de vacuna y su disponibilidad, el carácter estacional de una determinada enfermedad y las estrategias de inmunización implantadas para las distintas poblaciones destinatarias (12).

Lo ideal es que cada mujer tenga actualizado su calendario de vacunaciones antes de quedarse embarazada, la vacunación contra la rubéola reviste especial importancia, cabe señalar que se recomienda a las mujeres esperar un mes después de recibir una vacuna elaborada con microbios vivos, deben revisarse los registros de vacunación y, en su caso, ponerlos al día con las vacunas que falten para cumplir el correspondiente esquema nacional (12).

Todas las vacunas recomendadas durante el embarazo en el calendario nacional pueden ofrecerse a las embarazadas a través de los servicios de atención de salud (aprovechando todas las oportunidades para la vacunación) (12).

En las tablas 6, 7 y 8, se ofrece el esquema regional de inmunización materna y neonatal basado en las recomendaciones existentes del Grupo Técnico Asesor (GTA) para la Región de las Américas o la última recomendación del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE), de la OMS, si la del GTA no está disponible (12).

Tabla 6.

Vacunas recomendadas durante el embarazo.

Vacuna	Preembarazo	Embarazo	Puerperio	Año de la recomendación (OPS/GTA)
Tétanos/difteria	Sí, el momento ideal	Sí, dos dosis si no se vacunó antes	Sí, para completar el esquema	2017
Influenza (inactivada)		Sí, el momento ideal	Sí, si no se vacunó durante el embarazo, para proteger al recién nacido	2012

Fuente: OMS, OPS (12)

Tabla 7.

Vacunas recomendadas durante el embarazo solo en situaciones especiales.

Vacuna	Preembarazo	Embarazo	Puerperio	Año de la recomendación (OPS/GTA)
Tdap (toxoides tetánico y diftérico y vacuna antitosferínica acelular)		Sí durante los brotes epidémicos (momento ideal: entre las semanas 27 y 36 de gestación)	Si	2014
Hepatitis B		Sí, si no completó el esquema y si hay situación de alto riesgo (p. ej., más de un compañero sexual en los 6 meses anteriores, ETS, consumo de drogas inyectadas, pareja positiva para AgHBs)	Sí, para completar el esquema (tres dosis)	
Hepatitis A		Sí durante los brotes epidémicos		2013
Fiebre amarilla	Sí, el momento ideal (en zonas endémicas)	Sí antes de viajar a zonas endémicas con brote actual, previo análisis de la relación beneficioriesgo		2013
Poliomielitis (inactivada)		Sí antes de viajar a zonas endémicas con brote actual		2013
Poliomielitis (oral)		Sí antes de viajar a zonas endémicas con brote actual		2015
Rabia		Tras exposición de alto riesgo		2013
Meningococo (conjugada)		Sí durante los brotes epidémicos		2013
Meningococo (polisacáridos, MPSV4)		Sí durante los brotes epidémicos		2013

Fuente: OMS, OPS (12)

Tabla 8.

Vacunas contraindicadas durante el embarazo.

Vacuna	Preembarazo	Embarazo	Puerperio	Año de la recomendación (OPS/GTA)
Rubéola Sarampión Parotiditis	Sí, el momento ideal	NO	Sí, si no se vacunó antes del embarazo	2013
Virus del papiloma humano (VPH)	Sí, el momento ideal	NO		2013

Fuente: OMS, OPS (12)

Cuidados nutricionales

Una alimentación saludable es importante en cualquier etapa de la vida, pero es esencial durante el embarazo y la lactancia, los requerimientos nutricionales maternos están aumentados y tanto las deficiencias como los excesos nutricionales pueden repercutir en los resultados del embarazo y en la calidad de la leche y condicionar la salud materno-fetal (13).

Después del parto, la leche materna debe garantizar una nutrición óptima en el lactante, estando recomendada la lactancia materna (LM) como alimento exclusivo hasta los seis meses, existe una relación entre el estado nutritivo de la madre y la composición de la leche materna y, por lo tanto, en el aporte de nutrientes al lactante, lo que puede condicionar su salud, es importante conocer los requerimientos nutricionales maternos para conseguir resultados óptimos en la salud de la madre y del descendiente (13).

Cambios en la dieta: requerimientos nutricionales de la madre gestante

Al comienzo de la gestación, las necesidades energéticas no difieren de las de mujeres no embarazadas, a partir del segundo trimestre, cuando el crecimiento placentario y fetal es mayor, se recomienda un aumento de la ingesta energética y de nutrientes (13).

El porcentaje de aumento calórico es muy inferior al incremento recomendado de la mayor parte de nutrientes, por lo que es necesaria al configurar la dieta la selección de alimentos poco calóricos con alta densidad en nutrientes, cuando la ingesta energética es elevada, puede condicionar un incremento de peso excesivo, aumentando la probabilidad de tener neonatos macrosómicos (> 4 kg), cesáreas, diabetes mellitus gestacional (DMG), preeclampsia y exceso ponderal del descendiente en la edad adulta (13).

Por otra parte, el escaso aumento de peso favorece el nacimiento de niños con bajo peso (< 2,5 kg) que tienen mayor riesgo de mortalidad perinatal y de desarrollar enfermedades crónicas en la etapa adulta (enfermedades cardiovasculares y metabólicas (13).

Los objetivos de una adecuada nutrición en la mujer durante el período preconcepcional y en el embarazo son (14):

1. Promover la ganancia adecuada de peso
2. Prevenir deficiencias nutricionales
3. Reducir el riesgo de anomalías congénitas
4. Promover un adecuado crecimiento y desarrollo fetal
5. Reducir el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles

Una de las acciones indispensables de las unidades de salud es la educación para la salud y asesoría nutricional a la mujer en edad fértil que desea embarazarse, para mantener un peso óptimo y además recomendar el uso de las tabletas de hierro más ácido fólico antes de embarazarse (14).

Aspectos generales que se deben tomar en cuenta durante el embarazo

1. Ganancia de peso saludable
2. Importancia de los nutrientes (folato, calcio, vitamina D, hierro, ácidos grasos omega 3)
3. Limitar o evitar el consumo de alcohol, cafeína y algunos edulcorantes artificiales
4. Contaminación de alimentos
5. Actividad física
6. Problemas concernientes a náusea, acidez, estreñimiento y diabetes mellitus gestacional

Se recomienda referir o derivar a la mujer gestante en los siguientes casos:

1. Cuando presenta patología concurrente con un impacto en la nutrición (por ejemplo, hiperémesis, enfermedades intestinales, etc.)
2. En adolescentes no controlados o con patologías recurrentes adicionales

3. Cuando no exista ganancia de peso o cambios en el cuerpo, aumento de peso insuficiente o excesivo

Se recomienda evaluar el estado nutricional en toda consulta prenatal

En el primer control prenatal se debe (14):

- Pesar a la embarazada (en kilogramos)
- Medir la talla (en centímetros)
- Registrar los valores de la gestación actual en el formulario de curvas de la ganancia de peso de la mujer gestante.

Tabla 9.

Clasificación internacional del estado nutricional: bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad de acuerdo a OMS.

Clasificación	IMC peso (kg) /talla (m) ²
Bajo peso	Menos de 18,5
Rango Normal	18,5 - 24,99
Sobrepeso	25-29,99
Obesidad	Más de 30
Obesidad grado I	moderada 30 - 34,99
Obesidad grado II	severa 35 - 39,99
Obesidad grado III	muy severa Más de 40

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Ecuador (14)

Tabla 10.

Recomendaciones para la ganancia total de peso (kg) y velocidad de ganancia de peso (kg/semana) durante el embarazo.

Clasificación IMC	Rango recomendado de ganancia durante el embarazo	Velocidad de ganancia de peso en el segundo y tercer trimestre kg/semana
Bajo peso <18,5	12,5 a 18	0,51 rango: 0,44-0,58
Normal 18,5 – 24,9	11,5-16	0,42 rango: 0,35-0,50
Sobrepeso 25 -29,9	7-11,5	0,28 rango: 0,23-0,33
Obesidad >30	5-9	0,22 rango: 0,17-0,27

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Ecuador (14)

Tabla 11.

Recomendaciones de energía durante el embarazo.

Peso preconcepcional	1.º trimestre	2.º trimestre	3.º trimestre
Bajo peso	150 kca	200 kca	300 kcal
Peso normal		350 kca	450 kcal
Sobrepeso y obesidad		350 kca	350 kcal

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Ecuador (14)

Control odontológico y psicológico en el embarazo

Los dientes, los tejidos de soporte–sostén y la mucosa oral pueden verse afectados por los cambios inducidos durante el embarazo, lo que hace necesario el cuidado bucodental en la mujer embarazada (15).

Entre las alteraciones más frecuentes que se producen en la cavidad oral en la mujer embarazada cabe destacar (15):

- **Gingivitis gravídica:** Más frecuente en el segundo trimestre del embarazo, relacionada con mala higiene oral, dieta, respuesta inmune y alteraciones hormonales y vasculares, el aumento de estrógeno y progesterona produce vasodilatación capilar favoreciendo el exudado y la permeabilidad gingival.

Puede aparecer una respuesta inflamatoria exagerada, la placa bacteriana es el factor etiológico fundamental para la aparición de la gingivitis, asociada al incremento de la microvascularización y del metabolismo tisular, la alteración de la flora microbiana está estrechamente relacionada con el inicio de la enfermedad periodontal.

- **Granuloma del embarazo:** También llamado éupulis gravídico o tumor del embarazo, es una tumoración benigna (1-5%) localizada en una zona con gingivitis en el vestíbulo del maxilar superior que suele remitir después del parto, es habitual en los primeros embarazos, durante el primer y segundo trimestre.
- **Enfermedad periodontal:** Durante el embarazo se produce la hormona relaxina, cuya función es relajar las articulaciones para facilitar el parto, pudiendo actuar también en el ligamento periodontal provocando una ligera movilidad dentaria que tiende a desaparecer tras el parto.

Es inusual encontrarnos con un cuadro grave de reabsorción ósea y pérdida dentaria por movilidad, si existe una enfermedad periodontal previa, esta

se verá agravada por los mismos factores antes mencionados, estudios recientes relacionan la presencia y gravedad de periodontitis y otros factores ya conocidos en relación con la prematuridad, como son el consumo de tabaco y alcohol en el segundo trimestre del embarazo, con el aumento de riesgo de parto prematuro y niños de bajo peso, se atribuye como causa de dicha prematuridad a las endotoxinas bacterianas y al aumento de los niveles de prostaglandinas, todo lo cual favorecería las contracciones uterinas tempranas.

- Caries dental: El embarazo no debe de ser considerado per se cómo una causa de la caries, existe la creencia de que se produce una desmineralización debida a la pérdida del calcio para el nuevo ser, pero el esmalte tiene un intercambio mineral muy lento conservando su contenido mineral toda la vida, sin embargo, la mujer embarazada está sometida a unas situaciones que la hacen sensible a padecer esta enfermedad, se ve alterada la composición salival y la flora oral produciéndose xerostomía fisiológica que facilita la aparición de caries.

Atención odontológica durante el embarazo

Recomendaciones (16):

- Se recomienda un adecuado soporte afectivo y ambiente receptivo para generar confianza y seguridad en el tratamiento odontológico de la embarazada.
- La base de la atención odontológica de la gestante debe comprender una comunicación efectiva y el manejo de la ansiedad.
- A partir del sexto mes de embarazo colocar una almohada debajo del lado derecho durante la atención dental para evitar presionar la vena cava inferior lo que podría ocasionar el síndrome hipotensivo postural generando náuseas, mareos y desvanecimiento.
- Se recomienda que la posición de la mujer embarazada en el sillón dental sea recostada, ligeramente inclinada hacia la izquierda con la cabeza más elevada que los pies.
- El segundo trimestre, de las semanas 14 a 20 de gestación, es el periodo más seguro (feto completamente formado) y confortable (peso del abdomen aún no es incómodo) para realizar el tratamiento electivo en la embarazada.

- Se recomienda brindar tratamiento en el segundo trimestre de gestación.
- La atención de urgencia está indicada durante todo el embarazo ya que la postergación de un cuadro infeccioso o doloroso puede generar mayores riesgos a la gestante y su bebé.
- Las urgencias odontológicas, dolor e infección deben ser tratadas al momento de producirse.

Intervenciones psicosociales

Las principales formas de intervención psicológica son (17):

1. Apoyo psicosocial a la mujer y/o familia.
2. Alguna forma de psicoterapia, por ejemplo, la psicoterapia interpersonal o la cognoscitivo conductual, que han sido las más estudiadas.
3. Terapias complementarias o alternativas,
4. Uso de medicamentos en casos de suficiente gravedad.

Apoyo psicosocial

La mayoría de las pacientes con depresión o marcada tristeza puede beneficiarse con un mayor nivel de apoyo interpersonal que puede brindar preferentemente la madre de la parturienta, alguna hermana, su marido o compañero, amigas o parientes como la suegra o una cuñada emocionalmente cercana.

Es necesario indicar a la nueva madre que los sentimientos de tristeza son comunes, pues haber dejado de estar embarazada y el que su bebé ya no esté adentro de ella, pueden producir una sensación de pérdida y en esta etapa vulnerable es natural que se necesite más ayuda, compañía y apoyo, en presencia de un trastorno depresivo marcado es necesario preocuparse debido a su gravedad, la cual depende del número e intensidad de los síntomas que presente, así como del riesgo que hay para el niño en términos de si su madre podría cuidarlo por sí sola.

En presencia de un trastorno depresivo marcado es necesario preocuparse debido a su gravedad, la cual depende del número e intensidad de los síntomas que presente, así como del riesgo que hay para el niño en términos de si su madre podría cuidarlo por sí sola.

Psicoterapia de apoyo

Muchos profesionales de atención primaria, como obstetras, enfermeras, peditras, etc., hacen intervenciones de salud mental al escuchar, contener y asistir a sus pacientes en forma cotidiana, para algunas pacientes es muy importante ser escuchadas y tener la sensación de que alguien entiende por lo que están pasando, lo que en sí ya representa un elemento terapéutico, esta forma de apoyo tiene como objeto acompañar a la mujer en su nueva situación y ayudarla a hacerle frente, un ingrediente importante es normalizar sus sentimientos; es decir, que no se la haga sentir como una fracasada, sino señalar que muchas mujeres enfrentan un problema similar.

Psicoterapia interpersonal

Se ha demostrado empíricamente la utilidad de la psicoterapia interpersonal, se trata de una psicoterapia de apoyo emocional con algunos componentes psicodinámicos pero que no de tipo psicoanalítico, esta variedad puede realizarse individualmente, en grupos de mujeres o parejas, el terapeuta se enfoca en el estilo de relaciones de la persona y la ayuda a encontrar una red de apoyo.

Algunos terapeutas exploran esto basándose en la historia de apego (de la paciente con sus propios padres) y sus modelos de trabajo de las relaciones interpersonales, se suele trabajar en el cambio de rol que experimenta la mujer debido a la transición a la maternidad, se exploran las nuevas demandas que habrá sobre ella y cómo repercutirán en su vida, cómo balancear otras obligaciones con los requerimientos del bebé.

Psicoterapia cognoscitivo conductual

Esta forma de psicoterapia, también breve, ha sido estudiada y ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión, su objetivo es el alivio de los síntomas depresivos a través de ayuda a la persona para identificar patrones y tendencias cognoscitivas negativas y combatirlos de manera paulatina; es decir, se trabaja en que la mujer tenga menos opiniones negativas de sí misma y de su situación (cogniciones negativas), a través de la terapia se examinan las situaciones y reacciones de la persona deprimida ayudándola a notar las distorsiones en su pensamiento, la tendencia a ver las cosas más negativas de lo que son y de forma pesimista o catastrófica, esta ayuda mejorará paulatinamente el estado de ánimo de la persona.

Maniobras de Leopold

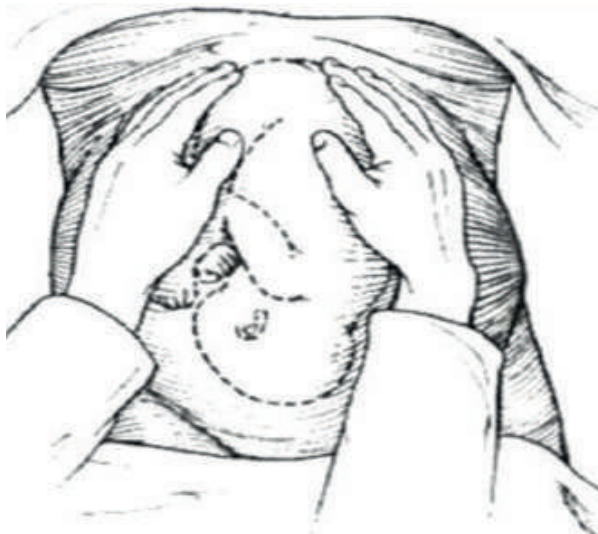
El examen del abdomen debe efectuarse en forma sistemática mediante las cuatro maniobras descritas por Leopold y Sporlin en 1894, la mujer debe estar cómoda, acostada en posición supina con el abdomen descubierto, durante el curso de las primeras tres maniobras el examinador se ubica de pie y de frente a la paciente del lado de la camilla que le resulte más conveniente; la última maniobra se realiza con el examinador de pie pero de cara a los pies de la paciente, en las pacientes obesas o en los casos de implantación anterior, las maniobras de Leopold pueden ser muy difíciles (o imposibles) de realizar o interpretar (18).

Primera maniobra

Después de identificar el contorno uterino y determinar la distancia entre el cartilago xifoides y el fondo uterino con los extremos de los dedos de ambas manos para establecer el polo fetal presente en el fondo uterino, las nalgas se palpan como un cuerpo nodular voluminoso, mientras que la cabeza es una estructura dura y redondeada con una mayor movilidad.

Ilustración 2.

Primera Maniobra.



Fuente: Caravajal, y Ralph (18)

Segunda Maniobra

Su objetivo es la Posición del feto (izquierda o derecha).

Colócate en la misma forma que en la 1ª. Maniobra y ubica ambas manos a cada lado del abdomen, ejerciendo una presión sobre uno de los lados moviendo al bebé al lado contrario, y con la otra mano, palpa suavemente para sentir que parte del cuerpo se encuentra en esta zona, si el dorso es derecho, apreciarás una superficie plana y convexa y del lado izquierdo, percibirás partes irregulares, con una mayor movilidad en la palpación (manos y pies).

Si se te dificulta, apóyate de la Maniobra de Budin, que consiste en aumentar la flexión del feto ejerciendo una presión sobre el fondo uterino con la mano izquierda, evidenciando con ello el dorso, el cual tratarás de identificar por palpación con tu mano derecha.

Ilustración 3.

Segunda Maniobra.



Tercera Maniobra

Confirma la presentación (libre, abocado, encajado).

Ubícate a la derecha de la embarazada y de frente a ella, usa tu mano derecha abierta como pinza, cuyas ramas serían el pulgar, índice y medio en forma de arco para poder abarcar el polo del producto que se aboca o tiende a abocarse en el estrecho superior de la pelvis materna, pinza la parte inferior del abdomen de la madre inmediatamente por arriba de la sínfisis del pubis, al tomarse fija y desplaza lateralmente con tú muñeca haciendo movimientos de pronosupinación (peloteo).

- a) Si la presentación pelotea, esta libre.
- b) Si la presentación no pelotea, esta encajada.

Estos datos los podrás verificar a través del tacto vaginal.

Ilustración 4.

Tercera Maniobra.



Cuarta Maniobra

Esta maniobra permite confirmar la presentación y orienta sobre el grado de descenso de la misma a la pelvis (estación referenciada con el estrecho superior, y no con las espinas).

Dando la espalda a la paciente, se llevan ambas manos hacia el estrecho superior desde ambas fosas iliacas, tratando que ambas se junten en el centro del abdomen inmediatamente por encima de la sínfisis púbica.

Durante el embarazo, la estación fetal, se define como la relación existente entre la presentación y el estrecho superior de la pelvis, definiéndose 4:

Ilustración 5.

Cuarta Maniobra.



Fuente: Caravajal, y Ralph (18)

Flotante: cuando la presentación no está en contacto con el mismo

Insinuada: si la presentación en contacto con el estrecho superior es fácilmente desplazada durante la ejecución de esta maniobra

Fija: ya un poco más descendida, es imposible desplazarla del estrecho, pero permite reconocer las eminencias parietales por encima de la sínfisis púbica

Encajada: es aquella cuya circunferencia parietal ha conseguido franquear el plano del estrecho superior, no se desplaza y no se reconocen las eminencias parietales, incluso con la vejiga vacía.

Definición y objetivos de la normativa ESAMyN

Normativa sanitaria para la certificación como amigos de la madre y del niño, a los establecimientos de salud del sistema nacional de salud, que atienden partos (**ESAMyN**) (19).

Art. 1.- Los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, que atienden partos, que cumplan con los componentes establecidos en esta norma, serán acreedores al reconocimiento honorífico de la Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de Prestadores de Servicios de Salud y Medicina Pre-pagada -ACCESS, mediante una Certificación como "Amigos de la Madre y del Niño" - ESAMyN.

Art. 2.- Los establecimientos de salud que atienden partos, deberán cumplir con los siguientes objetivos específicos:

- a. Contribuir al mejoramiento de la calidad e integralidad de la atención pre-natal.
- b. Promover el parto humanizado y la adecuada atención del recién nacido.
- c. Contribuir a mejorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales.
- d. Proporcionar lineamientos para prevenir la transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis.
- e. Establecer lineamientos para fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna

Componentes de la normativa ESAMyN

Componente Prenatal

Art. 4.- Los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud que atiendan partos, deben cumplir con lo establecido en la “Norma de Educación Prenatal - NEP”, emitida con Acuerdo Ministerial No. 00005325, publicado en el Registro Oficial Edición Especial No. 517 de 26 de febrero de 2016, o documento que lo reemplace, para lo cual desarrollarán las siguientes acciones:

- a. Capacitar al personal de los establecimientos de salud en el contenido de la “Norma de Educación Prenatal”, y,
- b. Aplicar efectivamente las disposiciones de la Norma de Educación Prenatal.

Art. 5.- Para garantizar la cobertura, concentración, calidad y oportunidad de los controles prenatales, según el ámbito y nivel de responsabilidad, el establecimiento de salud deberá:

- a. Aplicar adecuadamente los instrumentos de registro de atención estandarizados.
- b. Asegurar la captación oportuna de la gestante en los establecimientos del primer nivel de atención en salud.
- c. Realizar controles prenatales a las gestantes, según los documentos normativos expedidos por el Ministerio de Salud Pública, vigentes, de acuerdo a su nivel de atención y complejidad.
- d. Garantizar la detección y tratamiento de las gestantes en riesgo, aplicando las herramientas estandarizadas expedidas por el Ministerio de Salud Pública para el efecto, de acuerdo a su nivel de atención y complejidad.

Art. 6.- Para garantizar la cobertura del tamizaje y tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis a todas las gestantes, el establecimiento de salud deberá realizar las siguientes acciones durante los controles prenatales:

- a. Ofrecer asesoría sobre riesgos de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH durante el embarazo.
- b. Tamizar para sífilis y VIH, según las normas vigentes expedidas por el Ministerio de Salud Pública, al menos en el primer control.

Art. 7.- La máxima autoridad del establecimiento de salud debe fomentar la articulación entre el establecimiento y los agentes de la medicina ancestral (parteras y otros actores), para el cuidado del embarazo, parto y puerperio, cumpliendo con las siguientes actividades:

- a. Disponer de un mapeo de actores y agentes de medicina ancestral; y
- b. Establecer mecanismos de articulación entre agentes de la medicina ancestral y el establecimiento de salud.

Componente Parto y Puerperio

Art. 8.- El establecimiento de salud debe promover y garantizar el acompañamiento a la gestante durante la labor de parto, parto y en todo el período de puerperio, por una persona que ella elija.

Art. 9.- El establecimiento de salud debe garantizar un ambiente acogedor y el respeto de prácticas interculturales, conforme a lo establecido en la Guía de Práctica Clínica Atención del Trabajo de Parto, Parto y Posparto Inmediato, emitido mediante Acuerdo Ministerial No. 5203 de 8 de diciembre de 2014. o documento que lo reemplace, lo cual involucra:

- a. Sensibilizar al personal de salud en interculturalidad y prácticas culturales.
- b. Permitir el uso de la vestimenta que las madres deseen, a menos que exista restricción clínica y se le informe las razones por las que no puede usar la vestimenta de su elección.
- c. Permitir la ingesta de líquidos o alimentos ligeros, a menos que esté clínicamente restringido y se informe las razones de la restricción de la ingesta.
- d. Ofrecer a la madre la opción de disponer de la placenta, a menos de que exista una restricción clínica y se le informe de la misma.

Art. 10.- El personal del establecimiento de salud que atiende partos y está en contacto con la madre, deberá alentarla a caminar y a moverse durante el trabajo de parto y asistirle para que asuma el parto normal en libre posición, entendiéndose a la posición que elige la mujer al momento del expulsivo, esto incluye:

- a. Garantizar espacios adecuados para el parto normal en libre posición y el equipamiento de acuerdo a la normativa del Ministerio de Salud Pública.

- b. Socializar los beneficios de la movilización y permitir la misma a la madre durante la labor de parto, salvo que exista una restricción específica por su estado y/o del feto y se le explique la razón
- c. Ofrecer y permitir que las mujeres asuman la posición de su elección para dar a luz, salvo que exista una restricción específica por el estado de la madre y/o feto y se le explique la razón
- d. Capacitar al personal de salud para que atienda partos en libre posición.

Art. 11.- El personal de salud deberá proporcionar métodos para la comodidad de la gestante y alivio del dolor durante el trabajo de parto, considerando el uso de métodos no farmacológicos, para el efecto, el personal debe estar capacitado en manejo de dichos métodos, según la normativa vigente.

Art. 12.- El personal de salud que atiende los partos deberá evitar procedimientos invasivos y cesáreas innecesarias:

- a. Evitar procedimientos invasivos: A menos que estén clínicamente indicados por complicación de la madre y/o del feto y se le explique la razón a la madre, se deben evitar los siguientes procedimientos: la canalización intravenosa de rutina; episiotomías; parto instrumentado; enema; separación, ruptura artificial, o decolamiento de membranas; inducción médica y/o aceleramiento del trabajo de parto: exámenes vaginales repetidos; fluidos intravenosos; monitoreo electrónico fetal continuo (cardiotocografía); control farmacológico del dolor; colocación de catéter urinario; posición supina o de litotomía (piernas en estribos); pujos dirigidos por el personal de salud; presión del fondo uterino (Kristeller); fórceps y extracción por vacío; exploración manual del útero o aspiración del recién nacido, el rasurado perineal es una práctica que no debe realizarse.
- b. Cesáreas innecesarias: Asegurar el cumplimiento de los Lineamientos para la racionalización de la práctica de cesáreas en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, expedidos mediante Acuerdo Ministerial No. 5283, publicado en el Registro Oficial No. 575 de 28 de agosto de 2015, en caso de gestante VIH positivo, se garantizará el parto por cesárea según la normativa vigente.

Art. 13.- El personal de salud que atiende partos deberá cumplir con la aplicación de prácticas integradas a la atención del parto, siendo éstas:

- a. Garantizar el contacto piel a piel inmediato de las madres con sus hijos para proporcionar abrigo y apego, salvo que exista una restricción específica por el estado de salud de la madre y/o el recién nacido, los partos por cesárea con anestesia local o general no son una restricción para esta práctica.
- b. Garantizar la puesta al pecho del recién nacido a la madre dentro de la primera hora posterior al parto para el inicio temprano de la lactancia materna, salvo que exista una restricción específica por el estado de salud de la madre y/o del recién nacido (anexo 2).
- c. Garantizar el pinzamiento y corte oportuno del cordón umbilical el mismo que se realiza transcurrido al menos dos minutos desde el parto o tras el cese de su latido, lo que ocurra primero; salvo que exista una restricción específica por el estado de salud de la madre y/o del recién nacido y se le informe las razones

Art. 14.- El pediatra o personal de salud encargado del cuidado del neonato realizará los procedimientos habituales al recién nacido frente a la madre, para lo que deberá:

- a. Informar a la madre sobre los procedimientos a realizarse al recién nacido; y,
- b. Realizar procedimientos como antropometría, profilaxis ocular y administración de vitamina K, posterior a las prácticas integradas del parto, salvo que exista una restricción específica por el estado de salud del recién nacido, para no interferir con el apego inmediato y el inicio temprano de la lactancia materna

Art. 15.- El personal de salud en contacto con la madre y el recién nacido aplicará los instrumentos estandarizados para la estratificación de riesgos y cumplirá con el manejo de las complicaciones que amenazan la vida de la madre y del neonato, conforme los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud Pública.

Para el efecto, se deberá:

- a. Capacitar al personal de salud sobre la implementación de los instrumentos estandarizados para la estratificación de riesgos y el manejo de complicaciones que amenazan la vida de la madre y del recién nacido, con el fin de mejorar la calidad de atención sanitaria y reducir las complicaciones materno-neonatales; y,

- b. Asegurar que el personal de salud tenga el entrenamiento adecuado y continuo en destrezas de emergencias obstétricas y neonatales.

Art. 16.- El personal de salud deberá permitir y promover el contacto de la madre, padre o familiar autorizado con el recién nacido, así como proveer información sobre la evolución del recién nacido que requiera internación.

Para lo que se deberá:

- a. Garantizar el libre acceso de la madre, padre o familiar autorizado al servicio de neonatología (cuidados básicos, intermedios, intensivos y aislados), a excepción de los momentos en que se realicen procedimientos médicos.
- b. Promover y facilitar la alimentación del recién nacido con leche materna y/o leche humana del banco de leche.
- c. Brindar información sobre la evolución del recién nacido, toda vez que la madre, padre o familiar autorizado así lo requieran.

Art. 17.- El establecimiento de salud debe garantizar el alta de calidad y culturalmente pertinente, conforme al estado de salud de la madre y del recién nacido, para lo cual se debe:

- a. Asesorar a la madre sobre métodos de planificación familiar y proveer o garantizar el acceso al método escogido, de acuerdo a su solicitud.
- b. Informar sobre cuidados y signos de alarma de la madre y del recién nacido de forma clara y comprensible.
- c. Concertar fecha y hora del primer control de la madre y del recién nacido en la primera semana después del parto.

Componente Lactancia Materna

Art. 18.- El personal de salud debe informar a todas las madres de los beneficios y manejo de la lactancia materna, para lo que se les deberá brindar asesoría durante el período prenatal, el parto y el posparto inmediato, principalmente en los siguientes temas: lactancia materna y prácticas que la favorecen, apego inmediato, alojamiento conjunto, alimentación en caso de madre VIH positivo y otras contraindicaciones de lactancia materna.

Art. 19.- El personal en contacto con las madres, deberá ayudarlas para el inicio temprano de la lactancia materna, promoviendo el amamantamiento en la sala de parto. Art. 20.- El personal en contacto con las madres deberá

indicarles cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, incluso en caso de separación de sus recién nacidos. Para el efecto, dicho personal deberá:

- a. Enseñar la técnica adecuada de extracción de leche, informar sobre la posibilidad de donar leche humana y los beneficios para incrementar su producción.
- b. Si la madre decide no amamantar, el personal deberá enseñarle cómo preparar y alimentar correctamente al bebé con fórmula láctea.
- c. Para las madres VIH-positivo o que presenten contraindicaciones para la lactancia materna el personal de salud deberá enseñar cómo preparar el alimento con fórmulas lácteas y la forma cómo suministrar este alimento al niño, así como apoyar la cesación de la producción de leche.

Art. 21.- En el establecimiento no se deberá dar al recién nacido alimento o líquido que no sea leche materna, salvo que estén médicamente indicados, para el efecto, el personal de salud deberá:

- a. Promover la leche materna como único alimento para el recién nacido.
- b. En caso de que la madre decida no amamantar, se deberá analizar con ella las alternativas de alimentación para ayudar a decidir lo más adecuado en su situación, de forma que no se vulnere este derecho para los recién nacidos.
- c. Prohibir el uso de agua glucosada, suero oral y/o sucedáneos de leche materna para probar tolerancia.

Se entiende como sucedáneo de la leche materna a todo alimento comercializado o presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este fin.

Art. 22.- En el establecimiento de salud se practicará el alojamiento conjunto, permitiendo a las madres y recién nacidos permanecer juntos las 24 horas del día, salvo que existan razones clínicamente justificadas que impidan cumplir con esta práctica y se le informe a la madre al respecto, para garantizar el alojamiento conjunto, se colocará al recién nacido con su madre inmediatamente después del nacimiento en la misma habitación, para madres VIH positivo se debe proporcionar el mismo cuidado que aquel de rutina para madres y sus recién nacidos sin ninguna complicación de salud, incluyendo el alojamiento conjunto.

Art. 23.- El personal de salud debe fomentar la lactancia a demanda, esto implica:

- a. No poner horarios de lactancia, ni restricciones en la duración o frecuencia de succión, desde el momento del nacimiento hasta el destete, sea en el día o en la noche; y,
- b. Enseñar a las madres a reconocer las señales de hambre y de saciedad del niño.

Art. 24.- El personal no debe dar biberones ni chupones a los recién nacidos, esto se aplica tanto para los neonatos amamantados como para los alimentados con leche de banco de leche y/o fórmula láctea, en el caso de que las madres decidan utilizar biberones o chupones, el personal debe brindar consejería e informar los riesgos de su utilización.

Art. 25.- En el establecimiento de salud se debe referir a las madres a grupos de apoyo a la lactancia materna al momento del alta.

Para el efecto, se propone que:

- a. El establecimiento forme o promueva grupos de apoyo a la lactancia materna; y,
- b. El establecimiento forme grupos de apoyo exclusivamente para madres que viven con VIH y/o refiera a las madres a grupos ya existentes.

Art. 26.- En el establecimiento de salud se cumplirá con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, lo que implica:

- a. No permitir el contacto directo de representantes de la industria de sucedáneos de leche materna, biberones y/o chupones, con mujeres embarazadas o madres.
- b. No entregar a ninguna embarazada, madre o familiar material de propaganda, muestras gratis o paquetes de regalo que incluyan sucedáneos de leche materna, biberones y/o chupones.
- c. Prohibir en el establecimiento de salud toda publicidad, patrocinio o promoción de la industria de sucedáneos de leche materna, biberones y/o chupones.

- d. En caso de alimentación con sucedáneo de la leche materna justificada por razones clínicas o si la madre lo decide, los envases de fórmula y biberones se deberán mantener fuera de la vista del público.

Score Mamá

Score Mamá: escala de puntuación desarrollada para la detección temprana de morbilidad materna (20).

Capítulo I. Score Mamá

Se debe iniciar con la medición de los signos vitales en el siguiente orden:

Frecuencia Respiratoria

La frecuencia respiratoria es de toma obligatoria ya que cambios en estos signos vitales han sido identificados como ser el indicador más precoz y sensible del deterioro en el bienestar de la paciente.

La evaluación de la frecuencia respiratoria debe llevarse a cabo durante 60 segundos, después de la evaluación de la frecuencia cardiaca, ya que si la mujer toma conciencia de la medición de sus respiraciones, las mismas se verán alteradas.

Para realizar la técnica de la medición de la frecuencia respiratoria se debe simular la toma de frecuencia cardiaca, y se observara los movimientos de la caja torácica para el conteo.

La frecuencia respiratoria deberá ser documentada con un valor numérico en la hoja de evolución en la sección de signos vitales, y en el formulario 051 en el espacio designado para este signo vital, los valores normales aceptables en frecuencia respiratoria de la gestante o puérpera son de 12 a 22 respiraciones por minuto, la taquipnea es evidencia de sepsis hasta que se pruebe lo contrario.

Presión sanguínea

La presión arterial se mide utilizando un brazalete del tamaño correcto, se recomienda que la circunferencia media del brazo (CMB) debe ser medida en todas las mujeres embarazadas particularmente en aquellas con IMC > 29.9kg / m² en su primera visita prenatal, si el CMB es > 33 cm se debe usar el brazalete de adulto grande.

Para realizar la medición, el estetoscopio debe ser colocado en el punto medio del brazo, el mismo que se determina midiendo la longitud de la parte superior del brazo, desde el hombro a la articulación de la fosa antecubital, se

toma el punto medio del brazo como el punto medio entre estos dos puntos de referencia.

La toma de la presión sanguínea de manera electrónica puede subestimar la lectura, se recomienda la toma de presión arterial sanguínea manual si se evidencia una presión elevada.

Frecuencia Cardíaca

El sitio más comúnmente utilizado para evaluar la frecuencia cardíaca en el adulto es la arteria radial, ya que es fácilmente accesible, la arteria braquial se utiliza en la medición de la presión arterial y las arterias carótida y femoral puede ser palpado en el caso de colapso, donde el gasto cardíaco no puede ser detectado en la circulación periférica.

La arteria radial debe ser palpada mediante el índice y el dedo medio, en 30 segundos y se duplica si la tasa es regular, o sesenta segundos si la tasa es irregular.

Los oxímetros de pulso también dan una lectura del ritmo cardíaco, sin embargo, si la mujer tiene una bradicardia o taquicardia detectada electrónicamente, el pulso debe ser evaluado de forma manual, los parámetros normales de frecuencia cardíaca varían entre 60 a 100 latidos por minuto, cualquier valor bajo o sobre estos parámetros es una señal importante que puede indicar una enfermedad subyacente grave, y debe ser investigada a fondo.

Saturación de Oxígeno

Los niveles de saturación de oxígeno reflejan el porcentaje de la hemoglobina arterial saturada de oxígeno en la sangre, y se conoce como SpO₂ (12), los niveles de saturación de oxígeno se miden de forma rutinaria a todas las mujeres, y se prestan mayor atención en las siguientes circunstancias:

- Si la frecuencia respiratoria está fuera de los parámetros normales
- Si una condición médica / obstétrica requiere la medición de los niveles de saturación de oxígeno continuo, por ejemplo, trastorno respiratorio.

La exactitud de la medición depende de un adecuado flujo de sangre a través del conducto de luz, es decir, si la circulación periférica se ha apagado y una mujer se encuentra en un estado crítico, el resultado de SpO₂ puede ser inexacto o imposible de obtener.

La SpO₂ se documentará como porcentaje, los parámetros aceptados para SpO₂ 94 a 100%.

Temperatura corporal

La temperatura debe ser registrado en el sitio apropiado (es decir, por vía oral, axilar, o timpánica) de acuerdo con las directrices locales, asegurando el uso correcto del termómetro, en el caso del SCORE MAMÁ se deberá registrar en la medida de lo posible axilar.

Los parámetros de temperatura aceptados son 35.6 a 37, 2°C., una caída o aumento de la temperatura y las oscilaciones fiebre puede indicar la sepsis, la hipotermia es un hallazgo importante que puede indicar una infección y no debe ser ignorado.

Pirexia puede enmascarse si se han administrado antipiréticos.

Nivel de Conciencia

La respuesta neurológica es una medida de conciencia y de respuesta de la mujer gestante o puérpera

La evaluación de respuesta neurológica debe ser documentada en la celda correspondiente:

- Alerta
- Responde a voz
- Responde al dolor
- Ausencia de respuesta Cualquier caída en el nivel de conciencia siempre debe ser considerada significativa y se debe tomar una acción inmediata.

Proteinuria

La determinación de proteinuria, más la presencia de varios signos clínicos puede indicar, un trastorno hipertensivo del embarazo, una infección, una enfermedad renal subyacente, una muestra contaminada.

Las pruebas positivas transitorias son generalmente insignificantes, debido a los cambios fisiológicos en el embarazo resultantes en presencia de pequeñas cantidades de albúmina y globulina en la orina.

Según la Guía de práctica clínica de trastornos hipertensivos del embarazo 2015, y solamente si los métodos diagnósticos correspondientes no están disponibles, se puede realizar proteinuria en orina al azar con tira reactiva $\geq 1+(10)$.

El método diagnóstico correspondiente es la presencia de proteinuria \geq 300 mg en orina de 24 horas, o relación proteinuria-creatinuria en muestra aislada es \geq de 30 mg/mmol o \geq 26 mg/mg.

Registro del score mamá

El registro del Score Mamá en las mujeres gestantes y puérperas es obligatorio y deberá ser colocado en la historia clínica perinatal, así como en la hoja de evolución de la paciente.

**Manual Práctico de Enfermería en
Gineco - Obstetricia, con enfoque en la
normativa ESAMYN**

Capítulo III

Intervención de
enfermería en las etapas
del parto y puerperio



Definición del parto; pre término, a término y posttérmino

El parto y el nacimiento son procesos fisiológicos, el garantizar los mejores resultados en la atención del parto debe observar la importancia que este proceso tiene en la vida de la mujer, en su bienestar emocional y en la adaptación a la maternidad, así como en el establecimiento del vínculo con su hijo o hija, en el éxito de la lactancia, en el estilo de crianza y en el desarrollo posterior de los niños y niñas (21).

Clasificación según Ministerio de salud pública de Ecuador (2015) (21).

Parto espontáneo/normal/eutócico: Es aquel de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento, el niño o la niña nacen espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas.

Parto inducido: Cuando se logra un trabajo de parto mediante el inicio artificial de las contracciones uterinas para producir borramiento y dilatación cervical mediante el uso externo de medicamentos o maniobras con capacidad contráctil.

Parto inmaduro: Es el que se presenta entre las 20 y las 28 semanas de gestación.

Parto pre-término o prematuro: Es el que se presenta entre las 28 y las 36 semanas de gestación.

Parto a término: Es el que se presenta entre las 37 y 42 semanas.

Trabajo de parto

Contracciones uterinas suficientes en frecuencia, intensidad y duración que producen borramiento y dilatación del cérvix (21).

Fases según Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2015), (21):

Primera etapa de trabajo de parto o período de dilatación: Es la que comienza con el inicio del parto y termina con la dilatación completa.

A su vez, esta primera etapa, tanto en la práctica clínica como en la literatura, se ha subdividido en dos fases: la fase latente y la fase activa.

- Fase latente del trabajo de parto: La fase latente comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta o escasa de la dilatación hasta 4 cm.

- Fase activa de trabajo de parto: Se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación; comienza con una dilatación de más de 4 cm y termina cuando la paciente tiene dilatación completa: 10 cm.

Segunda etapa de trabajo de parto o período expulsivo: es la que comienza con la dilatación cervical completa y finaliza con el nacimiento del feto, alternativamente, también es considerada desde el comienzo del pujo materno con dilatación completa hasta el nacimiento.

Tercera etapa de trabajo de parto o alumbramiento: es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta.

Rol de Enfermería en el proceso de parto

En la actualidad la enfermería se ha constituido en una de las profesiones más reconocidas en nuestra sociedad por la dedicación y vocación que se le asocia a un conjunto de cualidades de la enfermera al momento de brindar su apoyo incondicional hacia los pacientes durante los momentos más difíciles de la vida, cuando se sienten desvalidos y vulnerables (22).

En Ecuador el Ministerio de Salud Pública ha permitido fortalecer la práctica del parto humanizado dentro de las entidades de salud, mediante el subproceso de Normalización de Medicina Intercultural y la importancia del sustento que la enfermera puede generar en la mujer gestante, brindando un proceso más afectivo, que no únicamente se enfoque en el aspecto físico de la mujer, si no que favorezca en la disminución de aquellos sentimientos de temor que suelen presentarse durante el parto (21), (22).

Primera etapa del trabajo de parto (dilatación y borramiento)

Recomendaciones para el personal de salud (21).

Se recomienda que los establecimientos de salud promuevan la atención del trabajo de parto, parto de bajo riesgo por parte de personal debidamente capacitado.

Se recomienda que el personal de atención del trabajo de parto, parto y puerperio esté con la paciente todo el tiempo de su labor, brinde apoyo y acompañamiento adecuado a la embarazada; esto proporciona mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida, sin efectos adversos, la muerte fetal y neonatal general es similar en los diferentes modelos de atención.

Las mujeres que reciben apoyo continuo profesional durante el trabajo de parto tienen mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo y menor probabilidad de:

1. Recibir analgesia regional.
2. Tener un parto vaginal instrumental.
3. Tener un parto por cesárea.
4. Informar insatisfacción con la experiencia de parto.
5. Se recomienda que el personal capacitado para la atención del trabajo de parto, parto y puerperio acompañe y apoye a la embarazada de forma continua.
6. Se recomienda facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección.
7. Se recomienda que las embarazadas en trabajo de parto sean tratadas con el máximo respeto y calidez, dispongan de toda la información acerca de sus opciones y estén implicadas en la toma de decisiones.
8. Se recomienda que el personal de salud que las atiende establezca una relación empática con las mujeres, pregunte por sus expectativas y por sus necesidades, para poder apoyarlas y orientarlas, siendo en todo momento conscientes de la importancia de su actitud, del tono de voz empleado, de las palabras utilizadas y de la forma en que se proporcionan los cuidados.
9. Se recomienda siempre informar al especialista gineco-obstetra responsable del servicio de atención en el primer y segundo nivel de que se está atendiendo un parto, de no contar con especialista en el momento de atención se debe informar a la red de atención y considerar siempre la posibilidad de requerir una referencia oportuna.

Medidas para la preparación del parto Asepsia

La higiene de las manos es la medida más importante de prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención de salud.

Se recomiendan los cinco momentos para la higiene de las manos para proteger a la embarazada, al personal de salud y al entorno sanitario, de la proliferación de patógenos.

Estos cinco momentos son:

1. Antes de tocar a la paciente.
2. Antes de realizar una tarea de limpieza aséptica.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
4. Después de tocar a la paciente.
5. Después de contacto con el entorno de la paciente.

El lavado de manos simple o con gel alcohólico es eficaz en la disminución de infecciones asociadas al cuidado de pacientes.

Un lavado eficaz de manos con jabón líquido no-medicado elimina los microorganismos transitorios y consigue una limpieza efectiva de manos.

Segunda etapa del parto (expulsivo) Duración y progreso

Recomendaciones para el personal de salud (21).

La duración normal del expulsivo depende de cada embarazada, y puede ser:

1. Hasta tres horas para nulíparas sin analgesia epidural.
2. Hasta cuatro horas para nulíparas con analgesia epidural.
3. Para multíparas sin analgesia epidural, hasta un máximo de dos horas.
4. Para multíparas con analgesia epidural, hasta tres horas.

Tercera etapa (alumbramiento) Duración del período del alumbramiento

Recomendaciones para el personal de salud (21).

La tercera etapa del trabajo de parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta, se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato, con manejo activo (comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta)

A partir de los 10 minutos de duración del alumbramiento, con manejo activo, el riesgo de hemorragia posparto aumenta progresivamente con la duración del mismo.

Una duración superior a los 30 minutos tras un manejo activo del alumbramiento se asocia con un incremento significativo en la incidencia de hemorragias posparto.

Manejo del alumbramiento

Se recomienda el manejo activo del alumbramiento con oxitocina IM 10 UI.

El manejo activo de la tercera etapa del parto disminuye el riesgo de hemorragia posparto (HPP) reduce la necesidad de administración de oxitócicos adicionales y acorta la duración de la tercera etapa del trabajo de parto.

Estos efectos también se observan con el uso exclusivo de oxitocina (sin ningún otro componente del manejo activo del alumbramiento).

No se observan diferencias entre el uso de oxitocina y el uso de derivados del cornezuelo de centeno/ergot en cuanto a la disminución de la HPP >500 ml.

Se observó una disminución del riesgo de extracción manual de la placenta en el grupo de oxitocina en comparación con los derivados del ergot.

Las mujeres deben ser informadas (preferiblemente durante la gestación) de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica.

Cuidados del Recién Nacido (RN)

Se recomienda siempre informar al especialista en pediatría/neonatología responsable del servicio de atención en el primer y segundo nivel de que se está atendiendo un parto, de no contar con especialista en el momento de atención, se debe informar a la red de atención y considerar siempre la posibilidad de requerir una referencia oportuna.

Se recomienda que, en la sala de parto, se disponga de una cuna radiante precalentada, campos limpios precalentados para secar al RN y retirarlos inmediatamente después de usarlos.

Baño del Recién Nacido (RN)

No se recomienda el baño inmediato en el RN.

Se recomienda realizar el primer baño cuando la temperatura del RN se haya estabilizado (al menos después de las dos horas de nacido) realizando solamente el lavado de la cabeza, si la acumulación de sangre o secreciones lo amerita.

El baño de todo el cuerpo se considerará posterior a las 12 horas después del nacimiento o si la madre lo solicitare.

La evidencia hace hincapié en la necesidad de esperar para realizar el baño y de no interferir con el contacto piel con piel.

Los RN a término y estables pueden recibir un baño con esponja; no es necesario realizar baño de inmersión.

Se debe tener cuidado de no mojar el cordón umbilical.

Realizar una higiene cuidadosa de oídos, orificios nasales y lugares de acumulación de sangre.

La piel cabelluda se limpia cuidadosamente, así como el exceso de sangre.

Puede limpiarse al bebé en caso de estar cubierto de sangre o líquido amniótico con un algodón impregnado con agua estéril y un jabón neutro no antiséptico.

En caso de fetidez o sospecha de amnioitis, realizar una higiene con jabón.

Se recomienda no quitar el vernix de la piel, ya que este y el líquido amniótico protegen al RN contra la invasión bacteriana al nacimiento.

Identificación del Recién Nacido (RN)

La identificación del RN es responsabilidad de quien lo recibe y atiende.

Se recomienda identificar al RN con manilla de plástico o esparadrapo que llevará en su muñeca izquierda y tendrá impreso con tinta indeleble sin tachaduras o enmendaduras, al menos, los siguientes datos:

1. Nombres y apellidos completos de la madre.
2. Gemelo No. (En caso de gestaciones múltiples).
3. Número de la historia clínica.
4. Género con palabra completa: masculino, femenino o ambiguo.
5. Sala y número de la cama de la madre.
6. Fecha y hora del nacimiento (hora internacional, 0 a 24 horas)

La identificación deberá verificarse y confirmarse en las siguientes circunstancias:

1. Cambio de habitación o sala, aseo o separación del niño de su madre.
2. Antes de entregar el niño a su madre, antes y al momento del alta.
3. Antes de realizar cualquier procedimiento o examen.
4. Las identificaciones de la madre y de su hijo se mantendrán hasta después del alta.

La manilla debe colocarse y verificarse en presencia de la madre o familiar.

El diseño de la pulsera o manilla debe permitir que haya suficiente espacio para incluir toda la información necesaria.

El cierre debe ser irreversible, solo extraíble e intercambiable al cortar y dañarla.

Debe ser de un material, suave, blando y deformable pero resistente, inerte y que no genere reacción local ni heridas en la piel.

Métodos No farmacológicos para el alivio del dolor según la normativa ESAMyN

Proporcionar a la embarazada, métodos y estrategias para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.

Tabla 12.

Matriz de directrices y parámetros.

Paso	Directriz	Descripción/ Indicador	Parámetro de cumplimiento	Fuente de verificación	Nivel de atención que aplica
Proporcionar a la embarazada, métodos y estrategias para el alivio del dolor durante el trabajo de parto	a) Ofrecer métodos no farmacológicos para el manejo del dolor según la norma vigente de educación prenatal	Disponibilidad de medidas no farmacológicas para el alivio del dolor	El establecimiento de salud cuenta con métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en la sala de trabajo de parto y parto	Formulario de observación	Aplica a todos los establecimientos de salud que en su cartera de servicios atiendan partos
	b) Asegurar que los profesionales de la salud que atienden partos estén capacitados en el manejo del dolor con métodos no farmacológicos	Porcentaje de profesionales de la salud del área obstétrica capacitados en manejo del dolor con métodos no farmacológico. No. de profesionales de la salud del área obstétrica capacitados en manejo del dolor con métodos no farmacológicos / Total de profesionales de salud encuestados (x 100)	80% de profesionales de la salud del área obstétrica describe al menos cinco métodos no farmacológicos para manejo del dolor	Formulario de encuesta a los profesionales de salud.	Aplica a todos los establecimientos de salud que en su cartera de servicios atiendan partos.

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Ecuador (23)

Partograma

El partograma es la representación gráfica en un plano cartesiano de la evolución de la dilatación del cérvix y del descenso de la presentación en relación con el tiempo transcurrido de trabajo de parto, las mediciones relevantes que se incluyen en el partograma pueden incluir estadísticas como la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre.

Tabla 13.

Tiempos del trabajo de parto normal.

Etapas del Parto		Tiempos Esperados	
Primera Etapa	Fase Latente	Nulípara	Hasta 20 h
		Múltipara	Hasta 14 h
	Fase Activa		
	Dilatación	Nulípara	1.2 cm/h (6 horas)
		Múltipara	
	Descenso	Nulípara	1.5 cm/h (4 horas) 1 cm/h 2 cm/h
Múltipara			
Segunda Etapa (Expulsión)		Nulípara	90 minutos
Múltipara		60 minutos	
Tercera Etapa (Alumbramiento)		Nulípara	45 minutos
Múltipara		30 minutos	

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Ecuador (21)

Utilidad del partograma (21):

El uso, frente al no uso, del partograma parece reducir la proporción de partos con duración mayor de 18 horas, uso de oxitocina, tasa de sepsis posparto y las tasas de cesáreas, mientras que incrementa el índice de partos espontáneos.

No existe evidencia de diferencias entre el uso y no uso del partograma sobre las tasas de cesáreas, parto vaginal instrumentado y puntuaciones de Apgar <7 a los cinco minutos.

Los partogramas con línea de acción de tres horas comparadas con los de la de cuatro horas incrementan el número de cesáreas (pero no las cesáreas por estrés fetal).

Si se utiliza, se recomienda el partograma de una línea de acción de cuatro horas (se sitúa cuatro horas a la derecha de la línea de progreso, dándose más tiempo antes de emprender alguna acción por retardo de la dilatación).

Episiotomía, episiorrafia y desgarros

La episiotomía consiste en la sección perineo vaginal realizada comúnmente en sentido medio lateral o en la línea media, esta incisión se realiza en muchos países como un procedimiento más dentro de la rutina diaria de la atención de partos, no por esto se debe tomar como imprescindible su uso y realizar episiotomías a todas las mujeres que estén en trabajo de parto (24).

El uso de este procedimiento actualmente está en discusión, muchos profesionales en el área de Ginecología y Obstetricia se preguntan si es realmente necesario realizar la episiotomía a todas las mujeres, sobre todo a aquellas que vivirán un parto vaginal por primera vez, es por esto que se analiza la verdadera utilidad de este procedimiento y si existen criterios para su realización, ya sean estos incluyentes o excluyentes, puesto que hasta ahora la episiotomía se conoce como un procedimiento que se debe hacer si o si a todas las mujeres (24).

Clasificación de la episiotomía Siete tipos de episiotomía han sido relatadas en la literatura médica (24).

1. Mediana: comienza en la comisura posterior y sigue una línea recta hacia el tendón central del cuerpo perineal, este tipo de episiotomía es comúnmente realizada en Estados Unidos y Canadá.
2. Mediana modificada: se modifica la anterior adicionando dos incisiones transversales opuestas, una hacia la derecha y otra hacia la izquierda, esto para proteger el esfínter anal. Juntas no deben medir más de 2-3 cm.
3. Episiotomía en forma de J: esta comienza con una incisión media y se va lateralizando hacia la tuberosidad isquiática para evitar proximidad con el esfínter anal, para esta técnica es mejor usar tijeras curvas
4. Medio lateral: es el tipo de episiotomía más usado en Europa y consiste en hacer una incisión recta desde la comisura posterior hacia la tuberosidad isquiática.
5. Lateral: esta fue descrita en 1850, comienza en el introito vaginal y se dirige directamente hacia la tuberosidad isquiática.

6. Lateral radical: esta es considerada como una incisión no obstétrica, pero a veces se ha usado en partos muy difíciles.
7. Anterior: esta episiotomía se ha relacionado con mujeres que sufrieron mutilación genital.

Actualmente es casi imposible encontrar literatura que incluya esta técnica, de estas, solo se utilizan dos; la incisión mediana y la incisión medio lateral, esto por la facilidad en la técnica y la menor complicación de prolongación de la incisión que estas conllevan (24).

Medidas de confort, seguridad e higiene en el pre y post parto

Posición de la embarazada durante el período expulsivo (21)

Se recomienda que, durante el trabajo de parto y expulsivo, las embarazadas adopten la posición que les sea más cómoda

Las posiciones verticales o laterales, comparadas con supina o de litotomía, se asocian a una menor duración de la segunda etapa de parto, menos nacimientos asistidos, tasas menores de episiotomías, menor dolor agudo durante la segunda etapa y menos patrones anormales de la FCF.

Las mujeres que adoptan posturas de manos y rodillas presentan menor dolor lumbar persistente y encuentran dicha posición como la más cómoda para dar a luz, con menor dolor perineal posparto y con una percepción de un parto más corto (aunque no hubiera diferencias reales de la duración).

En mujeres con analgesia epidural, se observa una reducción de la duración del parto en las posiciones verticales (de pie, caminando, de rodillas, en cuclillas o sentada con inclinación a más de 60 grados) frente a la posición supina durante el expulsivo.

La posición sentada es un factor protector del trauma perineal y también proporciona un mayor confort y autonomía de la madre en el nacimiento.

Medidas de asepsia (21):

Higiene de manos: las manos deben lavarse/desinfectarse inmediatamente antes de cada episodio de contacto directo con la mujer y después de cualquier actividad o contacto que pudiera resultar en una potencial contaminación de las manos, de acuerdo a lo señalado anteriormente.

Vestimenta: la selección del equipo de protección deberá basarse en la evaluación del riesgo de transmisión de microorganismos a la mujer y del riesgo de contaminación de la vestimenta de los profesionales de salud y de la piel por la sangre, fluidos corporales y excreciones o secreciones.

Se recomienda la utilización de trajes impermeables de cuerpo entero cuando exista riesgo de salpicaduras frecuentes de sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones, excepto sudor, a la piel o a la vestimenta de los profesionales de salud, como es el caso de la asistencia al parto.

Se recomienda, en dependencia de la cultura de la mujer en trabajo de parto, se permita el uso de ropa/vestimenta que proporcione un adecuado abrigo a la mujer; en este sentido, la mujer debe conservar su derecho a decidir sobre la vestimenta que utilizará durante su trabajo de parto reconociendo que la misma debe ser limpia

Uso de guantes: los guantes serán siempre estériles, y deberán colocarse inmediatamente antes de un episodio en el que haya contacto con un paciente y retirarse tan pronto la actividad haya finalizado, los guantes deberán ser cambiados cada vez que se atienda a mujeres diferentes y entre actividades diferentes en un mismo paciente.

El uso de guantes en la prevención de infecciones relacionadas con la atención de salud está indicado para la protección de las manos de la contaminación con materia orgánica y microorganismos y para la reducción de los riesgos de transmisión de microorganismos entre las pacientes y el personal.

Uso de mascarillas faciales y protecciones oculares: deberán ser usadas siempre por todo el personal de salud, cuando haya riesgo de salpicaduras de sangre y fluidos corporales en la cara o en los ojos.

Parto humanizado en libre posición con pertinencia intercultural según la normativa ESAMyN

Mejorar la calidad de atención de la Salud Sexual y Reproductiva a nivel nacional, regional y local, adecuando los servicios de salud a la diversidad cultural de la población, de manera que se pueda incidir en la disminución de los índices de mortalidad materna y neonatal, fomentando la atención del parto con adecuación intercultural en los niveles de atención I y II de la red prestadora de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud (SNS) (25).

Objetivos específicos (25):

- Garantizar que el nuevo modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria tenga enfoque intercultural.
- Garantizar que el personal de atención en salud del SNS acepte y aplique la presente guía.
- Promover la participación y el consentimiento informado de las usuarias en todos los procesos de atención médica institucional durante el embarazo y todas las fases del trabajo de parto.
- Promover la participación comunitaria en los procesos de adecuación cultural de la atención del parto en las unidades de atención del SNS, de acuerdo a la realidad local.
- Institucionalizar la atención del parto culturalmente adecuado en los servicios de salud pública y privada para mejorar la calidad y calidez de la atención materno-neonatal.
- Reconocer la existencia de la sabiduría de la medicina tradicional, propendiendo a la revalorización y fortalecimiento de sus conocimientos, actitudes y prácticas dentro de las unidades de salud del MSP.

Adecuación cultural de la atención del parto

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres, por ésta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y demás prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos, además, dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para éste acontecimiento (25).

En este sentido, la adecuación cultural del parto implica realizar cambios estratégicos en la atención del sistema biomédico, para ello, hemos identificado algunos elementos que deben tenerse en cuenta (25):

El Trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares

El primer punto, y quizás el más importante, es el que se refiere a la forma como el personal de salud se relaciona con la paciente y con sus familiares, habitualmente, en el sistema biomédico, el trato del personal de salud hacia el paciente se estructura desde relaciones de poder, donde se ejerce autoridad en base al cargo desempeñado.

No obstante, en contextos multiculturales, la relación de poder se vuelve más compleja en cuanto intervienen criterios culturales, de género y de clase, así pues, las mujeres pobres, campesinas, indígenas y afro descendientes constantemente han sido objeto de maltrato, discriminación y prejuicio, así, por ejemplo, algunas pacientes indígenas de la sierra ecuatoriana usualmente son objeto de crítica por la falta de planificación familiar, y de estigmatización por una supuesta falta de higiene.

Paralelamente, es necesario impulsar procesos específicos de sensibilización con el personal de salud, mediante trabajos de reflexión y análisis de causas y efectos del maltrato en cada uno de las unidades de atención, que desemboquen en una programación de actividades consensuadas por los diversos actores, tendientes a mejorar el trato interpersonal de los prestadores de salud hacia las usuarias y sus familiares.

El acompañamiento durante la atención del parto

Según la cosmovisión indígena, la salud debe ser vista desde una perspectiva holística, el cuidado de la salud debe integrar el cuidado del cuerpo, la protección del espíritu y el resguardo de los riesgos emocionales (susto), desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad, y las prácticas terapéuticas, rituales y simbólicas de la partera comunitaria, este acontecimiento pierde valor y sentido en la soledad del hospital, el parto hospitalario coloca a las mujeres solas frente al médico o la enfermera, son los otros ajenos a su cotidianidad, quienes dominan la situación.

En el parto tradicional toda la familia colabora en las tareas de preparación del parto: en el cocimiento de las aguas, en la limpieza y adecuación del lecho, sin embargo, durante el proceso del alumbramiento generalmente asisten el esposo, la madre, y la suegra de la mujer embarazada: hay mujeres que les gusta que entre el marido con wawas, la mamá y hasta los amigos; hay otros que solo la mamá o solo el marido, pero también hay las que les hacen esperar aparte.

Es decir, el ambiente de familiaridad o de intimidad es respetado como derecho de la mujer quien, en cualquier caso, recibe continuamente el apoyo psicológico de la partera o del partero.

Posición del parto

Como es evidente, la atención del parto en la mesa ginecológica es ampliamente criticada por las parteras o parteros y las comadronas indígenas,

por considerar que la posición horizontal es anti-natural al parto, causando que el wawa se regrese, y la madre pierda la fuerza, por ello, se piensa que la atención del parto en la posición horizontal es uno de los obstáculos principales para que las mujeres indígenas acudan a los centros de salud pública.

Varias investigaciones, incluyendo estudios recientes de la Organización Mundial de la Salud, sustentan con evidencia científica las ventajas del parto vertical para la parturienta y el bebé, como son:

- La acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorece el encaje y el descenso fetales, se estima que la madre gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical.
- La ausencia de compresión de grandes vasos de la madre, como se sabe, la posición supina puede provocar compresión de la vena cava originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia, además de alteraciones en la irrigación placentaria y sufrimiento fetal, afectando de ésta manera la cantidad de oxígeno disponible para el feto, sobre todo si el período expulsivo se prolonga.
- El aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido ántero posterior y 1 en transversal y moldeamiento de la articulación coxo femoral.
- La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo (más abierto) lo que favorece el encaje y la progresión del feto.
- Un mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el período dilatante (como en el expulsivo) facilitando la transición feto-neonatal.
- Una mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia, pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menor riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales.
- Menor presión intra-vaginal, lo que disminuye la resistencia al pasaje del feto por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión coxo femoral, la mayor presión intrauterina y la menor presión intra-vaginal se consideran elementos facilitadores de la salida fetal;

- Proporciona beneficios psico-afectivos y el dolor, en muchos casos, es menos intenso o ausente.
- Permite a la mujer tener una participación más activa en el nacimiento de su hijo.
- Como resultado de las razones expuestas, el trabajo de parto se acorta sensiblemente.

Abrigo / vestimenta

Un elemento importante de la medicina ancestral de las comunidades indígenas de los Andes ecuatorianos, aplicado en la atención del parto y el cuidado del embarazo, es el principio humoral, este principio sostiene que la salud de la persona depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos a los que se está expuesto.

Debido a la importancia del principio humoral en la medicina ancestral, una de las críticas fundamentales de las parteras, parteros y usuarias indígenas hacia el sistema biomédico de salud se refiere precisamente a ciertos procedimientos rutinarios de asepsia como el baño de la parturienta, que en muchas ocasiones implica un cambio brusco de temperatura y exposición al frío, otra crítica se refiere a la práctica de desvestir a la parturientas y luego llevarlas para dar a luz en una sala fría, en cambio, ellas prefieren que la mujer esté bien arropada para que no se enfríe la matriz y se dificulte el parto.

Por ello, su expectativa es que se les permita mantener su propia ropa durante la atención del parto, pues tiene vergüenza que les desnuden.

No les gustaría tener que sacarse toda la ropa, la bata que se les proporcione podría ser de franela para estar abrigada.

De igual manera las usuarias manifiestan que las salas de labor y parto deberían contar con calefactores que permitan mantener una temperatura abrigada durante todo el proceso del alumbramiento.

Alimentación

En cada comunidad existen distintas costumbres sobre la alimentación antes, durante y después del parto: antes de dar a luz, para mantener el calor corporal y durante el parto para tener fuerzas, algunas parturientas ingieren diversas aguas endulzadas con panela: de anís, de manzanilla, de paraguay, de higo, etc. (según el sector), algunas de las infusiones que se preparan a la mujer embarazada responden al principio humoral, funcionando para mante-

ner el equilibrio entre calor y frío, sin embargo, también existen hierbas medicinales que tienen otros fines terapéuticos en el momento del alumbramiento.

Tal es el caso de algunas infusiones que son cuidadosamente administradas por las parteras para facilitar el parto, o en caso de sangrado posterior, por otra parte, ciertas plantas tienen una eficacia natural y simbólica, como en el caso del agua de linaza, o el agua de melloco, que ingieren algunas parturientas para que ayude a resbalar el feto y / o la placenta.

En este sentido, se debe permitir la ingesta de alimentos y bebidas, según las necesidades de la gestante, durante la labor de parto y el post parto, con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorecer el progreso del parto, sin embargo, el personal de salud debe evitar la administración de aguas de plantas medicinales o medicamentos de manera rutinaria y sin criterio, se requerirá la investigación y autorización expresa de la persona responsable de la atención.

Algunas mujeres también quisieran ser alimentadas al poco tiempo de dar a luz, ya sea con alimentos dados por la unidad de salud o que se permita a sus familiares llevar a la institución alimentos tradicionales para las puérperas, como por ejemplo: caldo de gallina, o arroz de cebada.

Información

El personal de salud que presta el servicio de atención del parto, en los niveles I y II, tiene la obligación de estar debidamente informado sobre los avances técnicos y las prácticas locales acerca de la atención del parto, para darlas a conocer a las parturientas y a sus acompañantes, y solicitar de ellos su consentimiento, el personal de salud será el encargado de informar de manera suficiente y clara sobre todos los procedimientos, sus riesgos y consecuencias, cuidando de no confundir ni atemorizar a la parturienta y/o a sus acompañantes, tampoco de condicionar la aceptación de un procedimiento en particular.

Entrega de la placenta

En la cosmovisión andina existe la tendencia a personificar la placenta, en este sentido, se puede entender la importancia de los ritos asociados al entierro de la placenta, que en algunas comunidades se lo realiza al igual que una persona.

En algunas comunidades aymaras incluso se la envuelve en ropa de varón si es niño, o en ropa de mujer si es niña, además se la acompaña con una

serie de ofrendas a los espíritus ancestrales maternos: sebo, ají, sal, azúcar, coca y flores de rosa para que la wawa sea de buen carácter.

Si no se realizan estos ritos se piensa que hay peligro de que la placenta pueda causar alguna enfermedad a la madre o al recién nacido; esto se inscribe en la lógica andina de que la placenta continúa siendo parte de la madre e influye en su estado.

En algunas comunidades existe la creencia que si no se entierra la placenta, ésta puede regresar imbuida de los espíritus encima de la mujer y asustarle, hasta sofocarle, o también se cree que cuando el wawa ya es mayor puede ser loco, o se le puede hacer la dentadura amarilla.

Sin embargo, en algunas comunidades la placenta no reviste la misma connotación que en otras, por ello, la devolución de la placenta debe ser opcional y tomada en cuenta desde esta perspectiva y tomando en cuenta las normas de bioseguridad.

Administración de uterotónicos, dosis, vías de administración y precauciones

Los uterotónicos son fármacos que modulan la fuerza de la contracción uterina, actúan activando el músculo liso del útero, lo cual se traduce en un aumento de la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones, los fármacos uterotónicos se clasifican en: oxitócicos, alcaloides del cornezuelo de centeno y prostaglandinas (26).

Oxitocina

La oxitocina, es una hormona nonapéptida que tiene un papel central en la regulación del parto y lactancia e influye en el comportamiento materno, es producida principalmente en el hipotálamo y liberada en pulsos por la hipófisis posterior, el nivel fisiológico de la oxitocina en plasma durante el embarazo es de 10-10 mol/L y actúa a nivel central como neuromodulador y neurotransmisor; tiene acciones autocrinas, paracrinas y endocrinas (26).

Oxitocina en el parto por cesárea (26):

En la última década múltiples estudios han demostrado evidencia que indican dosis eficaces mucho más reducidas, reportaron un rango de dosis efectiva 90 (DE90) 0,3 a 1 UI en bolo para cesárea electiva (sin exposición previa a oxitocina); por otro determinaron una DE90 de 3 UI en casos de cesáreas después de suspender el trabajo de parto, seguido una infusión continua entre 5 y 10 UI/h, en su estudio no encontró diferencias significativas en la

prevalencia de tono uterino adecuado entre los grupos de estudio a los 2 min (73%, 100%, 93%, 100% y 93% para 0, 0.5, 1, 3 y 5 UI de oxitocina, respectivamente).

Concluyeron que el uso rutinario de 5 unidades de oxitocina durante cesárea electiva ya no puede recomendarse, ya que el tono uterino adecuado puede ocurrir con dosis más bajas de oxitocina (0,5-3 unidades), además, la prevalencia de hipotensión arterial fue significativamente mayor después de 5 unidades de oxitocina.

Como resultado de las respuestas farmacocinéticas, farmacodinámicas clínicas conocidas de la oxitocina, desarrollaron un protocolo estandarizado llamado regla de tres para el uso de oxitocina durante la cesárea para guiar a los profesionales de una manera clara y concisa

Este algoritmo incluye a las mujeres con y sin trabajo de parto; así como, los usos profilácticos y terapéuticos de la oxitocina:

1. 3 dosis de oxitocina IV durante 30 segundos.
2. 3 minutos de intervalo antes de una dosis adicional de oxitocina.
3. 3 dosis totales (carga inicial + 2 dosis de rescate).
- 4) 3 UI/h de oxitocina para infusión de mantenimiento (3 UI/L a 100 ml/h).
- 5) 3 opciones farmacológicas (ergonovina, carboprost y misoprostol) si las 3 dosis de oxitocina son ineficaces.

El protocolo Regla de los Tres para la administración de oxitocina y otros agentes uterotónicos durante el parto por cesárea, se refiere a la fuerza del tono uterino medida por el obstetra en el momento de la cesárea, administración intramuscular (IM); intramiometrial (IMM); intravenosa (IV), la infusión de oxitocina de mantenimiento se puede administrar hasta 8 horas después del parto.

Aunque se ha demostrado que la dosis intravenosa de oxitocina en mujeres de bajo riesgo y sin trabajo de parto es más baja que en las mujeres con trabajo de parto y exposición previa a la inducción o aumento de la oxitocina (ED90 0,35 vs 2,99 UI; es decir a la dosis en la cual el 90% de las pacientes responden adecuadamente a la oxitocina), la dosis única de oxitocina 3IU es eficaz para la prevención de la atonia uterina y la HPP en ambos escenarios, en conjunto, el protocolo Regla de los Tres enfatiza las siguientes precauciones durante la administración de oxitocina después del parto por cesárea:

1. La oxitocina no debe administrarse rápidamente como un bolo IV (menos de 15 segundos).
2. Una dosis inicial de oxitocina debe ser seguida de una infusión de mantenimiento.
3. La dosis inicial y de infusión altas de oxitocina no ofrecen ningún beneficio clínico, pueden causar más efectos adversos y deben ser evitados.
4. Si la oxitocina no produce contracciones uterinas efectivas, se deben administrar otros agentes uterotónicos que actúan a través de otras vías.
5. El uso de oxitocina en pacientes con hipovolemia, preeclampsia, enfermedades cardíacas o pulmonares deben ser vigilados estrechamente para detectar cambios cardiovasculares o respiratorios.
6. Drogas vasopresoras y otros fármacos para reanimación deben de estar disponibles cuando se administre oxitocina.

Carbetocina (26):

La carbetocina [1-deamino-1-carba-2-tirosina (0-metil) oxitocina] es un análogo sintético de la oxitocina que comparte el mismo mecanismo de acción y perfil de seguridad con la oxitocina principal ventaja es su semivida más larga de aproximadamente 40 a 120 minutos lo que conduce a una duración de acción de aproximadamente cuatro a diez veces mayor que la oxitocina.

En varios ensayos y una revisión reciente han comparado la eficacia de la carbetocina y la oxitocina en la prevención de la HPP después de los partos por cesárea, lo más consistente en estos estudios fue la reducción de la necesidad de uterotónicos adicionales en pacientes a los que se les administró carbetocina.

En el de estudio encontraron que la DE90 de la carbetocina fue de 14,8 mcg (intervalo de confianza del 95% 13,7 a 15,8 mg) en cesárea electiva y es menos de un quinto de la dosis actualmente recomendada de 100 mcg, la pérdida sanguínea total estimada (SD) fue de 786 (403) ml y la incidencia global de hipotensión arterial (disminución de la presión arterial sistólica 20% basal) fue del 37,5%, después de 40 mcg administrados no hay mayor efecto de contracción uterina, pero sí es más probable efectos secundarios.

Los efectos secundarios que puede presentar son: arritmias, cefalea, enrojecimiento, hipotensión arterial, dolor abdominal, náuseas, prurito y temblor.

Como desventaja cabe decir que, tiene un costo mayor y que aún hay pocos estudios que la avalen, su uso en la profilaxis debería ser individualizado, se ha demostrado su beneficio para profilaxis sistemática de HPP en cesáreas electivas bajo anestesia regional y con más de un factor de riesgo de sangrado.

Alcaloides del cornezuelo del centeno (26):

Los alcaloides del cornezuelo del centeno (ergonovina o ergometrina y ergotamina) fármacos de segunda línea, es a partir de que se introdujo la metilergometrina o metilergonovina (derivado semisintético de la ergonovina), la cual presenta menores efectos secundarios que otros preparados anteriores del mismo grupo, agonista parcial y antagonista de los receptores serotoninérgicos, dopaminérgicos y alfa-adrenérgicos.

Contraindicado su uso en casos de hipertensión y cardiopatía moderada-severa, por sus efectos secundarios derivados de su acción vasoconstrictora, se han descrito hipertensión, cefalea, retención de placenta, inversión uterina, erupciones cutáneas, espasmo coronario, convulsiones, dolor abdominal, náuseas, vómitos, vértigo, y otros.

En varias revisiones sistemáticas de Cochrane sobre su utilización profiláctica, se concluye que disminuye el sangrado uterino sin necesidad de adicional, otros uterotónicos, que comparada con oxitocina y carbetocina no se asoció a menor HPP y sí a mayor número de efectos secundarios, y que por vía oral no aporta ninguna ventaja frente al placebo, actualmente las recomendaciones de su administración son como uterotónico de segunda línea a dosis de 0,2 mg IV lenta o IM y respetando estrictamente las contraindicaciones.

Prostaglandinas

Las prostaglandinas (PG) son lípidos bioactivos derivados del ácido araquidónico, son sintetizadas dentro de las membranas fetales humanas (amnios y corión) y decidua, juegan un papel importante tanto en la iniciación como en el mantenimiento del trabajo de parto maduración cervical, grupo de fármacos indicados como tercera línea en el tratamiento de la HPP (26).

Actúan como mensajeros de señalización en varias rutas bioquímicas, tienen acciones de manera paracrina o autocrina, median su función por unirse a varios receptores acoplados a Proteínas G (GPCRs), cada PG tiene su propio receptor específico, facilitan el paso de calcio hacia el interior celular e impiden su fijación en el sarcoplasma.

En el miometrio los dos mayores estimulantes de PG son PGF2-alfa y PGE2, los niveles de estas dos PGs dependen del tiempo durante la gestación tardía por lo cual son importantes en el proceso del trabajo de Parto; ambas PGs influyen en la contractilidad miometrial, pero sus efectos varían (26).

Apego precoz, pinzamiento oportuno del cordón umbilical y lactancia materna exclusiva

- **Contacto inmediato piel a piel o apego precoz:** Acercamiento físico entre la madre y su hijo o hija, desde el nacimiento, mientras se pinza y se corta el cordón y posteriormente.
- **Lactancia precoz:** El inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida, luego del parto.
- **Pinzamiento oportuno del cordón umbilical:** Pinzamiento y corte del cordón umbilical cuando han cesado sus pulsaciones, que coincide con dos a tres minutos luego del nacimiento del bebé.

Pinzamiento oportuno del cordón umbilical

En el Componente Normativo Materno Neonatal (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2008) (25), el paso número 16 indica que el cordón umbilical debe ser pinzado y, posteriormente, cortado una vez que ha dejado de latir (de dos a tres minutos luego del nacimiento).

Los pasos a seguir son:

1. Secar al recién nacido con un campo o una sábana limpia, excepto las manos, ya que el olor de esta ayuda al bebé a buscar el seno de la madre.
2. Colocar al recién nacido, siempre y cuando esté completamente activo y reactivo, en posición prona sobre el abdomen descubierto de la madre (piel con piel), donde debe ser abrigado con una frazada seca y caliente, para lograr una transfusión placentaria óptima, el recién nacido debe estar a una altura no mayor ni menor a diez centímetros sobre el nivel de la placenta.
3. Identificar al recién nacido.
4. El momento óptimo para ligar el cordón de los recién nacidos, independientemente de su edad gestacional, es cuando la circulación de este ha cesado por completo, está aplanado y sin pulso (dos a tres minutos después del nacimiento). al cesar las pulsaciones, pinzar y

-
- cortar el cordón umbilical bajo estrictas técnicas de higiene y limpieza.
5. En los recién nacidos prematuros extremos, si las condiciones lo permiten es preciso esperar por el pinzamiento de 30 a 45 segundos.
 6. Si el recién nacido está pálido, flácido o no respira, se debe iniciar las medidas de reanimación, aproximadamente el 90% de neonatos responde a los pasos iniciales de la reanimación, que comprenden el secado y la estimulación.
 7. Registrar el procedimiento en la Historia Clínica Perinatal y el formulario SIVAN.
 8. Tratar de realizar la reanimación con el cordón umbilical intacto debido a que el recién nacido todavía recibe algo de oxígeno a través del cordón.

Ventajas/ beneficios del pinzamiento oportuno del cordón umbilical

En condiciones naturales, una vez que nace el niño o la niña y mientras las arterias umbilicales se contraen de manera espontánea, la placenta transfiere sangre oxigenada y permite dos hechos importantes: mantener la respiración placentaria y aumentar el volumen sanguíneo, con cada contracción materna se tensa la vena umbilical, esto indica que está pasando sangre de la placenta hacia el recién nacido, finalmente, la vena umbilical se contrae, por lo general después de que el niño o la niña han asumido un color más rosado, este proceso tarda entre dos y tres minutos (27).

Apego precoz

Se conoce como contacto temprano o apego precoz al acercamiento piel a piel e inmediatamente después del nacimiento, entre el recién nacido y su madre, este acto ayuda a que el recién nacido se adapte a la vida extrauterina, el paso número 35 del Componente Normativo Neonatal, en el protocolo llamado Manejo de la **Recepción del Recién Nacido** (MSP, 2008) indica que se debe fomentar la lactancia materna precoz y el alojamiento conjunto.

Es muy importante establecer que, para lograr un inicio exitoso de la lactancia, se debe fomentar el apego temprano o contacto inmediato piel a piel.

Los procedimientos en esta etapa son:

1. Colocar al recién nacido desnudo, siempre y cuando esté activo y reactivo, en posición prona, sobre el abdomen descubierto de la madre, piel a piel.
2. No secar las manos del recién nacido para facilitar su progreso hacia el seno materno.
3. una vez realizado el pinzamiento y el corte del cordón umbilical cuando este haya cesado por completo, esté aplanado y sin pulso (aproximadamente dos a tres minutos después del nacimiento) colocar al niño o niña sobre el pecho desnudo de su madre.
4. Cubrir la espalda del niño o niña y el pecho de la madre con un paño seco y caliente y la cabeza del recién nacido con una gorra (que debe estar incluida en el equipo de partos) para evitar la pérdida de calor, la piel de la madre contribuye a regular la temperatura del recién nacido.
5. Motivar a la madre para que acaricie y hable a su hijo o hija.
6. Mantener al recién nacido con su madre en esta posición, por lo menos, durante la primera hora de vida.
7. Postergar los procedimientos de rutina (antropometría, profilaxis ocular y vitamina K) y supervisar tanto a la madre como al recién nacido durante este periodo para detectar o prevenir cualquier complicación.
8. Fomentar el alojamiento conjunto para mantener la temperatura del recién nacido, promover la lactancia frecuente y fortalecer el vínculo entre la madre y el recién nacido.
9. Registrar el procedimiento en la Historia Clínica Perinatal y en el formulario SIVAN.

Ventajas/beneficios del apego precoz

El apego precoz representa grandes beneficios tanto para el niño o niña como para su madre y puede verse afectado por la utilización excesiva de analgesia durante el proceso del parto, por lo tanto, se debe balancear el beneficio materno con el riesgo de la falta de apego o amamantamiento al utilizar analgesia durante el parto.

El periodo sensitivo, provocado por la noradrenalina descargada en el trabajo de parto, se extiende durante las dos primeras horas de vida; es fun-

damental que durante este lapso, el recién nacido sano permanezca con su madre para asegurarle una alerta tranquila y para que pueda grabar las características que le permitirán reconocer a la madre, además, este contacto crea una impronta de seguridad en la personalidad del niño o niña que permanecerá toda su vida.

Lactancia precoz

El paso número 35 del componente Normativo Neonatal (MsP, 2008) indica que se debe fomentar la lactancia materna precoz y el alojamiento conjunto, para lograrlo de una manera exitosa, se deben seguir los pasos descritos a continuación, vinculados íntimamente al pinzamiento oportuno del cordón y al apego precoz:

1. colocar al niño o niña sobre el pecho desnudo de su madre.
2. cubrir al niño o niña con una tela seca y tibia.
3. colocar al recién nacido una gorra para evitar la pérdida de calor.
4. Mantener el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido durante y después del parto, esta práctica alienta y promueve el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida.
5. Después del parto, postergar durante la primera hora de vida todo procedimiento rutinario de atención al recién nacido que separe a la madre de su bebé (antropometría, profilaxis ocular, administración de vitamina K).
6. Brindar consejería y apoyo calificado a las madres, de acuerdo con las normas y manuales de consejería del Ministerio de Salud Pública, para reforzar su confianza y asegurar que el recién nacido se amamante efectivamente, el apoyo debe ser cálido y alentador.
7. Respetar el derecho a la intimidad de la madre.
8. Alentar a las madres en la tarea de amamantamiento frecuente e implementar el alojamiento conjunto en las salas de maternidad.
9. Prohibir las prácticas que han demostrado ser perjudiciales para la lactancia materna:
 - a. La separación de la madre y su recién nacido.
 - b. La administración de otros líquidos como aguas azucaradas o sucedáneas de la leche materna (fórmula).

- c. El uso de biberones y chupones.
- 10. Brindar un servicio de consejería permanente para la madre, el padre y sus familias en todos los temas relacionados con la lactancia materna.
- 11. Registrar los procedimientos en la Historia Clínica Perinatal y en el formulario SIVAN.

Ventajas/beneficios de la lactancia precoz

Desde el nacimiento y durante los primeros seis meses de vida, la leche materna es el único alimento que necesita una niña o niño para su crecimiento y desarrollo físico y emocional, se considera al calostro como oro blanco, no solo por su insustituible composición sino también por el vínculo afectivo que se logra entre la madre y su hijo o hija, a través de la experiencia especial, singular e intensa de la lactancia por primera vez.

La lactancia materna es la intervención más efectiva y económica para prevenir la mortalidad infantil porque previene el 13% de las causas de muerte en menores de cinco años.

No existe evidencia científica que sustente la superioridad de otras leches diferentes a la leche materna, la leche materna brinda beneficios exclusivos para los niños y niñas, sus madres, sus familias y la sociedad, estos incluyen beneficios nutricionales, inmunológicos, gastrointestinales, de desarrollo, psicológicos, sociales, económicos, ambientales e intelectuales.

Ventajas inmunológicas

La leche materna, en especial el calostro, es considerada un agente bacteriostático, bactericida, antiviral, anti- fúngico y antiparasitario, cumple una función de protección inmunológica, a través de los siguientes efectos: incrementa las bacterias saprofitas para impedir la proliferación de bacterias patógenas, impide que las bacterias se alimenten de hierro (libre), disminuye los nutrientes de las bacterias, destruye la pared bacteriana, protege el aparato respiratorio y digestivo (IgA crea un barniz inmunológico) con células vivas de defensa que se disminuyen a las bacterias.

La leche materna protege a los niños y niñas de las principales enfermedades infecciosas, crónicas, inmunológicas, entre otras, las enfermedades infecciosas es la primera causa de muerte infantil en los países en desarrollo.

Éstas pueden ser fácilmente prevenidas con sólo fomentar la lactancia precoz y el consumo de leche materna exclusiva hasta los seis meses de edad y prolongada hasta los dos años y más.

Alojamiento conjunto

Cuidado del recién nacido en alojamiento conjunto (28):

El recién nacido permanecerá en alojamiento conjunto durante su estadía hospitalaria (28):

El periodo de transición corresponde al cambio de la vida intrauterina a la vida extrauterina, se produce en las primeras 4 a 6 horas después del nacimiento.

Existen cambios fisiológicos durante este periodo (28):

- a. Disminución de la presión vascular pulmonar,
- b. incremento de flujo sanguíneo a los pulmones,
- c. expansión de los pulmones con aclaramiento alveolar con mejoramiento de la oxigenación, y
- d. cierre del ductus arterioso.

Durante esta etapa los recién nacidos deben ser monitoreados cada 60 minutos por las primeras 4 horas de vida, para asegurar una transición exitosa, es necesario el monitoreo de algunos parámetros desde la sala de partos y continuar en el alojamiento conjunto (28):

Temperatura: debe ser medida con un termómetro digital, en la axila del recién nacido, la temperatura de oído no se recomienda, por las características anatómicas del conducto auditivo externo en esta edad, que dificultan la medición.

La temperatura normal axilar debe estar entre 36.5 a 37.5°C., una hipotermia inicial puede reflejar fiebre de la madre o sobrecalentamiento del medio ambiente, la persistencia de hipotermia y /o hipertermia puede indicar sepsis y ocasionar cambios metabólicos como acidosis.

Frecuencia respiratoria: la frecuencia respiratoria normal es entre 40 a 60 respiraciones medida en un minuto completo, la taquipnea puede ser un signo de patología respiratoria o cardiaca, la apnea puede ser secundaria a exposición materna a medicamentos, signo de sepsis o problemas neurológicos, para más información consulte la guía de práctica clínica de recién nacido con dificultad para respirar.

Frecuencia cardiaca: el rango normal es de 120 a 160 latidos por minuto, y puede disminuir hasta 85 a 90 por minuto en algunos recién nacidos a término durante el sueño, la frecuencia cardiaca muy alta o muy baja puede indicar problemas cardiacos.

Saturación de oxígeno: la saturación de oxígeno normal es mayor o igual a 90 %, niveles inferiores pueden indicar una enfermedad cardiaca o respiratoria especialmente cuando se presenta junto con cianosis central (labios, lengua y tronco).

Tono: verificar el tono muscular del recién nacido, la hipotonía puede ser secundaria a la exposición materna de medicamentos o puede también indicar un síndrome (ej. síndrome Down), sepsis o problemas neurológicos.

Leche materna y su importancia

Dar de mamar es el mejor comienzo de la vida de un niño o una niña, dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo, el contacto de la piel suave y calentita de la madre, le da tranquilidad y placer al niño o niña, la compañía, la voz, el olor, el mirarlo a los ojos y el contacto con la madre le dan seguridad y estímulo al hijo o hija (29):

Dar de mamar es mucho más que dar alimento: es dar amor, seguridad, placer y compañía.

Ventajas para el niño o niña durante los primeros 2 años

El cerebro humano se desarrolla casi completamente en los primeros 2 años de vida, la leche materna favorece su desarrollo y le da al niño o niña el alimento que necesita para estar bien nutrido, la leche materna contiene los aminoácidos que necesita el normal desarrollo del cerebro, también los protege contra las infecciones y enfermedades, no hay ningún alimento más completo que la leche de la madre para que un niño o niña crezca protegida, inteligente, despierta y llena de vida, por eso, la leche materna es importante durante los primeros años.

El calostro es la primera leche que produce la madre inmediatamente después del parto.

El calostro es espeso; puede ser transparente o amarillo pegajoso, el calostro es una leche muy valiosa porque:

- Tiene todos los elementos necesarios para nutrir al niño o niña desde su nacimiento;

- Protege al niño o niña contra infecciones y otras enfermedades, los niños que toman calostro son bebés más sanos;
- Tiene las dosis de vitamina A y otros micronutrientes que son necesarios desde el nacimiento;
- Protege al niño o niña contra infecciones y otras enfermedades a las cuales la madre ha sido expuesta;
- Es un purgante natural porque limpia el estómago del recién nacido.

Por eso, hay que dar de mamar tan pronto nazca el niño y no es necesario darle chupón, ni agüitas, ni tectitos.

Ventajas para la madre

- La placenta sale con más facilidad y rápidamente
- La hemorragia es menor, disminuye el riesgo de anemia
- La matriz recupera rápidamente su tamaño normal
- La madre tendrá pechos menos congestionados cuando baje la leche
- La leche baja más rápido dentro de los primeros días cuando el niño o niña mama desde que nace
- La madre no tendrá fiebre con la bajada de la leche
- Las mujeres que amamantan a sus hijos o hijas tienen menos riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios
- Durante los primeros 6 meses después del parto, las madres tienen menos riesgo de otro embarazo si no les ha vuelto la regla y si el niño no recibe con frecuencia otra cosa que la leche de la madre durante el día y la noche
- La lactancia facilita e incrementa el amor de la madre a su hijo o hija

La leche materna está siempre lista y a la temperatura que al niño o niña les gusta

La madre lactante no se agota porque:

- No tiene que levantarse de noche,
- No necesita hacer preparaciones especiales, lavar biberones y chupones,
- No debe preocuparse por las infecciones que producen los biberones

nes y chupones mal lavados que pueden llevar al niño o niña a una emergencia médica,

- No debe preocuparse por los gastos de leches, biberones, chupones y combustible.

Ventajas para la familia

Dar de mamar ayuda a que la familia sea más feliz y unida porque:

- Hay menos preocupaciones debido a que los niños o niñas se enferman menos.
- Al no comprar otras leches, biberones, chupones y combustible el dinero de la familia se utiliza mejor.
- El marido aprecia la contribución que hace la mujer cuando amamanta a su hijo o hija.
- Los otros niños o niñas de la familia aprenden lo importante que es amamantar a un bebé.
- Protege la inteligencia y el crecimiento normal de su hijo o hija.

Técnica de amamantamiento de leche materna

1. La madre sostiene el pecho con los dedos formando una C, la madre coloca la cara del niño o niña mirándole el pecho, si el niño o niña no abre la boca la madre le roza los labios con el pezón para que la abra.
2. Cuando el niño o niña abre la boca la madre lo acerca al pecho debe tomar completamente una buena parte de la areola.
3. La barriga del niño o niña debe estar pegada contra la barriga de la madre y la cabeza, la nuca y la espalda del bebé están en línea recta sostenidas por el brazo de la madre.

Técnica de extracción de leche materna

- Con las manos limpias colocar en forma de "C" los dedos pulgares, índice y corazón, dos dedos alrededor de la areola.
- Presionar los senos lactíferos con las yemas de los dedos y empujar hacia adentro rítmicamente, siguiendo el borde de la areola, colocar los dedos en otro sitio de la misma y repetir los movimientos: empujar y presionar, empujar y presionar, recoger la leche en un recipiente limpio, el sacarse la leche toma unos 20 minutos

- La leche se puede conservar sin dañarse en un lugar fresco durante 8 horas, si se refrigera, se conserva durante 48 horas sin dañarse, la leche materna nunca debe hervirse, se puede tibar al baño de maría sólo si la leche está muy fría, debe darse siempre en taza o con cucharita cuidando que estén limpios.

Definición del puerperio normal o patológico

El puerperio es el proceso fisiológico que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación, su duración aproximada es de 40 días (6 semanas) (30).

Etapas del puerperio (30):

- Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 horas.
- Puerperio clínico: es el período que va desde el final del puerperio inmediato hasta que la mujer es dada de alta del medio hospitalario, la duración aproximada es de 2 a 4 días habitualmente.
- Puerperio tardío: su final coincide con la aparición de la primera menstruación.

**Manual Práctico de Enfermería en
Gineco - Obstetricia, con enfoque en la
normativa ESAMYN**

Capítulo IV
Claves Obstétricas



Activación de las claves obstétricas

Considerando que el embarazo y el trabajo de parto son eventos fisiológicos normales, el observar con precisión los signos vitales de la embarazada es parte integral de la atención, hay una posibilidad de que cualquier mujer gestante o en posparto presente riesgo de deterioro fisiológico, y el mismo no siempre se puede predecir (20).

Existe evidencia de que hay un pobre reconocimiento de deterioro de la condición materna y la detección temprana de la enfermedad grave en las madres sigue siendo un desafío para todos profesionales involucrados en su cuidado (20).

Una complicación obstétrica es poco frecuente pero potencialmente devastadora, no solo para el binomio madre-hijo, sino también para su familia y para los profesionales de la salud responsables de su cuidado (20).

En su forma más extrema, las complicaciones obstétricas pueden conducir a la muerte de la mujer o el niño durante el embarazo o puerperio, las complicaciones en el embarazo parto o puerperio pueden darse debido a múltiples condiciones, mismas que se clasifican a posterior en muertes maternas directas, indirectas o incidentales (20).

En consecuencia, la Autoridad Sanitaria, a través de la Gerencia Institucional de Disminución de Muerte Materna a desarrollar un sistema de puntuación de alerta temprana de morbilidad materna (Score MAMÁ), con el objetivo de clasificar el riesgo obstétrico de las mujeres gestantes y puérperas, y precisar la acción necesaria y oportuna para la correcta toma de decisiones, mediante el uso de una herramienta objetiva (20).

Clave roja

Manejo de las hemorragias obstétricas (20):

Activación de la Clave Roja

La activación la realiza la primera persona de salud que tiene contacto con la paciente que presenta sangrado.

La activación de la clave roja puede ocurrir en el servicio de emergencia, pasillos, quirófanos, sala de labor de parto, sala de posparto, hospitalización o en cualquier otro servicio en donde se encuentre toda paciente gestante o puérpera, por lo tanto, se debe definir un mecanismo rápido y eficiente para la activación del mismo que garantice que sea escuchado por el personal in-

volucrado, sin necesidad de realizar múltiples llamadas, por lo que se sugiere que sea por altavoz, alarma o timbre.

La secuencia de la clave roja se basa en 4 niveles y el equipo de respuesta ante la activación de la clave son:

1. Coordinador (a),
2. Asistente 1,
3. Asistente 2,
4. Circulante.

KIT D.E.R ROJO (20)

Dispositivos Médicos

- Bolsa para drenaje urinario Adulto (1)
- Bolsa retrosacal 2000ml (1)
- Cánula nasal de oxígeno, adulto (1)
- Catéter intravenoso periférico 16G, 18G (2 c/u)
- Catéter urinario uretral 14FR o 16FR (2)
- Condón masculino (3)
- Equipo de sutura de cuello uterino (2)
- Equipo de venoclisis (3)
- Esparadrapo común o Esparadrapo poroso (1)
- Guantes quirúrgicos N° 6.5, 7, 7.5, 8 (4)
- Jeringas de 1ml, 5ml, 10 ml (4 c/u)
- Mascarilla de oxígeno, Adulto (1)
- Pinza Aro reutilizable estéril (2)
- Sutura trenzada seda N° 0 ó N°1 (1)

Formularios

- Algoritmos
- D.E.R rojo
- Marcador.

- Pedidos de laboratorio
- Pedidos de sangre

Medicamentos

- Cloruro de sodio líquido parenteral 0, 9% 500 ml (5 fundas).
- Lactato Ringer líquido parenteral 1000 ml (3 fundas).
- Oxitocina líquido parenteral 10 UI/ml (5 ampollas),
- Misoprostol sólido oral 200 mg (4 tabletas)

Hemorragias Obstétricas

No existe una definición universal de la hemorragia obstétrica, porque no se ha establecido claramente, lo que constituye una pérdida sanguínea excesiva, de acuerdo al momento en que se presenta la hemorragia obstétrica se puede clasificar en hemorragia anteparto (HAP) y hemorragia posparto (HPP) (31).

La pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior a 150 ml/min (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50% del volumen), que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, que supera los 500 ml, postparto o 1000 ml post cesárea (31).

Actualmente se define como HPP a la pérdida sanguínea de gran magnitud que produce cambios hemodinámicos (31).

Criterios diagnósticos

Según Asturizaga y Toledo (31):

- Pérdida mayor al 25% de la volemia. (50% de la volemia en 3 horas)
- Descenso del hematocrito 10 o más puntos
- Pérdida aproximada de 150 ml/ minuto en 20 minutos
- Descenso de la hemoglobina 4 gr/dl
- Cambios hemodinámicos que desencadena presencia de síntomas: debilidad, vértigo, síncope y /o signos: hipotensión, taquicardia u oliguria, estos datos están presentes cuando la paciente ha perdido una cantidad importante de sangre.

Clasificación (31):

a) Antes de parto: Placenta previa (0.5%)

- Desprendimiento de placenta (10%)
- Ruptura uterina
- Vasa previa

b) En el puerperio:

Precoz 50% (Primeras 24 horas) Atonía uterina (50 a 60%)

- Traumatismo cérvico-vaginal (20 a 30%)
- Retención de restos ovulares (10%)
- Trastornos adherenciales placentarios
- Inversión uterina

Tardío (Entre las 24 horas y la 6ta. semana)

- Retención de restos ovulares
- Endometriometritis
- Involución anormal del lecho placentario
- Dehiscencia de la histerorrafia

c) Secundarias: Coagulopatías congénitas, adquiridas

- Coagulación intravascular diseminada
- Coagulopatía pos transfusional
- Sepsis intrauterina
- Pre eclampsia /HELLP
- Óbito fetal

Factores de Riesgo de la HAP (31)

- Placenta previa: Edad Materna mayor a 35 años, multiparidad, cicatrices uterinas previas (legrado, aspiración manual endouterina, miomectomía, cesáreas), tabaquismo.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI): Uso de cocaína, sobre-distensión uterino, enfermedades hipertensivas, colagenopatías, antecedente de DPPNI, trauma abdominal, trombofilias.

- Rotura Uterina: Antecedente de cicatrices uterinas, uso iatrogénico de oxitócicos, parto prolongado, malformaciones, infecciones y adenomiosis uterinas.

Protocolo de manejo de la clave roja

Manejo de la Clave Roja

Minuto Cero (0 minutos)

1. Todo el equipo de salud que atiende a la paciente obstétrica debe estar familiarizado con los signos clínicos de shock hemorrágico.
2. El grado de shock lo establece el peor parámetro encontrado (basado en la Clasificación de Basket).
3. Ante Signos de shock y/o cálculo de sangrado superior a 1000ml, ACTIVE LA CLAVE ROJA.
4. Activar al servicio de laboratorio y banco de sangre (donde sea disponible)
5. Alertar al servicio de transporte ambulancia por si la necesidad es de transferencia.

De 1 a 20 minutos

1. El equipo debe colocarse en sus posiciones asignadas, para realizar las funciones establecidas.
2. Administre Uterotónicos

Tiempo 20 A 60 minutos: Tratamiento Dirigido

1. Si el shock es grave subministre sangre ABO Rh específica, idealmente con pruebas cruzadas
2. Infusión de líquidos intravenosos a una velocidad de 50 gotas por minuto o 150 ml/h en bomba de infusión continua si es posible.
3. Continuar actividades de hemostasia (traje antishok no neumático, Balón de compresión)
4. Evalúe la respuesta

a) Sensorio, perfusión, pulso, presión arterial, eliminación urinaria, temperatura, frecuencia respiratoria.

5. Si persiste la hipotensión, revalúe volemia, y considere soporte inotrópico y vasopresor.
6. Si persiste con hipotensión a pesar de la reposición de líquidos, considerar inotrópicos o vasoactivos.
7. Dopamina 200 mcg en 500 cc de solución salina, iniciar a 6mg/kg/min
8. Considere necesidad de cirugía o terminación del embarazo de acuerdo al caso.

Tiempo 60 minutos: Manejo avanzado

1. Disponer de quirófano, hemoderivados, unidad de cuidados intensivos
2. Monitoreo continuo de signos vitales y estado de conciencia
3. Mantener infusión de líquidos
4. Manejo por hematología, ginecología, intensivista
5. Reevaluar tiempos de coagulación, fibrinógeno, dímero D
6. Realizar Gasometría
7. Si Plaquetopenia $\leq 50.000/ml$: reponer plaquetas, cada unidad de 50 ml aporta 5000-8000 plaquetas/ ml.
8. Si TP /TTP son mayores a 1.5 veces, utilizar plasma fresco congelado, dosis 12-15 ml/kg.
9. Si fibrinógeno menor a 100 mg/dl o TP/TTP no se corrige con el plasma, administrar crioprecipitado, dosis 2ml/ kg.
10. Inicie sangre A, B, O RH específicas con pruebas cruzadas
11. Conserve el volumen circulatorio
12. Mantenga actividades de hemostasia
13. Evalúe necesidad de cirugía
14. Evalúe necesidad de unidad de cuidados intensivos
15. No cuenta con UCI TRANSFIERA

Manejo del TANN (traje anti shock no neumático)

El traje antichoque no neumático fue especialmente diseñado para pacientes obstétricas; consta de tres componentes para cada miembro inferior (32):

1. componente pélvico,
2. componente abdominal con una bola de hule espuma y
3. componente de tensión-fijación

Características

- Peso: 3.5 kg
- Elaborado con: neopreno con uniones de velcro
- Resistente
- Alta durabilidad
- Reutilizable (incluso en 100 ocasiones)

Mecanismo de acción

- Ejerce contrapresión circunferencial en los miembros inferiores y la pelvis; esto incrementa la presión en el sistema venoso y genera una derivación de la sangre a la circulación central.
- Al ejercer una compresión externa del útero hace las veces de una contracción sostenida.
- También genera una compresión externa de la vasculatura pélvica y, especialmente, uterina.
- Estos mecanismos incrementan las resistencias periféricas, de la precarga y del gasto cardiaco, gracias a lo anterior hay una mejora inmediata en la perfusión a los órganos vitales; por el segundo mecanismo de compresión uterina el sangrado disminuye.

Indicación

Pacientes con hemorragia obstétrica posparto, poscesárea o posaborto con pérdidas estimadas mayores a 750 ml., o con cambios hemodinámicos que demuestran estado de choque hipovolémico como:

- a) Índice de choque igual o mayor a 0.9
- b) Presión arterial sistólica menor de 90 mmHg persistente

- c) Presión arterial media menor de 65 mmHg persistente
- d) Frecuencia cardiaca mayor de 100 latidos por minuto

Realización de un balón de compresión manual

Estos dispositivos actúan en la cavidad uterina, logrando la detención del sangrado por compresión la pared, debe considerarse que el volumen intrauterino a cubrir es entre 150 y 300 ml (33).

Los dispositivos de Bakri, Rusch y Sengstaken–Blakemore poseen la ventaja de tener un volumen de hasta 500 ml, estos balones no solo comprimen el útero sino que también permite el drenaje de sangre, por este motivo son los recomendados, la tasa de éxito reportada en las distintas series oscila entre 75 y 85%, en donde se detuvo la HPP y se evitó la histerectomía (33)

Si no se consigue controlar la hemorragia en pocos minutos, luego de la colocación e insuflación correcta del Balón, deberá procederse sin demora a la realización de una laparotomía exploradora, generalmente de 4 a 6 horas de permanencia son suficientes, no se aconseja dejarlos más de 24 horas, es conveniente colocar y mantener la sonda vesical durante el tiempo de colocación del balón y administrar antibióticos (EV) de amplio espectro como profilaxis (33).

Complicaciones de las hemorragias obstétricas

Atonía Uterina:

Es la causa principal de la HPP, los factores de riesgo son (31):

- Sobre distensión uterina por gestación múltiple,
- Hidramnios o macrosomía fetal,
- Agotamiento muscular por parto prolongado, rápido y/o gran multiparidad;
- Corioamnionitis por rotura prematura de membrana, se caracteriza por la incapacidad del útero para contraerse y mantener la contracción durante el puerperio inmediato.

Al examen físico se evidencia sangrado transvaginal abundante, rojo rutilante continuo, no doloroso, se palpa un útero aumentado de tamaño flácido con poca o nula respuesta a la estimulación manual, al examinar el canal del parto, no se evidencia laceraciones, el cuello uterino está dilatado y los signos vitales se alteran dependiendo de la cuantía de la pérdida hemática

El manejo activo de alumbramiento reduce el riesgo de HPP en más de un 40%.

El tratamiento se basa en vaciar la vejiga y administrar útero-constrictores, masaje uterino y ocasionalmente medidas quirúrgicas.

Retención Placentaria:

Si luego del manejo activo del alumbramiento y realizar la tracción controlada del cordón, la placenta permanece retenida después de 30 minutos, se establece el diagnóstico de placenta retenida, el primer paso en el manejo de esta patología es la inyección venosa intraumbilical de occitocina: 10-20 U diluidas en 20 ml de solución fisiológica

Si luego de 15 a 30 minutos no se observa signos de desprendimiento se debe realizar una extracción manual de la placenta, se encuentra contraindicada la administración de ergonovínicos, porque puede ocasionar una contracción uterina tónica que retardaría más la expulsión.

Restos Placentarios:

El sangrado uterino persistente, secundario a la expulsión incompleta de la placenta, lo que impide una contracción uterina eficaz por lo que se presenta un sangrado persistente, la conducta más adecuada es la revisión de cavidad uterina y legrado instrumental.

Traumatismo del Canal del Parto:

Asociado a un parto instrumentado, a la presencia de un feto macrosómico, a un parto que ocurre antes de la dilatación cervical completa.

La hemorragia transvaginal puede ser secundaria a laceraciones del cuello uterino o de la vagina, la severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión, desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parametrio.

Se manifiesta con una hemorragia persistente pero menos cuantiosa que en la atonía y la retención de tejidos, su reparación debe realizarse inmediatamente luego de constatarse el desgarro, los cervicales se suturan en quirófano bajo anestesia general y los vaginales o perineales pueden resolverse en sala de partos, poniendo atención a la formación de hematomas.

Placenta Acreta:

Es la adherencia anormal de la placenta al miometrio, el diagnóstico se puede realizar a través de la ecografía durante la gestación, la incidencia de

placenta acreta va en aumento debido al mayor número de cesáreas realizadas, cuando el útero no presenta cicatriz la incidencia de acretismo es del 5% si existe placenta previa.

Con una cicatriz de cesárea previa la incidencia aumenta al 10% y con más de una cesárea previa la incidencia se eleva a más del 50%, de las pacientes presentan placenta ácreta.

Inversión Uterina:

Caracterizada por la triada: Hemorragia transvaginal profusa, dolor y choque, puede ser parcial; la inversión esta aun dentro el conducto vaginal diagnosticada por examen vaginal y total; el útero se exterioriza a través de la vulva.

Hemorragias Ocultas:

Lesiones de la arteria uterina, pueden originar extensos hematomas pelvianos: en ligamento ancho, región para cervical o para vaginal y en retro peritoneo, el diagnóstico es clínico, confirmado por ecografía abdomino-pelviana, cuando el volumen supera los 4 cm de diámetro, requiere tratamiento quirúrgico drenaje y hemostasia.

Hemorragias retroperitoneales secundarias a una histerectomía requieren transfusiones masivas y nueva laparotomía exploradora para efectuar hemostasia, en caso de histerectomía subtotal con sangrado probable de vasos cervico-vaginales se puede realizar una arteriografía de arteria hipogástrica con el objetivo de identificar el vaso sangrante y proceder a su embolización.

Algoritmo de Manejo de la Hemorragia postparto con tromboelastometría (ROTEM):

Partimos en el momento en que se diagnostica hemorragia postparto severo, mismo que se determina por medio de un sangrado igual o mayor a 1500 mililitros o índice de shock igual o mayor 1.

La tromboelastometría permite analizar la formación, fortaleza y lisis del coágulo con resultados válidos en 10 minutos. Ello nos permite realizar un tratamiento dirigido, guiado por objetivos y rápido. Es, por tanto, sumamente útil para el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de la coagulación del paciente agudo.

Por esto es importante conocer a continuación el flujo diagramado para el manejo adecuado de la coagulopatía con ROTEM:

casos de desprendimiento placentario o embolia de líquido amniótico. En una hemorragia se activa la coagulación y se desencadena la fibrinólisis. El dímero D y los productos de degradación de la fibrina aumentan y pueden agravar aún más la hemorragia obstétrica al alterar la contractilidad del miometrio.

Se debe recordar que el tipo de sangrado, su gravedad y el desarrollo de coagulopatía, dependen de la etiología de la misma, por lo que habrá que asociar a esta última con el desarrollo de alteraciones hematológicas específicas, tanto si es una coagulopatía dilucional, debido entre otras causas, a la infusión masiva de líquidos parenterales para asegurar el volumen de sangre circulante o la transfusión de sangre sin factores de coagulación, promoviendo aún más la disminución de la concentración del factor de coagulación sanguínea o coagulopatía de consumo, por lo tanto:

- Atonía uterina y desgarros vaginales se asocian con coagulopatía dilucional.
- El desprendimiento de placenta favorece el desarrollo de hipofibrinogenemia crítica e hiperfibrinólisis.
- Embolia de líquido amniótico, donde se presenta coagulopatía de rápida aparición con hipofibrinogenemia.

Como personal de enfermería debemos estar claros que la administración de fibrinógeno se lo realizara en base a dos criterios cuando el sangrado catastrófico sea igual o mayor a 2500ml o el valor de fibrinógeno en laboratorio será menor a 200mg/dl.

En estos casos se procede de la siguiente forma; el concentrado de fibrinógeno proporciona un reemplazo rápido con volúmenes bajos, por lo cual la evidencia sugiere que 2 gramos de concentrado de fibrinógeno aumentan 100mg/dl el fibrinógeno plasmático.

Rol y cuidados de Enfermería en la clave roja (20):

Asistente 1. Puede ser un médico, enfermera profesional o una auxiliar de enfermería:

- Se coloca en la cabecera de la paciente.
- Explicar a la paciente brevemente los procedimientos a seguir y brindar confianza.
- Permeabiliza la vía aérea con elevación de mentón en casos de pacientes con alteración del estado de conciencia, maniobra de eleva-

ción de mentón, los dedos de una mano se colocan bajo la mandíbula que jalando un poco hacia arriba lleva el mentón hacia adelante, el pulgar de la misma mano baja el labio inferior para abrir la boca, no se debe sobre extender el cuello.

- Suministrar el oxígeno suplementario con mascarilla a 10 litros/minuto o cánula nasal a 4 litros por minuto en caso de no haber mascarilla.
- Tomar la presión arterial, el pulso, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y monitoriza eliminación urinaria y calcula el score mamá.
- Registrar eventos con tiempos en el formulario de la clave azul.
- Reevaluar el estado de la paciente luego de la administración de medicamentos e informa al coordinador.
- Puede colaborar con el coordinador en la realización de procedimientos.
- Cubrir a la paciente para evitar la hipotermia
- Verificar que la paciente este en posición con desviación uterina a la izquierda (esto no aplica en posparto).

Asistente 2. Puede ser un médico, enfermera profesional o una auxiliar de enfermería

- Apertura del kit azul.
- Se coloca a un lado de la paciente.
- Garantizar el acceso de dos vías venosas con catéter N°16 o N° 18, una en cada brazo. (Ideal brazo izquierdo medicación brazo derecho hidratación o manejo de fluidos).
- Toma muestras sanguíneas en los tres tubos (tapa roja, lila y celeste).
- Realiza las órdenes de laboratorio.
- Aplica los líquidos y medicamentos ordenados por el coordinador.
- Puede colaborar con el coordinador en la realización de procedimientos.

Circulante. Puede ser enfermera profesional o una auxiliar de enfermería

- Marca los tubos de las muestras sanguíneas.

- Garantiza que las muestras lleguen al laboratorio y que inicie el procesamiento.
- Garantizar que los profesionales de imagen de la unidad de salud acuden para la realización de exámenes a lado de la cama.
- Llama a más personal de acuerdo al requerimiento del coordinador.
- Puede ser requerido por el coordinador para asistir en un procedimiento.
- Establece contacto con la familia para mantenerla informada, y la información la define el coordinador.
- Encargado de activar la Red para realizar transferida si el caso lo amerita.
- Llenado de formulario 053 para transferencia si el caso lo amerita.

Clave Azul

Manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo con criterio de severidad en establecimientos de salud del primer nivel tipo C y hospitales (20):

Activación de la Clave Azul

La activación la realiza el primer profesional de salud que tiene contacto con la mujer que presenta un trastorno hipertensivo del embarazo con criterio de severidad.

Esta activación de la clave azul puede ocurrir en el servicio de emergencia, en los pasillos, quirófanos, sala de labor de parto, sala de posparto, hospitalización o en cualquier otro servicio en donde se encuentre la paciente gestante o puerpera, por lo tanto se debe definir un mecanismo rápido y eficiente para la activación del mismo que garantice que sea escuchado por el personal involucrado, sin necesidad de realizar múltiples llamadas, por lo que se sugiere que sea por altavoz, alarma o timbre.

El equipo de respuesta ante la activación de la clave está conformado por 4 profesionales de la salud, que son:

1. Coordinador (a)
2. Asistente 1
3. Asistente 2
4. Circulante

KIT D.E.R. AZUL

Dispositivos Médicos

- Bolsa para drenaje urinario Adulto (1)
- Cánula de Guedel tamaño 4, 5 (1 c/u)
- Cánula nasal de oxígeno, adulto (1)
- Catéter intravenoso periférico 16G, 18G (1 c/u).
- Catéter urinario uretral 14FR o 16FR (2)
- Equipo de microgotero (1)
- Equipo de venoclisis (1 unidad).
- Esparadrapo común o Esparadrapo poroso (1)
- Frasco de muestra para orina 30 ml-150 ml (1)
- Guantes quirúrgicos N° 6.5, 7, 7.5, 8 (4)
- Jeringa 20 ml con aguja N° 21G (1)
- Jeringa 50 ml con aguja N° 18G (1)
- Jeringas de 5ml, 10 ml con aguja desmontable (4 c/u).
- Mascarilla de oxígeno, Adulto (1)

Preeclampsia, eclampsia y síndrome de hellp (20):

Eclampsia: Es el desarrollo de convulsiones tónico - clónicas generalizadas y/o de coma inexplicado en mujeres con preeclampsia durante el embarazo, parto o puerperio, no atribuible a otras patologías

Preeclampsia es cuando: TA sistólica ≥ 140 y / o TA diastólica ≥ 90 mm Hg que debe confirmarse en otra toma con una diferencia de por lo menos 15 minutos¹⁰, presente a partir de las 20 semanas de gestación, con la salvedad antes de las 20 semanas en Enfermedad Trofoblástica Gestacional, Síndrome de anticuerpos antifosfolipídicos o embarazo múltiple. Presencia de proteinuria ≥ 300 mg en orina de 24 horas, o relación proteinuria creatinuria en muestra aislada ≥ 30 mg/mmol o ≥ 26 mg/mg y solamente si estos métodos no están disponibles se puede realizar proteinuria en orina al azar con tira reactiva $\geq 1+$ ¹⁰.

Síndrome de HELLP: Complicación de la preeclampsia severa o eclampsia que se caracteriza por presencia de hemólisis, disfunción hepática (en-

zimas hepáticas elevadas) y trombocitopenia. Ante la presencia de náusea, vómito o dolor epigástrico debe sospecharse en síndrome de HELLP. El 12 al 18% de pacientes diagnosticadas con síndrome de HELLP son normotensas, y el 13% no presenta proteinuria, por lo que se debe considerar este síndrome en las pacientes que carecen de los hallazgos clásicos de preeclampsia.

Causas de la preeclampsia, eclampsia y síndrome de hellp (34):

La preeclampsia es un estado de vasoconstricción generalizado secundario a una disfunción en el epitelio vascular, en lugar de la vasodilatación propia del embarazo normal, ello se asocia a isquemia placentaria desde mucho antes de la aparición del cuadro clínico, en lo que parece ser uno de los orígenes de los factores tóxicos para el endotelio vascular. Dicha isquemia parece ser debida a una deficiente placentación en la que no se produciría la habitual substitución de la capa muscular de las arterias espirales uterinas por células trofoblásticas, que es lo que produce una vasodilatación estable que permite aumentar varias veces el caudal de sangre asegurando así el correcto aporte sanguíneo a la unidad fetoplacentaria.

Que conozcamos algunos de los eslabones de la fisiopatología de la preeclampsia no significa que conozcamos su etiología última que sigue siendo desconocida, aunque vamos identificando factores, así podemos citar factores hereditarios por vía materna pero también paterna, factores inmunológicos que explican que se produzca más en la primigesta y más si no ha estado expuesta antes al contacto directo con los antígenos paternos, a factores nutricionales como la falta de ingesta de calcio en algunas poblaciones, todo ello se manifiesta por un desequilibrio entre prostaglandinas vasodilatadoras (prostaciclina) frente a las vasoconstrictoras (tromboxano), quizás mediado por la aparición de exceso de producción de citoquinas proinflamatorias (IL-2, TNF), y de producción de lipoperóxidos capaces ambos de inducir alteraciones endoteliales.

En cualquier caso es fundamental el concepto de que no hay sólo, una lesión placentaria sino que hay una disfunción endotelial general, que afecta a muchos órganos distintos como son el riñón, el cerebro, el hígado pero en especial al sistema cardiovascular por lo que la hipertensión es su expresión más genuina, que con frecuencia se acompaña de edema, aunque no de forma constante, el vasoespasmo y el edema facilitan la reducción del volumen plasmático que lleva a la hemoconcentración característica y a la hipercoagulabilidad, todo ello hace que exista una hipoperfusión multiorgánica que empeora el cuadro a nivel general y fetoplacentario.

Eclampsia

Se denominan así las convulsiones similares a una crisis epiléptica aparecidas en el contexto de una preeclampsia e hiperreflexia, suponen un riesgo vital y pueden ocurrir antes, durante o después del parto.

Síndrome Hellp

El nombre viene del acrónimo compuesto por la abreviación en ingles de los signos que lo caracterizan: hemólisis (HE) elevación de los enzimas hepáticos (EL), y bajo recuento de plaquetas (LP).

Es un síndrome grave de comienzo insidioso, en el que pueden confluir diversas etiologías, pero que lo más habitual es que aparezca en el contexto de una preeclampsia, aunque a veces no sea manifiesta aún en el momento de su aparición, y que suele acompañarse de dolor en epigastrio y/o hipocondrio derecho y malestar general.

Ello causa que a veces se retrase su diagnóstico pensando en una hepatitis, virasis, o una gastroenteritis. Los límites analíticos para el diagnóstico fueron establecidos por Sibai en:

1. plaquetas < 100.000,
2. GOT >70 UI,
3. LDH >600UI,
4. Bilirrubina >1,2 mg/dL o esquistocitos en el frotis sanguíneo.

Signos y síntomas preeclampsia, eclampsia y síndrome de hellp

Signos y síntomas de la preeclampsia y eclampsia (34):

El diagnóstico se establece cuando existe hipertensión (TA>140/90) y proteinuria (>300mg/24 horas), después de las 20 semanas en una gestante anteriormente sana, aparezcan o no edemas, el incremento de proteinuria y de hipertensión en una paciente nefrótica o hipertensa previa se denomina preeclampsia sobreañadida y el manejo clínico es parecido.

La preeclampsia se considerará grave en una gestante anteriormente sana, cuando la tensión arterial sistólica o diastólica superan los valores de 160 y/o 110 respectivamente, cuando la proteinuria es superior a 2 g/24 horas, o aparecen signos de afectación del SNC (hiperreflexia, cefaleas, alteraciones visuales), de Síndrome HELLP (plaquetopenia, elevación de enzimas hepáticos y hemólisis), de insuficiencia cardíaca (edema agudo de pulmón), o de insuficiencia renal (creatinina >1,2 mg/dL), o dolor epigástrico.

Suele acompañarse de signos de afectación fetal por insuficiencia placentaria crónica en forma de signos de restricción del crecimiento intrauterino (RCrCIU), o aguda con signos de Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal (RPBF).

Con el agravante de que la situación fetal suele empeorar al tratar la hipertensión materna grave ya que al descender sus valores se disminuye la perfusión placentaria, y de que los fármacos administrados a la madre dificultan la valoración del estado fetal a través del estudio de la frecuencia cardíaca fetal basal o test no estresante (NST en inglés), por lo que las unidades que traten los casos graves tendrían que disponer de la posibilidad de estudios con ecografía Doppler de forma continuada.

Signos y síntomas síndrome de hellp (35):

El inicio de la enfermedad es rápido, algunas pacientes pueden encontrarse asintomáticas inicialmente; sin embargo, el 90% de los pacientes tiene síntomas inespecíficos que preceden a las manifestaciones clínicas típicas del Síndrome de Hellp.

En 50% de los casos la enfermedad es precedida por edema generalizado y aumento de peso desproporcionado, el dolor abdominal en el hipocondrio derecho o epigastrio es el síntoma más común y puede ser el único síntoma hasta en 50% de los casos.

El dolor abdominal frecuentemente es típico cólico y fluctuante, otras manifestaciones clínicas frecuentes son: cefalea en 60% de los casos, visión borrosa (20%), náusea, vómito y malestar general, en la mayoría de las pacientes la presión arterial puede encontrarse elevada pero en 20% de los casos se encuentra dentro de límites normales, con menos frecuencia se observan datos clínicos relacionados con las complicaciones del síndrome de Hellp, como disnea por edema pulmonar o ictericia por daño hepático.

Factores de riesgos y complicaciones preeclampsia, eclampsia y síndrome de hellp (36):

- Edad materna extrema,
- Bajo nivel socioeconómico,
- Obesidad,
- Nutrición inadecuada,
- Primiparidad,

- Cambio de paternidad,
- Usuaria de métodos anticonceptivos de barrera,
- Donación de gametos,
- Semejanza sistema HLA materno-fetal,
- Antecedentes familiares,
- Mutación factor V Leiden,
- Gen angiotensinógeno,
- Triploidias,
- Deficiencia fetal de la enzima 3-hidroxiacil CoA deshidrogenasa de cadena larga,
- Trisomía 13,
- Síndrome de Beckwith-Weidemann,
- Mola hidatidiforme,
- Hydrops fetalis,
- Hidramnios,
- Embarazo múltiple,
- HTAC,
- Diabetes mellitus,
- Hipertiroidismo,
- Síndromes antifosfolípidos,
- Migraña,
- Altitud,
- Depresión y ansiedad.

Protocolo de manejo de la clave azul

Ante la presencia de uno o más criterios de severidad realice (20):

- Examen físico completo incluyendo evaluación de la vitalidad fetal con auscultación o empleo de doppler fetal si dispone.
- Asegure dos accesos venosos con catéter N° 16 o N° 18.

- Proporcione oxígeno suplementario con mascarilla a 10 litros/minuto o anula nasal a 4 litros por minuto en caso de haber mascarilla.
- Coloque sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección.
- Inicie sulfato de magnesio.
- En caso de Toxicidad por el sulfato de magnesio, aplicar gluconato de calcio al 10%, 1 g por vía intravenosa en 10 minutos.
- Inicio de la Terapia Antihipertensiva (de acuerdo a la disponibilidad de medicamentos en la unidad de salud)
- Exámenes de Laboratorio y gabinete que incluya:
 1. Hemograma con recuento de plaquetas.
 2. Coagulograma.
 3. Creatinina, úrea, ácido úrico, bilirrubinas, transaminasas (TGO, TGP), LDH y frotis Sanguíneo.
 4. Proteinuria en tirilla, relación proteinuria/creatinuria en orina al azar, o Proteinuria de 24 h.

Pruebas de bienestar fetal

1. Registro cardiotocográfico
2. Ecografía obstétrica

Una vez estabilizada la paciente realice:

1. Controle y registre signos vitales (TA, FC, FR, O₂, sensorio), frecuencia cardiaca fetal y reflejos ostiotendinosos cada 15 minutos.
2. Controle y registre diuresis.
3. Asegure el subministro de oxígeno suplementario
4. Evaluar continuamente la presencia de signos premonitorios o signos de encefalopatía hipertensiva.
5. Evaluar el resultado de exámenes para descartar o diagnosticar Síndrome HELLP. Manejo del Síndrome de HELLP.

Evaluación de criterios de finalización del embarazo

1. El momento del parto se basa en la edad gestacional, la gravedad de la preeclampsia, y la condición de la madre y del feto.

2. Se sugiere interrupción del embarazo en pacientes con preeclampsia severa que tengan las siguientes características:
 3. Embarazos menores de 24 semanas.
 4. Embarazo \geq de 34 semanas.
 5. Independientemente de las edades gestacional cuando las condiciones maternas o fetales sean inestables.
- Las convulsiones recurrentes deben tratarse con un bolo adicional de 2 g de sulfato de Magnesio en 5 a 10 minutos y un incremento de la infusión de mantenimiento a 2 g o 3 g/hora, con un monitoreo clínico frecuente para detectar signos de intoxicación por magnesio como pérdida del reflejo rotuliano, frecuencia respiratoria $<$ de 12 por minuto.
 - No se debe exceder la administración de 8 g del sulfato de magnesio sumados los bolos adicionales a la dosis de impregnación en caso de persistencia de convulsiones.
1. Diazepam 5 a 10 mg IV cada 5 a 10 minutos a una velocidad \leq a 5 mg/min y la dosis máxima de 30 mg, el Diazepam controla las convulsiones a los 5 minutos en más del 80% de las pacientes.
 2. Midazolam 1 a 2 mg IV en bolo a una velocidad de 2mg/min, se pueden administrar bolos adicionales cada 5 minutos hasta que cedan las convulsiones⁶⁵ (dosis máxima de 7.5 mg).
 3. Si dos de estos bolos no controlan las convulsiones otros fármacos deben considerarse.

Rol y cuidados de Enfermería en la clave azul (20)

Asistente 1. Puede ser un médico, enfermera profesional o una auxiliar de enfermería:

- Se coloca en la cabecera de la paciente.
- Explicar a la paciente brevemente los procedimientos a seguir y brinda confianza.
- Permeabiliza la vía aérea con elevación de mentón en casos de pacientes con alteración del estado de conciencia., maniobra de elevación de mentón, los dedos de una mano se colocan bajo la mandíbula que jalando un poco hacia arriba lleva el mentón hacia adelante, el pulgar de la misma mano baja el labio inferior para abrir la boca, no

se debe sobre extender el cuello.

- Suministrar el oxígeno suplementario con mascarilla a 10 litros/minuto o cánula nasal a 4 litros por minuto en caso de no haber mascarilla.
- Tomar la presión arterial, el pulso, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y monitoriza eliminación urinaria y calcula el score mamá.
- Registrar eventos con tiempos en el formulario de la clave azul.
- Reevaluar el estado de la paciente luego de la administración de medicamentos e informa al coordinador.
- Puede colaborar con el coordinador en la realización de procedimientos.
- Cubrir a la paciente para evitar la hipotermia.
- Verificar que la paciente este en posición con desviación uterina a la izquierda (esto no aplica en posparto).

Asistente 2. Puede ser un médico, enfermera profesional o una auxiliar de enfermería:

- Apertura del kit azul.
- Se coloca a un lado de la paciente.
- Garantizar el acceso de dos vías venosas con catéter N°16 o N° 18, una en cada brazo, (Ideal brazo izquierdo medicación brazo derecho hidratación o manejo de fluidos).
- Toma muestras sanguíneas en los tres tubos (tapa roja, lila y celeste).
- Realiza las órdenes de laboratorio.
- Aplica los líquidos y medicamentos ordenados por el coordinador.
- Puede colaborar con el coordinador en la realización de procedimientos.

Circulante. Puede ser enfermera profesional o una auxiliar de enfermería:

- Marca los tubos de las muestras sanguíneas.
- Garantiza que las muestras lleguen al laboratorio y que inicie el procesamiento.
- Garantizar que los profesionales de imagen de la unidad de salud acuden para la realización de exámenes a lado de la cama.

- Llama a más personal de acuerdo al requerimiento del coordinador.
- Puede ser requerido por el coordinador para asistir en un procedimiento.
- Establece contacto con la familia para mantenerla informada, y la información la define el coordinador.
- Encargado de activar la Red para realizar transferencia si el caso lo amerita.
- Llenado de formulario 053 para transferencia si el caso lo amerita.

Clave amarilla

Manejo de SIRS, Sepsis Severa y Choque séptico obstétrico (20).

La activación la realiza la primera persona de salud que tiene contacto con la paciente que presenta signos de SIRS, Sepsis severa o choque séptico.

La activación de la clave amarilla puede ocurrir en el servicio de emergencia, pasillos, quirófanos, sala de labor de parto, sala de posparto, hospitalización o en cualquier otro servicio en donde se encuentre toda paciente gestante o púérpera, por lo tanto se debe definir un mecanismo rápido y eficiente para la activación del mismo que garantice que sea escuchado por el personal involucrado, sin necesidad de realizar múltiples llamadas, por lo que se sugiere que sea por altavoz, alarma o timbre.

El equipo de respuesta ante la activación de la clave es:

1. Coordinador (a)
2. Asistente 1
3. Asistente 2
4. Circulante

Algoritmo del kit amarillo

Dispositivos

- Bolsa para drenaje urinario Adulto (1)
- Cánula nasal de oxígeno, adulto (1)
- Catéter intravenoso periférico 16G, 18G (1 c/u).
- Catéter urinario uretral 14FR o 16FR (2)

- Equipo de infusión para bomba (1)
- Equipo de venoclisis (1).
- Esparadrapo común o Esparadrapo poroso (1)
- Frasco de muestra para orina 30 ml-150 ml (1)
- Guantes quirúrgicos N° 6.5, 7, 7.5, 8 (4)
- Jeringa 10 ml con aguja N° 21G (1)
- Jeringas de 5ml, 10 ml (4 c/u).
- Mascarilla de oxígeno, Adulto

Material de laboratorio

- Tubos para extracción de sangre tapa roja (3)
- Tubos para extracción de sangre tapa celeste (3)
- Tubos para extracción de sangre tapa lila (3)

Formularios

- Algoritmos
- Clave amarilla
- Marcador
- Pedidos de laboratorio
- Pedidos de sangre

Medicamentos

- Ampicilina sólido parenteral 1000mg (2)
- Ceftriaxona sólido parenteral 1000 mg (1 amp),
- Clindamicina 150mg/ml (2 amp),
- Furosemida liquido parenteral 10mg/ml (1amp),
- Gentamicina líquido parenteral 160mg/ml (2 amp),
- Metronidazol líquido parenteral 5mg/ ml (1amp)
- Paracetamol líquido parenteral 10mg/ml (1 amp),
- Ranitidina líquido parenteral 25mg/ml (1amp).

Causas del shock séptico

La Sepsis es un síndrome clínico caracterizada por una respuesta inflamatoria sistémica desencadenada por un proceso infeccioso SRIS, provocando un daño tisular generando y creando una cadena de eventos que incrementa y generaliza aún más dicho daño tisular y disfunción de órganos, que potencialmente es letal (37).

Sepsis = SRIS + Evidencia o sospecha clínica de infección.

El SRIS puede aparecer en diversas situaciones como las siguientes: (37):

- Sepsis
- Pancreatitis agudas graves
- Grandes quemados
- Politraumatismos
- Postoperados de cirugía mayor
- Síndrome post cirugía cardíaca
- Vasculitis sistémicas
- Necrosis tisulares extensas
- Enfermedades autoinmunes
- Síndrome antifosfolipídico primario

Signos y síntomas

Se reconoce clínicamente por dos o más de los siguientes criterios:

- Fiebre $>38.3^{\circ}\text{C}$ o $<36^{\circ}\text{C}$
- Frecuencia cardíaca > 90 lpm
- Frecuencia respiratoria > 20 rpm. $\text{pCO}_2 < 32$ mmHg.
- Leucocitosis > 12.000 o < 4.000 o $>10\%$ formas inmaduras.

Factores de riesgo y complicaciones

El riesgo de sepsis aumenta en personas con afecciones que reduzcan su capacidad de enfrentarse a infecciones graves (38).

Entre estas situaciones o trastornos se incluye (38):

- Ser un recién nacido.

- Ser un adulto mayor.
- Estar embarazada.
- Padecer determinadas enfermedades crónicas, como diabetes o cirrosis.
- Tener el sistema inmunitario debilitado por el uso de fármacos que reducen la inmunidad (como los antineoplásicos o los corticoesteroides) o como consecuencia de determinadas enfermedades (como el cáncer, el sida y las enfermedades inmunitarias).
- Haber recibido tratamiento recientemente con antibióticos o corticoesteroides
- Haber sido hospitalizado recientemente (especialmente en una unidad de cuidados intensivos).
- El riesgo también es mayor en las personas más propensas a la entradas de bacterias en el torrente sanguíneo, entre estas personas se incluyen a quienes lleven instalado algún dispositivo médico en su organismo (como un catéter en una vena o una sonda en el sistema urinario, tubos de drenaje o cánulas de respiración), al insertar estos dispositivos médicos, pueden introducirse bacterias en el organismo, las bacterias también se acumulan a veces en la superficie de dichos dispositivos, lo que aumenta la probabilidad de infección y sepsis, cuanto más tiempo permanece instalado el dispositivo, mayor es el riesgo.
- Hay también otras circunstancias que aumentan el riesgo de sepsis:
 - a. La inyección de drogas ilegales: en la mayoría de los casos, ni las drogas ni las jeringuillas utilizadas son estériles, cada inyección puede causar bacteriemia en diferentes grados, las personas que las utilizan tienen mayor riesgo de adquirir otros trastornos que debiliten el sistema inmunitario (como el sida).
 - b. Tener instalada una prótesis articular o una válvula cardíaca artificial, así como ciertas anomalías en las válvulas cardíacas: las bacterias tienden a alojarse y acumularse en estas estructuras, las bacterias pueden ser liberadas al torrente sanguíneo de forma constante o periódica.
 - c. Sufrir una infección persistente a pesar del tratamiento con antibióticos: algunas bacterias que causan infecciones y sepsis son resistentes.

tes a los antibióticos, que no son capaces de erradicar las bacterias resistentes, así, si una infección persiste en personas que tomen antibióticos, es más probable que sea debida a bacterias resistentes a estos y que puedan causar sepsis.

Protocolo de manejo de la clave amarilla

Hora Dorada (Reanimación Inicia) (20)

Reconocimiento temprano de la sepsis es de suma importancia porque la resucitación agresiva para restaurar y mantener la perfusión tisular dentro de las primeras 6 horas, mejora significativamente la supervivencia.

Las metas de la reanimación:

- Presión arterial media > 65mmHG
 - Gasto Urinario > 0.5 ML/KG/HORA
 - Saturación por oximetría > o igual a 70%
 - PVC 8 a 12 (mmHg)
1. Aplicar el score obstétrico para identificar signos y síntomas de gravedad.
 2. Examen físico completo de la madre, más evaluación de vitalidad fetal (si está embarazada) con auscultación o empleo de doppler fetal si dispone.
 3. Asegure dos accesos venosos con catéter N°16 o N°18.
 4. Proporcione oxígeno suplementario con mascarilla a 10 litros/minuto o anula nasal a 4 litros por minuto en caso de haber mascarilla.
 5. Coloque sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección Suministre oxígeno, máscara o Venturi 10 litros /minuto o cánula nasal 4litros / minuto.
 6. Mantenga temperatura corporal.
 7. Tome muestra para exámenes de sangre (usar tubo tapa roja, lila y celeste) y cultivos.
- Biometría hemática con conteo de plaquetas
 - TP, TTP
 - Grupo sanguíneo y factor Rh

- Lactato sérico
 - VSG y Proteína C reactiva
 - Función Renal y Hepática
 - Glicemia
 - Fibrinógeno
 - Hemocultivos para anaerobios y aerobios
8. Realizar Gasometría arterial.
 9. Tomar cultivos de nasofaringe y secreción vaginal.
 10. Si no se consigue el objetivo de saturación de oxígeno, considerar fluidos y transfusión de glóbulos rojos concentrado, para mantener hematocrito mayor o igual y/o iniciar infusión de dobutamina (dosis máxima 20mgr (min) en pacientes con disfunción miocárdica).
 11. Iniciar protección gástrica, de acuerdo a protocolo con remetidita u omeprazol de acuerdo a disponibilidad.
 12. Iniciar antibióticos, sin que la obtención de los cultivos retrase la administración de antibióticos más 45 minutos (HORA DORADA), caso contrario iniciar tratamiento empírico de 1 o más antibióticos que tengan efectividad contra todos los patógenos, bacterias, hongos y viral, y que penetren en concentraciones adecuadas a la fuente de la sepsis de acuerdo al protocolo tomando en cuenta:
 - Historia de la paciente.
 - Intolerancia a medicamentos
 - Aplicación de antibióticos 3 meses previos
 - Susceptibilidad de los patógenos en la comunidad y en el hospital previamente documentada
 - Enfermedades subyacentes de la paciente

Administrar antibiótico de amplio espectro

- Ampicilina/sulbactam 1,5 a 3,0 g IV cada 6 horas + Clindamicina 600 mg IV cada 6horas.
- Ceftriaxona 1 g IV cada 12 horas + Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas

- Piperacilina Tazobactam 4.5 g IV cada 6 horas.
- Gentamicina 3-5 mg/kg

13. Restitución de Líquidos

Usar cristaloides o coloides: Administrar 1 lt de cristaloides, o 300 a 500 ml de coloide por 30 minutos, aumentar la velocidad si hay hipoperfusión PVC >8 (en ventilación mecánica >12 mmHg).

14. Vigilancia Fetal

- Debe establecerse el momento preciso en el que el feto se encuentra con riesgo de pérdida de bienestar
- Elaborar un plan de seguimiento fetal que permite un momento óptimo para interrumpir la gestación
- En caso en el que el feto no se encuentre en etapas de viabilidad (dada por cada centro hospitalario) que según la literatura mundial es de 26 semanas, la conducta debe basarse en el riesgo materno y no en el estado fetal.
- La monitorización fetal está indicada a una edad gestacional compatible con el potencial de supervivencia extrauterina.
- Circunstancias en las cuales está indicada la interrupción del embarazo son:
 - Deterioro considerable del estado materna
 - Restricción del crecimiento intrauterino severo
 - Anhhidramnios
 - Flujo diastólico reverso u ausente de arteria umbilical
 - Madurez pulmonar fetal.

15. Iniciar asistencia hemodinámica y tratamiento auxiliar de acuerdo a las recomendaciones del protocolo de manejo de sepsis.

En un plazo de 3 horas

1. Medir el nivel de lactatos
2. Administrar antibiótico de amplio espectro
3. Administrar 30 ml/kg de cristaloides en caso de hipotensión a pesar de la reanimación inicial o si el lactato esta menor a 4mmol/litro.

En un plazo de 6 horas

1. Aplicar vasopresores en hipotensión que no responde a la reanimación inicial con fluidos de acuerdo a protocolo
2. En caso de hipotensión arterial persistente:
 - Medir presión venosa central
 - Medir saturación de oxígeno venosa central
 - Volver a medir lactato si inicialmente era elevada
3. Considerar las indicaciones de ingreso a cuidados intensivos de acuerdo a protocolo de sepsis obstétrica
4. En pacientes embarazadas considerar las potenciales indicaciones maternas y fetales (parto), de acuerdo a las mencionadas en el protocolo de sepsis obstétrica.

Rol y cuidados de Enfermería en la clave amarilla (20):

Asistente 1. Puede ser un médico, enfermera profesional o una auxiliar de enfermería

1. Se coloca en la cabecera de la paciente
2. Explicar a la paciente brevemente los procedimientos a seguir y brinda confianza
3. Permeabiliza la vía aérea con elevación de mentón en casos de pacientes con alteración del estado de conciencia, maniobra de elevación de mentón: los dedos de una mano se coloca bajo la mandíbula, se jala un poco hacia arriba para llevar el mentón hacia adelante, el pulgar de la misma mano baja el labio inferior para abrir la boca, no se debe sobre extender el cuello.
4. Suministra el oxígeno suplementario con mascarilla a 10 litros/minuto o anula nasal a 4 litros por minuto en caso de haber mascarilla.
5. Tomar la presión arterial, el pulso, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y monitoriza eliminación urinaria y calcula el score mamá.
6. Registra eventos con tiempos en el formulario de la clave amarilla.
7. Revalúa el estado de choque luego de la administración de medicamentos e informa al coordinador.

8. Puede colaborar con el coordinador en la realización de procedimientos.
9. Cubre a la paciente para evitar la hipotermia.
10. Si la paciente está embarazada con más de 20 semanas de gestación, verifica que este en posición con desviación uterina a la izquierda.

Asistente 2.- Puede ser un médico, enfermera profesional o una auxiliar de enfermería

1. Apertura del kit amarillo
2. Se coloca a un lado de la paciente
3. Garantizar el acceso de dos vías venosas con catéter N16 o 18, una en cada brazo. (Ideal brazo izquierdo medicación brazo derecho hidratación o manejo de fluidos)
4. Toma muestras sanguíneas en los tres tubos (tapa roja lila y celeste) y toma muestras para cultivos.
5. Realizar gasometría
6. Realiza las ordenes de laboratorio e imagen (Hemoglobina, hematocrito, plaquetas, tp, ttp, fibrinógeno, VSG, determinación de grupo sanguíneo Rh, y pruebas cruzadas, transaminasas, función renal, urea creatinina, bilirrubinas, lactato, procalcitonina) (cultivos para anaerobios, aerobios), (radiografía, ecosonografía o resonancia)
7. Aplica los líquidos y medicamentos ordenados por el coordinador.
8. Puede colaborar con el coordinador en la realización de procedimientos.

Circulante. Puede ser un médico, enfermera profesional o una auxiliar de enfermería

1. Marca los tubos de las muestras sanguíneas y de cultivos.
2. Garantiza que las muestras lleguen al laboratorio y que inicie el procesamiento.
3. Garantizar que los profesionales de imagen de la unidad de salud acuden para la realización de exámenes a lado de la cama.
4. Llama a más personal de acuerdo al requerimiento del coordinador.

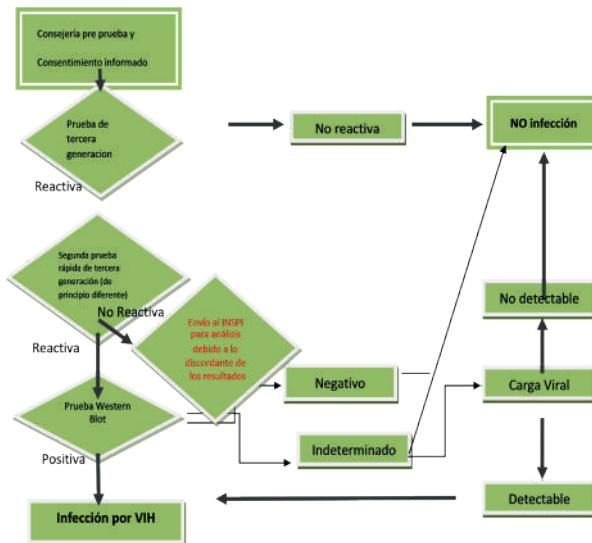
5. Puede ser requerido por el coordinador para asistir en un procedimiento.
6. Establece contacto con la familia para mantenerla informada, y la información la define el coordinador.
7. Encargado de activar la Red para realizar transferencia si el caso lo amerita.
8. Llenado de formulario 053 para transferencia si el caso lo amerita.

Kit verde

Se trata de un pack que contiene los medicamentos antirretrovirales más eficaces y un antibiótico profiláctico, Cotrimoxazol (39).

Ilustración 7.

Algoritmo del kit verde.



Fuente: Ministerio de Salud Pública de Ecuador (39)

Tabla 14.

KIT profilaxis de la transmisión materno – infantil VIH.

Farmacos	Presentacion	Dosis	Indicación
ZIDOVIDINA (AZT)	200mg/20MI (ampolla)	2mg/Kg de peso durante 1 h Luego 1mg/kg de peso/hora hasta finali- zar el parto	En toda mujer con diagnóstico VIH anterior al parto, independientemente del uso de ARV En toda mujer con diagnóstico de VIH durante el parto, sin haber usado ARV
NEVIRAPINA (NVP)	200mg tabletas	200 VO una dosis	En toda mujer con diagnóstico de VIH durante el parto, si haber usado ARV en el embarazo
CARBEGOLINA	0.5mg tabletas	1mg/VO dosis única	Primer día post parto

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Ecuador (39).

Ilustración 8.

Algoritmo para el manejo de Embarazadas diagnóstica con VIH.



Fuente: Ministerio de Salud Pública de Ecuador (39)

**Manual Práctico de Enfermería en
Gineco - Obstetricia, con enfoque en la
normativa ESAMYN**

Referencias



1. Roberts S. The Core Competencies for Basic Midwifery Practice: critical ACNM. *J Nurse Midwifery*. 1997; 24(1): p. 32-36.
Avery MD. The history and evolution of the Core Competencies for Basic Midwifery Practice. *J Midwifer y Womens Health*. 2005; 20(2): p. 102-107.
2. Borges L, Sixto A, Sánchez R. Historia de las enfermeras obstétricas: importancia de sus cuidados en la atención al parto. *Revista Cubana de Enfermería*. 2018; 34(3): p. 696-706.
3. Guana M. *Enfermería Ginecoobstétrica México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A;* 2009.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). El Nacimiento no es una enfermedad, Declaración de Fortaleza. 4560-4567.
Dirección Ejecutiva de Normas Técnicas para infraestructura en salud. Normas técnicas para proyectos de arquitectura hospitalaria. Guía. Perú: Ministerio de Salud, División de Inversiones y Desarrollo de la red asistencial.
5. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Componente Normativo Materno Neonatal. Quito.
6. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. Quito.; Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional.
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. *Prog Obstet Gineco*. 2018; 61(5): p. 510-515.
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Control Prenatal. Guía Práctica. Quito.
9. Crispin D, Durán J. Correlación Clínica y Ultrasonográfica de la edad gestacional. *Rev Med La Paz*. 2019; 25(2): p. 21-24.
10. OMS, OPS. Guía de campo sobre la inmunización materna y neonatal para Latinoamérica y el Caribe. Washington, D.C.
11. Martínez R, Jiménez A, Peral A, Bermejo L. Importancia de la nutrición durante el embarazo. Impacto en la composición de la leche materna. *Nutr. Hosp*. 2020; 37: p. 38-41.
12. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Alimentación y nutrición de la madre en período de lactancia. Quito.
13. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Alimentación y nutrición de la madre en período de lactancia. Quito.

15. Alfaro A, Castejon I, Magán R. Embarazo y salud oral. Revista Clínica de Familia. 2018; 11(3): p. 144-148.
16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Tratamiento odontológico en embarazadas: Guía Práctica Clínica. Quito.
17. Maldonado J. Salud Mental Perinatal. Informe. Washington, D. C: O.P.S.
Caravajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología. Novena Edición ed. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019.
18. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normativa sanitaria para la certificación como amigos de la madre y del niño, a los establecimientos de salud del sistema nacional de salud, que atiendan partos ESAMyN. Norma Jurídica. Quito.
19. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Score Mamá, Claves y D.E.R. obstétricos. Quito:, Subsecretaría Nacional de Provisión de los Servicios. Gerencia Institucional de Implementación de Disminucion Mortalidad Materna.
20. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. Quito.
21. Vaca K, Jiménez A. Rol de Enfermería en el Cuidado y Atención del Parto Humanizado. Revista de Investigación y Desarrollo I-D. 2021; 14: p. 110-115.
22. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño – ESAMyN”. Norma técnica. Quito.
23. Berzain M, Camacho L. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Rev Cient Cienc Med. 2014; 17(2): p. 53-55.
24. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado. Guía Técnica. Quito.
25. González P, Martínez G, Olivero Y. Agentes uterotónicos: algoritmo poscesárea. Rev. Chil. Anest. 2022; 6: p. 662-668.
26. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Protocolo para la implementación de prácticas integrales del parto. Guía Práctica. Quito: Coordinación Nacional de Nutrición.
27. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención integral a la niñez. Manual. Quito.
- 28.

29. UNICEF. Lactancia Materna. Quito.
Gracia J, Alonso J, Martínez E. Complicaciones del puerperio: mecanismos fisiopatológicos y principales hallazgos radiológicos asociados. Elsevier Espana. 2020; 63: p. 22-28.
30. Asturizaga P, Toledo L. Hemorragia Obstrétrica. Rev. Méd. La Paz. 2014; 20(2): p. 57-62.
31. Meade P, Fernández J, Díaz H. Traje antichoque no neumático: una opción en el tratamiento de la paciente con hemorragia obstétrica. Ginecol. obstet. Méx. 2018; 86(3).
32. UNICEF. Manual breve para la práctica clínica en EMERGENCIA OBSTÉTRICA. Buenos Aires- Argentina.
33. Cararach V, Botet F. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008;: p. 142-145.
34. Gutiérrez C, Alatorre J, Cantú O. Síndrome de Hellp, diagnóstico y tratamiento. Rev Hematol Mex. 2012; 13(4): p. 195-198.
35. Teppa A, Terán J. Factores de riesgo asociados con la preeclampsia. Rev Obstet Ginecol Venez. 2011; 61(1): p. 49-53.
36. Vera O. Sepsy Y Shock Séptico. Revista Cuadernos Número Especial. 2019; 61(71): p. 1562-1565.
37. Forrester J. Septicemia y choque séptico. EEUU.
38. Ministerio de Salud Publica de Ecuador. Guía de Prevención y control de la transmisión materno infantil de VIH y Sifilis congénica. Guía. Quito.
Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. (2024). Guía de práctica de manejo de la hemorragia obstétrica con tromboelastometría rotacional. Quito - Ecuador : Md Antonio Heras G.
- 39.
- 40.

Manual Práctico de Enfermería en Gineco - Obstetricia, con enfoque en la normativa ESAMYN



Publicado en Ecuador
Abril 2024

Edición realizada desde el mes de noviembre del 2023 hasta marzo del año 2024, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman.
Portada: Collage de figuras representadas y citadas en el libro.

Manual Práctico de Enfermería en Gineco - Obstetricia, con enfoque en la normativa ESAMYN

AUTORES INVESTIGADORES



Erik Omar Salazar Martínez



Mishel Estefanía Arana Ayala



Yessenia Pilar Guano Rodríguez



Mayra Cecilia Poaquiza Poaquiza



Wilmer Alex Guanotaxi Simaliza



Yessenia Abigail Mendoza Añamíse



Fernanda Micaela Ruiz Imbaquingo



Erica Pricila Moya Moya



Dennis Alejandra Portilla Valencia



María Virginia Zambrano Bravo

ISBN: 978-9942-654-09-0



9 789942 654090

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.