



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
GERENCIA MÉDICA**

# **Manual Teórico para la Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud**

**CÓDIGO.MT.GM.DDSS.AAIP.260121  
VERSIÓN 01**

**Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud  
Área de Atención Integral a las Personas  
Programa de Normalización de Atención a la Mujer**

**2022**

Equipo Constructor:	<p>Dr. Alexander Bullio Guillén, Médico Gineco-obstetra, Subespecialista en Medicina Materno Fetal, Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva</p> <p>Dr. Ana Rosa Cordero Fernández, Médica Gineco-obstetra, Subespecialista en Medicina Materno Fetal, Hospital Calderón Guardia</p> <p>Dr. Franklin Escobar Zárate, Médico Gineco-obstetra, Subespecialista en Medicina Materno Fetal Hospital San Vicente de Paul</p> <p>Dra. Jéssica Castillo Esquivel, Enfermera Obstetra, Hospital San Vicente de Paul</p> <p>Dra. Karla Araya Vargas, Médica Gineco-obstetra, Hospital México</p> <p>Dr. Rodrigo Azofeifa Soto, Médico Gineco-obstetra, Subespecialista en Medicina Materno Fetal Hospital, Hospital San Juan de Dios</p>	
Equipo Metodológico:	<p>Dra. Angélica Vargas Campos, Médica Gineco-obstetra, Programa de Normalización Atención a la Mujer, Área de Atención Integral a las Personas</p> <p>Dra. Hellen Porras Rojas, Médica, Programa de Normalización Atención a la Mujer</p>	
Asesoría Gerencia Médica:	<p>Dra. Carla Gríos Dávila, Médica Gineco-obstetra, Asesora de Despacho, Gerencia Médica</p>	
Colaboradores:	<p>Dra. Adriana Arias Guillén, Médica Gineco-obstetra, Hospital San Vicente de Paul</p> <p>Dr. Joaquín Bustillos Villavicencio, Médico Gineco-obstetra, Hospital San Juan de Dios</p> <p>Dra. Johanna Cristina Garita Arce, Psicóloga, Clínica Ricardo Moreno Cañas</p> <p>Dra. Johanna Murillo Sandino, Médica Gineco-obstetra, Hospital San Juan de Dios</p> <p>Dr. Jorge Arturo Alvarado Blanco, Médico Gineco-obstetra, Hospital México</p> <p>Dra. María Elena Artavia Mora, Enfermera Obstetra, Coordinación Nacional de Enfermería</p> <p>Dra. Nereida Arjona Ortegón, Programa Normalización de la Atención al Niño y la Niña</p> <p>Dr. Manrique Leal Mateos, Médico Gineco-obstetra, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia</p> <p>Dra. María Viviana López Herrera, Trabajadora Social, Hospital San Juan de Dios</p> <p>Dr. Milton Arce Barrantes, Enfermero Obstetra, Hospital de San Carlos</p> <p>Dr. Rafael Montero Ramírez, Médico Gineco-obstetra, Hospital México</p> <p>Dra. Rita Peralta Rivera, Médica Gineco-obstetra, Hospital Calderón Guardia</p> <p>Dra. Shirley Acuña Chinchilla, Médica Anestesióloga, Hospital México</p> <p>Dra. Lucía Quirós Ramírez, Médica, Dirección de Compras Servicios de Salud</p> <p>Dra. Ana Lorena Torres Rosales, Coordinadora, Coordinación Nacional de Laboratorios Clínicos</p>	
Validación del Manual Teórico por:	<p>Lcda. Celenia Corrales Fallas, Trabajadora Social, Coordinación Nacional de Trabajo Social</p> <p>Msc. Melissa Bermúdez Otárola, Trabajadora Social, Programa Institucional para la Equidad de Género</p> <p>Dra. Jaqueline Monge, Enfermera Obstetra, Coordinación Nacional de Enfermería</p> <p>Dra. María Griselda Ugalde Salazar, Enfermera Obstetra, Jubilada</p> <p>Dra. Kenia Quesada Mena, Psicóloga, Programa de Normalización de la atención a la población indígena</p> <p>Dra. Maritza Solís Oviedo, Enfermera, Programa de Normalización de la atención de enfermedades crónicas no transmisibles</p> <p>Dr. Harold Segura Quesada, Médico Psiquiatra, Programa de Normalización de la Atención a las Adicciones</p> <p>Dra. Tatiana Mata Chacón, Médico, Programa de Normalización de la Atención a las Adicciones</p> <p>Dr. Edgar Acuña Ulate, Enfermero, Programa de Normalización de la Atención a las Adicciones</p> <p>Dra. Karen Bonilla Salas, Psicóloga, Programa de Normalización de la Atención a la Violencia</p>	<p>Dra. Ana Lucía Herrera Jiménez, Odontóloga, Coordinación Nacional de Odontología</p> <p>Msc. Lorna Gámez Cruz, Abogada, Coordinadora Programa Institucional para la Equidad de Género</p> <p>Dra. Marta Vindas González, Psicóloga, Coordinadora, Coordinación Nacional de Psicología</p> <p>Dr. Alfonso Villalobos Pérez, Psicólogo, Coordinación Nacional de Psicología</p> <p>Dra. Gloria Terwes Posada, Médica salubrista, Programa de Normalización de la atención al VIH - SIDA y las ITS</p> <p>Lcdo. Ricardo Gómez Solís, Profesional en Educación Física, Programa de Normalización de la atención de enfermedades crónicas no transmisibles</p> <p>Dra. Jéssica Navarro, Médica, Programa de Normalización de la Atención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles</p> <p>Dra. Ana Lorena Madrigal Vargas, Médica Pediatra, Programa de</p>

	<p>Dr. Marco Díaz Alvarado, Médico Cirujano especialista en Psiquiatría y Salud Pública de Adolescentes, Programa de Normalización de la Atención a los y las Adolescentes</p> <p>Dra. Nineth Alacón Alba, Medicina General y Salud Materno Infantil con Énfasis en Salud Pública, Programa de Normalización de la Atención a los y las Adolescentes</p> <p>Dr. Minor Sequeira Solano, Trabajador Social, Programa de Normalización de la Atención a los y las Adolescentes</p> <p>Dr. Carlos Garita Arce, Psicólogo, Programa de Normalización de la Atención a los y las Adolescentes</p> <p>Dra. Fanny Morera Alvarez, Médica General, Área de Salud Paquera</p> <p>Dra. Antonieta Peña Vega, , Enfermera Obstetra, , Hospital La Anexión</p> <p>Dra. Mirna Gutiérrez, Enfermera Obstetra, Hospital La Anexión</p> <p>Dra. Cindy Gabriela Cordero Araya, Enfermera Obstetra ,Hospital Carlos Luis Valverde Vega</p> <p>Dra. Julieth Rodríguez Murillo, Enfermera Obstetra, Área de Salud Alajuela Norte</p> <p>Dra. Yorleny Venegas Picado, Enfermera Obstetra, Área de Salud Santo Domingo</p> <p>Dra. Mariana Méndez Salazar, Enfermera, Hospital Dr. Escalante Pradilla</p> <p>Dra. Andrea García Angulo, Enfermera Obstetra ,Hospital Golfito Manuel Mora Valverde</p> <p>Dr. Carlos Iván Sosa Quesada, Médico Gineco-Obstetra, Hospital Monseñor Sanabria</p> <p>Dra. Yensy Steller Morales, Médica, Hospital Monseñor Sanabria</p> <p>Dr. Jorge Granados Rivera, Médico Director General, Hospital San Vito</p> <p>Dra. Nancy Larios Medina, Médica Gineco-Obstetra, Hospital México</p> <p>Dra. Lucía Sandoval Chávez, Médica Gineco-Obstetra, Hospital México</p> <p>Dra. Rebeca Cortés Solís, Médica General, Área de Salud de Esparza</p> <p>Dra. Leda María Vargas Aguilar, Directora Médica, Área Salud de Bagaces,</p> <p>Dra. Francel Gómez Castillo, Enfermera Obstetra, Área de Salud de Carrillo</p> <p>Dr. Randall alvarado Mendez, Médico General, Área de Salud de Hojancha</p> <p>Dra. Silvia Elena Viquez Aguirre, Directora Médica , Área de Salud de Jicaral-Islas</p> <p>Dra. Alejandra Sequeira Victor, Médica, Clínica de Chacarita</p> <p>Dra. Adriana de los Angeles Solórzano Rodríguez , Médica, Área de Salud Chacarita</p> <p>Dra. Carolina Madrigal Zaglul, Médica, Área de Salud Chacarita</p> <p>Dr. Juan Lisandro Quesada Araya, Médico, Área de Salud Chacarita</p> <p>Dr. Mario Alberto Marín Rojas, Médico, Área de Salud Chacarita</p>	<p>Normalización de la Atención al Niño y la Niña</p> <p>Dra. Adelaida Mata Solano, Psicóloga, Programa de Normalización de la Atención al Niño y la Niña</p> <p>Dra. Marlene Montoya Ortega, Nutricionista, Programa de Normalización de la Atención al Niño y la Niña</p> <p>Dra. Dra. Alexandra Cháves Ardón, Enfermera, Programa de Normalización de la Atención al Niño y la Niña</p> <p>Dr. Jeison Mora Granados, Enfermero Obstetra, Hospital San Rafael de Alajuela</p> <p>Dra. Edith Vega Calvo, Enfermera Obstetra, Hospital San Francisco de Asís</p> <p>Dra. Denia Peraza Masís, Enfermera Obsteta , Área de Salud Alajuela Sur</p> <p>Dra. Sonia Alfaro Céspedes, Enfermera Obstetra, Área de Salud Alajuela Oeste</p> <p>Dra. Tania Mena López, , Enfermera Obstetra, Área de Salud San Rafael de Heredia</p> <p>Dra. Kattia Solano Delgado, Enfermera Obstetra, Área de Salud Pérez Zeledón</p> <p>Dr. Pablo Francesco Mora Castiglioni, Enfermero Obstetra, Hospital San Vito</p> <p>Dra. Adriana Hernández Chan, Enfermera Obstetra, Hospital Tomás Casas Casajús</p> <p>Dra. Yamileth Jiménez Varela, Enfermera Obstetra, Hospital Tomás Casas Casajús</p> <p>Dr. Arturo Baxter Lothrop Saballos, Médico Director , Área de Salud Corredores</p> <p>Dr. Jorge Arturo Mora Sandí, Médico Gineco- Obstetra, Hospital San Juan de Dios</p> <p>Dr. Rodney Gonzalez Herrera, Médico Gineco- Obstetra, Hospital Tomás Casas</p> <p>Dra. Marisol Mora Solis, Enfermera Obstetra, Área de Salud de Buenos Aires.</p> <p>Dr. Josue Aguilar Otoy, Jefatura Médica, Área de Salud de Upala</p> <p>Dra. Andrea Garro, Médica General, Área de Salud de Abangares</p> <p>Dr. Joe Zamora López, Médico General, Area de Salud de Liberia</p> <p>Dr. Juan Ignacio Rodríguez Rodríguez, Médico General Área de Salud de Colorado</p>
--	--	--

	<p>Dra. Lilliana Salazar Chacón, Médica, Área de Salud Chacarita</p> <p>Dr. Joe Zamora López, Director General, Área de Salud de Liberia*</p> <p>Dra. Andrea Cascante Campos, Enfermería, Área de Salud Esparza*</p> <p>Dra. Milagros Campos Baltodano, Obstetricia, Hospital Enrique Baltodano Briceño*</p> <p>Dr. Carlos Sandí Delgado, Dirección Médica, Área de Salud Orotina San Mateo*</p> <p>Dra. Alejandra Barrantes Solano, Trabajadora Social, Área de Salud Cariari*</p> <p>Dra. Carolina Montero Torres, Psicología, Área de Salud San Rafael de Puntarenas*</p> <p>Dra. Rita María Vilanova Acuña, Psicología, Área de Salud Chómes/Monte Verde; Sede Monte Verde*</p> <p>Dra. Ana Gomez Porras, Psicología, Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Región Pacífico Central*</p> <p>Dra. Alejandra Salazar Jiménez, Psicología, Área de Salud Esparza*</p> <p>Dra. Vanessa Mora Guerrero, Psicología, Área de Salud Quepos*</p> <p>Dr. Rafael Angel Arroyo Venegas, Psicólogo Clínico del Área de Salud de Chacarita*</p> <p>Dr. José Marvel Garcia Acosta, Director Médico, Área de Salud de Nandayure*</p> <p>Dra. Yelena Zumbado Bustamante, Psicología, Área de Salud Paquera*</p> <p>Dra. Ninfa Salas González, Psicología, Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Región Huetar Norte*</p> <p>Dra. Mariela Chaves Arias, Trabajo Social, Área de Salud Limón*</p> <p>Dra. Cynthia Villalobos Arias, Trabajadora Social, Área de Salud de Desamparados 3*</p> <p>Dra. Alejandra Vargas Rodríguez, Enfermera Obstetra, Área de Salud de Goicoechea 2*</p> <p>Dra. Dora Elizabeth Araya Mojica, Médico General Área de Salud Chomes Monte Verde*</p> <p>Dra. Irene Cordero Núñez, Enfermera Obstetra, Área de Salud Esparza*</p> <p>Dra. Alejandra Trejos Chacón, Enfermera Especialista en Salud Mental, Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur*</p> <p>Dra. Lydia Castellón Ortiz, Psicología, Hospital Ciudad Neilly*</p> <p>Dra. Lucía Mora Mayorga, Psicología, Clínica</p> <p>Dr. Marcial Rodríguez Conejo*</p> <p>Dra. Siannie Palmer Miller, Enfermera Gineco-obstetra, Área de Salud de Talamanca*</p> <p>Dr. David Díaz Chavarría, Director Médico a.i., Área de Salud Parrita*</p> <p>Dra. María del Rocío Hernández Arroyo, Enfermera Obstetra, Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte*</p> <p>Dra. Lilly Espinoza Álvarez, Médico General, Área de Salud Bagaces*</p>	<p>Dr. Luis Antonio Calvo Chaves, Médico Gineco- Obstetra, Hospital Enrique Baltodano Briceño</p> <p>Dr. Jose Retana Arias, Director Médico, Área de Salud Santa Cruz</p> <p>Dr. Carlos Andrés Porras Alfaro, Médico de Consulta Externa, CAIS Cañas</p> <p>Dra. Dora Elizabeth Araya Mojica, Médica, Área Salud de Chomes Monte Verde</p> <p>Dra. Milagros Campos Baltodano, Enfermera Obstetra, Hospital Enrique Baltodano Briceño</p> <p>Dra. Karla Padilla Quesada, Médica del Trabajo, Área de Salud Guápiles</p> <p>Dra. Kimberly Araya Mellado, Médica Gineco- Obstetra, Hospital Tony Facio</p> <p>Dra. Lorna Chavarría González, Médica Gineco- Obstetra, Hospital de Guápiles</p> <p>Dra. Victoria Villalobos Segura, Médica General, Área de Salud de Talamanca</p> <p>Dra. María Gabriela Sandí Sandí, Médica, Área de Salud Chacarita</p> <p>Dra. Gabriela Cordero Araya, Enfermera Obstetra, Hospital Carlos Luis Valverde Vega</p> <p>Dr. Enrique Valverde Aguilar, Médico, Área de Salud de Limón</p> <p>Dra. Esmeralda Gómez Juparez, Trabajo Social, Hospital La Anexión*</p> <p>Dra. Marta Villagra Hernández, Trabajo Social, Dirección de Red Integrada en la Prestación de Servicios de Salud Chorotega*</p> <p>Dra. Denise Salas Castillo, Psicología Clínica, Hospital La Anexión*</p> <p>Dra. Andrea Cascante Campos, Enfermería, Área de Salud Esparza*</p> <p>Dra. Isabel Sing Bennett, Psicóloga Clínica, Hospital Dr. Tony Facio Castro de Limón*</p> <p>Dra. Ana Yance Angulo Quirós, Psicología, Área de Salud San Rafael de Puntarenas*</p> <p>Dra. Stefani Jiménez Arias, Médico General, Área de Salud San Rafael de Puntarenas*</p> <p>Dra. Milena Ruiz Varela, Médico General, Área de Salud Matina*</p> <p>Dra. Dania Zúñiga Carvajal, Psicología, Área de Salud Desamparados 3*</p> <p>Dra. Cindy Patricia Segura Pérez, Trabajo Social, Área de Salud Orotina - San Mateo*</p> <p>Dr. Javier Coronado Villagra, Médico, Área de Salud la Cruz*</p>
--	--	---

		Dr. Rafael Eduardo Matamoros Morales, Enfermero Obstetra, Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur*
Revisado por	Dr. José Miguel Angulo Castro, Jefe, Área de Atención Integral a las Personas	
Aprobado por:	Mario Mora Ulloa, Médico Enlace por parte de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud – Gerencia Médica	
Avalado por:	Dr. Randal Álvarez Juárez, Gerente Médico Mediante Oficio GM-7060-2022 y GM-7413-2022 16 de junio de 2022 (Anexo #1)	
Fecha de emisión	2022	
Próxima de revisión	2027	
Observaciones	<p>La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento. No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud / o de a Organizaciones Participantes.</p> <p>El equipo constructor de este documento declara que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en su realización. Que no poseen relación directa con fines comerciales con la industria sanitaria en dicho tema, no han recibido dinero procedente de la investigación o promoción de dicho tema. Además, declaran no haber recibido ninguna directriz de parte del solicitante o pagador (CCSS) para variar técnicamente los resultados presentados en este documento.</p>	

\*: Profesionales que participaron sólo en la validación del Módulo 5 “Abordaje diferenciado y amigable a la Adolescente en condición de Embarazo, Parto y Posparto.

## Índice

<b>Presentación</b>	<b>7</b>
<b>Introducción</b>	<b>9</b>
<b>1. Abreviaturas</b>	<b>11</b>
TABLA NO 1. ABREVIATURAS	11
<b>2. Definiciones</b>	<b>12</b>
<b>3. Referencias normativas</b>	<b>16</b>
TABLA NO 2. NORMATIVAS NACIONALES E INTERNACIONALES	17
<b>4. Alcance</b>	<b>19</b>
<b>5. Objetivos</b>	<b>19</b>
<b>6. Metodología de construcción y proceso de validación</b>	<b>20</b>
<b>7. Contenido Teórico</b>	<b>22</b>
<b>Módulo 1. Atención Preconcepcional</b>	<b>22</b>
<b>Módulo 2. Planificación Local por Nivel de Atención</b>	<b>39</b>
<b>Módulo 4. Atención de la labor de parto y parto de Bajo Riesgo</b>	<b>50</b>
TABLA NO 3. ESTADIFICACIÓN CLÍNICA DEL SHOCK HEMORRÁGICO POR VOLUMEN DE PÉRDIDA DE SANGRE	80
TABLA NO 4. CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE CHOQUE	84
TABLA NO 5. RESUCITACIÓN CON HEMODERIVADOS	84
TABLA NO 6. ÍNDICE DE CHOQUE	85
<b>Módulo 5. Asistencia durante el puerperio y egreso</b>	<b>86</b>
<b>Módulo 6. Abordaje diferenciado y amigable a la adolescente en condición de embarazo, parto y posparto</b>	<b>89</b>
TABLA NO 7. DESARROLLO FÍSICO E IMAGEN CORPORAL	91
TABLA NO 8. DESARROLLO INTELECTUAL	91
TABLA NO 9. DESARROLLO AFECTIVO Y CONDUCTUAL	92
TABLA NO 10. EDAD GESTACIONAL PARA CITA CON ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRICIA Y/O MEDICINA MATERNO FETAL	96
<b>Módulo 7. Poblaciones especiales y discapacidad</b>	<b>106</b>
<b>Módulo 8. Depresión posparto</b>	<b>109</b>
<b>8. Contacto para consultas</b>	<b>113</b>
<b>9. Anexos</b>	<b>114</b>

<b>Anexo No 1. Oficio aval de Gerencia Médica</b>	<b>114</b>
<b>Anexo No 2. Encuesta de Validación</b>	<b>116</b>
<b>Anexo No 3. Ultrasonografía</b>	<b>118</b>
TABLA NO 11. HALLAZGOS ECOGRÁFICOS NORMALES EN EL ULTRASONIDO TRANSVAGINAL DURANTE EN EL I TRIMESTRE	118
<b>Anexo No 4. Localización del fondo uterino en embarazo de un solo producto</b>	<b>119</b>
<b>Anexo No 5. Consideraciones especiales en el embarazo</b>	<b>120</b>
TABLA NO 12. FACTORES DE RIESGO PARA LA REALIZACIÓN DE TAMIZAJE DE DIABETES EN EL I TRIMESTRE	120
TABLA NO 13. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES EN EL I TRIMESTRE	120
TABLA NO 14. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL. ESTRATEGIA DE UN PASO	121
TABLA NO 15. HALLAZGOS CLÍNICOS DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO	122
TABLA NO 16. TRATAMIENTO ADECUADO EN LA MADRE GESTANTE SEROREACTIVA O CON ANTECEDENTE DE SÍFILIS	126
<b>Anexo No 6. Lista de Verificación de la atención segura durante la labor, el parto y el posparto</b>	<b>130</b>
<b>Anexo No 7. Definición del estado nutricional durante el embarazo</b>	<b>131</b>
TABLA NO 17. CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL	131
<b>Anexo No 8. Maniobras de Leopold</b>	<b>133</b>
<b>Anexo No 9. Amniorrexis</b>	<b>134</b>
<b>Anexo No 10. Protocolo para el manejo RPM</b>	<b>135</b>
<b>Anexo No 11. Maniobras de reanimación inútero</b>	<b>136</b>
<b>Anexo No 12. Interpretación y manejo de la frecuencia cardíaca fetal durante la labor de parto</b>	<b>137</b>
<b>Anexo No 13. Lineamiento para el Manejo de la Oxitocina en los Tres Niveles de Atención</b>	<b>138</b>
TABLA NO 18. CRITERIOS PARA USO DE OXITOCINA	138
TABLA NO 19. EFECTOS ADVERSOS EN EL MAL USO DE LA OXITOCINA	140
TABLA NO 20. COMPLICACIONES DE LA SOBREDOSIS DE OXITOCINA	140
TABLA NO 21. DILUCIÓN DE LA OXITOCINA Y CONCENTRACIÓN EN MU/MIN EN ML/H	141
TABLA NO 22. DOSIS INICIAL Y MANEJO ACTIVO DE LA OXITOCINA	142
<b>Anexo No 14. Técnica Zea. Pinzamiento de arterias uterinas</b>	<b>143</b>
<b>10. Referencias</b>	<b>144</b>

## Presentación

Es primordial, para la Caja Costarricense de Seguro Social, un enfoque de atención de la usuaria embarazada, innovador y basado en la evidencia científica. Por lo que las directrices institucionales, tienen el propósito de situar a las mujeres en el centro de la atención, mejorar la experiencia que tienen del embarazo y garantizar que los niños(as) tengan el mejor inicio posible en la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo en el que todas las mujeres embarazadas, recién nacidos del mundo reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal<sup>1</sup>. En el continuo de los servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud como la promoción de la salud, el tamizaje y el diagnóstico y la prevención de enfermedades. Se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas<sup>1</sup>. De modo significativo, la atención prenatal también ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades y brindarles apoyo en un momento decisivo de la vida de una mujer.

Por lo anterior, este **Manual Teórico para la Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud**, presenta información sobre la atención prenatal, la atención del parto y el posparto, la importancia de establecer una comunicación eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales y brindar un apoyo eficaz de tipo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas de una manera respetuosa durante estos periodos. Además, proporciona información teórica basada en evidencia científica que permita a los funcionarios la actualización continua, para complementar la práctica asistencial con otros documentos de normalización técnica.

El presente Manual Teórico contribuirá a la actualización de los conocimientos científicos, a la homogenización del manejo de atención prenatal, parto, puerperio de bajo riesgo, con el fin de incidir en la identificación de factores de riesgo para reducir las muertes maternas e infantil. Además de complementar las directrices institucionales existentes, sobre la atención del embarazo de bajo riesgo obstétrico, así como de determinadas complicaciones relacionadas con el embarazo. Su finalidad es ser una herramienta que, de respuesta a la necesidad e información veraz en relación con la práctica y la prestación de la atención con calidad de las embarazadas, así como reforzar la prevención de la mortalidad y la morbilidad y

priorizar la atención de la salud centrada en la usuaria y el bienestar, en conformidad a un enfoque basado en los derechos humanos.

## Introducción

En mayo del 2004, en el marco de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS presentó la “primera Estrategia mundial sobre la salud sexual y reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo”<sup>2</sup>. Ésta fue consensuada en todas las regiones de la OMS en donde se reconoce el papel importante que desempeña la salud reproductiva y sexual en el ámbito social y económico en todos los países. Su finalidad es... “Mejorar la salud sexual y reproductiva centrándose en la mejora de la atención prenatal obstétrica, posparto y neonatal, ofertar servicios de planificación familiar de calidad incluyendo la atención en infertilidad, eliminar los abortos de riesgo, combatir las ITS sobre todo en el flagelo que representa el VIH/SIDA, el cáncer cervico uterino y otras afecciones ginecológicas, pero sobre todo lo más importante: promover la salud sexual y salud reproductiva”<sup>2</sup>. En esas estrategias se establecieron las medidas necesarias para acelerar el avance de estos objetivos y que son precisamente también los compromisos contemplados dentro del marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, para los cuales Costa Rica ha ratificado el compromiso de cumplir<sup>2</sup>.

Sustentado en el marco anterior y en cumplimiento de estos, el presente documento comprende una serie de procedimientos e indicaciones dirigidas a la Red de Atención de la Caja Costarricense de Seguro Social, que contempla la oferta de servicios a nivel nacional. Está diseñado para que sea utilizado como instrumento no sólo en la consulta diaria de atención a las usuarias, sino también para aquellas intervenciones de urgencia en áreas más dispersas geográficamente. Se le han anexado flujogramas y tablas para facilitar su interpretación y aplicación, contiene los instrumentos actualizados y oficializados para un adecuado control prenatal, para la atención del parto y del posparto, de manera accesible y sencilla.

Además, uno de los ejes transversales que sustentan este Manual Teórico, es el que se basa en el Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social<sup>3</sup>, cuyo contenido enfatiza en la atención humanizada, diferenciada y segura de las usuarias en los Tres Niveles de Atención. Por lo que, ha sido un insumo de relevancia en su construcción, al igual que otros documentos técnicos normativos, que son referentes en la atención de la mujer en su periodo de embarazo, parto y posparto.

Este Manual Teórico pretende fortalecer las acciones de salud en todos los niveles con el propósito de mejorar la calidad de atención binomio madre-hijo(a), así como de sus familias, impactando positivamente en la disminución de las muertes maternas e infantiles prevenibles y de los embarazos en la adolescencia, además

de contribuir con el incremento de la capacidad resolutive de los servicios de salud, fomentando el mejoramiento continuo mediante la definición de estándares y el desarrollo de instrumentos de evaluación la calidad de la atención que conlleven a la disminución de la variabilidad del manejo frente a una situación clínica determinada.



## 1. Abreviaturas

A continuación, en la Tabla #1, las principales abreviaturas y definiciones contemplados en este manual:

**TABLA NO 1. ABREVIATURAS**

<b>AAIP:</b>	Área de Atención Integral a las Personas
<b>ATAP:</b>	Asistente Técnico de Atención Primaria
<b>AINES:</b>	Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos
<b>BPN:</b>	Bajo peso al nacer
<b>CCSS:</b>	Caja Costarricense del Seguro Social
<b>CLAP:</b>	Comisión Latinoamericana de Atención Perinatal
<b>DDSS:</b>	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
<b>DIU:</b>	Dispositivo intrauterino
<b>EBAIS:</b>	Equipo Básico de Atención Integral en Salud
<b>EISAM:</b>	Equipo Interdisciplinario de Atención en Salud Mental
<b>EGB:</b>	Estreptococo del Grupo B
<b>EG:</b>	Edad Gestacional
<b>HTA:</b>	Hipertensión Arterial
<b>IAFA:</b>	Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia
<b>IM:</b>	Vía Intramuscular
<b>IMC:</b>	Índice masa de corporal
<b>ITS:</b>	Infecciones de transmisión sexual
<b>ISRS:</b>	Inhibidores selectivos de la captura de serotonina
<b>MEP:</b>	Ministerio de Educación Pública
<b>MS:</b>	Ministerio de Salud
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONU:</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>ONG:</b>	Organización no gubernamental
<b>OPS:</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PAO:</b>	Plan Anual Operativo
<b>PAD:</b>	Presión arterial diastólica
<b>PAS:</b>	Presión arterial sistólica
<b>PNT:</b>	Programa nacional de tamizaje
<b>RCIU:</b>	Restricción del Crecimiento Intrauterino
<b>SIDA:</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>SMSI:</b>	Síndrome de muerte súbita infantil
<b>SPM:</b>	Síndrome premenstrual
<b>Sub-b (+):</b>	Prueba de embarazo positiva
<b>TAE:</b>	Trastorno afectivo estacional
<b>TARV:</b>	Tratamiento antirretroviral
<b>TEP:</b>	Tromboembolismo Pulmonar
<b>US:</b>	Ultrasonido



<b>VDRL:</b>	Venereal Disease Research Laboratory. Por sus siglas en inglés.
<b>VIH:</b>	Virus de inmunodeficiencia humana
<b>VPH:</b>	Virus del papiloma humano
<b>ZIKA:</b>	Virus del ZIKA

Fuente: Elaboración propia

## 2. Definiciones

A continuación, se presentan las principales definiciones contempladas en este documento:

**Administración<sup>2</sup>:** La organización y administración adecuada de los servicios de salud deberán garantizar la utilización óptima y eficiente de los recursos para ofrecer una atención integral. Los sistemas locales de salud promoverán la participación social de las mujeres y en especial durante la gestación.

**Adolescencia<sup>4</sup>:** La OMS/OPS establece la adolescencia como aquel período de la vida comprendido entre los 10 y 19 años, siendo un proceso integral, continuo, dinámico y permanente de crecimiento y desarrollo humano, de cambio, con metas y tareas específicas que trascienden la dimensión biológica. Es esta delimitación la que se utiliza en el Sector Salud nacional, y por tanto la que rige la Norma Nacional para la Atención Integral de Salud de las Personas Adolescentes y la CCSS lo ratifica en esta Política Institucional para la Atención Integral de la Adolescencia en acuerdo tomado en Sesión 8972 del 25 de Junio del 2018.

**Persona Asesora cultural<sup>5</sup>:** (intérprete -mediador cultural): para este documento se reconoce a la persona asesora cultural como el puente entre dos culturas. Es alguien que brinda colaboración para la comprensión e interpretación de distintas culturas, ante una situación de salud específica. Con el propósito de que todas las partes involucradas se conozcan mejor, facilitar la participación en la toma de decisiones y, por consiguiente, obtener mejores resultados. Esta asesoría debe presentar las siguientes características<sup>1</sup>:

- La autonomía para que todas las personas se sientan acompañadas, con sentido de pertenencia y a la vez con la independencia de expresar sus creencias y opiniones.
- Comprensión del intercambio cultural

<sup>1</sup> Esta definición es una adaptación propia por parte de los autores, para este Protocolo, de la referencia adjunta.



- Respeto y empatía
- Uso de habilidades sociales para lograr una comunicación fluida, resolutive y ágil. Facilitar esta comunicación entre idiomas, cuando corresponda
- Vincular la relación entre la interpretación y la cultura

**Atención diferenciada para adolescentes<sup>6</sup>:** Hace referencia a una modalidad de atención que permita atender las necesidades de salud de la población adolescente, tomando en cuenta sus particularidades y condiciones de accesibilidad a los servicios, para ofrecer una atención integral con calidez y calidad basada en la evidencia (CCSS, 2009). La atención debe ser diferenciada de acuerdo a la edad de las personas adolescentes, su género, lugar de procedencia, cultura y otras particularidades especiales.

**Atención Integral de la Salud<sup>4</sup>:** Se refiere al abordaje integral del proceso salud enfermedad que responda al concepto de salud como proceso de construcción social, y a los problemas y necesidades de salud de la población. Incluye actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la morbilidad y de las condiciones especiales relacionadas con la salud sexual y reproductiva, con énfasis en las dos primeras. Se considera la persona como sujeto de derechos que requieren atención personalizada, que tome en cuenta el contexto familiar y el comunitario, tanto en aspectos físicos como psicosociales. El enfoque incluye aspectos bio-psico-social espirituales y ecológicos, que requiere del trabajo en equipo interdisciplinario, idealmente trans-disciplinario, y el abordaje intersectorial<sup>6</sup>. La atención integral debe incluir actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de la salud de la mujer y del recién nacido tomando en cuenta las esferas biológicas, psicológicas, sociales y culturales. Esta atención considerará los factores de riesgo, el concepto de género e interculturalidad y su efecto en la calidad de la atención; además se ofrecerá bajo principios éticos y de respeto de la dignidad de la persona.

**Atención preconcepcional<sup>7</sup>:** La atención preconcepcional es la entrevista programada entre una mujer (o una mujer y su pareja) con el equipo de salud, previo al embarazo, con el objetivo de corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta del asesoramiento preconcepcional es que la mujer y su pareja reciban toda la información necesaria para tomar decisiones



conscientes sobre su futuro reproductivo. Es importante recordar que el momento ideal para el asesoramiento es previo a la gestación.

**Calidad de atención en salud<sup>4</sup>:** Atención brindada en servicios de salud oportunos, continuos, humanizados, eficaces, efectivos y eficientes. Incluye los aspectos técnico-científicos, interpersonales y de las instalaciones, que en interacción generan satisfacción del personal y de las necesidades en salud de personas y grupos sociales. Conlleva la capacidad crítica y la búsqueda permanente de la excelencia de los servicios, por parte de todos los actores, para buscar los mayores beneficios y disminuir al mínimo los riesgos.

**Calidez<sup>6</sup>:** Actitud de escucha, respeto, solidaridad y tolerancia que promueve un trato digno a las personas atendidas en los servicios de salud.

**Control prenatal de bajo riesgo<sup>8</sup>:** Se entiende por control prenatal a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

**Cuidado preconcepcional<sup>7</sup>:** El cuidado preconcepcional es reconocido como un componente crítico en la atención en salud de las mujeres en edad reproductiva. El mismo se define como un conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo.

**Curso de Vida<sup>4</sup>:** Se aplica para estudiar los riesgos físicos y sociales presentes durante la gestación, la niñez, la adolescencia, la edad adulta joven y la edad madura que afectan al riesgo de contraer enfermedades crónicas y a los resultados de salud en fases posteriores de la vida. Vale la pena reconocer la importancia de adoptar un enfoque de la salud, sistémico e integral, que abarque la totalidad del curso vital, donde lo que se atiende o se deje de atender en cada curso de vida, tendrá implicaciones en la salud y nivel de bienestar y vida de la madre y el neonato en el futuro cercano.

**Concepto de Riesgo<sup>4</sup>:** Es la probabilidad de que las personas, grupos o comunidades padezcan enfermedades o daños de origen biológico, psicológico o social, o que la interacción de los factores de riesgo aumente la probabilidad de una evolución desfavorable del embarazo, parto o puerperio, también de la morbi-



mortalidad perinatal y neonatal, así como, del crecimiento y desarrollo posnatal. Este concepto aplica por igual a la morbi-mortalidad ginecológica. La aplicación de este enfoque de riesgo en la atención favorecerá la identificación oportuna de acciones de prevención primaria y primordialmente dirigido a poblaciones o grupos vulnerables.

**Eclampsia**<sup>9</sup>: convulsiones que ocurren con el embarazo como la manifestación más severa de la hipertensión. Están precedidas por eventos como cefalea severa e hiperreflexia en ausencia de síntomas o signos.

**Equidad en salud**<sup>4</sup>: Atención a personas y grupos poblacionales según sus necesidades particulares, de manera que haya una distribución justa de recursos, bienes, servicios, e información. Busca disminuir las brechas en salud que son evitables e injustas; implica la incorporación del enfoque de riesgo tanto a nivel individual como colectivo, dado que las condiciones de vida generan distintas necesidades de salud; lo que implica la intervención sobre los factores de riesgo y la promoción y el fortalecimiento de los factores protectores de la salud.

**Educación en Salud**<sup>4</sup>: La educación debe estar inmersa en todas las actividades y en todos los niveles de ejecución del Programa, de forma permanente. Deberá desarrollarse actividades de capacitación continua del equipo de salud, con énfasis en las Normas de Atención.

Las actividades educativas hacia las personas usuarias y la población en general permitirán desarrollar entre otros los siguientes aspectos:

- Programas de promoción y educación sobre auto cuidado de la salud dirigidos en especial a grupos femeninos en todo el curso de la vida
- Educación en salud sexual y reproductiva con énfasis en mujeres en edad fértil
- Programas de prevención del embarazo en la adolescencia
- Programas educativos que promuevan la incorporación del varón en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de la pareja.

**Enfoque de Género**<sup>4</sup>: Corresponde a una forma de analizar la realidad que considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones.



**Interculturalidad en Salud<sup>4</sup>:** Desarrolla el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos, elementos terapéuticos y sus aportes al mejoramiento de la salud de la población.

**Investigación<sup>4</sup>:** Se fomentará la investigación clínica con base en las evidencias científicas actualizadas, epidemiológica, etnográfica, de género y operativa que contribuya a enriquecer el diagnóstico de la situación de salud materna y perinatal, de la mujer, la familia y la comunidad en general que permita la aplicación de acciones preventivas y de atención con énfasis en los grupos de riesgo.

**Medicina basada en la evidencia científica**<sup>Error! Marcador no definido.</sup>: Integra la experiencia clínica con los mejores datos objetivos derivados de las investigaciones científicas, revisiones sistemáticas y metaanálisis.

**Pertinencia Cultural<sup>4</sup>:** Se deriva del Principio del Derecho a la Diferencia, es decir adecuado a la cultura. En el caso de su aplicación a la prestación de servicios públicos en salud, busca que éstos sean conceptualizados, organizados e implementados, tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos indígenas de tal forma que los servicios públicos de salud se adapten y respeten su forma de vida.

**Preeclampsia<sup>9</sup>:** trastorno que se puede presentar en el embarazo después de las 20 semanas de gestación o después del alumbramiento, donde se presenta presión arterial alta y otras señales de lesión a órganos, como una cantidad inadecuada de proteína en la orina, una cifra reducida de plaquetas, funcionamiento anormal de los riñones o el hígado, dolor en la parte superior del abdomen, líquido en los pulmones, dolor de cabeza intenso o alteraciones de la vista.

### 3. Referencias normativas

A continuación, en la Tabla # 2 los referentes nacionales e internacionales, en relación con la atención en salud de la mujer en estado de embarazo, durante el parto y en el posparto.

**TABLA NO 2. NORMATIVAS NACIONALES E INTERNACIONALES**

<b>Nombre de la normativa</b>	<b>Año</b>
Constitución Política de Costa Rica <sup>10</sup>	<b>1949</b>
Ley 10081. Derechos de la mujer durante la atención calificada como digna y respetuosa del embarazo como parto como postparto y atención del recién nacido <sup>11</sup>	<b>2022</b>
Manual metodológico para el desarrollo arquitectónico de los servicios de Obstetricia con base en el modelo de atención calificada en el embarazo como parto y postparto <sup>12</sup>	
Guía para la atención de la persona con diabetes mellitus tipo 2 <sup>13</sup>	<b>2020</b>
Lineamiento para conformación de comisiones locales y representación institucional en las redes locales de violencia en cumplimiento a la ley del sistema nacional para la atención y la prevención de la violencia contra las mujeres y la violencia intrafamiliar <sup>14</sup>	<b>2020</b>
Reglamento sobre el Sistema Nacional de evaluación y análisis de la mortalidad materna, perinatal e infantil N° 41120-S <sup>15</sup>	<b>2018</b>
Lineamiento para la consejería y prescripción de métodos anticonceptivos y de protección como parte de la atención integral de salud a personas adolescentes en los establecimientos de salud a personas adolescentes en los establecimientos de salud de la de la CCSS <sup>16</sup> .	<b>2019</b>
Manual de Procedimientos de Cuidados del Recién Nacido Centrados en el Desarrollo y la familia <sup>17</sup>	<b>2018</b>
Política Nacional Para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y hombres <sup>18</sup>	<b>2018-2030</b>
Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social <sup>3</sup>	<b>2017</b>
Plan Nacional de Salud <sup>6</sup>	<b>2010-2021</b>
Política Institucional para la Igualdad y Equidad de Género <sup>19</sup>	<b>2010-2020</b>
Lineamiento: Criterio de Referencia y Contrareferencia de las principales 10 patologías Endocrinológicas <sup>20</sup>	<b>2018</b>
Ley N ° 9379 para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad <sup>21</sup>	<b>2016</b>
Norma Nacional para la Atención Integral a las Mujeres Embarazadas en Post parto <sup>22</sup>	<b>2015</b>
Manual Técnico de Educación Perinatal para Mujeres Gestantes y sus familias <sup>23</sup>	<b>2015</b>
Norma Nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud N° 39088-S <sup>24</sup>	<b>2015</b>
Manual Técnico de Atención en Salud Sexual y Reproductiva <sup>25</sup>	<b>2014</b>
Declaración de Acción Nacional para la Ampliación de la Oferta Anticonceptiva y la Promoción al Acceso Universal al Condón Femenino <sup>26</sup>	<b>2014</b>
Decreto N° 37110-S Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica <sup>27</sup>	<b>2012</b>
Política Nacional de Sexualidad <sup>28</sup>	<b>2011</b>
Decreto N°40556-S. Modificación al Reglamento de Vigilancia de la Salud (2017) Ley 9028 Ley general para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud (2012) <sup>29</sup>	<b>2012</b>
Ley N° 8612 Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes <sup>30</sup>	<b>2007</b>
Ley N° 7735 Ley General de Protección a la Madre Adolescente, 1998 y modificada a partir de la Ley N°8312 <sup>31</sup>	<b>2002</b>
Ley N° 8261 Ley General de la Persona Joven <sup>32</sup>	<b>2002</b>
Ley No 8101 de Paternidad Responsable <sup>33</sup>	<b>2001</b>



Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto <sup>34</sup>	<b>2009</b>
Política Nacional de Niñez y Adolescencia <sup>35</sup>	<b>2009</b>
Guías para la detección diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial <sup>36</sup>	<b>2009</b>
Norma Oficial Atención Integral a la Mujer Durante el embarazo de Bajo Riego Obstétrico <sup>37</sup>	<b>2009</b>
Ley N° 7600 Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad <sup>38</sup>	<b>2005</b>
Ley 8204 sobre Estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado legitimación de capitales y actividades conexas <sup>39</sup>	<b>2002</b>
Ley N° 7739 Código de Niñez y Adolescencia (CNA) <sup>40</sup>	<b>1998</b>
Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "CONVENCION DE BELEM DO PARA" <sup>41</sup>	<b>1994</b>
Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo <sup>42</sup>	<b>1994</b>
Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer <sup>43</sup>	<b>1979</b>

**Fuente:** Elaboración propia



## 4. Alcance

Este Manual Teórico está dirigido a todas las personas profesionales en medicina gineco-obstétrica, perinatología, medicina familiar, medicina general, enfermería obstétrica y enfermería general, que trabajen en la atención directa de las mujeres; durante su periodo de embarazo, parto y posparto; en los Tres Niveles de Atención de la Red de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

## 5. Objetivos

### Objetivo general

Desarrollar un Manual Teórico con información basada en evidencia científica que fomente la capacitación continua, disminuya los vacíos didácticos y proporcione conocimientos al personal, para la adecuada implementación del Protocolo para la Atención Integral embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud<sup>44</sup>, de manera que contribuya a la atención en salud de la mujer durante su embarazo, parto y posparto, acorde a sus necesidades, de forma integral, humana, segura, con atención calificada, calidez, con enfoque de derechos y de género, curso de vida e interculturalidad.

### Objetivos específicos

1. Brindar a los profesionales conocimientos generales, científicos y actualizados que permitan una atención calificada de las usuarias en su periodo de embarazo, parto y posparto.
2. Fomentar la calidad y calidez en la atención de las mujeres de acuerdo con el Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social
3. Estandarizar la información integral de los profesionales para minimizar la inequidad de la atención de las usuarias y sus familias.
4. Contribuir con la implementación del Protocolo para la Atención Integral embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud



## 6. Metodología de construcción y proceso de validación

**Para la construcción**, del presente Manual Teórico se utilizó el formato y metodología institucional, según lo establecido en el documento Manual Metodológico para la construcción de un Manual Teórico en la DDSS, v2. 2016.<sup>45</sup>

Se utilizaron normativas y documentos de referencia internacional y nacional. Además de la revisión de documentos tanto en idioma español, como en inglés, estos últimos fueron traducidos por los miembros del equipo elaborador. Se contó con el aporte de especialistas en ginecología y obstetricia, especialistas en medicina materno fetal, enfermería obstétrica, medicina y enfermería general, así como especialistas de las distintas disciplinas: psicología, trabajo social, nutrición, microbiología y odontología; entre otros muchos profesionales. Además, se conformó un equipo de colaboradores integrado por profesionales en diferentes ramas y especialidades quienes, previo a la validación, aportaron su criterio técnico al documento elaborado por el equipo constructor, en una versión preliminar y lo enriquecieron con observaciones, que se incorporaron, para continuar con el proceso respectivo.

**Para la validación**, se incluyeron 80 profesionales claves que laboran en la Institución, incluyendo colaboradores de los distintos Programas de Normalización, de las Coordinaciones Nacionales y personal de salud clave que participa en el proceso de atención directa de la mujer embarazada, durante el embarazo, parto y en el posparto en la Red de Servicios de Salud Institucional, así como de diversos campos de acción (jefaturas, grupos de apoyo, expertos técnicos, entre otros). Dicha validación, se realizó utilizando la metodología RND/UCLA (Método Delphi modificado) con el fin de obtener un consenso de opiniones personas expertas en relación con el contenido del documento.

Se utilizó una encuesta enviada vía correo electrónico en formato word (Anexo # 2), así como el documento final en formato PDF, donde la persona experta calificaba cada ítem con una escala de uno a nueve dependiendo qué tan apropiado considera el contenido del documento.



Posterior al proceso de validación del documento y una vez realizada la tabulación de la información recibida en la encuesta, se observa que la puntuación del 100% de las personas validadoras se situó en el rango de Apropiado (entre 8 a 9 puntos). Por lo que este documento superó la calificación por consenso absoluto en una primera ronda de validación.

Previo a la oficialización de este documento y como resultado del proceso de validación, se visualiza la necesidad de incorporar un capítulo sobre Embarazo durante la etapa adolescencia; el cual es construido por el Programa de Normalización de Atención a la Mujer en conjunto con el Programa de Normalización de Atención a los Adolescentes y personal clave de los servicios. Una vez finalizado, se envía a validación dicho capítulo con la metodología anteriormente descrita, a través de una encuesta en formato Forms, por medio del siguiente enlace:

[https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=gQ7GKQY8lk6lXK54M95VStl3kjrKoRBGI8BW-MO6\\_ZpUODIESENVQ0hQUkJEQTM5SVpHOUhHOEU2OS4u](https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=gQ7GKQY8lk6lXK54M95VStl3kjrKoRBGI8BW-MO6_ZpUODIESENVQ0hQUkJEQTM5SVpHOUhHOEU2OS4u).

Obteniéndose un resultado de apropiado por el 100% de los 38 colaboradores que participaron de esta validación, en esta primera ronda.

Con el resultado del proceso de validación de expertos, se incorporaron las observaciones y recomendaciones recopiladas en esta etapa del proceso. Una vez teniendo una versión borrador de este documento se envía el Equipo de Evaluación de la Calidad Metodológica, quienes realizan la recomendación técnica de separar el contenido y realizar dos documentos de normalización: un Manual Teórico y un Protocolo de Atención Clínica. El equipo conductor procede a realizar la división respectiva y se emiten los dos documentos sugeridos, una vez finalizados ambos documentos son enviados a las jefaturas correspondientes para su aprobación final. Además, se contempla la actualización de este Manual Teórico en un plazo de 5 años.



## 7. Contenido Teórico

A continuación, se describe a través de módulos, información teórica fundamental, para facilitar el proceso de la atención de la mujer embarazada en la Red de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social. Los mismos contienen información clave para el adecuado desempeño de los profesionales que brindan atención directa.

### Módulo 1. Atención Preconcepcional

El propósito de la atención preconcepcional es la reducción de la morbi -mortalidad materna, fetal y neonatal, así como la disminución de embarazos no deseados y el fortalecimiento de una planificación familiar responsable y segura<sup>46</sup>. Por lo que a continuación se detalla por apartados aquellas intervenciones esenciales que forman parte del proceso de atención en salud en las mujeres que planifican el embarazo. Se reconoce que las acciones propuestas resultan costo efectivas en el nivel de atención que corresponda.

En algunas comunidades más de la mitad de las gestaciones no son programadas y la identificación del embarazo ocurre una o dos semanas luego del retraso menstrual, cuando ya transcurrió una etapa crítica del desarrollo embrionario, de esta forma el embrión puede haber estado expuesto a agentes nocivos<sup>8</sup>.

Entre las mujeres que planifican una gestación un alto número de ellas no pueden acceder a una orientación preconcepcional apropiada, que les permita afrontar el embarazo en mejores condiciones<sup>8</sup>. Por todo ello es necesario asistir preconcepcionalmente a las mujeres en edad fértil y asesorarlas sobre los factores que aumentan sus probabilidades de enfermar o morir ella o sus hijos(as).

**Responsable de la atención preconcepcional:** especialista en gineco-obstetricia, especialistas en medicina materno fetal, medicina general, enfermería obstétrica y medicina genetista, en caso necesario.

Los aspectos por considerar:



## Historia Clínica<sup>8</sup>

Toda consulta médica debe comenzar con una correcta historia clínica y el análisis de aquellos datos epidemiológicamente relevantes. Los profesionales de medicina o enfermería se presentarán con calidez y abordarán a la usuaria de forma respetuosa y empática, brindando una atención humanizada, practicando la escucha activa. Llamará a la usuaria por su nombre e identificará el interés de la usuaria, inquietudes y necesidades emocionales considerando su momento de vida y contexto. En el caso de realizar algún procedimiento, el profesional debe resguardar la intimidad y privacidad de la usuaria, así como permitir el acompañamiento en momento que la usuaria lo desee. Además de facilitar un asesor cultural en caso requerido, practicando la escucha activa e identificando el interés de la usuaria considerando su momento de vida y contexto.

### A. Edad<sup>47,48</sup>

**Edad Materna Avanzada:** (mujeres mayores a 40 años se les ha asociado con mayor riesgo, de sufrir hipertensión arterial y diabetes mellitus, que a su vez condicionan mayor probabilidad de Insuficiencia de la unidad feto placentaria aguda o crónica. Otro riesgo se vincula a las anomalías del desarrollo, el primer ejemplo descrito fue el Síndrome de Down.

**Edad materna baja:** (Menor a 18 años) también es factor de riesgo para prematuridad y para algunas malformaciones específicas como Gastrosquisis y otros defectos.

**Edad paterna avanzada:** Desde el punto de vista preconcepcional y en miras de reducir el riesgo de algunos defectos congénitos, es recomendable conocer la edad del compañero sexual ya que la edad en el padre mayor de 50 años se asocia a aumento de incidencia de mutaciones de tipo dominante.

### B. Consanguinidad y Grupos étnicos<sup>8</sup>

Tanto la consanguinidad en primero, segundo y tercer grado, así como diversos grupos étnicos presentan aumento de incidencia (o prevalencia) de anomalías congénitas, por lo cual es importante considerarlo durante la consulta preconcepcional y durante el embarazo.

### C. Condiciones Laborales<sup>8</sup>

Ciertas condiciones de trabajo han sido asociadas con un aumento en resultados perinatales adversos (aborto, muerte fetal, parto de pretérmino, bajo peso al nacer y algunos defectos congénitos). Entre dichas condiciones se pueden citar:

- Jornadas extenuantes
- Exposición a tóxicos químicos (incluyendo agentes anestésicos, solventes y pesticidas).
- Exposición a radiación

Las mujeres que puedan tener una exposición laboral a estas circunstancias deberán ser aconsejadas para adaptar su situación antes de embarazarse o apenas se enteren, con el fin de disminuir este riesgo.

### D. Antecedentes Reproductivos<sup>8</sup>

Se ha demostrado que algunos factores como el escaso intervalo intergenésico, abortos espontáneos, partos de pretérmino, restricción de crecimiento intrauterino, muerte fetal o neonatal, parto quirúrgico, la diabetes gestacional, trastornos hipertensivos y las malformaciones uterinas integran una larga lista que puede relacionarse con la presentación de complicaciones en un nuevo embarazo.

- **Intervalo intergenésico**

Es el lapso entre el parto y la concepción del siguiente embarazo. Un adecuado periodo intergenésico es considerado un factor determinante positivo para el estado biopsicosocial de la madre y el producto. La asociación panamericana de la salud ha establecido como adecuado un periodo intergenésico mínimo de al menos de 2 años y máximo no mayor a 5 años. Mientras tanto en los casos de embarazos que terminaron en aborto se recomienda, como seguro, un intervalo mínimo de 3 meses.

Cada mujer tiene derecho a decidir el momento que considera oportuno para tener su próximo hijo, precisamente la “oportunidad” debe estar definida entre otros factores por el conocimiento real del riesgo que implica una nueva gravidez con un periodo intergenésico corto o demasiado largo.



- **Paridad**

La paridad elevada (cuatro o más partos previos) duplica el riesgo de muerte fetal intraparto. Ya que este es un factor de riesgo no modificable, se deberá brindar educación a las mujeres sobre éste, para ayudar a tomar una decisión informada, sobre si es conveniente o no una nueva gestación.

- **Preeclampsia<sup>49</sup>**

Los trastornos hipertensivos del embarazo son complicaciones muy frecuentes, que generan morbilidad perinatal, por lo que es importante investigar el antecedente, ya que su recurrencia es del 30%. Lo cual permite tomar medidas preventivas. Las usuarias con este antecedente deben ser referidas tempranamente a Alto Riesgo para su seguimiento.

- **Aborto previo<sup>50</sup>**

La pérdida recurrente del embarazo, definida como el antecedente de 2 o más abortos espontáneos consecutivos, requiriendo la investigación necesaria a partir de 2 pérdidas consecutivas en un nivel terciario a la consulta de ginecología, medicina reproductiva o pérdida gestacional recurrente.

- **Muerte fetal previa mayor a las 20 semanas de gestación (óbito fetal)<sup>50</sup>**

En la consulta preconcepcional se intentará evaluar el riesgo de repetición de la muerte fetal en un futuro embarazo, para asesorar a la mujer en las posibilidades de repetir el fenómeno y para planificar el cuidado que deberá recibir en el futuro embarazo.

- **Parto de pretérmino<sup>17</sup>**

El nacimiento de pretérmino es una de las principales causas de muerte neonatal. Las mujeres que han tenido un nacimiento de pretérmino antes de las 35 semanas tienen un riesgo de 10 a 15% de repetir otro nacimiento de pretérmino:

- Recién nacido término: De la semana 37 y a la 41 de gestación, independiente del peso al nacer.
- Recién nacido pretérmino: entre la semana 24 hasta la semana 36 de gestación. Es decir, menos de 37 semanas independiente del peso al nacer.
- Pretérmino tardío: entre la semana 34 y la semana 36 de gestación.
- Recién nacido posttérmino: después de la semana 41 de gestación independiente del peso al nacer.

Además del antecedente de parto de pretérmino se ha visto que otros factores se asocian con el riesgo de presentar un parto de pretérmino, entre ellos se citan:

- Infecciones documentadas del tracto genitourinario
- IMC < 18.5 kg/m<sup>2</sup> al inicio del embarazo
- Tabaquismo activo
- Intervalo intergenésico menor a 12 meses
- Longitud cervical < 25 mm por US transvaginal entre las 16- 24 semanas de gestación<sup>51, 52</sup>
- Antecedente de cirugía cervical en el manejo de displasias (LEEP o conización, dilatación o curetaje a repetición)
- Ruptura Prematura de Membranas<sup>53</sup>

- **Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)<sup>8</sup>**

Existen factores de riesgo que se vinculan con la posibilidad de un RCIU en una futura gestación, dichos factores son un IMC preconcepcional bajo, mujeres < de 16 años o > a 35 años, un corto intervalo intergenésico, tabaquismo y abuso de sustancias, así como otras enfermedades tales como, afecciones cardiovasculares, hipertensión arterial, insuficiencia renal, colagenopatías, anemia y el antecedente de otro producto con RCIU.

- **Cesárea previa<sup>8</sup>**

Las cesáreas previas representan mayor riesgo de ruptura uterina e inserciones placentarias anormales, lo que puede llevar a hemorragias graves, aún en mujeres en las que se planea una cesárea electiva. En el caso de dos o más cesáreas previas, la usuaria debe finalizar su control en el nivel terciario para su programación. En aquellas usuarias con una cesárea previa la mayoría puede continuar su control en un I Nivel, con referencia a un III Nivel para definición de vía de parto.

Además, se debe identificar antecedentes de cirugía abdominopélvica.

- **Malformaciones uterinas<sup>8</sup>**

La prevalencia de anomalías mullerianas es frecuente en mujeres con pérdida gestacional recurrente. De dichas malformaciones las que principalmente se asocian a pérdida gestacional, son el útero septado y útero arcuato.

- **Defectos congénitos<sup>8</sup>**

La Organización Panamericana de la Salud propuso definir defecto congénito como aquel que incluye las anomalías funcionales y/o estructurales del feto debidas a factores presentes antes del nacimiento, incluyendo defectos genéticos, ambientales o desconocidos, aunque tal defecto no sea aparente en el recién nacido y solamente se manifieste más tardíamente. Por lo que la ceguera, la sordera, el retardo mental y otros trastornos del neurodesarrollo están incluidos en este concepto.

La frecuencia de malformaciones clínicamente importantes en los recién nacidos está en torno del 3%. Aún hoy en más del 50% de los casos la causa de los defectos congénitos permanece desconocida. De las causas conocidas, la combinación de factores ambientales y genéticos (herencia multifactorial) tiene el mayor peso de los defectos morfológicos. Otras causas incluyen: enfermedad y medicación maternas.

Para la prevención de malformaciones del tubo neural, toda mujer con deseos de embarazarse debe consumir Ácido Fólico 1 mg/día VO al menos un mes previo al embarazo<sup>54</sup>. Y las usuarias con antecedentes de niños con malformaciones del tubo neural o cardiopatías congénitas deben consumir Ácido Fólico 4 mg/día VO tres meses previos al embarazo.

- **Historia de Reproducción<sup>8</sup>**

Las usuarias con antecedentes de reproducción asistida de alta complejidad (FIV, inseminación intraútero) y que desean un nuevo embarazo deberán ser referidas al centro de fertilidad de la institución.

### **E. Antecedentes personales<sup>8</sup>**

Para facilitar el análisis de los antecedentes los dividiremos en: *Enfermedades médicas* y *Enfermedades infecciosas*.

- ***Enfermedades médicas*** (8 Op. cit.)

Las enfermedades crónicas se presentan aproximadamente en el 5% de las mujeres en edad reproductiva. Estas condiciones pueden comprometer el embarazo en caso de que exista descompensación de estas previo o durante el embarazo. Debe darse un seguimiento estricto de dichas patologías, así como los tratamientos recibidos.

## **1. Diabetes Mellitus**

La diabetes es una enfermedad con altas tasas de prevalencia en mujeres en edad fértil y se considera la enfermedad no transmisible más estudiada por sus efectos conocidos sobre la gestación.

Las mujeres embarazadas con diabetes mellitus tipo I tienen 6 a 8 veces más riesgo de complicaciones perinatales que la población general, las madres con diabetes mellitus tipo 2 tienen un riesgo 3 veces mayor. Así mismo las mujeres embarazadas con diabetes gestacional tienen el doble de riesgo que la población general.

Entre la lista de dichas complicaciones asociadas a la diabetes mellitus se menciona: aborto y óbito fetal, malformaciones fetales, anomalías metabólicas maternas y fetales, prematuridad, macrosomía y distocias, entre otras.

Además de lo anterior, las mujeres con diabetes mellitus, especialmente las de Tipo I, tienen una mayor predisposición a alteraciones metabólicas y están expuestas a complicaciones graves entre las que se cita el coma ceto-acidótico o el coma hipoglucémico, así como la muerte materna. El objetivo terapéutico primario es lograr que la mujer que se embaraza lo realice con concentraciones séricas normales de glucosa y que se mantengan dentro de los parámetros establecidos durante el embarazo.

Por lo mencionado anteriormente, se debe realizar el tamizaje de captación para diabetes mellitus a todas las usuarias con factores de riesgo, para lo cual referirse al Anexo No 3.

## **2. Enfermedades tiroideas**

La patología tiroidea presenta una frecuencia baja y se recomienda que las mujeres con endocrinopatías tengan un adecuado control preconcepcional.

El hipertiroidismo no controlado se asocia a aumento de la morbilidad, aumento de incidencia de preeclampsia, insuficiencia cardíaca congestiva, crisis tiroideas, desprendimiento de placenta, óbito fetal, RCIU, BPN y parto pretérmino.

En el otro extremo: el hipotiroidismo también se acompaña de morbilidad caracterizada por, preeclampsia, desprendimiento de placenta, óbito fetal, RCIU, BPN, parto pretérmino y déficit intelectual neonatal.

### **3. Cardiopatías**

Se estima que 0.2 al 0.4% de las mujeres embarazadas presentan una cardiopatía materna preexistente. Dicha condición incrementa la morbi-mortalidad materna.

Es importante el conocimiento del estado basal funcional cardiovascular ya que los cambios fisiológicos hemodinámicos cardiovasculares durante el embarazo pueden favorecer el deterioro cardíaco durante la gestación por lo tanto es necesario el manejo multidisciplinario con cardiología y consulta especializada de Alto Riesgo.

### **4. Hipertensión crónica**

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una de las principales causas de morbi-mortalidad materna y fetal. El riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo es mayor en mujeres con hipertensión arterial crónica ya que se presentan entre el 25 al 50% de las mismas.

El manejo de la mujer con hipertensión arterial crónica debe iniciar en la valoración preconcepcional donde es relevante la orientación sobre el futuro embarazo, así como evaluar aspectos vinculados al tratamiento basal, además de lo anterior se debe realizar estudios de laboratorio y gabinete para así establecer el grado de repercusión funcional que ha originado la hipertensión arterial sobre órganos y sistemas.

Algunos medicamentos antihipertensivos pueden ser teratogénicos, por lo cual se deberá modificar la medicación por una segura durante el futuro embarazo, así como se debe de permitir la concepción hasta el momento donde se hayan alcanzado los objetivos terapéuticos.

### **5. Trombofilias**

Las trombofilias son condiciones patológicas caracterizadas por un estado de hipercoagulabilidad materna y se clasifican en heredadas o adquiridas. Dicha condición se asocia a fenómenos trombóticos y embólicos, infarto agudo de miocardio, infarto cerebral, aborto recurrente, desprendimiento de placenta, preeclampsia, muerte fetal, RCIU y parto prematuro.

Durante la valoración preconcepcional se debe de realizar la consejería adecuada sobre los riesgos sobre la salud de la futura madre y feto. Se debe de ofrecer recomendación sobre métodos de anticoncepción adecuados para mujeres portadoras de dicha condición.



Debido a la complejidad y cantidad de pruebas diagnósticas existentes el profesional de atención primaria deberá hacer un correcto interrogatorio para hacer un diagnóstico presuntivo, pero el diagnóstico definitivo lo deberá efectuar el especialista en alto riesgo (Especialista en Ginecología y Obstetricia, Especialista en Medicina Materno Fetal, Especialista en Hematología, Especialista en Reumatología) y se debe de ofrecer manejo conjunto.

### **6. Anemia**

La anemia ferropriva suele ser la más frecuente (90% de todas las anemias), se asocia a mayores complicaciones en caso de hemorragia posparto. Si la hemoglobina es menor de 8g/dl se considera severa y ésta conlleva a un riesgo aumentado de RCIU y mortalidad perinatal. Toda mujer que planea un embarazo y sufre anemia ferropriva deberá recibir hierro elemental por día, según las dosis normadas.

### **7. Asma**

Las mujeres asmáticas que se embarazan y no presentan crisis asmáticas a lo largo del embarazo tienen los mismos resultados perinatales que las no asmáticas. En cambio, las asmáticas con un mal control de su enfermedad durante su enfermedad previa y durante el embarazo suelen tener peores resultados obstétricos entre los que se destacan preclamsia, hipertensión arterial, hiperémesis gravídica, aborto espontáneo, RCIU, parto prematuro y bajo peso al nacer.

Las mujeres que planean embarazarse deberán usar tratamiento preventivo según criterio médico.

### **8. Epilepsia**

La epilepsia afecta a cerca del 1% de mujeres en edad reproductiva y es la segunda afección neurológica más frecuente durante la gestación. Episodios repetidos de crisis tónico-clónicas generalizadas o parciales complejas se asocian con abortos espontáneos, hipoxia fetal, bradicardia y muerte perinatal, además del peligro de trabajo de parto prematuro y RCIU por la evolución de la patología en sí o el mal manejo terapéutico.

Debe de enfatizarse en la necesidad de suplementación de ácido fólico (4mg/día VO) desde los 6 meses previos al embarazo y durante el I trimestre. Toda usuaria embarazada debe continuar con su tratamiento antiepiléptico hasta su valoración por especialista.



## **9. Alteraciones psiquiátricas**

El embarazo se caracteriza por ser un periodo de labilidad emocional. A muchas pacientes se les pueden diagnosticar patología psiquiátrica de Novo o presentar reagudización de patología crónica durante los periodos de embarazo, parto o puerperio y por esta condición anterior se recomienda un abordaje exhaustivo en los signos y síntomas asociados a alteraciones psiquiátricas.

## **10. Consumo de sustancias**

Es importante detectar el uso y consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, drogas ilícitas, medicamentos) tanto previo a un embarazo como a lo largo del mismo. Diferenciar entre los diferentes patrones de consumo: intoxicación aguda, consumo regular y consumo dependiente. En Costa Rica existe la **Reforma Integral Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo**; que le confiere carácter de interés público a la investigación sobre el uso de sustancias psicoactivas, así como su abordaje, para lo cual el Ministerio de Salud, la CCSS, el IAFA y otras instituciones no gubernamentales poseen planes de trabajo e intervenciones específicas.

El control preconcepcional presenta una ventana de oportunidad para el interrogatorio y abordaje del uso y abuso de sustancias, con el fin de eliminar su consumo o abordaje multidisciplinario especializado en caso de dependencia.

- **Tabaco**

El tabaquismo primario, secundario y terciario afectan tanto la salud de la madre como del feto. Se describen múltiples efectos adversos como son: infertilidad, aborto espontáneo, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, parto pretérmino, desprendimiento de placenta y muerte perinatal, también se asocia a aumento de riesgo de infecciones del tracto respiratorio del recién nacido. Es prioritario brindar educación y recomendaciones para la suspensión de exposición y consumo, es importante ofrecer un programa activo de cese de fumado a las mujeres embarazadas.

- **Alcohol**

La evidencia científica actual muestra que no existe una dosis de consumo de alcohol segura durante el embarazo y se considera como un agente teratogénico. Su consumo se asocia con muerte intrauterina, restricción en el crecimiento fetal,

bajo peso al nacer, alteraciones del sistema nervioso central, alteraciones conductuales y falla para progresar. Los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF) se deben al consumo excesivo de alcohol durante el embarazo. Se debe de evitar el consumo de alcohol si se desea un embarazo.

- **Drogas ilícitas**

De una forma general se puede afirmar que todas las drogas afectan en forma negativa a la mujer, su entorno y al futuro embarazo. La mayor parte de las drogas ilícitas al atravesar la barrera placentaria afectan al feto. El uso de cocaína durante la gestación ha sido vinculado a defectos por disrupción vascular, expresados en anomalías del sistema nervioso central, defectos por reducción de miembros, desprendimiento de placenta y RCIU. La marihuana presenta efectos similares a los causados por el cigarrillo. Además de explicar los riesgos del consumo de sustancias, se debe proponer un plan de tratamiento para el abandono de la adicción previo al embarazo.

- **Cafeína**

Su uso a altas dosis en el primer trimestre del embarazo se ha asociado con aborto espontáneo y lo largo del embarazo puede provocar bajo peso al nacer. Se recomiendan máximo 300mg de cafeína al día, equivalente a tres tazas de café al día.

- **Enfermedades Infecciosas** (8 Op. Cit)

La mayoría de las enfermedades de origen infeccioso que se presentan a continuación pueden ser teratogénicas. Aunque su acción puede continuar luego del periodo embrionario y en algunas ocasiones aún hasta después del nacimiento.

1. **Rubéola**

Se descarta por la historia clínica que la mujer no haya padecido la enfermedad, o que no haya recibido la vacuna. Todas las mujeres no embarazadas susceptibles deberán ser vacunadas antes del embarazo o después del parto.

2. **Varicela**

Se recomienda evaluar la susceptibilidad a la Varicela, descartando por la historia clínica que la mujer no haya padecido la enfermedad, o que no haya recibido la vacuna. A pesar de que las mujeres adultas tengan una historia negativa o incierta

de haber padecido varicela, más del 85% son inmunes a ella. Se recomienda la vacunación previa al embarazo.

### **3. Citomegalovirus**

El Citomegalovirus (CMV) es la infección congénita más frecuente y es la principal responsable por los casos de sordera neurosensorial y deterioro cognitivo de etiología viral. La infección en adultos no tiene consecuencias clínicas graves excepto en usuarias inmunodeprimidas. Se deberá advertir a todas las mujeres, especialmente a las madres con hijos pequeños y a aquellas que tienen contacto profesional con niños (maestras, personal de salud) los cuidados higiénicos (lavado de manos) que se deberán tener al manejar pañales impregnados con orina de niños pequeños, quienes suelen ser la principal fuente de infección. Es importante reconocer la existencia de seroconversión.

### **4. Toxoplasmosis**

Se deberá advertir a toda mujer que desea embarazarse acerca de las formas para evitar contraer una toxoplasmosis en el embarazo (consumo de carnes crudas, embutidos y hortalizas mal lavadas) y los riesgos que la misma puede ocasionar, en caso de primoinfección durante el embarazo. No constituye un estudio serológico de rutina, a menos que la usuaria presente un cuadro clínico sugestivo de infección aguda (mal estado general y adenopatías (seroconversión)), por lo que se recomienda realizar la serología de inmediato o en el I trimestre.

### **5. Sífilis**

Las mujeres en este periodo, tienen el derecho de someterse a la prueba de detección de infección por sífilis. Conocer el estado serológico para sífilis antes del embarazo, contribuye a efectuar el tratamiento de la mujer y sus contactos en un momento ideal. Las mujeres con sífilis deberán ser informadas sobre los riesgos de transmisión vertical de esta infección de transmisión sexual.

### **6. VIH**

Las mujeres en edad fértil tienen el derecho de someterse a pruebas de tamizaje para VIH, previa consejería y garantizando la confidencialidad. El tamizaje se debe realizar a toda mujer que desee el embarazo. En caso de pruebas positivas se deberá informar sobre el riesgo de transmisión vertical y los tratamientos profilácticos existentes. En aquellas mujeres que decidan no embarazarse se les debe de ofrecer métodos óptimos anticonceptivos y de protección.

## **7. Hepatitis B**

La infección fetal por hepatitis B se asocia a prematuridad y niños pequeños para la edad gestacional. Se deben identificar mujeres no vacunadas y/o susceptibles de contraer la enfermedad. Toda la población y especialmente los adolescentes y mujeres en edad fértil deberían recibir la vacuna contra la hepatitis B cuando no tienen anticuerpos. La vacuna puede ser colocada durante el embarazo, idealmente previo a éste.

## **8. Tuberculosis**

La Tuberculosis durante el embarazo puede causar RCIU, BPN, sepsis neonatal y muerte. En caso de infección activa se sugerirá posponer el embarazo hasta haber obtenido el alta médica.

## **9. ZIKA<sup>55</sup>**

El ZIKA se transmite al ser humano mediante la picadura de mosquitos género Aedes y sobre todo AEDES AEGYPTI los cuales están infectados. Estos mosquitos viven en regiones tropicales. Estos mosquitos AEDES pican durante el día, principalmente al amanecer y anochecer y además del ZIKA se asocian también a diseminación de otras patologías como lo son Dengue, Chinkungunya y Fiebre Amarilla.

Otras formas de transmisibilidad son contacto sexual de una persona enferma o portadora a una sana, transfusiones de sangre y productos sanguíneos contaminados, trasplantes de órganos y paso transplacentario.

La trasmisión perinatal se da por paso transplacentario y la infección fetal se asocia a anomalías morfológicas entre las cuales se cita el Síndrome congénito por ZIKA, la microcefalia y RCIU, también se asocia a complicaciones como aborto espontáneo, prematuridad y óbito.

La microcefalia se debe a la pérdida de tejido cerebral o a un desarrollo cerebral anormal. El síndrome congénito por el virus de Zika incluye otras malformaciones, como contracturas de los miembros, hipertonía muscular, alteraciones oculares y sordera. Sigue sin conocerse el riesgo de malformaciones congénitas tras la infección en el embarazo, pero se estima que un 5–15% de los lactantes hijos de mujeres infectadas durante el embarazo presentan complicaciones relacionadas con el virus. Las malformaciones congénitas pueden aparecer tras infecciones sintomáticas o asintomáticas.



La sospecha diagnóstica se fundamenta en historia de exposición del paciente a zonas endémicas del AEDES, por los síntomas clínicos presentados. La confirmación diagnóstica se realiza mediante análisis bioquímicos de sangre, semen, orina, LCR y líquido amniótico.

Debe darse educación sobre el control de vectores, ya que los mosquitos del género AEDES se crían en pequeñas acumulaciones de agua alrededor de las casas, escuelas y lugares de trabajo. Es importante eliminar estos criaderos cubriendo los depósitos de agua, eliminando el agua residual de floreros y macetas y eliminando la basura y los neumáticos usados. Las autoridades sanitarias también pueden recomendar el uso de larvicidas e insecticidas para reducir las poblaciones de mosquitos y la propagación de la enfermedad.

En caso de mujeres en edad reproductiva con deseos de embarazo se debe educar en la consejería preconcepcional sobre las medidas de protección personal, que consisten en usar ropa (preferiblemente de colores claros) que cubra al máximo el cuerpo, instalar barreras físicas (mosquiteros), mantener puertas y ventanas cerradas, y utilizar repelentes de insectos que contengan DEET, IR3535 o icaridina, siguiendo las instrucciones de la ficha técnica del producto, según **Lineamiento para la prevención de la transmisión del virus Zika en embarazadas (L.GM.DDSS.DFE.28022019)**. Las mujeres embarazadas deben dormir bajo mosquiteros de cama durante el día y el anochecer. Los residentes en zonas afectadas y quienes viajen a ellas deben tomar las mismas precauciones ya descritas para protegerse de las picaduras de mosquitos.

## F. Estilos de Vida <sup>(8 Op. Cit)</sup>

- **Hábitos nutricionales**

Durante la valoración preconcepcional se deben evaluar los hábitos nutricionales y se deben identificar los trastornos alimentarios, así como también se debe establecer el índice de masa corporal. De igual manera, se debe hacer la recomendación de ingesta de ácido fólico de forma preconcepcional.

Las anomalías dietéticas y de IMC se asocian a resultados perinatales adversos. Es necesario mantener una dieta adecuada y balanceada, razón por la cual los profesionales de salud deben ofrecer educación e instrucciones sobre la alimentación saludable. Se recomienda manejo multidisciplinario que incluya a los Nutricionistas.

- **Obesidad**

Entre las repercusiones de la obesidad en la mujer durante el embarazo se puede observar la aparición de trastornos hipertensivos, diabetes mellitus, trastornos tromboembólicos, aumento del parto operatorio, infecciones, anemia posparto y muerte materna. Mientras que en los recién nacidos se pueden ver defectos del tubo neural, parto de pretérmino, macrosomía, partos distócicos, insuficiencia respiratoria neonatal y muerte perinatal. Usuaris con IMC mayor a 30 suplementar con ácido fólico 5mg VO c/d <sup>56,57</sup>.

Es recomendable ofrecer información personalizada sobre los riesgos que representa la obesidad y el sobrepeso. Además de referir a los especialistas respectivo para garantizar el acceso a programas de reducción de peso.

- **Bajo peso preconcepcional**

El bajo peso pregravídico se ha asociado con parto de pretérmino, bajo peso al nacer y gastrosquisis. Las mujeres cuyo IMC es  $\leq 18$  deberán ser evaluadas para descartar déficit en el aporte (vinculado a problemas de acceso a alimentos en cantidad y calidad) desórdenes alimentarios o enfermedades coexistentes.

- **Desórdenes alimentarios**

Los trastornos de alimentación: anorexia y bulimia son las más comunes y debe de realizarse su interrogatorio durante la visita preconcepcional y en caso de sospechase debe de manejarse con equipo multidisciplinario especializado. Ambas patologías se asocian a subfertilidad, aborto, bajo peso al nacer y una gama amplia de complicaciones obstétricas. Estas mujeres, por su labilidad emocional y patología alimenticia presentan una mayor frecuencia de depresión posparto.

## **G. Ejercicio**

La actividad física regular y el ejercicio físico aeróbico son saludables y promueven el bienestar corporal y psicológico. Se recomienda su práctica frecuente tanto en mujeres con deseos de concebir como en las mujeres embarazadas, en caso de que no exista contraindicación obstétrica.

## **H. Salud bucodental<sup>58</sup>**

Debe referirse al Servicio de Odontología del I nivel con el fin de brindarle a la usuaria, indicaciones para el cuidado de la salud bucodental previo al embarazo.



El embarazo es un estado fisiológico en el que se producen modificaciones locales y generales que han de ser evaluadas previo y durante, a fin de discernir correctamente entre lo normal y lo patológico. Las alteraciones endocrinas y el efecto mecánico del desarrollo fetal son los que conducen a importantes cambios en el organismo de la embarazada y van haciéndose más relevantes a medida que el estado gestacional avanza. En el embarazo debido a los cambios extrínsecos e intrínsecos permite que la gestante sea vulnerable a padecer alteraciones gingivales y periodontales. Los cambios en la producción salival, flora bucal y dieta, entre otros, constituyen factores que inciden en ello. Durante este período la composición salival se ve alterada y disminuyen el pH y la capacidad neutralizadora, con lo que se daña la función para regular los ácidos producidos por las bacterias y, consecuentemente, el medio bucal resulta favorable en el desarrollo de estas. A su vez, debe añadirse la deficiencia en el cepillado dental debido a las náuseas y el cuadro clínico propio que contribuyen a la acumulación de la placa dentobacteriana, factor causal determinante de la enfermedad periodontal. Los cambios más frecuentes y marcados radican en el tejido gingival, que producen la llamada gingivitis del embarazo, con características clínicas y microbiológicas diversas como son: crónica, ulcerativa necrotizante (más frecuente en adolescentes que en adultos), hormonal (en la pubertad y el embarazo), farmacológica (producida por difenilhidantoína, nifedipino, entre otros) y asociada a enfermedades sistémicas (discrasias sanguíneas, enfermedades autoinmunitarias, diabetes mellitus y SIDA).

En el embarazo, la secreción hormonal de estrógenos aumenta 30 veces y la de progesterona, 10 veces, en comparación con lo que ocurre en el ciclo sexual normal de la mujer. La influencia hormonal actúa como una respuesta inflamatoria intensa y aumenta la permeabilidad vascular y exudación, lo cual favorece la infiltración de líquidos en los tejidos perivasculares. La destrucción de mastocitos gingivales por el aumento de las hormonas sexuales y la consiguiente liberación de histamina y enzimas proteolíticas pueden contribuir también a la manifestación inflamatoria exagerada ante los agentes irritantes locales. Estos cambios hormonales provocan, además, un incremento de las prostaglandinas y una alteración del sistema fibrinolítico. El sistema inmunológico materno presenta algunas modificaciones particulares que evitan el rechazo inmunológico entre la madre y el feto. Se refiere que la progesterona funciona como un inmunosupresor en los tejidos gingivales de mujeres embarazadas al prevenir el tipo agudo-rápido de reacción inflamatoria contra la placa, para permitir reacción del tejido crónica-creciente, que da lugar clínicamente a una respuesta exagerada de la inflamación. En otros estudios evidencian que a pesar del control de la placa y demás factores de riesgo, está



implícita la inflamación gingival como respuesta a una disminución de las células T, lo cual sugiere que esta depresión sea un elemento en la sensibilidad alterada de los tejidos de la encía. El organismo en estado de gestación produce una hormona llamada relaxina, cuya función radica en relajar las articulaciones de la gestante para facilitar el parto. Algunos investigadores plantean que esta hormona puede actuar también en el ligamento periodontal y provocar una ligera movilidad dentaria que facilita la entrada de restos de alimentos y el depósito de la placa dentobacteriana entre la encía y el diente, lo que origina la inflamación de estas. Esta movilidad de los dientes se diferencia porque no produce pérdida de la inserción dentaria ni precisa tratamiento y remite posparto, pues es raro que el daño periodontal sea irreversible. Las anemias como la hipertensión arterial son modificadores locales de la boca, que producen deficientes aporte nutricional y oxigenación hística, debido a las cifras bajas de hemoglobina y la vasoconstricción; esta última también se relaciona con el estrés producido por el proceso de adaptación a la formación del nuevo ser. Todo ello implica modificaciones periodontales que favorecen el asiento de microorganismos patógenos y la consecuente enfermedad periodontal. Se hace la salvedad, que estos cambios fisiológicos no se presentan en todas las gestantes, si bien es cierto los factores biológicos son esenciales en la aparición de varias enfermedades, también debemos considerar la influencia de patrones culturales y de tradición popular que regulan los estilos de vidas personales y colectivos, así como el nivel socio-económico y educacional de la población; de ahí la relevancia de una atención integral donde la disciplina de Odontología intervenga de manera oportuna y multidisciplinaria durante este periodo en beneficio del binomio madre-hijo(a).

### **I. Detección de situaciones de violencia<sup>59</sup>**

Es fundamental por el bienestar tanto de la madre como de la persona en gestación, detectar oportunamente todas aquellas posibles situaciones de riesgo ante cualquier manifestación de violencia y de ser así, se debe de realizar la interconsulta correspondiente para llevar a cabo la valoración de riesgo pertinente.

Si en esta valoración de riesgo se determinara alguna situación o situaciones de riesgo, (social, emocional, familiar, médico, entre otros) es DEBER del profesional de la Institución realizar las referencias tanto internas, para atención integral y seguimiento, como las de atención interinstitucional. (Oficio GM-8279-2020 29 de junio de 2020) Actualización del “Lineamiento para la conformación de comisiones locales y representación institucional en las redes locales de violencia en cumplimiento a la Ley del Sistema Nacional para la atención y la prevención de la



violencia contra las mujeres y la violencia intrafamiliar” Código: L.GM. DDSS. AAIP-PNAV- 15062020.

Además, es necesario tener en consideración que estas posibilidades de detección de situaciones de riesgo por violencia se deben de evaluar y captar en las diferentes etapas de la atención, es decir, tanto en la atención preconcepcional, como en el control del embarazo y durante el puerperio y egreso.

Para más información y detalle sobre atención y cuidado preconcepcional, referirse al Protocolo de Atención Clínica Implementación y Normalización de la Atención Preconcepcional. Código PAC.GM.DDSS-AAIP-PNM-240820 V 01<sup>46</sup>.

## Módulo 2. Planificación Local por Nivel de Atención

Cada una de las actividades que se realizan en la atención prenatal en la embarazada con un bajo riesgo obstétrico, responde a objetivos específicos. Por lo tanto, los diferentes Niveles de Atención, deben de analizar y planificar su prestación de servicios de acuerdo con la cantidad de mujeres en edad fértil, embarazos esperados y capacidad resolutive. A continuación se describen las actividades a realizar por nivel de atención, las cuales son una adaptación y actualización de la Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo perinatal, parto y posparto.

### 2.1. Planificación Local (34 Op. Cit.)

La atención de la mujer embarazada será abordada en cada Nivel de Atención, dependiendo de la clasificación del riesgo y su capacidad resolutive.

- **Primer Nivel de Atención**

El Primer Nivel de Atención debe:

a. Realizar un Análisis de Situación en Salud (ASIS) con su respectivo diagnóstico con el fin de planificar la respuesta de los servicios de salud a las necesidades y problemas de la población a su cargo, tomando en cuenta a la comunidad, las



usuarias, sus formas de participación, así como la diversidad cultural en relación con población indígena y migrante (cuando corresponda).

Por lo que debe de:

- a) Favorecer el diálogo con la comunidad y la planificación participativa
- b) Detección de familias con riesgo (determinantes sociales)
- c) Determinar la población de mujeres en edad fértil.
- d) Determinar el número de embarazos esperados.
- e) Valorar condiciones que limiten o dificulten el acceso a una atención prenatal oportuna, completa y de calidad de las embarazadas del área de atracción (condiciones de vida, aspectos organizativos del servicio de salud u otros). Así como, considerar para población indígena de mediano y difícil acceso geográfico y cultural . De ser necesario, que el personal conozca el protocolo de traslado aéreo **GA-DSI-ASG-C002**.
- f) Elaborar y mantener actualizado el tarjetero de recursos (institucionales, comunitarios, otros) para la atención o información en necesidades o problemas de las usuarias que no son exclusivos de salud.
- g) Realizar encuestas de percepción, grupos focales y todas aquellas estrategias que se consideren necesarias para realizar de manera integral el diagnóstico de situación de salud, en concordancia con la percepción y cosmovisión de las personas usuarias de los servicios de salud.

**Responsable:** Dirección del Área de Salud, EBAIS, equipo de apoyo (en el caso que proceda), personal administrativo.

**b.** Realizar la Programación local, mediante la determinación de las acciones que deben realizarse e incluirse en el PAO y PRESUPUESTO con el fin de atender a la población esperada y cumplir la aplicación de las normativas, para cada conjunto social o grupo de población a fin de lograr una cobertura óptima de atención prenatal con calidad.

Debe:



Incluir en el plan gerencial local y presupuesto:

- Promoción de la consulta y de la educación prenatal y postnatal, a través de medios eficaces y recursos disponibles para el nivel local.
- Promoción de derechos y deberes de las personas usuarias en los servicios de salud
- Establecer o reforzar las actividades de un programa de docencia-servicio y educación continua a todo el personal.
- Fortalecer las alianzas estratégicas interinstitucionales (INAMU, Gobierno local, entre otros) Para ser inclusivos en la participación social.
- Programa de fomento y compromiso con la humanización y mejoramiento de la calidad de la atención, según lo contenido en el ***Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social***<sup>3</sup>.

Programar las siguientes actividades:

- Horas y días de consulta prenatal.
- Sesiones de equipo para discutir casos, procesos de atención y análisis de trabajo en equipo.
- Atenciones individuales y grupales.
- Planificar los cursos de preparación para el parto o educación prenatal.
- Educación en el área de salud sexual y reproductiva, nutrición, lactancia materna, puericultura, actividad física y promoción de relaciones no violentas.
- Educación para la detección oportuna sobre el uso y consumo de sustancias psicoactivas.
- Educación y atención de la salud bucodental, de acuerdo con la norma de la disciplina correspondiente.
- Visita domiciliar de seguimiento de mujeres con embarazo de alto riesgo y pérdida de cita.
- A la embarazada que es derivada a otro nivel de atención por cualquier condición, debe de mantenerse el seguimiento en el I Nivel (según normativa nacional<sup>42</sup>).
- Inducción al personal de nuevo ingreso y evaluación con todo el personal sobre los derechos, reglamento de salud, importancia del control prenatal y

aplicación de normativas. Para lo que, idealmente, la Dirección Médica de la Unidad de Salud debe designar, con dicho fin, a un profesional responsable.

- La evaluación del personal también debe dirigirse a la valoración de las competencias profesionales, a través de simulaciones, ensayos clínicos y prácticas dirigidas, entre otros.

**Responsable:** Dirección del Área de Salud, EBAIS, equipo de apoyo (en el caso que proceda), personal administrativo.

**c.** Planeamiento de la Visita Domiciliar para garantizar la continuidad en la atención prenatal para que ésta sea extensa, precoz, periódica, completa y con enfoque de riesgo.

- Planeamiento de la visita utilizando el registro de seguimiento de casos y las referencias de otros miembros del equipo de salud.
- Programación de las visitas según condición de las usuarias e indicaciones en los planes de atención. Dar seguimiento por equipo de apoyo y EBAIS.

**Responsable:** EBAIS, equipo de apoyo (en el caso que proceda), personal administrativo.

**d.** Monitoreo y evaluación de la atención prenatal con el fin de mejorar las áreas críticas y mantener las fortalezas identificadas en la atención prenatal:

- Evaluación y planificación en equipo
- Fomentar la preconsulta por parte del profesional en enfermería ya que la misma favorece la educación y la detección de elementos de riesgo o signos de alarma, los cuales pueden ser analizados en conjunto por el equipo de salud.
- Favorecer la incorporación de asesores culturales durante el proceso del control prenatal, independientemente del Nivel de Atención. Particularmente en áreas donde existe población indígena o migrante.
- Estudio de casos específicos
- Análisis de muertes maternas e infantiles, según decreto
- Supervisión y evaluación de la aplicación de las normas.

**Responsable:** Dirección del Área de Salud, EBAIS, equipo de apoyo (en el caso que proceda), personal administrativo.



**e. Detectar de forma oportuna, eficiente y eficaz las mujeres gestantes de la comunidad**

- Detección temprana de la embarazada
- Visita Domiciliar a casos específicos. Garantizar un control prenatal completo y oportuno al 100% de las mujeres gestantes que asisten al área. Se priorizarán a las embarazadas con: pérdida de citas, riesgo obstétrico alto y riesgo familiar.
- Identificación temprana de mujeres gestantes a través del trabajo en equipo, involucrando a la comunidad, promotoras de salud y otras instituciones y medios de comunicación disponibles.
- Valoración del soporte familiar y social con que cuenta la usuaria. Informar sobre derechos y deberes de las usuarias y estimular el ejercicio de estos. Indagar motivos y dar seguimiento a usuarias con pérdida de cita o que se niegan a asistir al control prenatal. Investigar la presencia de signos y síntomas de alerta, dar información y aclarar dudas sobre este aspecto. Utilizar un lenguaje sencillo claro y acompañamiento de la usuaria ante las inquietudes que presenta.
- Implementar una modalidad de atención enfocada en el principio de interculturalidad, que propicie la atención con calidad y respetuosa de las tradiciones sociales, religiosas y culturales de las usuarias.
- Promover la cuantificación, valoración, seguimiento y valoración del criterio-retroalimentación de las usuarias y sus familias, este es un buen parámetro de retroalimentación y permite detectar oportunidades de mejora o tomar decisiones sobre puntos críticos a mejorar.

**Responsable:** EBAIS

- **Segundo y Tercer Nivel de Atención**

**Atención Ambulatoria e internamiento**

- a.** Realizar el análisis de la atención médica ambulatoria e intrahospitalaria con el objetivo de planificar de forma racional e integral la atención de los problemas de salud de las gestantes atendidas en ese nivel.

- Realizar diagnóstico y análisis de datos:
  - Embarazos de alto y bajo riesgo (para aquellos casos en los que el III Nivel tenga áreas de atracción directa).
  - Población adscrita al establecimiento
  - Áreas de atracción
  - Población por atender según: -Centros de referencia -Área geográfica -Grupos de edad -Población indígena y migrante
  - Comportamiento histórico de la demanda.
- Patologías más frecuentes atendidas
- Porcentaje de mujeres en consumo y en control del embarazo
- Tiempos de espera para ultrasonido/ citas a consulta de alto riesgo.
- Causas de referencias más frecuentes.
- Analizar a nivel institucional sobre causas más frecuentes de consulta, de ingresos o de egresos. De acuerdo con la información disponible.
- Análisis del sistema de referencia y funcionamiento del hospital con respecto a la red.
- Problemática psicológica más frecuente
- Problemática social más frecuente
- Detección oportuna sobre el uso y consumo de sustancias psicoactivas
- Causas más frecuentes de satisfacción o insatisfacción de las usuarias
- Urgencias obstétricas atendidas en todos los servicios, tipo de emergencia, oportunidad, eficacia, eficiencia y calidad técnica de la atención.
- Estadística en relación con partos atendidos:
  - Número de partos según edad, paridad, tipo de parto, con o sin control prenatal.
  - Número y porcentaje de partos intervenidos
  - Tipos de intervenciones en estos partos
  - Complicaciones más frecuentes durante el parto y posparto.
  - Número de egresadas según causa
  - Reingresos por todas las causas.
  - Estancias prolongadas.
  - Traslados según causa: Internos (Otros servicios). Externos
  - Defunciones: causas / defunciones prevenibles.
- Todas las unidades de salud que atienden parto deben contar con libro de partos, donde se registrará todos los partos ocurridos ya sea por vía cesárea o vaginal y los acontecimientos más relevantes.



**b.** Análisis del proceso de atención para planificar de forma racional, integrada, humanizada y de acuerdo con el criterio médico la atención de los problemas de salud de las gestantes atendidas en ese nivel:

- Identificación y análisis de barreras de acceso para una atención humanizada y de calidad de los servicios ambulatorios, de urgencias y de internamiento. Considerando barreras organizacionales, geográficas, económicas y culturales tanto desde la perspectiva de las usuarias, como de los proveedores (personal de salud) y del sistema.
- Número de camas y distribución.
- Porcentaje de cesáreas, causas de éstas y resultados de su intervención.
- Condiciones de aseo, seguridad, privacidad de las salas de espera, de ingreso, de labor, partos, estado de los servicios sanitarios; condiciones que favorezcan la dignificación y un trato adecuado de las mujeres ingresadas y en la consulta externa.
- Disponibilidad exclusiva de salas de operaciones 24 horas al día.
- Recurso Humano (Auxiliar de Enfermería, Asistentes de pacientes, Enfermería Obstétrica, Médicos (as) Generales, Médicos (as) Especialistas, Trabajador (a) Social, Nutricionista, personal de sala de operaciones, laboratorio y odontología.
- Efectividad, eficacia y oportunidad del trabajo en equipo con los Servicios de diagnóstico, tratamiento y otros.
- Existencia de programas docencia-servicio a todo el personal relacionado con esta área, educación continua, entre otros.
- Existencia de un programa de fomento y compromiso con la humanización, trato digno y mejoramiento de la calidad de la atención del parto, posparto, posaborto, así como en la atención ambulatoria e internamiento.
- Análisis de las Investigaciones que se realizan en el servicio.
- Condición de la estructura / distribución del espacio / Condición y distribución del equipo.
- Identificación de áreas críticas en el proceso de atención a través de diversas metodologías que se dispongan: análisis de casos, metodología de entidades trazadoras: Análisis de muertes maternas e infantiles y morbilidad grave, análisis de cesáreas, morbilidad e infecciones intrahospitalarias, identificación de satisfacción de usuarios y prestatarios, causas de insatisfacción. Así como la pesquisa del estado general, integral al egreso de la usuaria con su hijo.



- Análisis de la inversión del presupuesto e incentivos asignados al servicio para la transformación positiva de la atención de las usuarias.
- Elaboración de planes de acción para las áreas críticas identificadas.
- Monitoreo del avance y evaluación de resultados de los planes en ejecución.

**Responsable:** Jefaturas de servicio, personal de servicio.

c. Análisis de morbilidad grave y mortalidad maternas e infantiles por medio de las comisiones respectivas, así como seguimiento y elaboración de informe del avance de los planes y evaluación del cumplimiento de metas propuestas en el plan.

**Responsable:** Dirección General del Hospital, jefe de servicio, personal del servicio miembros de las comisiones respectivas.

d. Elaboración del presupuesto y plan anual operativo para identificar los recursos e insumos, con base en los análisis, de la asignación de los recursos, así como de las áreas críticas del proceso de atención y de las barreras de acceso; que permitan planificar y evaluar las acciones en cuanto a la atención prenatal, parto, posparto para lograr de acuerdo con el nivel resolutivo una atención de calidad, técnica y humanizada.

- Actividades para la inducción y/o capacitación al personal en derechos y deberes de las usuarias, sobre el reglamento de salud y otros.
- Elaboración de un plan de orientación, educación e información para las personas que acompañan a las mujeres durante la labor y el parto, para lograr un apoyo efectivo.
- Establecer un sistema eficiente y eficaz de referencia y contrarreferencia con las Áreas de Salud y otros Hospitales.
- Incluir plan de señalización adecuada y mejoramiento de la infraestructura y logística en función de las necesidades de las usuarias y acompañantes.
- Realizar un análisis sobre ingresos innecesarios ya que esto repercute directamente sobre la calidad de la atención brindada como la capacidad instalada y la utilización del recurso humano.
- Considerar en la planificación de acuerdo con el Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social<sup>3</sup>, las intervenciones planteadas



sobre las unidades de emergencias obstétricas de acuerdo con la cantidad de partos atendidos.

- Contemplar para la planificación lo contenido en los documentos normativos institucionales oficiales para el adecuado proceso de atención con calidad.

**Responsable:** Director(a) del Centro, Director(a) de Enfermería, Jefaturas de servicio.

**e. Seguimiento de embarazadas de riesgo:**

- Enviar listado a las Áreas de Salud de las mujeres en atención de alto riesgo prenatal, posparto, posaborto: así como con los diagnósticos de patologías adyacentes: diabetes mellitus, hipertensión arterial, entre otros; para su respectivo seguimiento y control.
- Enviar listado a las Áreas de Salud de las mujeres posparto que recibieron anticoncepción post evento obstétrico antes de su egreso hospitalario y de aquellas usuarias a las que debe de colocarse el método en el I o II Nivel.

**Responsable:** Dirección Médica del Centro, de Enfermería, Jefe(a) del Servicio, Jefatura de Redes.

**f. Información y registro de las actividades**

- Inscripción en la consulta con un registro actualizado y completo
  - Brindar orientación e información a la usuaria embarazada y acompañante sobre la atención que solicitan.
  - Inscribir a la embarazada en la consulta y clasificarla según: Caso nuevo: Mujer embarazada que llega por primera vez a la consulta, Caso subsecuente: Mujer embarazada que llega por segunda o más veces a la consulta prenatal, Caso referido por condiciones de riesgo.
  - Confección del expediente de salud. Adjuntando la Historia Clínica Perinatal.
  - Solicitar expedientes, revisar y buscar exámenes pendientes, para la consulta.
  - Asignar cita para ser atendida de manera oportuna, según clasificación de riesgo.
- Brindar a todas las gestantes información confiable sobre la atención prenatal y cuidados de su salud.



g. Elaboración de informes. Contar con información que permita la evaluación de la planificación local. Información a las usuarias sobre los días y horarios de consulta, cursos de preparación para el parto y otras actividades. Realizar el informe diario estadístico de la consulta.

h. Suministrar información sobre la modalidad de aseguramiento de la mujer embarazada, en caso de que no esté adscrita a ningún régimen previamente. De tal manera que se garantice su atención en salud durante todo el embarazo, parto y posparto inmediato.

Para este punto es importante recordar que la institución contempla claramente directrices para normalizar la atención de mujeres embarazadas no aseguradas y/o en situación migratoria irregular; así lo contempla en publicación Web del día 10 de mayo de 2013 en comunicado **GM-9033-5: Aclaración de directriz institucional sobre atención de mujeres embarazadas no aseguradas y/o indocumentadas**: “La Dirección Jurídica en oficio D.J.-02829-2013 del 31 de abril de 2013 concluye lo siguiente”:

*“1. Que es deber de la Institución, otorgar el acceso a los servicios de salud, tanto a las mujeres embarazadas, como a los menores de edad, indistintamente de su estatus con la seguridad social, de su condición migratoria, se logre identificar o no, tal y como se deriva del Código de la Niñez y la Adolescencia, todo en aras de la protección del nasciturus y la de su madre”.*

**Responsable:** Dirección Médica, Personal de Salud, Personal de REDES, EBAIS, Equipos de Apoyo (en el caso que proceda), Jefaturas de Consulta Externa.

i. Brindar de forma continua información pertinente a la familia gestante que les permita mejorar la salud en forma integral.

- Saludar y llamar a la usuaria por su nombre.
- Entrevista a la usuaria con una actitud basada en el respeto, el diálogo y la empatía. Indagar sobre datos generales y otra información que la mujer y la persona que atiende considere pertinente y relevante para la atención integral.
- Llenar Historia Clínica Perinatal (tarjeta de control prenatal/ carné perinatal) y brindar las explicaciones necesarias sobre el contenido e importancia.



- Anotar en el expediente de salud y la tarjeta de control prenatal/ carné perinatal la información adicional pertinente (US realizados, pruebas especiales, entre otras.)

Estar atento ajustes físicos, emocionales y laborales de la usuaria y su familia, los cuales reflejen la adaptación al embarazo. apoyar y acompañar a la usuaria durante la labor de parto, permaneciendo razonablemente flexible en estos deseos para el nacimiento. Debe contemplarse lo estipulado en el ***Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Manual Técnico de Educación Perinatal para Mujeres Gestantes y sus familias***<sup>3</sup>.



## Módulo 4. Atención de la labor de parto y parto de Bajo Riesgo

La atención del trabajo de parto de bajo riesgo obstétrico, pretende brindar asistencia de calidad basada en evidencia científica y según lo contemplado en el **Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social**<sup>3</sup>, durante el ingreso, el periodo de dilatación (primer periodo, el periodo de expulsión (segundo periodo) y los periodos de alumbramiento y postalumbramiento (tercer periodo).

El personal de salud se presentará con calidez y abordará a la usuaria de forma respetuosa y empática, brindando una atención humanizada, practicando la escucha activa. Llamará a la usuaria por su nombre e identificará el interés de la usuaria, inquietudes y necesidades emocionales considerando su momento de vida y contexto. En el caso de realizar algún procedimiento, el profesional debe resguardar la intimidad y privacidad de la usuaria, así como permitir el acompañamiento en momento que la usuaria lo desee. Además de facilitar un asesor cultural en caso requerido.

### 1. Asistencia durante el ingreso <sup>(8 Op. Cit)</sup>

Consiste en diagnosticar el inicio de trabajo de parto y realizar una adecuada clasificación del riesgo obstétrico; también se puede utilizar el puntaje **Record materno de observación de signos tempranos de alarma** conocido como MEOWS (por sus iniciales en inglés, Modified Early Obstetric Warning System Chart) con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad materna y mejorar los resultados de las intervenciones clínicas<sup>60, 61</sup>.

Dentro de los motivos de consulta más comunes de la mujer embarazada al Servicio de Emergencias, son los que consideran como síntomas de trabajo de parto, tales como, percepción de contracciones uterinas dolorosas, pérdida de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales. Por tanto, realizar un diagnóstico certero de inicio de labor de parto es fundamental para establecer los criterios de hospitalización. Se define trabajo de parto como la presencia de contracciones uterinas periódicas y regulares, percibidas por la madre o por un observador, que se acompañan de cambios cervicales significativos (al menos 3-4 centímetros y 80% de borramiento), con una frecuencia de 3 -5 en 10 minutos<sup>34</sup>.



Las usuarias que son ingresadas por el servicio de admisión cuentan con un criterio médico de interrupción del embarazo, sin embargo, los componentes de la asistencia durante el ingreso se aplicarán de manera estándar.

### **A. Componentes de la atención en la consulta de ingreso**

Los componentes de la atención en la consulta de ingreso de la mujer embarazada:

- Interrogatorio.
- Interpretación del Carné perinatal.
- Examen clínico general.
- Examen obstétrico.

Los mismos se describen a continuación y se instrumentan en la Lista de Verificación de la Atención Segura durante la Labor, el parto y posparto inmediato y su respectivo lineamiento para la implementación del “Listado de Verificación de la atención segura de la labor de parto, del parto y del posparto” 2016<sup>62</sup>. (Ver Anexo No 6)

- **Entrevista**

Está destinado a identificar las razones que motivaron la consulta y a evaluar el grado de riesgo de la mujer embarazada. Es el complemento de la lectura del carné perinatal.

Permite evaluar síntomas del parto, antecedentes, datos omitidos en el control o nuevos acontecimientos que aparecieron desde el último control.

Si la mujer embarazada no ha controlado su embarazo o acude sin el carné perinatal se deberá interrogar siguiendo “la ruta” que sugiere la Historia Clínica Perinatal. Y basados en el enfoque de pertinencia cultural, valorar si la mujer indígena comprende el español o si necesita apoyo de una persona acompañante que hable el idioma (persona asesora cultural).

En el caso, de mujer con discapacidad, proveer las condiciones y medios para una comunicación oportuna y bidireccional.

- **Identificación de Riesgo Social**

La mayoría de los factores de riesgo socioeconómicos y educacionales no determinan cambios en la conducta frente al parto si el embarazo llega a término

con un feto y una madre sanos. En esta etapa estos factores son de importancia para controlar los riesgos posnatales a los que pueden asociarse.

- **Antecedentes familiares, personales y obstétricos**

Ciertas condiciones patológicas se asocian con mayor riesgo materno, fetal y o neonatal durante el parto. Su existencia al momento del inicio del trabajo de parto determina que sea clasificado como de alto riesgo.

- **Examen clínico general**

Permite evaluar el estado general de la embarazada (físico y psíquico), sus funciones vitales y descartar patología que incremente el riesgo.

El examen clínico requiere ser efectuado por personal capacitado para evaluar apropiadamente los principales signos de patologías de riesgo tales como síndrome hipertensivo, anemia grave, infección severa, cardiopatía, etc.

Para evaluarlos se debe explorar los siguientes aspectos que, además, pueden orientar hacia otras posibles patologías:

- **Presión arterial**

Los trastornos hipertensivos del embarazo son potencialmente peligrosos para la madre y el feto. La severidad de estos trastornos se asocia a síntomas de irritabilidad del sistema nervioso central (SNC), compromiso renal y/o hepático.

Se define hipertensión arterial una PAS  $\geq 140$  y PAD  $\geq 90$  mmHg en al menos dos mediciones separadas de 4 horas o una única cifra  $>$ de 160/110 mmHg. La técnica de medición se debe realizar según recomendaciones internacionales vigentes.

En presencia de hipertensión arterial se debe interrogarse sobre:

- Cefalea.
- Trastornos visuales (escotomas, amaurosis)
- Mareos o vértigos.
- Trastornos auditivos (acúfenos, tinnitus)
- Alteración de conciencia.
- Oliguria o anuria.
- Convulsiones.
- Dolor abdominal (epigastralgia).

Además, deben examinarse especialmente:

- Reflejos osteotendinosos (patelar).
- Palpación abdominal (el dolor en hipocondrio derecho o la hepatomegalia, son signos de gravedad).

La presencia de cualquiera de estos signos o síntomas indica gravedad del síndrome hipertensivo.

La hipotensión al final del embarazo es menos común. En ocasiones puede ser la manifestación de un choque. El choque en obstetricia es habitualmente secundario a hemorragia, con mucho menor frecuencia es debido a sepsis, embolia de líquido amniótico u otra condición médica grave (cardiopatía, diabetes mellitus). En caso de hipotensión debe buscarse:

- Hemorragia genital.
- Taquicardia o bradicardia,
- Pulso débil.
- Hipertonía uterina.
- Piel fría y sudorosa.
- Palidez y/o cianosis.
- Taquipnea
- Oliguria

La presencia de cualquiera de estos síntomas debe alertar sobre la posibilidad de un estado de choque.

- **Frecuencia cardíaca**

La frecuencia normal del pulso en el embarazo de término es de 60 a 100 pulsaciones por minuto. Se constata por medio de la palpación digital de la arteria radial sobre la muñeca o por medios electrónicos.

Las alteraciones deben evaluarse en conjunto con otros hallazgos del examen.

- **Temperatura**

La presencia de fiebre ( $\geq 38.3$  °C) puede ser un signo de infección grave, debe, por lo tanto, investigarse otros signos y síntomas que puedan orientar al origen de la fiebre, tales como:

- Hidrorrea
- Dolor abdominal (diferenciable de contracciones).
- Disuria, pujos y tenesmo vesical.
- Edema, dolor y enrojecimiento de extremidades inferiores.

- Cualquier otro signo que sugiera infección

Cuando se constatan síntomas y signos de infección severa, se debe referir al nivel de atención de alto riesgo.

Cuando los hallazgos son sugerentes de patologías no complicadas, se podrá admitir en el nivel de bajo riesgo, controlando la temperatura, pulso y otros signos y síntomas cada 2 horas. En caso de identificar la causa, efectuar el tratamiento específico (etiológico).

- **Peso**

El peso actual debe ser evaluado mediante una tabla de ganancia de peso materno en función de la edad gestacional y el IMC: Gráfica para la evaluación nutricional de la embarazada según IMC, Atalah. Ver Anexo 7.

- **Examen obstétrico**

El examen obstétrico permite confirmar el diagnóstico de la labor de parto y evaluar el riesgo materno-fetal durante la labor, parto y posparto. Además, podemos determinar el periodo de labor de parto en que se encuentra la usuaria.

El trabajo de parto se divide según la dilatación y el descenso de la presentación entre etapas:

- Primer periodo: Borramiento y dilatación.
- Segundo periodo: Expulsivo.
- Tercer periodo: Alumbramiento.

- **Exploración abdominal**

Los objetivos que se persiguen son determinar:

- Antecedente de cirugía abdominopélvica
- **Palpación abdominal para determinar**
  - Posición y tamaño fetal (maniobras de Leopold). (Ver Anexo No 8)
  - Número de fetos.
  - Cantidad de líquido amniótico.
  - Situación fetal.
  - Altura de la presentación.
  - Presentación fetal.



- Presencia de contracciones uterinas
- Anomalía de crecimiento fetal

- **Altura uterina**

Permite evaluar el tamaño y crecimiento fetal.

La sospecha de restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), macrosomía, embarazo múltiple, presentación anómala y polihidramnios, determinan la asistencia del parto en un nivel de alto riesgo.

- **Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF)**

La Cardiotocografía Fetal (El monitoreo Fetal) consiste en interpretar el estado de oxigenación del feto por medio del análisis de la frecuencia cardíaca y sus cambios en relación con los movimientos espontáneos en condiciones basales, el cual es fundado en los estados vigilia-sueño fetal, en determinadas situaciones se puede estimular al feto para obtener la adecuada respuesta fetal intraútero. Lo que permite confirmar el grado de bienestar fetal.

La presencia de alteraciones de la FCF indica una presunción de hipoxia fetal con el consiguiente riesgo de:

- Apgar <7, a los 5 minutos
- Depresión respiratoria
- Asfixia
- Resultado neurológico adverso
- Óbito o muerte neonatal

- **Patrón de contractilidad uterina**

Se debe determinar el tono uterino, la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones.

- **Técnica para evaluar la contractilidad**

Se realizará por medio de la palpación abdominal:

El control clínico de las contracciones uterinas se debe realizar por un periodo de 10 minutos, colocando la mano extendida sobre el abdomen materno sin estimular el cuerpo uterino.

- **Examen Genital**

Tacto vaginal: Previo consentimiento verbal de la mujer embarazada. (Escala de Bishop), el cual permite evaluar:

- Dilatación, consistencia, borramiento y posición del cuello.
- Grado de encajamiento.
- Estado de las membranas ovulares.
- Presentación, variedad de posición y altura de la presentación (en caso de feto no cefálicos la vía de parto y manejo dependerá de la valoración médica e individualizada, así como los criterios de cada unidad).

Para valorar la altura de la presentación, se usan habitualmente dos métodos que relacionan el punto más declive de la presentación con la pelvis y que, según las distintas escuelas son los planos de Hodge (para la escuela europea) y las estaciones de De Lee (para la escuela norteamericana)<sup>63</sup>.

Aún con membranas ovulares íntegras, la prolongación del trabajo de parto aumenta el riesgo de infección. Se recomienda reducir los tactos vaginales al mínimo imprescindible.

Las medidas higiénicas apropiadas para la preparación física de la mujer embarazada disminuyen el riesgo de infección, será recomendable al ingreso baño de ducha y el uso de vestimenta holgada y limpia. Así mismo no serán necesarios de rutina los enemas ni el rasurado de la gestante.

El parto puede asociarse con riesgo de infección si se presentan las siguientes condiciones:

- Malas condiciones higiénicas de la madre.
- Malas condiciones higiénicas del lugar de atención.
- Exceso de exámenes por vía vaginal o con técnica inadecuada.
- Episiotomía, desgarros.
- Trabajo de parto prolongado.
- Ruptura prolongada de membranas.

- **Especuloscopia:**

En caso necesario, se realizará una especuloscopia, previo consentimiento verbal de la mujer embarazada.

- **Pérdida de secreciones por los genitales**

Cuando el motivo de consulta es la pérdida de secreciones por vía genital se deberá determinar a que corresponden:

- Tapón mucoso (limos)
- Líquido amniótico (determinar mediante el uso de AmniSure o ACTIM PROM)
- Orina.
- Sangre.
- Secreciones purulentas.

- **Sangre**

Es común observar pequeños sangrados asociados a la dilatación cervical; pero toda pérdida de sangre por los genitales debe evaluarse adecuadamente, con mayor razón, si el volumen es abundante.

Las hemorragias obstétricas constituyen una situación de alto riesgo y siempre se deben evaluar con especuloscopia, según clínica para determinar la causa, el manejo y deben ser siempre abordadas en un II o III Nivel de Atención, dado que las hemorragias al término pueden ser debidas a:

- placenta previa
- desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI).

- **Secreciones purulentas**

Se vincula a procesos infecciosos en vulva, vagina o cuello uterino u originarse en una infección ovular.

Los procesos infecciosos de vulva y vagina pueden infectar al feto durante su paso por el canal del parto. Debe constatarse la integridad de las membranas y precisar el origen de la secreción mediante especuloscopia.

## **B. Asistencia durante el primer periodo (borramiento y dilatación) (8, 34 Op. Cit)**

El objetivo de la atención durante el periodo de borramiento dilatación consiste en brindar cuidados que permitan prevenir, identificar y tratar oportunamente factores de riesgo y signos de alarma en la gestante, para así asegurar el bienestar materno, fetal y del recién nacido.

## Información a la embarazada

La información a la usuaria sobre la labor de parto y parto deber iniciarse desde el control prenatal en el tercer trimestre, curso de preparación psicofísica para el parto y ser reforzada al ingreso hospitalario. El equipo interdisciplinario que aborda la gestante es el responsable, esta Incluye la promoción de la participación del acompañante.

Se deben enfatizar lo siguientes contenidos:

- Información sobre el trabajo de parto (clara, precisa e inclusiva, adecuada interculturalmente de ser necesario)
  - Plan de parto, puericultura
- Recomendaciones sobre la participación y de la participación de su acompañante.
- Importancia de la posición vertical y deambulación para el periodo de dilatación. Respetando las modalidades de parto con pertinencia cultural. Así como hacer del conocimiento de que durante el internamiento la usuaria no tiene que estar sin ropa interior. Únicamente en sala de labor es deseable este requisito.
- Importancia de la hidratación oral durante el trabajo de parto.

La información que se entrega a la madre debe ser veraz y debe contribuir a que se espere el desarrollo del parto sin ansiedad. Debe usarse un lenguaje apropiado a su nivel educativo y tomar en cuenta la pertinencia cultural.

Debe estimularse la participación de la mujer gestante en la toma de decisiones, basado en la evolución de la labor de parto e instando a su familiar o persona acompañante a brindar el adecuado apoyo psico-físico que la situación requiere. Debe recomendarse y facilitar la libre ingesta de líquidos claros para disminuir el riesgo de deshidratación que se asocia a la actividad física y a la frecuente hiperventilación materna.

Las referencias de la participación en la toma de decisiones y la información acertada y con calidad hacia la mujer embarazada pueden encontrarse en el ***Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Manual Técnico de Educación Perinatal para Mujeres Gestantes y sus familias***<sup>3</sup>.

**Acompañamiento a la madre durante el proceso del nacimiento, Emergencias, Pre Parto, Parto, Recuperación Post Parto y Salón de Alojamiento Conjunto,** Los profesionales en salud trabajarán con calidez y brindarán atención a la usuaria



de forma respetuosa y empática, de forma humanizada, practicando la escucha activa. Llamarán a la usuaria por su nombre e identificará el interés de la usuaria, inquietudes y necesidades emocionales considerando su momento de vida y contexto. Deben favorecer la presencia de una persona acompañante, ya que disminuye el uso de intervenciones innecesarias y se obtienen mejores resultados maternos y neonatales, llegando incluso a prolongarse la lactancia natural. En el caso de realizar algún procedimiento, el profesional debe resguardar la intimidad y privacidad de la usuaria. Además de facilitar una persona asesora cultural en caso requerido. Los estudios concluyen que la presencia de una persona acompañante disminuye el uso de intervenciones innecesarias y se obtienen mejores resultados maternos y neonatales, llegando incluso a prolongarse la lactancia natural.

CLAP/SMR como organismo de la OPS/OMS recomienda estimular una serie de prácticas que han demostrado ser beneficiosas para la mujer y su futuro hijo(a), entre las que se citan:

- Apoyo emocional por el personal de salud durante el trabajo de parto y el parto.
- Respeto a que la mujer elija su acompañante.

Esto sustentado, institucionalmente en el **Lineamiento de Acompañamiento Integral en el proceso del nacimiento (Emergencias, Pre Parto, Parto, Recuperación Post Parto, Salón de Alojamiento Conjunto)**<sup>64</sup>.

### **Control de signos vitales**

Para identificar las situaciones de desequilibrio hemodinámico, deberán controlarse, según necesidad:

- Frecuencia cardíaca
- Presión arterial
- Temperatura
- Respiración

Si hay signos o síntomas sugerentes de trastornos hipertensivos; choque, trastorno cardiovascular o fiebre, debe considerarse esta situación como de alto riesgo, requieren valoraciones más frecuentes u oportunas.

### **Controles Obstétricos**

El trabajo de parto es un proceso dinámico, cuya normalidad puede ser alterada en cualquier momento.



Es importante brindar una atención digna, respetuosa, inclusiva y con pertinencia cultural durante la labor de parto, la cual procura:

- Vigilar el transcurso de este.
- No interferir con aspectos fisiológicos y psicológicos, evitando maniobras innecesarias.
- Promover la participación de la madre y el acompañamiento continuo.
- Promover contacto precoz madre-hijo(a)

Los controles por realizar:

- a) **US obstétrico:** se debe valorar US reciente (máximo 2 semanas) en caso de no contar con el mismo, se recomienda su realización para definir peso, presentación y líquido amniótico y/o en su caso perfil biofísico fetal. Este US se realizará de acuerdo con la capacidad instalada de cada Unidad y a criterio médico de la persona profesional a cargo.

**Contractilidad uterina:** la dinámica uterina (DU) permite valorar el tono, intensidad, frecuencia y duración de las contracciones. Debe realizarse en un periodo de 10 minutos, por el personal de enfermería obstétrica a cargo de la usuaria.

Se establece como DU regular aquella que presentes de 3 a 5 contracciones en 10 minutos, de moderada a alta intensidad, con una duración de 45 a 60 segundos. En fase activa se recomienda realizar controles cada 60 minutos y/o PRN si la usuaria se encuentra en evolución espontánea o cada 30 minutos si se encuentra con conducción de labor de parto, según protocolo manejo de oxitocina.

Por otra parte, DU irregular corresponde a menos de 3 contracciones en 10 minutos. En fase latente debe realizarse controles cada 4 horas y/o PRN.

**Frecuencia cardíaca fetal:** La auscultación debe realizarse por un tiempo de 45 segundos posterior a la finalización de la contracción uterina, con el objetivo de identificar la presencia de desaceleraciones tardías, por enfermería obstétrica. No se recomiendan las intervenciones innecesarias.

Los controles de FCF se realizarán de la siguiente periodicidad:

Fase latente cada 4 horas y/o PRN

Fase activa cada 30 minutos y/o PRN

Periodo expulsivo cada 5 minutos

Una vez que la usuaria presente dinámica uterina regular valorar si se requiere cardiotocografía, para determinar bienestar fetal.

**Progreso de la dilatación y del descenso de la presentación:** Se evaluará por medio del examen genital. El tacto vaginal debe ser efectuado con el debido cuidado, para no provocar la ruptura de las membranas ovulares.

El progreso de la dilatación no es una función lineal y su velocidad no es constante. Dos tercios del tiempo total que dura la dilatación se consumen hasta los 4 – 5 cm y el tercio restante hasta la dilatación completa. Este patrón normal puede alterarse en el sentido de la prolongación o la aceleración. Por lo que, se considera labor estacionada como el paro en los cambios cervicales durante 4 horas, con apropiada dinámica uterina y ruptura de membranas o 6 horas sin cambios cervicales con inadecuada dinámica uterina<sup>65</sup>.

El descenso de la presentación también es un fenómeno progresivo que se acelera al final del periodo de dilatación. Se ve influido por:

- La variedad de posición.
- El grado de flexión de la cabeza fetal.
- El grado de proporción pélvico fetal.
- La paridad.
- La posición materna.
- El estado de las membranas ovulares (Ver Anexo No 9 y 10)

Siempre debe de propiciarse la libre escogencia de la posición durante el parto, sin embargo, existen numerosas evidencias que señalan que el trabajo de parto es más fisiológico cuando se permite que la madre adopte libremente la posición vertical durante el periodo de dilatación cuya ventaja parece residir en:

- El ángulo entre eje fetal y estrecho superior favorece el encajamiento.
- Las contracciones son más intensas y eficientes.
- La mujer está más cómoda y sufre menos dolor.
- La duración del trabajo se acorta.

La amniotomía no tiene indicación como maniobra rutinaria en el trabajo de parto normal. Se debe indicar sólo ante la aparición de complicaciones tales como:

- Trabajo de parto prologando (descartada la desproporción feto-pélvica y distocia de la contractilidad uterina).
- Necesidad de acortar el trabajo de parto por patología materno-fetal.

- Necesidad de valoración cualitativa del líquido amniótico.

## **Intervenciones ante la pérdida de bienestar fetal**

### **Pérdida de bienestar fetal (intraparto)**

El tratamiento in útero del estado fetal no tranquilizante puede conllevar los siguientes pasos:

- **Cambio de posición.** Decúbito lateral izquierdo.
- **Corrección de hipotensión materna:** mediante la administración de volumen intravenoso a flujo rápido.
- **Suspender oxitocina.** Si se está usando
- **Útero inhibición.** Las bases del tratamiento con uteroinhibición, estriban en mejorar la perfusión útero placentaria y la oxigenación fetal por medio de la disminución o supresión de las contracciones uterinas.
- **Oxígeno suplementario mediante nasocánula:** de 3 a 5 litros-min

En caso de que no haya mejoría con las maniobras iniciales proceder a la extracción por la vía más rápida. Ver maniobras de reanimación inútero (Ver Anexo No 11).

## **Formulario de labor de parto, parto y posparto (Partograma)**

Se trata de un instrumento para la vigilancia durante la labor de parto, el cual ofrece intervenciones oportunas para prevenir complicaciones perinatales.

### **C. Asistencia durante el segundo periodo (8,37,37 Op.Cit.) (Expulsivo)**

Los cuidados durante el periodo expulsivo están orientadas a evaluar y detectar las desviaciones de los límites fisiológicos, con el objetivo de brindar intervenciones oportunas para prevenir la hipoxia fetal, así como, el traumatismo obstétrico y del recién nacido.

El período expulsivo es el tiempo transcurrido entre la dilatación completa del cuello uterino y el nacimiento. Durante el cual la mujer presenta deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas y las fuerzas de expulsión.

La duración promedio del segundo período del trabajo de parto es de 50 minutos en una nulípara y 20 minutos en una múltipara. Se ha determinado como trabajo de parto detenido cuando no presenta avance de 2 a 4 horas en nulíparas y múltiparas con o sin bloqueo epidural con adecuada dinámica uterina y ruptura de membranas.

El periodo expulsivo prolongado puede deberse a:

- Disfunción uterina (hipotónica, hipertónica o incoordinada).
- Pujo materno ineficaz
- Defectos de rotación cefálica
- Analgesia epidural
- Triple I (Corioamnionitis): inflamación o infección intra-amniótica
- Desproporción feto-pélvica no diagnosticada

Por otra parte, en el proceso de atención del expulsivo prolongado se pueden presentar complicaciones tales como:

Feto:

- Distrés fetal
- Cabalgamiento óseo cefálico
- Caput succedaneum

Traumatismo obstétrico materno:

- Desgarros vagino-perineales.
- Desgarro cervical y segmentario
- Ruptura uterina

Traumatismo en el recién nacido:

- Cefalohematoma
- Hemorragia intracraneana
- Fracturas
- Parálisis
- Lesiones de tegumentos

El pujo materno espontáneo y dirigido, es habitualmente adecuado para la expulsión fetal si éste se realiza sincrónicamente con la contracción uterina. Se debe promover el pujo dirigido, durante la contracción para favorecer el descenso del producto. El



pujo inadecuado se asocia a agotamiento materno y no contribuye al descenso del producto.

### **Equipo y material necesario para la atención del parto**

El equipo y material necesario para la atención del parto con calidad:

- Mesa de trabajo obstétrica
- Guantes limpios o estériles
- Tablas de gasa estériles
- Equipo de parto (dos pinzas forester atraumáticas, una pinza forester traumática, dos pinzas de cordón umbilical, una tijera de mayo)
- Campo tibio para secar y estimular al recién nacido.
- Pera de hule solo en caso necesario (No se recomienda la aspiración de manera rutinaria boca – nariz en el recién nacido).
- Agua estéril (No se recomienda el uso de clorhexidina de manera rutinaria para el aseo de la región perineal durante el expulsivo)

### **Posición de la usuaria durante el parto**

Se le debe brindar a la usuaria la posibilidad de escoger su posición de parto, siempre y cuando la condición médica lo permita, tomando en cuenta el contexto para la implementación de las prácticas interculturales.

Se recomienda evitar la posición de litotomía (piernas colgando y/o atadas a nivel de los tobillos) y la ginecológica clásica.

Dentro de las posiciones libres más comunes se encuentran:

- **Semisentada** (respaldo de la cama de partos con un ángulo de 110 a 120 grados y con apoyapié).
- **Sentada** (en cama de partos con respaldo en ángulo de 90 grados o en silla).
- **En cuclillas** (dificulta la auscultación cardíaca fetal y la protección del periné).

#### **A. Controles para realizarse durante el periodo expulsivo:**

- **Frecuencia cardíaca fetal:** se debe tomar entre contracciones, cada 5 minutos (Ver Anexo No 12).

- **Eficacia de la contractilidad uterina y pujos maternos:** deberá evaluarse periódicamente el descenso de la presentación como indicador de adecuada evolución del expulsivo. Cuando ocurra lo contrario valorar dinámica uterina.

### Conducta general

- Si la dinámica uterina es inadecuada en frecuencia, duración e intensidad debe iniciarse oxitocina (Ver Anexo 13)
- Estimular el pujo materno espontáneo señalando el momento apropiado (junto con la contracción) y evitando el agotamiento.
- Estimular una adecuada ventilación y relajación entre las contracciones.

### Protección perineal

La protección perineal es la principal medida preventiva para evitar desgarros. El riesgo de desgarro depende de la paridad, elasticidad de los tejidos, tamaño fetal y la velocidad de la expulsión.

Si se estima que existe alguna de estas condiciones debe efectuarse infiltración perineal con anestesia local antes de iniciado el desprendimiento, para realizar la episiotomía (de preferencia medio lateral). La Episiotomía es un procedimiento no recomendado por lo que debe utilizarse en casos excepcionales o calificados según criterio médico.

Cuando la cabeza distiende la vulva y el periné lo suficiente abre el introito vaginal hasta un diámetro de 5 cm o más, se puede emplear una mano enguantada para sostener el periné, la otra mano se utiliza para guiar y controlar la cabeza del feto generando una salida suave, disminuyendo las laceraciones.

Otro método a utilizar, cuando los esfuerzos de expulsión son insuficientes o se requiere de un parto rápido es la maniobra de modificada de Ritgen; con dos dedos enguataados debajo de un campo ejercen presión sobre el mentón del feto a través del periné justo frente el cóccix. Al mismo tiempo con la otra mano se aplica presión en el sentido superior contra el occipucio.

Esta técnica permite el parto controlado de la cabeza fetal, favorece la extensión del cuello de manera que la cabeza atraviesa el introito y pasa sobre el periné con sus diámetros menores.

### **Avance de la presentación y expulsivo**

- Permitir el avance de la presentación, manteniendo su flexión hasta que la circunferencia suboccipitobregmática haya traspasado el anillo vulvar distendido.
- Instruir a la madre para que jadee y no puje en ese momento.
- Enlentecer el desprendimiento, apoyando la mano izquierda sobre la presentación para que la deflexión se realice lentamente, distendiendo progresivamente los tejidos para evitar desgarros. Instruir luego a la madre para que puje suavemente.
- Colocar con la mano derecha un apósito sobre el periné, abarcándolo entre el pulgar y los dedos restantes de la mano. Sostener la presentación para que no efectúe su avance y deflexión bruscamente. Acercar hacia el rafe perineal los tejidos laterales del periné, como para fruncirlos, haciendo disminuir la tensión.
- Terminar el nacimiento con lentitud con la salida de la frente, la cara y el mentón.
- Instruir nuevamente a la madre para que no puje.

Aunque el resto del cuerpo con frecuencia se desprende espontáneamente, es habitual ayudar a su salida final. Para ello, una vez desprendida la cabeza y rotada espontáneamente hacia su posición primitiva, (rotación externa de la cabeza), se observa si hay alguna circular de cordón ajustada al cuello, la que, de existir, debe deslizarse sobre la cabeza o sobre el hombro. Si la tensión de esta lo impide, se secciona de inmediato el cordón entre dos pinzas de Kocher. Este último movimiento del feto que es la rotación externa según práctica observacional es la maniobra menos realizada o permitida en el parto, la mayoría de las veces es espontánea, pero no se permite por la premura de la extracción del recién nacido.

Se toma la cabeza con ambas manos de los parietales en posición anterior y posterior y se la tracciona suavemente, primero hacia abajo, descendiendo con ello el hombro en posición anterior hasta sobrepasar el pubis, para invertir de inmediato el sentido de la tracción, ahora hacia arriba, con lo que se obtiene el desprendimiento del hombro posterior. El resto del cuerpo, al ser menos voluminoso que los segmentos ya desprendidos, se expulsa fácilmente, debiéndose contener al feto para que no lo haga con brusquedad.

El descenso profundo del hombro en posición anterior es de rigor, antes de continuar las tracciones; de lo contrario, al retenerse éste detrás del pubis, puede ser motivo de fractura de clavícula o de elongación del plexo braquial correspondiente.

Tomar muestra de sangre de cordón umbilical para realizar laboratorios del recién nacido (grupo y Rh, VDRL, Coombs directo).

### **B. Complicaciones durante el expulsivo** (8 Op.Cit)

En las siguientes situaciones es necesario solicitar la presencia inmediata del especialista en gineco-obstetricia y neonatología.

- **Distocia de hombro**

Es una situación potencialmente grave que se caracteriza porque luego de la salida de la cabeza fetal se detiene el parto.

#### **Diagnóstico:**

Las maniobras habituales para liberar el hombro anterior fracasan.

Si se produce distocia de hombro, con hombro anterior impactado tras la sínfisis pubiana, se deben efectuar las siguientes maniobras:

- Solicitar ayuda de inmediato
- La persona profesional que atiende el parto puede iniciar las maniobras que estén dentro de su competencia para favorecer la expulsión del único hombro impactado, si es bilateral debe esperarse forzosamente que llegue el profesional especializado a cargo.
- Si no ha hecho episiotomía hágala, si la hizo y es pequeña ampliela.
- Con la parturienta en decúbito dorsal y con ayuda de una persona colaboradora (puede ser el acompañante) flexione fuertemente sus piernas sobre el pecho( Maniobra de Mc Robert)
- Solicite a un ayudante que comprima la región supra púbica intentando destrabar el hombro anterior e impulsarlo hacia la vagina.
- Aplique siempre tracción firme y continua hacia abajo. Si lo hace demasiado enérgicamente puede provocar parálisis del plexo braquial.
- Si estas maniobras fracasan intente la rotación cuidadosa llevando el hombro en posición anterior hacia atrás (en sentido del dorso fetal), que suele liberar el

hombro). Puede ayudar a la rotación y al desprendimiento, aplicar presión sobre el hombro fetal anterior en dirección al pecho fetal.

- El fracaso de esta maniobra obliga a intentar la extracción del brazo en posición posterior:
  - Introducir en la vagina la mano correspondiente al vientre fetal.
  - Presionar la fosa antecubital del brazo posterior, lo que hará descender el antebrazo que se toma y se conduce por el pecho del niño hasta afuera. Esto reducirá el diámetro fetal ofrecido a la pelvis y permitirá la liberación del hombro anterior.

Si todas estas maniobras (realizadas en escasos 2 minutos) fracasan, proceda a fracturar la clavícula fetal.

En ocasiones la clavícula fetal se fractura accidentalmente durante las maniobras de tracción. Esto deberá ser explicado a la madre y no ocultarlo, ya que esta situación podrá contribuir a salvar la vida del feto que ha quedado retenido.

### **Pérdida del bienestar fetal (intraparto)**

Cuando existan criterios de pérdida del bienestar fetal se deben brindar maniobras de reanimación inútero (Ver Anexo No 11). En caso de que no haya mejoría con las maniobras iniciales proceder a la extracción por la vía más rápida.

### **Atención del parto en presentación pélvica**

Existen evidencias que aseguran que el nacimiento por cesárea en caso de presentación pélvica es más seguro que el parto vaginal. Pero en ocasiones no habrá otra posibilidad que asistir el parto en esta presentación. Los mejores resultados se lograrán cuando el prestador mantenga la calma e intervenga cuando esté indicado con maniobras delicadas y precisas. Como maniobra previa cateterice sistemáticamente la vejiga para que durante el procedimiento ésta se encuentre vacía. De haber un fórceps disponible (tipo Piper), téngalo pronto en la mesa de parto, por si se produjera una retención de cabeza.

Se intentará conservar las membranas íntegras hasta conseguir la dilatación completa, si las membranas se rompen, se debe verificar que no haya prociencia o prolapso de cordón, además de evaluar la modalidad de la presentación.

Se evitará el pujo materno hasta certificar que el cuello del útero está totalmente dilatado y la presentación se encuentra ingresando en la vagina.



- Efectuar una episiotomía amplia y permitir que se expulsen las nalgas hasta ver aparecer la espalda. Se recomienda evitar el pujo hasta que las nalgas hayan salido espontáneamente bajo la fuerza de las contracciones.

Se evitará traccionar los miembros inferiores y se colocará una mano para prevenir la expulsión precipitada y evitar lesiones en el periné.

- Una vez que las nalgas han salido, se envuelve el abdomen del feto con una compresa tibia.

- Al aparecer el ombligo fetal comienza la fase activa en la participación del obstetra, en esa oportunidad, se traccionará sutilmente del cordón para evitar se compresión en el canal.

- Si las piernas no salen espontáneamente, extraer con delicadeza una pierna por vez, flexionando la rodilla y traccionando desde el tobillo.

- Cuando aparecen los ángulos de los omóplatos se permitirá a la mujer pujar. En ocasiones bastará con los pujos maternos para conseguir la expulsión de los hombros. Si en dos o tres pujos no se logra el resultado esperado, se deberá usar la maniobra de Bracht (esta maniobra tiene la ventaja de que sirve al mismo tiempo para el desprendimiento de hombros y cabeza y no requiere la introducción de la mano en la vagina). Mientras un ayudante comprime la cabeza fetal en dirección a la pelvis. El gineco-obstetra tomará al feto por el tronco y los muslos, se levanta al feto sin tirar y se lo hará girar en torno al pubis materno y en dirección al vientre materno.

Si no fuese efectiva la maniobra de Bracht para el desprendimiento de hombros se aplicará la maniobra de Rojas por la cual mientras se sostiene al feto de sus muslos con delicadeza y apoyando los pulgares en el sacro se intentará hacer rotar al feto, aplicando una ligera tracción descendente, para conseguir el desprendimiento del hombro posterior, una vez desprendido el hombro posterior, se efectúa un giro en sentido opuesto al anterior para desprender el hombro anterior.

- Otra maniobra para el desprendimiento de los hombros es la maniobra de Pajot, por la cual se deberá elevar al feto tomado de ambos tobillos y con dos dedos se intentará desprender el hombro posterior y luego bajando el feto se intentará desprender el hombro anterior.

- Cuando los brazos estén elevados sobre la cabeza fetal se deberá introducir la mano en la vagina para flexionar el codo y descender el brazo por delante de la cara del feto, en dirección al tórax.

- Cuando la maniobra de Bracht no sea efectiva para desprender la cabeza, se deberá mantener la presión por parte de un ayudante de la cabeza fetal por encima

del pubis en dirección a la vagina, para ayudar en el descenso de la cabeza y evitar la deflexión.

- Apoyar al feto boca abajo, cabalgando sobre el antebrazo de la mano más hábil del gineco-obstetra. Colocar los dedos índice y mayor de la mano que sostiene al feto, dentro de la boca fetal, traccionando la mandíbula hacia el tórax fetal, para flexionar la cabeza. Los dedos índice y mayor de la otra mano se apoyarán a manera de “tenedor” sobre los hombros fetales, estos dedos no deben traccionar. Se traccionará delicadamente al tiempo que el feto se elevará en dirección al vientre materno (maniobra de Moriceau).

Si estas maniobras fracasaran se recomienda la aplicación de un fórceps de Piper. Un ayudante elevará el feto desde sus tobillos, el gineco-obstetra aplicará ambas palas del fórceps por el lado ventral del feto intentando realizar una toma simétrica. Luego se traccionará, primero hacia abajo para descender la cabeza y finalmente hacia arriba, para desprenderla.

### **Recomendaciones sobre uso de medicación en el parto de bajo riesgo** (66 Op. Cit)

La labor de parto ha sido reconocida como una de las experiencias más dolorosas que se conoce, ha sido catalogada por el 60% de las pacientes primíparas y el 36% de las pacientes multíparas como dolor severo, muy severo e intolerable, comparado incluso con el dolor que se experimenta al amputar un dedo sin anestesia o a un dolor oncológico terminal.

Es importante considerar el uso de medidas alternativas para el manejo del dolor, los cuales están contempladas en Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Manual Técnico de Educación Perinatal para Mujeres Gestantes y sus familias<sup>3</sup>.

El Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras reconoce que hay muchos enfoques de analgesia disponibles para pacientes periparto. Ninguno de los métodos parece ser asociado con un mayor riesgo de parto por cesárea. La decisión sobre la analgesia debe ser coordinado estrechamente entre el especialista en ginecología- obstetricia, especialista en anestesia, la usuaria y el personal de apoyo calificado.

El tipo de analgesia que se le ofrezca a la usuaria debe basarse en varios factores incluyendo la preferencia de la usuaria, su estado médico basal, contraindicaciones que tenga según la técnica a utilizar, capacidad institucional para brindar las diversas técnicas, entrenamiento anestésico y del personal de salud encargado. La decisión debe ser tomada en conjunto entre el profesional en obstetricia, el anestesiólogo(a), la usuaria y el personal de enfermería a cargo de esta en la sala de partos. Una vez instaurada la unidad de analgesia para el trabajo de parto en nuestra institución, el anestesiólogo(a) basándose en las indicaciones y contraindicaciones que presente la usuaria para la administración de la analgesia neuroaxial para el trabajo de parto, deberá contar con la opción de analgesia intravenosa para aquellos casos que lo ameriten ya sea con fentanil o remifentanil según criterio del especialista en anestesia.

#### A. Indicaciones médicas y obstétricas durante el trabajo de parto

- **Trabajo de parto conducido (oxitócicos):** terminación, estimulación, presentación posterior, distocia dinámica, interrupción médica del embarazo.
- **Situaciones de alto riesgo de cesárea de urgencia:** presentaciones podálicas, útero cicatricial, embarazos múltiples. -Extracciones instrumentales, lesiones perineales, vaginales y cervicales.
- **Algunas cardiopatías** (sobre todo no obstructivas): insuficiencia mitral, insuficiencia aórtica, CIA, CIV, insuficiencia coronaria. EPOC, asma, síndrome restrictivo (escoliosis paralítica), enfermedad arterial pulmonar. HTA esencial, toxemia gravídica sin trastornos de la coagulación.
- **Evitar la hiperventilación:** convulsiones, tetania, espasmo filia.
- **Evitar esfuerzos expulsivos:** desprendimiento de retina, aneurisma cerebral (sin hipertensión endocraneana).
- **Reducción de la hiperactividad simpática:** feocromocitoma, paraplejía, tetraplejía.
- **Anestesia general con riesgos:** miastenia gravis, intubación difícil, alergias.
- **Situaciones psicológicas particulares:** embarazo no deseado, menor de edad, proyecto de abandonar al niño o niña, niño(a) malformado, vaginismo. Feto muerto y retenido, se decide parto vaginal.

## Algunas contraindicaciones absolutas

- Hemorragia activa.
- Hipovolemia franca.
- Eclampsia.
- Distrés fetal agudo (prolapso cordón).
- Afección aguda del sistema nervioso central o tumores cerebrales con datos de hipertensión endocraneana.
- Sepsis local o sistémica evidente y sin tratamiento
- Alteraciones de la coagulación / hemostasia
- Heparinización completa

## Fármacos

Además de los anestésicos locales ( lidocaína, levobupivacaína) y los opioides ( fentanilo, morfina), el anesthesiólogo debe contar en la sala de partos (específicamente en la unidad de analgesia para el trabajo de parto) con agentes sedante-hipnóticos (tiopental, ketamina, midazolam), succinilcolina, epinefrina, atropina, fenilefrina, gluconato de calcio, bicarbonato de sodio, naloxona y equipo de reanimación tanto materna como neonatal, además se contará con un algoritmo del manejo de toxicidad por anestésicos locales y se coordinará con farmacia la accesibilidad a la solución lipídica al 20% en caso de requerirse. En la actualidad se cuenta con un frasco de 250 cc de intralip en el área de Obstetricia el cual constituye el manejo inicial de la toxicidad por anestésicos locales, el resto de tratamiento deberá coordinarse con farmacia. De ser posible se instaurará un CARRO DE ANALGESIA el cual contará con la mayoría de estos insumos almacenables para poder ser desplazado según requerimiento en la zona que se necesite abordar a la paciente para la analgesia.

## Recurso Humano

- Especialista en Medicina obstétrica y residente de obstetricia
- Personal de enfermería
- Especialista en anestesia y residente de anestesia
- Especialista en Neonatología o Pediatría

## Tipos de analgesia neuroaxial para el trabajo de parto



Existen diversos tipos de analgesia neuroaxial para el trabajo de parto: ESPINAL, EPIDURAL (continua, continua con bolos controlados por la usuaria, en bolos intermitentes programados).

**Epidural –Espinal combinada.** La elección de la técnica dependerá de la situación particular de la usuaria y de la experiencia y entrenamiento del anestesiólogo(a). Es importante recalcar que independientemente del tipo elegido la analgesia para el trabajo de parto (ATP) NO es anestesia y no debe de quitársele la sensación de pujo a la mujer para que pueda colaborar durante el expulsivo. El objetivo con esta analgesia es mantener un dolor según la escala visual analógica del dolor (EVA) menor de 5/10 durante la labor. La analgesia durante el trabajo de parto se debe colocar sentada o en decúbito lateral según preferencia del anestesiólogo(a) y comodidad de la usuaria. La técnica aséptica adecuada para el abordaje del neuroeje para administrar la analgesia para el trabajo de parto debe cumplir con las siguientes características: -Retirar las joyas de las manos. -Lavado de manos. - Colocación de guantes estériles. -Colocación de mascarilla facial que le cubra la boca y la nariz y debe cambiarse para cada caso. -Utilizar equipo estéril para el abordaje del neuroeje. -Limpiar la espalda con clorexidina o con yodo. -Utilizar kits de anestesia epidural espinal descartables para cada caso. -Utilizar apósitos adhesivos estériles (Tegaderm) para cubrir la entrada del catéter epidural a la columna vertebral. La técnica neuroaxial a utilizar y las dosis administradas quedan a discreción del anestesiólogo(a) según sus conocimientos y experiencia en la administración de la ATP.

**Espinal:** Cuando se decide ATP espinal se coloca previa asepsia y antisepsia y bajo todos los estándares establecidos previamente, con aguja espinal punta de lápiz #25-27G: 1-2,5 mg levo bupivacaína al 0.125% más fentanilo 5 a 25 microgramos. Esta dosis puede mantener la ATP (EVA < 5/10 ) por un tiempo aproximado de 1.5-2 horas, según características particulares de la usuaria.

**Epidural:** Debe ser siempre administrada por catéter epidural y bajo todas las normas de asepsia y antisepsia ya establecidas en los lineamientos anteriormente descritos. Epidural en bolos intermitentes: según el COMET se recomienda dosis de bupivacaína a una concentración del 0,0625% al 0.125% para no interferir con la evolución de la labor de parto. Diluir 20 mg de levo bupivacaína ( 4cc) más 50 microgramos de fentanilo (1cc) en 15 cc de solución salina al 0,9%, lo cual queda a 1mg por cc de levo bupivacaína y 2,5 microgramos por cc de fentanilo. Se colocan



bolos de 5 cc, previa aspiración del catéter negativa por LCR o sangre hasta que EVA < 5/10, máximo 4 bolos. Valorar después de administrado cada bolo, toxicidad sistémica y espinalización preguntándole a la usuaria si presenta tinitus, acúfenos, sabor metálico en la boca y piernas pesadas (parestesias). Epidural continua: administrar de 8-12 cc /hora de una solución de levo bupivacaína del 0,0625 al 0.125% con 2-3 microgramos por cc de fentanilo. En caso de contar con la posibilidad de bomba con PCEA ( Patient Controlled Epidural Analgesia) se le permitirán bolos de 4-5 cc con bloqueo interbolo de 10 minutos, máximo 3 bolos por hora. Para hacer la solución se mezclan de 150 a 250 mg de levo bupivacaína con 7.5 ampollas de fentanilo para un volumen total de 250 cc. PIEB (Programmed Intervals Epidural Bolus); es la opción epidural más recientemente establecida para la administración de la ATP, y consiste en bolos programados horarios de 8-12 cc de la misma dilución continua. Aquellos profesionales a favor de esta técnica afirman que la administración en bolos alivia más el dolor que la administración continua, los que está en contra alertan por los riesgos de que el catéter epidural se desplace espinal y que al colocar ese bolo preprogramado de manera epidural este se administre en el espacio espinal aumentando el riesgo de una sobredosis de anestésicos locales y por ende una toxicidad sistémica, de allí que esta opción en la actualidad se valore con recelo.

**Espinal – Epidural Combinada:** Esta técnica permite según la situación particular de la usuaria, administrar una dosis espinal de analgesia para que la paciente pueda cooperar con la colocación del catéter epidural que se utilizará durante el resto de la labor. Esta técnica es muy utilizada en la actualidad principalmente en usuarias ansiosas, poco cooperadoras y cuando se inicia la ATP en fases tempranas de la labor.

El principal efecto, tanto de los anestésicos locales como de los opioides es que le producirán un alivio importante del dolor durante las contracciones uterinas. Es importante conocer que el dolor no debe eliminar por completo. La analgesia para el trabajo de parto durará todo el tiempo que esté en labor. Es normal sentir adormecimiento o debilidad temporal en las piernas. La analgesia neuroaxial no aumenta la realización de cesáreas. Tampoco afecta la duración ni el progreso del parto mientras exista un manejo activo de la labor por parte de sus médicos tratantes. La analgesia para el trabajo de parto posibilita que la madre colabore eficazmente en el nacimiento de su hijo. Al disminuir el dolor, llegará menos cansada al momento final del parto y podrá pujar mejor. Si su parto finaliza en fórceps o cesárea se puede utilizar el catéter para la anestesia en ambos procedimientos.

## **D. Asistencia durante el alumbramiento y postalumbramiento (Tercer periodo) (8,34,37 Op. Cit)**

El alumbramiento es el periodo que se extiende desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta. La hemorragia posparto es la complicación más frecuente, encontrándose dentro de las tres principales causas de muerte materna. Se ha demostrado que la única maniobra efectiva para su prevención es el manejo activo del tercer estadio. Las intervenciones por realizar pretenden detectar y evaluar desviaciones de los límites fisiológicos del alumbramiento y postalumbramiento, mediante el control materno y el examen de la placenta.

### **Manejo activo del tercer periodo:**

A continuación, se describen las maniobras del manejo activo del alumbramiento:

- Oxitocina: En caso de usuaria con conducción de labor de parto continuar con la infusión de oxitocina (no se debe cerrar el suero). Usuarías en evolución espontánea iniciar solución salina al 0,9% 500cc más 20 unidades de oxitocina a completar en el posparto inmediato (2 horas) posterior colocar solución de mantenimiento (Solución salina al 0,9% 500cc más 20 unidades de oxitocina a pasar en 8 hrs # 1).
- pinzamiento tardío del cordón umbilical: realizarlo entre el 1 y los 3 minutos posterior al nacimiento.
- Tracción controlada del cordón umbilical. Se puede utilizar alguna de las siguientes maniobras:
  - Maniobra de Brandt Andrews: con la mano no dominante se coloca sobre el borde superior de la sínfisis púbica y empuja el útero desde el segmento inferior en dirección a la cicatriz umbilical, mientras que con la mano dominante se realiza tracción controlada del cordón umbilical hasta la salida de la placenta.
  - Maniobra de Windmills: con la mano no dominante se coloca sobre el borde superior de la sínfisis púbica y empuja el útero desde el segmento inferior en dirección a la cicatriz umbilical, mientras que con la mano dominante se realiza tracción controlada del cordón umbilical conforme las manecillas del reloj, hasta lograr la expulsión de la placenta. (Ya no se recomienda la extracción manual en caso de retención, en su lugar se sugiere realizar dicha maniobra).

- Valorar tono uterino.
- Favorecer el contacto piel con piel inmediatamente después del nacimiento en parto vaginal o quirúrgico y en el transitorio postparto recordar la importancia del acompañamiento el que tiene derecho la usuaria, así como en casos de que la madre no pudiera realizar el contacto piel con piel puede hacerlo el padre o su acompañante.

### **Examen de la placenta y las membranas**

Una vez que la placenta ha salido, se procederá a un examen minucioso de ella y de las membranas. Se recomienda apoyar la placenta sobre una superficie plana y observarla primero por su cara materna, identificando si están todos los cotiledones y si los mismos se encuentran íntegros.

El examen debe culminar con la exploración de la cara fetal de la placenta, a fin de descartar la posibilidad de lóbulos accesorios. En el examen de las membranas se intentará reconstruir la bolsa amniótica, a fin de descartar la posibilidad de retención de membranas.

### **Controles durante el alumbramiento**

Posterior al alumbramiento se debe realizar una valoración integral de la usuaria para determinar signos de alarma, dentro de las acciones se encuentran:

- Presión arterial y frecuencia cardíaca: los valores deben encontrar entre los parámetros establecidos.
- Involución uterina: Valorar el tono y la involución, la cual debe encontrarse inferior o a nivel de la cicatriz umbilical.
- Loquios: el sangrado transvaginal debe ser un poco mayor que la menstruación. Orientar a la usuaria sobre las características.

La usuaria debe continuar con la infusión de oxitocina a completar en 2 horas.

### **Revisión de Canal de Parto**

Posterior al alumbramiento debe revisarse el canal de parto para determinar si se produjeron desgarros durante la expulsión del feto. No se recomienda la valoración rutinaria de los ángulos del cuello del útero, únicamente si hay sangrado aumentado y se sospecha desgarró en la zona.



A su vez, está contraindicada la revisión intrauterina de forma rutinaria, ya que aumenta el riesgo de endometritis por arrastre de bacterias de la vagina al útero<sup>67</sup>. Si existe sospecha de retención de restos de placenta (retención parcial), se hará un tacto intrauterino y se extraerán los restos manualmente. A menos que se tenga certeza de una evacuación completa, será aconsejable realizar un legrado con cureta roma de Pinard. Ambos procedimientos se sugieren realizarse bajo sedación. Por otra parte, si hay retención de membranas ovulares, las mismas se pueden extraer con una pinza de anillos con dientes, mediante torsión, tracción lenta y firme.

En caso de haber realizado episiotomía, debe realizarse la episiorrafia. Cuando se presentan varios desgarros a la vez priorizar las lesiones de mayor sangrado que vayan a comprometer hemodinámicamente a la usuaria.

### **Posparto inmediato**

El periodo de posparto inmediato comprende las 2 horas siguientes al parto. Momento en el que la mujer está expuesta a mayor riesgo de hemorragia y shock. Por su parte el recién nacido puede presentar hemorragia, ante un despinzado inadvertido del muñón umbilical. Por estas razones, es recomendable que, durante estas dos primeras horas, la mujer y su hijo, permanezcan en un sector en el que se les garantice supervisión de enfermería.

El personal de salud estará a cargo de realizar los controles. Se deben realizar controles a la usuaria cada 30 minutos, los cuales estarán a cargo del personal sanitario.

- Presión arterial y pulso materno.
- Involución uterina.
- Globo de seguridad de Pinard.
- Loquios.

Si completado este periodo de observación todo es normal, el binomio podrá pasar al salón de posparto en alojamiento conjunto. A su ingreso al salón deberá realizarse toma de signos vitales a la mujer y posterior a ello, una vez durante el turno si no existe criterio de riesgo. Se debe promover el apego de madre y el recién nacido luego del parto y contribuir con el amamantamiento a libre demanda desde las primeras horas de vida. Por el contrario, CLAP/SMR recomienda estimular en este periodo el contacto precoz, entre madre e hijo(a) y apoyar al inicio del amamantamiento en la primera hora post parto. La relación entre la madre y su recién nacido es un complejo proceso biológico y psicoafectivo cuya importancia es

esencial en la sobrevivencia del niño(a) y el bienestar de ambos. Este inicio de relación está en la base del desarrollo y la promoción de su salud mental.

A continuación, se resume en un esquema escalonado de decisiones, las conductas a tomar durante el alumbramiento, según la evolución del caso.

### **Alteraciones del alumbramiento**

Dentro de las principales podemos mencionar

- Retención de placenta.
- Hemorragia post parto.

- **Retención de placenta**

Si después de un manejo activo de 30 a 40 minutos la placenta no se desprende se debe proceder con la extracción manual bajo sedación o antes en caso de sospecha de inestabilidad hemodinámica.

La retención de placenta puede ser total o parcial.

**Total:** es cuando la totalidad de la placenta persiste adherida al útero; esto puede ser producto de una contractilidad uterina ineficaz (atonía) o deberse a una adhesividad anormal de la placenta al útero (acretismo).

**Parcial:** es cuando quedan retenidos uno o más cotiledones placentarios, si bien la retención de cotiledones puede deberse a las mismas causas que generan la retención total de la placenta, en este caso es más común que se produzca por maniobras inadecuadas durante el alumbramiento.

- **Revisión intrauterina**

Si existe sospecha de retención de restos de placenta (retención parcial), se hará un tacto intrauterino y se extraerán los restos manualmente, idealmente bajo sedación. A menos que se tenga certeza de una evacuación completa, será aconsejable realizar un legrado (raspado) con cureta roma de Pinard.

Si hay retención de membranas, las mismas se pueden pinzar con una pinza de anillos con dientes y ensayar su extracción, mediante torsión y tracción lenta y firme.

## Hemorragia Post Parto (Op.Cit. 68)

Para este apartado se deben referir al **Protocolo terapéutico Institucional para el abordaje de la Hemorragia Postparto, 2020<sup>68</sup>**.

Se define como la pérdida sanguínea mayor a 500 mL tras un parto vaginal y 1000 mL posterior a una cesárea; sin embargo, para facilitar el proceso aplica **a toda aquella hemorragia excesiva, capaz de producir síntomas o signos de depleción de volumen**. Cuando el sangrado supera esos volúmenes, se considera que se está frente a una hemorragia post parto (HPP).

### Clasificación

Las HPP se suelen clasificar según el periodo de tiempo de su aparición en:

- **HPP primaria** (cuando aparece en las primeras 24 horas que siguen al parto).
- **HPP secundaria** (cuando se presenta después de 24 horas y hasta 12 semanas postparto)

Esta clasificación es importante debido a que se suele vincular con la causa que la produce. Mientras las HPP primarias suelen ser producidas por atonía uterina o laceraciones, las secundarias están más relacionadas a la retención de restos ovulares (Tabla # 3).

### Factores de riesgo de hemorragia post parto

Aunque la HPP es impredecible, existen factores de riesgo que se presentan aproximadamente en el 50% de las gestantes que justifican el anticipar medidas de seguridad, tales como asegurar que el parto se realice en un nivel que cuente con sangre segura y disponibilidad quirúrgica o en el peor de los casos, tener aseguradas las condiciones para un traslado inmediato.

Son factores de riesgo para una HPP:

- Anemia
- Multiparidad.
- Causas que distienden el útero (macrosomía, polihidramnios, embarazo múltiple),
- Labor prolongada,
- Hemorragia anteparto,
- Trastornos hipertensivos
- HPP en embarazo previo,

- Trastornos de la coagulación
- Parto operatorio (fórceps, vacuum).
- Cesárea previa,
- Obesidad,
- Corioamnioitis.
- Miomatosis.

### Causas de la hemorragia post parto

Por lo anterior en todos los casos, es pertinente analizar las “cuatro T’s”, que resumen las cuatro causas principales:

- **Tono:** Trastornos del tono (atonía o hipotonía), debidos a factores que sobre distienden el útero, o que agotan la fibra muscular uterina. Suelen ser la causa más frecuente (Alrededor de un 70% de todas las HPP).
- **Traumáticas:** por desgarros cervicales y/o vaginales, Ruptura o inversión uterina. Las causas traumáticas explican entre un 10% y un 20% de las HPP).
- **Tejidos:** por retención de restos ovulares (placenta o cotiledones) debido a iatrogenia por tracción, por anomalías en la placentación (placenta con algún grado de acretismo, placenta previa) o de causa desconocida. Estas causas explican de un 5% a un 10% de los casos.
- **Trombina:** por trastornos de la coagulación, debidos a coagulopatías (HELLP, infecciones) o al uso de anticoagulantes.

**TABLA No 3. ESTADIFICACIÓN CLÍNICA DEL SHOCK HEMORRÁGICO POR VOLUMEN DE PÉRDIDA DE SANGRE**

Severidad	Pérdida sangre(%)	Déficit volumen(ml)*	de	Signos y síntomas
Ninguno	>20	>900		Ninguno
Ligero	20-25	1200-1500		Taquicardia(< 100 latidos /min) Hipotensión moderada Vasoconstricción periférica
Moderado	30-35	1800-2100		Taquicardia(100-120 latidos /min) Hipotensión (PAS 80-120 mmHg) Agitación Oliguria
Severo	>35	>2400		Taquicardia(>120 latidos /min)



			Hipotensión(PAS < 60mmHg) Alteración del estado de conciencia Anuria

**Fuente:** Adaptado de Robbins KS et al. (2014) Intensive care considerations for critically ill parturient, pp.36<sup>69</sup>.

\*Se basa en un volumen sanguíneo promedio de 6 L a 30 semanas de gestación

## Prevención

Gran parte de las muertes maternas ocurren en las primeras 4 horas posteriores al parto, como consecuencia de complicaciones presentadas durante el tercer estadio de la labor; por lo tanto, las intervenciones requeridas para reducir su incidencia son aquellas dirigidas a asistir el alumbramiento:

- Manejo activo del tercer estadio de la labor.
- Uso de uterotónicos (preferiblemente Oxitocina).
- Clampeo del cordón umbilical (entre 1 y 3 minutos posterior al nacimiento)
- Tracción controlada del cordón umbilical (por personal entrenado).
- Supervisión del tono uterino.

## Ante una hemorragia post parto

- Activar los equipos de respuesta inmediata para el manejo de la emergencia.
- Asegúrese de conseguir dos vías intravenosas de buen calibre (aguja N° 16 o de mayor calibre). Verifique la Lista de chequeo.
- Comience reposición con solución salina o solución electrolítica balanceada en bolo STAT. La velocidad de perfusión de la solución dependerá del índice de choque.



- En caso de que el útero se encuentre sub involucionado (por encima del ombligo y con consistencia blanda), aplicar masaje bimanual e iniciar la aplicación de uterotónicos.
- En caso de tono uterino normal se debe identificar la causa específica y brindar el manejo correspondiente en cada caso.
- Se recomienda a las diferentes unidades contar con un o kit de atención inmediata que contenga los insumos necesarios para la atención de urgencia (por ejemplo, sueros, catéteres intravenosos, 2 pinzas rectas de anillo y 2 pinzas curvas de anillo para la técnica Zea (ver Anexo 14)<sup>70</sup>, balón de compresión intrauterina.)

## Manejo

El manejo de la hemorragia posparto tiene cuatro componentes que deben llevarse a cabo simultáneamente:

## Comunicación

Todo caso se debe reportar al especialista presente en la Sala de Partos con la mayor experiencia. Además, se debe alertar al equipo de Sala de Operaciones (incluido Anestesiología) y al Laboratorio/Banco de Sangre. Se le debe comunicar a la usuaria y a su acompañante lo que está sucediendo, para mantenerlos informados.

En el I Nivel de Atención: comunicarse con Emergencias (Obstetricia) del hospital correspondiente (II Nivel) y referir de inmediato el caso, con traslado urgente.

## Detención del sangrado

En todos los casos se debe evaluar según las principales causas de hemorragia posparto, bajo la consideración de las las “cuatro T’s”.

Ante una atonía uterina como causa de la hemorragia, se debe instaurar las siguientes medidas:

1. Masaje uterino bimanual
2. Sonda Foley para asegurar adecuado vaciamiento vesical



3. Infusión IV de Oxitocina 40 unidades en 500 mL de solución CINA a velocidad de 125 mL/hr; únicamente en caso de no tener acceso venoso disponible, se administra 10 U por vía IM.
4. Sin respuesta uterotónica en un periodo de 5 minutos: Metilergometrina 0.2 mg por vía IM (no usar en paciente hipertensas ni con cardiopatía).
5. Clampeo de arterias uterinas por vía vaginal.
6. Taponamiento uterino con balón de bakri o gaza estéril o la colocación de una Sonda Foley (30 a 60mL)
7. Considerar resolución quirúrgica, si la hemorragia persiste.

### **Resucitación**

En el I Nivel de Atención, aplica infusión IV con cristaloides: solución salina 0.9% en bolo e inicia la infusión IV con Oxitocina 40 unidades en 500 mL a velocidad de 125 mL/h; en caso de no tener acceso venoso disponible, se administra una dosis inmediata de 10 U por vía IM.

A nivel hospitalario: Secuencia ABC y dirigir el manejo conforme se van detectando los problemas. Vía Aérea (A) y respiración (B): descartar compromiso de la vía aérea y colocar O<sub>2</sub> 4-6 L por nasocánula. Circulación (C): asegurar acceso venoso con dos catéteres de 14 pulgadas, tomar muestras para el laboratorio; para el manejo del estado de choque administrar solución electrolítica balanceada IV en bolo, colocar una sonda foley para monitorizar la diuresis y un monitor no invasivo de signos vitales; además, mantener calor corporal con medios físicos y calcular el índice de choque.

Las muestras para laboratorio: hemograma completo, coagulación, gases arteriales (determinar el déficit de base), pruebas de función renal, función hepática y pretransfusionales.

Transfusión de hemocomponentes: iniciar lo antes posible si la hemorragia estimada es mayor a 1000 mL, persiste el sangrado excesivo, clínicamente se encuentra en estado de choque (Tabla # 4) y se registra déficit de base (resultado de gases arteriales), como se muestra a continuación:

### TABLA No 4. CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE CHOQUE

	Clase I	Clase II	Clase II I	Clase IV
Estado de choque	no hay	leve	moderado	severo
Déficit de base al momento del ingreso (mmol/L)	2	>2.0 a 6.0	6.0 a 10.0	>10.0
Necesidad para hemocomponentes	No transfundir	Considerar transfundir	Transfundir	Preparar para transfusión masiva

Fuente: CCSS (2020) Protocolo terapéuticos Institucional para el abordaje de la Hemorragia Postparto<sup>68</sup>

El curso de la transfusión se puede acompañar con la administración del ácido amino-caproico IV:

1. Con hemorragia masiva (necesidad de reponer más del 50% del volumen sanguíneo en 2 horas)
2. Ante sangrado persistente posterior a la administración de 4 U de GREs
3. Con PAS <90 mmHg o FC >120 lpm y presencia de sangrado excesivo

La resucitación con hemoderivados se realiza a una razón de 1:1:1:1 (GRE, PK, PFC y Crioprecipitados) junto con la administración IV del ácido aminocaproico, como se muestra en la Tabla #5:

### TABLA No 5. RESUCITACIÓN CON HEMODERIVADOS

Ronda	GRE	PFC	PK's	Crioprecipitados
Ácido Aminocaproico 5 g (150 mg/kg) durante primera hora + infusión 1 g/h (15 mg/kg/h) vía IV hasta controlar hemorragia				
1	6U	6U	6U	10U
2	6U	6U	6U	
3	6U	6U	6U	10U

Fuente: CCSS (2020) Protocolo terapéutico Institucional para el abordaje de la Hemorragia Postparto<sup>68</sup>

### Monitorización

Para dar seguimiento, se debe valorar la respuesta de la paciente a las maniobras de resucitación implementadas según descripción anterior. Dicha evaluación consiste en la valoración periódica de los signos vitales, la cuantificación de la diuresis y la evaluación de los resultados de las pruebas de laboratorio.

Medicamentos LOM para el manejo de las pacientes con hemorragia postparto:

1-10- 43-4550 | Sodio cloruro 0.9%. Solución isotónica inyectable. Bolsa con 500 mL usuario 1-A clave HM.

1-10- 43-4560 | Sodio cloruro 0.9%. Solución isotónica inyectable. Bolsa con 1000 mL usuario 1-A clave HM.

1-10-37-4390 Oxitocina 5 U/mL solución 1 mL, usuario 1-A clave HM (para uso por vía IV debe diluir en la solución 0.9%).

1-10-37-4280 Metilergometrina 0.2 mL ampollas 1 mL, usuario 2-B\* (se propone 1-A según protocolo para HPP) clave HM.

1-10-43-4590 Solución electrolítica balanceada solución en bolsa con 1000 mL, usuario 2-B\* (se propone 2-C Obstetricia para el manejo del estado de choque según protocolo HPP) clave HRE.

1-10-12-3040 Acido aminocaproico 25% (250 mg/mL) envase 10 mL (contiene 2.5 g) o 20 mL (contiene 5 g), usuario 2-C clave HE.

Para contribuir a clasificar la hemorragia y determinar la necesidad de iniciar las transfusiones, se calcula el índice de choque al dividir la Frecuencia Cardiaca (FC)/PA sistólica; se considera que la paciente se encuentra en estado de choque hipovolémico si el índice es  $>0.8$  Strehlow 2010 (Tabla #6).

**TABLA NO 6. ÍNDICE DE CHOQUE**

Índice de choque (IS)= FC/PAS			
Índice	Pérdida de volumen sanguíneo		Grado de choque hipovolémico
<0.5 – 0.7	Normal		--
0.7 – 0.9	<20%	500 – 750 mL	Clase I
0.9 – 1.1	20 – 30%	1000 – 1500 mL	Clase II
1.1 – 1.3	30 – 50%	1500 – 2000 mL	Clase III
> 1.3	50 – 70%	2500 a 3500 mL	Clase IV

Fuente: CCSS (2020) Protocolo terapéutico Institucional para el abordaje de la Hemorragia Postparto<sup>68</sup>

## Módulo 5. Asistencia durante el puerperio y egreso

A continuación, se describen los periodos de puerperio y egreso materno. Donde se definen las principales actividades que deben desarrollarse durante éstos; así como aquellas situaciones que se asocian con más frecuencia a estas etapas.

### **Puerperio** ( Op.cit.8,34,37 )

El puerperio como tal, comienza una vez que ha terminado el alumbramiento y se extiende hasta 6 semanas. Durante este periodo, revertirán todos los cambios fisiológicos que se produjeron durante el embarazo, con la sola excepción de los cambios mamarios, que se intensificarán para mantener el amamantamiento exitoso.

**Puerperio inmediato** ( Op. Cit. 8,34,37): abarca las primeras 24 horas del posparto e incluye en él, a las 2 horas que continúan al alumbramiento. Su importancia radica en que es en este periodo en el cual se producen la mayor cantidad de complicaciones graves, especialmente las vinculadas a trastornos por sangrado. Por su mayor riesgo de hemorragia y choque, el posalumbramiento (primeras 2 horas del puerperio) ya ha sido analizado junto con el alumbramiento.

Los controles durante las primeras 24 horas deberán incluir:

- Estado de conciencia: la mujer deberá estar lúcida y tranquila.
- Facies: la coloración de piel y mucosas deberá estar bien coloreada, excepto si tenía una anemia previa.
- Frecuencia cardiaca normal: deberá mantenerse entre 60 y 100 latidos por minuto en condiciones basales.
- Presión arterial: no deberá apartarse sustancialmente de los valores previos.
- Temperatura corporal: es normal y no deberá superar los 37° C. En el postalumbramiento pueden observarse escalofríos, que son normales y raramente duran más de 30 minutos.
- Retracción del útero (globo de seguridad de Pinard): en las primeras 24 horas el fondo del útero no deberá sobrepasar la cicatriz umbilical y la consistencia será firme elástica, adquiriendo una consistencia leñosa al ser estimulado, permaneciendo indoloro a la palpación. En caso de dolor estarán indicados los analgésicos comunes y los antiinflamatorios no esteroideos.
- Sangrado vaginal: en caso de que el sangrado vaginal sea abundante y si el útero está bien contraído deberá efectuarse una inspección minuciosa del canal de parto, intentando descartar lesiones (desgarros) en vagina y en cuello de útero.



## Egreso<sup>71</sup>

Es recomendable la valoración de egreso para los casos de posparto vaginal o cesárea no complicada a las 24 horas, siempre que la mujer esté en condiciones de administrar cuidados a su recién nacido en forma competente, según valoración del profesional tratante.

Para más información remitirse al Lineamiento Técnico ***Estancia Intrahospitalaria de la Madre y el Recién nacido durante el Posparto***, en su versión vigente.

Considerar (8,34,37):

**Puerperio mediato:** Se extiende desde el segundo y hasta el 10º día del parto. Se debe valorar:

- Signos vitales (temperatura, frecuencia cardíaca y presión arterial). Cualquier alteración de los signos vitales, obligará a la búsqueda del agente etiológico y ante la presencia de dudas deberá ser enviada a un nivel de mayor complejidad para continuar su atención.
- Evaluación de los loquios (cantidad, aspecto, composición y olor). El color inicialmente puede ser rojo o rosado. Los cambios en el color o en el olor harán sospechar infección.
- Control de involución uterina. La involución es sumamente rápida, aproximadamente 2 centímetros por día y se mide mediante palpación del fondo uterino. A los 6 días del puerperio se situará entre el ombligo y el borde superior del pubis ya a los 10 días estará próximo al pubis.

La usuaria recibirá sólo un control en la consulta de puerperio en el I Nivel de Atención, el cual será programado a los 3-4 días siguientes al parto, coincidiendo preferiblemente con el control del recién nacido. Verificar si se le colocó método anticonceptivo previo al egreso, de lo contrario, en conjunto con la usuaria, analizar la elección del método que desee y posteriormente planificar su prescripción o colocación. La asistencia con la pareja es recomendable. Es importante programar una cita de control al mes para valoración de planificación y estatificación de riesgo (tamizaje de diabetes mellitus, persistencia de trastornos hipertensivos, controles de seguimiento).



La usuaria presentará como referencia la tarjeta de control prenatal con todos los datos transcritos de su atención intrahospitalaria, así como los datos del recién nacido. Durante la consulta de puerperio deben realizarse las siguientes acciones:

- Evaluación clínica completa
- Solicitud de exámenes de laboratorio de acuerdo con la evaluación.
- Reforzamiento sobre cuidado personal: higiene (en especial los genitales, las mamas y si hay heridas quirúrgicas), la alimentación y sobre el momento adecuado para reiniciar relaciones sexuales.
- Se le dará orientación y se le ofrecerán los servicios de planificación familiar (en caso de que a nivel hospitalario no se haya administrado).
- Indicar hierro y vitaminas según requerimientos.
- Si a la usuaria se detectó en consumo de sustancias psicoactivas durante el parto y no tiene abordaje del trastorno por uso de sustancias, al momento del egreso hospitalario se debe realizar referencia donde corresponda, ya sea EISAM o Clínica de Cesación de Tabaco como oferta de la CCSS o al IAFA.
- Enfatizar en la educación que se le debe dar al egreso a la usuaria, fomentar el uso de panfletos educativos de egreso.
- Valoración de consulta de seguimiento posparto por enfermería obstétrica donde se cuente con el recurso sobre todo en los casos de duelo gestacional o perinatal para detectar duelo patológico, o a las embarazadas en las que se sospeche de riesgo de depresión posparto para que puedan ser referidas oportunamente a una consulta especializada. Considerar la Norma Nacional para la atención de las mujeres con pérdidas gestacionales tempranas, 2019<sup>72</sup>.

**Puerperio alejado:** abarca desde el 11<sup>o</sup> hasta el 42<sup>o</sup> día del posparto. Este es un buen periodo para controlar la evolución de la lactancia y preparar a la mujer para el retorno a su vida sexual. En este momento es recomendable orientar sobre anticoncepción y el espacio intergenésico.

En este periodo continúa la involución uterina y el restablecimiento del estado pregravídico.

El reinicio de las relaciones sexuales es posible luego de la desaparición de los loquios, lo que se produce entre los 30 y los 40 días del puerperio.

**Puerperio tardío:** este periodo se extiende más allá del día 42<sup>o</sup> y no más allá de un año.

## Módulo 6. Abordaje diferenciado y amigable a la adolescente en condición de embarazo, parto y posparto

Es importante recordar que la adolescencia es “el período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto propio”<sup>73</sup>. Es una etapa de gran impacto en la constitución de las particularidades del individuo, tanto en lo referente al desarrollo biológico como psicológico, familiar y social.

### **Etapas de la adolescencia**( 4 Op. Cit.)

En el curso de vida esta es una de las etapas con mayor vulnerabilidad en relación con el embarazo, parto y posparto, por ello es indispensable tener en cuenta las particularidades de este grupo poblacional:

#### **Adolescencia temprana**

De 10 a 13 años: En términos del desarrollo cognitivo los procesos son en función de operaciones concretas, la imagen corporal es muy vulnerable pues apenas se están asimilando los cambios físicos, se alcanza la madurez sexual, hay dependencia económica, afectiva y es el inicio del proceso de individuación a través del grupo de pares, buscando explorar la vida sin tanta presencia o supervisión de los padres como si ocurre en la niñez. A su vez hay una tendencia al egocentrismo, omnipotencia, impulsividad y poco análisis de las consecuencias de sus actos debido a hechos propios del neurodesarrollo y cambios del cerebro durante esta fase.

#### **Adolescencia media**

De 14 a 16 años: Es una etapa de transición en los procesos cognitivos de operaciones concretas a operaciones formales (capacidad de abstracción). Existe una mayor aceptación de la imagen corporal y hay una mayor necesidad de exploración sobre la sexualidad y de incursionar en algunas experiencias de intimidad. El grupo de pares es de enorme referencia en sus vidas, acentuando el distanciamiento de sus padres y grupo familiar como parte del proceso de individualización. Continúa la tendencia hacia conductas de omnipotencia e impulsividad en sus actos con poca capacidad de medir las consecuencias de estos. Esta es una fase de gran vulnerabilidad para el embarazo y las relaciones impropias ante la necesidad de exploración de nuevas vivencias, especialmente cuando el



adolescente vive en condiciones de pobreza, hacinamiento o disfunción familiar. Los hallazgos recientes en neurodesarrollo indican la urgencia de replantear nuevos paradigmas y nuevas estrategias de supervisión y acompañamiento de las personas adolescentes de parte de sus padres de familia, y adultos en general. Las condiciones del mundo moderno favorecen que los adultos, erróneamente, minimicen las necesidades de acompañamiento que requieren los adolescentes.

### **Adolescencia tardía**

De 17 a 19 años: Esta etapa a nivel cognitivo está vinculada a procesos con mayor capacidad de abstracción y por ende de anticipar de mejor manera las consecuencias de sus decisiones. Se acentúa una mayor búsqueda de establecer relaciones de pareja. Dependiendo de las posibilidades socioeconómicas y de opciones educativas en el contexto donde vive la persona adolescente, se inicia la construcción de un proyecto de vida que les podría facilitar el acceso a mejores relaciones interpersonales, sociales y posibilidades laborales. La tendencia al egocentrismo, omnipotencia e impulsividad sigue estando presente, pero en menor intensidad debido a una mayor maduración de los lóbulos cerebrales frontales, específicamente de la corteza prefrontal, encargada de modular las funciones ejecutivas relacionadas con aspectos de planificación, toma de decisiones, valoración de consecuencias, etc.

Es esencial que el personal de salud tenga presente que en general, por factores de desarrollo neurocerebral, las personas adolescentes tienden a manifestar sus conflictos, necesidades e intereses más fácilmente por medio de sus acciones y comportamientos, que por medio de sus comunicaciones verbales. Por otra parte, los adultos esperamos que manifiesten sus problemas o necesidades de forma oral. Por esto, en general, la exploración durante las entrevistas clínicas o en las consejerías, se hacen con interrogatorios o mensajes que inadvertidamente, parten de premisas de que el interlocutor debería comprender con una capacidad como la de un adulto ya con sus procesos cognitivos desarrollados.

De aquí la importancia de que el personal de salud tenga mayor capacitación para el trabajo clínico con personas adolescentes (Tabla # 7, #8 y #9) y que los servicios de salud presenten características de amigabilidad y diferenciación como se estipulan en las nueva Políticas institucionales de Atención Integral a la Adolescencia.

Por tanto, la valoración clínica de una persona adolescente se debe realizar con minuciosidad, evaluando los comportamientos de los adolescentes y no solo guiarse por lo que expresan verbalmente. A manera de ejemplo, un adolescente puede estar muy deprimido, pero no lo expresa o lo niega durante el interrogatorio, sin embargo, una exploración detallada de su comportamiento nos puede indicar lo contrario. De igual forma, podría negar prácticas sexuales activas o conductas adictivas, no obstante, si se exploran sus conductas podría encontrarse evidencia den todo lo opuesto.

**TABLA No 7. DESARROLLO FÍSICO E IMAGEN CORPORAL**

Adolescencia temprana o inicial ( 10 a 13 años)	Adolescencia media ( 14 a 16 años)	Adolescencia Tardía (17 a 19 años)
<p>Aumenta la velocidad de crecimiento, desarmonía física y descoordinación motora.</p> <p>Aparecen caracyeres sexuales secundarios y en las mujeres la menarca.</p> <p>Preocupación por los cambio físicos puberales, inseguridad respecto de su apariencia física.</p> <p>Pidor, búsqueda de mayor privacidad.</p>	<p>Establecimiento de armonía corporal, coordinación motora.</p> <p>Preocupación por físicamente atractivo(a)</p> <p>En hobre: espermaquia, aumento vello corporal, cambio voz, aumento masa muscular.</p>	<p>Desarrollo puberal completo.</p> <p>Aceptación de los cambios corporales y de la imagen corporal.</p>

Fuente: Adaptado Breibauer, C. et al. (2005). Youth: choices and change.<sup>74</sup>.

**TABLA No 8. DESARROLLO INTELECTUAL**

Adolescencia temprana o inicial ( 10 a 13 años)	Adolescencia media ( 14 a 16 años)	Adolescencia Tardía (17 a 19 años)
<p>Inicio del cambio de pensamiento concreto de la infancia al hipotético deductivo.</p> <p>Desarrollo moral preconventional.</p>	<p>Pensamiento hipotético deductivo en evolución.</p> <p>Omnipotencia, invulnerabilidad, egocentrismo.</p>	<p>Pensamiento hipotético deductivo de la persona adulta.</p> <p>Desarrollo moral convencional y en</p>



<p>Poco desarrollo de las funciones del lóbulo frontal como: control de impulsos, planeación de la conducta y manejo de emociones.</p> <p>Metas vocacionales idealizadas.</p>	<p>Desarrollo moral convencional.</p>	<p>ocasiones post convencional.</p> <p>Se va a completando el desarrollo de funciones del lóbulo frontal cerebral: mayor habilidad de control de impulsos, planeación de conductas.</p> <p>Resolución de problemas.</p> <p>Metas vocacionales realizables.</p>
---	---------------------------------------	--

Fuente: Adaptado Breibauer, C. et al. (2005). Youth: choices and change<sup>74</sup>.

### TABLA No 9. DESARROLLO AFECTIVO Y CONDUCTUAL

Adolescencia temprana o inicial ( 10 a 13 años)	Adolescencia media ( 14 a 16 años)	Adolescencia Tardía (17 a 19 años)
<p>Reacciones impulsivas, pérdida del control de la conducta, humor cambiante, labilidad emocional.</p> <p>Puede haber deterioro del rendimiento escolar.</p> <p>Inicio del interés en el desarrollo psicosexual, fantasías y exploración sexual. Puede haber masturbación.</p>	<p>Aislamiento, reflexión.</p> <p>Puede haber dudas respecto a la orientación sexual.</p> <p>Hipersensibilidad, extravagancia.</p> <p>Preocupación por la religión.</p>	<p>Extroversión, altruismo. Logro de la independencia de los padres.</p> <p>Capacidad de intimar.</p> <p>Autoimagen realista.</p> <p>Consolidación del proceso de logro de la identidad personal, social, sexual y vocacional.</p> <p>Elaboración de la propia escala de valores.</p> <p>Habilidad de comprometerse con sus ideas y establecer sus propios límites.</p>

Fuente: A Breibauer, C. et al. (2005). Youth: choices and change<sup>74</sup>.

- **Servicios diferenciados y amigables para adolescentes**



Tal y como lo establece la Política institucional de Atención integral a Adolescentes, así como el Manual de gestión de servicios hospitalarios diferenciados para adolescentes, se debe avanzar hacia la implementación de servicios diferenciados y amigables para esta población en todos los establecimientos de salud, lo cual implica:

- Contar con espacios físicos amigables para atender adolescentes en la consulta prenatal, la labor de parto, parto y posparto.
- Acordar una agenda programada para que durante la semana se ofrezca en un horario específico la consulta prenatal y posparto, así como otras consultas de apoyo, de manera integrada y diferenciada para la población adolescente.
- El horario diferenciado para atención de adolescentes permite que las adolescentes que reciben atención de las diferentes disciplinas y especialidades, se facilite la educación en salud integral (curso preparación parto, lactancia materna, cuidados de recién nacido, anticoncepción, maternidad y paternidad corresponsable y segura.), y que les permita conocer e interactuar con otras usuarias adolescentes en la sala de espera.
- Se debe asignar doble cupo para la atención de usuarias adolescentes nuevas, de acuerdo plan de sostenibilidad e implementación de las estrategias de atención implementada por la Iniciativa Salud Mesoamérica, 2020 y según los recursos disponibles.
- Sensibilización y capacitación a los funcionarios de medicina, enfermería, farmacia, psicología, trabajo social y otras disciplinas que atienden adolescentes, en temas relevantes para la atención integral y diferenciada de esta población. Es recomendable identificar a aquellos funcionarios con el perfil adecuado para atender adolescentes. Además, es muy importante que los funcionarios de servicios generales: seguridad, aseo, registros de salud y validación de derechos, REDES participen en procesos de sensibilización para la atención de adolescentes.
- **Aspectos biomédicos para considerar en la atención de adolescentes durante el embarazo, parto y postparto**<sup>(74 Op. Cit.)</sup>

De acuerdo con la OMS/OPS, citada por Vélez (2012)<sup>75</sup> la adolescencia tiene una sucesión de etapas relacionadas primordialmente con el desarrollo de estructuras

cerebrales, habilidades y capacidades cognitivas, entre otras, por lo que dependiendo de la etapa en que la adolescente se encuentre, van a variar su capacidad cognitivas y los recursos que se tienen para afrontar una situación de embarazo, por esto es fundamental tener en cuenta las características de dichas etapas y su valoración al brindar atención a una adolescente durante el embarazo, parto o en posparto.

### **1. Atención prenatal**

La atención prenatal de la adolescente embarazada se podrá brindar en I, II o III Nivel según la priorización de riesgo. La atención de bajo riesgo se regirá bajo los estándares establecidos en este protocolo y se debe usar la guía de citas elaborada en este documento. En caso de que la adolescente sea clasificada de alto riesgo ya sea biológico, social o psicológico debe ser referida a la atención especializada que requiera en el Nivel de Atención correspondiente.

#### **Criterios de riesgo en Adolescentes**

Adolescentes que ameritan atención por especialista en gineco obstetricia y/o medicina materno fetal, trabajo social y psicología.

#### **Factores de riesgo biológicos**

- Toda adolescente embarazada menor de 15 años.
- Talla menor a 1.50cm
- Diagnóstico o sospecha de malformación congénita
- Embarazo múltiple
- Sospecha de crecimiento fetal anormal (sea macrosomía o restricción del crecimiento)
- Infecciones del tracto urinario a repetición
- Anemia
- Amenaza de Aborto o amenaza de parto inmaduro o pretérmino

#### **Factores de riesgo por Patología médica agregada**

- Diabetes
- Hipertensión
- Inmunosupresión
- Epilépticas

- Insuficiencia cardíaca entre otros y según valoración y criterio médico.

### **Factores de riesgo psicosociales**

- Familia disfuncional o ausente
- Consumo o antecedentes de consumo de tabaco, alcohol o drogas ilícitas
- Baja escolaridad o deserción escolar
- Condición socioeconómica desfavorable
- Trastorno psiquiátrico o depresión
- Embarazo a causa de violación o abuso sexual
- Intento de aborto
- Embarazo no deseado
- Embarazo en adolescente menor de 19 años 11 meses y 29 días con trastornos alimentarios: Peso menor a 45 kg o IMC bajo o en sobrepeso, estado nutricional deficiente, aumento insuficiente de peso de acuerdo con edad gestacional, entre otros.

### **Atención por profesional en medicina especializada**

La integralidad de la atención amerita realizar una entrevista que debe enfatizar los aspectos biológicos y psicosociales, en cumplimiento con la Historia Perinatal y el énfasis de adolescentes del EDUS.

Considerando los riesgos existentes por un embarazo en la etapa temprana de la adolescencia, se indica que toda adolescente menor de 13 años deberá ser atendidas por especialista en Gineco-obstetricia durante todo el control prenatal, parto y posparto (Tabla #10).

En caso de adolescentes con alto riesgo obstétrico que no puedan asistir a control prenatal por especialista (debido a su lugar de residencia u otras causas de importancia\*) que lleven su atención prenatal en el centro de salud más cercano (EBAIS o Clínica con un profesional en medicina general y/o enfermería obstétrica se deben cumplir cuatro momentos clave a lo largo del embarazo para que la adolescente tenga valoración por especialista en gineco obstetricia.



### TABLA No 10. EDAD GESTACIONAL PARA CITA CON ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRICIA Y/O MEDICINA MATERNO FETAL

Edad Gestacional para cita con especialista en Gineco obstetricia y/o Medicina materno fetal	Especificación
10-13 semanas	Tamizaje por riesgo malformaciones
20-24 semanas	US morfológico Valoración de exámenes de laboratorio (glucosa post carga, por ejemplo)
32 semanas	US con perfil biofísico y hemodinámico para valorar crecimiento (riesgo de RCIU) y necesidad o no de terminar control prenatal en tercer nivel de atención
36 -37 semanas	Valoración de vía de parto, y establecimiento de salud donde será el mismo

Fuente: Elaboración propia

También es importante realizar de acuerdo con criterio clínico, tamizaje de tóxicos en orina de acuerdo con riesgos identificados en la entrevista (al menos uno por trimestre según valoración médica). Los tóxicos que se evalúan son: cannabinoides, cocaína, benzodiazepinas, anfetaminas, barbitúricos.

Además, se debe referir a toda adolescente temprana embarazada (es decir, de los 10 a los 13 años) a la consulta de Psicología y de Trabajo Social, u otras disciplinas como nutrición, odontología, requeridas, del centro de adscripción correspondiente, para una atención interdisciplinaria e integral, al igual que a las adolescentes mayores de 13 años con riesgos identificados.

#### 2. Atención de la labor de parto, parto y posparto

La atención del parto y posparto se registrará bajo los estándares establecidos en este protocolo, considerando las particularidades para la atención de las adolescentes definidas en el Manual de gestión de servicios hospitalarios diferenciados para adolescentes.



Se debe garantizar el acompañamiento de la adolescente durante la labor de parto, el parto y posparto, en cumplimiento del Lineamiento de acompañamiento integral en el proceso de nacimiento (Emergencias, Pre Parto, Parto, Recuperación Post Parto, Salón de Alojamiento Conjunto, L.GM.DDSS.ARS.DT.CNE.081015<sup>64</sup>).

Se debe garantizar el trato digno y respetuoso en cumplimiento del *Modelo de Atención calificada en el embarazo, parto, posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en la maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social*<sup>3</sup>, enfatizando en no emitir juicios de valor, no estigmatizar, adecuar la atención y el trato a esta etapa de vida, dando cumplimiento a los derechos de la adolescente madre, respeto a la sexualidad y privacidad.

Priorizar la prevención de un siguiente embarazo durante la adolescencia, brindando consejería y prescribiendo un método anticonceptivo y de protección de acuerdo con el Lineamiento para consejería y prescripción de métodos anticonceptivos y de protección como parte de la atención integral de salud a personas adolescentes en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social *LT.GM.DDSS. AAIP.PAIA.220318*<sup>16</sup>.

Además, realizar la epicrisis y referencia detallada al I Nivel de Atención, para el seguimiento y continuidad de la atención.

Semanalmente, se debe enviar un listado del hospital a las áreas de salud, con el registro de las adolescentes atendidas post evento obstétrico, indicando si se les colocó un método anticonceptivo o si bien, este debe ser colocado en el Área de Salud durante el posparto (primeros 40 días).

- **Aspectos Psicosociales para considerar en la atención de adolescentes en el embarazo, parto y postparto**

Cuando se realiza un abordaje con una adolescente en condición de embarazo o en posparto, se requiere que el profesional logre modificar la posición adulto centrada, se sensibilice con la situación que está viviendo esta adolescente y logre contemplar y evaluar, al menos, los siguientes elementos básicos:



Fuente: Elaboración propia

### Identificación de Sintomatología depresiva específica en adolescentes (Op. Cit. 78)

Tal como se señala en el apartado Depresión, Parto y Posparto, el embarazo en la adolescencia puede ser un factor precipitante de una condición depresiva, tanto durante el embarazo como en el posparto, pero se debe tener en cuenta que en esta etapa de vida la depresión suele ser encubierta y sub diagnosticada porque se presenta con síntomas de irritabilidad, ira, conductas confrontativas, autolesión, u otras, más que con tristeza evidente, por lo tanto, al atender una adolescente durante el embarazo y el posparto se debe indagar:

- Presencia de ánimo irritable o depresivo
- Pérdida del interés y la capacidad de disfrute de actividades que antes le gustaban
- Síntomas fisiológicos como cambios en el patrón del sueño, la ingesta alimenticia, la energía
- Pensamientos fatalistas y/o culpógenos
- Visión negativa del futuro
- Sobre preocupación por el bienestar del bebé, o pensamientos negativos acerca de este
- La idea recurrente de no lograr ser una buena madre
- Sentimientos de culpa
- Otros.

## **Intervenciones específicas en casos de adolescentes con sintomatología depresiva**

Ante la identificación de estas condiciones en una adolescente embarazada de cualquier edad se debe:

- 
- Realizar una retroalimentación a la adolescente, su pareja, familia o personas de confianza, esto para procurar apoyo y señalar la necesidad de velar por el bienestar e integridad de la adolescente y el/la bebé,
- 
- Asesorar a la familia en la necesidad de acompañamiento y supervisión cercana ante la fragilidad emocional de la adolescente.
- 
- Realizar una referencia a la consulta de Psicología Clínica del centro de adscripción correspondiente.
- 
- En los casos en los que se disponga de la consulta de Enfermería en Salud mental, se puede realizar una referencia simultánea.
- 

### **3. Abordaje integral e interdisciplinario de la adolescente durante el embarazo, parto y posparto**

Toda adolescente debe tener al menos una cita durante su proceso de embarazo, con los siguientes especialistas:

#### **Nutrición**

Para diagnóstico de su condición de base, seguimiento y recomendaciones específicas, si no se cuenta con este recurso el profesional en medicina y/o enfermería tratante debe hacer un tamizaje básico y remitir aquellas adolescentes con riesgo.

#### **Tamizaje Básico:**

1. Si pueden satisfacer necesidades básicas porque es muy común que tengan poco acceso a ciertos grupos de alimentos, en caso de determinarse esta situación debe referirse al CENCI-NAI.



2. Número de tiempos de comida que realizan (ya que para satisfacer necesidades energéticas deben en promedio realizar 5-6 Tiempos de Comida).
3. Identificar las fuentes de proteína en su alimentación diaria
4. Determinar la frecuencia de consumo de vegetales y frutas.
5. Determinar la frecuencia de consumo de alimentos fuente de calcio (principalmente lácteos)
6. Determinar el consumo de alimentos fuente de hierro.

### **Trabajo social**

Toda adolescente debe tener una valoración durante su embarazo. Además de atención y seguimiento en los siguientes casos (Artículo No 5 y No 50 de la Ley 7739<sup>40</sup> y Artículo No 4, No 9 y No 10 de la Ley 7735<sup>31</sup>) :

- Menores de 15 años
- Mayores de 15 años con sospecha de abuso
- Relaciones impropias
- Valoración para egreso

### **Psicología**

Toda adolescente debe tener una valoración durante su embarazo. Además de atención y seguimiento en los siguientes casos:

- Las personas en adolescencia temprana (10-13 años)
- Las personas en adolescencia intermedias y tardías con riesgo psicosocial según criterio del profesional en medicina y/o de enfermería.
- Valoración por sospecha de trastorno depresivo

### **Enfermería Obstétrica**

- En los lugares en que se disponga de profesionales de enfermería obstétrica, deberán sumarse a la consulta de la atención diferenciada de control prenatal, parto y posparto de personas adolescentes, por su formación especializada en salud sexual/salud reproductiva y en adolescencia.
- Brindar consejería y prescripción de métodos anticonceptivos
- Realizar acciones de educación en salud, prevención del embarazo y de infecciones de transmisión sexual.
- Participar en las intervenciones de atención diferenciada interdisciplinaria.



#### **4. Abordaje de la persona adolescente en cuanto Proyecto de vida, maternidad y paternidad en la adolescencia** (77 Op. Cit.)

El tema de proyecto de vida en la etapa de la adolescente es fundamental ya que le permite a la persona realizar esfuerzos de proyectar lo que desea alcanzar en su futuro a corto o a largo plazo.

El contexto en el que se desenvuelva la persona adolescente determina en la mayoría de las ocasiones la verdadera concreción del proyecto de vida idealizado, esto mediado por las condiciones sociales y económicas en las que vive la persona menor de edad y por el apoyo que reciba de las personas significativas de dicho contexto.

En muchos casos la pobreza que experimentan naturaliza experiencias de vida que las expone ante embarazos en su adolescencia, considerando los aspectos socioculturales, por ejemplo, por lo que muchas desertan del estudio antes de estar embarazadas; y la familia normaliza que formen uniones de hecho incluso con adultos, como “alternativa” a su proyecto de vida. (Ley No 9406 de relaciones impropias)

Muchas adolescentes por su inmadurez emocional y/o contexto social, consideran la maternidad como un proyecto de vida viable, dado que en su entorno la opción de considerar la educación o incluso iniciar una carrera técnica o universitaria “no es posible”.

El embarazo adolescente se convierte en un reto para las y los adolescente, en cuanto les exige asumir tareas y roles propio de otra etapa de desarrollo (adultez) con menos habilidades y destrezas adquiridas o desarrolladas, todavía para ese momento.

La maternidad se configura como un proyecto de vida, a tal grado que planean sus embarazos con la intención de contar con un plan de vida asequible a corto plazo, con poca consideración, por inmadurez cognitiva, de las implicaciones y responsabilidades de esta condición como si las puede considerar una persona adulta.

Por esta razón es esencial el acompañamiento para que los adolescentes pueden asumir gradualmente aspectos esenciales de su nueva condición asociada a la maternidad y las repercusiones en su proyecto de vida personal.

Se debe promover intervenciones multidisciplinarias e intersectoriales que favorezcan la continuidad de la adolescente embarazada y madre en el sistema educativo, la identificación de grupos comunales de apoyo, gestionar la obtención de beneficios para madre e hijo/a, la defensa de sus derechos y el reconocimiento de factores de riesgo, entre otros aspectos.

### **Intervenciones del abordaje interdisciplinario a la adolescente**

- Abordar el elemento de proyecto de vida en la atención de todas las adolescentes, ya sea tengan un plan elaborado o no.
- Brindar acompañamiento para la conjunción de la maternidad y su proyecto de vida personal.
- Identificar y potenciar las habilidades para la vida de la persona adolescente.
- Identificar aspectos propositivos y facilitadores en el contexto sociocultural, familiar, comunal y educativo de la adolescente, de forma que se fortalezca la relación entre estos y la joven, y por consiguiente se potencie la posibilidad de que sean elementos fortalecedores
- Promover la continuidad en el sistema educativo, la identificación de grupos comunales de apoyo, la obtención de beneficios para la adolescente y su hijo/a, la defensa de sus derechos, y el reconocimiento de factores de riesgo, entre otros.

### **Abordaje de la Pareja y Familia de la adolescente en embarazo o posparto** <sup>(76)</sup>

Op. Cit)

El embarazo en una adolescente con frecuencia desestabiliza a la adolescente y a la familia, debido a que las causas de este pueden estar asociadas a condiciones de abuso, no planeación o fuera del marco de una relación de pareja estable. Por otra parte, un embarazo no planificado puede modificar un proyecto de vida donde la posibilidad de la maternidad se visualizaba en otro momento de su vida. También, las condiciones socioeconómicas se podrían ver alteradas junto con la dinámica familiar.



La adolescente puede encontrarse atemorizada, molesta, ansiosa y con incertidumbre, pero además emocionalmente sola, por ello, crear en la familia un entorno de aceptación, le permitiría sentirse más segura para explorar sus sentimientos respecto al embarazo, su futuro y una mejor aceptación de la realidad. La comprensión de los padres es fundamental teniendo en cuenta que “cualquier evento en la adolescencia se convierte en algo tremendo, que sobrepasa cualquier comprensión desde el punto de vista adulto, pero es muy importante que se sientan apoyadas de forma incondicional, que se sientan reforzadas. Los padres tienen la labor de fortalecer esa inseguridad y esa inmadurez que atraviesa la adolescente en esos momentos y, desde luego, tienen que solicitar toda la ayuda que necesiten a los profesionales capacitados para ello”<sup>76</sup>.

Aunado a esto, la maternidad como tarea no es un aspecto que durante la adolescencia se considere con todas sus implicaciones, en especial, no solo por una posible falta de entrenamiento para el ejercicio de esta, sino porque el desarrollo cognitivo dependiendo de la etapa de la adolescencia en que se encuentre, a diferencia de una mujer adulta, no le facilita la visión de futuro y asumir adecuadamente las responsabilidades concomitantes.

Con este panorama, es imperativo superar el paradigma adulto centrista y enfocarse en el apoyo de la adolescente, de su pareja en caso de que sea adolescente, y sus padres de familia, para el manejo de esta incertidumbre y la búsqueda de opciones de apoyo para que puedan asumir este reto de la mejor manera posible.

- **Con respecto a la pareja**

Habiéndose descartado que no existe una relación impropia o de abuso es probable que sea otro adolescente o una persona joven, de tal forma, que también puede estar asustado y con escaso conocimiento en el significado y tareas del embarazo y paternidad, debido a una formación tradicional que generalmente excluye a los hombres de las herramientas para poder desarrollar actividades donde se incorporen activamente en dichos procesos. Es valioso brindar contención, comprensión y comentarle que también se le va a apoyar, la estrategia del regaño o de la culpa no es efectiva y se puede inferir que hay otros escenarios donde ya se utilizó.

Si la pareja tiene anuencia e interés debe recibir apoyo para participar en todos los momentos de la atención en el embarazo, parto y posparto. Debe recibir orientación para que pueda asumir una paternidad adecuada (no es importante si hay una



decisión de vivir juntos o no), así como aspectos básicos sobre los cuidados que debe tener con el recién nacido.

- **Con respecto a la familia**

- a) Es fundamental explorar lo que ha dicho o hecho la familia hasta el momento, así se puede abordar diferentes escenarios:
- b) Enojo y culpa: cuando las intervenciones de la familia se han orientado a estos aspectos, se debe ser comprensivo, pero se apelará al interés por la adolescente y la persona que nacerá, por tanto, a la necesidad de modificar estos sentimientos o conductas a nuevos comportamientos de apoyo y comprensión.
- c) Adulto centrismo de la adolescente embarazada: si la familia le ha mostrado a la adolescente embarazada que su vida como joven ha terminado y que debe renunciar a todas sus aspiraciones juveniles, incluyendo la posibilidad de tener pareja; se debe brindar educación en salud, donde se les explique acciones para apoyar a la adolescente embarazada y luego en la maternidad. A su vez, hay que recomendar que en conjunto con la adolescente revisen el proyecto de vida, tomando en cuenta que sigue siendo una adolescente y que si bien es cierto puede tener que postergar algunas actividades, no significa la renuncia definitiva a las aspiraciones que se tenían, sino más bien a replantearlas. Recordar siempre la etapa de la adolescencia en que se encuentra y los procesos cognitivos asociados a la misma.
- d) Maternidad de una adolescente: si bien es cierto el embarazo aparece como el gran impacto y preocupación inmediata, es algo temporal, lo que es permanente es el ejercicio de la maternidad. En ese sentido, se debe brindar elementos educativos a la familia de cómo deben acompañar a la adolescente en su maternidad, sin que impida el continuar con un proyecto de vida y tampoco el de hacerse cargo la familia de la adolescente del hijo o hija desplazando a la adolescente del ejercicio de la maternidad. A manera de ejemplo, no se le dice “mami” a la abuela, solo a la madre, no se le dice “papi” al abuelo; se le dicen abuela o abuelo. Las estrategias educativas para niños y niñas en la actualidad son variadas, especialmente en lo disciplinario, en ese sentido, se deben brindar recomendaciones bibliográficas para la adolescente embarazada y la familia, de modo que puedan leerlas y comentarlas en conjunto. De esta forma, la familia se convierte en un apoyo



efectivo para la adolescente embarazada (y su pareja) en el ejercicio de la maternidad y la paternidad.

### Referencias interinstitucionales

Posterior a su valoración integral y según los requerimientos de cada caso, las adolescentes embarazadas deberán ser referidas a los servicios que brindan las siguientes instituciones de acuerdo con lo establecido en la Ley No 7735/8312 Ley de Protección a la madre adolescente:

- Ministerio de Educación Pública
- Patronato Nacional de la Infancia(PANI)
- Centro de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Atención Integral( CEN- CINAI)
- Instituto Mixto de Ayuda Social(IMAS)
- Poder Judicial
- Instituto Nacional de Aprendizaje (INA)
- Consejo de la persona joven
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTS)
- Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU)
- Organizaciones no gubernamentales
- Otros



## Módulo 7. Poblaciones especiales y discapacidad

### Mujeres con discapacidad en condición de embarazo

De acuerdo a lo establecido en la Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad, de la Asamblea Legislativa de Costa Rica N°9379, en adelante Ley N°9379<sup>21</sup>, la discapacidad tal como es comprendida en la actualidad, “resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás ”lo que pone el énfasis en la transacción entre la deficiencia y las barreras contextuales, e inclusive centra el foco de atención en el hecho de que las respuestas y condiciones del ambiente circundante (entendido como las personas y el contexto general) son los que realmente impiden tanto el óptimo desarrollo y participación de las personas con discapacidad, como el logro de la equidad, accesibilidad y cumplimiento de los derechos humanos de las personas con discapacidad.

Ante esto, como sociedad y más aún como profesionales en salud, se tiene un llamado imperativo a trabajar por la disminución de las barreras físicas e interpersonales que suelen disminuir la autonomía, independencia, participación y toma de decisiones de las personas con discapacidad, tarea que cobra fundamental importancia cuando se trata específicamente de la sexualidad y la procreación, ya que, desde la visión social “las mujeres con discapacidad forman parte de los grupos tradicionalmente identificados como poco aptos para ejercer la maternidad, pues sus rasgos físicos, mentales y/o funcionales suelen conllevar obstáculos y limitaciones que al enfrentarse a condiciones sociales y estructurales que no consideran su existencia, se traducen en signos de debilidad, dependencia, inferioridad, pasividad e incluso, abiertas exclusiones a sus derechos sexuales y reproductivos, al considerarlas incapaces de cumplir las expectativas sociales de salud e independencia para ejercer el rol materno”<sup>21</sup>.

Teniendo en cuenta que esta ha sido la lamentable realidad social desde la que se aborda la sexualidad y la maternidad de las mujeres con discapacidad, se retoma el artículo 23 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en sus incisos b) y c) en los que se declara la necesidad de que:

- b) *Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a*



*información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos.*

*c) Las personas con discapacidad, incluidos los niños y niñas, mantengan su fertilidad en igualdad de condiciones que los demás.*

Todas las acciones e iniciativas personales, familiares, sociales y estatales, deben ir dirigidas a la instauración total y efectiva del paradigma de abordaje de la discapacidad desde los derechos humanos y de la autonomía personal, de manera que, los establecimientos y funcionarios de salud al atender a una mujer con discapacidad y en condición de embarazo, debe asegurar que:

- El personal brinde la atención con un trato digno y respetuoso, según lo contemplado en el *Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social*<sup>3</sup>. El personal de salud encargado directo de la atención, debe garantizar una comunicación accesible, adecuando los recursos, la información y las vías de comunicación
- La eliminación de cualquier barrera que le impida a la mujer comprender la información sobre su condición de salud, y los procedimientos que se llevarán a cabo a lo largo del embarazo, parto y posparto
- La promoción del ejercicio de su derecho a la autonomía y toma de decisiones.
- La atención que se brinda debe ser dirigida a la mujer con discapacidad aun cuando por su discapacidad ésta cuente con un garante.
- Que se cumpla con el respeto al derecho de tener un garante, entendiéndose esta figura como: “persona mayor de dieciocho años que, para asegurar el goce pleno del derecho a la igualdad jurídica de las personas con discapacidad intelectual, mental y psicosocial, le garantiza la titularidad y el ejercicio seguro y efectivo de sus derechos y obligaciones”<sup>21</sup>, de ninguna manera y para ningún efecto será sustituida por ésta, únicamente se asegura que los derechos de ella sean respetados.
- Que la comunicación se realiza de persona a persona, es decir, del profesional que la atiende a ella directamente, utilizando los recursos existentes en el servicio de salud además de la capacidad instalada en el mismo, de manera que se asegure el respeto a su autonomía personal.



- Se debe garantizar el acompañamiento en cumplimiento al respeto del derecho de contar con un asistente personal según lo establecido en la Ley 9379<sup>21</sup>.
- Las direcciones de las unidades deben realizar las gestiones pertinentes que les permitan cumplir con el acceso y el ajuste de los espacios físicos según las necesidades de las mujeres con discapacidad, de forma que se cumpla con lo establecido en la Ley 7600<sup>38</sup>.

### Atención prenatal

- Para las mujeres con discapacidad en condición de embarazo la atención prenatal **se registrá bajo los estándares establecidos en este protocolo**, tomando en consideración las necesidades particulares de la mujer según su discapacidad, de forma que se realicen los ajustes razonables para brindar la atención garantizando el respeto de su autonomía personal, en concordancia con la Ley N°9379<sup>21</sup>.
- En cada cita de control prenatal el personal de salud debe informar a la mujer embarazada sobre los cambios que se producen en su cuerpo, como el aumento de peso de manera que se puedan realizar los ajustes en los dispositivos que utilice, tales como silla de ruedas, prótesis, entre otros, para facilitar la movilidad durante el embarazo.

### Atención de labor de parto, parto y posparto

- En esta atención se debe cumplir los estándares de atención establecidos en este protocolo, tomando en consideración las necesidades particulares de la mujer según su discapacidad, de forma que se realicen los ajustes razonables para brindar la atención garantizando el respeto de su autonomía personal, en concordancia con la Ley N°9379<sup>21</sup>.

## Módulo 8. Depresión posparto

### Depresión

La Depresión es una de las manifestaciones posibles de la alteración del estado de ánimo. Suele presentar sintomatología anímica caracterizada por lo siguiente:

- Ánimo depresivo o triste
- Pérdida de la capacidad para experimentar placer
- Alteraciones de las respuestas fisiológicas, por ejemplo, el apetito, el peso, el sueño y/o aumento del cansancio,
- Cogniciones con contenido negativo, como: pensamiento de muerte y culpa, planes suicidas, etc.
- Dificultad para concentrarse y tomar decisiones, entre otros.
- A nivel social la persona puede estar retraída y con pérdida del interés en actividades sociales que eran de su gusto antes de la presencia de la condición depresiva<sup>77</sup>

Para considerar que la persona está experimentando un episodio depresivo, la condición antes descrita debe presentarse de forma consistente durante al menos 2 semanas consecutivas, mientras que para considerar la presencia de un trastorno depresivo se requiere que además del episodio depresivo se descarte la presencia de síntomas maníacos, o la explicación de la sintomatología depresiva como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas o de otros trastornos mentales<sup>77</sup>.

### Depresión y Embarazo

Es importante tener en cuenta que la condición depresiva es uno de los trastornos mentales más prevalentes en la población en general, y que la población que suele manifestar esta condición con mayor frecuencia es la de mujeres, que generalmente duplica a la cantidad de hombres con trastornos depresivos<sup>78</sup>, dato que toma gran relevancia en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto.

Específicamente durante el embarazo se ha identificado una prevalencia nada despreciable, por ejemplo, en México, “la prevalencia de depresión en el embarazo es de 10 a 25 % y la de la ansiedad de 10 %; éstas, junto con el estrés, son condiciones biopsicológicas que afectan al binomio madre-hijo y se asocian con

parto pretérmino, bajo peso al nacimiento, preeclampsia, tristeza, conflictos familiares, sociales o laborales”<sup>79</sup>.

Algunos de los múltiples factores determinantes asociados a la depresión y que deben ser identificados y registrados en el expediente de la usuaria durante la entrevista clínica realizada por el profesional de la salud que atiende a la mujer en condición de embarazo y posparto, son:

- Depresión previa,
- Abandono o suspensión del tratamiento antidepressivo,
- Que el embarazo esté ocurriendo en la etapa de la adolescencia,
- Menor escolaridad de la madre,
- Nivel socioeconómico bajo,
- Ser ama de casa de tiempo completo,
- Disfunción familiar,
- Madre soltera o sin apoyo de la pareja
- Embarazo no deseado
- Falta de apoyo social

### **Depresión Postparto**

“Los síntomas de depresión postparto, son similares a los ocurridos en una depresión fuera de esta etapa de la vida, sin embargo, presentan mayor agitación y culpabilidad, con mayor repercusión clínica para el niño y su desarrollo, la madre y la familia en general”<sup>80</sup>, este cuadro puede iniciar entre las primeras semanas y los primeros seis meses postparto, y puede llegar a alcanzar una duración de semanas a meses posterior a su inicio.

Pueden estar presentes los siguientes indicadores:

- Ideas obsesivas acerca del bienestar del recién nacido,
  - Sentimientos de Culpabilidad
  - Ansiedad y agitación,
  - Pobre percepción del rol materno,
  - Alteraciones motoras o cognitivas más frecuentes e intensas en comparación con las depresiones no ligadas al postparto,
  - Afectación del funcionamiento cotidiano de la madre y del cuidado del bebé
- 81
- Inseguridades,
  - Temor al futuro,
  - Miedo,

- Cuestionamientos al rol materno,
- Miedo relacionado al contexto en el que se da el embarazo (por ej: covid)
- Entre otras.

Este trastorno puede ser una complicación grave del período postnatal y puede acarrear repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé, razón por la cual es indispensable hacer de su diagnóstico oportuno y tratamiento, una prioridad en Salud Pública<sup>80</sup>.

Los factores asociados, suelen ser muy similares a los de la depresión en otras etapas de la vida, por lo que se señalan:

- Factores genéticos
- Antecedentes personales o familiares de depresión
- Eventos adversos o estresantes (que podrían o no, estar directamente relacionados al embarazo, por ejemplo, complicaciones en embarazos previos, defunciones, divorcios, pérdida del trabajo, entre muchos otros),
- Problemas sociales,
- Ausencia o falta de apoyo de la pareja y/o la familia,
- Cambios hormonales, como, por ejemplo, la caída del estrógeno y progesterona en esta etapa postparto debido a la disminución en la producción placentaria<sup>74</sup>
- Sintomatología depresiva o ansiosa durante el embarazo,
- Estrés cotidiano,
- Problemas de pareja,
- Estrés en el cuidado del bebé,
- La conducta del bebé,
- Baja autoestima,
- Dificultades socioeconómicas,
- Violencia doméstica,
- Complicaciones obstétricas
- Embarazo no deseado o no planeado.

Además de estos elementos ya mencionados, cabe enfatizar que se requiere una mayor observancia y búsqueda activa de la sintomatología de la depresión durante el embarazo y el posparto en la población adolescente, ya que la prevalencia parece ser incluso el doble en madres adolescentes, llegando a alcanzar hasta un 26%<sup>78</sup>. Con esta población en particular, es indispensable tener en cuenta que la sintomatología depresiva suele evidenciarse y manifestarse a través de irritabilidad,



enojo, frustración, ira repentina, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes, entre otros, por lo que es común que este cuadro se enmascare y se diagnostique poco. Por lo anterior al atender a mujeres adolescentes en condición de embarazo indague la posible existencia de esta sintomatología.

**La depresión posparto es una complicación bastante frecuente y con posibles repercusiones graves en la madre y en la seguridad del bebé, por lo que ante la sospecha de la presencia de esta condición se debe profundizar en su valoración, abordaje temprano y referencia urgente al servicio de Emergencias.**



## 8. Contacto para consultas

- Dr. José Miguel Angulo Castro, Jefe, Área de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica, [janguloc@ccss.sa.cr](mailto:janguloc@ccss.sa.cr)
- Dra. Carla Gríos Dávila, Asesora de Despacho, Gerencia Médica, [cvgrios@ccss.sa.cr](mailto:cvgrios@ccss.sa.cr)



## 9. Anexos

### Anexo No 1. Oficio aval de Gerencia Médica

2904

 **CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
Gerencia Médica  
Teléfono: Directo 2539-0921 - 25390000 ext. 7600 / 8253  
Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

**GM-7060-2022**  
16 de junio de 2022



Doctor  
Mario Mora Ulloa, Enlace  
**DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD - UP2904**

Estimado señor:

**ASUNTO: ATENCIÓN SOLICITUD AVAL OFICIO GM-DDSS-0928-2022.**

Reciba un cordial saludo. Esta Gerencia ha recibido oficio GM-DDSS-0928-2022 de fecha 09 de mayo de 2022, referente a solicitud de aval de documentos de normalización de Protocolo Clínico de Atención Integral al embarazo, parto, postparto en la Red de Servicios de Salud Código.MT.GM.DDSS. AAIP.260121 Versión 01.

Al respecto, este Despacho posterior a debida revisión de protocolo, emite aval solicitado y agradece la información brindada al respecto.

Atentamente,

**GERENCIA MÉDICA**

  
Dr. Bandal Álvarez Juárez  
Gerente



RAJ/JFQC/empf  
Estudio y redacción: Dr. José Fabio Quesada Córdoba

C: Dr. José Miguel Angulo Castro, Jefe AAIP, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud  
Dra. Carla Grijos Dávila, PNAM, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica  
Dra. Hellen Rocío Porras Rojas, PNAM, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud  
Archivo

"La CAJA es una" Página 1 de 1



2904



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
Gerencia Médica  
Teléfono: Directo 2539-0921 - 25390000 ext. 7800 / 8253  
Correo electrónico: [cajiccas@ccss.sa.cr](mailto:cajiccas@ccss.sa.cr)



GM-7413-2022  
16 de junio de 2022

PRIORIDAD

Señores (as)  
Directores (as) de Sede  
Directores (as) de Redes Integradas Prestación Servicios de Salud  
Directores (as) Generales Hospitales Nacionales y Especializados Periféricos  
Directores (as) Generales Hospitales Regionales y Periféricos  
Directores (as) Médicos Áreas de Salud y Clínicas  
**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**


Estimados (as) señores (as):

**ASUNTO: OFICIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CÓDIGO.PAC.GM.DDSS.AAIP.260121. VERSIÓN 01 Y DEL MANUAL TEÓRICO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL AL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CÓDIGO.MT.GM.DDSS.AAIP.260121 VERSIÓN 01.**

Reciban un cordial saludo. En atención al oficio GM-DDSS-0928-2022, suscrito por el Dr. Mario Mora Ulloa, este Despacho solicita la mediación de sus buenos oficios, para que se divulgue al personal que corresponde, el "Protocolo Clínico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud CÓDIGO.PAC.GM.DDSS.AAIP.260121. Versión 01 y del Manual Teórico para la Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud CÓDIGO.MT.GM.DDSS.AAIP.260121 Versión 01".

Atentamente,

GERENCIA MÉDICA

  
Dr. Rafael Álvarez Juárez  
Gerente



RAJCOG/epf  
Estudio y redacción: Dra. Carla Gines Dávila

Anexo: Protocolo Clínico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud CÓDIGO.PAC.GM.DDSS.AAIP.260121. VERSIÓN 01  
Manual Teórico para la Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud CÓDIGO.MT.GM.DDSS.AAIP.260121 VERSIÓN 01"

C. Archivo



## Anexo No 2. Encuesta de Validación

### Encuesta de Validación del documento Atención integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud

#### INFORMACIÓN BÁSICA DEL COLABORADOR/A

**Nombre completo:**

**Profesión (indicar su especialidad cuando corresponda):**

**Lugar de Trabajo:**

**Correo electrónico donde se puede localizar:**

**La evaluación de las preguntas de la encuesta se realizó con la siguiente escala:**

1:Extremadamente Inapropiado

4: Muy Dudosa

7: Poco Apropiado

2: Muy Inapropiado

5: Totalmente Dudosa

8: Muy Apropiado

3: Poco Inapropiado

6: Poco Dudosa

9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

**Las preguntas planteadas fueron:**

1. Para usted, la evaluación de la **presentación y claridad de la introducción del Protocolo Clínico Atención integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud** es:
2. Para usted, la evaluación de la **Justificación y Referencias Normativas** es:
3. Para usted, la evaluación del **Alcance y campo de aplicación** es:
4. Para usted, la evaluación de la descripción de la **Metodología** es:
5. Para usted, la evaluación de **los objetivos** es:



6. Para usted, la evaluación del apartado **población diana** en el protocolo es:
7. Para usted, la evaluación del apartado **personal de salud que interviene** es:
8. Para usted, la evaluación del apartado **Atención Preconcepcional** es:
9. Para usted, la **evaluación** del aparato **Control del Embarazo** es:
10. Para usted, la evaluación del apartado **Atención de la Labor de Parto y Parto de bajo riesgo obstétrico** es :
11. Para usted, la evaluación del apartado **Asistencia durante el puerperio y egreso** es :
12. Para usted, la evaluación del apartado **Planificación Familiar** es :
13. Para usted, la evaluación del apartado **Contactos para consultas** es :
14. Para usted, la evaluación del apartado **Monitoreo y Evaluación** es :
15. Para usted, la evaluación del apartado **Anexos** es :
16. Para usted, la evaluación del apartado **Referencias Bibliográficas** es :
17. Si desea agregue un comentario:
18. Si usted posee información contraria a la aportada o desea ampliarla, por favor agréguela aquí:
19. Si usted tiene otro comentario o desea aporta alguna información adicional por favor hágalo aquí:



### Anexo No 3. Ultrasonografía

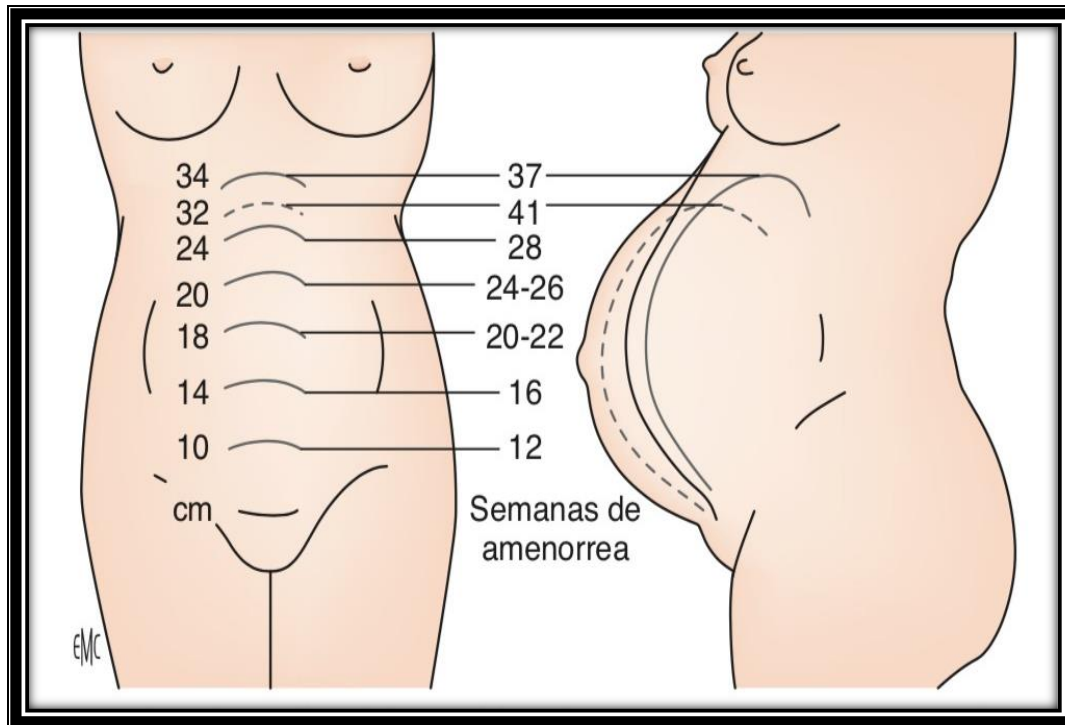
**TABLA No 11. HALLAZGOS ECOGRÁFICOS NORMALES EN EL ULTRASONIDO TRANSVAGINAL DURANTE EN EL I TRIMESTRE**

Edad Gestacional (semanas)	Estructura que aparece por primera vez en el US*	Diámetro medio del saco ( mm)	Longitud cefalo - caudal (mm)
5.0	Saco gestacional	2	
5.5	Saco vitelino	6	
6.0	Embrión con latido	10	3
6.5		14	6
7.0	Amnios	18	10
7.5		22	13
8.0		26	16

\*± 0.5 semanas Rango de edad por semanas para visibilizar la primera estructura.

Fuente: Mary E. Norton et al (2017). *Callens ultrasonography in obstetrics and gynecology*. Sixth edition<sup>82</sup>.

## Anexo No 4. Localización del fondo uterino en embarazo de un solo producto



**Fuente:** Deffieux X, Mercier F, Bolandard F, Bourdel N, Rabischong B (2013). *Cirugía abdominal durante el embarazo*<sup>83</sup>.

## Anexo No 5. Consideraciones especiales en el embarazo

Existen una serie de condiciones que puede estar presentes antes, o desarrollarse durante y posterior al embarazo, por lo que a continuación se describirán de manera básica aquellas que se presentan con mayor frecuencia.

### Diabetes mellitus

Se debe realizar la identificación de los factores de riesgo (Tabla #12) desde la I consulta prenatal y con base a ésta considerar el tamizaje del I trimestre. En caso de usuarias captadas entre las 13 – 24 semanas se debe realizar la glicemia postcarga de 75 g en el caso de que la glicemia en ayunas esté entre 93 – 126 mg/dl (Tabla #13).<sup>84</sup>

#### TABLA No 12. FACTORES DE RIESGO PARA LA REALIZACIÓN DE TAMIZAJE DE DIABETES EN EL I TRIMESTRE

**Las pruebas deben considerarse en mujeres que tengan uno o más de los siguientes factores de riesgo:**

- Etnia de alto riesgo (por ejemplo, afroamericana, latina, nativa americana, asiática americana, isleña del Pacífico)
- Sedentarismo y/o obesidad (IMC > o igual 30 kg / m<sup>2</sup>)
- Hipertensión crónica
- Antecedente de síndrome metabólico
- Antecedente de Diabetes gestacional en embarazo previo
- Nacimiento de producto previo (mayor o igual a 4000 gramos)
- Antecedentes de diabetes en parientes de primer grado

**Fuente:** Modificado American diabetes association (2019) *Standards of medical care in diabetes*<sup>85</sup>.

#### TABLA No 13. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES EN EL I TRIMESTRE

Glicemia en ayunas > o igual 126 mg / dL . El ayuno se define como la no ingesta de calorías durante al menos 8 h. \*

o

Glucosa plasmática al azar > o igual 200 mg / dL

o

Glicemia 2 horas postcarga 75 g > o igual a 200 mg / dL

o

Hb A1C mayor o igual a 6.5%

\*En ausencia de una hiperglucemia, el diagnóstico requiere dos resultados de prueba anormales de la misma muestra o en dos muestras de prueba separadas

Fuente: Modificado American diabetes association (2019) *Standards of medical care in diabetes*<sup>85</sup>

Dicho tamizaje se realizará a usuarias que tienen uno o más factores de riesgo. Según la siguiente tabla:

### Detección y diagnóstico para Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

Para la detección y diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional se debe utilizar la estrategia planteada tabla #14:

#### TABLA NO 14. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL. ESTRATEGIA DE UN PASO

##### Estrategia de un paso

Realice una Curva de Tolerancia a la Glucosa (CTG) con 75 g, con medición de glucosa en plasma cuando la usuaria esté en ayunas, a 1 y 2 h, a las 24–28 semanas de gestación, en mujeres que no estén diagnosticadas previamente con diabetes.

La CTG se debe realizar por la mañana después de un ayuno nocturno de al menos 8 h.

El diagnóstico de DMG se realiza cuando se cumple o se supera cualquiera de los siguientes valores de glucosa en plasma:

- Ayuno: 92 mg / dL
- 1 h: 180 mg / dL
- 2 h: 153 mg / dL

Fuente: Modificado de American diabetes association (2019) *Standards of medical care in diabetes* y ACOG Practice Bulletin (2018). *Gestational Diabetes Mellitus* <sup>85,86</sup>

### Trastornos hipertensivos en el embarazo <sup>87, 88</sup>

Los trastornos hipertensivos son una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo cuya incidencia es del 5 a 10%. Son causa importante de morbimortalidad materna y perinatal en todo el mundo. Entre las formas mas

frecuentes se incluye: hipertensión gestacional, preeclampsia-eclampsia y la hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreimpuesta (Tabla #15).

La hipertensión gestacional se define como la presión arterial mayor de 140/90mmhg (pero menor a 160/110mmhg) al menos en dos mediciones con 4 horas de diferencia en ausencia de proteinuria. La proteinuria se define como > 300 miligramos de orina en un estudio de 24 horas o la relación proteínas/creatinina en orina (relación P/C) > 0.3. La Preeclampsia se define como la hipertensión gestacional más proteinuria:

**TABLA No 15. HALLAZGOS CLÍNICOS DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO**

Hallazgos clínicos	Hipertensión crónica	Hipertensión Gestacional*	Preeclampsia
<b>Momento de la aparición de la hipertensión</b>	<20 semanas	>20 semanas	Generalmente en el tercer trimestre
<b>Grado de hipertensión</b>	Leve o grave	Leve	Leve o grave
<b>Proteinuria*</b>	Ausente	Ausente	Suele estar presente
<b>Síntomas cerebrales</b>	Puede estar presente	Ausente	Presente en el 30%
<b>Hemoconcentración</b>	Ausente	Ausente	Enfermedad grave
<b>Trombocitopenia</b>	Ausente	Ausente	Enfermedad grave
<b>Disfunción hepática</b>	Ausente	Ausente	Enfermedad grave

**\*Definida como 1+ o más en tira reactiva en dos ocasiones o 300 mg o más en una orina de 24 horas( o cociente proteína/ creatinina >0.3)**

**Fuente:** Gabbe S. G. (2019). Embarazo normal y alto riesgo. Obstetricia. *Preeclampsia y trastornos hipertensivos*<sup>87</sup>.

Los fenómenos hipertensivos del embarazo son parte de un síndrome clínico que abarca un amplio espectro de signos y síntomas, los cuales se desarrollan solos o en combinación. La elevación de la presión arterial es la característica clínica



distintiva para el diagnóstico de la enfermedad y su clasificación se basa en manifestaciones clínicas o bioquímicas presentes en la usuaria.

La clasificación vigente de preeclampsia incluye: preeclampsia sin criterios de severidad o preeclampsia con criterios de severidad. La preeclampsia con criterios de severidad se define ante uno de los siguientes:

- Presión arterial sistólica > 160 mmHg o diastólica > 110 mmHg
- Síntomas neurohipertensivos de nueva aparición
- Deterioro de la función hepática, indicada por elevaciones anómalas de las enzimas hepáticas (al menos dos veces el límite superior normal) dolor abdominal persistente en el cuadrante superior derecho o dolor epigástrico que no responde a los medicamentos y no se explica por un diagnóstico alternativo; o ambos.
- Edema pulmonar
- Trombocitopenia con recuento de plaquetas inferior a 100.000 u/u
- Deterioro renal progresivo (Creatinina sérica >1,1mg/dl).

La *eclampsia* se define como la aparición de convulsiones tónico-clónicas de novo después de la segunda mitad del embarazo no atribuibles a otra causa, asociando síntomas o signos de preeclampsia. Dicha condición médica puede presentarse durante el embarazo, parto o postparto y su manejo es intrahospitalario por médicos(as) especialistas en Ginecología y Obstetricia, Medicina Materno Fetal y Especialidades afines donde se incluye Medicina Interna, Anestesiología, Cuidados Intensivos entre otros.

El manejo de la usuaria con trastornos hipertensivos del embarazo va a depender de muchos factores donde se incluyen entre otros: el grado de presentación de la enfermedad (ej. Preeclampsia con severidad vs. preeclampsia sin criterios de severidad), edad gestacional, condición materna y fetal, sin embargo se recomienda un abordaje intrahospitalario por profesionales en medicina especialistas en Ginecología y Obstetricia, así como especialistas en Medicina Materno Fetal para definir la conducta médica ante esta condición.

La única intervención farmacológica que ha demostrado beneficio en cuanto a la prevención (prevención secundaria) de la preeclampsia es la administración de Ácido Acetil Salicílico con dosis de 50 a 150 mg vía oral por día, idealmente consumirla en la noche. Dicho fármaco se debe de administrar a las pacientes con

riesgo intermedio o riesgo alto de preeclampsia. Dicha administración debe de iniciarse entre la semana 12 a 16 y discontinuar en la semana 36.

La evidencia científica actual refuerza que las usuarias con trastornos hipertensivos durante el embarazo tienen riesgo cardiovascular aumentado a lo largo de su vida, por tanto, requieren seguimiento postparto de su presión arterial y se deben de incentivar los estilos de vida saludables así como mantener un índice de masa corporal adecuado.

### **Infecciones del Tracto Urinario<sup>89</sup>**

El tamizaje y tratamiento adecuado de las infecciones del tracto urinario en la usuaria embarazada previene cerca de un 80% de las pielonefritis (solo 2-3% de las bacteriurias asintomáticas se transformarán en pielonefritis si se dio el tratamiento adecuado vs 13-65% de los casos no tratados), así como el desarrollo de otras complicaciones tales como sepsis, síndrome de distrés respiratorio, parto pretérmino, anemia y lesión renal. Para el screening se recomienda realizar un urocultivo a todas las usuarias embarazadas durante la primera consulta, así como un examen general de orina mensual con técnica a usuarias sin factores de riesgo para ITU (o de lo contrario, un urocultivo mensual para pacientes con factores de riesgo).

La bacteriuria asintomática se refiere a la colonización del tracto urinario en ausencia de síntomas, donde la escherichia coli es el agente más comúnmente encontrado (65-80%). La bacteriuria asintomática complica cerca del 5-10% de los embarazos con un riesgo mayor de convertirse en pielonefritis que en la usuaria no embarazada.

En caso de bacteriuria asintomática debe darse tratamiento antibiótico por 7 días y las opciones empíricas incluyen: Nitrofurantoína 100mg BID, Cefalexina 500mg QID, y TMP-SMX 160/800 BID (evitando esta última en el primer y tercer trimestre a menos de que no haya otra opción disponible). Se recomienda adecuada hidratación oral, y realizar un urocultivo control a los 7 días de finalizado el tratamiento para verificar resolución.

La presencia de síntomas “locales” (frecuencia, urgencia, disuria o dolor pélvico) y la ausencia de síntomas sistémicos son indicativos de cistitis aguda (cuyo manejo es similar al de la bacteriuria asintomática). En caso de fiebre, escalofríos, náuseas



y vómitos o dolor lumbar debe pensarse en pielonefritis, en cuyo caso se recomienda hospitalización para antibioticoterapia intravenosa. Una vez egresada, se debe continuar con profilaxis diaria con nitrofurantoina 50 o 100mg o cefalexina 500mg HS por lo que reste del embarazo y control con urocultivo mensual.

Las pacientes con infección urinaria a repetición pueden ser referidas a la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico documentando claramente cuántos eventos de infección ha presentado, así como los esquemas antibióticos empleados previamente y los resultados de los urocultivos realizados.

### **Detección y abordaje de sífilis gestacional en el I Nivel de Atención<sup>90,91</sup>**

La sífilis es una enfermedad causada por *Treponema pallidum*, el cual sigue constituyendo un problema a escala mundial, a pesar de existir medidas profilácticas efectivas, como el uso del preservativo, y opciones terapéuticas eficaces y relativamente de bajo costo. La atención prenatal adecuada es una de las estrategias más importantes para favorecer la salud de las mujeres y los niños(as) ya que permite detectar de forma temprana y oportuna los riesgos de la madre y el feto, así evita la consolidación de estos.

#### **Transmisión perinatal:**

La transmisión de la sífilis de la madre al feto depende de la fase de infección.

El paso a través de la placenta suele ocurrir entre las semanas 16 y 28 del embarazo, pero se han descrito casos desde la semana 9.

Es más frecuente después del cuarto mes, porque los treponemas no pueden atravesar la placenta por las células de Langhans. Éstas se atrofian después del cuarto mes de embarazo, produciéndose la treponemia con afectación sistémica.

El riesgo de transmisión es mayor en el tercer trimestre de embarazo.

La tasa de transmisión es de un 70-90% durante la fase secundaria de la infección. Resulta en un 40% de abortos o mortinatos y disminuye lentamente en etapas más avanzadas de la infección materna.

#### **Abordaje de la embarazada:**

***Se debe indicar el VDRL: En la primera consulta y entre la semana 28-32 y al momento del parto.***

**Además:**

- Realizar evaluación integral del riesgo
- Brindar información y orientación para prevenir ITS

**Si el VDRL es positivo (independientemente de la titulación) (Tabla #16):**

- Administrar tratamiento inmediato con penicilina benzatínica: aplicar 2.4 millones IM.
- Si hay presencia de síntomas o antecedentes recientes aplicar 2.4 millones IM.
- Si no tiene síntomas o no recuerda historia debe aplicarse 2.4 millones IM por semana por 3 semanas (7.2 Mill)
- Consejería

**TABLA No 16. TRATAMIENTO ADECUADO EN LA MADRE GESTANTE SEROREACTIVA O CON ANTECEDENTE DE SÍFILIS**

<b>Etapa de infección de la madre</b>	<b>Tratamiento</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Primaria (úlceras chancro)</b></li><li>• <b>Secundaria (lesiones mucocutáneas, linfadenopatía, neuropatía, otros)</b></li><li>• <b>Latente temprana (menor de un año)</b></li></ul>	Dosis: Penicilina G Benzatínica: 2.4 millones UI vía IM profunda en dosis única. La dosis debe ser repartida en dos sitios de inyección (es decir 1.2 millones UI en cada sitio)
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Latente tardía (mayor de un año)</b></li><li>• <b>Latente de duración desconocida</b></li><li>• <b>Terciaria con LCR normal</b></li></ul>	Dosis: Penicilina G Benzatínica 2.4 millones UI vía IM profunda semanal por tres semanas La dosis debe ser repartida en dos sitios de inyección (es decir 1.2 millones UI en cada sitio)
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Neuro sífilis y sífilis ocular y auricular</b></li></ul>	Dosis: Penicilina Sódica o penicilina G potásica 3-4 millones UI vía IM cada cuatro horas o en infusión IV continua (18 a



24 millones de unidades por día) por  
10 – 14 días

**Nota: Hacer la prueba de sensibilidad a la penicilina, y monitorear por signos y síntomas de anafilaxis.**

**Fuente:** CCSS (2020) Solicitud revisión del apartado terapéutico del Lineamiento borrador "Detección, Abordaje y Seguimiento de los Niños(as) con sífilis congénita atendidos en la red de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social <sup>92</sup>.

El laboratorio realiza la prueba treponémica con la misma prueba independientemente de la titulación:

***Si la prueba treponémica es negativa:***

- Realizar VDRL según normativa

***Si la prueba treponémica es positiva:***

- Confirmar y notificar caso de Sífilis Gestacional en la boleta respectiva.
- Identificar, tratar y orientar a la(s) pareja(s) y/o contactos.
- VDRL control entre los 2 y 3 meses (de 61 a 119 días)
- Si el VDRL control postratamiento muestra un aumento igual o mayor a 4 veces la titulación anterior se debe volver a dar tratamiento.
- Considerar reinfección, fracaso terapéutico o neurosífilis
- Toda usuaria con VDRL positivo referir a ARO, previa prescripción de tratamiento.

**Es importante:**

- Prescribir tratamiento entre 8 y 10 días hábiles después de la fecha de reporte del laboratorio.
- Los contactos de los diagnósticos por sífilis primaria, secundaria o terciaria latente, si la actividad sexual se dio entre los 90 días de aparición de los síntomas del caso fuente, se debe tratar, aún si éstos salen seronegativos.
- No aplicar tratamiento si hay antecedente de sífilis tratada antes del embarazo, cuyo VDRL muestra títulos < 4 veces el VDRL anterior y hay evidencia de que su pareja(s) o contacto(s) fue tratado.



- En caso de usuarias alérgicas a penicilina se recomienda referencia a III Nivel de Atención para hospitalización y desensibilización de penicilina y tratamiento.

En caso de Sífilis congénita referirse Lineamiento “Detección, Abordaje y Seguimiento de los Niños(as) con sífilis congénita atendidos en la Red de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social<sup>93</sup>.”

## **VIH y SIDA**

En ausencia de tratamiento, independientemente de la lactancia materna, entre el 15-25% de los recién nacidos serán infectados por VIH. Aumenta en un 12-14% la transmisión durante la lactancia materna si continúa hasta el segundo año de vida, de su madre infectada con VIH.

La transmisión vertical puede reducirse a menos de 2% si la madre recibe profilaxis con antirretrovirales, cesárea electiva (antes del inicio del trabajo de parto y la rotura de membranas) y la supresión total de la lactancia. Para ello el tamizaje del VIH antenatal universal es necesario.

Toda embarazada que no recibió atención prenatal, debe realizarse la prueba rápida de VIH ( ver *Lineamiento técnico nacional e Instrucción técnica para la prescripción y manejo de la prueba rápida de detección del VIH en las personas usuarias de los servicios de salud Código Lt.GM.DDSS.170418*<sup>94</sup>) en el momento que consulta en trabajo de parto. Se iniciará tan pronto sea posible la profilaxis antirretroviral, sin esperar el test confirmatorio Western-blot o inmunofluorescencia.

### **Diagnóstico:**

Se realizará tamizaje para la detección de VIH a todas las mujeres embarazadas mediante ELISA, durante la primera consulta prenatal y en el último mes de embarazo. Aquellas usuarias con estatus desconocido realizar al momento del parto o en el postparto.

### **Abordaje:**



La usuaria diagnosticada con VIH positivo deberá ser referida a Alto Riesgo Obstétrico y a la clínica de atención Integral de personas con VIH para definir abordaje y tratamiento.

Es importante reconocer que la finalización del embarazo por cesárea disminuye significativamente la transmisión perinatal del VIH en:

- Las madres que no recibieron terapia antirretroviral antenatal
- Las madres que recibieron solamente ZDV para la profilaxis de la transmisión perinatal
- Si durante el embarazo los niveles de RNA VIH son mayores de 1000 copias/ml



## Anexo No 6. Lista de Verificación de la atención segura durante la labor, el parto y el posparto



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
COMISIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRADA Y CALIFICADA DEL PARTO

### LISTA DE VERIFICACION DE LA ATENCION SEGURA DURANTE LA LABOR, EL PARTO Y EL POSPARTO INMEDIATO.

UNIDAD DE SALUD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA INICIO \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ HORA FINALIZACION \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_  
Nombre de la Usuaría \_\_\_\_\_ Número de cédula: \_\_\_\_\_

Este instrumento se aplica a la usuaría que ingresa a Sala de Partos en **FASE ACTIVA DE ACELERACION**.

**En todos los periodos del parto, el Equipo de Salud debe consensuar con las mujeres y familias con necesidades especiales**

<b>I. Al ingreso a Sala de Labor y Partos</b> ①*				<b>III. Durante el parto (Periodo Expulsivo)</b> ⑤*			
I.a	El personal de salud se identifica ante la usuaría	SI	NO	III.a	Permite la posición libre durante el expulsivo, según condiciones	SI	NO
I.b	El personal de salud orienta a usuaría y acompañante	SI	NO	III.b	Realiza episiotomía de rutina	SI	NO
I.c	Verifica la identificación de la usuaría	SI	NO	III.c	Realiza ligadura tardía del cordón ⑥	SI	NO
I.d	Valora el carne perinatal	SI	NO	III.d	Toma muestra de sangre del cordón	SI	NO
I.e	Controla y valora signos vitales al ingreso	SI	NO	III.e	Informa la condición y sexo del recién nacido a la usuaría y acompañante	SI	NO
I.f	Se identifica el riesgo biosicosocial ⑦	SI	NO	III.f	Coloca recién nacido al seno materno	SI	NO
I.g	Llenado del Partograma	SI	NO	III.g	Realiza cuidados inmediatos al recién nacido (14)	SI	NO
I.h	Llenado del expediente del Niño y la Niña	SI	NO	III.h	Corroborar con la usuaría identificación del recién nacido	SI	NO
I.i	Llenado de consentimiento informado con la usuaría	SI	NO	III.i	Controla y valora signos vitales	SI	NO
<b>Nombre del revisor (a)</b> ⑧		#		<b>Nombre del revisor (a)</b> ⑧		#	
<b>II. Durante Periodo de Dilatación y Borramiento</b>				<b>IV. Durante el alumbramiento:</b> ⑨*			
II.a	Controla y valora y signos vitales	SI	NO	IV.a	Realiza manejo activo del alumbramiento ⑩	SI	NO
II.b	Continúa llenado y evaluación del partograma	SI	NO	IV.b	Verifica integridad de la placenta y las membranas	SI	NO
II.c	Controla y valora dinámica uterina y FCF se informó a la usuaría y familia sobre el plan de manejo del	SI	NO	IV.c	Verifica integridad del canal del parto	SI	NO
II.d	acuerdo a la evolución	SI	NO	IV.d	Verifica tono uterino y sangrado	SI	NO
II.e	Realiza y valora monitoreo fetal	SI	NO	IV.e	Realiza cuidados mediatos al Recién Nacido(15)	SI	NO
II.f	Orienta sobre acompañamiento a la usuaría.	SI	NO	IV.f	Completa llenado del Partograma	SI	NO
II.g	Valora línea de alerta para Toma de Decisiones ⑪	SI	NO	IV.g	Controla y valora signos vitales	SI	NO
II.h	Indica la ingesta de líquidos claros	SI	NO	<b>Nombre del revisor (a)</b> ⑧		#	
II.i	Favorece la posición y deambulación libre de la usuaría	SI	NO	<b>V. Durante el posparto inmediato (período uterino)</b> ⑫*			
II.j	Uso de medidas alternativas de alivio del dolor (12)	SI	NO	V.a	Fomenta el apego y lactancia materna	SI	NO
II.k	Registro de consenso de la Atención con la usuaría y acompañante.	SI	NO	V.b	Orienta a la usuaría y acompañantes sobre control y cuidados posnatales (13)	SI	NO
<b>Nombre del revisor (a)</b> ⑧		#		V.c	Verifica tono uterino y sangrado	SI	NO
<b>OBSERVACIONES:</b>				V.d	Controla y valora signos vitales	SI	NO
				V.e	Valora signos de alerta (10)	SI	NO
				V.f	Ofrece dieta a usuaría	SI	NO
				V.g	Entrega Carne Perinatal debidamente lleno a la usuaría	SI	NO
				V.h	Registra en Libro de Parto (Físico y Electrónico)	SI	NO
				<b>Nombre del revisor (a)</b> ⑧		#	

#### Instructivo

Objetivo: Promover la Atención Calificada del Parto desde una perspectiva de un trato digno y respetuoso.

- ① El ingreso a Sala de Labor y Partos dependerá de la valoración del personal de salud calificado tomando en cuenta la presencia de contracciones efectivas y regulares, bienestar fetal, y condiciones médicas u obstétricas particulares que requieran de una vigilancia estricta.
- ② El riesgo biosicosocial incluye todas las condiciones biológicas, sicosociales, culturales y económicas que puede poner en riesgo el binomio madre-hijo.
- ③ El periodo de borramiento y dilatación comprende desde los cuatro (4) hasta los diez (10) centímetros y descenso de la presentación fetal hasta el expulsivo.
- ④ Línea de alerta en el la Gráfica del Partograma significa un alejamiento del comportamiento normal del parto por lo que se requiere la valoración de los requisitos para que se lleve a cabo un parto normal.
- ⑤ Periodo expulsivo es el proceso comprendido entre la dilatación completa (coronación de la cabeza fetal) y el descenso del feto hasta su nacimiento, o en caso de cesárea cuando el feto es extraído del útero.
- ⑥ Ligadura tardía del cordón: Consiste en ligar el cordón hasta que deje de pulsar.
- ⑦ El alumbramiento es el proceso comprendido entre el nacimiento del feto y la expulsión de la placenta ( con tracción , desprendimiento y expulsión).
- ⑧ El manejo activo del alumbramiento, consiste en la aplicación de occitócicos a la madre en el momento de la expulsión del recién nacido, con pinzamiento y la tracción controlada del cordón umbilical y contrapresión sobre el pubis .
- ⑨ El posparto inmediato incluye el período desde el alumbramiento hasta dos horas posparto inmediato y su traslado al Salón de Internamiento (Periodo uterino)
- ⑩ Signos de Alerta: Subinvolución uterina, hemorragia, retención aguda de orina (globo vesical), dolor severo, entre otros.
- ⑪ En cada una de las fases del Proceso el profesional debe anotar su nombre y el número de Código o Licencia Profesional.
- ⑫ Uso de medidas de alivio del dolor en el parto: técnicas de respiración , de relajación, deambulación, masaje, baño en ducha,acompañamiento, medicación, y analgesia.
- 13) Control posnatal : Asistencia al E.B.A.I.S u otro servicio de salud a los 8 días posparto para la Atención Integral a la Madre y al Recién Nacido . (Guía de Atención Integral a las Mujeres .....2008 Ver pág s 118 a la 125 ).
- 14) y 15) Guías de Atención Integral a la s mujeres.....2008 , ver pags.83 a la 86 .

**Fuente:** CCSS (2017). Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Manual Técnico de Educación Perinatal para Mujeres Gestantes y su familia <sup>3</sup>

## Anexo No 7. Definición del estado nutricional durante el embarazo

Para la definición del estado nutricional en la mujer embarazada, se utiliza la Gráfica para la evaluación nutricional según Índice de Masa Corporal (Atalah<sup>95</sup>), considerando las semanas gestacionales y su relación con el IMC.

El uso de la curva para evaluar el estado nutricional se realiza mediante la localización en el eje horizontal de la gráfica de la semana gestacional en que se realizó la medición identifique en el eje vertical el IMC que calculó con el nomograma. La zona de la gráfica donde se cruzan ambas líneas corresponde al diagnóstico nutricional.

En el primer control prenatal se debe definir cuál es la ganancia de peso recomendado durante todo el embarazo este valor depende fundamentalmente del estado nutricional materno al primer control y el menor grado de la talla y la edad.

La clasificación se realiza según la Tabla #17:

**TABLA NO 17. CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL**

Estado nutricional inicial	Incremento de peso total en Kg	Incremento de peso semanal gramos/ semana
<b>Bajo peso</b>	12 a 18	400 a 600
<b>Normal</b>	10 a 13	330 a 430
<b>Sobrepeso</b>	7 a 10	230 a 330
<b>Obesidad</b>	6 a 7	200 a 230

Fuente: Atalah Samur, E. et al (1997). Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas<sup>95</sup>.

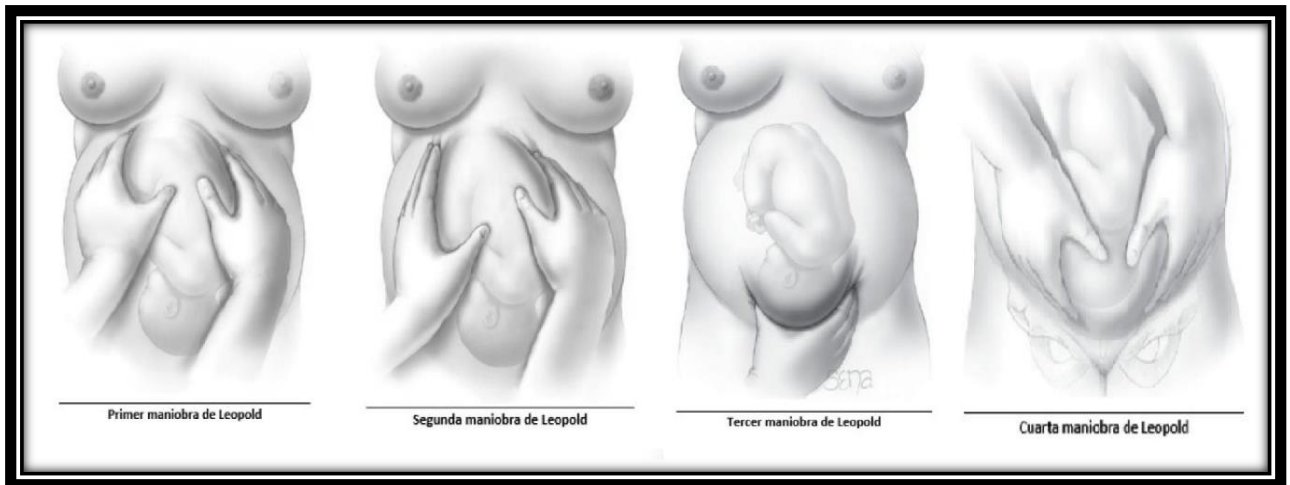
En mujeres con talla inferior a 150-155 cm se debe preferir el rango inferior del incremento de peso. En adolescentes embarazadas, especialmente los primeros tres años posmenarquia, se debe utilizar el rango superior del incremento de peso. En embarazadas de bajo peso que ingresan a control el segundo o tercer trimestre, se recomienda que el incremento de peso semanal se sitúe en el rango superior de la propuesta. El aumento promedio de peso para la semana 16 es de 3 kg, para las 20 semanas 5 kg, para las 28 semanas 7.5 kg, para las 32 semanas 9.1 kg, para las 36 semanas 10.7 kg y para las 40 semanas 11 kg.

Durante el embarazo se considera beneficioso la actividad física tanto para el producto como para la madre. Es recomendable la actividad física moderada, misma



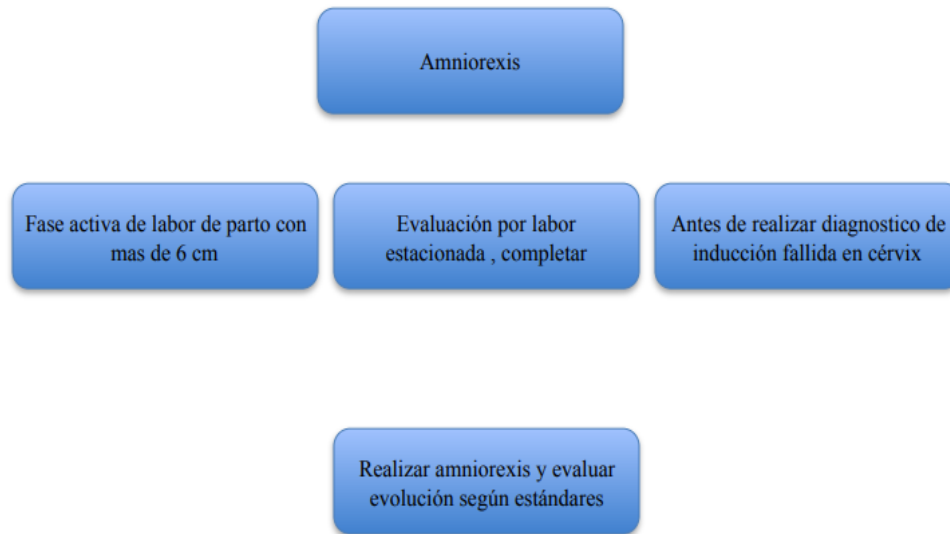
que puede ayudar a prevenir el aumento excesivo de peso y reducir el riesgo de enfermedades crónicas. Siempre es importante asesorarse con personal calificado.

## Anexo No 8. Maniobras de Leopold



**Fuente:** Deffieux X, Mercier F, Bolandard F, Bourdel N, Rabischong B (2013). *Cirugía abdominal durante el embarazo*<sup>83</sup>

## Anexo No 9. Amniorrexis

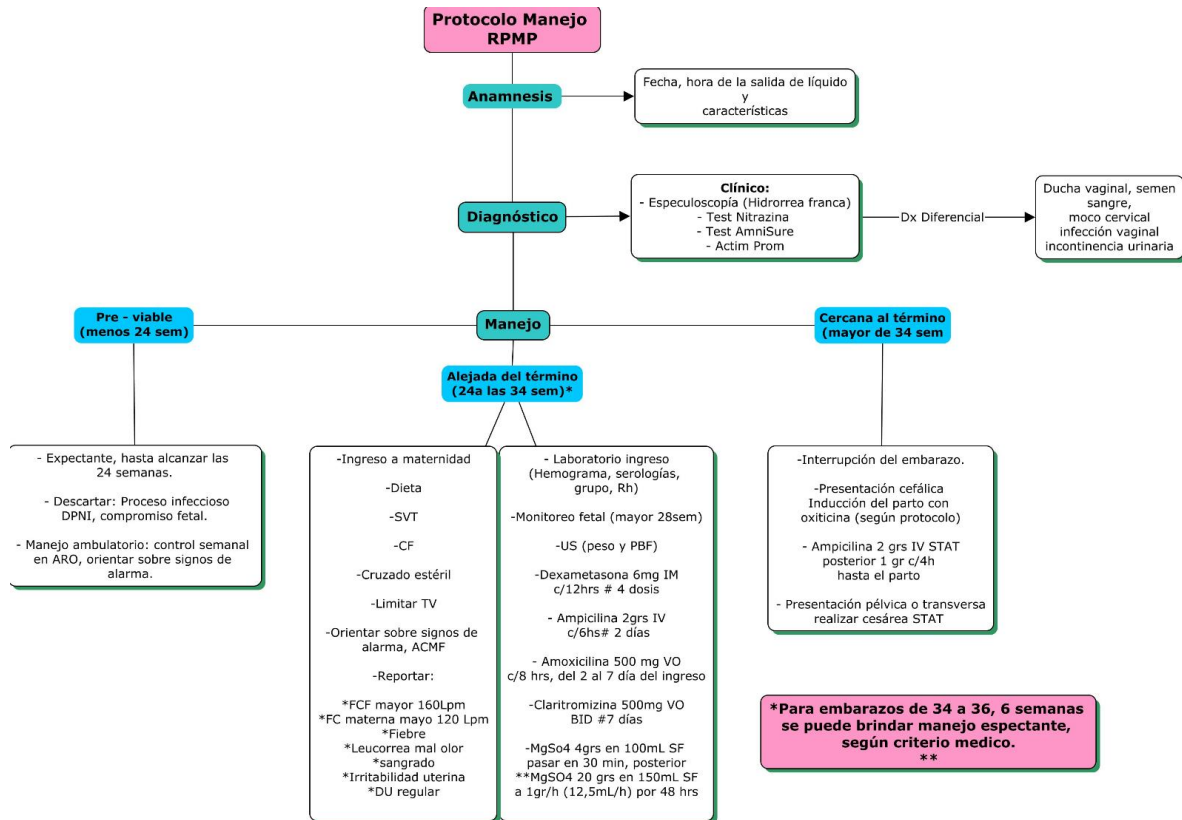


**Fuente:** Elaboración propia

Debe de comentarse con la usuaria la decisión de realizar una amniorrexis y la decisión debe tomarse en conjunto con la misma.

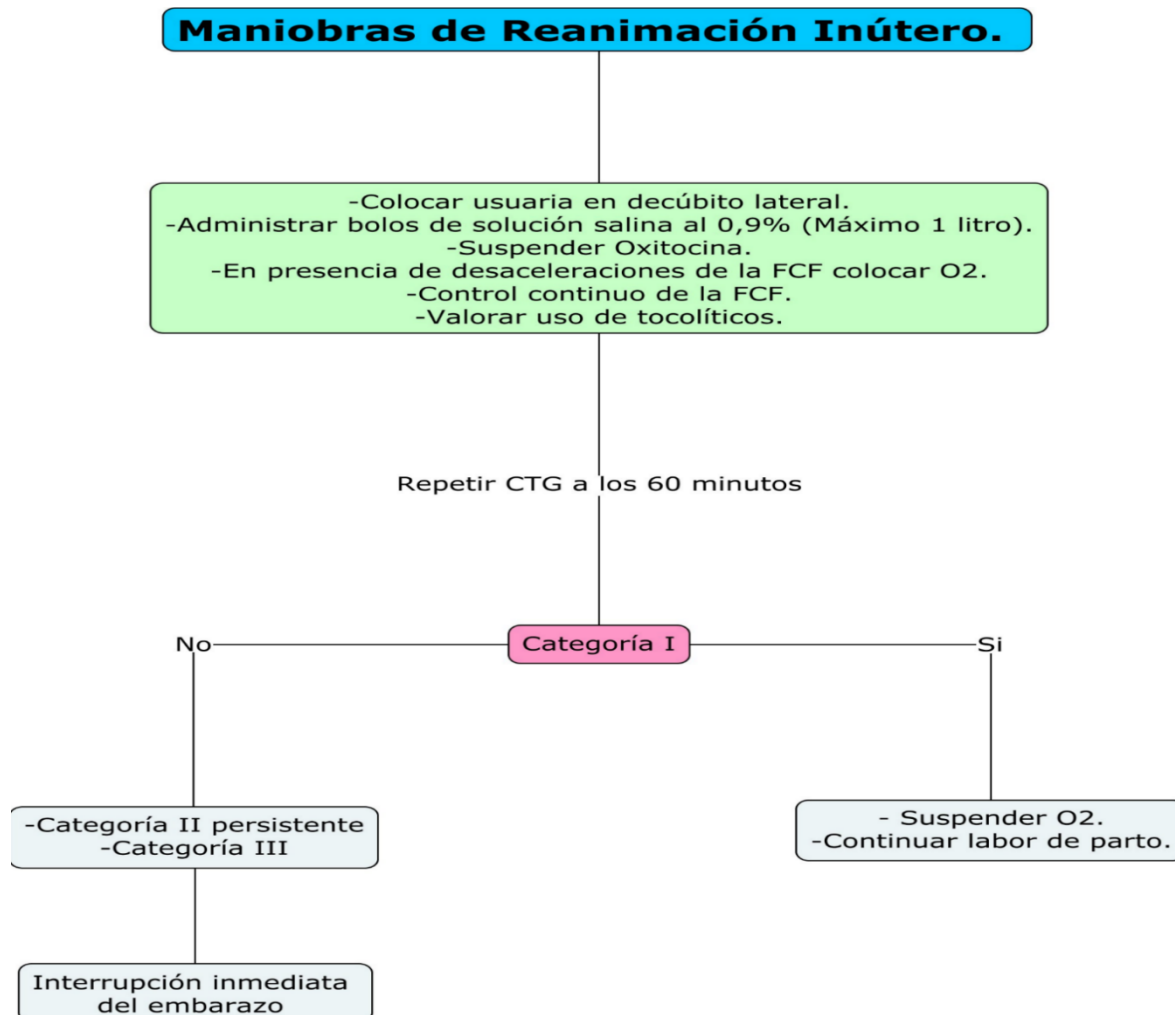
Incluso si la situación lo permite un consentimiento informado/ asentimiento informado, debe ser firmado (si aplica) en donde la usuaria solicite un manejo más activo de su labor incluyendo la amniorrexis.

## Anexo No 10. Protocolo para el manejo RPM



Fuente: Elaboración propia

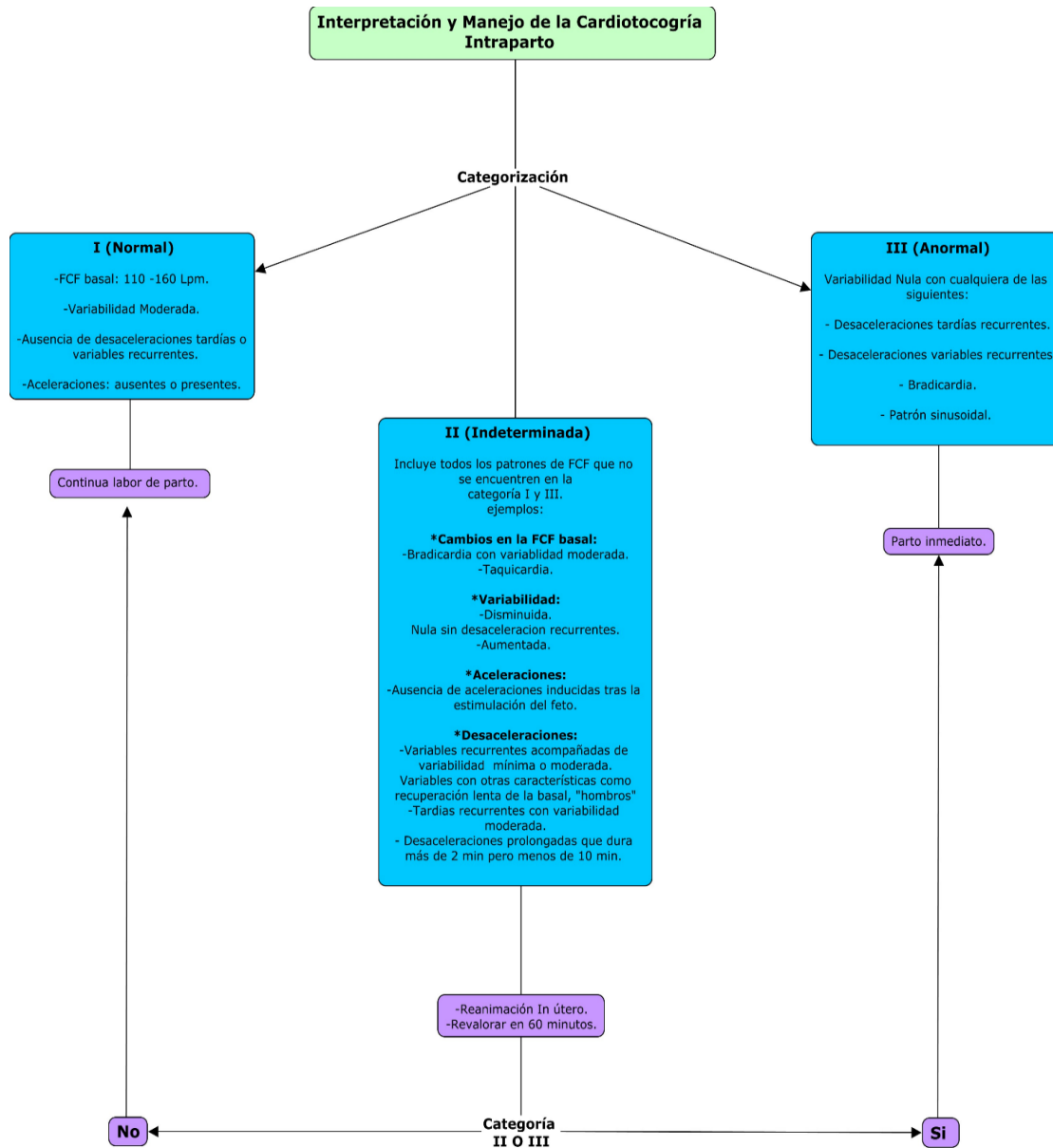
## Anexo No 11. Maniobras de reanimación inútero



CTG: cardiotocografía

Fuente: Elaboración propia

## Anexo No 12. Interpretación y manejo de la frecuencia cardíaca fetal durante la labor de parto



Fuente: Elaboración propia

## Anexo No 13. Lineamiento para el Manejo de la Oxitocina en los Tres Niveles de Atención

A continuación, se describen algunas intervenciones sobre el uso de oxitocina, para mayor detalle referirse al documento completo ***Lineamiento para el Manejo de la Oxitocina en los Tres Niveles de Atención, 2020***<sup>96</sup>.

El mismo está dirigido a usuarias embarazadas con indicación médica de interrupción del embarazo mediante la administración de oxitocina, independientemente de su paridad y edad gestacional y que cumplan con los siguientes criterios expuestos en la Tabla #18:

**TABLA NO 18. CRITERIOS PARA USO DE OXITOCINA**

<i>Criterios para uso de oxitocina</i>	<i>Se excluirá toda paciente que presente</i>
<i>Embarazo único o gemelar con primer feto cefálico</i>	Presentación pélvica
<i>Peso fetal estimado menor a 4000 gramos</i>	Embarazo múltiple
<i>Pelvis útil</i>	Placenta previa
<i>Consentimiento informado completo</i>	RCIU con perfil hemodinámico alterado
<i>Puntuación de Escala de Bishop mayor 6</i>	Prolapso de cordón
<i>Prueba fetal anteparto que garantice bienestar fetal</i>	

**Fuente:** CCSS (2020) Lineamiento para el Manejo de la Oxitocina en los Tres Niveles de Atención<sup>96</sup>.

La Conducción uterina es el aumento iatrogénico en frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas existentes en una usuaria en labor de parto que no presenta progreso adecuado.



Mientras que la inducción de labor de parto es la estimulación iatrogénica de contracciones uterinas antes del inicio espontáneo de la misma. Este procedimiento se utiliza en situaciones en las cuales continuar con el embarazo representa un riesgo para la madre, el feto o ambos.

Generalmente, se emplean dos métodos para la inducción de la labor del parto, los cuales corresponden a:

- Mecánica: emplea una sonda Foley o Balón de Cook.
- Farmacológica: utilización de medicamentos como Prostaglandinas u Oxitocina.

Para determinar el método requerido es necesario realizar un tacto vaginal, establecer las características del cuello uterino y asignar el puntaje de Bishop. Un puntaje menor de 6 se considera desfavorable, por lo que se preferirá el uso de inducción mecánica o prostaglandina; mientras que una puntuación mayor de 6 se determina como favorable y se utiliza oxitocina para tal fin.

### **Procedimiento:**

Al ser hospitalizada la usuaria es valorada por el médico(a) ginecólogo(a) quien define si existe criterio de interrupción del embarazo, a su vez, por medio del tacto vaginal establece el Puntaje de Bishop, mayor de 6 se recomienda el uso de oxitocina.

Para la inducción es indispensable realizar ultrasonido obstétrico y determinar el peso fetal estimado, mientras que para la conducción de labor de parto el US se realiza a criterio del Ginecólogo. En ambos casos, verificar la pelvis materna y presentación del feto. Posterior a esto, se explica y evacuan dudas a la usuaria sobre el manejo que se estableció y, con la aceptación de ésta, firman el consentimiento informado.

Una vez indicada la inducción/conducción, el profesional en Enfermería Obstétrica diluye 30 U (6 ampollas) de oxitocina en 500 cc de solución salina al 0,9% quedando una concentración de 1 mU/min en 1cc/h. Utilizando bomba de infusión, se inicia el goteo a 4 mU/min (4 cc/h), se realiza control de dinámica uterina cada 30 minutos. Según la necesidad, y criterio obstétrico se aumenta la infusión de 4 en 4 mU/min. Una vez alcanzada la DU regular los controles son cada 60 minutos. Se establece como dosis máxima las 40mU/min y para infusiones mayores a la establecida se requiere indicación médica por escrito.



El tratamiento debe ser realizado en sala de partos con vigilancia y monitorización por parte del profesional especialista en obstetricia.

Los efectos secundarios al mal uso de la oxitocina, se describen en la Tabla #19:

**TABLA No 19. EFECTOS ADVERSOS EN EL MAL USO DE LA OXITOCINA**

SISTEMA	EFEECTO
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	Hemorragia subaracnoidea, convulsiones o coma.
SISTEMA CARDIOVASCULAR	Hipertensión arterial, taquicardia, aumento del retorno venoso sistémico y gasto cardíaco, arritmia
SISTEMA GASTROINTESTINAL	Náuseas, vómito

Fuente: CCSS (2020) Lineamiento para el Manejo de la Oxitocina en los Tres Niveles de Atención<sup>96</sup>

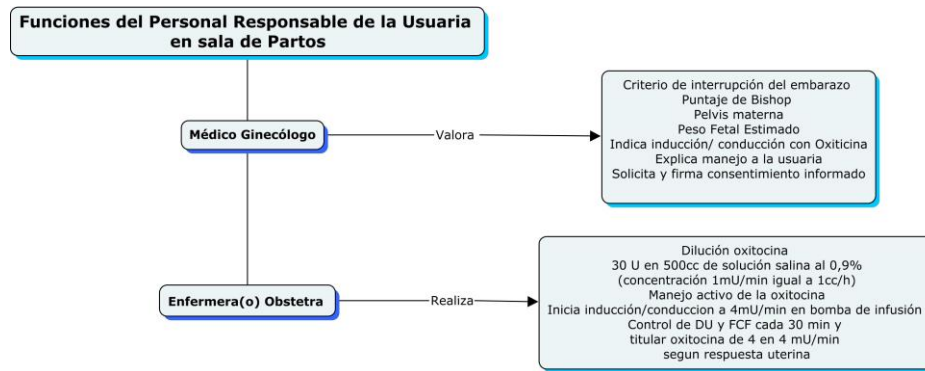
Las complicaciones causadas por sobredosis, se anotan en la Tabla #20 y su dilución en la Tabla #21:

**TABLA No 20. COMPLICACIONES DE LA SOBREDOSIS DE OXITOCINA**

Madre	Feto
<b>Ruptura uterina (se ha demostrado que la incidencia es muy baja), laceración cervical, labor precipitada, desprendimiento prematuro de placenta, embolia de líquido amniótico, hipertono uterino, taquisistolia, alteración en el flujo sanguíneo uterino</b>	Hipoxia, traumatismo fetal, prolapso de cordón umbilical, bradicardia, arritmias, asfixia, Óbito fetal, encefalopatía crónica no progresiva (PCI).

Fuente: CCSS (2020) Lineamiento para el Manejo de la Oxitocina en los Tres Niveles de Atención<sup>96</sup>

### Algoritmo No 1. Manejo de la usuaria al ingreso a Sala de Partos



Fuente: CCSS (2020) Lineamiento para el Manejo de la Oxitocina en los Tres Niveles de Atención<sup>96</sup>

**TABLA No 21. DILUCIÓN DE LA OXITOCINA Y CONCENTRACIÓN EN MU/MIN EN ML/H**

mU/min	ml/h
1 mU/min	1 cc/h
2 mU/min	2 cc/h
3 mU/min	3 cc/h
4 mU/min	4 cc/h
5 mU/min	5 cc/h
6 mU/min	6 cc/h
7 mU/min	7 cc/h
8 mU/min	8 ml/h



30 U oxitocina      500cc de solución

$$30.000 \text{ mU} = 500\text{cc}$$

$$60 \text{ mU} = 1\text{cc}$$

$$1 \text{ cc/h} = 60\text{mU}$$

$$60\text{mU} / 60 \text{ min} = 1\text{mU/min}$$

**Fuente:** CCSS (2020) Lineamiento para el Manejo de la Oxitocina en los Tres Niveles de Atención<sup>96</sup>

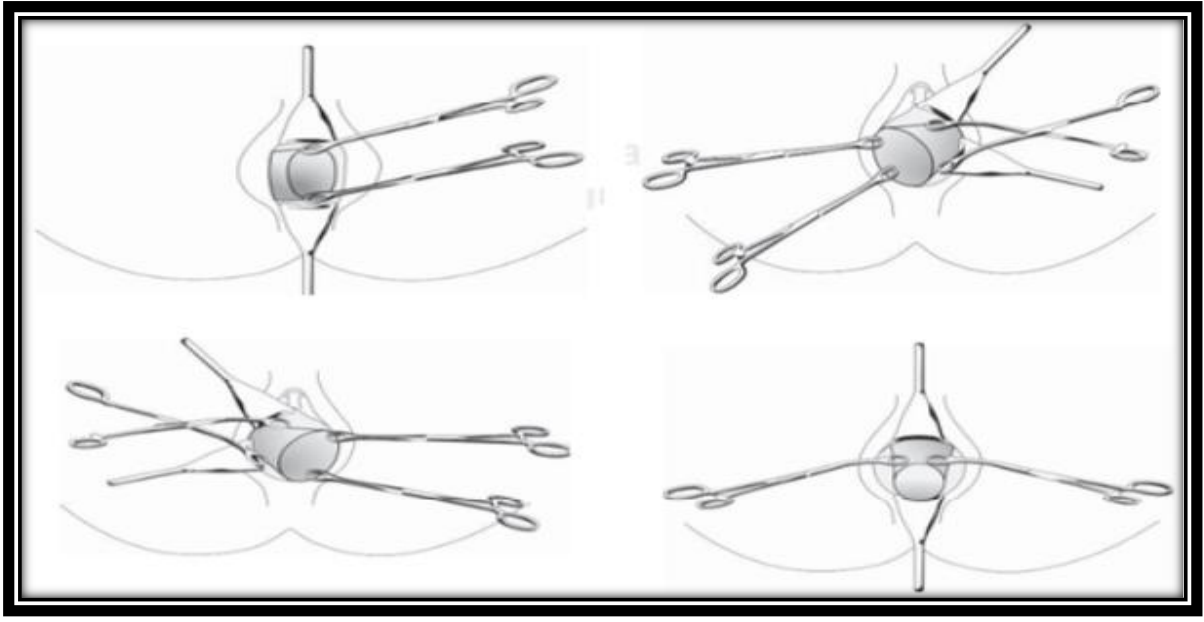
Continuar titulando según respuesta uterina, Tabla #22.

### TABLA No 22. DOSIS INICIAL Y MANEJO ACTIVO DE LA OXITOCINA

Manejo	Dosis inicial (mU/min)	Incremento (mU/min)	Intervalo (min)
Manejo Activo	4 mU/min	4 mU/min, según respuesta uterina	Titular Cada 30 min, previo control DU

**Fuente:** CCSS (2020) Lineamiento para el Manejo de la Oxitocina en los Tres Niveles de Atención<sup>96</sup>

## Anexo No 14. Técnica Zea. Pinzamiento de arterias uterinas



**Fuente:** Francisco Zea-Prado, et al (2011). *Pinzamiento vaginal de arterias uterinas en hemorragia puerperal*<sup>70</sup>.



## 10. Referencias

- <sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. (2016). Recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra- Suiza.
- <sup>2</sup> OMS. (2019). Intervenciones, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño. La Alianza para la salud de la madre, el recién nacido y el niño. Organización Mundial de la Salud. [https://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112\\_essential\\_interventions/es/](https://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/es/)
- <sup>3</sup> Caja Costarricense de Seguro Social(2017) Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José- Costa Rica.
- <sup>4</sup> Poder Ejecutivo de Costa Rica (2015) Decreto N° 39088-S nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva. República de Costa Rica
- <sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud (2014) Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js21201es/>
- <sup>6</sup> Ministerio de Salud de Costa Rica (2009) Plan Nacional de Salud 2010-2021. República de Costa Rica.
- <sup>7</sup> Simon, C., & Romero, R. (2019). Preconceptional care, where reproductive medicine meets obstetrics: the origins of lifetime health. *Fertility and sterility*, 111(4), 657-658.
- <sup>8</sup> Fescina, R. H., De Mucio, B., Díaz, J. L., Martínez, G., & Serruya, S. (2010). Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Montevideo: Publicación Científica CLAP. SMR, (1573).
- <sup>9</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' task force on hypertension in pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 122(5), 1122.
- <sup>10</sup> Asamblea Nacional Constituyente (1949) Constitución Política. República de Costa Rica.
- <sup>11</sup> Poder Ejecutivo de Costa Rica (2022) Ley 10081 Derechos de la mujer durante la atención calificada como digna y respetuosa del embarazo como parto como postparto y atención del recién nacido. Costa Rica
- <sup>12</sup> Caja Costarricense de Seguro Social (2020) Manual metodológico para el desarrollo arquitectónico de los servicios de Obstetricia con base en el modelo de atención calificada



en el embarazo como parto y postparto. Gerencia Médica- Gerencia de Infraestructura y tecnologías

<sup>13</sup> Caja Costarricense de Seguro Social (2020) Guía para la atención de la persona con diabetes mellitus tipo 2. Área de Atención Integral a las Personas-Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.3ra edición. San José- Costa Rica.

<sup>14</sup> Caja Costarricense de Seguro Social (2020) Lineamiento para la conformación de comisiones locales y representación institucional en las redes locales de violencia en cumplimiento a la Ley del Sistema Nacional para la atención y la prevención de la violencia contra las mujeres y la violencia intrafamiliar” Código: L.GM. DDSS. AAIP-PNAV-15062020. San José, Costa Rica

<sup>15</sup> Poder Ejecutivo. (2018). Reglamento sobre el Sistema Nacional de evaluación y análisis de la mortalidad materna, perinatal e infantil N° 41120-S. San José- Costa Rica.

<sup>16</sup> Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). Lineamiento para consejería y prescripción de métodos anticonceptivos y de protección como parte de la atención integral de salud a personas adolescentes en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social LT.GM.DDSS. AAIP.PAIA.220318. San José- Costa Rica.

<sup>17</sup> Caja Costarricense de Seguro Social (2018). Manual de Procedimientos de Cuidados centrados en el desarrollo y la familia. Programa de Normalización Atención a la salud del niño y la niña. San José, Costa Rica: CCSS

<sup>18</sup> Instituto Nacional de las Mujeres.(2018).Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres .2018-2030 / Instituto Nacional de las Mujeres. 2 edición. San José – Costa Rica.

<sup>19</sup> Caja Costarricense de Seguro Social. (2009). Política institucional de igualdad y equidad de género 2010 2020. Programa para la Equidad de Género-Gerencia administrativa. San José- Costa Rica.

<sup>20</sup> Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). Lineamiento: Criterio de Referencia y Contrareferencia de las principales 10 patologías Endocrinológicas. Código: L.GM.DDSS.DRS.171218 Versión 01. Gerencia Médica Hospital Calderón Guardia Hospital México Hospital San Juan de Dios.San José- Costa Rica.

<sup>21</sup> Asamblea Legislativa. Ley 9379 para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad. San José, Costa Rica.

<sup>22</sup> Poder Ejecutivo. (2015). Norma Nacional para la Atención Integral a las Mujeres Embarazadas en Post parto N° 39470-S. San José- Costa Rica.



- 
- <sup>23</sup> Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). Manual Técnico de Educación Perinatal para Mujeres Gestantes y sus familias. Área de Atención Integral a las Personas- Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. San José- Costa Rica.
- <sup>24</sup> Poder Ejecutivo.(2014). Norma Nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud N° 39088-S. San José- Costa Rica.
- <sup>25</sup> Caja Costarricense de Seguro Social. (2014). Manual Técnico de Atención en Salud Sexual y Reproductiva. San José- Costa Rica.
- <sup>26</sup> Ministerio de Salud de Costa Rica- Caja Costarricense de Seguro Social. (2014). Declaración de Acción Nacional para la Ampliación de la Oferta Anticonceptiva y la Promoción al Acceso Universal al Condón Femenino. San José- Costa Rica.
- <sup>27</sup> Poder Ejecutivo.(2012).Decreto N° 37110-S Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica. San José- Costa Rica.
- <sup>28</sup> Ministerio de Salud de Costa Rica. (2010). Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 I parte, Marco Conceptual y Normativo. San José- Costa Rica.
- <sup>29</sup> Asamblea Legislativa.(2012). Modificación al Reglamento de Vigilancia de la Salud (2017) Ley 9028 Ley general para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud. San José- Costa Rica.
- <sup>30</sup> Organismo Internacional de Juventud.(2007). Ley N° 8612 Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes. San José- Costa Rica.
- <sup>31</sup> Asamblea Legislativa. (2002). N° 7735 Ley General de Protección a la Madre Adolescente, 1998 y modificada a partir de la Ley N°8312. San José- Costa Rica.
- <sup>32</sup> Asamblea Legislativa. (2002). Ley N° 8261 Ley General de la Persona Joven. San José- Costa Rica.
- <sup>33</sup> Asamblea Legislativa. (2001).Ley No 8101 de Paternidad Responsable. San José- Costa Rica.
- <sup>34</sup> Caja Costarricense de Seguro Social (2009). Guía de atención integral a las mujeres niños y niñas en el periodo perinatal parto y posparto. San José, Costa Rica.
- <sup>35</sup> Ministerio de Planificación y política económica. (2009). Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia 2009-2021. San José- Costa Rica.



<sup>36</sup> Caja Costarricense de Seguro Social. (2009). Guías para la detección diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Dirección de Farmacoepidemiología- Área de Atención Integral a las Personas-Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. San José-Costa Rica.

<sup>37</sup> Ministerio de Salud de Costa Rica (2009). Norma Oficial Atención Integral a la Mujer durante el Embarazo de Bajo Riesgo Obstétrico. San José, Costa Rica.

<sup>38</sup> Asamblea Legislativa. (2005). N° 7600 Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. San José- Costa Rica.

<sup>39</sup> Asamblea Legislativa. (2002). Ley 8204 sobre Estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado legitimación de capitales y actividades conexas. San José-Costa Rica.

<sup>40</sup> Asamblea Legislativa. (1998). Ley N° 7739 Código de Niñez y Adolescencia. San José-Costa Rica.

<sup>41</sup> Asamblea General de la Organización de Estados Americanos.(1994).Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "CONVENCION DE BELEM DO PARA". Brasil.

<sup>42</sup> Naciones Unidas.(1994).Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo-Egipto.

<sup>43</sup> Asamblea Legislativa. (1984). Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer. San José- Costa Rica.

<sup>44</sup> Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). Protocolo para la Atención Integral embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud Versión 01. San José- Costa Rica.

<sup>45</sup> Caja Costarricense de Seguro Social (2016) Manual Metodológico para la construcción de un Manual Teórico en la DDSS. Versión 02. San José- Costa Rica.

<sup>46</sup> Caja Costarricense de Seguro Social. (2020) Protocolo de Atención Clínica Implementación y Normalización de la Atención Preconcepcional. Código PAC.GM.DDSS-AAIP-PNM-240820 Versión 01.

<sup>47</sup> Sheen, J. J., Wright, J. D., Goffman, D., Kern-Goldberger, A. R., Booker, W., Siddiq, Z., ... & Friedman, A. M. (2018). Maternal age and risk for adverse outcomes. American journal of obstetrics and gynecology, 219(4), 390-e1.

<sup>48</sup> Reddy, U. M., Ko, C. W., & Willinger, M. (2006). Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States. American journal of obstetrics and gynecology, 195(3), 764-770.



<sup>49</sup> Díaz Miranda, C. B. (2020). Pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo (Doctoral dissertation, Universidad de San Carlos de Guatemala).

<sup>50</sup> Quaas, A. M. (2014). Infertility and Recurrent Pregnancy Loss. *Glass' Office Gynecology*, 205-233.

<sup>51</sup> Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L., Landon, M. B., Galan, H. L., Jauniaux, E. R., ... & Grobman, W. A. (2016). *Obstetrics: normal and problem pregnancies e-book*. Elsevier Health Sciences.

<sup>52</sup> Callen's et al (2017) .*Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology: Ultrasound evaluation of the gravid cervix*. ed 6. Elsevier Health Sciences.

<sup>53</sup> FIGO Working Group on Good Clinical Practice in Maternal–Fetal Medicine, Di Renzo, G. C., Fonseca, E., Gratacos, E., Hassan, S., Kurtser, M., & Yang, H. (2019). Good clinical practice advice: Prediction of preterm labor and preterm premature rupture of membranes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 144(3), 340-346.

<sup>54</sup> Bibbins-Domingo, K., Grossman, D. C., Curry, S. J., Davidson, K. W., Epling, J. W., García, F. A., ... & Mangione, C. M. (2017). Folic acid supplementation for the prevention of neural tube defects: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*, 317(2), 183-189.

<sup>55</sup> Caja Costarricense de seguro Social( 2019) Lineamiento para la prevención de la transmisión del virus Zika en embarazadas (L.GM.DDSS.DFE.28022019).San José- Costa Rica.

<sup>56</sup> Mojtabai, R. (2004). Body mass index and serum folate in childbearing age women. *European journal of epidemiology*, 19(11), 1029-1036.

<sup>57</sup> Modder, J., & Fitzsimons, J. K. (2010). Management of women with obesity in pregnancy. CMACE/RCOG Joint guideline. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE) and Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). London.

<sup>58</sup> Jenny Abanto, et all.( 2019) *Odontopediatría, evidencias científicas para la conducta clínica en bebés y preescolares*. Quintessence Editorial. Ltda. Primera Edición en español.

<sup>59</sup> Caja Costarricense de Seguro Social (2020) “Lineamiento para la conformación de comisiones locales y representación institucional en las redes locales de violencia en cumplimiento a la Ley del Sistema Nacional para la atención y la prevención de la violencia contra las mujeres y la violencia intrafamiliar” Código: L.GM. DDSS. AAIP-PNAV-15062020.

<sup>60</sup> ACOG Practice Bulletin ( 2006). Postpartum hemorrhage. No. 76. American College of Obstetricians and Gynecologist. *Obstet Gynecol*; 108; p: 1039-47



<sup>61</sup> Lyndon A, Lagrew D, Shields L, Melsop K, Bingham D, Main E. (2010). Improving health care response to obstetric hemorrhage: a California toolkit to transform maternity care. Stanford 8CA9: California Maternity Quality Care Collaborative.

<sup>62</sup> Caja Costarricense de Seguro Social (2016) Listado de Verificación de la atención segura de la labor de parto, del parto y del posparto”. San José- Costa Rica.

<sup>63</sup> Matthews Mathai. Rasad Sanghvi. Richard J. Guidotti (2002). Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para Obstétricas y Médicos. OMS. FNUAP. UNICEF. Banco Mundial.

<sup>64</sup> Caja Costarricense de Seguro Social( 2015). L.GM.DDSS.ARS.DT.CNE.081015, Lineamiento de Acompañamiento Integral en el proceso del nacimiento (Emergencias, Pre Parto, Parto, Recuperación Post Parto, Salón de Alojamiento Conjunto). San José- Costa Rica.

<sup>65</sup> Caughey, A. B., Cahill, A. G., Guise, J. M., Rouse, D. J., & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. American journal of obstetrics and gynecology, 210(3), 179-193.

<sup>66</sup> Shirley Acuña Chinchilla (2017) Guías para el manejo de la analgesia durante el trabajo de parto. Servicio de anestesia y recuperación Hospital México. Caja Costarricense de Seguro Social.

<sup>67</sup> World Health Organization. (1996). Care in normal birth: a practical guide: report of a technical working group. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, Family and Reproductive Health, World Health Organization.

<sup>68</sup> Caja Costarricense de Seguro Social( 2020) Protocolo terapéutico Institucional para el abordaje de la Hemorragia Postparto, San José- Costa Rica.

<sup>69</sup> Robbins KS et al. (2014) Intensive care considerations for critically ill parturient. IN Creasy RK et al. Creasy and Resnik's maternal -fetal medicine: Principles and practice. 7th ed. Philadelphia: Elsevier.

<sup>70</sup> Zea-Prado, F., Espino, S., & Morales-Hernández, F. V. (2011). Pinzamiento vaginal de arterias uterinas en hemorragia puerperal: Técnica Zea para control de hemorragia obstétrica. Perinatología y Reproducción Humana, 25(1), 54-56.

<sup>71</sup> Caja Costarricense de Seguro Social( 2017). LT.GM.DDSS.AAIP.201017 Estancia Intrahospitalaria de la Madre y el Recién nacido durante el Posparto. San José, Costa Rica: CCSS.

<sup>72</sup> Poder Ejecutivo De Costa Rica. Ley No 41741. (2019). Norma nacional para la atención de mujeres con pérdidas gestacionales tempranas. Costa Rica



- <sup>73</sup> Krauskopf, Dina (1997) Adolescencia y Educación. EUNED, 2ª Edición, Costa Rica. Pág. 21-52
- <sup>74</sup> Breibauer, C., & Maddaleno, M. (2005). Youth: choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents. Washington: PAHO.
- <sup>75</sup> Velez Aragon, Alba Lucía (2012) El embarazo en el adolescente: Una visión desde la dimensión emocional y de la salud pública. Revista CUIDARTE., vol. 3, Núm.1 enero-diciembre, 2012 pp. 394-403 Universidad de Santander Bucaramanga, Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533179020>
- <sup>76</sup> Della Mora, M., & Landoni, A. (2005) Estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas de la ciudad de Buenos Aires Psicología Clínica y Psicoterapia.
- <sup>77</sup> Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- <sup>78</sup> Pérez, C. H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Revista Biomédica, 89-115.
- <sup>79</sup> Ceballos-Martínez, I. &.-J.-M.-P.-G.-A. (2010). Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 71-74.
- <sup>80</sup> Delgado, M. M. (2016). Depresión Posparto y Tratamiento. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica, 511-514.
- <sup>81</sup> Mendoza, C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Revista Médica de Chile, 887-894.
- <sup>82</sup> Mary E. Norton et al (2017). Callens ultrasonography in obstetrics and gynecology. Sixth edition
- <sup>83</sup> Deffieux X, Mercier F, Bolandard F, Bourdel N, Rabischong B (2013). Cirugía abdominal durante el embarazo. EMC – Cirugía general. Ed 13(1): p 1-9 [Artículo E – 41-915].
- <sup>84</sup> Moore, L. E. (Ed.). (2017). Diabetes in pregnancy: the complete guide to management. Springer.
- <sup>85</sup> American diabetes association (2019) Standards of medical care in diabetes. Supplement 1 Volume 42.
- <sup>86</sup> ACOG Practice Bulletin (2018). Gestational Diabetes Mellitus. Bulletin Number 180.



<sup>87</sup> Gabbe S. G (2019). Embarazo normal y alto riesgo. Obstetricia. Preeclampsia y trastornos hipertensivos. Elsevier España. VII Ed. Cap 31: p. 696-742

<sup>88</sup> Magee, L. A., Pels, A., Helewa, M., Rey, E., von Dadelszen, P., Audibert, F., ... & Firoz, T. (2015). The hypertensive disorders of pregnancy (29.3). Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology, 29(5), 643-657.

<sup>89</sup> Norwitz, E. R., Belfort, M. A., Saade, G. R., & Miller, H. (2017). Obstetric clinical algorithms: management and evidence. John Wiley & Sons. Second Edition: p . 60-63.

<sup>90</sup> Caja Costarricense de Seguro Social( 2013). Lineamiento técnico para la Detección y abordaje de sífilis gestacional en el I Nivel de Atención, Evaluación y Tratamiento de recién nacidos de madres con Test reactivos por sífilis DDSS- 0963-13. 2013. San José, Costa Rica: CCSS.

<sup>91</sup> Caja Costarricense de Seguro Social (2011). Guía de Diagnóstico y tratamiento de Sífilis Congénita. , Unidad Vigilancia, Epidemiológica y Control Infecciones, Nosocomiales, Servicio de Infectología. Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”. San José, Costa Rica: CCSS

<sup>92</sup> Caja Costarricense de Seguro Social (2020). Acuerdo Comité Central de Farmacoterapia GM-CCF-5792-2020- Artículo 49: Solicitud revisión del apartado terapéutico del Lineamiento borrador “Detección, Abordaje y Seguimiento de los Niños(as) con sífilis congénita atendidos en la red de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

<sup>93</sup> Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). Lineamiento “Detección, Abordaje y Seguimiento de los Niños(as) con sífilis congénita atendidos en la red de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José- Costa Rica.

<sup>94</sup> Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). Lineamiento técnico nacional e Instrucción técnica para la prescripción y manejo de la prueba rápida de detección del VIH en las personas usuarias de los servicios de salud Código Lt.GM.DDSS.170418. San José- Costa Rica.

<sup>95</sup> Atalah Samur, E., Castillo L, C., Castro Santoro, R., & Aldea P, A. (1997). Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. Rev. Med. Chile, 1429-36.

<sup>96</sup> Caja Costarricense de Seguro Social (2020). Lineamiento para el Manejo de la Oxitocina en los Tres Niveles de Atención. San José, Costa Rica: CCSS.