

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA

**ATENCIÓN INTEGRAL AL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE
SERVICIOS DE SALUD**

CÓDIGO. PC. GM.DDSS. AAIP. XXX

VERSIÓN 01

**DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS
PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA MUJER**



Noviembre, 2020

| | |
|--------------------------------------|--|
| Coordinadora Técnica | Dra. Angélica Vargas Campos, Médica Gineco-obstetra, Coordinadora, Programa de Normalización Atención a la Mujer, Área de Atención Integral a las Personas |
| Conductor Metodológico | Dra. Hellen Porras Rojas, Médica, Programa de Normalización Atención a la Mujer |
| Equipo Elaborador | Dr. Alexander Bullio Guillén, Médico Gineco-obstetra, Subespecialista en Medicina Materno Fetal, Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva Dr. Ana Rosa Cordero Fernández, Médica Gineco-obstetra, Subespecialista en Medicina Materno Fetal, Hospital Calderón Guardia Dr. Franklin Escobar Zárate, Médico Gineco-obstetra, Subespecialista en Medicina Materno Fetal Hospital San Vicente de Paul Dra. Jéssica Castillo Esquivel, Enfermera Obstetra, Hospital San Vicente de Paul Dra. Karla Araya Vargas, Médica Gineco-obstetra, Hospital México Dr. Rodrigo Azofeifa Soto, Médico Gineco-obstetra, Subespecialista en Medicina Materno Fetal Hospital, San Juan de Dios |
| Colaboradores | Dra. Adriana Arias Guillén, Médica Gineco-obstetra, Hospital San Vicente de Paul Dr. Joaquín Bustillos Villavicencio, Médico Gineco-obstetra, Hospital San Juan de Dios Dra. Johanna Cristina Garita Arce, Psicóloga, Clínica Ricardo Moreno Cañas Dra. Johanna Murillo Sandino, Médica Gineco-obstetra, Hospital San Juan de Dios Dr. Jorge Arturo Alvarado Blanco, Médico Gineco-obstetra, Hospital México Dra. María Elena Artavia Mora, Enfermera Obstetra, Coordinación Nacional de Enfermería Dra. Nereida Arjona Ortegón, Programa Normalización de la Atención al Niño y la Niña Dr. Manrique Leal Mateos, Médico Gineco-obstetra, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia Dra. María Viviana López Herrera, Trabajadora Social, Hospital San Juan de Dios Dr. Milton Arce Barrantes, Enfermero Obstetra, Hospital de San Carlos Dr. Rafael Montero Ramírez, Médico Gineco-obstetra, Hospital México Dra. Rita Peralta Rivera, Médica Gineco-obstetra, Hospital Calderón Guardia Dra. Shirley Acuña Chinchilla, Médica Anestesióloga, Hospital México |
| Revisado por | Programa de normalización de la Atención al Niño y la Niña Programa de Normalización de la Atención a los y las Adolescentes Programa de Normalización de la Atención a las Adicciones Programa de Normalización de la Atención a la Población Indígena Programa de Normalización de la Atención a la Violencia Programa de Normalización de la Atención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles Programa de Normalización de la Atención al VIH -SIDA y las ITS Programa Insitucional para la Equidad de Género Coordinación Nacional de Enfermería Coordinación Nacional de Trabajo Social Coordinación Nacional de Odontología Coordinación Nacional de Psicología Coordinación Nacional de Laboratorios Clínicos |
| Validación del Protocolo, por | Lcda. Celenia Corrales Fallas, Trabajadora Social, Coordinación Nacional de Trabajo Social Dra. Ana Lucía Herrera Jiménez, Odontóloga, Coordinación Nacional de Odontología Msc. Lorna Gámez Cruz, Abogada, Coordinadora Programa Institucional para la Equidad de Género Msc. Melissa Bermúdez Otárola, Trabajadora Social, Programa Institucional para la Equidad de Género Dra. María Griselda Ugalde Salazar, Enfermera Obstetra, Jubilada Dra. Kenia Quesada Mena, Psicóloga, Programa de Normalización de la atención a la población indígena Dra. Gloria Terwes Posada, Médica salubrista, Programa de Normalización de la atención al VIH -SIDA y las ITS Dra. Maritza Solís Oviedo, Enfermera, Programa de Normalización de la atención de enfermedades crónicas no transmisibles Ricardo Gómez Solís, Profesional en Educación Física, Programa de Normalización de la atención de enfermedades crónicas no transmisibles |

Dr. Harold Segura Quesada, Médico Psiquiatra, Programa de Normalización de la Atención a las Adicciones

Dra. Tatiana Mata Chacón, Médico, Programa de Normalización de la Atención a las Adicciones

Dr. Edgar Acuña Ulate, Enfermero, Programa de Normalización de la Atención a las Adicciones

Dra. Jéssica Navarro, Médica, Programa de Normalización de la Atención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles

Dra. Karen Bonilla Salas, Psicóloga, Programa de Normalización de la Atención a la Violencia

Dra. Ana Lorena Madrigal Vargas, Médica Peditra, Programa de Normalización de la Atención al Niño y la Niña

Dra. Adelaida Mata Solano, Psicóloga, Programa de Normalización de la Atención al Niño y la Niña

Dra. Marlene Montoya Ortega, Nutricionista, Programa de Normalización de la Atención al Niño y la Niña

Dra. Dra. Alexandra Cháves Ardón, Enfermera, Programa de Normalización de la Atención al Niño y la Niña

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

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

Dr. Minor Sequeira Solano, Trabajador Social, Programa de Normalización de la Atención a los y las Adolescentes

Dr. Carlos Garita Arce, Psicólogo, Programa de Normalización de la Atención a los y las Adolescentes

Dra. Marta Vindas González, Psicóloga, Coordinadora, Coordinación Nacional de Psicología

Dr. Alfonso Villalobos Pérez, Psicólogo, Coordinación Nacional de Psicología

Dra. Fanny Morera Alvarez, Médica General, Área de Salud Paquera

Dra. Antonieta Peña Vega, Enfermera Obstetra, Hospital La Anexión

Dra. Mirna Gutiérrez, Enfermera Obstetra, Hospital La Anexión

Dr. Jeison Mora Granados, Enfermero Obstetra, Hospital San Rafael de Alajuela

Dra. Edith Vega Calvo, Enfermera Obstetra, Hospital San Francisco de Asís

Dra. Cindy Gabriela Cordero Araya, Enfermera Obstetra, Hospital Carlos Luis Valverde Vega

Dra. Denia Peraza Masís, Enfermera Obstetra, Área de Salud Alajuela Sur

Dra. Julieth Rodríguez Murillo, Enfermera Obstetra, Área de Salud Alajuela Norte

Dra. Sonia Alfaro Céspedes, Enfermera Obstetra, Área de Salud Alajuela Oeste

Dra. Yorleny Venegas Picado, Enfermera Obstetra, Área de Salud Santo Domingo

Dra. Tania Mena López, Enfermera Obstetra, Área de Salud San Rafael de Heredia

Dra. Kattia Solano Delgado, Enfermera Obstetra, Área de Salud Pérez Zeledón

Dra. Mariana Méndez Salazar, Enfermera, Hospital Dr. Escalante Pradilla

Dra. Andrea García Angulo, Enfermera Obstetra, Hospital Golfito Manuel Mora Valverde

Dr. Pablo Francesco Mora Castiglioni, Enfermero Obstetra, Hospital San Vito

Dra. Adriana Hernández Chan, Enfermera Obstetra, Hospital Tomás Casas Casajús

Dra. Yamileth Jiménez Varela, Enfermera Obstetra, Hospital Tomás Casas Casajús

Dr. Carlos Iván Sosa Quesada, Médico Gineco- Obstetra, Hospital Monseñor Sanabria

Dra. Yensy Steller Morales, Médica, Hospital Monseñor Sanabria

Dr. Jorge Granados Rivera, Médico Director General, Hospital San Vito

Dra. Jaqueline Monge, Enfermera Obstetra, Coordinación Nacional de Enfermería

Dra. Nancy Larios Medina, Médica Gineco- Obstetra, Hospital México

Dr. Arturo Baxter Lothrop Saballos, Médico Director, Área de Salud Corredores

Dr. Jorge Arturo Mora Sandí, Médico Gineco- Obstetra, Hospital San Juan de Dios

Dra. Lucía Sandoval Chávez, Médica Gineco- Obstetra, Hospital México

Dr. Rodney Gonzalez Herrera, Médico Gineco- Obstetra, Hospital Tomás Casas

Dra. Marisol Mora Solís, Enfermera Obstetra, Área de Salud de Buenos Aires.

Dra. Rebeca Cortés Solís, Médica General, Área de Salud de Esparza

Dr. Josue Aguilar Otoy, Jefatura Médica, Área de Salud de Upala

Dra. Andrea Garro, Médica General, Área de Salud de Abangares

| | |
|--|---|
| | <p>Dr. Joe Zamora López, Médico General, Area de Salud de Liberia Dra. Leda María Vargas Aguilar, Directora Médica, Área Salud de Bagaces, Dra. Francel Gómez Castillo, Enfermera Obstetra, Área de Salud de Carrillo Dr. Juan Ignacio Rodríguez Rodríguez, Médico General Área de Salud de Colorado Dr. Luis Antonio Calvo Chaves, Médico Gineco- Obstetra, Hospital Enrique Baltodano Briceño Dr. Randall alvarado Mendez, Médico General, Área de Salud de Hojancha Dra. Silvia Elena Viquez Aguirre, Directora Médica , Área de Salud de Jicaral-Islas Dra. Alejandra Sequeira Victor, Médica, Clínica de Chacarita Dr. Jose Retana Arias, Director Médico, Área de Salud Santa Cruz Dr. Carlos Andrés Porras Alfaro, Médico de Consulta Externa, CAIS Cañas Dra. Dora Elizabeth Araya Mojica, Médica, Área Salud de Chomes Monteverde Dra. Milagros Campos Baltodano, Enfermera Obstetra, Hospital Enrique Baltodano Briceño Dra. Adriana de los Angeles Solórzano Rodríguez , Médica, Área de Salud Chacarita Dra. Carolina Madrigal Zaglul, Médica, Área de Salud Chacarita Dr. Juan Lisandro Quesada Araya, Médico, Área de Salud Chacarita Dr. Mario Alberto Marín Rojas, Médico, Área de Salud Chacarita Dra. Lilliana Salazar Chacón , Médica, Área de Salud Chacarita Dra. María Gabriela Sandí Sandí, Médica, Area de Salud Chacarita Dra. Gabriela Cordero Araya, Enfermera Obstetra, Hospital Carlos Luis Valverde Vega Dr. Enrique Valverde Aguilar, Médico, Área de Salud de Limón Dra. Karla Padilla Quesada, Médica del Trabajo, Área de Salud Guápiles Dra. Kimberly Araya Mellado, Médica Gineco- Obstetra, Hospital Tony Facio Dra. Lorna Chavarría González, Médica Gineco- Obstetra , Hospital de Guápiles Dra. Victoria Villalobos Segura, Médica General, Área a de Salud de Talamanca</p> |
| Validación del Capítulo Abordaje Diferenciado y amigable a la adolescente en condición de embarazo, parto y posparto, por | |
| Aprobado por | Dr. Mario Ruiz Cubillo, Gerente Médico |
| Fecha de emisión | Setiembre, 2020 |
| Próxima de revisión | Setiembre, 2023 |
| 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>Los autores de este documento declaran 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> |

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| Presentación | 9 |
| Introducción | 10 |
| CAPÍTULO I | 11 |
| Capítulo I. Gestión, planificación y otros..... | 12 |
| 1. Abreviaturas..... | 12 |
| 2. Definiciones: | 13 |
| 3. Referencias Normativas..... | 15 |
| 4. Alcance y campo de aplicación | 17 |
| 5. Objetivos del documento..... | 17 |
| 6. Población Diana | 18 |
| 7. Personal de Salud que interviene..... | 18 |
| 8. Metodología de construcción del documento y validación | 19 |
| CAPITULO II | 21 |
| Capítulo II. Atención preconcepcional | 23 |
| Anamnesis | 23 |
| Historia Clínica: | 23 |
| 1. Edad | 24 |
| 2. Consanguinidad y Grupos étnicos | 24 |
| 3. Condiciones Laborales | 24 |
| 4. Antecedentes Reproductivos..... | 24 |
| 5. Antecedentes personales | 27 |
| 6. Estilos de Vida..... | 32 |
| 7. Salud bucodental..... | 33 |
| 8. Detección de situaciones de violencia | 34 |
| CAPÍTULO III | 35 |

| | |
|---|----|
| Capítulo III. Control del Embarazo | 36 |
| Planificación Local | 36 |
| 1.Primer Nivel de Atención | 36 |
| 2.Segundo y Tercer Nivel de Atención | 38 |
| Confirmación del embarazo | 42 |
| Control Prenatal de bajo riesgo | 43 |
| A. Evaluación y clasificación del Riesgo concepcional y Conducta..... | 44 |
| B. Cronología de las Actividades para el Control de Bajo Riesgo Obstétrico..... | 47 |
| C. Insumos para brindar brindar la atención prenatal..... | 49 |
| CAPÍTULO IV | 51 |
| Capítulo IV. Atención de la labor de parto y parto de Bajo Riesgo | 52 |
| A. Asistencia durante el ingreso..... | 52 |
| B.Componentes de la atención en la consulta de ingreso | 52 |
| C.Examen clínico general..... | 53 |
| D. Examen obstétrico | 55 |
| E. Asistencia durante el primer periodo (borramiento y dilatación)..... | 58 |
| Información a la embarazada | 58 |
| Control de signos vitales | 59 |
| Controles Obstétricos | 59 |
| Intervenciones ante la pérdida de bienestar fetal | 60 |
| F. Asistencia durante el segundo periodo (expulsivo)..... | 63 |
| Controles a realizarse durante el periodo expulsivo | 65 |
| Atención del parto en presentación pélvica | 67 |
| Recomendaciones sobre uso de medicación en el parto de bajo riesgo | 68 |
| Atención del Recién Nacido en sala de partos | 71 |
| G. Asistencia durante el alumbramiento y postalumbramiento (tercer periodo)..... | 72 |
| Hemorragia Post Parto | 75 |
| Capítulo V..... | 80 |
| Capítulo V . Asistencia durante el puerperio y egreso | 80 |
| CAPÍTULO VI | 83 |
| Capítulo VI. Planificación Familiar | 84 |
| CAPÍTULO VII | 86 |
| Capítulo VII.Abordaje diferenciado y amigable a la adolescente en condición de embarazo parto y posparto..... | 86 |
| Definición de Adolescencia | 87 |
| Etapas de la adolescencia..... | 87 |
| Servicios diferenciados y amigables para adolescentes | 89 |
| Aspectos biomédicos para considerar en la atención de adolescentes durante el embarazo, parto y postparto | 90 |
| Atención prenatal..... | 90 |
| Criterios de riesgo en Adolescentes | 90 |
| Factores de riesgo biológicos..... | 90 |
| Factores de riesgo por Patología médica agregada | 91 |
| Factores de riesgo psicosociales | 91 |
| Atención por Médico Especialista..... | 91 |
| Atención de la labor de parto, parto y posparto | 92 |
| Aspectos Psicosociales para considerar en la atención de adolescentes en el embarazo, parto y postparto..... | 92 |

| | |
|---|-----|
| Identificación de Sintomatología depresiva específica en adolescentes | 93 |
| Intervenciones específicas en casos de adolescentes con sintomatología depresiva | 93 |
| Abordaje integral e interdisciplinario de la adolescente durante el embarazo, parto y posparto: | 94 |
| Nutrición | 94 |
| Trabajo social | 94 |
| Psicología | 94 |
| Enfermería Obstétrica | 94 |
| Abordaje de la persona adolescente en cuanto Proyecto de vida, maternidad y paternidad en la adolescencia | 95 |
| Intervenciones del abordaje interdisciplinario a la adolescente | 95 |
| Abordaje de la Pareja y Familia de la adolescente en embarazo o posparto | 96 |
| Con respecto a la pareja | 96 |
| Con respecto a la familia | 97 |
| Referencias interinstitucionales | 97 |
| CAPÍTULO VIII | 99 |
| Capítulo VIII. Depresión posparto | 100 |
| CAPÍTULO IX | 103 |
| CAPITULO IX. Poblaciones especiales y discapacidad | 104 |
| Capítulo X. Contacto para Consultas | 106 |
| CAPÍTULO XI | 107 |
| Capítulo XI. Monitoreo y Evaluación | 108 |
| CAPÍTULO XII | 110 |
| ANEXOS | 110 |
| Anexo No 1. Encuesta de validación | 111 |
| Anexo No 2. Consideraciones especiales en el embarazo | 117 |
| A. Diabetes mellitus | 117 |
| B. Trastornos hipertensivos en el embarazo | 118 |
| C. Infecciones del Tracto Urinario | 120 |
| D. Detección y abordaje de la sífilis gestacional en el I Nivel de Atención | 120 |
| E. VIH y Sida | 122 |
| Anexo No 3. ultrasonografía en el embarazo | 124 |
| Anexo No 4. Localización del fondo uterino según la edad gestacional en un embarazo de un solo producto | 125 |
| Anexo No 5. Clasificación del riesgo perinatal | 126 |
| Anexo No 6. definición del estado nutricional durante el embarazo | 127 |
| Anexo No 7. Incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal | 128 |
| Anexo No 8. Abordaje de la anemia | 129 |
| Anexo No 9. Factores de riesgo clínico y uso de aspirina | 130 |
| Anexo No 10. Carné perinatal | 131 |
| Anexo No 11. Record materno de observación de signos tempranos de alarma | 133 |
| Anexo No 12. Esquema escalonado de decisiones basadas en valoración obstétrica | 134 |
| Anexo No 13. Lista de Verificación de la atención segura durante la labor, el parto y el posparto | 135 |
| Anexo No 14. Maniobras de Leopold | 135 |
| Anexo No 15. Escala de Bishop | 137 |
| Anexo No 16. Amniorraxis | 138 |
| Anexo No 17. Protocolo en el manejo de rpm | 139 |
| Anexo No 18. Maniobras de reanimación in útero | 140 |

| | |
|--|-----|
| Anexo No 19. Interpretación y manejo de la frecuencia cardíaca fetal durante la labor de parto | 141 |
| Anexo No 20. Lineamiento para el uso de la oxitocina | 141 |
| Anexo No 21. Maniobra de Mc Robert | 146 |
| Anexo No 22. Analgesia obstétrica | 147 |
| Anexo No 23. Manejo del alumbramiento. Tercer periodo | 149 |
| Anexo No 24. Decisiones para el manejo del postalumbramiento | 150 |
| Anexo No 25. Código azul obstétrico | 151 |
| Anexo No 26. Lista de chequeo para hemorragia vaginal posparto..... | 152 |
| Anexo no 27. Kit para la atención de la hemorragia posparto..... | 153 |
| Anexo 28. Técnica Zea: pinzamiento de arterias uterinas | 153 |
| Capítulo XIII | 155 |
| Capítulo XII. Referencias Bibliográficas | 156 |

La elaboración del **Protocolo de Atención Integral del Embarazo, Parto y Posparto en la Red de Servicios de Salud** constituye un proceso exhaustivo y detallado, que contiene intervenciones en salud actualizadas, las mismas están en concordancia a las necesidades y características individuales y de contexto de las personas usuarias, así como a las necesidades del Sistema de Salud Público de nuestro país, principalmente del nivel operativo. Éstas se enfocan desde el punto de vista técnico- normativo para mejorar la calidad de la atención integral de las usuarias y de sus familias, con base en la mejor evidencia científica disponible. El presente documento, contiene los lineamientos técnico administrativos y de procedimientos de los principales componentes que se desarrollan en la Atención del Embarazo, Parto y Posparto, así como pautas importantes de la Planificación Familiar.

En esta revisión se han integrado los elementos necesarios para la promoción y cumplimiento de los derechos de información y de una atención humanizada, segura, con calidad y digna a todas las mujeres, con un enfoque de derechos humanos, curso de vida y de interculturalidad; cuyos ejes se contemplan 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, oficializado en el año 2017, esto con el fin de optimizar los recursos institucionales y brindar la mayor satisfacción a nuestras usuarias. Por lo que el grupo de expertos realizó un proceso minucioso de revisión de la documentación científica actualizada disponible, consultó las Políticas, Normas y Leyes relacionadas a la Salud, así como los lineamientos técnicos de Organismos Internacionales e insitucionales de relevancia en el campo de la salud reproductiva, para desarrollar un instrumento de gran valor, para contribuir a una prestación de atención en salud integral a las mujeres de nuestro país, Con un enfoque de derechos, con respeto a la diversidad socio-cultural y condición etarea, haciendo énfasis , haciendo énfasis en la importancia de la detección de los factores de riesgo, la prevención del daño y la atención oportuna y de calidad a nuestras usuarias, en todos los niveles de atención.

Es responsabilidad del personal de salud conocer este protocolo, utilizarlo y promoverlo en el día a día de su labor, con la seguridad de que el esfuerzo en mejorar la calidad de atención del binomio madre-hijo, redunde en una disminución de muertes maternas y perinatales y que éste indicador de salud nos continúe representando tanto a nivel nacional como internacional.

Dr. Mario Ruiz Cubillo
Gerente Médico
Caja Costarricense de Seguro Social

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”.

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”*. 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.

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, parto y del posparto, de manera accesible y sencilla.

Además, uno de los ejes transversales que cobijan y sustentan este Protocolo, 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**, 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 Protocolo 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 resolutoria de los servicios de salud, fomentando el mejoramiento continuo mediante la definición de estándares y el desarrollo de instrumentos de evaluación de la calidad de la atención que conlleven a la disminución de la variabilidad del manejo frente a una situación clínica determinada.

CAPÍTULO I
GESTIÓN, PLANIFICACIÓN Y OTROS

1. ABREVIATURAS

A continuación se detallan aspectos del documento que brindan un ordenamiento lógico, así como elementos que facilitan la interpretación y lectura del mismo.

Tabla No 1. Abreviaturas

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

2. DEFINICIONES¹:

Administración: 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: 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 (Gaceta 158, p. 5, 14 de agosto de 2015) y La CCSS lo ratifica en esta Política Institucional para la Atención Integral de la Adolescencia. (Acuerdo tomado en Sesión 8972 del 25 de Junio del 2018).

Atención diferenciada para adolescentes: 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: 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-sociales espirituales y ecológicos, que requiere del trabajo en equipo interdisciplinario, idealmente trans-disciplinario, y el abordaje intersectorial (Plan Nacional de Salud 2010-2021). 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.

Calidad de atención en salud: 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 (Plan Nacional de Salud 2010-2021).

Calidez: Actitud de escucha, respeto, solidaridad y tolerancia que promueve un trato digno a las personas atendidas en los servicios de salud (Revista de Ciencias Administrativas y Financieras, CENDEISS).

¹ Organización Mundial de la Salud (2019). *Intervenciones, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño*. Consultado el 11 /03/2019] en https://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/es/

Curso de Vida: 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 atienda 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: 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.

Eclampsia²: 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: 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 (Plan Nacional de Salud, 2010-2020).

Educación en Salud: 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: 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: 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: 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.

² The American College of Obstetricians and Gynecologists (2013). *Hypertension in pregnancy*. Task force on Hypertension in pregnancy.

Medicina basada en la evidencia científica: Integra la experiencia clínica con los mejores datos objetivos derivados de las investigaciones científicas, revisiones sistemáticas y metaanálisis.

Pertinencia Cultural: 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.

Preeclampsia³: 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

En este documento se utilizaron referentes nacionales de amplia trayectoria en relación a la atención en salud de la mujer en estado de embarazo, durante el parto y en el posparto. Los mismos se indican a continuación:

Tabla No 2. Normativa Intenacional y Nacional existente en relación a la atención mujer en estado de embarazo, durante el parto y en el puerperio

³ The American College of Obstetricians and Gynecologists (2013). *Hypertension in pregnancy*. Task force on Hypertension in pregnancy.

| Nombre de la normativa | Año |
|--|-----------|
| Constitución Política | |
| Guía para la atención de la persona con diabetes mellitus tipo 2 | 2020 |
| 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, L.GM. DDSS. AAIP-PNAV- 15062020. | 2020 |
| Reglamento sobre el Sistema Nacional de evaluación y análisis de la mortalidad materna, perinatal e infantil N° 41120-S | 2018 |
| 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. CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.PAIA.220318 | 2019 |
| Manual de Procedimientos de Cuidados del Recién Nacido Centrados en el Desarrollo y la familia | 2018 |
| Política Nacional Para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y hombres | 2018-2030 |
| 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 | 2017 |
| Plan Nacional de Salud | 2010-2021 |
| Política Institucional para la Igualdad y Equidad de Género | 2010-2020 |
| Lineamiento: Criterio de Referencia y Contrareferencia de las principales 10 patologías Endocrinológicas | 2018 |
| Directriz Protección a las Mujeres embarazadas de Enfermedades Transmitidas por Vectores | 2016 |
| Ley N ° 9379 para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad | 2016 |
| Norma Nacional para la Atención Integral a las Mujeres Embarazadas en Post parto | 2015 |
| Manual Técnico de Educación Perinatal para Mujeres Gestantes y sus familias | 2015 |
| Manual Técnico de Atención en Salud Sexual y Reproductiva | 2014 |
| Declaración de Acción Nacional para la Ampliación de la Oferta Anticonceptiva y la Promoción al Acceso Universal al Condón Femenino | 2014 |
| 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 | 2012 |
| Política nacional de Sexualidad | 2011 |
| 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) | 2012 |
| Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto | 2009 |
| Política Nacional de Niñez y Adolescencia | 2009 |
| Guías para la detección diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial | 2009 |
| Norma Oficial Atención Integral a la Mujer Durante el embarazo de Bajo Riego Obstétrico | 2009 |
| Ley N° 7600 Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad | 2005 |
| Ley 8204 sobre Estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado legitimación de capitales y actividades conexas | 2002 |
| Ley General de Protección a la Madres Adolescente y sus reformas | 1998 |
| Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "CONVENCION DE BELEM DO PARA" | 1994 |
| Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo | 1994 |
| Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer | 1979 |

- Ley N° 7735 Ley General de Protección a la Madre Adolescente, 1998 y modificada a partir de la Ley N°8312 del año 2002
- Ley N° 7739 Código de Niñez y Adolescencia (CNA), 1998
- Ley N° 8101 Ley de paternidad responsable, 2001
- Ley N° 8261 Ley General de la Persona Joven, 2002
- Ley N° 8612 Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, 2007

- **N° 39088-S Norma Nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud**

- **Fuente:** Elaboración propia

4. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

Este protocolo pretende estandarizar la actuación de los profesionales (medicina gineco-obstétrica, perinatología, medicina familiar, medicina general, enfermería obstétrica, enfermería general, grupos de apoyo, entre otros) involucrados en la atención de las mujeres en su periodo de embarazo, parto y posparto. Lo que a su vez permite organizar el trabajo de estos equipos y maximizar los beneficios que se intentan obtener para las personas usuarias durante la atención, brindando las herramientas necesarias para su adecuado abordaje, manejo, referencia y tratamiento. Por lo que permitirá maximizar el uso eficiente de los recursos disponibles en los tres niveles de atención.

5. OBJETIVOS DEL DOCUMENTO

Objetivo General

Fortalecer la atención en salud de la mujer durante su embarazo, parto y posparto, acorde a sus necesidades, de manera integral, humana, segura, con calidad y calidez; mediante la aplicación de los enfoques de derechos humanos, género, curso de vida e interculturalidad.

Objetivos Específicos

1. Identificar y asesorar a las mujeres y /o a su pareja sobre su riesgo obstétrico durante la consulta preconcepcional y durante su embarazo, parto y posparto.
2. Realizar una valoración integral de la mujer embarazada y su entorno mediante el enfoque de riesgo y curso de vida.
3. Proporcionar educación y consejería para la salud a la embarazada y su familia.
4. Fortalecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres embarazadas y sus familias.
5. Promover la participación de la mujer embarazada y familia en la toma de decisiones durante el embarazo, parto y posparto.
6. Normalizar los procesos de atención calificada del embarazo, parto y posparto para mejorar la calidad de la atención del binomio madre-hijo(a) en el embarazo de bajo riesgo obstétrico.
7. Mejorar la calidad de la atención del posparto inmediato y tardío.
8. Proporcionar a la población los conocimientos y los medios para regular la fecundidad mediante la Promoción de la planificación familiar.

9. Contribuir con las estrategias nacionales e institucionales para la disminución de las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal.
10. Proporcionar atención integral y diferenciada a la mujer adolescente durante su embarazo, parto y posparto.

6. POBLACIÓN DIANA

Usuarios Diana: el presente protocolo está dirigido a todo los profesionales de salud (medicina gineco-obstétrica, medicina general, enfermería obstétrica, enfermería general, grupos de apoyo, entre otros) en los tres niveles de atención, que estén en relación directa con la atención de las mujeres es su periodo de embarazo, parto y posparto; en la red de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Población Diana: Mujeres usuarias de los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, en su periodo de embarazo, parto y posparto.

7. PERSONAL DE SALUD QUE INTERVIENE

La mujer embarazada debe ser atendida del Primer hasta el Tercer Nivel de Atención (en caso de que corresponda). Sin embargo, debe existir una condición de salud para ingresar a un Tercer Nivel de Atención donde su abordaje se realizará en un Alto Riesgo Obstétrico por especialistas en gineco-obstetricia y enfermería obstétrica, con el apoyo de otros profesionales de salud, según sea pertinente.

A continuación, el Personal de Salud que interviene según Nivel de Atención (no en todos los casos participarán todas las profesiones descritas, queda a criterio médico la referencia de la usuaria a las distintas disciplinas y de la disponibilidad de estas en las diferentes unidades de salud):

Primer Nivel de Atención:

- Medicina Generales
- Medicina Familiar y Comunitaria
- Profesionales en Enfermería
- Auxiliares de Enfermería.
- Profesionales en Psicología
- Profesionales en Trabajo Social
- Personal de Laboratorio Clínico
- Profesionales en Farmacia
- Asistente Técnico Atención Primaria
- Odontología General, General Avanzada III y Odontología especialista en: Endodoncia, Periodoncia, Cirugía Maxilofacial, Prostodoncia general y Maxilofacial, Dolor Orofacial y Trastornos Temporomandibulares
- Profesional en Educación Física

Segundo Nivel de Atención:

- Especialistas en Ginecología y Obstetricia
- Especialistas en Radiología
- Medicina Familiar y Comunitaria

- Especialistas en Enfermería
- Profesionales en Enfermería General
- Profesionales en Psicología
- Profesionales en Trabajo Social
- Profesionales en Nutrición
- Profesionales en Farmacia
- Personal de Laboratorio Clínico
- Odontología General, General Avanzada III y Odontología especialista en: Endodoncia, Periodoncia, Cirugía Maxilofacial, Prostodoncia general y Maxilofacial, Dolor Orofacial y Trastornos Temporomandibulares
- Profesional en Educación Física

Tercer Nivel de Atención:

- Especialistas en Ginecología y Obstetricia
- Especialistas en Medicina Materno Fetal
- Especialistas en Anestesiología
- Especialistas en Radiología
- Especialistas en Medicina Interna
- Especialistas en Enfermería.
- Profesionales en Enfermería General.
- Profesionales en Trabajo Social
- Profesionales en Nutrición
- Profesionales en Psicología
- Profesionales en Farmacia
- Personal de Laboratorio Clínico
- Odontología General, General Avanzada III y Odontología especialista en: Endodoncia, Periodoncia, Cirugía Maxilofacial, Prostodoncia general y Maxilofacial, Dolor Orofacial y Trastornos Temporomandibulares

8. METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN DEL DOCUMENTO Y VALIDACIÓN

Para la elaboración del presente protocolo se utilizó el formato institucional establecido en el documento “Manual Metodológico para la construcción de un protocolo de Atención Clínica”.

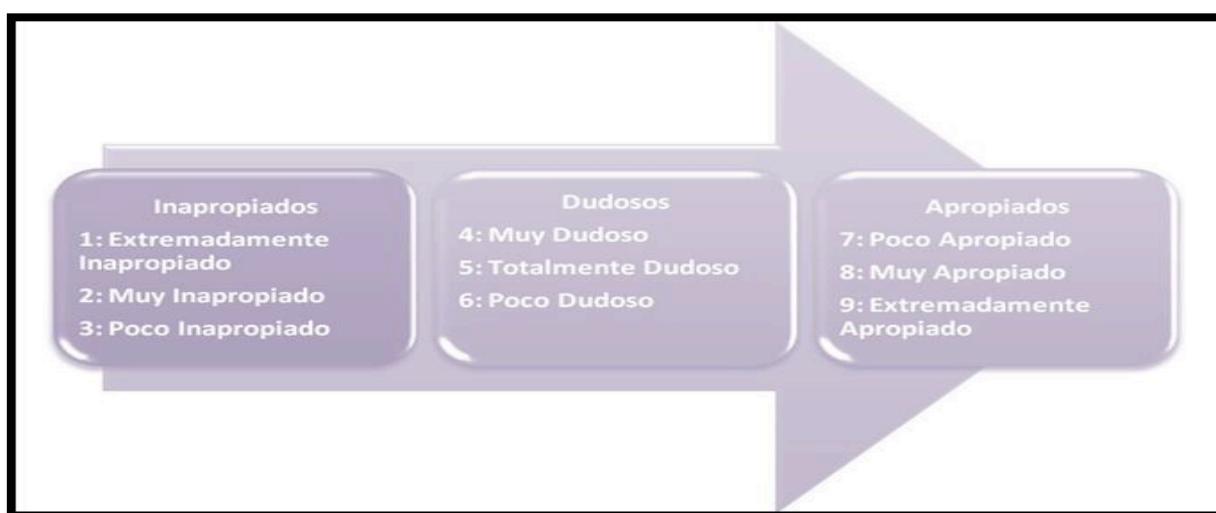
Para la construcción de este documento de normalización se utilizaron normativas y documentos de referencia internacional y nacional. Se revisaron documentos tanto en idioma español, como en inglés, estos últimos fueron traducidos por los miembros del equipo elaborador. Se contó con el aporte de especialistas 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, entre otros muchos profesionales quienes con su aporte técnico enriquecieron este documento.

Para la validación, se incluyeron 80 profesionales claves que laboran en la Institución, incluyendo colaboradores de los disitintos Progrmas 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 al contenido del documento.

Se utilizó una encuesta enviada vía correo electrónico (Ver Anexo No 1), así como el documento final en formato PDF, donde la persona experta califica cada ítem con una escala de uno a nueve dependiendo qué tan apropiado considera el contenido del documento. Una puntuación de 1 significa que el contenido es extremadamente inapropiado y un 9 significa que es extremadamente apropiado, utilizando la siguiente escala de puntuación.

Imagen 1. Escala Puntuación Consenso para Metodología RND/UCLA Delphi modificado



Fuente: CCSS. Manual Metodológico para la construcción de un Protocolo de Atención Clínica en la DDSS. Versión 01. San José. 2013

Se consideró como apropiado si el 100% de los colaboradores(as) situó su calificación en el rango de 7 a 9 de la escala, lo que se llamó consenso absoluto. Por el contrario, si la recomendación recibió una calificación por alguno de los colaboradores(as) entre el rango de 4 a 6 fue considerada cómo dudosa. Entre 1 y 3 como inapropiada y se denominó consenso por mayoría. En los casos en que fue más de un colaborador(a) que evaluaron entre el rango de 1 a 6 la recomendación, se consideró como más de una persona discrepando. 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 general se sitúa en el rango de Apropiado (entre 8 a 9 puntos). Este documento superó la calificación por consenso en una primera ronda de validación.

Con el resultado del proceso de validación de expertos se incorporaron las modificaciones y recomendaciones recopiladas en esta etapa del proceso, emitiéndose una segunda versión del Protocolo de Atención Clínica con el fin de ser enviada a las jefaturas correspondientes para su aprobación final. Además, se contempla la actualización de este Protocolo de Atención de Clínica en un plazo de 3 años.

Previo a la oficialización de este documento, se contempla en la necesidad de incorporar un capítulo sobre Embarazo y adolescencia, el cual es construido en conjunto con el Programa de Normalización de Atención

a los Adolescentes. Posterior a su elaboración, se envía a validación dicho capítulo con la metodología anteriormente definida obteniéndose,

CAPITULO II. ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

El objetivo 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. 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.

Entre las definiciones más relevantes, podemos encontrar:

Cuidado preconcepcional⁴

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.

Atención preconcepcional

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.

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.

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. 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.

ANAMNESIS

Los aspectos a considerar:

HISTORIA CLÍNICA:

⁴ Carlos Simon, M.D., Ph.D. and Roberto Romero, M.D., D.Med (2019). *Preconceptional care, where reproductive medicine meets obstetrics: the origins of lifetime health*. Consultado el 24/04/2019] en : <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.02.006>, /

Toda consulta médica debe comenzar con una correcta historia clínica y el análisis de aquellos datos epidemiológicamente relevantes, recabados de forma respetuosa y empática, practicando la escucha activa e identificando el interés de la usuaria considerando su momento de vida y contexto.

1. EDAD

Edad Materna Avanzada: (mujeres mayores a 40 años^{5, 6} 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.

2. CONSANGUINIDAD Y GRUPOS ÉTNICOS

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.

3. CONDICIONES LABORALES

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.

4. ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS

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.

⁵ Jean-Ju Sheen, MD; Jason D. Wright, MD; Dena Goffman, MD; Adina R. Kern-Goldberger, MD; Whitney Booker, MD; Zainab Siddiq, MS; Mary E. D'Alton, MD; Alexander M. Friedman, MD, MPH (2018). *Maternal age and risk for adverse outcomes*. American Journal of Obstetrics & Gynecology, ed 15.

⁶ Uma M. Reddy, MD, MPH, Chia-Wen Ko, PhD, Marian Willinger, PhD, (2006). *Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States*. American Journal of Obstetrics and Gynecology. p. 195, 764–70.

- **Intervalo intergenésico**

Es el lapso de tiempo 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**

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 previo⁷**

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)**

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 pretérmino⁸**

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/m² al inicio del embarazo

⁷ American Society for reproductive medicine(2014) *Miscarriage or recurrent pregnancy loss*. Montgomery Highway.

⁸ Caja Costarricense de Seguro Social (2018). Manual de Procedimientos de Cuidados centrados en el desarrollo. Programa de Normalización Atención a la salud del niño y la niña. San José, Costa Rica: CCSS

- Tabaquismo activo
- Intervalo intergenésico menor a 12 meses
- Longitud cervical < 25 mm por US transvaginal entre las 16- 24 semanas de gestación^{9,10}
- Antecedente de cirugía cervical en el manejo de displasias (LEEP o conización, dilatación o curetaje a repetición)
- Ruptura Prematura de Membranas¹¹

- **Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)**

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**

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**

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**

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 materna y medicación materna.

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 embarazo¹². Y las usuarias con antecedentes

⁹ Steven Gabbe et al (2016). *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies: Preterm labor and birth*. ed 7.

¹⁰ Callen's et al (2017). *Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology: Ultrasound evaluation of the gravid cervix*. ed 6.

¹¹ FIGO (2018). *Good clinical practice advice: Prediction of preterm labor and preterm premature rupture of membranes*.

¹² Recommendation Statement US Preventive Services Task Force (2017). *Folic Acid Supplementation for the Prevention of Neural Tube Defects US Preventive Services Task Force*. JAMA; 317(2): p 183-189. Disponible en: doi:10.1001/jama.2016.19438.

de niños con malformaciones del tubo neural o cardiopatías congénitas deben consumir Ácido Fólico 4 mg/día VO tres meses previo al embarazo.

- **Historia de Reproducción**

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.

5. ANTECEDENTES PERSONALES

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

Enfermedades médicas

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.

-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 1 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 hipoglicémico 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 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.

-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.

-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.

-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 test diagnósticos 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 (Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Médico Especialista en Medicina Materno Fetal, Médico Especialista en Hematología, Médico Especialista en Reumatología) y se debe de ofrecer manejo conjunto.

-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.

-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 preclampsia, 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.

-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.

-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.

-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. Es importante 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

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.

-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.

-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.

-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.

-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 en el I trimestre.

-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.

-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.

-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.

-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.

-ZIKA

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.

6. ESTILOS DE VIDA

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.

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^{13, 14}.

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**

¹³ Mojtabai Ramin (2004). *Body mass index and serum folate in childbearing age women*. Eur J Epidemiol. 19(11): p 1029-36.

¹⁴ Centre for Maternal and Child Enquires and Royal College of Obstetricians and Gynecologists Joint Guideline (2010). *Management of women with obesity in pregnancy*. London: Centre for Maternal and Child Enquiries.

El bajo peso pregravídico se ha asociado con parto de pretérmino, bajo peso al nacer y gastrosquisis. Las mujeres cuyo IMC es ≤ 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 sospecharse 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.

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.

7. SALUD BUCODENTAL¹⁵

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

¹⁵ Jenny Abanto, et all.(2019) Odontopediatría, evidencias científicas para la conducta clínica en bebés y preescolares. Quintessence Editorial. Ltda. Primera Edición en español.

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).

8. DETECCION DE SITUACIONES DE VIOLENCIA

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) Actualizaación 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.

CAPITULO III. CONTROL DEL EMBARAZO

En este apartado se precisan las actividades, procesos y procedimientos para la atención de un embarazo de bajo riesgo obstétrico.

El propósito del control prenatal es reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, así como garantizar que las embarazadas tengan una experiencia positiva de la maternidad. Por lo que a través de la vigilancia durante la gestación y la evaluación del riesgo concepcional se pretende reducir las complicaciones durante el parto, así como las muertes prenatales y neonatales.

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

Tabla No 3. Atención del embarazo, parto y puerperio por Nivel de Atención

| Tipo Atención | Nivel de Atención | | |
|----------------------|--|--|---|
| | Primer Nivel (Áreas de Salud) | Segundo Nivel (Servicios de Bajo y Alto Riesgo, Hospitales Regionales y Periféricos, Maternidades*) | Tercer Nivel (Servicios de Alto riesgo, Hospitales Nacionales, Maternidades) |
| Ambulatoria | Atención Prenatal y Postnatal de Bajo Riesgo | Atención Prenatal y Postnatal de Bajo Riesgo y Especializada | Consultas para el Alto Riesgo y Alta Complejidad |
| Internamiento | No corresponde | Atención del embarazo, parto y posparto de bajo riesgo* | Atención del embarazo, parto y posparto de alto riesgo |

*según capacidad de resolución de cada unidad

Fuente: Guía de Atención Integral a las mujeres, niños y niñas durante el periodo perinatal, parto y posparto. 2009. CCSS.

PLANIFICACIÓN LOCAL

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 a la cantidad de mujeres en edad fértil, embarazos esperados y capacidad resolutoria.

1. 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, sus formas de participación, así como la diversidad cultural en relación a población indígena y migrante, en caso de que 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.

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.
- 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.***

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, actividad física y promoción de relaciones no violentas.
- Educación para la detección oportuna sobre el uso y consumo 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).
- 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.

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
- 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.
- 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.

Responsable: EBAIS

2.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.
- 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 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 a 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 al 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, Asistente de pacientes, Enfermera (o) Obstetra, 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.

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.
- Se debe de explorar forma cuidadosa y con respeto las condiciones en las cuales transcurre el embarazo y las situaciones particulares que se presenten durante el mismo (diagnóstico de malformaciones en el feto, violencia, aparición de una complicación o enfermedad grave y otros pertinentes).
- Se debe de escuchar y evacuar las dudas y temores que la mujer embarazada y su familia tienen sobre el proceso que está viviendo. Debe de darse información adaptada a la edad de la usuaria, edad gestacional, al contexto y lenguaje, así como a las necesidades y solicitudes particulares de la misma.
- Se considera que los temas básicos para tratar en Consejería y educación en los diferentes contactos son los siguientes:
 - Derechos de la mujer, del niño y de la niña en los servicios de salud de la CCSS,
 - Educación prenatal, preparación para el parto y otros escenarios.
 - Importancia del control prenatal, la vacunación y lactancia materna.
 - Signos que indican violencia intrafamiliar, signos y síntomas de alarma, atención posparto
 - Información sencilla sobre desarrollo intrauterino según mes de gestación y factores de riesgo que pueden afectar el desarrollo del bebé.
 - Signos y síntomas de depresión posparto.
 - Aspectos generales en cuidados de la persona recién nacida, control de crecimiento y desarrollo integral posterior al nacimiento, uso del carné del desarrollo integral del niño y la niña, recomendar actividades para favorecer el vínculo padre-bebé, madre -bebé.
 - Planificación Familiar

Responsable: Médico Gineco-obstetra, Enfermera (o) Obstetra, Médico(a) General o Enfermera(o) General.

CONFIRMACIÓN DEL EMBARAZO

El diagnóstico del embarazo se basará en los clásicos signos de probabilidad y certeza. Una vez confirmado, se deberá iniciar el control prenatal con las intervenciones que se describen en el siguiente apartado.

SIGNOS DE PROBABILIDAD

Atraso menstrual

Ante cualquier mujer en edad fértil, que presente un atraso en la aparición de su menstruación, se deberá pensar en un embarazo.

SIGNOS DE CERTEZA Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Sub unidad Beta de la HCG

La sub unidad beta de la HCG constituye el método de diagnóstico de embarazo más precoz y sensible.

US Obstétrico

A partir de las 5 semanas endovaginal y de las 7 semanas pélvico. (Ver anexo 3)

Tabla No 4. Signos de probabilidad y certeza

| Semanas de atraso menstrual | Tamaño uterino |
|-----------------------------|---------------------|
| <10 | No alcanza el pubis |

| | |
|----------|---|
| 12 | Alcanza la sínfisis púbica |
| >14 | Fetocardia positiva |
| 16 | El fondo a mitad de distancia entre sínfisis y ombligo |
| 20 | El fondo alcanza altura del ombligo |
| 20 a 36 | La correlación es aproximadamente de 1 a 1, por ejemplo: 25 semanas- 25 centímetros, permitiendo una dispersión máxima de +- 4 centímetros. |
| 36 o más | Una altura uterina mayor de 39 existe riesgo de macrosomía fetal, correlacionado al fenotipo materno. (Ver Anexo No 4) |

Fuente: Elaboración Propia

CONTROL PRENATAL DE BAJO RIESGO

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 crianza¹⁶.

Con el control prenatal se pretende:

- La detección de factores de riesgo y antecedentes
- Tratamiento y control de patologías crónicas
- Identificación, tratamiento y control de consumo de sustancias psicoactivas
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo,
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal
- La disminución de las molestias asociadas al embarazo
- La preparación psicofísica para el nacimiento,
- La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos¹⁷: *Precoz, Completo, Periódico, de amplia cobertura*:

Precoz: La primera visita debe realizarse tempranamente, idealmente antes de las 12 semanas de gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, las cuales constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

Periódico: La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. En un embarazo de bajo riesgo obstétrico debe garantizarse al menos 5 controles prenatales, tal y como se establece en las Normas vigentes de Atención Prenatal de Bajo Riesgo Obstétrico publicadas por el Ministerio de Salud en el año 2009.

Completo: Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

¹⁶Organización Panamericana de la Salud (2011). Guías para el continuo de la Atención de la Mujer y el recién nacido focalizadas por APS.

¹⁷ 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.

Amplia cobertura: En la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto, mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal.

En caso de detectar un control prenatal incompleto y no periódico, se realizará seguimiento a la usuaria con el equipo de apoyo.

A. EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CONCEPCIONAL Y CONDUCTA

Objetivos y Actividades Propuestas para el Control Prenatal

El orden elegido para presentar los objetivos específicos y las actividades que se proponen para el control prenatal de calidad tratan de acompañar la diagramación presentada en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR. Esta historia, intenta ser la hoja de ruta para brindar una atención de calidad a la mujer embarazada y su hijo(a).

Tabla No 5. Objetivos específicos y Actividades propuestas para el control prenatal

| Objetivos Específicos | Actividades Propuestas |
|--|--|
| Confirmar el embarazo | Realización de exámenes de laboratorio clínicos y análisis bioquímicos y estudios de gabinete para diagnosticar embarazo. Se debe realizar un US para confirmar la edad gestacional al momento de la captación, siempre que la FUR no sea confiable y/o exista discordancia clínico-cronológica. |
| US obstétrico | El US obstétrico (si las unidades de referencia cuentan con el recurso) debe de realizarse en el I trimestre –idealmente entre las 11 y 13.6 semanas y de ser posible realizar tamizaje para aneuploidías y riesgo de preeclampsia(Doppler de arterias uterinas), uno en el II trimestre (22-24 semanas) y uno en el III trimestre. El US del II trimestre debe realizarse a todas las usuarias, pero idealmente para aquellas que tengan un riesgo aumentado para malformaciones fetales (antecedentes de hijos con malformaciones, antecedentes de exposición a fármacos o patógenos teratogénicos, > 35 años, DM pregestacional) El mismo debe ser consignado en el expediente clínico y en el Carné Perinatal con la fecha de realización del US más temprano y la edad gestacional reportada en el momento del estudio. Indicando si hay concordancia con la EG calculada por FUR. |
| Clasificación del riesgo en el embarazo | El embarazo se clasifica como: Bajo y Alto Riesgo. El embarazo de Bajo Riesgo: Es el estado de las embarazadas que evaluadas integralmente presentan condiciones óptimas para el bienestar de la madre y el feto y no evidencian factores epidemiológicos de riesgo, antecedentes gineco-obstétricos o patología general intercurrente. El embarazo de Alto Riesgo: cuando las embarazadas se encuentran en adecuadas condiciones de salud pero presentan uno o más factores de riesgo de tipo epidemiológico y/o social, o uno o más antecedentes de patología gineco-obstétrica perinatal o general, con o sin morbilidad materna o perinatal aquellas usuarias embarazadas que ameritan atención especializada. ¹⁸ Evaluación del riesgo perinatal (Ver Anexo No 5) |
| Determinación y abordaje del riesgo psicosocial | La determinación del riesgo psicosocial será determinado a lo largo de todo el embarazo y referir a la disciplina correspondiente, en caso que se determine alguna condición. |

¹⁸ Matthews Mathai. Rasad Sanghvi. Richard J. Guidotti (2002). Integrated Management of pregnancy and Childbirth. *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para Obstétricas y Médicos*. OMS. FNUAP. UNICEF. Banco Mundial.

| | |
|--|---|
| Evaluar y clasificación del estado nutricional materno de acuerdo al IMC | Medición del peso y de la talla materna. Cálculo del incremento de peso durante la gestación y asesoría de ganancia de peso adecuada según su IMC. Aquellas usuarias con IMC mayor o igual 35, deben ser referidas a un centro de mayor complejidad que cuente con nutricionista para manejo interdisciplinario.(Ver Anexo No 6) |
| Investigar estilos de vida de riesgo | Interrogatorio sobre violencia, sedentarismo, hábitos alimenticios. |
| Investigar sobre consumo de sustancias psicoactivas | Interrogatorio sobre tabaquismo (activo y pasivo), drogas ilícitas, alcohol, medicamentos |
| Disminuir el impacto negativo de las infecciones de transmisión vertical | Prevención, detección y tratamiento de las infecciones de transmisión vertical. Rutinariamente solicitar VDRL/ ELISA por VIH y Antígeno de Superficie para Hepatitis B en la primera consulta y luego en el último mes de embarazo. |
| Detectar posibles procesos sépticos buco dentales | Examen buco-dental. Es indispensable la referencia al Servicio de Odontología, de la cual en el I trimestre se valora y se le dan acciones de prevención de enfermedad como de promoción de la salud. En el II y III trimestre del embarazo según requerimientos de la paciente se le puede atender con acciones curativas y de rehabilitación bajo la modalidad de atención en consulta externa. Dependiendo de las condiciones sistémicas como bucodentales en caso de ser necesario los servicios de Odontología pueden referir al II y III nivel de la especialidad. Es importante la participación odontológica no solo desde la parte curativa sino desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad según riesgo y factores determinantes en el binomio madre-hijo(a). Es indispensable abordar a los padres previo-durante y posterior al embarazo con educación, brindar tratamientos oportunos, recalcar la importancia de la lactancia, desarrollo dentoalveolar, alimentación complementaria, hábitos, uso del chupón y chupeta, permite mantener y proteger la salud oral como integral, y a su vez minimizar secuelas del componente estomatognático a temprana edad. |
| Detectar posibles alteraciones del pezón, patología inflamatoria y/o tumoral de la mama. Papanicolaou | Examen de mamas. Durante la primera consulta y explicando el mismo a la usuaria. Realizarlo a las usuarias que no lo tienen al día, cada dos años, según normativa nacional ¹⁹ . En las usuarias embarazadas se realizará en la primera consulta de control prenatal, utilizando la técnica convencional que se realiza en las no embarazadas. Las usuarias con resultados alterados o lesiones evidentes deben ser referidas directamente a la consulta de Colposcopia y/o Ginecología Oncológica. |
| Evaluar la competencia cervical | A las usuarias que se les realice un US en la segunda mitad del Embarazo se les debe medir la longitud cervical vía vaginal, así como las que tengan factores de riesgo tales como LEEP, conización cervical, incompetencia ístmico-cervical. |
| Determinar una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal. | Determinación del grupo sanguíneo y el factor Rh. En caso de usuarias Rh negativo se les deberá indicar el COOMBS indirecto e intentar averiguar el Grupo sanguíneo del padre(en caso de no conocerse se manejará como Rh positivo). En caso de usuarias sensibilizadas, las mismas deben de ser referidas al II o III Nivel de Atención. (Ver Anexo No 7) |
| Prevenir, detectar y tratar la anemia materna | Determinar niveles de hemoglobina y tratamiento con hierro y ácido fólico. Referir a Hematología, en caso de usuarias que no respondan a tratamiento o presenten alguna otra condición. ²⁰ Durante la semana 36 se enviará un laboratorio de Hb/Hto en caso de anemia o riesgo de sangrado periparto. Hemoglobina inferior a 11g/dl solicitar ferritina sérica. (Ver Anexo 8) |

¹⁹Ministerio de Salud de Costa Rica (2006). *Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero para el I y II Nivel de Atención*. Normas de Laboratorios de Citología. San José, Costa Rica.

²⁰ Domenico Girelli, Sara Ugolini, Fabiana Busti¹, Giacomo Marchi, Annalisa Castagna. (2017). *Modern iron replacement therapy: clinical and pathophysiological insights*. The Japanese Society of Hematology.

| | |
|--|--|
| Descartar bacteriuria | Urocultivo por trimestre y posteriormente, según sintomatología de la usuaria durante el embarazo. Examen general de orina mensual con técnica. |
| Tamizaje por DM pregestacional en I trimestre | Tamizar a las usuarias con factores de riesgo, según tabla en el Anexo No 2 A las usuarias con tamizaje normal, realizar glucosa poscarga entre la semana 24-28. (Ver Anexo No 2) |
| Diagnóstico de DM gestacional | Se debe tamizar a todas las embarazadas entre las semanas 24- 28. Se debe utilizar la opción descrita en el Anexo No 2 |
| Identificar, clasificar y establecer el manejo de las alteraciones de la presión arterial (Recordar el efecto hipotensor del embarazo) | Medición de la presión arterial con el equipo y técnica adecuada. |
| Diagnóstico de Hipertensión crónica en el embarazo²¹ | Presión sistólica ≥ 140 mmHg Presión diastólica ≥ 90 mmHg. Cualquiera de las anteriores en dos tomas separadas por un tiempo de 4 horas que se presente antes de las 20 semanas de edad gestacional y persiste después de las 12 semanas posparto. Iniciar AAS 100 mg VO HS a partir de las 12 semanas y suspender a las 36 semanas. Realizar EKG (en usuaria mayor de 30 años o con más de 4 años de padecer HTA), pruebas de función renal, orina de 24 horas con depuración de creatinina, fondo de ojo y referir para manejo a consulta de alto riesgo. Usuaria conocida hipertensa valorar suspender el tratamiento y reiniciar en caso de PA $>$ o igual a 160/110 mmHg (excepto en DM o daño a órgano blanco) ²² Se recomienda realizar glicemia poscarga con 75g en la primera consulta prenatal. |
| Diagnóstico de Preeclampsia²³ | Presión sistólica ≥ 140 mmHg Presión diastólica ≥ 90 mmHg. Cualquiera de las anteriores en dos tomas separadas por un tiempo de 4 horas o PA $\geq 160/110$, que se presenta después de las 20 semanas de edad gestacional y que resuelve antes de las 12 semanas posparto ²⁴ . Estas usuarias deberán ser referidas a emergencias para realizar: relación de creatinuria y proteinuria al azar. Se considera valor normal 0.3 o menos. Adicionalmente, realizar hemograma, PFH, PFR, DHL y ácido úrico. |
| Diagnóstico de hipertensión gestacional (Diagnóstico de exclusión) | Presión sistólica ≥ 140 mmHg Presión diastólica ≥ 90 mmHg. Cualquiera de las anteriores en dos tomas separadas por un tiempo de 4 horas, que se presenta después de las 20 semanas de edad gestacional y resuelve antes de las 12 semanas posparto. Sin alteraciones bioquímicas ni sintomatología neurohipertensiva. Toda usuaria con trastorno hipertensivo después de las 20 semanas de gestación NO debe iniciarse tratamiento antihipertensivo oral hasta clasificar adecuadamente el trastorno. |

²¹ CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (2016). *Chronic Hypertension in Pregnancy: Diagnosis, Management and Outcomes*. Volume 60, Number 1, p. 206–214.

²² ACOG practice bulletin (2019). *Chronic Hypertension in Pregnancy*. VOL. 133, No. 1

²³ ACOG practice bulletin (2019). *Gestational Hypertension and Preeclampsia*. VOL. 133, No. 1.

²⁴ ACOG practice bulletin (2019). *Gestational Hypertension and Preeclampsia*. VOL. 133, No. 1.

| | |
|---|--|
| Identificar factores de riesgo para parto prematuro²⁵ | <p>Realizar historial obstétrico de prematuridad. Evaluación de la longitud cervical por US entre 22- 24 semanas de gestación, si el valor es mayor a 25mm²⁶ la probabilidad de un parto pretérmino es baja²⁷.</p> <p>Explicar a la usuaria la diferencia entre contracciones fisiológicas y de labor de parto. Evaluación del patrón de contractilidad uterina.</p> <p>Las usuarias con antecedentes de parto prematuro, antecedente de cirugía cervical (LEEP, conización cervical), colagenopatías; deben ser referidas para manejo en consulta de alto riesgo.</p> |
| Identificar anomalías del crecimiento fetal y embarazo múltiple | <p>La determinación de la AU se realizará mediante la técnica descrita, en caso de sospecha de anomalías de crecimiento fetal o embarazo múltiple es necesario la realización de US obstétrico para definir seguimiento. En caso de diagnóstico de anomalías de crecimiento fetal o embarazo múltiple se debe referir para manejo a consulta de alto riesgo.</p> <p>Valorar tamizaje con US a las 36 semanas de gestación, cuando el recurso esté disponible.</p> |
| Detectar presentaciones fetales anormales | <p>Examen de la presentación fetal. Realizar Maniobras de Leopold en los embarazos de > 36 semanas o US en caso de que se disponga (antes de esta edad gestacional tiene poca relevancia a menos de que el parto se considere como una posibilidad a corto plazo)</p> |

B. CRONOLOGÍA DE LAS ACTIVIDADES PARA EL CONTROL DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO

Las actividades para el control prenatal deben estar dispuestas en un cronograma que contemple la mayor cantidad de actividades con la finalidad de reducir al mínimo útil el número de controles, con un mínimo de 5 controles. Las consultas pueden programarse cada seis semanas (aproximadamente), de esta manera la primera consulta debe ser antes de las 12 semanas de gestación, para que sea considerada una Captación temprana. Las siguientes 4 consultas se realizarán: a las 20 semanas, a las 28 semanas, a las 32 semanas, entre la 37 a 38 semanas de gestación. A partir de este momento se programará consulta: a las 40 semanas. En esta última consulta se le debe indicar a la usuaria que al cumplir las 41 semanas consulte al servicio de Emergencias para su internamiento. Además, en cada control prenatal, la tarjeta de Control Prenatal debe ser llenada adecuadamente y el responsable del mismo es el profesional tratante.

Todo el personal de salud capacitado, médico o de enfermería obstétrica, puede atender el control del embarazo de bajo riesgo. A su vez, se registrará como primera consulta prenatal aquella en donde se confirme el embarazo por examen clínico, laboratorio o por ultrasonido.

El personal de salud está en la obligación de referir oportunamente a un nivel de atención de mayor complejidad, a toda embarazada en las que se identifique alto riesgo obstétrico o perinatal.

Cuando ocurra una consulta tardía, se realizarán las actividades correspondientes a las consultas previas que no fueron realizadas. Por lo tanto, a toda embarazada que acuda a su primer control después de las 28 semanas, se le completará su evaluación clínica y de laboratorio en un periodo no mayor de 8 días y los controles subsiguientes se harán de acuerdo al riesgo definido. Es importante recordar que la captación

²⁵ Melissa L. McPheeters et al (2005). *The epidemiology of threatened preterm labor: A prospective cohort study* American Journal of Obstetrics and Gynecology. P. 192, 1325–30

²⁶ Nadia B. Kunzieret al (2016). *The use of cervical sonography to differentiate true from false labor in term patients presenting for labor check* 215(6): p. 811-812

²⁷ Steven Gabbe et al (2016). *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies: Preterm labor and birth*. ed 7.

tardía no debe ser enviada a Alto Riesgo Obstétrico si la evaluación clínica y los exámenes correspondientes realizados se encuentran dentro de los parámetros de normalidad.

Tabla No 6. Cronologías de las Actividades para las consultas prenatales de bajo riesgo

| Nivel de Atención | Actividades | Semanas de consultas | | | | | Responsable(s) MG: Medicina General EO: Enfermería Obstétrica EG: Enfermería General |
|---------------------------|--|--|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| | | Primer trimestre Menos de 12 semanas 1ª visita | Alrededor de las 20 semanas 2ª visita | Alrededor 28 semanas 3ª visita | Alrededor 32 semanas 4ª visita | Alrededor 36 semanas 5ª visita | |
| I Nivel de Atención | Prueba de embarazo | x | | | | | MG/EO |
| | Cálculo de edad gestacional por FUR confiable o idealmente US del I Trimestre | x | X | x | x | x | MG/EO |
| | Historia clínica perinatal y evaluación de riesgo | x | x | x | x | x | MG/EO |
| | Examen físico general | x | x | x | x | x | MG/EO |
| | Peso corporal, (Ver anexo No 6) | x | x | x | x | x | MG/EO/EG |
| | Talla (Ver Anexo No 6) | x | | | | | MG/EO/EG |
| | IMC y clasificación(Ver Anexo No 6) | x | | | | | MG-EO-EG |
| | Determinación de la presión arterial | x | x | x | x | x | MG/EO/EG |
| | Investigar estilos de vida de riesgo | x | x | x | x | x | MG/EO/EG |
| | Vacuna Tdap (**) | Aplicar entre las 27 a la 30 semanas, para prevenir pertusis infantil. ²⁸ | | | | | MG/EO |
| | Vacuna contra la influenza | Según disponibilidad institucional a cualquier edad gestacional, preferiblemente II-III Trimestre ²⁹ | | | | | MG/EO |
| | Examen odontológico | x | | | | | Odontología |
| | Examen de mamas | x | | | | | MG/EO |
| | Ex. Ginecológico, Citología cervicouterina según Norma En caso de anomalías en el examen ginecológico o citología cervicouterina alterado referir a consulta de colposcopia | x | | | | | MG/EO |
| | Grupo sanguíneo y factor Rh <i>Si Rh es negativo, enviar Coombs indirecto</i> | x | | | | | MG/EO |
| | Detección VIH | Enviar en la primera consulta y en el último trimestre. Con estatus desconocido realizar al momento del parto o en el postparto. | | | | | MG/EO |
| | Antígeno de superficie para Hepatitis B | Enviar en la primera consulta y en el último mes(***) ³⁰ | | | | | MG/EO |
| | Determinación de hemoglobina | x | | | X | | MG/EO |
| Suplementación con hierro | | x | x | X | x | MG/EO | |

²⁸ ACOG (2018). *Maternal Immunization*. Number 741. VOL. 131, No. 6.

²⁹ World Health Organization (2014). *Safety of Immunization during Pregnancy: A review of the evidence*. Global Advisory Committee on Vaccine Safety.

³⁰ Caja Costarricense de Seguro Social (2015). *Lineamiento Técnico Tamizaje en Mujeres Gestantes para Hepatitis B DDSS-0880-2015*. San José, Costa Rica.

| | | | | | | |
|---|--|---|---|--|---|-------|
| Detección de consumo de sustancias psicoactivas | x | x | x | x | x | MG/EO |
| Suplementación con ácido fólico: 1mg/día VO y <i>Adecuar la dosis a 4 mg en los siguientes casos: Antecedente de productos con defectos del Tubo neural, usuarias con tratamientos anticonvulsivantes, mujeres con IMC > 30).</i> | X | x | x | X | x | MG-EO |
| Suplementación de Aspirina 100 mg al día, hora sueño, a <i>pacientes con riesgo de preeclampsia: Hipertensas crónicas, diabéticas pregestacionales, nefrópatas, con antecedente de preeclampsia, embarazo múltiple y con IMC ≥30. (Ver Anexo No 9)</i> | Iniciar entre las 12 a 16 semanas y finalizar a las 36 semanas. Estas usuarias con factores de riesgo identificables deben ser referidas a Alto Riesgo pero la suplementación con AAS debe ser iniciada en el I Nivel, mientras es atendida en el siguiente nivel. | | | | | MG/EO |
| Detección Sífilis/ VDRL | Enviar en la primera consulta, en cada trimestre y al momento del parto. | | | | | MG/EO |
| Detección de Chagas (según área geográfica) | x | | | | | MG/EO |
| Detección de Paludismo (según área geográfica) | x | | | | | MG/EO |
| Urocultivo | En la primer consulta y en caso necesario, según clínica y resultado de EGO | | | | | MG/EO |
| Examen de orina | x | x | x | x | x | MG/EO |
| Glicemia ayunas | x | | | | | |
| Tamizaje de diabetes pregestacional para usuarias con riesgo identificado (I Trimestre) Glicemia 2 horas postcarga con 75 g (Ver Anexo 2) | I Trimestre o primer consulta | | | | | |
| Tamizaje universal para diabetes gestacional Glicemia 1h postcarga 75 g (Ver Anexo No 2) | | 24- 28 semanas A todas las pacientes | | | | MG/EO |
| Detectar infección por Estreptococo B | | | | X (entre las 35-37 sem) | | MG/EO |
| Medición y evaluación de Altura Uterina | | x | x | x | x | MG/EO |
| Frecuencia Cardíaca Fetal | | x | x | x | x | MG/EO |
| Educación sobre Lactancia Materna | | | | x | x | MG/EO |
| Consejería sobre anticoncepción/incluyendo anticoncepción postevento obstétrico | | | x | x | x | MG-EO |

(*) Las actividades programadas para la primera visita se deberán hacer siempre, independientemente de la edad gestacional al momento de la consulta

(**) La aplicación de esta vacuna en este rango de edad gestacional favorece el paso transplacentario de inmunoglobulinas hacia el feto y su protección durante los primeros dos meses del periodo neonatal.

C. INSUMOS PARA BRINDAR LA ATENCIÓN PRENATAL

Se deben utilizar los insumos y tecnologías probadas, efectivas y de bajo costo para contribuir a la entrega de prestaciones de calidad.

Gestograma

Es un instrumento en físico o digital que permite establecer la edad gestacional actual con base en la fecha de última regla confiable, la fecha probable de parto así como la proyección de un ultrasonido previamente realizado.

Cinta Obstétrica

Es una cinta métrica que permite valorar el crecimiento del útero en relación a la edad gestacional, midiendo desde el borde superior de la sínfisis púbica al fondo uterino. Es una medida objetiva siempre y cuando sea realizada por el mismo evaluador.

Historia Clínica Perinatal

La historia clínica perinatal (HCP) permite uniformar el contenido de la documentación correspondiente al embarazo, parto, puerperio y al recién nacido en el periodo neonatal inmediato. Su formato general y su instructivo de llenado facilitará, que los datos considerados de importancia sean sistemática y uniformemente recabados y registrados en el momento oportuno. El ordenamiento de los datos permitirá su recolección en un tiempo breve, a la vez que agilizará el análisis posterior, ya sea por quien recogió los datos o por aquel, que no habiendo hecho el registro, necesita la información incluida en la historia.

Carné Perinatal (conocido como CLAP)*

El carné perinatal (CP) es un instrumento que permite integrar las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, parto y puerperio. Tiende a evitar la falta de datos que puede producirse en algún momento de estas etapas del proceso reproductivo y con ello contribuye a mejorar la calidad de la atención. Debe estar siempre en poder de la embarazada, a quien se le dará desde la primera consulta y se utilizará para toda acción médica que solicite en su estado grávido-puerperal(Ver Anexo No 10).

CAPÍTULO IV
ATENCIÓN DE LA LABOR DE PARTO Y PARTO DE BAJO RIESGO

CAPITULO IV. ATENCIÓN DE LA LABOR DE PARTO Y PARTO DE BAJO RIESGO

El objetivo en la atención del trabajo de parto de bajo riesgo obstétrico es brindar asistencia de calidad basada en evidencia científica y 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**, durante el ingreso, el periodo de dilatación (primer periodo, el periodo de expulsión (segundo periodo) y los periodos de alumbramiento y postalumbramiento (tercer periodo).

A. ASISTENCIA DURANTE EL INGRESO

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 (Ver Anexo No 11).

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.

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.

B. COMPONENTES DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA DE INGRESO

Los componentes de la atención en la consulta de ingreso de la mujer embarazada: (Ver Anexo 12)

- 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. (Ver Anexo No 13)

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.

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 socio-económicos 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.

Tabla No 7. Condiciones para la Clasificación de Alto Riesgo Obstétrico al Ingreso Hospitalario*

| | |
|---|--|
| • Antecedentes de otros recién nacidos de BPN o parto pretérmino. | • Enfermedad endócrino-metabólica |
| • Edad < de 15 o > de 40 años. | • Infección urinaria a repetición. |
| • Periodo intergestacional menor a un año. | • VIH/SIDA. |
| • Bajo peso materno pregestacional e insuficiente ganancia de peso. | • Obesidad |
| • Cirugía Uterina | • Herpes vulvovaginal activo |
| • Consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y medicamentos. | • Hemorragias del embarazo. |
| • Embarazo múltiple | • Anemia crónica. |
| • Trastornos hipertensivos del embarazo | • Control prenatal ausente o inadecuado. |
| • Patología materna crónica | • Colonización rectovaginal por EGB. |
| • Patología fetal | |

*Queda a criterio del profesional tratante y de acuerdo a la capacidad resolutoria de cada unidad

Fuente: Elaboración propia

C. 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 80mmHg 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, tinitus)
- 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 (≥ 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.

D. 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 14)
- 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) (Ver Anexo No 15)

Previo consentimiento verbal de la mujer embarazada, se realizará el tacto vaginal, 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). (Ver Imagen No 2)

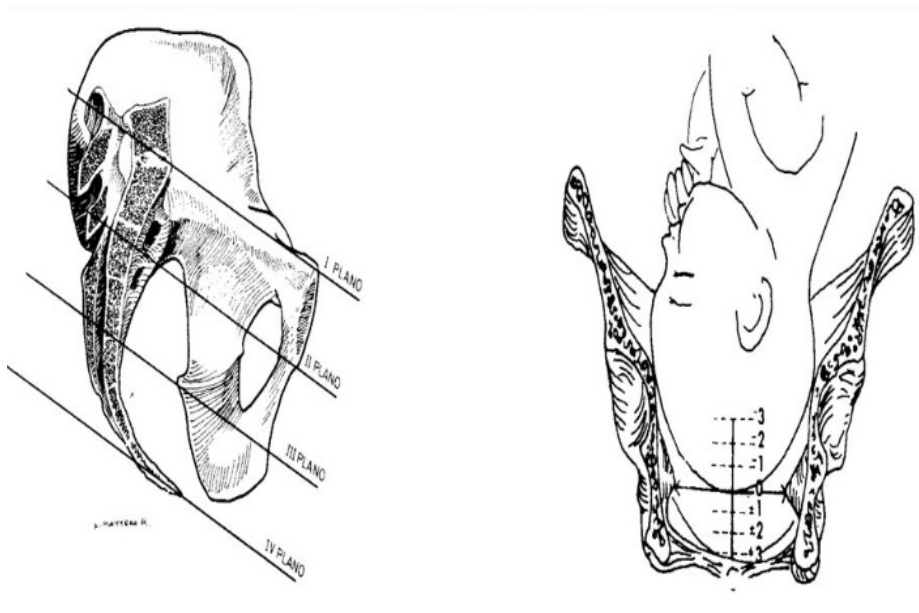
Aún con membranas ovulares íntegras, la prolongación del trabajo de parto aumenta el riesgo de infección. Se recomienda reducir los tactos vaginales al mínimo imprescindible.

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.

Imagen 2 . Planos de la pelvis y su relación con la altura de la presentación: Hodge y De Lee



Fuente: 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.

- **Especuloscopía**

En caso necesario, se realizará una especuloscopía, 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 especuloscopía, 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.

E. ASISTENCIA DURANTE EL PRIMER PERIODO (BORRAMIENTO Y DILATACION)

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)
- Recomendaciones sobre la participación activa y de la participación de su acompañante.
- Importancia de la posición vertical y deambulacion para el periodo de dilatación. Respetando las modalidades de parto con pertinencia cultural.
- 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 activa 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 activa 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.***

Acompañamiento a la madre durante el trabajo de parto, la presencia de una persona que acompañe a la mujer embarazada durante el trabajo de parto y parto es un componente constante. Todos estos 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 en este apartado se citan solo dos:

- 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 **“L.GM.DDSS.ARSDT.CNE.081015 Lineamiento de Acompañamiento Integral en el proceso del nacimiento (Emergencias, Pre Parto, Parto, Recuperación Post Parto, Salón de Alojamiento Conjunto”**

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

Los controles a realizar:

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. Sujeto a disponibilidad del recurso.

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 hrs 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.

Los controles de FCF se realizarán de la siguiente periodicidad:

Fase latente cada 4 hrs 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.

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 16 y 17)

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 lts-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 18).

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.

Imagen 4. Formulario de labor de parto, parto y posparto (Partograma). Reverso

| Periodo Expulsivo y Alumbramiento (Anotar cualquier ampliación en observaciones) | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------|-------|--|------------------|--|---|---|---|-------------------|--------|------------------------------|---------------------|-------|---|
| Forma de terminación: <input type="radio"/> Espontáneo <input type="radio"/> Cesárea Intraparto <input type="radio"/> Conducido <input type="radio"/> Cesárea Electiva <input type="radio"/> Fórceps Anotar motivo si no fue espontáneo | | | Medicación en periodo expulsivo: <input type="radio"/> Anestesia local <input type="radio"/> Oxitocina <input type="radio"/> Anestesia regional <input type="radio"/> Otro _____ <input type="radio"/> Anestesia general <input type="radio"/> Ninguna Anotar motivo si utilizó alguna medicación | | | | Medicación durante el alumbramiento/posparto inmediato <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Indique cual: _____ Motivos: _____ Alumbramiento a los _____ min. | | | | | | | |
| Duración de 4 cms a dilatación completa _____ hrs. _____ min. | | | Periodo expulsivo _____ hrs. _____ min. | | | | | | | | | | | |
| Tipo de alumbramiento <input type="radio"/> Espontáneo <input type="radio"/> Manual <input type="radio"/> Manejo Activo <input type="radio"/> Otro | | | Placenta <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Anormal | | Líquido amniótico <input type="radio"/> Claro <input type="radio"/> Turbio <input type="radio"/> Meconial <input type="radio"/> Fétido <input type="radio"/> Sanguinolento <input type="radio"/> Otro | | | Horas de membranas rotas: _____ hrs | | | | | | |
| Episiotomía <input type="radio"/> No Especifique _____ <input type="radio"/> Sí _____ | | | | | | Desgarros <input type="radio"/> No Especifique _____ <input type="radio"/> Sí _____ | | | | | | | | |
| Neonato(s) | | | | | | | | | | | | | | |
| Número | Hora de nacimiento | Sexo | | | Condición al Nacer | | Peso al nacer | Talla | Circunf. Cefálica | Apgar | | Vacunas Hepatitis B | | Lactancia Materna Primera hora de lactado |
| | | (1) M | (2) F | (3) Ind | (1) Vivo | (2) Muerto | | | | 1. min | 5. Min | 1. Sí | 2. No | |
| | | | | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| | | | | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| | | | | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| | | | | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| | | | | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Personal que atendió el parto: <input type="radio"/> 1. Enf.Obstetra <input type="radio"/> 2. Médico (a) <input type="radio"/> 3.Médico (a) y Enf. Obstetra <input type="radio"/> 4. Enfermera (a) general <input type="radio"/> 5. Est. Obstetricia <input type="radio"/> 6. Est.Medicina <input type="radio"/> 7. Auxiliar de Enfermería <input type="radio"/> 8. Extrahospitalario | | | | | | | | | | | Personal que atendió: | | | |
| Apoyo externo durante la labor de parto: <input type="radio"/> Sí Dado por: _____ <input type="radio"/> No deseaba estar acompañada <input type="radio"/> No disponible. | | | | | | Apoyo externo durante el parto: <input type="radio"/> Sí Dado por: _____ <input type="radio"/> No deseaba estar acompañada <input type="radio"/> No disponible. | | | | | | | | |
| Post parto Inmediato | | | | | | | | | | | | | | |
| Hora | | Pulso | | Presión Arterial | | Nombre del responsable | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Observaciones relevantes de la labor de parto, parto y post parto | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Día | Mes | Año | Nombre y apellido del profesional en salud | | | | | Código profesional responsable | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

F. ASISTENCIA DURANTE EL SEGUNDO PERIODO (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 multípara. Se ha determinado como trabajo de parto detenido cuando no presenta avance por más de 4 horas en nulíparas con bloqueo epidural y más de 3 horas en multíparas sin bloqueo epidural.

El periodo expulsivo prolongado puede deberse a:

- Disfunción uterina (hipotónica, hipertónica o incoordinada).
- Pujos maternos ineficaces
- Defectos de rotación cefálica
- Analgesia epidural
- Triple I (Corioamnionitis): inflamación o infección intraamniótica
- 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
- Capital 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 y de infraestructura lo permita. 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).

CONTROLES A REALIZARSE DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO

- **Frecuencia cardíaca fetal:** se debe tomar entre contracciones, cada 5 minutos (Ver Anexo No 19).
- **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 20)
- 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).

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.

Otra 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 la misma lo impide, se secciona de inmediato el cordón entre dos pinzas de Kocher.

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).

Complicaciones durante el expulsivo

En las siguientes situaciones es necesario solicitar la presencia inmediata del médico gineco-obstetra y médico neonatólogo .

- **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 púbica, se deben efectuar las siguientes maniobras:

- Solicitar ayuda de inmediato
- Si no ha hecho episiotomía hágala, si la hizo y es pequeña amplíela.
- Con la parturienta en decúbito dorsal y con ayuda de un colaborador(puede ser el acompañante) flexione fuertemente sus piernas sobre el pecho(Maniobra de Mc Robert) (Ver Anexo No 21)
- 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 18). 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 prolapso 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 RIESGO³¹

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 múltíparas 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(Ver Anexo No 22).

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 elección de la técnica, el agente y la dosis se basan en muchos factores, incluyendo la preferencia de la mujer, el estado médico y contraindicaciones. La decisión sobre la analgesia debe ser

³¹ 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.

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 la misma 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.

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, espasmofilia.

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 anestesiólogo debe contar en la sala de partos (específicamente en la unidad de analgesia para el trabajo de parto) con agentes sedante-hipnóticos (tiopental, 69 neuploi, 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 cuál

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 anestesia 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 anesthesiólogo(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 anesthesiólogo(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 anesthesiólogo(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 continúa: 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

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTOS

Existen una serie de aspectos para la atención inmediata del recién nacido sin complicaciones médicas, el cual debe de permanecer junto a su madre durante el puerperio, si las condiciones así lo permiten.

Todos estas actividades y otras se encuentran contempladas en el **Manual de Procedimientos de Cuidados del Recién Nacido Centrados en el Desarrollo y la familia**, en su versión vigente. Las cuales pretenden:

- Mediante el alojamiento conjunto fomentar el vínculo de la madre y la familia con el recién nacido.
- Garantizar el apoyo necesario para la lactancia materna exitosa.
- Brindar intervenciones preventivas en salud
- Fomentar las medidas educativas para garantizar un egreso exitoso

Atención inmediata en Sala de Partos y de Operaciones:

- Recibimiento al recién nacido en un ambiente óptimo.
- Participación de la familia desde el inicio de la labor de parto hasta el egreso.
- Abordaje del recién nacido de acuerdo con los criterios reanimación, estabilización y transporte neonatal de acuerdo al caso.
- Valoración del Apgar.
- Contacto piel con piel durante 1 hora para fortalecer el inicio de la lactancia materna exitosa.
- Pinzamiento y corte del cordón umbilical. En caso de que la madre sea donante de células madre de cordón umbilical proceder con recolección de la muestra.
- Examen físico y examen neurológico.
- Toma y registro de medidas antropométricas.

- Clasificación del recién nacido por edad gestacional y peso.
- Valoración e intervención de riesgos.
- Registro de datos de identificación del recién nacido.
- Profilaxis oftalmológica.
- Profilaxis de enfermedad hemorrágica del recién nacido.
- Vacunación hepatitis B.
- Realizar la primera evaluación del recién nacido.
- Llenado del formulario: “Primera Evaluación del Recién Nacido”.
- Llenado de Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña.
- Reporte y referencia de malformaciones congénitas.

Atención del recién nacido en alojamiento conjunto: primeras 24 horas

- Permanencia de la madre y el recién nacido en colecho.
- Vigilancia de signos de alarma y respuestas en el recién nacido en las condiciones extrauterinas. Cumplimiento de protocolos en casos de recién nacido con madres portadoras de estreptococo, VIH, hepatitis B y sífilis congénita.
- Vacunación BCG.
- Tamizaje cardíaco. Documentar y referir si es necesario.
- Tamizaje auditivo neonatal universal (TANU). Documentar y referir si es necesario.
- Educación a la madre y a la familia: acople adecuado para lactancia materna exclusiva, cuidados generales y signos de alarma en el recién nacido y otros temas según necesidades individuales identificadas. **Contraindicación de lactancia materna en caso de mujeres con consumo activo de sustancias.**

Atención del recién nacido al egreso hospitalario

- La estancia posparto debe ser no menor de 24 horas en recién nacidos sin factores de riesgo y de 48 horas en caso de cesárea, con el fin de permitir la identificación de situaciones de riesgo en la madre y en el recién nacido
- Prolongar la estancia posparto, puede hacerse según criterio médico.
- Hacer el máximo esfuerzo para que madres e hijos(as) no se separen y salgan juntos de la maternidad.
- Definir la Edad Gestacional definitiva, de manera que coincida con la Edad Gestacional registrada en el Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña (este dato es fundamental para continuar con la Atención en las Áreas de Salud o Consulta Externa de Pediatría según corresponda).
- Utilizar Método Capurro en niños(as) > de 29 semanas de gestación.
- Utilizar Método Ballard en niños(as) mayores de 20 semanas de gestación.
- Realizar evaluación física y neurológica.
- Registrar información en el Formulario: “Segunda evaluación integral del recién nacido pre-egreso”.
- Identificar signos o síntomas como ictericia
- Identificar signos de letargia, irritabilidad, dificultad respiratoria, cianosis u otras alteraciones en el color de la piel, hipotonía, hipertonía, succión pobre, entre otros.

G. ASISTENCIA DURANTE EL ALUMBRAMIENTO Y POSTALUMBRAMIENTO (TERCER PERIODO)

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 a 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 estadio:

A continuación se describen las maniobras del manejo activo del alumbramiento: (Ver Anexo No 23)

- 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 mas 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.

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 debe 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 desgarro 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 útero³². 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 sugiere 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 (Ver Anexo No 24)

³² World Health Organization (1996). *Care in Normal Birth: a practice guide*. Department of reproductive health and research world health organization.

- Retención de placenta.
- Hemorragia post parto.

- **Retención de placenta**³³

Si después de un manejo activo de 15 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

Para este apartado se deben referir al **Protocolo terapéutico Institucional para el abordaje de la Hemorragia Postparto**, avalada mediante oficio GM-CCF- 0705-2020, publicado en la web institucional el día 13 de febrero del 2020.

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).

A. 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.

B. Factores de riesgo de hemorragia post parto

³³ Steven Gabbe et al (2016). *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies: Preterm labor and birth*. ed 7.

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.

C. 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, Roptura 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 9. Estadificación clínica del shock hemorrágico por volumen de pérdida de sangre

| Severidad | Pérdida sangre(%) | Déficit de volumen(ml)* | 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 consciencia Anuria |

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

Fuente: Adaptado de Robbins KS et al. 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; 2014(36).

D. 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.

E. Ante una hemorragia post parto

- Activar los equipos de respuesta inmediata para el manejo de la emergencia. (ver Anexo No 25).
- Asegúrese de conseguir dos vía intravenosa de buen calibre (aguja Nº 16 o de mayor calibre). Verifique la Lista de chequeo.(Ver anexo No 26)
- 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 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(Ver anexo 27) 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 28)³⁴, balón de compresión intrauterina.)

F. Manejo

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

- **Comunicación:**

Todo caso se debe reportar al o la médico 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 esta 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:**

³⁴ Francisco Zea-Prado, Salvador Espino-y-Sosa, Fela Vanessa Morales-Hernández (2011). *Pinzamiento vaginal de arterias uterinas en hemorragia puerperal. Técnica Zea para control de hemorragia obstétrica*. Perinatología y reproducción humana, México.

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 ClNa 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 O2 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 (anexo 1).

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 (índice de choque, anexo 1) y se registra déficit de base (resultado de gases arteriales), como se muestra a continuación:

| | Clase I | Clase II | Clase III | 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 |

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 el cuadro siguiente:

| 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 | |

- **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 Cardíaca (FC)/PA sistólica; se considera que la paciente se encuentra en estado de choque hipovolémico si el índice es >0.8 Strehlow 2010

| Índice de choque (IS)= FC/PAS | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------|------------------------------|
| Índice | Pérdida de volumen sanguíneo | volumen | 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 |

CAPITULO V
ASISTENCIA DURANTE EL PUERPERIO Y EGRESO

A continuación se describen los periodos de puerperio y el 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

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: 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.
- Fascies: 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 37º 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 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

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 **LT.GM.DDSS.AAIP.201017 Estancia Intrahospitalaria de la Madre y el Recién nacido durante el Posparto**, en su versión vigente.

Considerar:

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 4 días siguientes al parto, coincidiendo preferiblemente con el control del recién nacido. 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 a 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 la dará orientación y se le ofrecerán los servicios de planificación familiar (en caso 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.

Puerperio alejado: abarca desde el 11º hasta el 42º 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 42º y no más allá de un año.

CAPITULO VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Previo al egreso de la usuaria deberá brindarse la información que le permita la escogencia de un método de planificación seguro. Así como verificar la colocación del mismo. Se priorizan los métodos de larga duración reversibles.

Los y las profesionales en salud deberán promover espacios en los que se pueda tratar con las mujeres y sus parejas, aspectos relacionados con el consejo contraceptivo y la vivencia de la sexualidad en esta etapa. Además de consultar los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para individualizar la elección del método anticonceptivo más adecuado de acuerdo con las características y antecedentes de cada mujer.

Si por alguna condición en particular, no puede prescribirse el método anticonceptivo y de protección antes de su egreso, ésta actividad será retomada durante su captación posparto.

En mujeres que desean planificar sus futuros embarazos, se recomienda informar sobre la necesidad de anticoncepción y la introducción del método que mejor se adapte a su situación, en las primeras 48 horas a las que deseen colocarse un Dispositivo Intrauterino y a partir de los 21 días posteriores al parto a las que utilizarán el progestágeno intramuscular y en cualquier momento del posparto a las mujeres menores de edad que deseen colocarse el implante subdérmico. Para protección máxima de un embarazo la mujer no debe esperar a que se restablezca su menstruación para comenzar un método anticonceptivo.

Tabla No 10 . Fecha más temprana en que la mujer puede iniciar el uso de un método de planificación familiar después del parto

| Método de planificación familiar^{35***} | Lactancia exclusiva | Lactancia Mixta o no está amamantando |
|---|---|--|
| Vasectomía | Inmediatamente o durante el embarazo de la pareja(*) | |
| Condomes masculinos o femeninos | Inmediatamente | |
| Espermicidas | | |
| DIU de cobre / Dispositivo con Levonorgestrel(en condiciones específicas y con aprobación de las jefatura respetiva) | Dentro de las 48 horas posparto si es una paciente de difícil seguimiento, pero idealmente 6 semanas posteriores al parto | |
| Esterilización Femenina | Dentro de los 2 días, de no ser así, espere 6 semanas | |
| Anticonceptivos orales de solo progestágeno | 6 semanas después del nacimiento(**) | Inmediatamente, si no está amamantando(**) |
| Inyectables de solo progestágeno | | 6 semanas después del nacimiento |
| Implantes subdérmicos(aprobado para adolescentes) | Colocación inmediata | Colocación inmediata |

³⁵ World Health Organization. (2010). *Combined hormonal contraceptive use during the postpartum period*. Geneva, Switzerland

Tomado de: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. OMS. 2009.

() Si el hombre se realiza la vasectomía dentro de los 6 primeros meses del embarazo de su pareja, ésta será eficaz para el momento del parto.*

*(**) Por lo general, no se recomienda iniciar el uso del método antes de esa fecha a menos que no se disponga de otros métodos más adecuados o que estos no sean aceptables.*

*(***) Se recomienda iniciar a los 21 días posparto(**)*

CAPÍTULO VII
ABORDAJE DIFERENCIADO Y
AMIGABLE A LA ADOLESCENTE EN CONDICIÓN DE EMBARAZO PARTO Y POSPARTO

DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA:

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” (Krauskopf, 1993, p23). 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.

La OMS / OPS establece la adolescencia como aquel período de la vida comprendido entre los 10 y 19 años, y es esta delimitación la que se utiliza en el sector salud nacional, tal como se establece en la Norma Nacional para la Atención Integral de la salud de las personas adolescentes (Ministerio de Salud, 2015) y ratificado por la Política Institucional para la atención integral a la adolescencia (CCSS, 2018).

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

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 los mismos. 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 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 11. 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) |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aumenta la velocidad de crecimiento, desarmonía física y descoordinación motora. • Aparecen caracteres sexuales secundarios y en la mujeres la menarquia. • Preocupación por los cambios físicos puberales, inseguridad respecto de su apariencia física. • Pudor, búsqueda de mayor privacidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de la armonía corporal y coordinación motora. • Preocupación por ser físicamente más atractivo/a. • En hombres: espermarquia, aumento vello corporal, cambio voz, aumento masa muscular. | <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo puberal completo. • Aceptación de los cambios corporales y de la imagen corporal. |

Fuente: Adaptado de Youth, Choice and Change OPS, 2005.

Tabla No 12. Desarrollo intelectual

| Adolescencia temprana o inicial (10 a 13 años) | Adolescencia Media (14 a 16 años) | Adolescencia Tardía (17 a 19 años) |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inicio del cambio de pensamiento concreto de la infancia al hipotético-deductivo. ▪ Desarrollo moral preconventional. ▪ Poco desarrollo de las funciones del lóbulo frontal cerebral como: control de impulsos, planeación de la conducta y manejo de emociones. ▪ Metas vocacionales idealizadas. | <ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento hipotético deductivo en evolución. • Omnipotencia, invulnerabilidad, egocentrismo. • Desarrollo moral convencional. | <ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento hipotético-deductivo de la persona adulta. • Desarrollo moral convencional y en ocasiones post convencional. • Se va completando el desarrollo de funciones del lóbulo frontal cerebral: mayor habilidad de control de impulsos, planeación de las conductas. • Resolución de problemas. • Metas vocacionales realizables. |

Fuente: Adaptado de Youth, Choice and Change OPS, 2005.

Tabla No 13. Desarrollo afectivo y conductual

| Adolescencia temprana o inicial (10 a 13 años) | Adolescencia Media (14 a 16 años) | Adolescencia Tardía (17 a 19 años) |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Reacciones impulsivas, pérdida del control de la conducta, humor cambiante, labilidad emocional. • Puede haber deterioro del rendimiento escolar. • Inicio del interés en el desarrollo psicosexual, fantasías y exploración sexual. Puede haber masturbación. | <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento, reflexión. • Puede haber dudas respecto a la orientación sexual. • Hipersensibilidad, extravagancia. • Preocupación por la religión. | <ul style="list-style-type: none"> • Extroversión, altruismo. • Logro de la independencia de los padres. • Capacidad de intimar. • Autoimagen realista. • Consolidación del proceso de logro de la identidad personal, social, sexual y vocacional. • Elaboración de propia escala de valores. • Habilidad de comprometerse con sus ideas y establecer sus propios límites. |

Fuente: Adaptado de Youth, Choice and Change OPS, 2005.

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

De acuerdo con la OMS/OPS, citada por Vélez (2012) 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.

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 médico 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 a edad gestacional, entre otros.

ATENCIÓN POR MÉDICO ESPECIALISTA

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 médico especialista en Gineco-obstetricia durante todo el control prenatal, parto y posparto.

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 médico general y/o enfermera obstetra se deben cumplir cuatro momentos clave a lo largo del embarazo para que la adolescente tenga valoración por médico especialista en gineco obstetricia.

Tabla No 14. 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.

ATENCIÓN DE LA LABOR DE PARTO, PARTO Y POSPARTO

La atención del parto y posparto se regirá 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, L.GM.DDSS.ARSDT.CNE.081015.

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**, 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**.

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 Area 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 centrista, se sensibilice con la situación que está viviendo esta adolescente y logre contemplar y evaluar, al menos, los siguientes elementos básicos:



IDENTIFICACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA ESPECÍFICA EN ADOLESCENTES

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 subdiagnosticada 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:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 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, |
| <ul style="list-style-type: none"> • Asesorar a la familia en la necesidad de acompañamiento y supervisión cercana ante la fragilidad emocional de la adolescente. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una referencia a la consulta de Psicología Clínica del centro de adscripción correspondiente. |
| <ul style="list-style-type: none"> • En los casos en los que se disponga del consulta de Enfermería en Salud mental, se puede realizar una referencia simultánea. |

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 médico y/o enfermera 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 grupo 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:

- 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 médico 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.

ABORDAJE DE LA PERSONA ADOLESCENTE EN CUANTO PROYECTO DE VIDA, MATERNIDAD Y PATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA:

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

El embarazo en una adolescente con frecuencia desestabiliza a la adolescente y a la familia, debido a que las causas del mismo 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” (Della & Landoni, 2005).

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 pueden 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:

- Es fundamental explorar lo que ha dicho o hecho la familia hasta el momento, así se puede abordar diferentes escenarios:
- 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.
- 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.
- 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 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

BIBLIOGRAFÍA:

- Blakemore, S. et al. (2010) The Role of Puberty in the Adolescent Brain. *Human Brain Mapping* 31:926-933
- Della, M. & Landoni, A. (2005). Estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas de la ciudad de Buenos Aires. *Revista Psicología Científica.com*, 7(10).
- Informe Ejecutivo Estrategia de Prevención de Embarazo Adolescentes y Avances en la Implementación de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (2011). Consultoría para el convenio 620. Fondo de Población de las Naciones Unidas y Ministerio de la Protección Social. Documento mimeografiado.
- Johnson, S. et al. (2009) Adolescent Maturity and the Brain: The Promise and Pitfalls of Neuroscience Research in Adolescent Health Policy. *J. of Adolescent Health* 45: 216-221
- Knapp, P. and Mastergeorge, A. (2009) Clinical Implications of Current Findings in Neurodevelopment. *Psych Clinics of NA*, Vol 32, March (1): 177-197
- Krauskopf, Dina (1997) Adolescencia y Educación. EUNED, 2ª Edición, Costa Rica. Pág. 21-52
- Romer, D. (2010) Adolescent Risk Taking, Impulsivity, and Brain Development: implications for Prevention. *Developmental Psychobiology* 52: 263-276
- Spear, Linda (2013) Adolescent Neurodevelopment. *Journal of Adol. Health* 52: S7-S13
- UNIVERSIDAD DE CHILE, CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS. (2000). Resumen. Tercer informe avance propuesta de política pública para la prevención del embarazo en adolescentes y apoyo al desarrollo de su sexualidad y afectividad. Preparado para Servicio Nacional de la Mujer. Comisión Interministerial para la Prevención del Embarazo Adolescente. Santiago: Autor.
- VARAS, J., KRAMAROSKY, C., DÍAZ, A., SIBILLA, M. & GAETE, R. (2005) Embarazo en adolescentes: aspectos bio-psico-socio-sexuales. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 64, 438-443
- 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>
- VERA, G., GALLEGOS, M. & VARELA, M. (1999). Salud Mental y Embarazo en adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas. *Revista Médica de Chile*, 127, 437-433.
- VIVES, J., LARTIGUE, T., DÍAZ-BARRIGA, M., LEGARRETA, D., SALINAS, E. & CASANUEVA, E. (2008) Factores precipitantes del embarazo en adolescentes. *Revista Departamento Psicología, Universidad Iberoamericana*, 5(3-4), 77-89.
- White, A. (2009) Understanding Adolescent Brain Development and its Implications for the Clinician. *Adolescent Medicine* 20: 73-90

CAPÍTULO VIII
DEPRESION, EMBARZO Y 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 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

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 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

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 (Pérez, 2017), 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” (Ceballos-Martínez, 2010)

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 (Ceballos-Martínez, 2010),

Depresión Postparto

“Los síntomas de depresión postparto, son similares a los ocurridos en una depresión fuera de ésta 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” (Delgado, 2016), 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 (Mendoza & Saldivia, 2015)
- 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 (Mendoza & Saldivia, 2015)

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 ésta etapa postparto debido a la disminución en la producción placentaria (Delgado, 2016).
- 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. Mendoza y Saldivia (2015)

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% (Delgado, 2016). 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.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- 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.
- Delgado, M. M. (2016). Depresión Posparto y Tratamiento. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 511-514.
- Mendoza, C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile*, 887-894.
- Pérez, C. H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 89-115.
- Rincón-Pabón, D., & Robinson, R.-V. (2014). Depresión posparto en mujeres Colombianas: Análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud 2010. *Revista de Salud Pública*, 534-546.

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°9379³⁶, 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” (Pérez, 2014)

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 las 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**. 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.

³⁶ Tomado de LEY N° 9379. Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad. Asamblea Legislativa de Costa Rica, Agosto 2016.

- 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”³⁷, 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.
- 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.

Atención prenatal

- Para las mujeres con discapacidad en condición de embarazo la atención prenatal **se regirá 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.
- 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.

³⁷ Tomado de LEY N° 9379. Ley para la promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad. Asamblea Legislativa de Costa Rica, Agosto 2016.

CAPITULO X. CONTACTO PARA CONSULTAS

Para consultas sobre este documento, puede comunicarse con:

Contactos 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, Tel: 22238948)
- Dra. Angélica Vargas Campos, médico gineco-obstetra, Coordinadora, Programa de Normalización de Atención a la Mujer, Área de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica(avargahm@ccss.sa.cr, Tel: 25390193)

**CAPÍTULO XI
MONITOREO Y EVALUACIÓN**

CAPITULO XI. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo de la aplicación del presente documento se realizará de acuerdo a las intervenciones correspondientes a las diferentes unidades de salud, en concordancia con su Nivel de Atención, competencias y poder resolutivo.

Dicho monitoreo se debe realizar en al menos el 10% de los expedientes de salud de las usuarias atendidas en los Centro de Salud seleccionados, con diagnóstico de embarazo. A continuación se presentan algunos indicadores básicos de evaluación, sin embargo, esto no exime a aquellos indicadores que por necesidad local, cada unidad desarrolle para su propia monitoreo y evaluación.

Tabla No 15. Indicadores de evaluación

| Nivel de Atención | Objetivo específico | Indicador | Meta del primer año | Meta del segundo año | Responsable |
|-------------------------------------|--|---|---|---|---|
| I,II y III Nivel de Atención | Capacitar a funcionarios en el Protocolo de atención Clínica de atención la embarazo, parto y posparto | Porcentaje de funcionarios de atención directa a la mujer durante el embarazo, parto y posparto, capacitados en el Protocolo de atención Clínica de atención a la embarazo, parto y posparto. | 50% de los funcionarios de cada establecimiento de salud capacitados | 75% funcionarios de cada establecimiento de salud capacitados | -Director(a) del Centro de Salud |
| I,II y III Nivel de Atención | Planificar y programar la atención de mujeres en edad fértil | Porcentaje de establecimientos de salud que realizan programación y planificación local de atención de mujeres en edad fértil. | 50% de establecimientos de salud realizan programación y planificación local de atención de mujeres en edad fértil. | 75% de establecimientos de salud realizan programación y planificación local de atención de mujeres en edad fértil. | -Director(a) del Centro de Salud - Médicos(as) especialistas -Médicos(as) generales Enfermería obstétrica Administradores(as) |
| I,II y III Nivel de Atención | Planificar y programar a atención de mujeres embarazadas | Porcentaje de centros de salud que realizan programación y planificación local de mujeres embarazadas. | 50% de los centros de salud realizan programación y planificación local de mujeres embarazadas. | 75% de los realizan programación y planificación local de mujeres embarazadas. | -Director(a) del Centro de Salud - Médicos(as) especialistas -Médicos(as) generales Enfermería obstétrica Administradores(as) |
| I,II y III Nivel de Atención | Registrar adecuadamente la información de la usuaria embarazada en la HCP | Porcentaje de expedientes de salud con el registro de la información completo y adecuado de la HCP | 50% de los expedientes de salud revisados con el registro de la información completo y adecuado de la HCP | 75% de los expedientes de salud revisados con el registro de la información completo y adecuado de la HCP | Director(as) del Centro de Salud - Médicos(as) especialistas -Médicos(as) generales Enfermería obstétrica |

| | | | | | |
|--------------------------|--|--|---|---|---|
| I, II y III Nivel | Identificar a las mujeres y /o a su pareja sobre su riesgo obstétrico durante la consulta preconcepcional y durante su embarazo, parto y posparto. | Porcentaje de usuarias a las que se les realizó la clasificación de riesgo obstétrico durante la consulta preconcepcional y durante su embarazo, parto y posparto. | 50% de los expedientes de salud revisados | 75% de los expedientes de salud revisados | Director(a) del Centro de Salud - Médicos(as) especialistas -Médicos(as) generales Enfermería obstétrica |
| I, II y III Nivel | Promover la planificación familiar y proporcionar a la población los conocimientos y los medios para regular la fecundidad. | Porcentaje de usuarias a las que se les brindó educación sobre métodos anticonceptivos y de protección | 50% de los expedientes de salud revisados | 75% de los expedientes de salud revisados | Director(a) del Centro de Salud - Médicos(as) especialistas -Médicos(as) generales Enfermería obstétrica |
| II y III Nivel | Promover la planificación familiar y proporcionar a la población los conocimientos y los medios para regular la fecundidad. | Porcentaje de usuarias a las que se les indicó métodos anticonceptivos post evento obstétrico | 50% de los expedientes de salud revisados | 75% de los expedientes de salud revisados | Director(a) del Centro de Salud - Médicos(as) especialistas Enfermería obstétrica |
| I, II y III Nivel | Proporcionar educación y consejería para la salud a la embarazada y su familia | Porcentaje de usuarias a las que se les brindó educación y consejería para la salud | 50% de los expedientes de salud revisados | 75% de los expedientes de salud revisados | Director(a) del Centro de Salud - Médicos(as) especialistas -Médicos(as) generales Enfermería obstétrica |
| I Nivel | Mejorar la cobertura de captación posparto temprana | Porcentaje de usuarias posparto captadas tempranamente | 50% de los expedientes de salud revisados | 75% de los expedientes de salud revisados | Director(a) del Centro de Salud - Médicos(as) especialistas -Médicos(as) generales Enfermería obstétrica |

ANEXO NO 1. 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:

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:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1:Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

2-Para usted, la evaluación de la **Justificación y Referencias Normativas** es:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa | <input type="checkbox"/> 9: Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

3- Para usted, la evaluación del **Alcance y campo de aplicación** es:

1: Extremadamente Inapropiado

2: Muy Inapropiado

3: Poco Inapropiado

4: Muy Dudosa

5: Totalmente Dudosa

6: Poco Dudosa

7: Poco Apropiado

8: Muy Apropiado

9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

4-Para usted, la evaluación de la descripción de la **Metodología** es:

1: Extremadamente Inapropiado

2: Muy Inapropiado

3: Poco Inapropiado

4: Muy Dudosa

5: Totalmente Dudosa

6: Poco Dudosa

7: Poco Apropiado

8: Muy Apropiado

9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

5-Para usted, la evaluación de **los objetivos** es:

1: Extremadamente Inapropiado

2: Muy Inapropiado

3: Poco Inapropiado

4: Muy Dudosa

5: Totalmente Dudosa

6: Poco Dudosa

7: Poco Apropiado

8: Muy Apropiado

9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

6-Para usted, la evaluación del apartado **población diana** en el protocolo es:

1: Extremadamente Inapropiado

2: Muy Inapropiado

3: Poco Inapropiado

4: Muy Dudosa

5: Totalmente Dudosa

6: Poco Dudosa

7: Poco Apropiado

8: Muy Apropiado

9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

7-Para usted, la evaluación del apartado **personal de salud que interviene** es:

1: Extremadamente Inapropiado

2: Muy Inapropiado

3: Poco Inapropiado

4: Muy Dudosa

5: Totalmente Dudosa

6: Poco Dudosa

7: Poco Apropiado

8: Muy Apropiado

9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

8-Para usted, la evaluación del apartado **Atención Preconcepcional** es:

1: Extremadamente Inapropiado

2: Muy Inapropiado

3: Poco Inapropiado

4: Muy Dudosa

5: Totalmente Dudosa

6: Poco Dudosa

7: Poco Apropiado

8: Muy Apropiado

9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

9-Para usted, la **evaluación** del aparato **Control del Embarazo** es:

1: Extremadamente Inapropiado

2: Muy Inapropiado

3: Poco Inapropiado

4: Muy Dudosa

5: Totalmente Dudosa

6: Poco Dudosa

7: Poco Apropiado

8: Muy Apropiado

9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

10-Para usted, la evaluación del apartado **Atención de la Labor de Parto y Parto de bajo riesgo obstétrico** es :

1: Extremadamente Inapropiado

2: Muy Inapropiado

3: Poco Inapropiado

4: Muy Dudosa

5: Totalmente Dudosa

6: Poco Dudosa

7: Poco Apropiado

8: Muy Apropiado

9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

11-Para usted, la evaluación del apartado **Asistencia durante el puerperio y egreso** es :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa | <input type="checkbox"/> 9:Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

12- Para usted, la evaluación del apartado **Planificación Familiar** es :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa | <input type="checkbox"/> 9:Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

13- Para usted, la evaluación del apartado **Contactos para consultas** es :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa | <input type="checkbox"/> 9:Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

14- Para usted, la evaluación del apartado **Monitoreo y Evaluación** es :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa | <input type="checkbox"/> 9:Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

15- Para usted, la evaluación del apartado **Anexos** es :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa | <input type="checkbox"/> 9:Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

16- Para usted, la evaluación del apartado **Referencias Bibliográficas** es :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1: Extremadamente Inapropiado | <input type="checkbox"/> 4: Muy Dudosa | <input type="checkbox"/> 7: Poco Apropiado |
| <input type="checkbox"/> 2: Muy Inapropiado | <input type="checkbox"/> 5: Totalmente Dudosa | <input type="checkbox"/> 8: Muy Apropiado |
| <input type="checkbox"/> 3: Poco Inapropiado | <input type="checkbox"/> 6: Poco Dudosa | <input type="checkbox"/> 9:Extremadamente Apropiado |

Comentarios:

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 2. 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.

A. DIABETES MELLITUS

Se debe realizar la identificación de los factores de riesgo 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.³⁸

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 / m²)
- 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 de American diabetes association (2019) *Standards of medical care in diabetes*. Supplement 1 Volume 42.

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% | O |

³⁸ Lisa E. Moore. (2018). *Diabetes in pregnancy: The complete guide to management* . Springer; 1st ed.

*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: American diabetes association (2019) *Standards of medical care in diabetes*. Supplement 1 Volume 42.

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 en la siguiente tabla:

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: American diabetes association (2019) *Standards of medical care in diabetes*. Supplement 1 Volume 42.
ACOG Practice Bulletin (2018). *Gestational Diabetes Mellitus*. Bulletin Number 180.

B. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO^{39 40}

Los trastornos hipertensivos son una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo cuya incidencia es del 5 a 10%. Son causa importante de morbilidad materna y perinatal en todo el mundo. Entre las formas más frecuentes se incluye: hipertensión gestacional, preeclampsia-eclampsia y la hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreimpuesta.

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:

³⁹ Gabbe S. G (2019). Embarazo normal y alto riesgo. *Obstetricia. Preeclampsia y trastornos hipertensivos*. Elsevier España. VII Ed. Cap 31: p. 696-742

⁴⁰ Magee L.A. et al (2015). *The hypertensive disorders of pregnancy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*. (29): p. 643-657

Hallazgos clínicos de los trastornos hipertensivos del embarazo

| Hallazgos clínicos | Hipertensión crónica | Hipertensión Gestacional* | Preeclampsia |
|---|----------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Momento de la aparición de la hipertensión | <20 semanas | >20 semanas | Generalmente en el tercer trimestre |
| Grado de hipertensión | Leve o grave | Leve | Leve o grave |
| Proteinuria* | Ausente | Ausente | Suele estar presente |
| Síntomas cerebrales | Puede estar presente | Ausente | Presente en el 30% |
| Hemoconcentración | Ausente | Ausente | Enfermedad grave |
| Trombocitopenia | Ausente | Ausente | Enfermedad grave |
| Disfunción hepática | 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*. Elsevier España. VII Ed. Cap 31: p. 697

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/uI
- 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 vrs preeclampsia sin criterios de severidad), edad gestacional, condición materna y fetal, sin embargo se recomienda un abordaje intrahospitalario por Médicos 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. Ver Tabla No 6.

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.

C. INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO⁴¹

El screening 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 usuarias 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.

D. DETECCIÓN Y ABORDAJE DE SIFILIS GESTACIONAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN⁴²

43

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

⁴¹ Errol R. Norwitz, George R. Saade, Hugh Miller and Christina M. Davidson (2017) *Obstetric Clinical Algorithms*. Published by John Wiley & Sons, Ltd. . Second Edition: p . 60-63.

⁴² 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.

⁴³ Caja Costarricense de Seguro Social . *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

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 los mismos.

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:

En la primera consulta y por trimestre:

- Realizar evaluación integral del riesgo
- Brindar información y orientación para prevenir ITS
- Indicar VDRL antes de las 13 semanas de edad gestacional o en la primera consulta prenatal.
- Aquellas usuarias con estatus desconocido realizar al momento del parto o en el postparto

Si el VDRL es negativo:

- Repetir y valorar VDRL en cada trimestre y en el parto si no hay evidencia de un VDRL en el último trimestre.

Si el VDRL es positivo(independientemente de la titulación):

- Administrar tratamiento inmediato con penicilina benzatínica: 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

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

Si la prueba treponémica es negativa:

- Realizar VDRL cada trimestre 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.

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 sospecha de Sífilis Congénita se debe realizar VDRL y pruebas treponémicas al recién nacido y el manejo por neonatología o pediatría.

Sífilis congénita:

- Niño o niña con VDRL con títulos 4 veces superiores a los maternos (que equivale a dos diluciones, Ej.: mujer 1/4; niño 1/16).
- Niño o niña con manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita y serología positiva independientemente del título.
- Niños o niñas recién nacidos, aborto espontáneo o mortinato de una madre con sífilis materna que no ha recibido un tratamiento adecuado.
- Producto de la gestación o placenta con evidencia de infección por *Treponema pallidum* (TP) en el estudio anatomopatológico.

Existen dos acciones claves:

1. **TODOS** los hijos(as) de madres con test reactivos por sífilis durante el embarazo deben ser estudiados para ver si presentan evidencia de la enfermedad.
2. **NINGÚN** recién nacido debe ser egresado de la maternidad sin tener el estatus del VDRL de la madre en el momento del parto y al menos 1 vez durante el embarazo.

E. 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**) 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 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

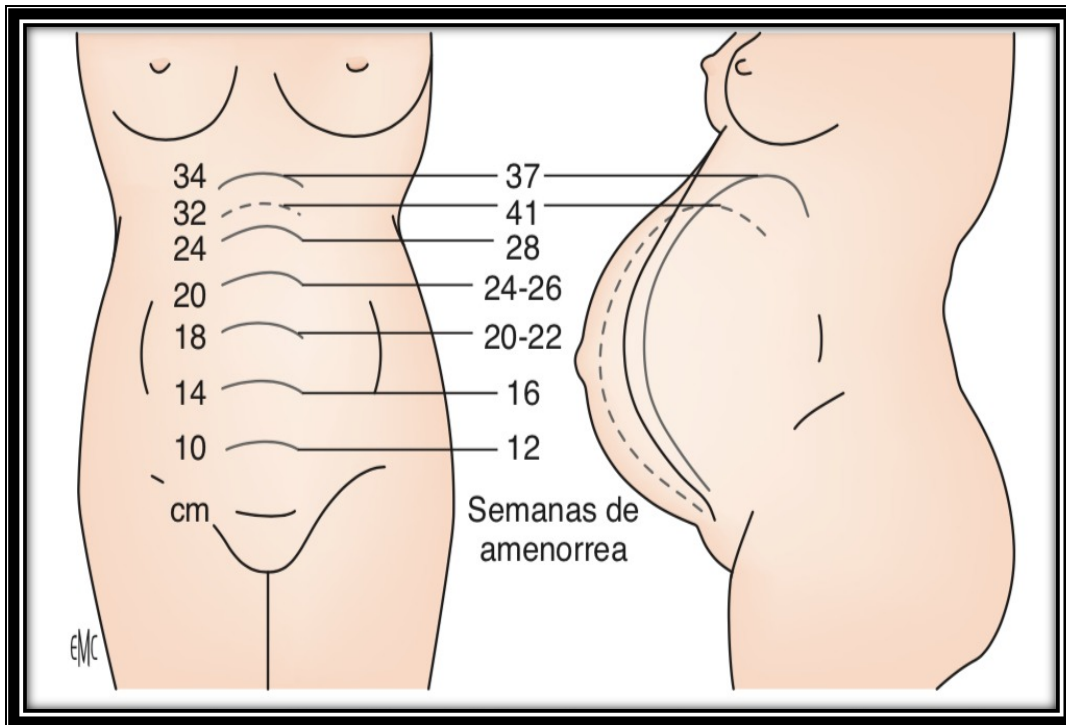
Hallazgos ecográficos normales en el Ultrasonido transvaginal durante en el I trimestre

| 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.

Tomado de : Mary E. Norton et al (2017). *Callens ultrasonography in obstetrics and gynecology*. Sixth edition.

ANEXO NO 4. LOCALIZACIÓN DEL FONDO UTERINO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL EN UN EMBARAZO DE UN SOLO PRODUCTO



Tomado de: 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].

Alto Riesgo

- Ganancia de peso inadecuada.
- Infecciones virales.
- Consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, drogas ilícitas, medicamentos).
- Anemia (hemoglobina menor que 11 g/L).
- Trastornos hipertensivos del embarazo.
- Infección urinaria.
- Enfermedad hemolítica perinatal.
- Diabetes mellitus pregestacional y gestacional.
- Polihidramnios u oligoamnios.
- Enfermedad tromboembólica.
- Embarazo múltiple.
- Roptura prematura de las membranas ovulares.
- Infección ovular o genital.
- Discordancia altura uterina.
- Gestación de 41 semanas o más.
- Problemas quirúrgicos agudos.

Riesgo Materno en el Parto

- Generalmente está relacionado con la analgesia y la anestesia.
- Perfusión placentaria insuficiente por hipotensión debido a anestesia regional.
- Síndrome de hipotensión supina.
- Choque por hipovolemia o descompensación cardiaca.
- Sobredosificación de anestesia general, ventilación u oxigenación pulmonar inadecuada.
- Administración de medicamentos que afectan de forma adversa al feto o al recién nacido.
- Traumatismos: por parto podálico, instrumentado y distocia de hombros.
- Intervalo prolongado entre el diagnóstico del estado fetal no tranquilizante y la cesárea (30 min o más), cuando se emplea la reanimación intrauterina.

Riesgo Materno Después del Parto

- Hemorragias.
- Inversión uterina
- Infección puerperal
- Convulsiones.

Fuente: Obstetricia y perinatología. (2012). *Diagnóstico y tratamiento*. Colectivo de autores. Editorial Ciencias Médicas.

ANEXO NO 6. 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), 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.

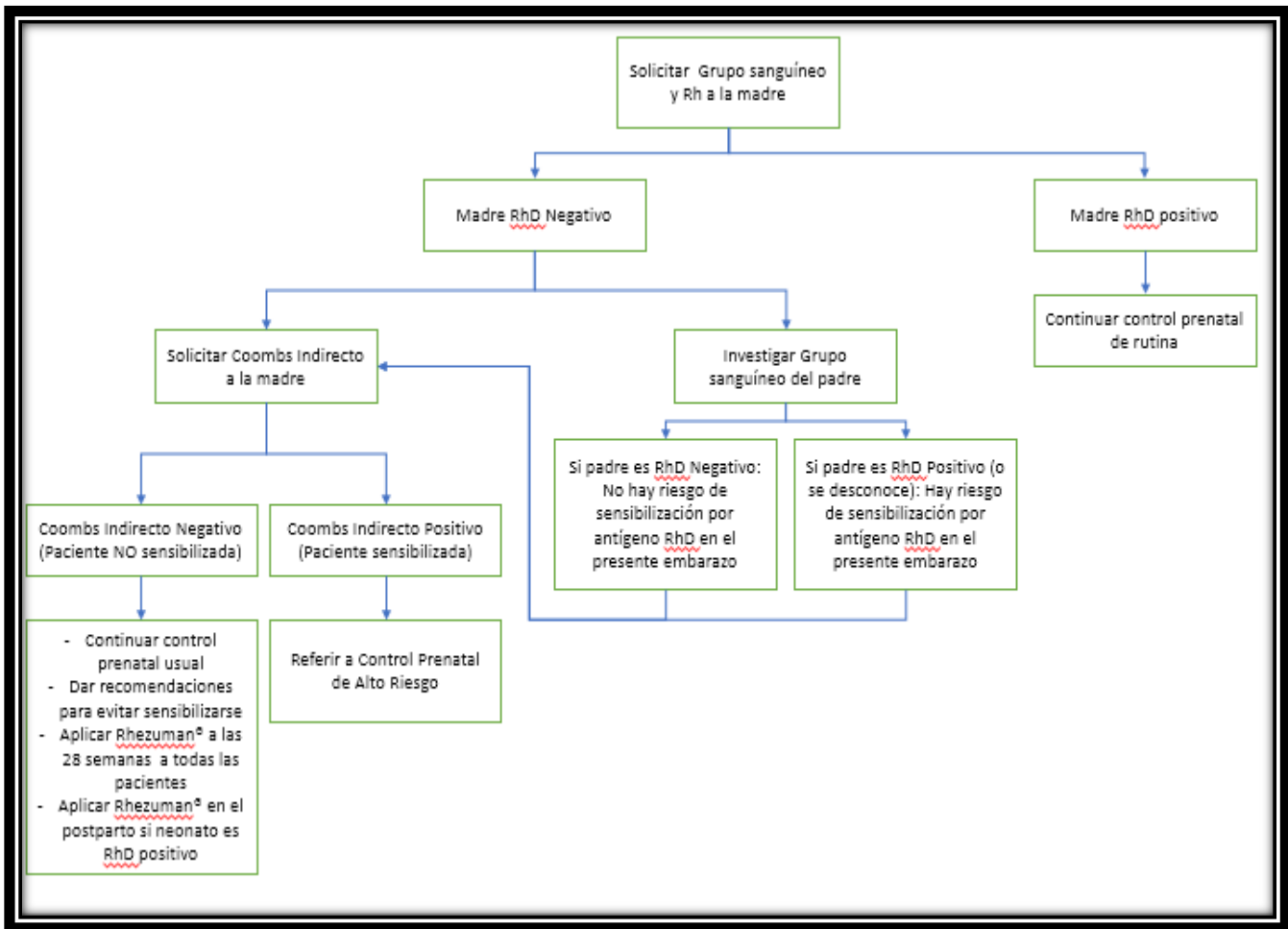
La clasificación se realiza de la siguiente manera:

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

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.

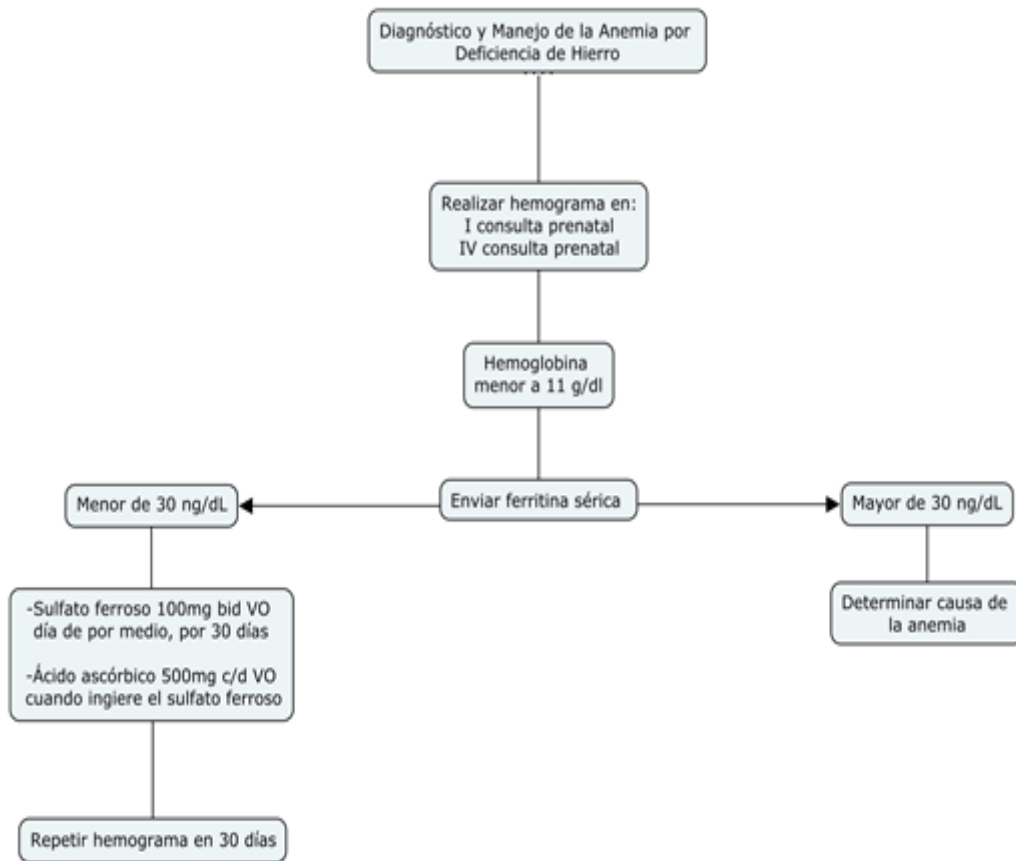
Durante el embarazo se considera beneficioso la actividad física tanto para el producto como para la madre. Es recomendable la actividad física moderada, misma que puede ayudar a prevenir el aumento excesivo de peso y reducir el riesgo de enfermedades crónicas. Siempre es importante asesorarse con personal calificado.

ANEXO NO 7. INCOMPATIBILIDAD SANGUÍNEA MATERNO-FETO-NEONATAL



Fuente: Elaboración propia

ANEXO NO 8. ABORDAJE DE LA ANEMIA



Fuente: Elaboración Propia

ANEXO NO 9. FACTORES DE RIESGO CLÍNICO Y USO DE ASPIRINA*

| Nivel de riesgo | Factores de Riesgo | Recomendaciones |
|--------------------|--|--|
| Alto** | <ul style="list-style-type: none"> Historial de preeclampsia, especialmente cuando se acompaña de un resultado adverso Embarazo Múltiple Hipertensión crónica Diabetes tipo 1 o 2 Enfermedad renal Enfermedad autoinmune(LES, Síndrome antifosfolípidos) | Recomiende aspirina en dosis bajas si el usuaria tiene uno o más de estos factores de alto riesgo |
| Moderado*** | <ul style="list-style-type: none"> Nulípara Obesidad(IMC> 30) Historia familiar de preeclampsia(madre o hermana) Características sociodemográfica(etnia afroamericana, condición económica baja) Edad de 35 o más Historia personal (por ejemplo, bajo peso al nacer o pequeño para la edad gestacional, resultados adversos previos al embarazo, intervalo de embarazo de más de 10 años) | Considere una dosis baja de aspirina si el usuaria tiene más de uno de estos factores de riesgo moderado**** |
| Bajo | A término sin complicaciones anteriores | No se recomienda aspirina en dosis bajas |

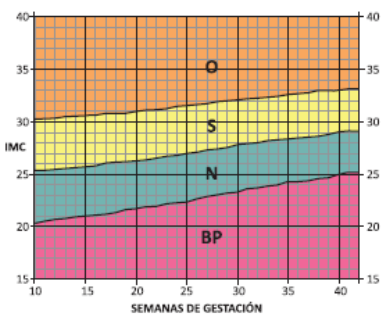

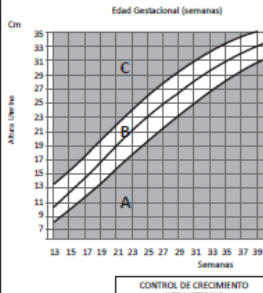
*No recomiende dosis bajas, ya que incluye solo los factores de riesgo que se pueden obtener de la historia clínica del paciente. Las medidas clínicas, como la de la arteria uterina, la ecografía con doppler, no están incluidas.

**Factores de riesgo únicos que se asocian sistemáticamente con mayor riesgo de preeclampsia. La tasa de incidencia de preeclampsia sería aproximadamente del 8% o más en una mujer embarazada con uno o más de estos factores de riesgo.

***Los médicos pueden usar una combinación de múltiples factores de riesgo moderado para identificar a las mujeres con alto riesgo de preeclampsia. Estos factores de riesgo están asociados de forma independiente con un riesgo moderado de preeclampsia, algunos más consistentemente que otros.

****Los factores de riesgo moderado varían en su asociación con un mayor riesgo de preeclampsia.

Fuente: Modificado de: LeFevre, ML. U.S (2014). Low-dose aspirin use for the prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Preventive Services Task Force.. Ann Intern Med;161(11):819–26

| <p>Gráfica para la evaluación nutricional de la embarazada según IMC</p>  <p style="font-size: small;">Fuente: Atalah E, Castillo C, Castro R., 2005.</p> <p>Clasificación según estado nutricional O= Obesidad S= Sobrepeso N= Normal BP= Bajo peso</p> <p>El cálculo del IMC se obtiene de dividir el peso en kg entre su talla en metros al cuadrado utilizando dos decimales.</p> | <p style="text-align: center;">EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">DÍA</th> <th style="width: 15%;">MES</th> <th style="width: 15%;">AÑO</th> <th style="width: 55%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | DÍA | MES | AÑO | | | | | | | | | | | | | | | | | | <div style="text-align: right;">  <p>HISTORIA CLÍNICA PERINATAL CLAP / SMR - OPS / OMS</p> </div> <p>Nombres _____ Apellidos _____ Identificación _____</p> <p>El embarazo no es una enfermedad pero exige vigilancia del equipo de salud para disminuir complicaciones.</p> <p>Cumpla con las citas y las recomendaciones que le sean dadas.</p> <p>Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Llévelo con usted en todo momento y entréguelo al equipo de salud cada vez que requiera atención durante el embarazo.</p> |
|--|--|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DÍA | MES | AÑO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">Gráfico de Altura Uterina y Semanas de Gestación</p>  <p style="font-size: small;">Fuente: Guía de atención Integral a las mujeres, niños y niñas en el Periodo Prenatal, Parto y Posparto, 2009.</p> | <p style="text-align: center;">OBSERVACIONES</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Para más información sobre el carné perinatal, su contenido, registro e interpretación, dirigirse al Instructivo del Carné Perinatal.*

ANEXO NO 11. RECORD MATERNO DE OBSERVACIÓN DE SIGNOS TEMPRANOS DE ALARMA

| PUNTAJE | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 |
|-------------------------|-------|----------|-----------|---------------------|---|
| SNC | | | DESPIERTA | RESPONDE AL LLAMADO | SOLO RESPONDE A ESTIMULO DOLOROSO O NO RESPONDE |
| SATURACION | < 95% | 95 a 96% | 97 a 100% | | |
| FRECUENCIA RESPIRATORIA | <10 | | 10 a 20 | | >20 |
| FRECUENCIA CARDIACA | <40 | 41 a 50 | 51 a 89 | 90 a 100 | >100 |
| PRESION SISTOLICA | <90 | 90 a 100 | 101 a 149 | 150 a 159 | 160 O MAS |
| PRESION DIASTOLICA | <50 | | 50 a 79 | 80 a 89 | 90 o mas |
| TEMPERATURA | <36 | | 36.1 a 37 | 37.1 a 37.9 | > 38 |
| GASTO URINARIO | <20 | 20 A 40 | >40 | | |

PUNTAJE BAJO 2 A 3 PTS EVALUACION CADA 4 HORAS POR ENFERMERA OBSTETRA

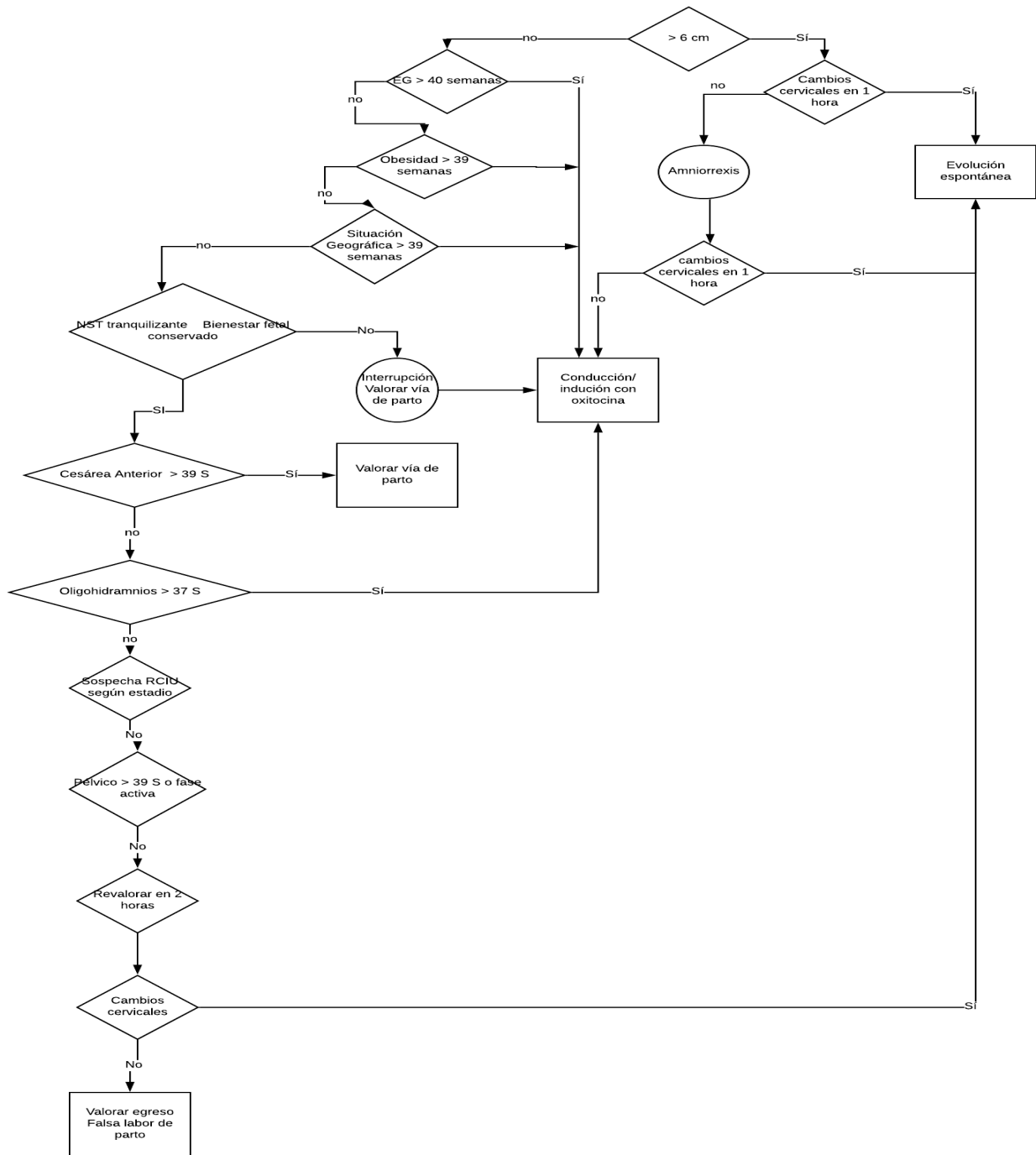
PUNTAJE INTERMEDIO 4 A 5 PTS REPORTAR A MEDICO ENCARGADO EVALUACION CADA HORA

PUNTAJE ALTO >6PTS EVALUACION INMEDIATA POR MEDICO ESPECIALISTA Y MONITOREO CADA 5 MINUTOS , NO SOBREPASAR MAS DE 30 MINUTOS CON ESTE PUNTAJE.

Fuente: ACOG Practice Bulletin (2006). *Postpartum hemorrhage*. No. 76. American College of Obstetricians and Gynecologist. Obstet Gynecol; 108; p: 1039-47.

Lyndon A, Lagrew D, Shields L, Melsop K, BinghamD, Main E. (2010). *Improving health care response to obstetric hemorrhage: a California toolkit to transform maternity care*. Stanford 8CA9: California Maternity Quality Care Collaborative.

ANEXO NO 12. ESQUEMA ESCALONADO DE DECISIONES BASADAS EN VALORACIÓN OBSTÉTRICA INGRESO DE USUARIAS DE BAJO RIESGO



Fuente: Elaboración propia

ANEXO NO 13. 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 consentar con las mujeres y familias con necesidades especiales

| I. Al ingreso a Sala de Labor y Partos ①* | | | | III. Durante el parto (Periodo Expulsivo) 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 ② | 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 | Corrobera 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 |
| Nombre del revisor (a) ⑩ | | # | | Nombre del revisor (a) ⑩ | | # | |
| II. Durante Periodo de Dilatación y Borramiento | | | | IV. Durante el alumbramiento: ⑦* | | | |
| II.a | Controla y valora y signos vitales | SI | NO | IV.a | Realiza manejo activo del alumbramiento ⑧ | 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 informa a la usuaría y familia sobre el plan de manejo del acuerdo a la evolución | SI | NO | IV.c | Verifica integridad del canal del parto | SI | NO |
| II.d | Realiza y valora monitoreo fetal | SI | NO | IV.d | Verifica tono uterino y sangrado | SI | NO |
| II.e | Orienta sobre acompañamiento a la usuaría. | SI | NO | IV.e | Realiza cuidados mediatos al Recién Nacido (15) | SI | NO |
| II.f | Valora línea de alerta para Toma de Decisiones ④ | SI | NO | IV.f | Completa llenado del Partograma | SI | NO |
| II.g | Indica la ingesta de líquidos claros | SI | NO | IV.g | Controla y valora signos vitales | SI | NO |
| II.h | Favorece la posición y deambulación libre de la usuaría | SI | NO | Nombre del revisor (a) ⑩ | | # | |
| II.i | Uso de medidas alternativas de alivio del dolor (12) | SI | NO | V. Durante el posparto inmediato (periodo uterino) ⑨* | | | |
| II.k | Registro de consenso de la Atención con la usuaría y acompañante. | SI | NO | V.a | Fomenta el apego y lactancia materna | SI | NO |
| Nombre del revisor (a) ⑩ | | # | | V.b | Orienta a la usuaría y acompañantes sobre control y cuidados posnatales (13) | SI | NO |
| OBSERVACIONES: | | | | V.c | Verifica tono uterino y sangrado | SI | NO |
| | | | | 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 |
| | | | | Nombre del revisor (a) ⑩ | | # | |

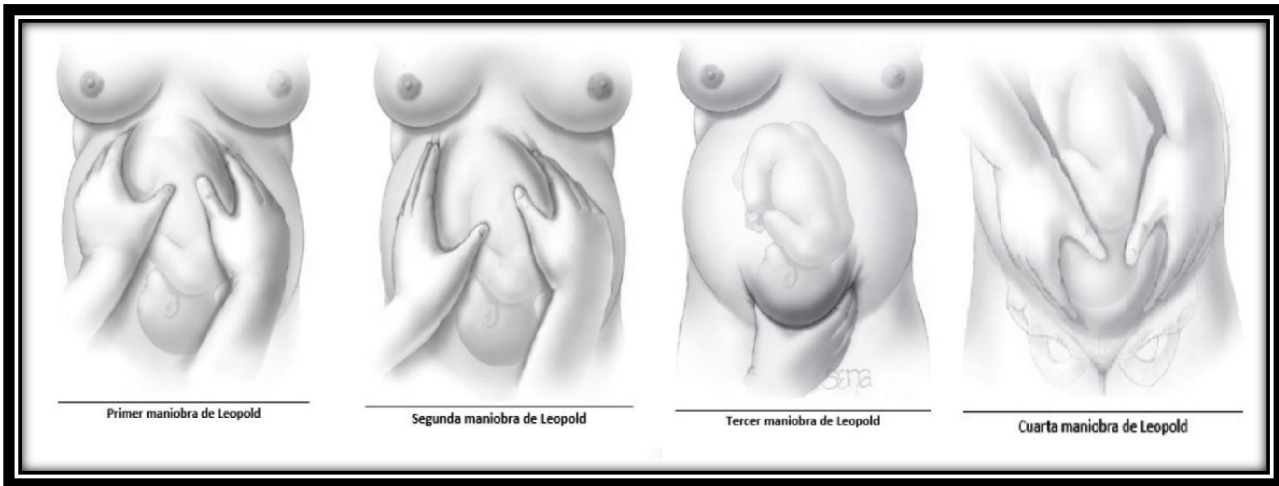
Instructivo

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 periodo 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 Mujeres2008 Ver pág s 118 a la 125).
- 14) y 15) Guías de Atención Integral a las mujeres.....2008 , ver pags.83 a la 86 .

Fuente: 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 y el Manual Técnico de Educación Perinatal para Mujeres Gestantes y sus familias.* San José, Costa Rica: Gerencia Médica- CCSS.

ANEXO 14. MANIOBRAS DE LEOPOLD



Fuente: 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.

ANEXO NO 15. ESCALA DE BISHOP

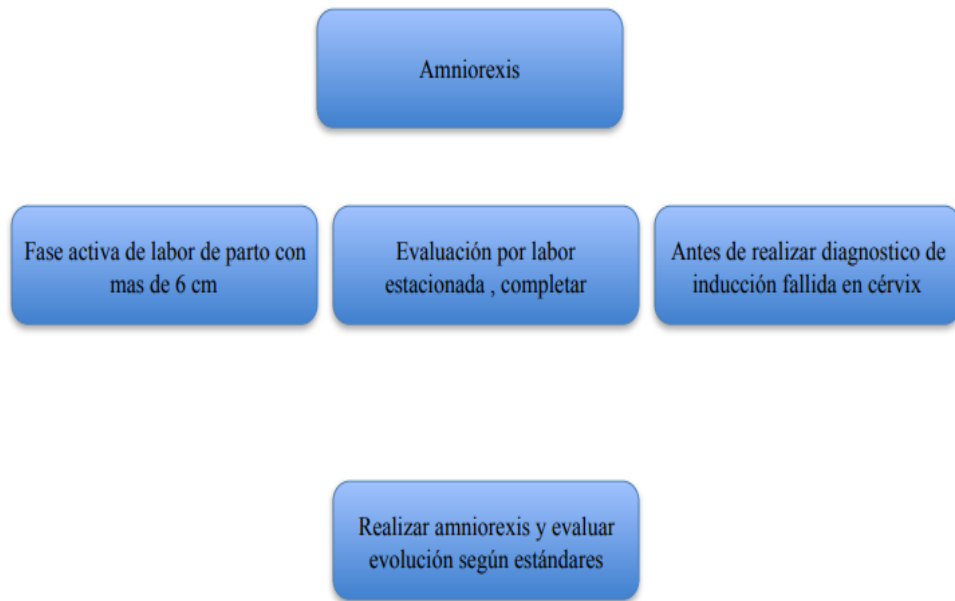
| Puntuación | 0 | 1 | 2 | 3 |
|----------------|-------------|-----------------|-------------|------------|
| Posición | Posterior | Medio | Anterior | |
| Consistencia | Duro | Medio | Blando | |
| borramiento | 0 a 30% | 40 a 50% | 60% | Más de 70% |
| Dilatación | 0 | 1 a 2 | 3 a 4 | Más de 4 |
| Plano de Hodge | Libre -3 | I a II -2,-1 | III 0,+1 | IV 2 |
| | | | | |

Puntaje:

Bishop < a 6 se considera no favorable por lo que se indica maduración cervical

Bishop > a 6 se considera favorable por lo que se recomienda conducción de labor de parto con oxitocina

Fuente: 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.

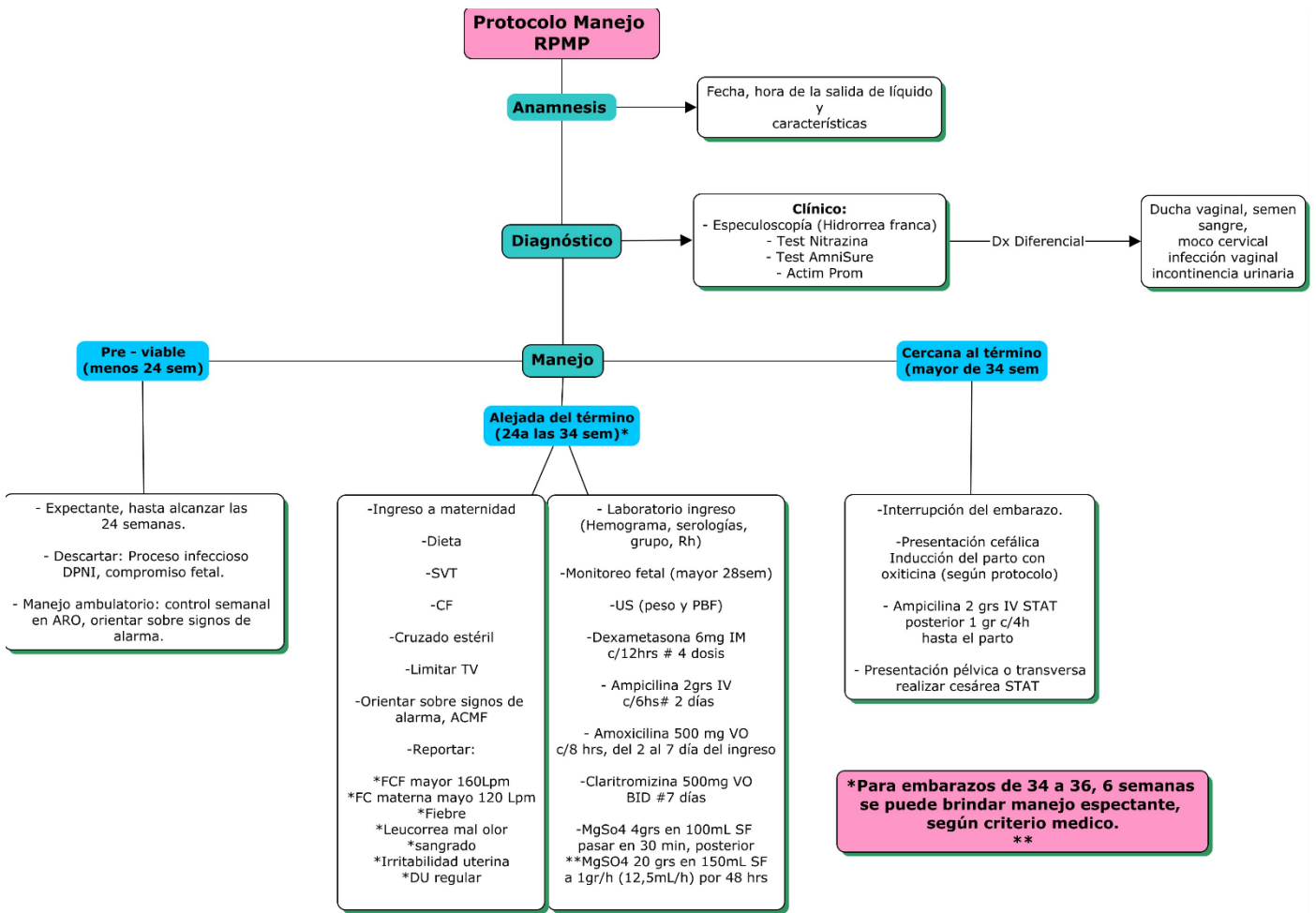


Fuente: Elaboración propia

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

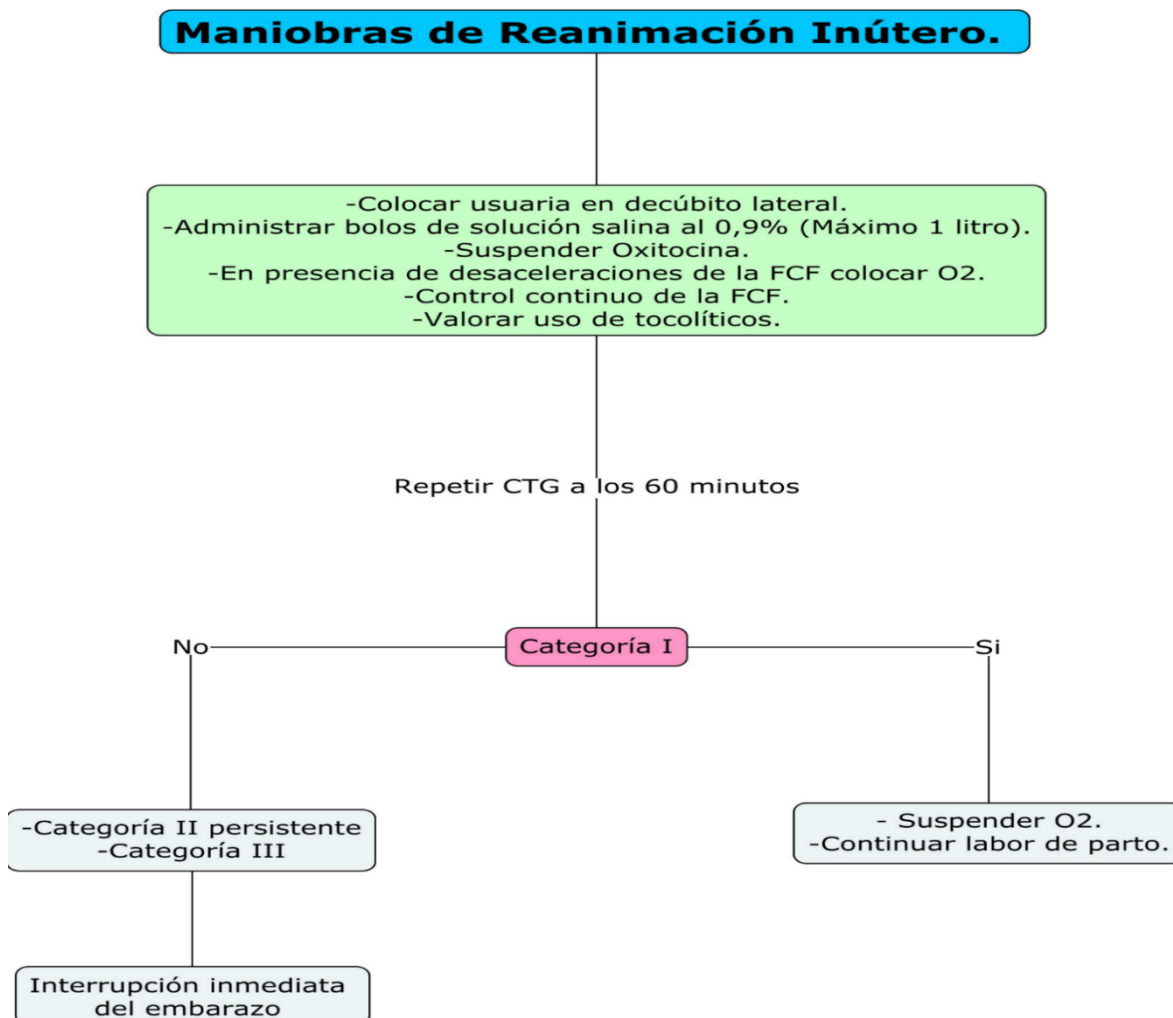
Incluso si la situación lo permite un consentimiento informado/ asentimiento informado, debe ser firmado(si aplica) en donde la usuaria solicite un manejo más activo de su labor incluyendo la amniorexis.

ANEXO 17. PROTOCOLO EN EL MANEJO DE RPM



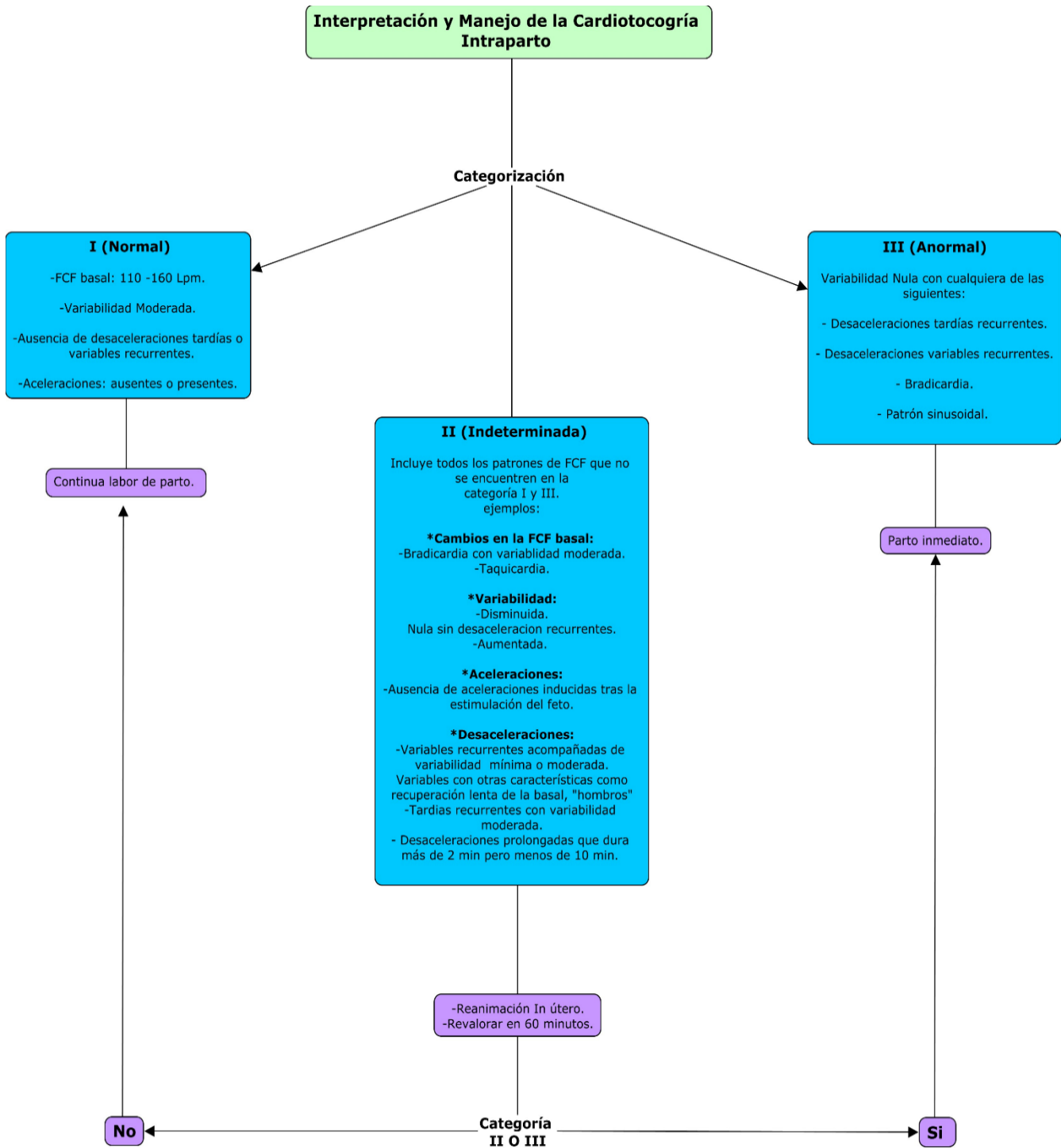
Fuente: Elaboración propia

ANEXO NO 18. MANIOBRAS DE REANIMACIÓN INÚTERO



Fuente: Elaboración propia

ANEXO NO 19. INTERPRETACIÓN Y MANEJO DE LA FRECUENCIA CARDÍACA FETAL DURANTE LA LABOR DE PARTO



Fuente: Elaboración propia

ANEXO NO 20. LINEAMIENTO PARA EL USO DE LA OXITOCINA

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***, el cual se encuentra avalado por el Comité Central de Farmacoterapia, como ente Asesor de la Gerencia Médica, mediante oficio GM- CCF- 1041-2020 .

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:

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

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.^{1,2,3}

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.^{1,2}

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.^{1,2}
- Farmacológica: utilización de medicamentos como Prostaglandinas u Oxitocina.^{1,2,3}

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.¹¹

Procedimiento:

Al ser hospitalizada la usuaria es valorada por el medico(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.¹¹

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.^{10,11} Utilizando bomba de infusión, se inicia el goteo a 4 mU/min (4 cc/h), se realiza control de dinámica uterina cada 30 minutos.⁵ 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.

Efectos adversos:

Los efectos secundarios al mal uso de la oxitocina son: ^{3,4}

| Sistema | Efecto |
|---------------------------------|--|
| 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 |

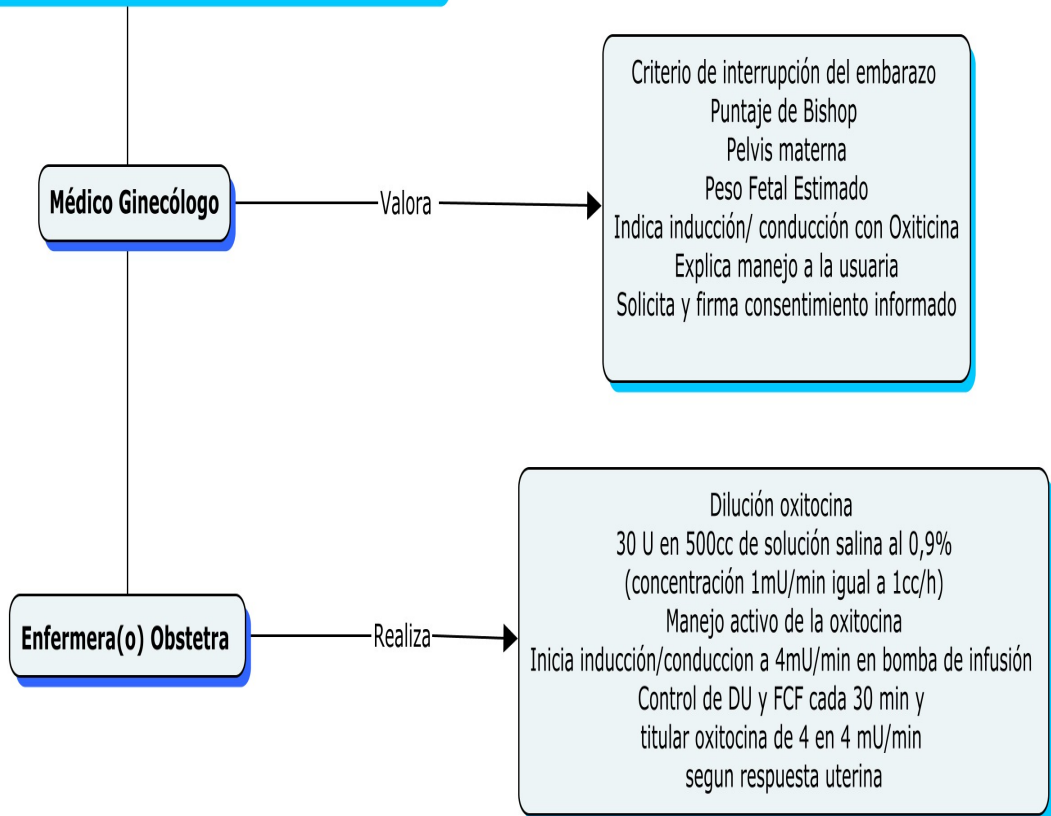
Complicaciones causadas por sobre dosis:

Cuando se presenta una sobredosis de oxitocina se puede presentar alguna de las siguientes complicaciones en la madre o el feto:

| Madre | Feto |
|---|--|
| Roptura 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 | Hipoxia, traumatismo fetal, prolapso de cordón umbilical, bradicardia, arritmias, asfixia, Óbito fetal, encefalopatía crónica no progresiva (PCI). |

Algoritmo Manejo de la usuaria al ingreso a Sala de Partos

Funciones del Personal Responsable de la Usuaría en sala de Partos



Dilución de la oxitocina y concentración 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

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

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

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

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

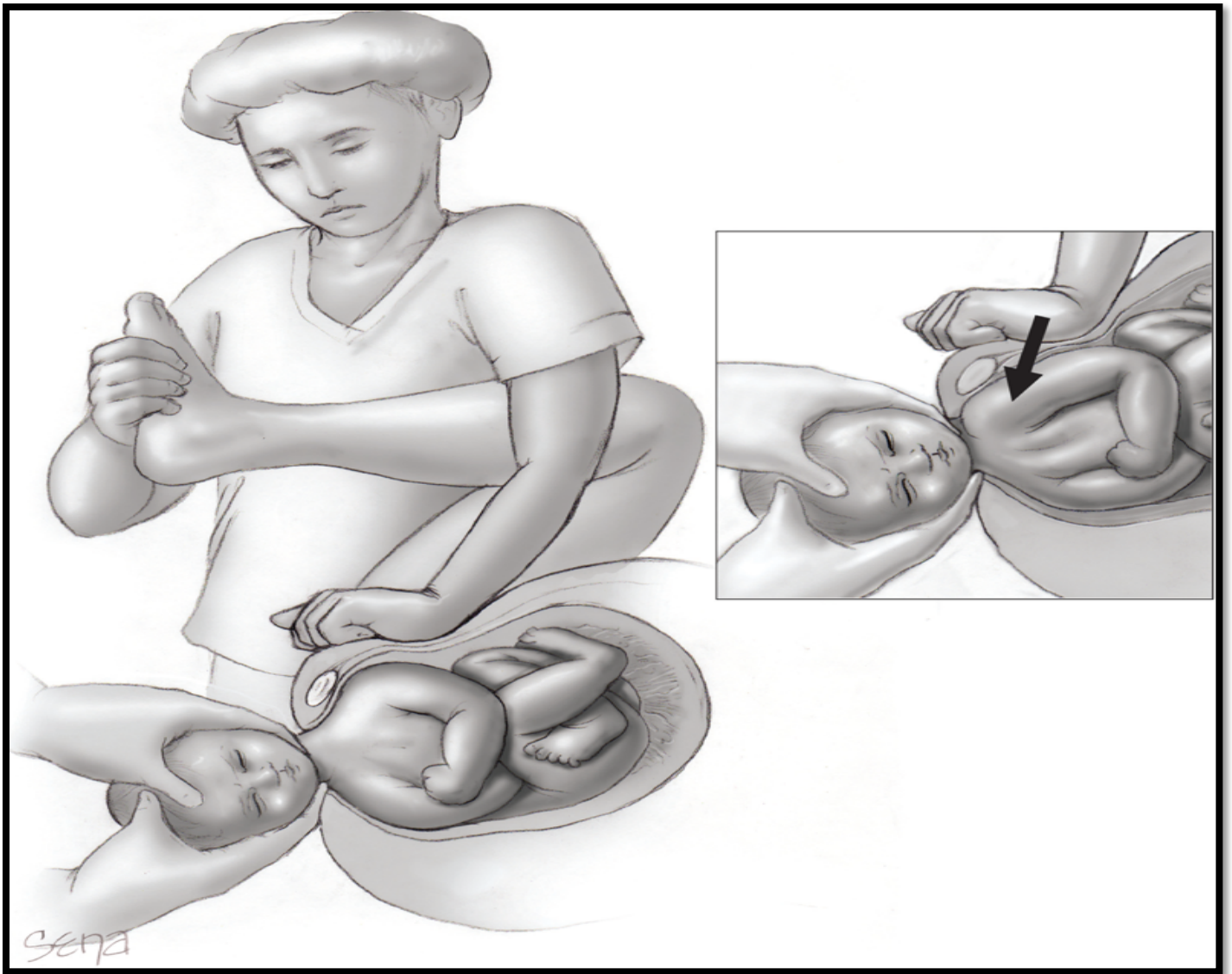
Continuar titulando según respuesta uterina

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: Dra. Jéssica Castrillo. Protocolo para el uso de oxitocina. Hospital san Vicente de Paul, CCSS.

ANEXO NO 21. MANIOBRA DE MC ROBERT



Fuente: F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Jeanne S. Sheffield (2014). *Obstetricia de Williams*. Ed 25.

ANEXO NO 22. ANALGESIA OBSTÉTRICA

| Analgésicos | Efectos secundarios | Seguridad | Dosis |
|------------------------|--|--|--|
| Fentanyl ¹ | Disminución de la variabilidad y reactividad fetal. Hipersensibilidad materna , depresión respiratoria Nauseas y vómitos | Seguro | 25mcg dos dosis máximo separadas al menos de una hora IV |
| Tramadol ² | Disminución de la variabilidad y reactividad fetal. Hipersensibilidad materna , depresión respiratoria Nauseas y vómitos | Alto perfil del seguridad comparado con el Fetntanyl , menor perfil de efectividad | 100mg IM O IV dosis única |
| Buscapina ³ | Pocos efectos secundarios significativos , resequedad oral | Alto perfil de seguridad , poco o ningún efecto analgésico, efecto sobre musculo liso del cérvix en fase latente de labor de parto | 10 mg IV dos dosis IM i IV |
| | | | |

1. WHO recoemendation on pain relief during labor 2018
2. A thought for tramdol hidrochloride as labor analgesic, doble blind , randomized control trial, 2012 Anesthesia essays and researchers.
3. Effect of Hiocine butilbromuro during labor, 2017 , taiwanese journal of obstetric and gynecology .

Fuente: Elaboración propia

**Manejo Activo
del Tercer Estadio
de la Labor de Parto**

Posterior al nacimiento del hombro anterior del feto

**Usuaría con indicación médica de conducción uterina continuar
infusión IV de oxitocina**

**Usuaría en evolución espontánea colocar Solución Salina 0,9% 500cc + 20U de
oxitocina y finalizar en post parto inmediato.**

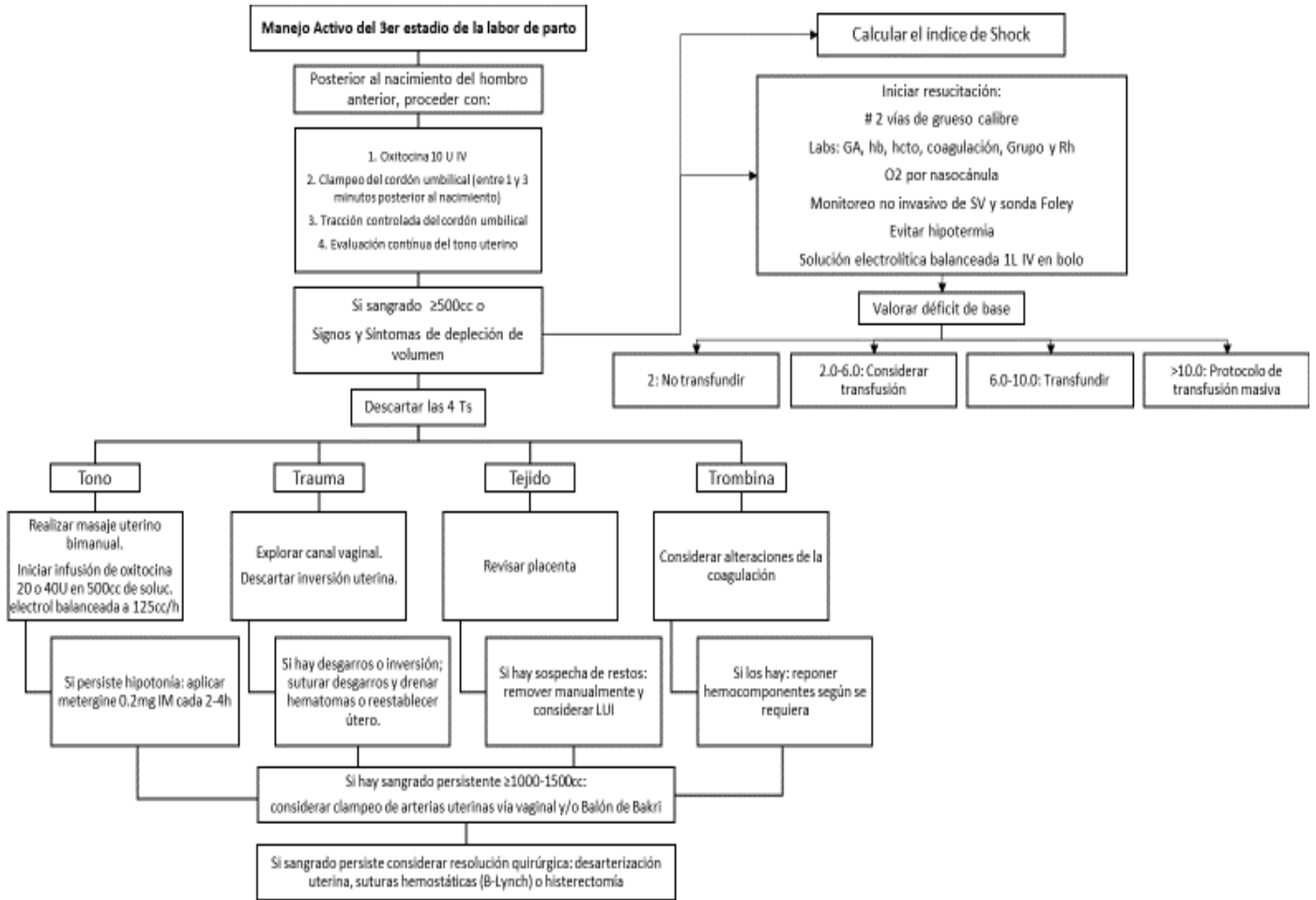
Clampeo tardío del cordón umbilical (1 a 3 minutos posterior al nacimiento)

Tracción controlada del cordón umbilical (Maniobra de Brant Andrews)

Evaluación continua del tono uterino (c/15 min)

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO NO 24. DECISIONES PARA EL MANEJO DEL POSTALUMBRAMIENTO



Fuente: Elaboración propia

ANEXO NO 25. CÓDIGO AZUL OBSTÉTRICO

| | |
|--|---|
| <p>Pida ayuda Inicie reanimación</p> | <p>Llame a código azul obstétrico(incluye neonatología) Asigne persona que lleve los tiempos Asigne persona que desvíe el útero a la izquierda Traiga el DEA/ Desfibrilador Coloque tabla de reanimación Inicie RCP Pida equipo vía aérea adulto y un experto Pida paquete de cesárea y bisturí Reanime 4 minutos Piense en cesárea perimortem a los 5 minutos</p> |
| <p>C Circulación Compresiones torácicas</p> | <p>Confirme desviación izquierda útero Manos en mitad del esternón Realice 100 compresiones por minuto Compresione fuerte y rápido Cambie reanimador cada 2 minutos Canalice accesos venosos arriba del diafragma</p> |
| <p>A Vía aérea</p> | <p>Tracciones mandíbula. Eleve barbilla Administre oxígeno al 100% 10-15 litros con AMBU Intubación por personal experimentado TET 6-7 o ML No pare las compresiones durante la intubación</p> |
| <p>B Ventilación</p> | <p>No intubada: 30 compresiones por 2 ventilaciones Intubada: 10 ventilaciones por minuto(500-700 ml/ minuto)</p> |
| <p>D Desfibrilación</p> | <p>Parches DEA como indicado paletas desfibrilador Utilice DEA/ desfibrilador cada 2 minutos Realice nuevamente RCP por 2 minutos Valore uso de drogas Soporte Cardíaco Avanzado Prepare para cesárea si usuaria no sale del paro</p> |
| <p>E Extracción fetal</p> | <p>Inicie incisión 4 minutos Nacimiento a los 5 minutos Continúe reanimación materna durante a cesárea</p> |
| <p align="center">Si desconoce cuánto tiempo lleva la usuaria en paro realice un ciclo de reanimación de 2 minutos y valore cesárea perimortem</p> | |

Fuente: Lipman S et al (2015). *Consensus Statement of the management of cardiac arrest in pregnancy*. The Society of Obstetric Anesthesia and Perinatology. Anestesia y Analgesia. Volume 118, No 5. Traducido por Dra Shirley Acuña Chinchilla. Hospital México- San José, Costa Rica.

ANEXO NO 26. LISTA DE CHEQUEO PARA HEMORRAGIA VAGINAL POSPARTO

Fecha de nacimiento: _____ N. ° Exp: _____ Médico: _____
FUR: _____ Paridad: _____ Edad gestacional _____

Para hemorragias de más de 500 ml de pérdida estimada, pero menos de 1000 ml, después de parto vaginal:

- Empezar con vía intravenosa (IV), si no está presente.
- Aumentar la velocidad del flujo intravenoso (IV).
- Aumentar oxitocina intravenosa, aumentando la velocidad del flujo, o aumentando la concentración a 40-80 UI/L.
- Vaciar vejiga.
- Realizar masaje vigoroso del fondo.
- Administrar 0.2 mg de Methylergonovine IM cada 2-4 horas, si la paciente no es hipertensa.
- Pruebas de compatibilidad, reservar 2 unidades de GRE.
- Evaluar retención de restos, laceraciones, atonía uterina e inversión uterina.
- Prostaglandinas

Si no hay respuesta con una estimación de pérdida sanguínea de 1000 ml:

- Pedir ayuda-segundo obstetra, anestesia y banco de sangre.
- Pedir STAT un segundo hemograma y evaluación de la coagulación, incluyendo, plaquetas, fibrinógeno, TP Y TPT.
- Empezar transfusión de productos sanguíneos, basado en signos y juicio clínico.
- Establecer una segunda línea de perfusión de gran calibre IV (14 o 16).
- Administrar oxígeno según necesario, para mantener saturación de oxígeno mayor a 95 %.
- Considerar trasladar a quirófano para dilatación, curetaje o reparación de laceraciones.
- Considerar balón intrauterino.
- Considerar cobija caliente para prevenir hipotermia.
- Pruebas de compatibilidad, 2-4 unidades adicionales de GRE, 2-4 unidades de plasma fresco congelado y 4 unidades de plaquetas.
- Colocar un catéter Foley con urómetro.
- Realizar gases arteriales.

Si no hay respuesta con 1500 ml de pérdida de sangre estimada:

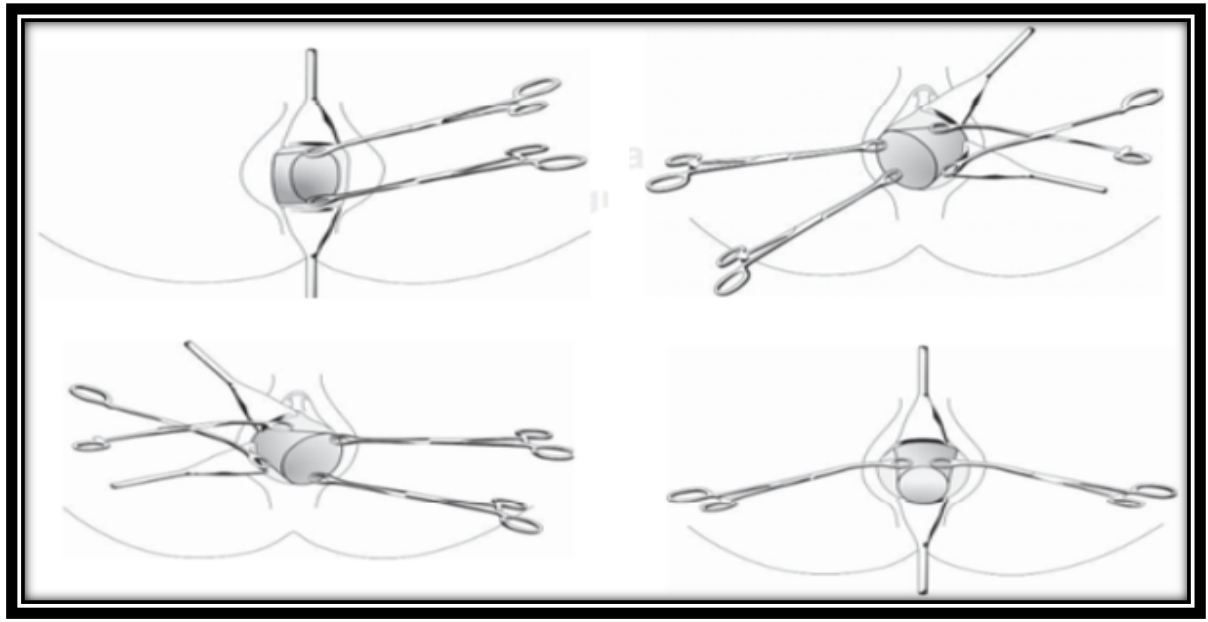
- Iniciar protocolo de transfusión masiva.
- Considerar protocolo de transfusión de sangre de GRE, PFC y plaquetas en una relación de 1: 1: 1.
- Considerar ligaduras de las arterias uterinas o histerectomía.

Fuente: Servicios de Ginecología y Obstetricia, Hospital Calderón Guardia. San José, Costa Rica: CCSS

ANEXO NO 27. KIT PARA LA ATENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSPARTO

| <u>Equipo</u> | <u>Insumo</u> |
|--|---|
| - - - - <u>Venopunción</u> | <u>2 catéter # 14- 16 - 18</u> <u>3 ampollas de agua estéril</u> <u>Jabón clorhexidina</u> <u>1 Esparadrapo</u> <u>1 Torniquete</u> <u>2 Guantes</u> <u>2 Sello de heparina</u> <u>2 conexiones de suero</u> <u>2 litros de solución electrolítica balanceada</u> |
| - - - <u>Catéter vesical</u> | <u>1 Sonda Foley</u> <u>1 Bolsa colectora de orina</u> <u>1 Jabón clorhexidina</u> <u>1 Esparadrapo</u> <u>1 Jeringa 10 cc</u> <u>1 Guantes estériles</u> <u>1 Gel lubricante</u> <u>5 ampollas de agua estéril</u> |
| - <u>Oxigenoterapia</u> | <u>1 naso cánula</u> <u>1 Bolsa agua estéril</u> <u>1 humidificador</u> |
| - - <u>Hemocomponentes</u> | <u>2 tubos morados</u> <u>1 tubo celeste</u> <u>1 tubo rojo</u> <u>Solicitud de hemocomponentes previamente</u> <u>llenada.</u> |

ANEXO 28. TÉCNICA ZEA: PINZAMIENTO DE ARTERIAS UTERINAS



Fuente: Francisco Zea-Prado, Salvador Espino-y-Sosa, Fela Vanessa Morales-Hernández (2011). *Pinzamiento vaginal de arterias uterinas en hemorragia puerperal. Técnica Zea para control de hemorragia obstétrica.* Perinatología y reproducción humana, México.

CAPÍTULO XIII
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPITULO XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Obstetricians and Gynecologist (2018). *Maternal Immunization Committee Opinion* Number 741. VOL. 131, No. 6.

American College of Obstetricians and Gynecologist (2019). *Chronic Hypertension in Pregnancy*. Practice bulletin VOL. 133, No. 1

American College of Obstetricians and Gynecologist (2018). *Gestational Diabetes Mellitus*. Practice Bulletin Number 180.

American College of Obstetricians and Gynecologist (2019). *Gestational Hypertension and Preeclampsia*. Practice bulletin VOL. 133, No. 1

American College of Obstetricians and Gynecologist (2006). *Postpartum hemorrhage*. No. 76. Obstet Gynecol; Practice Bulletin 108; p: 1039-47.

American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists (2012). Seventh Edition. *Guidelines for Perinatal Care*.

American diabetes association (2019) *Standards of medical care in diabetes*. Supplement 1 Volume 42.

American Society for reproductive medicine (2014). *Miscarriage or recurrent pregnancy loss*. Montgomery Highway.

C Gyamfi Bannerman et al (2016). *Premature rupture of membranes. Antenatal Betametasone for women at risk of late preterm delivery*. Practice Bulletin ACOG Number 160, N engl J Med.

Caja Costarricense de Seguro Social (2009). *Guía de Atención Integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo perinatal, parto y postparto*. San José, Costa Rica:CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social . *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.

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.

Caja Costarricense de Seguro Social (2015). *Lineamiento Técnico Tamizaje en Mujeres Gestantes para Hepatitis B DDSS-0880-2015*. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social (2015). *Lineamiento de Acompañamiento Integral en el proceso del nacimiento (Emergencias, Pre Parto, Parto, Recuperación Post Parto, Salón de Alojamiento Conjunto*” L.GM.DDSS.ARSDT.CNE.081015. San José, Costa Rica: CCSS

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: CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social (2013). *Lineamientos para la vacunación de embarazadas con Tdap*, San José, Costa Rica: CCSS

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

Caja Costarricense de Seguro Social (2014). *Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias*. Área de Atención Integral a las Personas. San José, Costa Rica: CCSS.

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 y el Manual Técnico de Educación Perinatal para Mujeres Gestantes y sus familias*. San José, Costa Rica: Gerencia Médica- CCSS.

Callen’s et al (2017) .*Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology: Ultrasound evaluation of the gravid cervix*. ed 6.

Carlos Simon, M.D., Ph.D. and Roberto Romero, M.D., D.Med (2019). *Preconceptional care, where reproductive medicine meets obstetrics: the origins of lifetime health*. Consultado el 24/04/2019] en: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.02.006>, /

CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (2016). *Chronic Hypertension in Pregnancy: Diagnosis, Management and Outcomes*. Volume 60, Number 1, p. 206–214.

Centre for Maternal and Child Enquires and Royal College of Obstetricians and Gynecologists Joint Guideline (2010). *Management of women with obesity in pregnancy*. London: Centre for Maternal and Child Enquiries.

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.

Domenico Girelli, Sara Ugolini, Fabiana Busti¹, Giacomo Marchi, Annalisa Castagna. (2017). *Modern iron replacement therapy: clinical and pathophysiological insights* .The Japanese Society of Hematology.

Errol R. Norwitz, George R. Saade, Hugh Miller and Christina M. Davidson (2017) *Obstetric Clinical Algorithms*.. Published by John Wiley & Sons, Ltd. Second Edition: p. 60-63.

Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Serruya S, Durán P (2011). *Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido*. 3a ed. Montevideo: CLAP/SMR (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1577) ISBN: 978-92-75-33177-4;

FIGO (2018). *Good clinical practice advice: Prediction of preterm labor and preterm premature rupture of membranes*.

Flor M. Munoz, MD, MSc, and Denise J. Jamieson, MD(2019). *Maternal Immunization*. MPH VOL. 133, NO. 4.

Francisco Zea-Prado, Salvador Espino-y-Sosa, Fela Vanessa Morales-Hernández (2011). *Pinzamiento vaginal de arterias uterinas en hemorragia puerperal. Técnica Zea para control de hemorragia obstétrica*. Perinatología y reproducción humana, México.

F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Jeanne S. Sheffield (2014). *Obstetricia de Williams*. Ed 25.

Gabbe S. G (2019). Embarazo normal y alto riesgo. *Obstetricia. Preeclampsia y trastornos hipertensivos*. Elsevier España. VII Ed. Cap 31: p. 696-742

Gallos ID et al (2018). *Uterotonic agents for preventing postpartum hemorrhage: a network meta-analysis (review)*. Cochrane collaboration.

Higan J, French S y Mackillop L. (2015). *Vaccinations in pregnancy*. *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine*. Volume 26:3

Jean-Ju Sheen, MD; Jason D. Wright, MD; Dena Goffman, MD; Adina R. Kern-Goldberger, MD; Whitney Booker, MD; Zainab Siddiq, MS; Mary E. D'Alton, MD; Alexander M. Friedman, MD, MPH (2018). *Maternal age and risk for adverse outcomes*, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, edición 15.

LeFevre, ML. U.S (2014). Low-dose aspirin use for the prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Preventive Services Task Force.. Ann Intern Med*;161(11):819–26

Lipman S et al (2015). *Consensus Statement of the management of cardiac arrest in pregnancy*. The Society of Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anestesia y Analgesia*. Volume 118, No 5. Traducido por Dra Shirley Acuña Chinchilla. Hospital México- San José, Costa Rica.

Lisa E. Moore. (2018). *Diabetes in pregnancy: The complete guide to management*. Springer; 1st ed.

Lisa M. Nathan (2019). *An overview of obstetric hemorrhage*. *Seminars in perinatology* Volume 43.

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.

Magee L.A. et al (2015). *The hypertensive disorders of pregnancy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*. (29): p. 643-657

Mary E. Norton et al (2017). *Callens ultrasonography in obstetrics and gynecology*. Sixth edition.

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.

Melissa L. McPheeters et al (2005). *The epidemiology of threatened preterm labor: A prospective cohort study* American Journal of Obstetrics and Gynecology. P. 192, 1325–30

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.

Ministerio de Salud de Costa Rica (2006). *Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero para el I y II Nivel de Atención*. Normas de Laboratorios de Citología. San José, Costa Rica.

Mojtabai Ramin (2004). *Body mass index and serum folate in childbearing age women*. Eur J Epidemiol. 19(11): p 1029-36.

Nadia B. Kunzier et al (2016). *The use of cervical sonography to differentiate true from false labor in term patients presenting for labor check*. 215(6): p. 811-812

Obstet Gynecol (2016). *Summary: Ultrasound in Pregnancy*. Practice Bulletin No. 175; 128(6):1459-1460.

Obstetricia y perinatología. (2012). *Diagnóstico y tratamiento*. Colectivo de autores. Editorial Ciencias Médicas.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud*.

Organización Mundial de la Salud (2018). *Enfermedad por el Virus del ZIKA*. Consultado 19/03/19 en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus>.

Organización Mundial de la Salud (2019). *Intervenciones, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño*. Consultado el 11 /03/2019 en https://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/es/

Organización Mundial de la Salud (2011) .*Planificación familiar: un manual mundial para proveedores*. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health /Center for Communication Programs y Organización Mundial de la Salud USAID.

Organización Panamericana de la Salud (2011). Guías para el continuo de la Atención de la Mujer y el recién nacido focalizadas por APS.

Patrick M Catalano and Kartik Shankar. *Obesity and pregnancy: mechanism of short term and long term adverse consequences for mother and child*. (2017). Disponible en BMJ;1doi:10.1136/bmj.j1

Protocolo Vacunas y Embarazo (2018). Hospital Universitario Clinic Barcelona.

Recommendation Statement US Preventive Services Task Force (2017). *Folic Acid Supplementation for the Prevention of Neural Tube Defects US Preventive Services Task Force*. JAMA; 317(2): p 183-189. Disponible en: doi:10.1001/jama.2016.19438.

Shields LE, Smalaraz K, Reffigee L et al (2011). *Comprehensive maternal hemorrhage protocols improve patient safety and reduce utilization of blood products*. Am J Obstet Gynecol.

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.

Steven Gabbe et al (2016). *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies: Preterm labor and birth*. ed 7.

The American College of Obstetricians and Gynecologists (2013). *Hypertension in pregnancy*. Task force on Hypertension in pregnancy .

Uma M. Reddy, MD, MPH, Chia-Wen Ko, PhD, Marian Willinger, PhD, *Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States* (2006). American Journal of Obstetrics and Gynecology. p. 195, 764–70.

World Health Organization (1996). *Care in Normal Birth: a practice guide*. Department of reproductive health and research world health organization.

World Health Organization. (2010). *Combined hormonal contraceptive use during the postpartum period*. Geneva, Switzerland

World Health Organization (2014). *Safety of Immunization during Pregnancy: A review of the evidence*. Global Advisory Committee on Vaccine Safety.

LEY N° 9379(2016). *Ley para la promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad.* Asamblea Legislativa de Costa Rica.

Jenny Abanto, et all.(2019) *Odontopediatría, evidencias científicas para la conducta clínica en bebés y preescolares.* Quintessence Editorial. Ltda. Primera Edición en español.