



SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA Y
ASISTENCIA SOCIAL

**NORMAS DE ATENCION A LA
MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO,
PUERPERIO Y DEL RECIEN NACIDO**

República Dominicana
2001

Serie de Normas Nacionales No. 5

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

- Dirección Nacional de Salud
- Dirección General Materno Infantil y Adolescente
- Dirección General de Planificación y Sistemas de Salud
- Dirección General de Hospitales
- Dirección General de Epidemiología
- Dirección General de Atención Primaria de Salud
- Dirección General de Promoción y Educación en Salud
- Dirección Nacional de Población y Familia
- Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA
- Departamento Nacional de Laboratorios y Banco de Sangre

HOSPITALES Y ENTIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE REPÚBLICA DOMINICANA

SOCIEDADES DE CONSULTA NACIONAL

- Sociedad Dominicana de Ginecología y Obstetricia
Filial Asociación Médica Dominicana
- Sociedad Dominicana de Pediatría
Filial Asociación Médica Dominicana
- Sociedad Dominicana de Medicina Perinatal
Filial Asociación Médica Dominicana
- Sociedad Dominicana de Infectología
Filial Asociación Médica Dominicana
- Asociación Nacional de Hospitales y Clínicas Privadas
(ANDEHCLIP)

ORGANISMOS DE COOPERACION INTERNACIONAL

- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de Salud (OPS/OMS)
- Fondo de las Naciones Unidas para Población (FNUAP)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
- Consejo Latino-Americano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)

PRESENTACION

El Estado dominicano transita por un proceso de reforma y modernización de sus estructuras, tendente a lograr que la sociedad dominicana en su conjunto se introduzca en el siglo XXI con una mejoría sustantiva de la calidad de vida de los ciudadanos, mediante el equitativo acceso a servicios públicos de elevada calidad, ofertados de manera muy especial a los grupos humanos postergados y vulnerables.

En lo que a SESPAS corresponde, la actual gestión ha asumido el reto de garantizar servicios de salud de calidad en todo el territorio nacional. Para ello, todos los centros públicos de servicios de salud serán habilitados, acreditados y evaluados periódicamente.

Las Normas Nacionales son una herramienta técnica actualizada para que el personal de salud adquiera destrezas en el manejo de tecnologías eficaces y de bajo costo y para el diagnóstico y tratamiento de las patologías de mayor prevalencia.

Las Normas Nacionales son un aporte sin precedentes, encaminado a contribuir en la formación de una cultura de calidad y un estilo institucional y sustentable en la gestión de los servicios de salud del país.

Las Normas son un instrumento eficaz, ya que unifican los criterios, diagnósticos y tratamientos. Normatizar es reglamentar, unificar, eficientizar.

En sus manos la tercera edición de "Las Normas de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Temprano del Cáncer Cérvico Uterino". Ellas han sido el fruto de un esfuerzo compartido entre los técnicos y profesionales de la SESPAS y las numerosas sociedades especializadas e instituciones del área. Me permito señalar entre otras: El Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, Asociación Dominicana de Planificación Familiar (ADOPLAFAM), Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA), Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), Centro Materno Infantil Plaza de la Salud, Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA); así como a los Especialistas en Epidemiología, Salud Pública, Cáncer Ginecológico.

Agradezco a la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) su colaboración, sin la cual no hubiese sido posible esta edición.

Dr. José Rodríguez Soldevila
Secretario de Estado de Salud Pública y
Asistencia Social

1. INTRODUCCION:

La Secretaria de Estado de Salud Publica y Asistencia Social, como institución rectora de la Salud en todo el territorio de la República Dominicana (Público, Privado, IDSS, Fuerzas Armadas y ONG,s). considerando la necesidad de servicios de calidad que como estrategia de intervención logre impactar en la reducción de los indicadores:

Mortalidad Materna

Mortalidad Perinatal

Mortalidad Infantil.

Dentro del proyecto se ha implementado un plan de movilización nacional como estrategia para reducir estos indicadores básicos de la salud reproductiva, cuyo principal accionar es mejorar la calidad de los servicios de atención de salud materno perinatal, fomentar la participación de la población e impactar en la reducción de estos indicadores.

Dentro de este marco político, asistencial y comunitario se pretende que este documento normativo sea de utilidad, para las prestaciones de servicios y que oriente en la conducta a seguir, de manera sistemática para el proceso general y en particular de los casos a presentarse durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido.

Que las normas se constituyen en realidad, en el elemento orientador, que permita un abordaje oportuno y adecuado, para contribuir a elevar la calidad de la atención e impactar en la disminución de las muertes materno perinatales e infantiles. Además, mas que un instrumento de aplicación administrativa, representa también el compromiso y la responsabilidad moral del personal que día a día interviene en acciones a favor de la mujer y la

niñez en los servicios de la salud y lograr positivamente el bienestar social, indisoluble, que debe acompañar a la salud reproductiva. Es por esta razón que la atención que se brinda a las mujeres, los niños y las niñas en los establecimientos con atención materno perinatal no debe ser una rutina, sino que debe contemplar los elementos de calidad y de ética, porque esa atención está destinada a la prevención de riesgo, evitar enfermedades, secuelas, incapacidades y mortalidad, que impactan en el ámbito personal, familiar y colectivo.

Se pretende también que se recupere el trato digno y humanizado de que deben ser objeto las mujeres y los niños y niñas, cuando son tratados por el equipo de salud, que la comprensión encierre un trato oportuno, diligente, con calidad y calidez en que se respete su condición social, cultural y de género.

Es bien sabido que los problemas de la salud, no serán solucionados solo con las normas de atención. Tiene que ver la capacidad resolutoria del servicio, el suministro, los equipos, la credibilidad en el establecimiento por la comunidad. La confianza en la referencia y la contrareferencia, contar con medio de transporte y de comunicación para las emergencias que deben ser referidas, y muy importante que se cuente con los vínculos de organización administrativa con el centro de salud, todo estos son fundamentos básicos, y junto a las normas de procedimientos de atención, los servicios de salud materno perinatal e infantil puedan cumplir con sus objetivos, trazados para el bien de la población dominicana.

2. OBJETIVOS:

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Proporcionar al personal de salud los lineamientos básicos y generales de atención integral a la mujer durante el proceso reproductivo en lo referente al embarazo, parto, puerperio y recién nacido, con la finalidad de eliminar o controlar los factores de riesgo condicionantes o desencadenantes de la morbilidad y mortalidad materno perinatal y contribuir a su reducción.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 2.2.1 Unificar en el ámbito nacional los criterios de atención a la mujer durante el proceso reproductivo.
- 2.2.2 Definir el desempeño de funciones del recurso humano en salud que brinda la atención en esta área, según nivel de complejidad.
- 2.2.3 Contribuir a elevar la calidad de los servicios de atención en la embarazada y el recién nacido.

3.- BASE LEGAL

Los fundamentos legales que le dan sostenibilidad a esta *Serie de Normas Nacionales* están expresados en la Constitución y varias leyes de la República que regulan el sector salud del país, dentro de las cuales se pueden indicar las siguientes:

El artículo No. 8 del título II, la Sección I y el Literal a) de la Constitución de la República Dominicana que establece que... “el Estado debe otorgar la más amplia protección posible a la maternidad, sea cual fuere la condición o el estado de la mujer”... además instruye tomar... “las medidas de higiene y de otro género tendientes a evitar en lo posible la mortalidad infantil y a obtener el sano desarrollo de los niños”...

La Ley 42-01, en su Libro Primero, Capítulo I, Artículo 5, establece que: “La Secretaría de Estado de salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) es la encargada de aplicar en todo el territorio de la República, directamente o por medio de los organismos técnicos de su dependencia, las disposiciones de la presente ley, sus reglamentos y otras disposiciones legales que al efecto se promulguen”.

La Ley 42-01, en su Libro Primero, Capítulo V, Artículo 30, establece que “...se les debe dar prioridad a las mujeres, con mayor énfasis a las mujeres en estado de embarazo, los niños y niñas hasta la edad de 14 años, los ancianos y los discapacitados”... y el Artículo 31, Literal c) que dice: “Velar por la priorización de las atenciones maternas e infantiles y promover la prevención de la morbi-mortalidad materna e infantil”.

La Ley 42-01, en su Libro Segundo, Título I, Capítulo I, Artículo 37 y el Título III, Artículo 85 que reza: “Para el mejor desarrollo de programas nacionales de recuperación de la salud, la SESPAS, en coordinación con las instituciones correspondientes, normará, regulará y evaluará todas las actividades correspondientes que desarrollen los organismos competentes, de acuerdo con las políticas y el plan nacional de salud”.

La Ley 42-01, en su Libro Tercero, Título II, Capítulo Único, Artículo 98 que establece que: “Toda persona tiene derecho a servicios de salud de calidad óptima, en base a normas y criterios previamente establecidos y bajo supervisión periódica”. Y el Artículo 102 que reza: “La dirección y administración de los establecimientos de salud serán responsables de que el personal bajo su dependencia cumpla correcta y adecuadamente sus funciones”.

La Ley 42-01, en su Libro Cuarto, Título Único, Capítulo I, del Artículo 109 al 113 establece la responsabilidad de la SESPAS de establecer la reglamentación correspondiente a través de los organismos e instituciones creados a tal efecto, para el control sanitario de todos los medicamentos cuya utilización sea solicitada.

La Ley 42-01, en su Libro Sexto, Título I, Artículo 142 establece que: “Corresponde a las autoridades de salud el control del cumplimiento de las disposiciones de esta ley, sus reglamentaciones y demás disposiciones legales que a sus efectos se dicten, y la aplicación de las medidas y los procedimientos que la ley establece para hacerlas efectivas, sin desmedro de las competencias y atribuciones inherentes a las autoridades judiciales y el ministerio público.

La Ley 4378, Ley Orgánica de Secretarías de Estado, del 10 de febrero de 1956, Capítulo II, Art. 6, inciso b) que manda a... “cumplir y hacer cumplir las leyes, reglamentos, decretos, resoluciones y acuerdos relativos a sus respectivos ramos”...Y el Art. 12, Párrafo I, que otorga atribuciones a la Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, exceptuándola entre todas las Secretarías de Estado de la República, con atribuciones para...“dictar reglamentos, en caso de calamidad pública, de acuerdo a la Ley de Sanidad”...

4. AMBITO DE APLICACION:

Estas normas son de aplicación y uso general en todo el territorio dominicano y todos los centros de salud, sector público, privado y descentralizado, donde se brinde atención Materno Perinatal. Mediante y por la vía de las Direcciones Provinciales y Municipales de Salud (DPS-DMS) y especialmente por la Coordinación de Programas.

5. NORMAS GENERALES:

Son las disposiciones de carácter general, que indican la política o filosofía de la institución con relación a un problema de salud relevante que no implica los procedimientos o manera específica de realizar una actividad de cada una de las disposiciones o normas generales, sino que establece los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer de manera integral, durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido, expresada en su aspecto más amplio. Para su operativización se complementará con el manual de normas de procedimientos.

La SESPAS a través de la Dirección General Materno Infantil y Adolescente, el Programa de Salud Reproductiva, en coordinación con los niveles especializados, Universitarios y Post-grado elaborarán protocolos de procedimientos acorde con las normas generales de SESPAS, según nivel de atención, y tipo de enseñanza y de los recursos físicos y humanos, con que cuenta cada establecimiento con relación a las especialidades y sub-especialidades que ofrecen.

Estas normas serán revisadas periódicamente de acuerdo a las políticas de salud, y también de acuerdo a los conceptos que se desarrollen durante su vigencia o por cambio tanto de lineamientos nacionales e internacionales, de los cuales la República Dominicana sea país partícipe, luego de la readecuación local según nuestros indicadores socio-epidemiológicos.

6. DEFINICIONES OPERACIONALES

Edad Gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas completas.

Embarazo Normal: Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

Embarazo de Alto Riesgo: Aquel en el que se tiene certeza o alta probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y/o el producto.

Emergencia Obstétrica: Condición de complicación aguda durante la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno perinatal.

Muerte Materna: Es la que ocurre en una mujer mientras esta embarazada o dentro de los 42 días de terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Aborto: Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 21 semanas de gestación (CIE-10).

Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto, la placenta y sus anexos por vía vaginal.

Distocia: Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

Eutocia: Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda.

Parto Inmaduro: Expulsión del feto del organismo materno de 22 a 27 semanas. (500 g ó 999g.).

Parto Pretérmino o Prematuro: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

Parto con Producto a Término: Expulsión del producto del organismo materno, desde 37 semanas a 41 semanas de gestación.

Parto Post-término: Expulsión del producto del organismo materno con más de 41 semanas.

Puerperio: Período que sigue el alumbramiento y en el cual los órganos genitales materno y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

Nacimiento: Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical unido a la placenta y que sea de 22 o más semanas de gestación. Se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.

Recién Nacido con Bajo Peso: Producto de concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2.500 gramos, independientemente de su edad gestacional; o menos de 5 libras y media.

Peso pequeño para la edad gestacional (PEG): Cuando el peso resulta inferior del percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.

Peso Adecuado para la edad gestacional (AEG): Cuando el peso se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.

Peso Grande para la edad gestacional (GEG): Cuando el peso corporal es mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.

Planificación Familiar: Derecho de las parejas a decidir de forma libre e informada el número de hijos y el momento de concebirlos.

Lactancia materna: La alimentación del niño con la leche de la madre.

Lactancia materna Exclusiva: La alimentación del niño con la leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos.

Lactancia materna mixta: La alimentación proporcionada al niño a base de leche procedente de la madre, más otro tipo de leche o alimento proteico lácteo.

Sucedáneo de la leche materna: Todo alimento comercializado presentado como sustituto parcial o total de la leche materna.

Alojamiento conjunto: La ubicación del recién nacido y su madre en la misma cama, puede ser iniciada inmediatamente después del parto o a las pocas horas, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia exclusiva.

Riesgo Reproductivo: Probabilidad que tiene una mujer de sufrir un daño en caso de embarazarse en condiciones de salud desfavorable.

Salud Reproductiva: Es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia.

Atención Integral: Conjunto de actividades de promoción, prevención, y recuperación de la salud ofrecidas de una solo vez o de forma secuencial y periódica, tanto en el ámbito de los establecimientos de salud que conforman una red de servicios como en el de la familia o la colectividad.

7.- INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION EN SALUD (IEC)

Se debe brindar IEC en salud materno perinatal a todas las embarazadas por el equipo de salud, haciendo especial énfasis en:

- Alimentación e Higiene
- Importancia del Control Prenatal y sus cumplimientos.
- Importancia del Carnet Perinatal.
- Lactancia Materna.
- Cuidados durante el Embarazo y los Signos de Alarma.
- Signos de Inicio de Parto.
- Signos de Alarma del Parto y Puerperio.
- Cuidados del Recién Nacido.
- Planificación Familiar.

8. SISTEMA DE INFORMACION MATERNO PERINATAL

El personal institucional, registrará todas las actividades de atención a la mujer y al recién nacido en los formularios correspondientes, Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) y Carnet Perinatal, Partograma, Hoja de Enfermería Neonatal y Hoja del Puerperio, los cuales estarán en récord clínico de la mujer, y quedará también anotado en los libros de recolección de datos de la institución de salud. Esos datos serán luego concentrados por el personal responsable de la estadística de dicha institución.

Además del registro, debe procederse al análisis de la información, para tomar decisión final en el servicio.

Para alimentar el sistema de nacional de información en salud, se debe asegurar la entrega de información a la Secretaría de Salud, por los canales institucionales establecidos.

Cada recién nacido se anotará en el libro de nacimiento correspondiente, y se entregará una constancia a la madre para el registro del nacimiento en la oficialía civil; en los hospitales de mayor concentración habrá una dependencia en la oficialía civil para el registro inmediato de los nacimientos.

En caso de muerte materna, fetal o infantil debe llenarse el certificado de defunción inmediatamente después de la ocurrencia del hecho, observando lo señalado por las disposiciones técnicas sobre el manejo del certificado de defunción

Toda muerte materna o infantil es de notificación obligatoria y analizada con carácter de obligatoriedad, con la intervención del comité de vigilancia de la mortalidad materna e infantil.

Se debe denunciar todo caso de violencia familiar o doméstica, sobre todo contra la mujer y el niño. El personal de salud está obligado a notificar, durante la atención en salud, estos casos, a las autoridades policiales competentes.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

Departamento Materno Infantil y Adolescentes República Dominicana

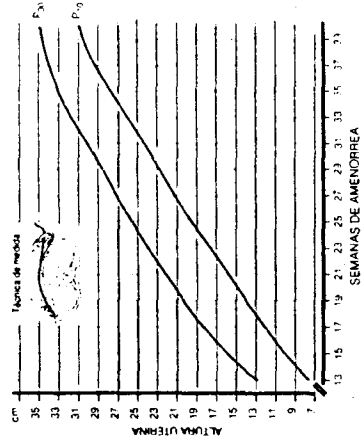
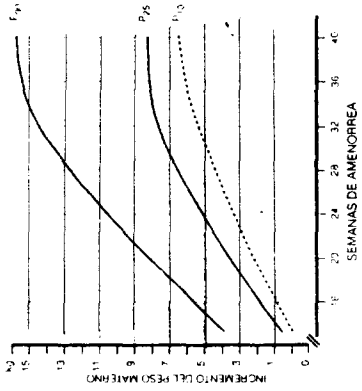
CLAP OPS-ONIS HISTORIA CLINICA PERINATAL		ESTABLECIMIENTO		K.C. No.		ESTADO CIVIL	
NOMBRE		EDAD		ESTADO		UNION	
DOMICILIO		Mujer de 15 años		casada		otro	
LOCALIDAD		TELEFONO		TEL. casa		TEL. trabajo	
ANTECEDENTES PERSONALES		ONCOTRÓFICOS		recibido virus		HOSPITALIZACIÓN	
TBC <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> hipertensión crónica <input type="checkbox"/> crisis púrpura-tíficas <input type="checkbox"/> infirmitad <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		gástrica <input type="checkbox"/> hepática <input type="checkbox"/> renal <input type="checkbox"/> pulmonar <input type="checkbox"/> cardíaca <input type="checkbox"/> otras <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
FAMILIARES		GRUPO		PUNTA		HOSPITALIZACIÓN	
no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		A B <input type="checkbox"/> Rh <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
TBC pulmonar <input type="checkbox"/>		VORL		PRE		MEMBRANAS	
hipertensión <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> más gruesa <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
crisis púrpura-tíficas <input type="checkbox"/>		CENAR		TAMANO FETAL		otras infecciones	
infirmitad <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> más gruesa <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> más gruesa <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
otras <input type="checkbox"/>		COMPOSICION		PRE		paratuberculosis	
		normal <input type="checkbox"/> más gruesa <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
EMBARAZO ACTUAL		PREVIS		EDAD GEST.		R C I U	
normal <input type="checkbox"/> más gruesa <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> más gruesa <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
PESO ANTERIOR TALLA (cm)		EX CLINICO EX MAMAS EX ODONT		TEMPERATURA		otras <input type="checkbox"/>	
normal <input type="checkbox"/> más gruesa <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> más gruesa <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
FECHA DE LA CONSULTA		FECHA DE ENTRADA		FECHA DE SALIDA		FECHA DE ALTA	
PARTO		CONSEJO PRENATAL		ORIGEN		ORIGEN	
sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION		MORTALIDAD		MORTALIDAD		MORTALIDAD	
		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
MORTALIDAD		MORTALIDAD		MORTALIDAD		MORTALIDAD	
sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
RECEN NACIDO		TALA		TALA		TALA	
sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
EGRESO RN		EGRESO MATERNO		EGRESO MATERNO		EGRESO MATERNO	
sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	

LISTADO DE CODIGOS

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1989

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		PATOLOGIAS DEL RECIEN NACIDO	
50 GESTACION MULTIPLE 030 51 HIPERTENSION PREVIA 010 01 Hipertensión previa esencial complicando EPP 010.0 02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP 010.4 52 PRECLAMPSIA 013 Y 014 04 Hipertensión transitoria del embarazo 016 05 Preeclampsia leve 013 06 Preeclampsia severa y moderada 014 53 Hipertensión previa con proteinuria sobreagregada 011 54 ECLAMPSIA 015 55 CARDIOPATIA 286.7 56 DIABETES 024 57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa 024.0 58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa 024.1 59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo 024.4 07 Test de tolerancia a la glucosa anormal 073.0 60 INFECCION URINARIA 023.0 23.4 08 Bacteriuria asintomática del embarazo 082.7 61 OTRAS INFECCIONES 098.B50 B54.A60 62 Infecciones del tracto genital en el embarazo 023.5 63 Sífilis complicando EPP 098.1 10 Gonorrea complicando EPP 098.2 11 Malaria B50-B54 12 Infección herpética anogenital (herpes simplex) A60 63 Hepatitis viral 098.4 64 TBC complicando EPP 098.0 65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP 098.8 66 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO 035 67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO) 060 13 Incompetencia cervical 034.3 68 DESPROPORCION CEFALOPELVICA 064, 065, 069 14 Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto 064 15 Parto obstruido debido a anomalía de pelvis materna 065 16 Otros partos obstruidos por causa fetal 066 69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE 001 17 Mola hidatiforme 001 18 Aborto espontáneo y aborto retenido 002.1, 003 19 Embarazo ectópico 000 20 Aborto inducido y terapéutico 006, 004 21 Amenaza de aborto 020.0 70 HEMORRAGIA DEL 2DO Y 3ER TRIMESTRE 22 Placenta previa con hemorragia 044.1 23 Desprendimiento prematuro de placenta 045 24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación 046.0 25 Ruptura uterina antes o durante el parto 071.0, 071.1 26 Laceración obstétrica del cuello del útero 071.3 71 ANEMIA 099.0 27 Anemia por deficiencia de hierro 050 72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS 042 28 Infección del saco amniótico y membranas 041.1 73 INFECCION PUERPERAL 085, 086 29 Sepsis puerperal 085 30 Infección mamaria asociada al nacimiento 091 74 HEMORRAGIA POSTPARTO 072 31 Placenta retenida 072.0, 072.2 32 Útero atónico 072.1 33 Laceraciones perineales de 1ero y 2do grado 070.0, 070.1 34 Laceraciones perineales de 3ero y 4to grado 070.2, 070.3 75 OTRAS PATOLOGIAS (resto de 000-099) 070.0-099 35 Placenta previa sin hemorragia 044.0 36 Hipertensión gravida 021 37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión 0268, 099.8 (condiciones en N00-N39) 38 Dependencia de drogas F10-F19 39 Sufrimiento fetal 068 40 Polihidramnios 040 41 Oligohidramnios (sin mención de ruptura de membranas) 041.0 42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical 069 43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio 074 44 Embolecismo obstétrico 088 45 Falta de cierre de la herida de cesárea 090.0 46 Falta de cierre de la episiotomía 090.1 47 SIDA B20-B24 76 HIV positivo R75 48 Neoplasia maligna del cuello uterino C53 49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria C50	50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS MIALINAS P22.0 51 SINDROMES ASPIRATIVOS P24 52 APNEAS POR PREMATUREZ P28.3, P28.4 53 OTROS SDR Q25.0, P29.3, P23, P25, P22.1, P27 01 Ductus arterioso persistente Q25.0 02 Persistencia de la circulación fetal Q25.0 03 Neumonía congénita P23 04 Neumotorax y enfisema intersticial P25 05 Taquipnea transitoria P22.1 06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal P27 54 HEMORRAGIAS (EXCLUYENDO INTRACRANIALES P52) P50-P55 07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido P53 55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal P29.3 56 Hemorragia umbilical (excluye las onfálicas con hemorragia) P51 57 HIPERBILIRUBINEMIAS P55-P59 08 Enfermedad hemolítica por isoinmunización Rh P55.0 09 Enfermedad hemolítica por isoinmunización ABO P55.1 10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino P59.0 58 OTRAS HEMATOLOGICAS P60-P61 11 Policitemia neonatal P61.1 12 Anemia congénita P61.3 13 Otras afecciones hematológicas (resto de P60-P61) 48 INFECCIONES (P35-P39, A09, G00, A54, 31) 14 Diarrea A09 15 Meningitis G00 16 Onfalitis P38 17 Conjuntivitis P39.1, A54.3 59 Infecciones de la piel del recién nacido P39.4, L00 18 Sepsicemia P36 19 Otras infecciones específicas del periodo perinatal (resto del P35-P39) 20 Enterocolitis necrotizante P77 49 Tetanos neonatal A33 60 Sífilis congénita A50 61 Enfermedades congénitas virales P35 62 MALFORMACIONES, DEFORMACIONES CONGENITAS Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS Q00-Q99 21 Espina bífida con y sin hidrocefalia Q05, Q07.0 22 Hidrocefalia congénita Q03 23 Otras malformaciones congénitas del SNC (resto de Q00-Q07) 24 Del sistema respiratorio Q30-Q34 25 Del sistema circulatorio Q20-Q28 26 Labio y paladar hendido Q35-Q37 27 Leucodistrofia congénita Q38-Q45 28 De los órganos genitales Q50-Q56 29 Del sistema urinario Q60-Q64 30 Deformación congénita de la cadera Q65 31 Anomalías cromosómicas Q90-Q99 32 Síndromes malformativos afectando múltiples sistemas Q87 63 NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES) G91 33 Hidrocefalia adquirida G91 34 Leucoencefalopatía periventricular y cerebral P91.1, P91.2 35 Trauma obstétrico con lesión intracraneal del SNC y del sistema nervioso periférico P10, P11, P14 36 Hemorragia intracraneana no traumática P52 37 Convulsiones P90 38 Otras afecciones del estado cerebral P91 64 METABOLICA/NUTRICIONAL P70-P78 39 Síndrome de "hijo de diabética" P70.0, P70.1 44 Hipocalcemia and hipomagnesemia P71 45 Hipoglucemia P70.3, P70.4, E16.2 46 Otras afecciones perinatales del sistema digestivo (resto de P75-P78) 47 Problemas en la alimentación P92 66 OTRAS (resto de P00-P96, Q00-Q99) 39 HIV positivo R75 40 Retinopatía de la prematuridad H35 41 Hernia inguinal K40 42 Falta renal congénita P96.0 43 Hipertensión shock R57 65 Síndrome de dafu poi fiao P80.0 (excluye hipotermia leve P80.B)		
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION		MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	
01 Cesárea previa 14 Posición transversa 02 Sufrimiento fetal agudo 15 Ruptura prematura de membranas 03 Desproporción feto-pelvica 16 Infección ovular (sospechada o confirmada) 04 Alteración de la contractilidad 17 Placenta Previa 05 Parto prolongado 18 Abrupto placentae 06 Fracaso de la inducción 19 Ruptura uterina 07 Descenso detenido de la presentación 20 Preeclampsia y eclampsia 08 Embarazo múltiple 21 Herpes anogenital 09 R.C.I.U. 22 Condilomas genitales 10 Parto de pretérmino 23 Otras enfermedades maternas 11 Parto de posttérmino 24 Muerte fetal 12 Presentación podalica 25 Madre exhausta 13 Posición posterior 26 Otras	01 Lidocaina o similar 16 Inhibidores de Prostaglandinas 02 Anestésicos simpaticomiméticos 17 Antagonistas del calcio 03 Gases anestésicos (pentrane-fluorano-óxido nitroso) 18 Sulfato de magnesio 04 Barbitúricos 19 Hidralazina 05 Relajantes musculares 20 Beta bloqueantes 06 Diazeprodos 21 Otros antihipertensivos 07 Meperidina 22 Sangre y derivados 08 Espasmolíticos 23 Heparina 09 Oxitocina 24 Corticoides 10 Prostaglandinas 25 Cardiolomcos 11 Betalactámicos (Penicilinas-cefalosporinas) 26 Durilicos 12 Aminoglucósidos (gentamicina-amicilina) 27 Aminoflona 13 Eritromicina 28 Insulina 14 Metronidazol 29 Difenhidantona 15 Betaliméticos 30 Otros		

CIC/96/04/R



EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Día	Mes

HOSPITALIZACIÓN

INGRESO		EGRESO	
Día	Mes	Día	Mes

OBSERVACIONES

Área para anotaciones de observaciones con líneas horizontales.

CARNÉ PERINATAL

El embarazo no es una enfermedad, pero exige vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.

Es importante que su primera consulta al centro de salud sea lo más pronto posible.

Cumpla con las citas y las recomendaciones que le sean dadas.

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Lívelo con Ud. como si fuera un documento y entréguelo al equipo de salud toda vez que requiera una atención, ya sea para el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

En caso de extravío se ruega dirigirse a:

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

TELEFONO _____

LOCALIDAD _____



HISTORIA CLINICA PERINATAL - BASE										ESTABLEC		N° H C			
NOMBRE										EDAD años		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL	
DOMICILIO										menor 15		prim		casado	
LOCALIDAD										mayor 15		univ		viudo	
TEL.										AL. U.S.E.		seg		años aprob	
ANTECEDENTES										PERSONALES		OBSTETRICOS		nacidos vivos	
FAMILIARES										TBC		gestas		viven	
diabetes										hipertensión crónica		abortos		fin anterior embarazo	
hipertensión										cirugía pélvica		vaginales		mes año	
gembeleros										infertilidad		cesáreas		RN con mayor peso	
otras										otras		partos		después	
EMBARAZO ACTUAL										DUDAS		GRUPO		HOSPITALIZACIÓN	
PESO ANTERIOR										actual		FUMA		no	
TALLA (cm)										previa		no		si	
FPP-RUM										si		si		si	
EX CLINICO										CERVIX		VDRL		Hb	
normal										normal		dia mes		dia mes	
si										si		si		si	

Este color significa ALERTA

fecha de la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
semanas de embarazo									
peso (kg)									
tensión arterial (mm Hg)									
alt. uterina / present. pubis fondo / Cx. par. I									
F.C.F. (lat. min) / mov. fetal									

ABORTO	EDAD GEST	PREG	TAMANO FETAL	INICIO	MEMB	TERMINACION	INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION	
	menor 37	cel	acorde	esp	int	espont	forcape	cesárea
PARTO	MUERTE intraut.	EPISITOMIA	ALUMB	espont	NIVEL DE ATENCION	ATENCION	PATOLOGIAS	
	no	si	si	no	1°	madro	obst	inf
RECEN NACIDO		DESGARROS	PLACENTA	compl	PARTO	neonato	ninguna	
N° H C RN		no	si	no	si	si	amb. múltiple	
		si	no	si	no	no	otras infec	
		si	no	si	no	no	anemia crónica	
		si	no	si	no	no	R.C.I.U.	
		si	no	si	no	no	intec. puerp	
		si	no	si	no	no	hem. puerp	
		si	no	si	no	no	otras	
		si	no	si	no	no	cardiopatía	
		si	no	si	no	no	hemorragia 1° trim	
		si	no	si	no	no	diabetes	
		si	no	si	no	no	hemorragia 2° trim	
		si	no	si	no	no	infec. urinaria	
		si	no	si	no	no	hemorragia 3° trim	

SEXO	PESO AL NACER	TALLA	EDAD POR EX FISICO	PESO E G	APGAR	REANIM RESPIR	VDRL
f	g	cm	sem	adec	minuto	no	
m	menor 2500 g	PER. CEF	menor de 37	peq	5'	si	
		cm		gde	si o menor	si	
EXAMEN FISICO	ninguna	otras SDR	infecciones	otras	ALOJ CONJUNTO	HOSPITALIZADO	
normal	membr. hialine	hemorragia	defectos cong	neurologicas	si	no	
anormal	and. espiral	hipertensub.	metab/nutric		no	si	
anormal	apnea	otras hemati.					
EGRESO R. N.	sano	traslado	pecho	PESO AL EGRESO	EGRESO MATERNO	ANTICONCEPCION	ligadura
hora	con	fallece	artificial	g	sana	condon	tubaria
dia	patol				con	ninguna	otro
mes					patol	referencia	
año						D.I.U.	
						pladora	

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se ubica en la gráfica correspondiente un punto en su intersección con el valor obtenido.



Carnet 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 se puede producir 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, quien lo utilizará para toda acción médica que solicite en su estado grávido-puerperal.

Con el carnet perinatal se asegura:

- 1) Que los datos fundamentales relativos al control prenatal, al ser registrados sistemáticamente en cada consulta, lleguen a mano de quien atiende posteriormente a la embarazada, sea en otro consultorio externo o en el lugar de internamiento.
- 2) Que los datos de mayor relevancia del internamiento durante el embarazo, parto, posparto, sean conocidos por quien tiene a su cargo el control del puerperio.
- 3) Que los datos mas importantes para el seguimiento del recién nacido lleguen a conocerse por quien tiene a su cargo el control del niño.

POSICION: VERT. HORIZONTAL

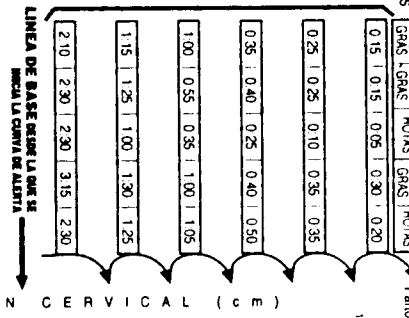
PARIDAD: MULTIPARAS NULLIPARAS

MEMBRANAS: NTE. ROTAS NTE. ROTAS

VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10

0.15	0.15	0.05	0.30	0.20
0.25	0.25	0.10	0.35	0.35
0.35	0.40	0.25	0.40	0.50
1.00	0.55	1.00	1.00	1.05
1.15	1.25	1.00	1.30	1.25
2.10	2.30	2.30	3.15	2.30

VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10



PARTOGRAMA - CLAP-OPTIONS

NOMBRE Y APELLIDO: _____

NO. DE HISTORIA CLINICA: _____

DIA: ____ MES: ____ AÑO: ____

PLANOS DE HODGE Y VARIACION DE POSICION: _____

DILATACION CERVICAL: _____ (REMI)

ROTURA ESPONTANEA MEMB: _____ (RAM)

ROTURA ARTIFICIAL MEMB: _____ (RAM)

INTENSIDAD: _____ LOCALIZACION: _____

FRECUENCIA CARDIACA FETAL: _____

POSICION MATERNA: _____

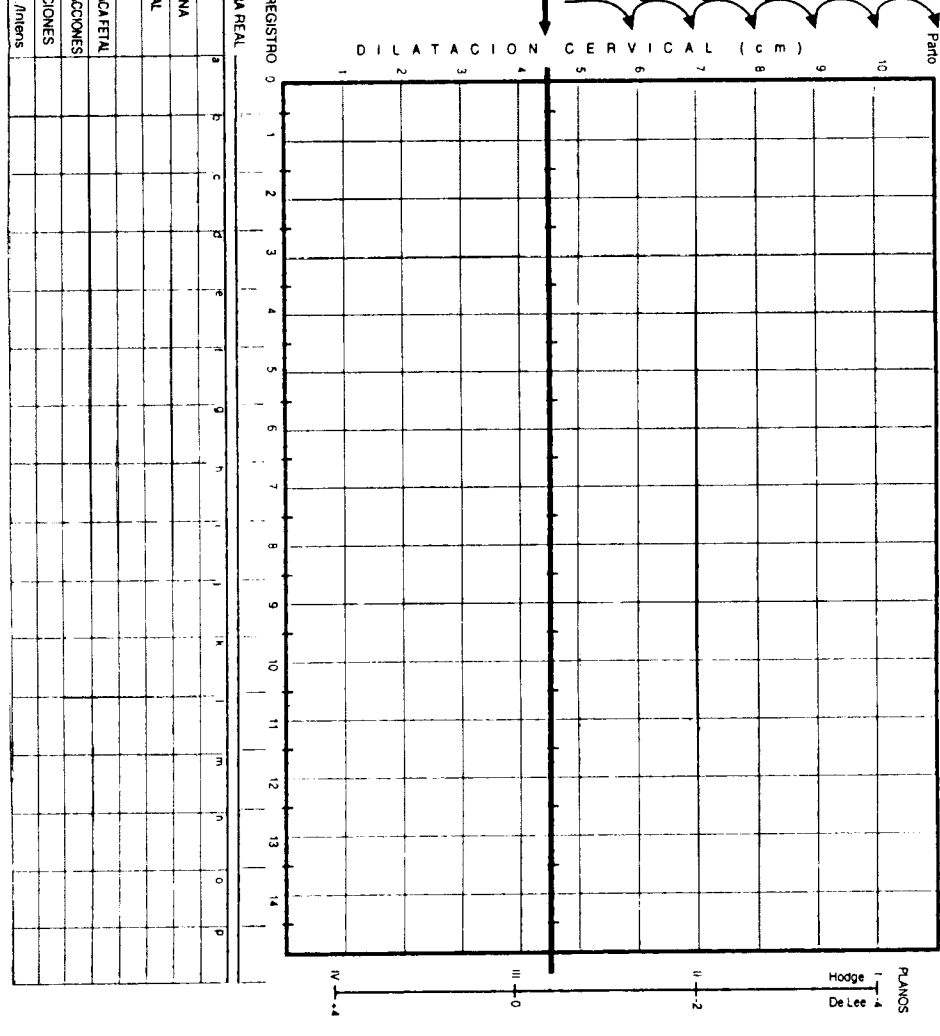
TENSION ARTERIAL: _____

PULSO MATERNO: _____

DURACION CONTRACCIONES: _____

FREC. CONTRACCIONES: _____

DOC. OH: Localiz. Anons



REFERENCIAS

SCHWARTZ, R. DIAZ A.G.
 METODO CLAP 1153 1987.
 Ediciones: Uruguay

PARTOGRAMA CON CURVAS DE ALERTA SISTEMA DE VIGILANCIA PARA LA PREVENCIÓN DEL PARTO PROLONGADO

Las curvas de alerta constituyen un recurso práctico para evaluar el progreso del parto de un caso individual. Marcan un límite extremo (percentil 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo. Permiten alertar precozmente ante aquellos casos que, al ir pasando ese límite, estén insinuando un entorpecimiento que requiera mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia. Brindan, por lo tanto, tiempo suficiente para permitir la corrección de la anomalía en el propio lugar o para la referencia del caso.

Los valores de la duración de la dilatación cervical desde 4-5 cm hasta el final del parto, para la elaboración de estas curvas, fueron obtenidos de dos investigaciones prospectivas realizadas por CLAP sobre 1188 partos únicos de bajo riesgo, de inicio y terminación espontánea, sin medicación y con recién nacidos normales y vigorosos (*).

Para establecer las curvas patrón normales, se analizaron previamente algunas características de la población estudiada que pudiesen influir en la evolución de la dilatación. Se subdividió la muestra según la paridad, la posición materna durante el trabajo de parto y el estado de las membranas ovulares. Las paridades se clasificaron en nulparas (ningún parto previo) y multiparas (1 o más partos previos, primiparas incluídas). La posición durante el período de dilatación fue la vertical (90% a 100% del tiempo sentada, parada o caminando) o la horizontal (100% en cama). Según el estado de las membranas ovulares a los 4-5 cm de dilatación cervical, el grupo se dividió en membranas rotas y membranas íntegras.

Los datos para construir las curvas patrón de alerta fueron obtenidos desde los 4-5 cm de dilatación cervical (primer punto confiable de partida para la medida por el tacto). Por ello, la curva que se elija para cada trabajo de parto se trazará a partir de que el mismo haya alcanzado o superado los 4-5 cm de dilatación cervical (línea de base).

En el extremo superior izquierdo del partograma se presenta una tabla con valores correspondientes al percentil 10 del tiempo en el que cada uno de los 5 subgrupos anteriormente mencionados incrementan la dilatación de 4-5 cm a 6, de 6 a 7, de 7 a 8, de 8 a 9, de 9 a 10 y de 10 al parto.

La curva de alerta se comienza a trazar cuando la curva de dilatación cruza la línea de base. Este punto de intersección entre ambas curvas será el punto de partida de la curva de alerta. El observador, a partir de ese momento, puede elegir de la tabla impresa en el partograma los valores correspondientes a las situaciones obstétricas arriba señaladas. Una vez seleccionada la alternativa que mejor se asemeja al caso individual, desde la línea de base, en el punto en que ésta es cruzada por la curva de dilatación del caso, se marcarán los valores del patrón elegido.

El uso de la plantilla de plástico poliestireno diseñada por el CLAP facilita la construcción de la curva de alerta

(*) Schwarz, R.L. y col. Gynec. Obstet. Excerpt. Med., Amsterdam, 1977: 377.
Díaz, A.G. y col. Europ. J. Obst. Gyn. reprod. Biol. 1980.

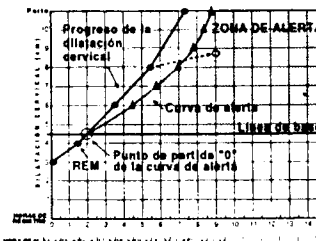
INGRESO TEMPRANO

En el ejemplo, a las 14:30 hora real, se comenzó el registro de los datos de una nulpara con membranas ovulares íntegras y en posición horizontal. El tacto realizado en ese momento comprobó una dilatación cervical de 3 cm. El punto de esta primera observación se marcó al inicio del registro. A las 16:00, hora real, se comprobó una rotura espontánea de las membranas ovulares y el tacto encontró 4 cm de dilatación. Se marcó un nuevo punto en la intersección de la abscisa a la hora real 16:00 (1:30 hora del comienzo del registro) con la ordenada a los 4 cm de dilatación.

La línea que une los puntos a los 3 cm. y 4 cm. permite visualizar el progreso de la dilatación cervical.

En el siguiente examen obstétrico realizado a la hora real 18:00, a 3:30 hs. del inicio del registro en el partograma, la dilatación cervical alcanzó los 6 cm.

Como se ve, la intersección entre la curva de dilatación y la línea de base se produjo a las 2:00 hs. del inicio del registro en el partograma. Este es el punto de partida para comenzar a construir la curva de alerta desde los 4.5 cm. de dilatación cervical.



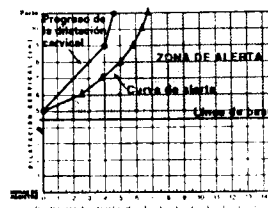
De la tabla se extraerán los valores correspondiente a este caso (posición horizontal, nulpara, membranas rotas). Para comenzar a trazar la curva de alerta de este caso, a las 2:30 horas del punto de su partida, se marcará el punto de los 6 cm de dilatación. A partir de este nuevo punto, 1:25 hs después, se marcará el punto para los 7 cm. Desde éste, se marcará 1:05 horas después el de los 8 cm y así sucesivamente hasta el final del parto.

En este caso, el trabajo de parto y el parto tuvieron una evolución normal y la curva de dilatación cervical se mantuvo a la izquierda de la curva de alerta.

En esta misma figura se presenta otro caso en el que, a partir de los 8 cm, la velocidad de la dilatación se entorpece y su gráfica cruza la curva de alerta (línea punteada). En este caso, con iguales condiciones de ingreso que el anterior, a las 23:30 horas reales y 9 horas después del inicio del registro en el partograma, se observó un trabajo de parto prolongado. Alertado por este sistema de vigilancia, el equipo de salud revisó el caso y pudo aplicar oportunamente las medidas apropiadas.

INGRESO TARDÍO

La figura muestra una nulpara con membranas íntegras en posición horizontal, que ingresó al registro con 5 cm. de dilatación cervical.



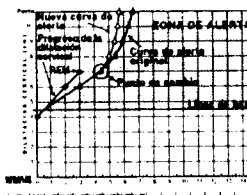
La curva de alerta se inició desde este primer tacto. A partir del mismo ésta se trazó con los valores correspondientes a las condiciones de ingreso del caso.

A diferencia del ejemplo anterior, en los ingresos con 5 cm. o más de dilatación, el punto de partida de la curva de alerta siempre será el del primer valor anotado de la dilatación cervical en el partograma.

CONDICIONES CAMBIANTES

Si varían las condiciones de ingreso durante el transcurso del trabajo de parto, se deberá actualizar la curva de alerta inicialmente trazada.

La figura muestra el caso de una multipara, en posición horizontal y con las membranas ovulares íntegras, ingresó al registro del partograma a las 9:00 hs. con 4 cm. de dilatación cervical y 2 horas más tarde alcanzó 6 cm.



La gráfica de la dilatación cortó la línea de base a los 30 minutos del comienzo del partograma. Desde este punto, se construyó la curva de alerta apropiada para el caso. Debido a que a los 7 cm. las membranas se rompieron espontáneamente, fue necesario construir una nueva curva de alerta sustituyendo los valores previos por los de una multipara, en posición horizontal, pero con las membranas rotas.

El dibujo de la nueva curva de alerta se inició desde la curva previa a nivel de los 7 cm., en que se constató la rotura de las membranas. Esta última curva de alerta fue la que mejor se correspondió con la nueva situación.

Formulario de Hospitalización Neonatal (FHN) y Formulario de Enfermería Neonatal (FEN).

El FHN ha sido especialmente diseñado para registrar el ingreso, egreso y la evolución diaria de los recién nacidos con patología.

El FEN consiste en una hoja de tamaño carta impresa en ambos lados y esta destinada al registro de los datos correspondientes a los cuidados de enfermería e indicaciones medicas de un día.

Ambos formularios no deben ser utilizados en recién nacidos sanos, en alojamiento conjunto con sus madres.

Este color significa ALERTA

APELLIDOS Y NOMBRES DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		CAMA N° <input type="text"/>		H.C. N° <input type="text"/>		DIAS de vida <input type="text"/>		EDAD corregida <input type="text"/>	
SEXO <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m		DIAS hospitalización <input type="text"/>		PESO actual <input type="text"/>		PESO ideal <input type="text"/>		VARIACION <input type="text"/>	
PER CEF <input type="text"/>		PER ABDON <input type="text"/>		PER <input type="text"/>		PER <input type="text"/>		PER <input type="text"/>	
NIVEL DE CUIDADO		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
APELIDOS Y NOMBRES		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
MADRE PARTICIPANTE		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
PROTECCION TERMICA VESTIMENTA /OTRAS		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
ESTADO DE CONCIENCIA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
TEMPERATURA AXILAR		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FRECUENCIA RESPIRATORIA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
RESPIRACION PERIODICA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FRECUENCIA CARDIACA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
COLOR		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
TIEMPO de COPULACION		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SANGRE EXTRAIDA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
MICCIONES		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DEPOSICIONES CANTIDAD		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
RESIDUAL GASTRICO VOMITOS		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
VOLUMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
TIPO ADMINISTRACION		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
INGRESOS Y EGRESOS - 24 HS PREVIAS		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Anverso del Formulario Enfermería Neonatal. Según el nivel de cuidados se llena una columna cada hora o tres veces al día

Reverso del Formulario Enfermería Neonatal. Las columnas de este lado continúan las columnas del anverso

HORA CONTROL		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
1															
2															
3															
4															
APORTE PARENTERAL VOLUMEN															
Sangre o derivados															
INGRESOS PREVIOS															
ANOTAR FARMACOS DOSIS-VIA-VOLUMEN															
MEDICACION RESPIRATORIOS															
Kinesio Posicion															
Secreciones Cantidad Tipo															
PIM PPG FR															
Fi O, Sa O,															
ANOTAR RESULTADOS															
EXAMENES PARACLINICOS															
SOLICITADOS/EN CURSO (C) RECIBIDO (R)		OBSERVACIONES DE ENFERMERIA													
Glucosa _____ % _____ ml		MEDICACION INDICADA						CUIDADOS DE ENFERMERIA						BALANCE HIDRICO	
Cl N _____ % _____ ml														INGRESOS _____ ml	
Cl K _____ % _____ ml														EGRESOS _____ ml	
Glucosa _____ % _____ ml														BALANCE _____ ml	
_____ % _____ ml														APORTE CALORICO	
_____ % _____ ml														Ca2/Kg/dia	
Volumen <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ml/hora															

<p>NO. HISTORIA CLINICA RN</p>					
<p>NO. HISTORIA CLINICA MADRE</p>					
<p>NOMBRE</p>					
<p>MADRE NOMBRE</p>					
<p>DOMICILIO</p>					
<p>LOCALIDAD</p>					
<p>ESTAB DONDE</p>					
<p>ORDEN GEMELAR</p>					
<p>SEXO</p>					
<p>PESO AL NACER</p>					
<p>TALLA</p>					
<p>NACIO</p>					
<p>REANIMACION</p>					
<p>TRANSPORTE</p>					
<p>VDRL</p>					
<p>RESERVA</p>					
<p>EDAD</p>					
<p>TEMPERATURA</p>					
<p>PESO INGRESO</p>					
<p>SILVERMAN</p>					
<p>NOTAS</p>					
<p>PROFESIONAL A CARGO</p>					
<p>MOTIVO DE INGRESO</p>					
<p>pretermino <input type="checkbox"/> enfermedad hemolítica <input type="checkbox"/></p>					
<p>PE G <input type="checkbox"/> cardiopatia <input type="checkbox"/></p>					
<p>macrosomia <input type="checkbox"/> malformacion <input type="checkbox"/></p>					
<p>distocia <input type="checkbox"/> convulsion <input type="checkbox"/></p>					
<p>cesarea <input type="checkbox"/> hemorragia <input type="checkbox"/></p>					
<p>apgar bajo <input type="checkbox"/> enfriamiento <input type="checkbox"/></p>					
<p>sospecha infeccion <input type="checkbox"/> vomitos <input type="checkbox"/></p>					
<p>infeccion confirmada <input type="checkbox"/> preoperatorio <input type="checkbox"/></p>					
<p>apneas <input type="checkbox"/> postoperatorio <input type="checkbox"/></p>					
<p>S.D.R <input type="checkbox"/> depresion sensorial <input type="checkbox"/></p>					
<p>cianosis <input type="checkbox"/> periodo tensiocal <input type="checkbox"/></p>					
<p>ictericia <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/></p>					
<p>codigos</p>					

CLP 960.0.A

Anverso del Formulario de Hospitalización Neonatal

EVOLUCION DEL PUERPERIO

CONTROLES VITALES															
HORA															
TENSION ARTERIAL															
PULSO															
TEMPERATURA															
DIURESIS															
CATARSIS															
RESPONSABLE															
EXAMEN PUERPERAL															
HORA															
RETRACCION UTERINA															
MAMAS															
LOQUIOS															
HERIDA															
PERINEAL CESAREA															
RESPONSABLE															
Observaciones															
EGRESO		DIAGNOSTICOS DE EGRESO													
hora	men	dia	mes	año											codigos
RESPONSABLE					TRANSFERENCIA A										

CLP96101-R

9. NORMAS DE ATENCION PRENATAL

9.1 Control Prenatal

Se entiende por control prenatal (control antenatal, vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas en el embarazo con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Con el control prenatal se persigue:

- La detección de enfermedades maternas sub-clínicas
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal.
- La preparación psico-física para el nacimiento.
- La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

Cuadro I . Actividades y Cronología para las Consultas.

	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
Edad Gestacional en Semana	antes de las 20 ⁽¹⁾	entre 22-24	entre 27-29	entre 33-35	entre 38-40
Diagnóstico del embarazo	*				
Cálculo de la gestación	*	*	*	*	*
Anamnesis	*	*	*	*	*
Examen clínico		*			
Medida de talla	*				
Determinación de peso actual	*	*	*		*
Vacunación antitetánica ⁽²⁾	*	*			
Determinación de grupo sanguíneo y Rh.	*				
Examen de orina	*				*
Determinación de Hb	*	*	*		
Administración de hierro y ácido fólico	*	*	*	*	*
Detección de diabetes gestacional	*				
Detección de sífilis	*				
Detección de VIH ⁽³⁾	*				
Examen odontológico	*				
Examen de mama	*				
Papanicolaou	*				
Determinación de la presión arterial	*	*	*	*	*
Evaluación del crecimiento fetal	*	*	*	*	*
Diagnóstico de vida fetal ⁽⁴⁾		*	*	*	*
Diagnóstico del número de fetos ⁽⁴⁾			*	*	*
Diagnóstico de presentación fetal	*	*			
Contenidos educativos	*	*	*	*	*
Evaluación del riesgo reproductivo	*	*	*	*	*

⁽¹⁾ Lo más precoz.

⁽²⁾ En áreas de alto Riesgo de tetano neonatal, sobre la base de la carencia de efecto teratogénico del toxoide tetánico, se recomienda iniciar la primera dosis o aplicar la de refuerzo en la primera consulta que efectúa la embarazada. Los intervalos entre la primera y la segunda dosis siempre deben ser mayores de 6 semanas.

⁽³⁾ Voluntaria en la población general y recomendada en los grupos de riesgo.

⁽⁴⁾ El diagnóstico es anticipado si se dispone de ultrasonido¹

9.1.1 Anamnesis

Confirmado el embarazo por examen clínico, laboratorio o ecografía se procederá a realizar el primer control prenatal, se llenarán los capítulos correspondientes de la historia clínica perinatal base y se transcribirán al carnet perinatal el cual se entregara a la madre.

Con el interrogatorio comienza el examen clínico de cada gestante, una correcta anamnesis deben incluir

Identificación de la Gestante

Nombres y Apellidos

Edad

Domicilio

Localidad

Teléfono

Establecimiento y número de registro

Estado Socio-Educacional

Nivel Educativo

Estado Civil

Antecedentes Familiares

Diabetes

Tuberculosis

Hipertensión

Embarazos múltiples

Otras

Antecedentes Personales

Tuberculosis

Diabetes

Hipertensión

Cirugía (Pélvico-uterina)

Infertilidad

Otros

Antecedentes Obstétricos

Número de gestaciones

Abortos

Partos vaginales

Cesáreas

Nacidos vivos, que viven aún

Nacidos vivos, muertos en la primera semana

Nacidos vivos, muertos después de la primera semana

Nacidos muertos

Fin del embarazo anterior

Recién nacidos con mayor peso

Datos del Embarazo Actual

Fecha de última menstruación

Interrogatorio sobre la amenorrea

Fecha probable de parto

La fecha probable de parto se determina mediante la regla de Naegele: al primer día de la última menstruación se le agregan 7 días y se restan 3 meses al mes de la última menstruación

9.1.2 Examen clínico general de la embarazada debe comprender

- Antropometría materna
- Talla
- Peso

El peso debe medirse en cada control prenatal con la gestante en ropa liviana y descalza. Conviene usar balanzas de pesas que deben ser calibradas regularmente.

La talla deberá medirse en el primer control, se medirá a la embarazada en posición de pie, descalza, con los talones juntos, lo más próximamente posible al tallómetro, erguida, con los hombros hacia atrás y mirando al frente.

Ganancia de Peso

Se resta el peso actual al peso pregravídico, obteniéndose de esa manera, el incremento de peso para esa edad gestacional. Dicho valor es trasladado a la gráfica del carnet.

Normal : cuando el valor del incremento obtenido se encuentra entre los percentiles 25 y 90.

Anormal : cuando los valores de los incrementos son mayores al percentil 90 o menores al percentil 25.

9.1.3 Evaluación del crecimiento fetal por medio de la altura uterina

Estas alteraciones pueden ser por defecto: retardo en el crecimiento intrauterino(RCIU) o por exceso (macrosomía fetal)

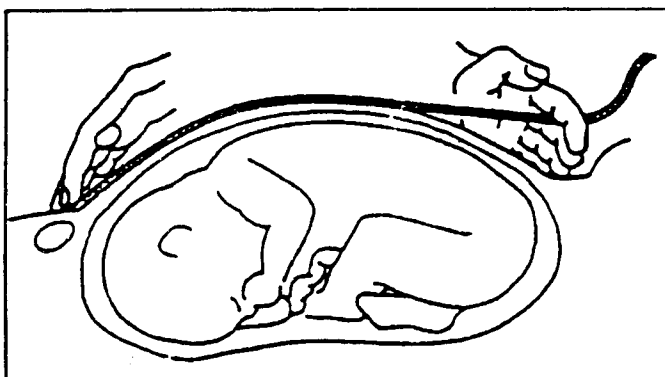
Un feto tiene un retardo en el crecimiento intrauterino, cuando su crecimiento es menor que el esperado para la edad gestacional. En general, su peso al nacer es menor que el valor del percentil 10 de los patrones normales de peso neonatal en función de la edad gestacional.

Un feto es macrosómico (grande para su edad gestacional), cuando al nacer tiene un peso mayor que el valor del percentil 90 de los patrones de peso neonatal en función de la edad gestacional.

En nuestro país la alteración más importante es la del RCIU que presenta una frecuencia que oscila entre 11% y el 16% de los nacidos vivos.

En la figura 1 se muestra la técnica de medición de la altura uterina en la que el extremo de la cinta métrica se fija en el borde superior del pubis con una mano, deslizándose la cinta entre los dedos índice y mayor de la otra mano, hasta alcanzar el fondo uterino con el borde cubital de esa mano. Empleando esta técnica de medida se han obtenido los datos de las investigaciones del CLAP y se hallan presentados en la gráfica del carnet perinatal y en tablas en El gestograma y en la cinta obstétrica.

Figura 1



(cita bibliográfica # 5)

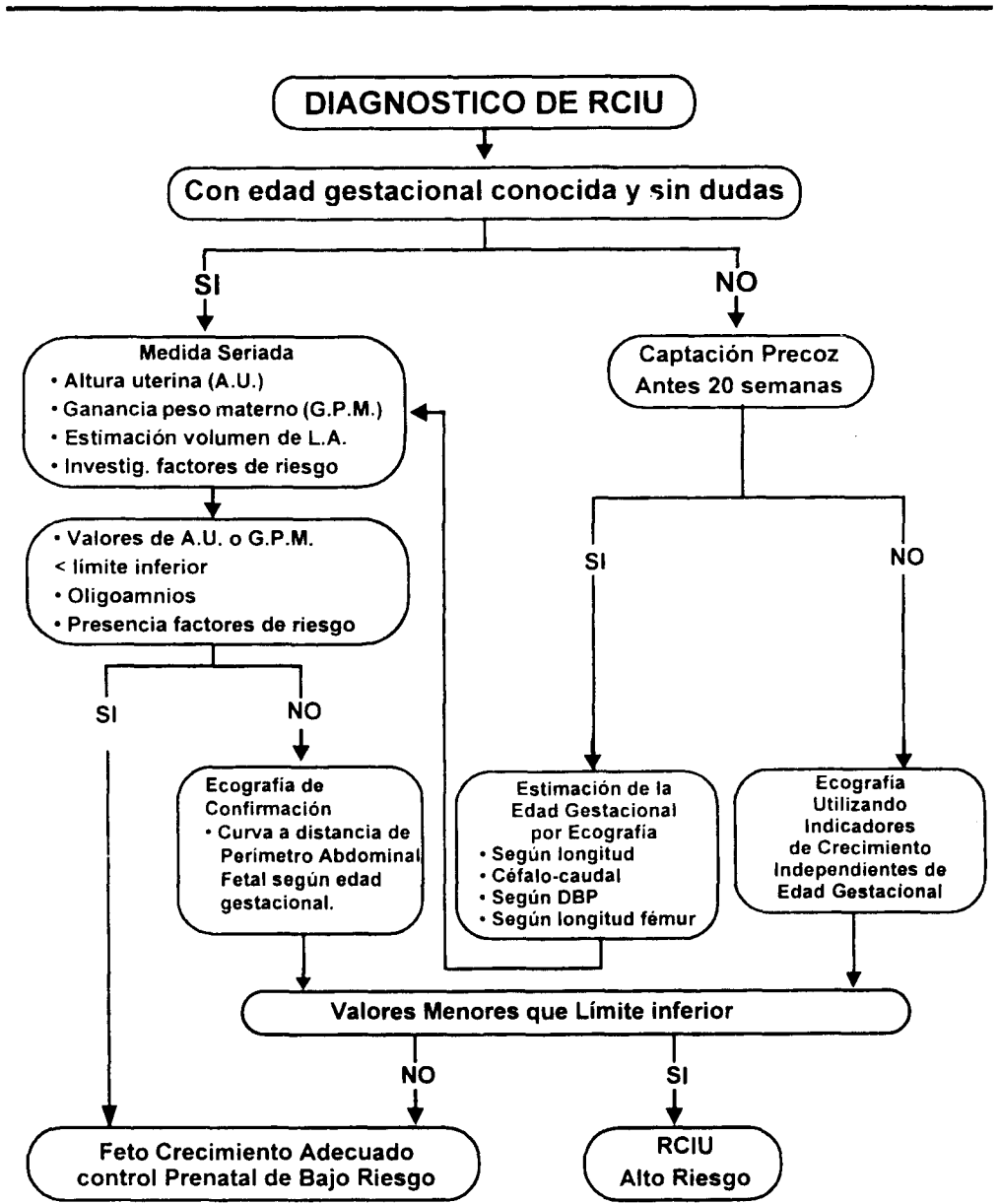
Interpretación

Valor normal: El comprendido entre los percentiles 10 y 90 de la curva patrón de la altura uterina para la edad gestacional.

Valor anormal: El que exceda al percentil 90, o el inferior al percentil 10 de la curva de referencia.

Toda gestante con un valor anormal, debe ser referida a alto riesgo.

La sospecha de RCIU se reafirma cuando además de una altura uterina menor que el p10 existe una ganancia de peso materna menor para el p25.



Esquema escalonado de decisiones para evaluar el crecimiento fetal

(cita bibliográfica # 6)

9.1.4 Diagnóstico de la presentación fetal

Presentación es la parte fetal en contacto con la pelvis, capaz de desarrollar un mecanismo de parto. Puede ser la cabeza fetal, presentación cefálica o las nalgas, presentación podálica. En el caso de ser hombro fetal, se denomina situación transversa y nunca termina espontáneamente en parto por vía vaginal.

Maniobras de Leopold para diagnosticar la colocación del feto en el útero.

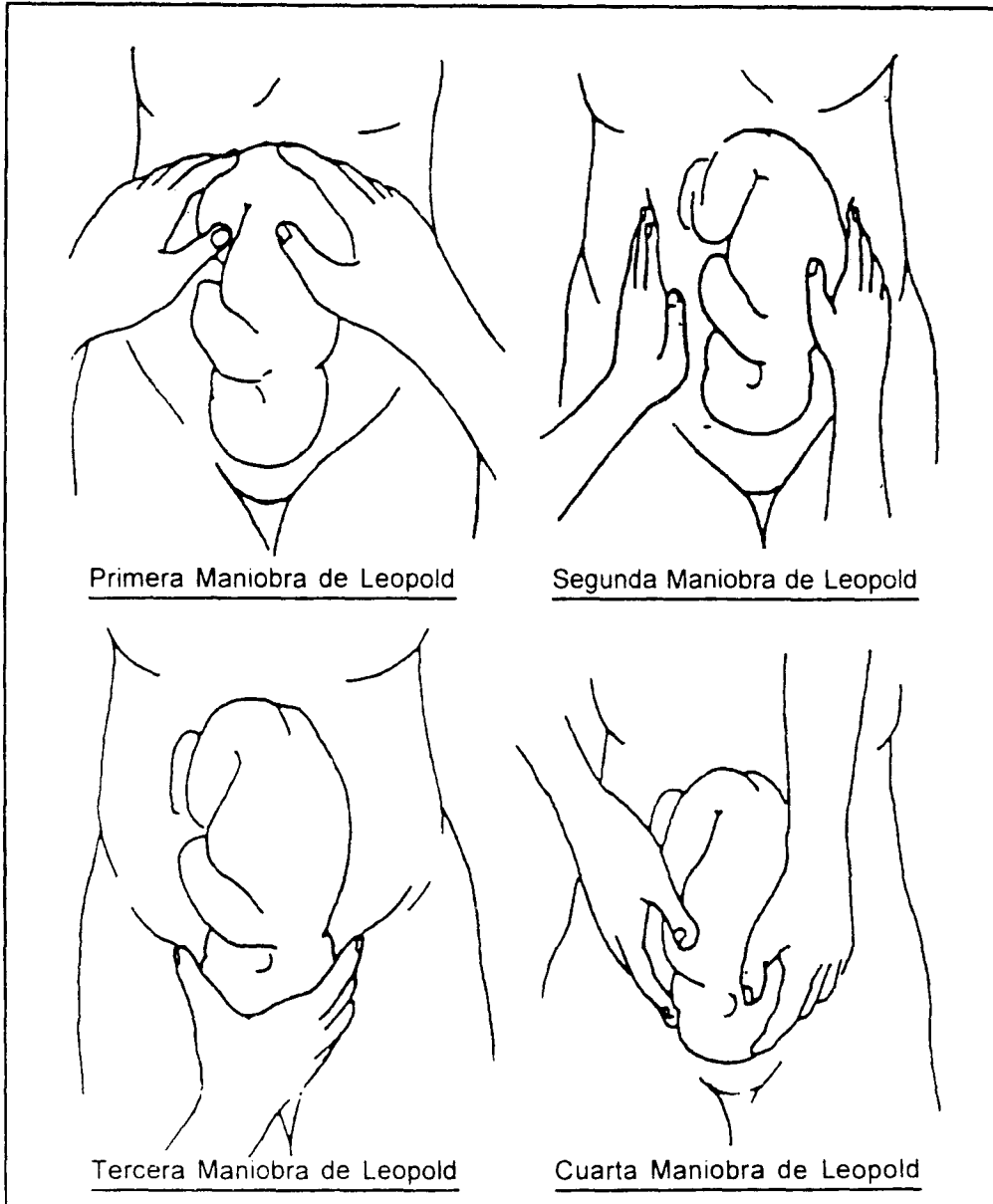
Primera maniobra de Leopold: Palpando el fondo, se puede identificar el polo fetal que lo ocupa. Habitualmente, se encuentran las nalgas. El peloteo cefálico a ese nivel, indica presentación podálica que debe confirmarse con examen genital.

Segunda maniobra de Leopold: palpando los flancos, se determina situación y ubicación del dorso fetal. En situación transversa, se palpan los polos fetales.

Tercera maniobra de Leopold: Permite palpar el polo presentado, habitualmente es el polo cefálico. Esto debe confirmarse, realizando la maniobra de peloteo.

Cuarta maniobra de Leopold: Permite evaluar encajamiento de la presentación en la pelvis y la flexión. Si los dedos se introducen en la excavación vacía, debe sospecharse situación transversa.

Figura 2



9.2.- Promoción de la Lactancia Materna

Promover y proteger la lactancia materna, es una obligación de los servicios de salud, de acuerdo a la ley 8-95 y sus reglamentos que declara la lactancia materna como prioridad nacional, en todos los establecimientos de salud, deberá fomentarse la lactancia exclusiva hasta el 6^{to} mes, haciendo énfasis en sus ventajas así como la prevención y tratamiento de los problemas que la desfavorezcan:

Todos los establecimientos de salud con servicios de maternidad y atención al recién nacido deberán:

Tener en lugar visible la política nacional sobre lactancia materna, que deberá ser conocido por todo el personal del establecimiento, incluido el administrativo y de apoyo.

La dirección del establecimiento organizará la capacitación del personal para que esté, en condiciones de poner en práctica esa política.

El personal de salud promoverá entre las embarazadas los beneficios de la lactancia materna y orientará sobre la manera de ponerla en práctica.

En los servicios con atención al parto, el personal de salud ayudará a las madres a iniciar el amamantamiento durante la medida hora siguiente al parto o cesárea en caso de partos domiciliarios se le brindará apoyo para que afronten la lactancia materna.

El personal de salud explicará a las madres la técnica del amamantamiento, y orientará a las que trabajan, como mantener la lactancia natural incluso si tiene que separarse de sus hijos.

No se dará ni prescribirá a los recién nacidos más que la leche materna, excepto en situaciones estrictamente indicadas.

En los servicios con cama de maternidad, las madres y sus bebés permanecerán en alojamiento conjunto las 24 horas del día, excepto en situaciones estrictamente indicadas.

El personal de salud, el administrativo y el de apoyo fomentarán la lactancia materna natural cada vez que sea solicitada.

Debe recomendarse el MELA como primer método de planificación familiar, tomando en cuenta el cumplimiento de sus tres criterios:

- Lactancia materna exclusiva, a libre demanda
- Amenorrea
- Edad del niño menor de seis meses

En caso de que no se cumplan algunas de estas condiciones, debe utilizarse DIU o métodos anticonceptivos orales bajos en estrógenos.

En las mujeres diagnosticadas VIH cuyo niño/niña no haya sido contagiado debe dársele la información acerca del riesgo de que su hijo/hija pueda contraer el VIH a través de la leche materna, con el objetivo de que ella pueda hacer una decisión informada acerca de si lacta o no.

9.3 Signos y Síntomas de Alarma Durante la Gestación

Durante el embarazo, el personal de salud deberá prestar atención ante la presencia de cualquiera de los siguientes signos y síntomas que se presentan realizando una oportuna y adecuada derivación según el nivel de atención que corresponda.

Los que se listan a continuación aparecen sombreado en amarillo en la HCPB y el carnet perinatal:

- Período intergenésico menor de 2 años.
- Hábito de fumar durante el embarazo.
- Antecedentes de nacimiento de niños de bajo peso.
- Talla menor 1.45mts.
- Edad de la madre, menos de 16 años y mayor de 35 años.
- Fecha de la última menstruación desconocida o no confiable
- Altura uterina menor o mayor que la correspondiente a las semanas de amenorrea.

-
- Disminución de movimiento fetal.
 - Frecuencia cardíaca fetal menor de 120 o mayor de 160 latidos por minuto.
 - Hipertensión arterial.
 - Ganancia exagerada de peso o poca ganancia de peso.
 - Edema o “hinchazón” de cara y/o manos y/o abdomen.
 - Dolor de cabeza, asociados a visión borrosa (fosfenos)
 - Dolor a nivel del abdomen superior, irradiado en barra.
 - Convulsiones.
 - Aumento de la temperatura corporal. (fiebre)
 - Aumento de la frecuencia miccional asociados a sensación de dolor, ardor, dificultad al orinar.
 - Presencia de contracción con una frecuencia de tres en 30 minutos antes de la semana 37 del embarazo.
 - Salida del líquido por la vagina.
 - Presencia de sangrado por la vagina.
 - Presencia de secreciones vaginales amarillo verdosas o purulentas
 - Várices.

Todos las pacientes adolescentes embarazadas, deben ser atendidas en la medida de las posibilidades en una Unidad Integral de Salud de las y los Adolescentes.

10- NORMAS DE ATENCION DEL PARTO:

A toda mujer embarazada que refiera labor de parto se debe:

10.1 Diagnosticar el Trabajo de Parto.

Se establece arbitrariamente que el trabajo de parto se ha iniciado cuando:

- Hay contracciones uterinas periódicas y regulares, percibidas por la madre o por un observador, por lo menos, durante dos horas.
- Su frecuencia es de 2 en 10 minutos o mayor.
- El cuello uterino está, al menos, parcialmente borrado.
- La dilatación es de 2 cm o más en las nulíparas o se encuentra en progreso en las multíparas.

El trabajo de parto se divide, según la dilatación y el descenso de la presentación, en 3 etapas:

- Dilatación o primer período.
- Expulsivo o segundo período.
- Período placentario, alumbramiento o tercer período.

Se solicitará el expediente con la HCPB, si la embarazada se atendió su control prenatal en el centro de salud. En caso contrario se elaborará la HCPB, tomando como base el carnet perinatal que posee la embarazada.

10.2- Examen Físico

- Estado general.
- Presión arterial.
- Frecuencia cardíaca materna.
- Auscultación pulmonar y cardíaca.

-
- Temperatura corporal.
 - Presencia o ausencia de edemas.
 - Várices.

10.3 Examen Obstétrico

10.3.1 Palpación Abdominal

Determina:

- Volumen uterino.
- Número de fetos.
- Situación fetal.
- Presentación fetal.
- Posición y tamaño fetal.
- Cantidad de líquido amniótico.
- Altura de la presentación.
- Presencia de contracciones uterinas.

10.3.2 Patrón de Contractilidad Uterina

Se debe determinar el patrón de contractilidad uterina por la apreciación de tono, frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y el momento en que la madre comenzó a percibir la intensificación de alguno de estos parámetros.

El control clínico de las contracciones uterinas se debe realizar por períodos no menores de 10 minutos, colocando la mano extendida en el abdomen materno sobre el cuerpo uterino, sin estimularlo.

10.3.3 Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal.

Permite:

- Determinar vida fetal.
- Estimar bienestar fetal.

10.3.4.- Examen Genital

Permite evaluar:

- Amplitud y elasticidad de partes blandas.
- Dilatación, borramiento y posición cervical.
- Integridad de membranas ovulares.
- Presentación, variedad de posición y altura.
- Proporción feto-pélvica.
- Arco sub-púbico.

Gestante que no esta en trabajo de parto.

- Si después de examinada la gestante se llega a la conclusión de que no hay trabajo de parto, se orientara a la embarazada de los signos y síntomas de inicio de parto
- Si no está en labor de parto pero existen factores de riesgo, debe referirla a un nivel superior.
- Si no hays trabajo de parto, ni factores de riesgo, pero la gestante vive muy lejos del centro de salud y hay prodromos de parto deberá tenerse en cuenta esta condición para su admisión.

10.4 Atención del Período de Dilatación

Si la madre esta en trabajo de parto

- Se procederá a su ingreso, para vigilar su evolución.
- Durante la atención del parto, la embarazada debe recibir un trato humanizado, no debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésico, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal, en casos excepcionales se administrará de acuerdo a los procedimientos establecidos. previa información y autorización de la parturienta.

-
- No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el sólo motivo de acelerar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo estrecha vigilancia médica.
 - Debe iniciarse el uso del partograma al ingresar la paciente en sala de pre-parto.
 - Se evaluarán las características de las contracciones uterinas (frecuencia, intensidad y duración) durante 10 minutos. cada 30 minutos o cada hora.
 - La verificación y registro de la contractilidad uterina y de los latidos cardíacos fetales, antes, durante y después de la contracción uterina cada 30 minutos
 - Se deberá auscultar desde el comienzo de la contracción y hasta después de terminada la misma, en períodos de 15 segundos, multiplicar cada valor por 4, compararlos entre sí y con la FCF basal.
 - La verificación y registro del proceso de la dilatación a través de la exploración vaginal racional.
 - Se debe registrar el pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada 4 horas, considerando la evolución clínica.
 - Debe mantenerse la hidratación de la embarazada.
 - Debe registrarse en el expediente clínico el uso de medicamentos, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto.
 - El rasurado del vello púbico y la aplicación de enemas evacuantes durante el trabajo de parto, no debe realizarse de rutina y debe informarse a la embarazada.

10.5 Atención del Período Expulsivo y Alumbramiento

- Se trasladará a sala de expulsivo la primigesta cuando tenga dilatación de 10 cm y la múltipara cuando presente dilatación de 8 cm.
- El período expulsivo se atenderá a la parturienta garantizando un trato de calidez, parto limpio y alumbramiento seguro.
- La protección perineal es la principal medida preventiva para evitar desgarros.
- La episiotomía no debe realizarse de manera rutinaria, en caso de realizarse, debe informarse a la embarazada.
- Durante el período expulsivo no se debe hacer presión sobre el útero, para acelerar la expulsión del feto. (Maniobra de Kristeller).
- Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes del desprendimiento. Comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal y el cervix. Verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado vaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina IM o diluida en solución y/o ergotrate 0.25 mg IM en caso de hipotonía uterina.
- Debe colocarse el niño al seno inmediatamente para estimular la contracción uterina y cumplir con las normas de lactancia materna.
- Los datos correspondientes a los resultados del parto deben ser consignados en la HCPB y el carnet perinatal.
- Se recomienda enfatizar la consejería sobre la planificación post parto y la transcesárea, para aquellas mujeres que durante su embarazo hayan decidido utilizar un método anticonceptivo.

10.6 Signos y Síntomas de Alarma Durante el Trabajo del Parto y el Alumbramiento

Los signos y síntomas aquí descritos son indicativos, de complicaciones que pueden presentarse durante el trabajo de parto y alumbramiento.

- Alteraciones de la dinámica uterina. (Ver anexo No 14.6)
- Cambios importantes en la frecuencia cardíaca fetal (Ver anexo No. 14.7)
- Sangrado vaginal anormal.
- Prolapso del cordón umbilical.
- Líquido amniótico teñido con meconio.
- Distocia de presentación
- Presencia de extremidades, hombro o nalga en la vagina.
- Signos de choque.
- Trabajo de parto prolongado (más de 14 horas).
- Período expulsivo prologado; mayor de una hora.
- Retención de la placenta por más de 30 minutos.
- Sangrado vaginal post parto abundante.
- Ruptura de membrana mayor de 12 horas.
- Proceso infeccioso severo.
- Convulsiones.

11. NORMAS DE ATENCION DEL PUERPERIO

11.1 Post Alumbramiento

El período de post Alumbramiento, comprende las 2 horas siguientes al parto.

Durante el mismo, se producen la mayoría de las hemorragias post-parto por:

- Atonía uterina.
- Retención de restos placentarios.
- Desgarros cervicales y vaginales.

Por ello, debe vigilarse durante 2 horas como mínimo, con minutos:

- Presión arterial y pulso materno
- Una buena retracción uterina.
- Globo de seguridad de Pinard.
- El sangrado genital.

11.2 Puerperio Inmediato.

Comprende:

Desde el alumbramiento hasta las primeras 24 horas del parto.

Todos los datos correspondientes a la evaluación del puerperio inmediato deben de ser anotados y registrados en la HCPB.

- Tensión arterial.
- Pulso.

-
- Temperatura.
 - Involución uterina
 - Sangrado vaginal.
 - Loquios
 - Entuertos
 - Micción.
 - Evacuación.
 - Herida perineal / Cesárea

En las primeras 6 horas favorecer la deambulación, la alimentación normal y la hidratación, informar a la puerpera sobre los signos y síntomas de alarmas.

Durante la hospitalización se orientará a las madres sobre los cuidados del recién nacido, sobre las técnicas de amamantamiento, así como los signos de alarma para el recién nacido.

Se debe referir a la madre, para el control puerperal, se debe proporcionar un mínimo de tres consultas:

1^{ro} Control en la primera semana.

2^{do} Control en la segunda semana.

3^{ro} Control al mes.

La consulta de puerperio debe incluir:

- Chequeo de T.A, pulso, temperatura, edema.
- Involución uterina.
- Chequeo de la episiotomía o cesárea.
- Características de los loquios
- Chequeo de las mamas.
- Exito de la lactancia materna.

11.3 Signos y Síntomas de Alarma Durante el Puerperio.

Los signos y síntomas de alarma durante el puerperio, que se incluyen en esta guía, facilitarán el reconocimiento precoz, por parte de las embarazadas, de situaciones que puedan alterar la evolución del puerperio normal y permitirán la búsqueda de atención en los servicios de salud en el momento oportuno.

Se mencionan signos y síntomas que podrían sugerir la presencia de diversas patologías durante el puerperio y que constituyen, por lo tanto, indicación de evaluación inmediata por parte del equipo de salud:

- Aumento de la temperatura corporal, sostenido, asociado a escalofríos, malestar general,
- Dolor de cabeza, decaimiento, falta de apetito, mareo fácil.
- Presencia de secreciones vaginales fétidas, purulentas achocolatadas.
- Dolor intenso a la palpación del abdomen.
- Falta de involución uterina.
- Grietas o resquebrajaduras dolorosas en el pezón.
- Dolor, tensión y endurecimiento exagerados en las mamas.
- Enrojecimiento y aumento del calor en la superficie de las mamas.
- Excreción láctea mezclada con pus.
- Sangrado abundante por la vagina.
- Sangrado, que independientemente de la cantidad, se presente de manera persistente en la fase de puerperio alejado.
- Dolor exagerado en el sitio de la episiotomía.
- Convulsiones.
- Cambios de conducta.
- Persistencia de los edemas (hinchazones) o aumento progresivo de ellos.
- Incapacidad física para realizar labores cotidianas (mareos, fatiga fácil, etc.)

12. ATENCION AL RECIEN NACIDO

Son los cuidados básicos que se aplican al neonato en forma inmediata y mediata por el personal de salud. Deben brindarse con la finalidad de mejorar la adaptación inmediata a la vida extrauterina e interviniendo oportunamente en aquellos recién nacidos que presenten una situación que pongan en riesgo su vida.

12.1 Recibimiento y evaluación Recién Nacido.

12.1.1 Recibimiento

Prevención de infección (técnica de asepsia y antisepsia).

Prevención de enfriamiento

Identificación del Recién Nacido

12.1.2 Evaluación

Vitalidad

Se valora al Recién Nacido de acuerdo con el método de APGAR al primer y quinto minuto.

VALORACION DEL RECIEN NACIDO, METODO APGAR.

PUNTUACION	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
MOVIMIENTOS RESPIRATORIO	AUSENTE	IRREGULAR E HIPOVENTILACION	BUENO, LLANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDEZ O HIPERTONIA	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS, BUENA FLEXION
ACTIVIDAD O RESPUESTA A ESTIUMULOS	SIN RESPUESTA	LLANTO, ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO VIGOROSO
COLORACION DE PIEL Y MUCOSA	AZUL, PALIDO	CUERPO SONROSADO, MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SONROSADO

De acuerdo con los hallazgos obtenido se clasificará de la siguiente manera:

Vigoroso : 7 a 10 puntos

Depresión Moderado: 4 a 6 puntos

Depresión severa: 0-3 puntos

12.2 Examen físico

Los elementos guía para examen inicial

- Determinación de la edad gestacional (Escala Uscher. Capurro o Cinta Métrica del CLAP)
- Evidencia de traumatismos obstétricos.
- Malformaciones exteriores
- Permeabilidad (via aerea, coana, ano, esófago)
- Trastornos de adaptación (dificultad respiratoria)

Clasificación del Recién Nacido por edad gestacional y peso. (Lubchenco/ Bataglia o Curva del CLAP en el gestograma o cinta métrica)

- Adecuado para la edad gestación. (AEG)
- Pequeño para la edad gestación. (PEG)
- Grande para la edad gestación. (GEG)

Cada uno de esta puede ser pre-término, término, post-término.

12.3 Cuidados del recién nacido de:

Prevención de las infecciones (técnica de asepsia, antisepsia)

Prevención de la oftalmía. (Nitrate de Plata)

Profilaxis de la enfermedad hemorrágica (vitamina K 1mg I.M.)

Prevención del enfriamiento. (Hipotermia)

Una vez completada estas medidas y de no existir razones para ser ingresados a cuidado intensivo, el niño se colocará al lado de su madre (alojamiento conjunto).

12.4 Atención del Recién Nacido de Alto Riesgo.

Sobre la base de los antecedentes del embarazo o parto, el neonato puede requerir cuidados especiales debido a la alta posibilidad de enfermar o morir. El recién nacido de alto riesgo debe ser manejado en una unidad que cuente con el equipo humano, material y laboratorio capaz de detectar y tratar en forma óptima todas las eventualidades que puedan aparecer en la evolución.

12.4.1 Condiciones de Riesgo para Clasificar el Recién Nacido de Alto Riesgo:

- Nacimiento de pretérmino (antes de las 37 semanas).
- Bajo peso al nacer (menos de 2500 g)
- Macrosomícos. (más de 4500 gr)
- Embarazos prolongados (mayor de 42 semanas) R.N. post término
- Enfermedades materna RH negativo sensibilizadas, diabetes, toxemia, infecciones,
- hipotiroidismo, etc.
- Drogas y tratamiento dados a la madre que provocan patologías en el feto.
- Hipoxia intrauterina e intraparto.
- Presentaciones distólicas
- Traumatismo obstétrico.
- Membranas rotas desde más de 24 horas.
- Líquido fétido, fiebre en la madre y otras posibles causas de infección.
- Condiciones mentales o socioeconómicas deficientes en las madres.
- Aplicación Fórceps
- Enfermedad del Neonato. (Anomalías Congénitas Mayores).

En caso de que el nacimiento haya ocurrido en un centro de salud que por su nivel de atención amerite ser trasladado a uno de mayor complejidad, para su manejo adecuado debe realizarse con las siguientes medidas:

- Conocer el lugar donde será referido
- En incubadoras de transporte con oxígeno
- Aspiración de vía respiratoria.
- Acompañamiento de un personal de salud calificado.

2.5 Signos y Síntomas de Alarma del Recién Nacido.

Los signos y síntomas que se describen en la presente guía son sugestivos de la presencia de las patologías más comunes en esta etapa de la vida del niño. La presencia de uno o más de estos signos y síntomas justifican lenamente el contacto inmediato del recién nacido con los servicios de salud disponibles en la comunidad.

- Aumento de la frecuencia respiratoria (respiración atelerada).
- Movimiento rápido de las alas nasales (aleteo nasal)
- Sensación de dificultad para respirar, observable por una mayor demarcación de las costillas (tiraje intercostal) o retracción del esternón.
- Quejido al respirar(Usar puntaje de Silvermann)
- Cambios en la coloración de la piel; violácea (cianosis), pálida o amarilla (ictericia). especialmente cianosis de los labios o de la cara.
- Coloración amarillenta de conjuntivas, piel o mucosas.
- Ausencia o disminución de la actividad física
- Disminución del tono muscular.
- Salida de sangre por el cordón umbilical (onfalorragia).
- Olor fétido a nivel del cordón umbilical o del ombligo.
- Secreciones purulentas del cordón umbilical o del ombligo.
- Secreciones purulentas en los ojos.
- Debilidad o ausencia de llanto.(poco reactivo)
- Llanto agudo
- Temblores.
- Convulsiones
- Temperaturas altas o bajas.

-
- Rechazo del alimento (mala succión en un neonato de término)
 - Distensión abdominal
 - Vómitos en niños amamantados exclusivamente.
 - Disposiciones líquidas frecuentes y acompañadas con disminución de peso, vómito, decaimiento o inapetencia.
 - Ausencia de deposiciones durante las primeras 48 horas de vida o por más de 2-3 días, posteriormente.
 - Deposiciones sanguinolentas.
 - Ausencia de eliminación urinaria durante el primer día.
 - Pérdida de peso de más del 10%

12.6 Ingreso del Recién Nacido

Se llenará el formulario de Hospitalización Neonatal y el formulario de enfermería neonatal.

13. BIBLIOGRAFIA

- 1) Clínica de Gineco-Obstetricia (Temas Actuales: Urgencia Obstétricas parte 1 y 2, 1995).
- 2) Código de Salud, República Dominicana / Julio 1956, Ley 4471.
- 3) Díaz G, Schwarcz R, Fescina H, Simini F, López R. Sistema informático perinatal. Salud perinatal (Boletín CLAP, OPS/ OMS) 1987; 2 (8) 82.
- 4) Fescina RH. Aumento de peso durante el embarazo: método para su calculo cuando se desconoce el peso habitual. BOL Of Sanif Panam 1983; 95:156.
- 5) Fescina RH, Quevedo C, Martell M, Nieto F, Schwarcz R. Altura uterina como método para predecir el crecimiento fetal. Bol Of Sanif Panam 1984; 96:377
- 6) Fescina RH, Schwarcz R, Diaz AG. Vigilancia del crecimiento fetal. Manual de autoinstruccion. Montevideo, CLAP, 1992. (Publ. Cient. CLAP # 1261).
- 7) Fescina RH, Ucieda FJ, Cordano C. Nieto F, Tenzer MM, López R. Ultrasonic patterns of intrauterine fetal growth in Latin American country. Early Hum Dev 1982; 6:239.
- 8) Libro de Texto Flasog-96.
- 9) Manual sobre enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil, OPS, Paltex No.71986.

-
- 10) Manual de Educación Comunitaria en Salud Materno Perinatal.
 - 11) Martell M, Estol P, Martínez , Díaz Resolló JL, Schwarcz R. Atención inmediata del recién nacido. Montevideo, Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP / OPS / OMS), 1992. (publ. Cient. CLAP # 1253).
 - 12) Normas de Atención Materno Infantil, Argentina, 1994.
 - 13) Normas de Atención Materno Infantil, Colombia, 1995.
 - 14) Normas de Atención Obstétrica, México, 1995.
 - 15) Normas de Atención Materno Infantil SESPAS, República Dominicana, 1983.
 - 16) Normas de Obstetricia (Instituto Nacional de perinatología, México, D.F.1995).
 - 17) Normas de Obstetricia (Hospital Dr. Luís Castelazo Ayala, México. D.F., 1995).
 - 18) Programa Nacional Materno Infantil SESPAS, República Dominicana, 1989.
 - 19) Publicación Científica del 15 Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología Fasog-96.
 - 20) Salud Reproductiva Materno Perinatal, Atención prenatal y del Parto de bajo riesgo, CLAP, Schwarcz - Fescina R., Montevideo, Uruguay 1995.
 - 21) Schwarcz R, Díaz AG. Fescina R, Díaz Rosello JL, Martell M, Tenzer SM. Historia clínica perinatal simplificada. Bol Of Sanit Panamer 1983; 95:163.
 - 22) Schwarcz R, Duverge G, Díaz AG, Fescina RH. Obstetricia. 5ª. Ed. Bueno aires, El Ateneo 1995.
 - 23) Salud Reproductiva, Bolivia, 1995.

14.1 Altura uterina y Peso Materno 14.1.2 Peso para la Talla según la Edad Gestacional.

Desde la semana 13 se presentan los valores correspondientes a los percentilos 10 y 90 de la altura uterina (AU) y del peso materno para la talla y los percentilos 25 y 90 del incremento de peso materno. Los patrones normales fueron confeccionados por el CLAP.

Evaluación del Crecimiento Fetal

Debe sospecharse retardo en el crecimiento intrauterino (RCI) cuando los valores del incremento de peso materno son inferiores a los que corresponden al P²⁵ o los de la AU inferiores al P¹⁰ de sus correspondientes curvas. Si ambos métodos se utilizan combinados definiendo como sospechosos de RCI, tanto los valores anormales de la ganancia de peso materno o de la AU, la sensibilidad (capacidad de diagnosticar los verdaderos RCI) alcanza el 75%.

El incremento de peso materno se calcula restando el peso actual al pregravidico. Muchas veces no se cuenta con el peso pregravidico. En este caso debe utilizarse el P¹⁰ de la tabla de peso materno para la talla según la edad gestacional.

Clinicamente se sospechará macrosomía fetal si los valores de la AU superan el P⁹⁰ del patrón normal; la sensibilidad de este método es de alrededor del 90%. Excluido el polihidramnios, el error de amenorrea, el gemelar, etc. la ecografía confirmará el diagnóstico.

Evaluación de la nutrición materna

Debe sospecharse subnutrición cuando el incremento de peso es menor que el P²⁵ o el peso para la talla es menor que el P¹⁰ de sus respectivos patrones. Si algún valor es mayor que el P⁹⁰ de su patrón respectivo debe sospecharse exceso de ingesta o retención hídrica.

INCREMENTO DEL PESO MATERNO EN Kg PERCEN	SEMANAS		ALTURA UTERINA EN Cm PERCENTILOS	
			25	90
	25	90	25	90
0.4	3.5	13	8.0	12.0
1.2	4.0	14	8.5	14.5
1.3	4.5	15	9.5	15.0
1.8	5.4	16	11.5	18.0
2.4	6.1	17	12.5	18.0
2.6	7.0	18	13.5	19.0
2.9	7.7	19	14.0	19.5
3.2	8.3	20	15.0	21.0
4.1	8.6	21	15.5	21.5
4.5	9.4	22	16.5	22.5
4.8	10.2	23	17.5	23.0
5.1	10.8	24	18.5	24.0
5.6	11.3	25	19.5	25.5
5.9	11.6	26	20.0	25.5
6.1	11.7	27	20.5	26.5
6.4	11.9	28	21.0	27.0
6.6	12.1	29	22.5	28.0
7.0	13.5	30	23.5	29.0
7.1	13.9	31	24.0	29.5
7.6	14.5	32	25.0	30.0
7.7	14.7	33	25.5	31.0
7.9	15.0	34	26.0	32.0
7.9	15.4	35	26.5	33.0
8.0	15.6	36	28.0	33.0
8.0	15.8	37	28.5	34.0
8.0	16.0	38	29.5	34.0
8.0	16.0	39	30.5	34.0
8.0	16.0	40	31.0	34.5

** Las medicas de la AU fueron obtenidas desde el borde superior del pubis hasta el fondo uterino desplazando la cinta métrica entre los dedos índice y mayor

Sem	Perc	140	143	146	149	152	155	158	161	164	167
		142	145	148	151	154	157	160	163	166	169
13	10	38.6	40.0	41.3	42.8	42.8	42.2	45.6	47.2	49.0	52.2
13	90	51.3	53.1	54.9	57.0	58.8	60.7	62.7	65.1	67.2	69.4
14	10	39.5	40.9	42.3	43.8	45.2	46.7	48.3	50.1	51.8	53.4
14	90	52.7	54.5	56.4	58.5	60.3	62.3	64.4	66.8	69.0	71.2
15	10	40.4	41.8	43.3	44.9	46.3	47.8	48.4	51.3	53.0	54.6
15	90	53.1	55.0	56.9	59.0	60.8	62.8	64.9	67.4	69.6	71.8
16	10	41.3	42.8	44.2	45.9	47.3	48.9	50.5	52.4	54.1	55.9
16	90	53.6	55.5	57.3	59.5	61.4	63.4	65.5	68.0	70.2	72.5
17	10	42.4	43.7	45.2	46.9	48.4	49.9	51.6	53.6	55.3	57.1
17	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
18	10	42.7	44.2	45.7	47.4	48.9	50.5	52.2	54.1	55.9	57.7
18	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
19	10	43.6	45.1	46.1	48.4	49.9	51.6	53.3	55.3	57.1	58.9
19	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
20	10	44.5	46.1	47.6	49.4	51.0	52.6	54.4	56.4	58.3	60.2
20	90	51.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
21	10	45.4	47.0	48.6	50.4	52.0	53.7	55.5	57.6	59.5	61.4
21	90	54.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
22	10	45.9	47.5	49.1	50.9	52.5	54.2	56.1	58.2	60.1	62.0
22	90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
23	10	46.3	47.9	49.6	51.4	53.0	54.8	56.6	59.3	60.7	62.6
23	90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	70.3	72.0	74.3
24	10	46.8	48.4	50.1	51.9	53.6	55.3	57.2	59.9	61.3	63.2
24	90	55.4	57.3	59.3	61.5	63.4	65.5	67.7	70.8	72.6	74.9
25	10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
25	90	55.8	58.8	59.8	62.0	64.0	66.1	68.5	71.4	73.2	75.5
26	10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
26	90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
27	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
27	90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
28	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	65.5	64.5
28	90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
29	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	65.5	64.5
29	90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
30	10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.6	63.1	65.1
30	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
31	10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.1	63.1	65.1
31	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
32	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
32	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
33	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
33	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	73.2	75.0	77.4
34	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
34	90	59.9	59.7	61.7	64.0	66.0	68.2	70.5	73.2	75.6	78.0
35	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
35	90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
36	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
36	90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
37	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
37	90	58.6	60.6	62.7	65.0	67.1	69.3	71.6	74.3	76.8	79.2
38	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
38	90	59.0	61.1	63.2	65.5	67.6	69.8	72.1	74.9	77.3	80.7
39	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
39	90	59.5	61.3	63.7	66.0	68.1	70.3	72.7	75.5	77.9	81.4

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO CLAP - OPS/OMS



14.2 ESTIMACION DE LA EDAD GESTACIONAL SEGUN LONGITUD CEFALO-CAUDAL EMBRIO-FETAL

LCC (mm)	Amenorrea (semanas-días)	Variabilidad (semanas)
13 a 15	8	± 1
16 a 19	8.3-8.4	± 1
20 a 23	9	± 1
24 a 28	9.3-9.4	± 1
29 a 33	10	± 1
34 a 38	10.3-10.4	± 1
39 a 43	11	± 1
44 a 48	11.3-11.4	± 1
49 a 54	12	± 1
55 a 63	12.3-12.4	± 1
64 a 75	13	± 1

LCC = Longitud Céfalo - Caudal

Estimación de la edad gestacional según longitud céfalo-caudal embrio-fetal (Cita bibliográfica No. 19)

14.3 ESTIMACION DE LA EDAD GESTACIONAL A PARTIR DE LA MEDIDA ECOGRAFICA DEL DIAMETRO BIPARIETAL

Diámetro biparietal (mm)	Amenorrea (semanas)	Intervalo de confianza 90% (semanas)	Diámetro biparietal (mm)	Amenorrea (semanas)	Intervalo de confianza 90% (semanas)
19 a 22	12	+ 1	68 a 70	26	± 1
23 a 27	13	- 1	71 a 73	27	± 1
28 a 31	14	- 1	74 a 76	28	± 2
32 a 34	15	- 1	77 a 79	29	± 2
35 a 37	16	± 1	80 a 82	30	± 2
38 a 41	17	± 1	83 a 84	31	± 2
42 a 45	18	± 1	85 a 86	32	± 2
46 a 48	19	± 1	87 a 88	33	± 2
49 a 52	20	± 1	89 a 90	34	± 2
53 a 55	21	± 1	91 a 92	35	± 2.5
56 a 58	22	± 1	93 a 94	36	± 2.5
59 a 61	23	± 1	95 a 96	37	± 2.5
62 a 64	24	± 1	87 a 98	38	± 2.5
65 a 67	25	± 1	99 a 100	39	± 2.5

Estimación de la edad gestacional a partir de la medida ecográfica del diámetro biparietal (tabla externa a tabla externa) (Cita bibliográfica No. 20)

14.4 ESTIMACION DE LA EDAD GESTACIONAL A PARTIR DE LA MEDIDA ECOGRAFICA DE LA LONGITUD DEL FEMUR.

Diámetro fémur (mm)	Amenorrea (semanas)	Intervalo de confianza 90% semanas)	Diámetro biparietal (mm)	Amenorrea (semanas)	Intervalo de confianza 90% semanas)
10-12	13	± 1	50-52	27	± 1.5
13-15	14	± 1	53-54	28	± 1.5
16-19	15	± 1	55-56	29	± 1.5
20-22	16	± 1	57-58	30	± 2.5
23-25	17	± 1	59-61	31	± 2.5
26-28	18	± 1	62-63	32	± 2.5
29-31	19	± 1.5	64-65	33	± 2.5
32-34	20	± 1.5	66-67	34	± 2.5
35-37	21	± 1.5	68-69	35	± 2.5
38-39	22	± 1.5	70-71	36	± 2.5
40-42	23	± 1.5	72-73	37	± 3
43-44	24	± 1.5	74-75	38	± 3
45-47	25	± 1.5	76-77	39	± 3
48-49	26	± 1.5	78-79	40	± 3

(Cita bibliográfica No. 7)

**14.5 PERIMETRO ABDOMINAL FETAL (cn mm.)
PARA CADA SEMANA DE EDAD GESTACIONAL**

PERCENTILES

Sem.	Limite de zona alarma (P 0,5)	5	10	25	50	75	90	95
15	55	64	69	76	90	92	102	113
16	63	78	82	91	101	105	113	120
17	80	94	97	105	112	118	124	127
18	94	107	112	116	125	132	136	139
19	105	118	121	127	138	144	151	152
20	113	128	132	138	148	154	165	166
21	123	140	142	148	158	160	174	177
22	134	153	153	160	166	170	183	189
23	142	159	163	169	180	183	194	199
24	149	168	173	179	190	198	208	215
25	158	179	183	191	201	209	220	225
26	171	192	193	202	210	220	230	235
27	181	201	203	213	223	232	243	247
28	188	208	213	224	234	247	260	261
29	196	220	225	234	247	259	273	277
30	206	231	237	245	257	273	285	287
31	217	244	248	256	271	286	295	298
32	228	253	257	268	284	298	305	308
33	238	263	267	280	296	309	315	319
34	245	272	274	289	305	320	327	332
35	254	282	285	299	314	330	341	345
36	264	295	299	309	322	340	352	356
37	276	305	310	319	329	348	361	362
38	286	314	318	328	335	356	365	367
39	292	322	324	330	340	358	370	378
40	300	330	334	338	345	360	378	385

(Cita bibliográfica No. 7)

14.6 PARAMETROS DE LA CONTRACTILIDAD UTERIANA

	Tono	Frecuencia (contracc./10 min.)	Duración (segundos)	Intensidad
Normal	Se palpan partes fetales. Se deprime útero entre contracciones	2 a 5	20 - 50	El útero no se deprime en el acmé de la contracción
Anormal	Hipertonía. Imposible palpar partes fetales Dolorf	> 7 (taquicardia)	> 50	Hipersistolía. Utero no se deprime en ningún momento de la contracción.

Nota: a los efectos de la esquematización no fueron incluidos en este cuadro la hipotonía ni la hiposistolía.

14.7 INTERPRETACION DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL

FCF entre contracciones	
Normal	Entre 120-160 lat./min.
Alerta (Hipoxia leve)	Entre 100-119 lat./min. (bradicardia)
	Sobre 160 lat./min. (taquicardia)
Anormal (Hipoxia severa o bloqueo cardiaco congénito).	FC < 100 lat./min. (bradicardia)
FCF asociada a las contracciones	
Normal	
<ul style="list-style-type: none"> • Sin variación significativa con la basal, aceleraciones transitoria • Dip I o desaceleración precoz sincrónica con la contracción uterina (CU). 	
Alerta	
<ul style="list-style-type: none"> • Dips II o desaceleración tardía. Iniciación tardía en relación a la CU y recuperación después que ésta ha terminado. Alcanza su valor mínimo entre 20 y 60 segundos, después del acmé de la CU. • Bradicardia sostenida (< 100 lat./min.) Desaceleración iniciada en la CU, que no se recupera una vez termina ésta 	

14.8 PESO NEONATAL (en gramos) EN FUNCIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL

PERCENTILES

Semanas	10	50	90
26	564	821	1155
27	617	957	1346
28	703	1113	1552
29	843	1276	1800
30	1004	1460	1999
31	1161	1642	2196
32	1304	1842	2373
33	1507	2066	2592
34	1772	2322	2901
35	2055	2611	3206
36	2324	2888	3513
37	2529	3090	3690
38	2696	3230	3826
39	2816	3333	3906
40	2916	3430	4003

(Cita bibliográfica No. 7)