



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

GERENCIA MÉDICA

Protocolo Clínico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud

CÓDIGO.PAC.GM.DDSS.AAIP.260121

VERSIÓN 01

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

2022

Equipo Constructor:	<p>Dr. Alexander Bullio Guillén, Médico Gineco-obstetra, Subespecialista en Medicina Materno Fetal, Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva</p> <p>Dr. Ana Rosa Cordero Fernández, Médica Gineco-obstetra, Subespecialista en Medicina Materno Fetal, Hospital Calderón Guardia</p> <p>Dr. Franklin Escobar Zárate, Médico Gineco-obstetra, Subespecialista en Medicina Materno Fetal Hospital San Vicente de Paul</p> <p>Dra. Jéssica Castillo Esquivel, Enfermera Obstetra, Hospital San Vicente de Paul</p> <p>Dra. Karla Araya Vargas, Médica Gineco-obstetra, Hospital México</p> <p>Dr. Rodrigo Azofeifa Soto, Médico Gineco-obstetra, Subespecialista en Medicina Materno Fetal Hospital, San Juan de Dios</p>
Equipo conductor metodológico:	<p>Dra. Angélica Vargas Campos, Médica Gineco-obstetra, Programa de Normalización Atención a la Mujer, Área de Atención Integral a las Personas</p> <p>Dra. Hellen Porras Rojas, Médica, Programa de Normalización Atención a la Mujer</p>
Asesoría Gerencia Médica:	<p>Dra. Carla Gríos Dávila, Médica Gineco-obstetra, Aserora de Despacho, Gerencia Médica</p>
Colaboradores:	<p>Dra. Adriana Arias Guillén, Médica Gineco-obstetra, Hospital San Vicente de Paul</p> <p>Dr. Joaquín Bustillos Villavicencio, Médico Gineco-obstetra, Hospital San Juan de Dios</p> <p>Dra. Johanna Cristina Garita Arce, Psicóloga, Clínica Ricardo Moreno Cañas</p> <p>Dra. Johanna Murillo Sandino, Médica Gineco-obstetra, Hospital San Juan de Dios</p> <p>Dr. Jorge Arturo Alvarado Blanco, Médico Gineco-obstetra, Hospital México</p> <p>Dra. María Elena Artavia Mora, Enfermera Obstetra, Coordinación Nacional de Enfermería</p> <p>Dra. Nereida Arjona Ortegón, Programa Normalización de la Atención al Niño y la Niña</p> <p>Dr. Manrique Leal Mateos, Médico Gineco-obstetra, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia</p> <p>Dra. María Viviana López Herrera, Trabajadora Social, Hospital San Juan de Dios</p> <p>Dr. Milton Arce Barrantes, Enfermero Obstetra, Hospital de San Carlos</p> <p>Dr. Rafael Montero Ramírez, Médico Gineco-obstetra, Hospital México</p> <p>Dra. Rita Peralta Rivera, Médica Gineco-obstetra, Hospital Calderón Guardia</p> <p>Dra. Shirley Acuña Chinchilla, Médica Anestesióloga, Hospital México</p> <p>Dra. Lucía Quirós Ramírez, Médica, Dirección de Compras Servicios de Salud</p> <p>Dra. Ana Lorena Torres Rosales, Coordinadora, Coordinación Nacional de Laboratorios Clínicos</p>

<p>Validación del Protocolo por:</p>	<p>Lcda. Celenia Corrales Fallas, Trabajadora Social, Coordinación Nacional de Trabajo Social</p> <p>Msc. Melissa Bermúdez Otárola, Trabajadora Social, Programa Institucional para la Equidad de Género</p> <p>Dra. Jaqueline Monge, Enfermera Obstetra, Coordinación Nacional de Enfermería</p> <p>Dra. María Griselda Ugalde Salazar, Enfermera Obstetra, Jubilada</p> <p>Dra. Kenia Quesada Mena, Psicóloga, Programa de Normalización de la atención a la población indígena</p> <p>Dra. Maritza Solís Oviedo, Enfermera, Programa de Normalización de la atención de enfermedades crónicas no transmisibles</p> <p>Dr. Harold Segura Quesada, Médico Psiquiatra, Programa de Normalización de la Atención a las Adicciones</p> <p>Dra. Tatiana Mata Chacón, Médico, Programa de Normalización de la Atención a las Adicciones</p> <p>Dr. Edgar Acuña Ulate, Enfermero, Programa de Normalización de la Atención a las Adicciones</p> <p>Dra. Karen Bonilla Salas, Psicóloga, Programa de Normalización de la Atención a la Violencia</p> <p>Dr. Marco Díaz Alvarado, Médico Cirujano especialista en Psiquiatría y Salud Pública de Adolescentes, Programa de Normalización de la Atención a los y las Adolescentes</p> <p>Dra. Nineth Alacón Alba, Medicina General y Salud Materno Infantil con Énfasis en Salud Pública, Programa de Normalización de la Atención a los y las Adolescentes</p> <p>Dr. Minor Sequeira Solano, Trabajador Social, Programa de Normalización de la Atención a los y las Adolescentes</p> <p>Dr. Carlos Garita Arce, Psicólogo, Programa de Normalización de la Atención a los y las Adolescentes</p> <p>Dra. Fanny Morera Alvarez, Médica General, Área de Salud Paquera</p> <p>Dra. Antonieta Peña Vega, , Enfermera Obstetra, , Hospital La Anexión</p> <p>Dra. Mirna Gutiérrez, Enfermera Obstetra, Hospital La Anexión</p> <p>Dra. Cindy Gabriela Cordero Araya, Enfermera Obstetra ,Hospital Carlos Luis Valverde Vega</p> <p>Dra. Julieth Rodríguez Murillo, Enfermera Obstetra, Área de Salud Alajuela Norte</p> <p>Dra. Yorleny Venegas Picado, Enfermera Obstetra, Área de Salud Santo Domingo</p>	<p>Dra. Ana Lucía Herrera Jiménez, Odontóloga, Coordinación Nacional de Odontología</p> <p>Msc. Lorna Gámez Cruz, Abogada, Coordinadora Programa Institucional para la Equidad de Género</p> <p>Dra. Marlene Agüero Arce, Enfermera Especialista, Programa de Normalización de Atención a la Mujer</p> <p>Dra. Marta Vindas González, Psicóloga, Coordinadora, Coordinación Nacional de Psicología</p> <p>Dr. Alfonso Villalobos Pérez, Psicólogo, Coordinación Nacional de Psicología</p> <p>Dra. Gloria Terwes Posada, Médica salubrista, Programa de Normalización de la atención al VIH -SIDA y las ITS</p> <p>Lcdo. Ricardo Gómez Solís, Profesional en Educación Física, Programa de Normalización de la atención de enfermedades crónicas no transmisibles</p> <p>Dra. Jéssica Navarro, Médica, Programa de Normalización de la Atención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles</p> <p>Dra. Ana Lorena Madrigal Vargas, Médica Peditra, Programa de Normalización de la Atención al Niño y la Niña</p> <p>Dra. Adelaida Mata Solano, Psicóloga, Programa de Normalización de la Atención al Niño y la Niña</p> <p>Dra. Marlene Montoya Ortega, Nutricionista, Programa de Normalización de la Atención al Niño y la Niña</p> <p>Dra. Dra. Alexandra Cháves Ardón, Enfermera, Programa de Normalización de la Atención al Niño y la Niña</p> <p>Dr. Jeison Mora Granados, Enfermero Obstetra, Hospital San Rafael de Alajuela</p> <p>Dra. Edith Vega Calvo, Enfermera Obstetra, Hospital San Francisco de Asís</p> <p>Dra. Denia Peraza Masís, Enfermera Obsteta , Área de Salud Alajuela Sur</p>
---	---	--

	<p>Dra. Mariana Méndez Salazar, Enfermera, Hospital Dr. Escalante Pradilla</p> <p>Dra. Andrea García Angulo, Enfermera Obstetra ,Hospital Golfito Manuel Mora Valverde</p> <p>Dr. Carlos Iván Sosa Quesada, Médico Gineco- Obstetra, Hospital Monseñor Sanabria</p> <p>Dra. Yensy Steller Morales, Médica, Hospital Monseñor Sanabria</p> <p>Dr. Jorge Granados Rivera, Médico Director General, Hospital San Vito</p> <p>Dra. Nancy Larios Medina, Médica Gineco-Obstetra, Hospital México</p> <p>Dra. Lucía Sandoval Chávez, Médica Gineco- Obstetra, Hospital México</p> <p>Dra. Rebeca Cortés Solís, Médica General, Área de Salud de Esparza</p> <p>Dra. Leda María Vargas Aguilar, Directora Médica, Área Salud de Bagaces,</p> <p>Dra. Francel Gómez Castillo, Enfermera Obstetra, Área de Salud de Carrillo</p> <p>Dr. Randall alvarado Mendez, Médico General, Área de Salud de Hojancha</p> <p>Dra. Silvia Elena Víquez Aguirre, Directora Médica , Área de Salud de Jicaral-Islas</p> <p>Dra. Alejandra Sequeira Victor, Médica, Clínica de Chacarita</p> <p>Dra. Adriana de los Angeles Solórzano Rodríguez , Médica, Área de Salud Chacarita</p> <p>Dra. Carolina Madrigal Zaglul, Médica, Área de Salud Chacarita</p> <p>Dr. Juan Lisandro Quesada Araya, Médico, Área de Salud Chacarita</p> <p>Dr. Mario Alberto Marín Rojas, Médico, Área de Salud Chacarita</p> <p>Dra. Lilliana Salazar Chacón , Médica, Área de Salud Chacarita</p> <p>Dr. Joe Zamora López, Director General, Área de Salud de Liberia*</p> <p>Dra. Andrea Cascante Campos, Enfermería, Área de Salud Esparza*</p> <p>Dra. Milagros Campos Baltodano, Obstetricia, Hospital Enrique Baltodano Briceño*</p> <p>Dr. Carlos Sandí Delgado, Dirección Médica, Área de Salud Orotina San Mateo*</p> <p>Dra. Alejandra Barrantes Solano, Trabajadora Social, Área de Salud Cariari*</p> <p>Dra. Carolina Montero Torres, Psicología, Área de Salud San Rafael de Puntarenas*</p> <p>Dra. Rita María Vilanova Acuña, Psicología, Área de Salud Chómes/Monteverde; Sede Monteverde*</p>	<p>Dra. Sonia Alfaro Céspedes, Enfermera Obstetra, Área de Salud Alajuela Oeste</p> <p>Dra. Tania Mena López, , Enfermera Obstetra, Área de Salud San Rafael de Heredia</p> <p>Dra. Kattia Solano Delgado, Enfermera Obstetra, Área de Salud Pérez Zeledón</p> <p>Dr. Pablo Francesco Mora Castiglioni, Enfermero Obstetra, Hospital San Vito</p> <p>Dra. Adriana Hernández Chan, Enfermera Obstetra, Hospital Tomás Casas Casajús</p> <p>Dra. Yamileth Jiménez Varela, Enfermera Obstetra, Hospital Tomás Casas Casajús</p> <p>Dr. Arturo Baxter Lothrop Saballos, Médico Director , Área de Salud Corredores</p> <p>Dr. Jorge Arturo Mora Sandí, Médico Gineco- Obstetra, Hospital San Juan de Dios</p> <p>Dr. Rodney Gonzalez Herrera, Médico Gineco- Obstetra, Hospital Tomás Casas</p> <p>Dra. Marisol Mora Solis, Enfermera Obstetra, Área de Salud de Buenos Aires.</p> <p>Dr. Josue Aguilar Otoy, Jefatura Médica, Área de Salud de Upala</p> <p>Dra. Andrea Garro, Médica General, Área de Salud de Abangares</p> <p>Dr. Joe Zamora López, Médico General, Area de Salud de Liberia</p> <p>Dr. Juan Ignacio Rodríguez Rodríguez, Médico General Área de Salud de Colorado</p> <p>Dr. Luis Antonio Calvo Chaves, Médico Gineco- Obstetra, Hospital Enrique Baltodano Briceño</p> <p>Dr. Jose Retana Arias, Director Médico, Área de Salud Santa Cruz</p> <p>Dr. Carlos Andrés Porras Alfaro, Médico de Consulta Externa, CAIS Cañas</p> <p>Dra. Dora Elizabeth Araya Mojica, Médica, Área Salud de Chomes Monteverde</p> <p>Dra. Milagros Campos Baltodano, Enfermera Obstetra, Hospital Enrique Baltodano Briceño</p>
--	--	--

	<p>Dra. Ana Gomez Porras, Psicología, Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Región Pacífico Central*</p> <p>Dra. Alejandra Salazar Jiménez, Psicología, Área de Salud Esparza*</p> <p>Dra. Vanesssa Mora Guerrero, Psicología, Área de Salud Quepos*</p> <p>Dr. Rafael Angel Arroyo Venegas, Psicólogo Clínico del Área de Salud de Chacarita*</p> <p>Dr. José Marvel Garcia Acosta, Director Médico, Área de Salud de Nandayure*</p> <p>Dra. Yelena Zumbado Bustamante, Psicología, Área de Salud Paquera*</p> <p>Dra. Ninfa Salas González, Psicología, Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Región Huetar Norte*</p> <p>Dra. Mariela Chaves Arias, Trabajo Social, Área de Salud Limón*</p> <p>Dra. Cynthia Villalobos Arias, Trabajadora Social, Área de Salud de Desamparados 3*</p> <p>Dra. Alejandra Vargas Rodríguez, Enfermera Obstetra, Área de Salud de Goicoechea 2*</p> <p>Dra. Dora Elizabeth Araya Mojica, Médico General Área de Salud Chomes Monteverde*</p> <p>Dr. David Díaz Chavarría, Director Médico a.i., Área de Salud Parrita*</p> <p>Dra. María del Rocío Hernández Arroyo, Enfermera Obstetra, Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte*</p> <p>Dr. Javier Coronado Villagra, Médico, Área de Salud la Cruz*</p> <p>Dra. Lucía Mora Mayorga, Psicología, Clínica Dr. Marcial Rodríguez Conejo*</p> <p>Dra. Siannie Palmer Miller, Enfermera Gineco-obstetra, Área de Salud de Talamanca*</p> <p>Dra. Irene Cordero Núñez, Enfermera Obstetra, Área de Salud Esparza*</p> <p>Dra. Alejandra Trejos Chacón, Enfermera Especialista en Salud Mental, Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur*</p> <p>Dra. Lydia Castellón Ortíz, Psicología, Hospital Ciudad Neily*</p> <p>Dra. Lilly Espinoza Álvarez, Médico General, Área de Salud Bagaces*</p>	<p>Dra. Karla Padilla Quesada, Médica del Trabajo, Área de Salud Guápiles</p> <p>Dra. Kimberly Araya Mellado, Médica Gineco- Obstetra, Hospital Tony Facio</p> <p>Dra. Lorna Chavarría González, Médica Gineco- Obstetra , Hospital de Guápiles</p> <p>Dra. Victoria Villalobos Segura, Médica General, Área a de Salud de Talamanca</p> <p>Dra. María Gabriela Sandí Sandí, Médica, Area de Salud Chacarita</p> <p>Dra. Gabriela Cordero Araya, Enfermera Obstetra, Hospital Carlos Luis Valverde Vega</p> <p>Dr. Enrique Valverde Aguilar, Médico, Área de Salud de Limón</p> <p>Dra. Esmeralda Gómez Juparez, Trabajo Social, Hospital La Anexión*</p> <p>Dra. Marta Villagra Hernández, Trabajo Social , Dirección de Red Integrada en la Prestación de Servicios de Salud Chorotega*</p> <p>Dra. Denise Salas Castillo, Psicología Clínica, Hospital La Anexión*</p> <p>Dra. Andrea Cascante Campos, Enfermería, Área de Salud Esparza*</p> <p>Dra. Isabel Sing Bennett, Psicóloga Clínica, Hospital Dr. Tony Facio Castro de Limón*</p> <p>Dra. Ana Yance Angulo Quirós, Psicología, Área de Salud San Rafael de Puntarenas*</p> <p>Dra. Stefani Jiménez Arias, Médico General, , Área de Salud San Rafael de Puntarenas*</p> <p>Dra. Milena Ruiz Varela, Médico General, Área de Salud Matina*</p> <p>Dra. Dania Zúñiga Carvajal, Psicología, Área de Salud Desamparados 3*</p> <p>Dra. Cindy Patricia Segura Pérez, Trabajo Social, Área de Salud Orotina - San Mateo*</p> <p>Dr. Rafael Eduardo Matamoros Morales, Enfermero Obstetra, Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur*</p>
--	--	---

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

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

PRESENTACIÓN	10
INTRODUCCIÓN	11
1. ABREVIATURAS	10
<i>Tabla #1. Abreviaturas</i>	10
2. DEFINICIONES	11
3. REFERENCIAS NORMATIVAS	15
<i>Tabla #2. Normativas nacionales e internacionales</i>	15
4. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN	17
5. OBJETIVOS DEL DOCUMENTO	17
6. POBLACIÓN META Y DIANA	18
7. PERSONAL DE SALUD QUE INTERVIENE	18
<i>Tabla #3. Personal de salud que interviene</i>	18
8. METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN Y PROCESO VALIDACIÓN	19
9. CONTENIDO	21
MÓDULO 1. ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL	21
<i>Tabla #4. Aspectos a considerar en la historia clínica preconcepcional</i>	22
MÓDULO 2. CONTROL DEL EMBARAZO DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO	24
<i>Tabla #5. Atención del embarazo, parto y puerperio por Nivel de Atención</i>	24
<i>Tabla #6 . Signos de Embarazo</i>	26
<i>Tabla #7. Semanas de embarazo y hallazgo en el tamaño uterino</i>	26
<i>Tabla #8. Objetivos específicos y Actividades propuestas para el control prenatal</i>	27
<i>Tabla #9. Factores de riesgo para la realización de tamizaje de diabetes en el I trimestre</i>	32
<i>Tabla #10. Criterios para el diagnóstico de diabetes en el I trimestre</i>	33
<i>Tabla #11. Detección y diagnóstico para Diabetes Mellitus Gestacional(DMG)</i>	33
<i>Tabla #12. Cronologías de las Actividades para las consultas prenatales de bajo riesgo</i> .	34
MÓDULO 3. ATENCIÓN DE LA USUARIA EMBARAZADA EN LA UNIDAD DE EMERGENCIAS GINECO- OBSTÉTRICAS	37
MÓDULO 4. ATENCIÓN DE LA LABOR DE PARTO, PARTO Y POSPARTO DE BAJO RIESGO EN HOSPITALIZACIÓN Y SALA DE PARTOS.....	39
<i>Tabla # 13 . Condiciones para la Clasificación de Alto Riesgo Obstétrico al Ingreso Hospitalario, en el parto y parto</i>	41
<i>Tabla #14. Escala de Bishop</i>	46
MÓDULO 5. ATENCIÓN DE LA USUARIA EMBARAZADA EN SALAS DE PARTO	49
<i>Tabla # 15. Estadificación clínica del shock hemorrágico por volumen de pérdida de sangre</i>	73
MÓDULO 6. ASISTENCIA DURANTE EL PUERPERIO Y EGRESO	75
<i>Tabla # 16 . Fecha más temprana en que la mujer puede iniciar el uso de un método de planificación familiar después del parto</i>	78
<i>Tabla # 17. Clasificación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos</i>	79

MÓDULO 7. CONSULTA PUERPERIO MEDIATO Y ALEJADO EN EL I NIVEL	80
MÓDULO 8. ABORDAJE DIFERENCIADO Y AMIGABLE A LA ADOLESCENTE EN CONDICIÓN DE EMBARAZO PARTO Y POSPARTO	82
<i>Tabla # 18. Criterios de Riesgo en Adolescentes</i>	84
<i>Tabla # 19. Edad Gestacional para cita con especialista en Gineco-obstetricia y/o Medicina Maternofetal fetal</i>	85
10. ASPECTOS BIOÉTICOS Y DE DERECHOS HUMANOS.....	91
<i>Tabla #20. Abordaje de los riesgos de los principales procedimientos.....</i>	94
11. CONTACTO PARA CONSULTAS	97
10. MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	98
<i>Tabla #21. Indicadores de evaluación</i>	98
11. ANEXOS	101
<i>Anexo No 1. Oficio de aval</i>	101
<i>Anexo No 2. Encuesta de Validación</i>	103
<i>Anexo No 3. Historia Clínica Perinatal</i>	105
<i>Anexo No 4. Manejo de la incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal.....</i>	107
<i>Anexo No 5. Abordaje de la anemia</i>	108
<i>Anexo No 6. Detección y abordaje de sífilis gestacional en el I Nivel de Atención.....</i>	109
<i>Tabla # 22. Tratamiento adecuado en la madre gestante seroreactiva o con antecedente de sífilis</i>	110
<i>Anexo No 7. Esquema escalonado de decisiones para la asistencia durante el ingreso.</i>	112
<i>Anexo No 8. Record materno de observación de signos tempranos de alarma.....</i>	113
<i>Anexo No 9. Formulario de labor de parto, parto y posparto</i>	114
<i>Anexo No 10. Analgesia obstétrica</i>	116
<i>Tabla #23. Analgesia obstétrica, efectos secundarios, seguridad y dosis</i>	116
<i>Anexo No 11. Código azul obstétrico</i>	117
<i>Tabla # 24 Código azul obstétrico</i>	117
<i>Anexo No 12. Lista de chequeo para hemorragia vaginal posparto</i>	118
<i>Tabla #25. Lista de chequeo para el abordaje hemorragia vaginal posparto</i>	118
<i>Anexo No 13. Kit para la atención de la hemorragia posparto.....</i>	119
<i>Tabla #26 Kit para la atención de la hemorragia posparto.....</i>	119
12. REFERENCIAS	120

Presentación

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

En esta revisión se han integrado los elementos necesarios para la promoción y cumplimiento de los derechos de información y de una atención humanizada, segura, con calidad y digna a todas las mujeres, con un enfoque de derechos humanos, curso de vida y de interculturalidad; cuyos ejes se contemplan en el ***Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social***¹, esto con el fin de optimizar los recursos institucionales y brindar la mayor satisfacción a nuestras usuarias. Por lo que el grupo de expertos realizó un proceso minucioso de revisión de la documentación científica actualizada, consultó las Leyes, Políticas y Normas y relacionadas a la Salud, así como los lineamientos técnicos de Organismos Internacionales e insitucionales de relevancia en el campo de la salud reproductiva, para desarrollar un instrumento de gran valor, para contribuir a una prestación de atención en salud integral a las mujeres de nuestro país; con un enfoque de derechos, con respeto a la diversidad socio-cultural y condición etárea, haciendo énfasis en la importancia de la detección de los factores de riesgo, la prevención del daño y la atención oportuna y de calidad, en todos los niveles de atención.

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

Introducción

En mayo del 2004, en el marco de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS presentó la Primera Estrategia mundial sobre la salud sexual y reproductiva para “acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo”. Ésta fue consensuada en todas las regiones de la OMS en donde se reconoce el papel importante que desempeña la salud reproductiva y sexual en el ámbito social y económico en todos los países. Su finalidad es... *“Mejorar la salud sexual y reproductiva centrándose en la mejora de la atención prenatal obstétrica, posparto y neonatal, ofertar servicios de planificación familiar de calidad incluyendo la atención en infertilidad, eliminar los abortos de riesgo, combatir las ITS sobre todo en el flagelo que representa el VIH/SIDA, el cáncer cervico uterino y otras afecciones ginecológicas, pero sobre todo lo más importante: promover la salud sexual y salud reproductiva”*. En esas estrategias se establecieron las medidas necesarias para acelerar el avance de estos objetivos y que son precisamente también los compromisos contemplados dentro del marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, para los cuales Costa Rica ha ratificado el compromiso de cumplir².

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

Además, uno de los ejes transversales que sustentan este Protocolo, es el que se basa en el ***Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social***¹, cuyo contenido enfatiza en la atención humanizada, diferenciada y segura de las usuarias en los Tres Niveles de Atención. Por lo que, ha sido un insumo de relevancia en su construcción, al igual que otros documentos técnicos normativos, que son referentes en la atención de la mujer en su periodo de embarazo, parto y posparto.

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

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



1. Abreviaturas

A continuación se detallan aspectos del documento que brindan un ordenamiento lógico, así como elementos que facilitan la interpretación y lectura del mismo (Tabla #1).

TABLA #1. ABREVIATURAS

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

Fuente: Elaboración propia



2. Definiciones

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

Administración²: La organización y administración adecuada de los servicios de salud deberán garantizar la utilización óptima y eficiente de los recursos para ofrecer una atención integral. Los sistemas locales de salud promoverán la participación social de las mujeres y en especial durante la gestación.

Adolescencia³: La OMS/OPS establece la adolescencia como aquel período de la vida comprendido entre los 10 y 19 años, siendo un proceso integral, continuo, dinámico y permanente de crecimiento y desarrollo humano, de cambio, con metas y tareas específicas que trascienden la dimensión biológica. Es esta delimitación la que se utiliza en el Sector Salud nacional, y por tanto la que rige la Norma Nacional para la Atención Integral de Salud de las Personas Adolescentes y la CCSS lo ratifica en esta Política Institucional para la Atención Integral de la Adolescencia en acuerdo tomado en Sesión 8972 del 25 de Junio del 2018.

Persona Asesora cultural⁴ : (intérprete -mediador cultural): para este documento se reconoce a la persona asesora cultural como el puente entre dos culturas. Es alguien que brinda colaboración para la comprensión e interpretación de distintas culturas, ante una situación de salud específica. Con el propósito de que las partes involucradas se conozcan mejor, se facilite la participación en la toma de decisiones y, por consiguiente, obtener mejores resultados. Esta asesoría debe presentar las siguientes características¹:

- La autonomía para que todas las personas se sientan acompañadas, con sentido de pertenencia y a la vez con la independencia de expresar sus creencias y opiniones.
- Compresión del intercambio cultural
- Respeto y empatía
- Uso de habilidades sociales para lograr una comunicación fluida, resolutiva y ágil. Facilitar esta comunicación entre idiomas, cuando corresponda
- Vincular la relación entre la interpretación y la cultura

¹ Esta definición es una adaptación propia por parte de los autores, para este Protocolo, en base a la referencia adjunta.



Atención diferenciada para adolescentes⁵: Hace referencia a una modalidad de atención que permita atender las necesidades de salud de la población adolescente, tomando en cuenta sus particularidades y condiciones de accesibilidad a los servicios, para ofrecer una atención integral con calidez y calidad basada en la evidencia. La atención debe ser diferenciada de acuerdo a la edad de las personas adolescentes, su género, lugar de procedencia, cultura y otras particularidades especiales.

Atención Integral de la Salud³: Se refiere al abordaje integral del proceso salud enfermedad que responda al concepto de salud como proceso de construcción social, y a los problemas y necesidades de salud de la población. Incluye actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la morbilidad y de las condiciones especiales relacionadas con la salud sexual y reproductiva, con énfasis en las dos primeras. Se considera la persona como sujeto de derechos que requieren atención personalizada, que tome en cuenta el contexto familiar y el comunitario, tanto en aspectos físicos como psicosociales. El enfoque incluye aspectos bio-psico-sociales espirituales y ecológicos, que requiere del trabajo en equipo interdisciplinario, idealmente trans-disciplinario, y el abordaje intersectorial⁵. La atención integral debe incluir actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de la salud de la mujer y del recién nacido tomando en cuenta las esferas biológicas, psicológicas, sociales y culturales. Esta atención considerará los factores de riesgo, el concepto de género e interculturalidad y su efecto en la calidad de la atención; además se ofrecerá bajo principios éticos y de respeto de la dignidad de la persona.

Atención preconcepcional⁶: La atención preconcepcional es la entrevista programada entre una mujer (o una mujer y su pareja) con el equipo de salud, previo al embarazo, con el objetivo de corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta del asesoramiento preconcepcional es que la mujer y su pareja reciban toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo. El momento ideal para el asesoramiento es previo a la gestación.

Calidad de atención en salud³: Atención brindada en servicios de salud oportunos, continuos, humanizados, eficaces, efectivos y eficientes. Incluye los aspectos técnico-científicos, interpersonales y de las instalaciones, que en interacción generan satisfacción del personal y de las necesidades en salud de



personas y grupos sociales. Conlleva la capacidad crítica y la búsqueda permanente de la excelencia de los servicios, por parte de todos los actores, para buscar los mayores beneficios y disminuir al mínimo los riesgos.

Calidez⁵: Actitud de escucha, respeto, solidaridad y tolerancia que promueve un trato digno a las personas atendidas en los servicios de salud.

Control prenatal de bajo riesgo⁷: Se entiende por control prenatal a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Cuidado preconcepcional⁶: El cuidado preconcepcional es reconocido como un componente crítico en la atención en salud de las mujeres en edad reproductiva. El mismo se define como un conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo.

Curso de Vida³: Se aplica para estudiar los riesgos físicos y sociales presentes durante la gestación, la niñez, la adolescencia, la edad adulta joven y la edad madura que afectan al riesgo de contraer enfermedades crónicas y a los resultados de salud en fases posteriores de la vida. Vale la pena reconocer la importancia de adoptar un enfoque de la salud, sistémico e integral, que abarque la totalidad del curso vital, donde lo que se atiende o se deje de atender en cada curso de vida, tendrá implicaciones en la salud y nivel de bienestar y vida de la madre y el neonato en el futuro cercano.

Riesgo³: Es la probabilidad de que las personas, grupos o comunidades padezcan enfermedades o daños de origen biológico, psicológico o social, o que la interacción de los factores de riesgo aumente la probabilidad de una evolución desfavorable del embarazo, parto o puerperio, también de la morbi-mortalidad perinatal y neonatal, así como, del crecimiento y desarrollo posnatal. Este concepto aplica por igual a la morbi-mortalidad ginecológica. La aplicación de este enfoque de riesgo en la atención favorecerá la identificación oportuna de acciones de prevención primaria y primordialmente dirigido a poblaciones o grupos vulnerables.

Eclampsia⁸: convulsiones que ocurren con el embarazo como la manifestación más severa de la hipertensión. Están precedidas por eventos como cefalea severa e hiperreflexia en ausencia de síntomas o signos.



Equidad en salud³: Atención a personas y grupos poblacionales según sus necesidades particulares, de manera que haya una distribución justa de recursos, bienes, servicios, e información. Busca disminuir las brechas en salud que son evitables e injustas; implica la incorporación del enfoque de riesgo tanto a nivel individual como colectivo, dado que las condiciones de vida generan distintas necesidades de salud; lo que implica la intervención sobre los factores de riesgo y la promoción y el fortalecimiento de los factores protectores de la salud .

Educación en Salud³: La educación debe estar inmersa en todas las actividades y en todos los niveles de ejecución del Programa, de forma permanente. Deberá desarrollarse actividades de capacitación continua del equipo de salud, con énfasis en las Normas de Atención.

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

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

Enfoque de Género³: Corresponde a una forma de analizar la realidad que considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones.

Interculturalidad en Salud³: Desarrolla el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos, elementos terapéuticos y sus aportes al mejoramiento de la salud de la población.

Investigación³: Estudio clínico con base en las evidencias científicas actualizadas, epidemiológica, etnográfica, de género y operativa que contribuya a enriquecer el diagnóstico de la situación de salud materna y perinatal, de la mujer, la familia y la comunidad en general que permita la aplicación de acciones preventivas y de atención con énfasis en los grupos de riesgo.



Medicina basada en la evidencia científica²: Integra la experiencia clínica con los mejores datos objetivos derivados de las investigaciones científicas, revisiones sistemáticas y metaanálisis.

Pertinencia Cultural³: Se deriva del Principio del Derecho a la Diferencia, es decir adecuado a la cultura. En el caso de su aplicación a la prestación de servicios públicos en salud, busca que éstos sean conceptualizados, organizados e implementados, tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos indígenas de tal forma que los servicios públicos de salud se adapten y respeten su forma de vida.

Preeclampsia⁸: trastorno que se puede presentar en el embarazo después de las 20 semanas de gestación o después del alumbramiento, donde se presenta presión arterial alta y otras señales de lesión a órganos, como una cantidad inadecuada de proteína en la orina, una cifra reducida de plaquetas, funcionamiento anormal de los riñones o el hígado, dolor en la parte superior del abdomen, líquido en los pulmones, dolor de cabeza intenso o alteraciones de la vista.

3. Referencias Normativas

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

TABLA # 2. NORMATIVAS NACIONALES E INTERNACIONALES

Nombre de la normativa	Año
Constitución Política de Costa Rica ⁹	1949
Ley 10081. Derechos de la mujer durante la atención calificada como digna y respetuosa del embarazo como parto como postparto y atención del recién nacido ¹⁰	2022
Manual metodológico para el desarrollo arquitectónico de los servicios de Obstetricia con base en el modelo de atención calificada en el embarazo como parto y postparto ¹¹	2020
Guía para la atención de la persona con diabetes mellitus tipo 2 ¹²	2020
Lineamiento para conformación de comisiones locales y representación institucional en las redes locales de violencia en cumplimiento a la ley del sistema nacional para la atención y la prevención de la violencia contra las mujeres y la violencia intrafamiliar ¹³	2020
Reglamento sobre el Sistema Nacional de evaluación y análisis de la mortalidad materna, perinatal e infantil N° 41120-S ¹⁴	2018
Lineamiento para la consejería y prescripción de métodos anticonceptivos y de protección como parte de la atención integral de salud a personas adolescentes en los establecimientos de salud a personas adolescentes en los establecimientos de salud de la de la CCSS ¹⁵ .	2019
Manual de Procedimientos de Cuidados del Recién Nacido Centrados en el Desarrollo y la familia ¹⁶	2018



Política Nacional Para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y hombres ¹⁷	2018-2030
Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social ¹	2017
Plan Nacional de Salud ⁵	2010-2021
Política Institucional para la Igualdad y Equidad de Género ¹⁸	2010-2020
Lineamiento: Criterio de Referencia y Contrareferencia de las principales 10 patologías Endocrinológicas ¹⁹	2018
Ley N° 9379 para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad ²⁰	2016
Norma Nacional para la Atención Integral a las Mujeres Embarazadas en Post parto ²¹	2015
Manual Técnico de Educación Perinatal para Mujeres Gestantes y sus familias ²²	2015
Norma Nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud N° 39088-S ²³	2015
Manual Técnico de Atención en Salud Sexual y Reproductiva ²⁴	2014
Declaración de Acción Nacional para la Ampliación de la Oferta Anticonceptiva y la Promoción al Acceso Universal al Condón Femenino ²⁵	2014
Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social ²⁶	2012
Decreto N° 37110-S Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica ²⁷	2012
Política Nacional de Sexualidad ²⁸	2011
Decreto N°40556-S. Modificación al Reglamento de Vigilancia de la Salud (2017) Ley 9028 Ley general para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud (2012) ²⁹	2012
Ley N° 8612 Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes ³⁰	2007
Ley N° 7735 Ley General de Protección a la Madre Adolescente, 1998 y modificada a partir de la Ley N°8312 ³¹	2002
Ley N° 8261 Ley General de la Persona Joven ³²	2002
Ley No 8101 de Paternidad Responsable ³³	2001
Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto ³⁴	2009
Política Nacional de Niñez y Adolescencia ³⁵	2009
Guías para la detección diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial ³⁶	2009
Norma Oficial Atención Integral a la Mujer Durante el embarazo de Bajo Riego Obstétrico ³⁷	2009
Ley N° 7600 Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad ³⁸	2005
Normas para la Habilitación de Establecimientos de Consulta Externa General y de Especialidades Médicas ³⁹	2002
Ley 8204 sobre Estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado legitimación de capitales y actividades conexas ⁴⁰	2002
Ley N° 7739 Código de Niñez y Adolescencia (CNA) ⁴¹	1998
Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "CONVENCION DE BELEM DO PARA" ⁴²	1994
Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo ⁴³	1994
Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer ⁴⁴	1979

Fuente: Elaboración propia



4. Alcance y campo de aplicación

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

5. Objetivos del documento

Objetivo General

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

Objetivos Específicos

1. Identificar y asesorar a las mujeres y /o a su pareja sobre su riesgo obstétrico durante la consulta preconcepcional y durante su embarazo, parto y posparto, para disminuir embarazos de alto riesgo y sus complicaciones.
2. Realizar un enfoque de riesgo y de curso de vida de la mujer embarazada con el fin de obtener una valoración integral.
3. Brindar educación y consejería a la embarazada y su familia, para fomentar un embarazo, parto y posparto saludables.
4. Fortalecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres embarazadas y sus familias, con el fin de promover la toma de decisiones de manera informada, libre, sin discriminación, coerción, ni violencia.
5. Estandarizar los procesos de atención calificada del embarazo, parto y posparto para mejorar la calidad de la atención del binomio madre-hijo(a) en el embarazo de bajo riesgo obstétrico, para minimizar el riesgo de morbi mortalidad materna e infantil.
6. Proporcionar a la población los conocimientos y los medios para regular la fecundidad mediante la promoción de la planificación familiar.



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

6. Población Meta y Diana

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

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

7. Personal de Salud que interviene

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

A continuación, en la Tabla #3, el personal de salud que interviene según Nivel de Atención (en todos los casos no participarán todas las profesiones descritas). En caso que se requiera la intervención de algún profesional y de no tener disponibilidad, se debe hacer la referencia según la red de servicios de la institución.

TABLA #3. PERSONAL DE SALUD QUE INTERVIENE

Primer Nivel de Atención	Segundo Nivel de Atención	Tercer Nivel de Atención
Medicina General	Especialistas en Ginecología y Obstetricia	Especialistas en Ginecología y Obstetricia
Medicina Familiar y Comunitaria	Especialistas en Anestesiología	Especialistas en Medicina Materno Fetal
Profesionales en Enfermería Auxiliares de Enfermería	Especialistas en Medicina Materno Fetal	Especialistas en neonatología
Profesionales en Psicología	Especialistas en neonatología	Especialistas en endocrinología
Profesionales en Trabajo Social	Especialistas en endocrinología	Especialistas en Anestesiología
	Especialistas en Medicina Interna	Especialistas en Radiología



Personal de Laboratorio Clínico
Profesionales en Farmacia
Asistente Técnico Atención
Primaria
Odontología General, General
Avanzada III y Odontología
especialista en: Endodoncia,
Periodoncia, Cirugía
Maxilofacial, Prostodoncia
general y Maxilofacial, Dolor
Orofacial y Trastornos
Temporomandibulares
Profesional en Educación
Física

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

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

Fuente: Elaboración propia

8. Metodología de construcción y proceso validación

Para la construcción, del presente Protocolo se utilizó el formato y metodología institucional, según lo establecido en el documento Manual Metodológico para la construcción de un protocolo de Atención Clínica⁴⁵.

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

Para la validación, se incluyeron 80 profesionales claves que laboran en la Institución, incluyendo profesionales de los disitintos Programas de Normalización, de las Coordinaciones Nacionales y personal de salud clave que participa en el proceso de atención directa de la mujer embarazada, durante el embarazo, parto y en el posparto en la Red de Servicios de Salud Institucional,

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 20 de 128
<i>PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL</i>	<i>EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD</i>	<i>Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121</i>

así como de diversos campos de acción (jefaturas, grupos de apoyo, expertos técnicos, entre otros). Dicha validación, se realizó utilizando la metodología RND/UCLA (Método Delphi modificado) con el fin de obtener un consenso de opiniones personas expertas en relación al contenido del documento.

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

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

Previo a la oficialización de este documento y como resultado del proceso de validación, se visualiza la necesidad de incorporar un capítulo sobre Embarazo durante la etapa adolescencia; el cual es construido por el Programa de Normalización de Atención a la Mujer en conjunto con el Programa de Normalización de Atención a los Adolescentes y personal clave de los servicios. Una vez finalizado, se envía a validación dicho capítulo con la metodología anteriormente descrita, a través de una encuesta en formato Forms, por medio del siguiente enlace: https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=qQ7GKQY8Ik6IXK54M95VStI3kjrKoRBGI8BW-MO6_ZpUODIESENVQ0hQUkJEQTM5SVpHOUhHOEU2OS4u. Obteniéndose un resultado de apropiado por el 100% de los 38 colaboradores que participaron de esta validación, en esta primera ronda.

Con el resultado del proceso de validación de expertos, se incorporaron las observaciones y recomendaciones recopiladas en esta etapa del proceso, emitiéndose una segunda versión del Protocolo de Atención Clínica. Previo su envío a las jefaturas correspondientes para su aprobación final, éste documento es valorado por el Equipo Técnico de Calidad Metodológica de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, quienes realizan observaciones y recomendaciones, las cuales se incorporan al producto final. Además, se contempla la actualización de este Protocolo de Atención de Clínica en un plazo de 5 años.



9. Contenido

Módulo 1. Atención Preconcepcional

Lugar: Tres Niveles de Atención, dependiendo de la complejidad e individualización de cada caso.

Insumos: expediente clínico, consultorio médico equipado de acuerdo a lo estipulado en las Normas para la Habilitación de Establecimientos de Consulta Externa General y de Especialidades Médicas³⁹. Equipo de diagnóstico, exámenes de laboratorio y gabinete.

Personal de salud que interviene: profesional en enfermería, en enfermería ginecobstétrica y perinatal, en medicina general y especializada, odontología, nutrición, psicología, profesionales de otras especialidades o subespecialidades.

Descripción de las actividades: Se describen aquellas intervenciones esenciales que forman parte del proceso de atención en salud en las mujeres en edad reproductiva que planifican el embarazo. Se reconoce que las acciones propuestas resultan costo efectivas en el nivel de atención que corresponda.

Indicaciones:

1. El personal de REMES recibe a la usuaria y revisa la documentación.
2. El personal de enfermería realiza la preconsulta, de acuerdo a la oferta de servicios institucionales establecidos por esta disciplina.
3. Los profesionales de medicina o enfermería, se presentarán con calidez y entrevistarán a la usuaria de forma respetuosa y empática, brindando una atención humanizada, practicando la escucha activa. Llamará a la usuaria por su nombre e identificará el interés de la usuaria, inquietudes y necesidades emocionales considerando su momento de vida y contexto.
4. Realizará una Historia Clínica que contemple:
 - 4.1. Análisis de aquellos datos epidemiológicamente relevantes.
 - 4.2. Recopilación y análisis de datos relevantes, como los descritos en la Tabla # 4.



TABLA #4. ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA HISTORIA CLÍNICA PRECONCEPCIONAL

Aspectos a considerar en la historia clínica preconcepcional	
<p>Edad Materna Avanzada(> 40 años)^{46,47}</p> <p>Edad paterna avanzada(>50 años)^{46,47}</p> <p>Edad materna baja(<18 años)^{46,47}</p>	<p>Antecedentes Reproductivos⁷:</p> <ul style="list-style-type: none">• Intervalo intergenésico(<2 años y no > a 5 años)• Paridad(4 o más partos perversos)• Preeclampsia⁴⁸• Aborto previo(2 o más abortos espontáneos consecutivos)⁴⁹• Muerte fetal previa mayor a las 20 semanas de gestación (óbito fetal) ⁴⁹• Parto de pretérmino⁵⁰• Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)• Cesárea previa• Malformaciones uterinas• Defectos congénitos• Historia de Reproducción Asistida <p>Antecedentes personales⁷:</p> <p>Enfermedades Médicas⁷:</p> <ul style="list-style-type: none">• -Diabetes Mellitus• -Enfermedades tiroideas• -Cardiopatías• -Hipertensión crónica• -Trombofilias• -Anemia• -Asma• -Epilepsia• -Alteraciones psiquiátricas• -Consumo de sustancias:<ul style="list-style-type: none">▪ Tabaco▪ Alcohol▪ Drogas ilícitas▪ Cafeína <p>Enfermedades Infecciosas⁷:</p> <ul style="list-style-type: none">• Rubéola• Varicela• Citomegalovirus• Toxoplasmosis• Sífilis• Hepatitis B• Tuberculosis• ZIKA⁵¹ <p>Estilos de Vida⁷:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hábitos nutricionales<ul style="list-style-type: none">○ Obesidad(Usuarias con IMC mayor a 30 suplementar con ácido fólico 5mg VO c/d)^{52,53}○ Bajo peso preconcepcional(IMC <18)○ Desórdenes alimentarios○ Ejercicio○ Salud bucodental⁵⁴



Condiciones Laborales ⁷	Consanguinidad y Grupos étnicos ⁷	Detección de situaciones de violencia ¹³	de	situaciones	de
---------------------------------------	---	--	----	-------------	----

Fuente: Adaptado de: OPS. (2011). Guías para el continuo de la Atención de la Mujer y el recién nacido focalizadas por APS. pp 17-25⁷.

5. El profesional en medicina realizará un examen físico completo, incluyendo el ginecológico, en caso que lo considere conveniente.
6. El profesional en medicina explicará los hallazgos encontrados a la usuaria y sus implicaciones en su deseo de concepción.
7. En el caso de realizar algún procedimiento, el profesional debe resguardar la intimidad y privacidad de la usuaria, así como permitir el acompañamiento en momento que la usuaria lo desee. Además de facilitar una persona asesora cultural en caso requerido.
8. En el expediente de ser necesario se incluirá un resumen de los principales hallazgos encontrados y enviarán los exámenes de gabinete y laboratorio que considere conveniente. Además de indicar la necesidad de agendar otra consulta o realizar la referencia al siguiente Nivel de Atención.
9. Se le darán indicaciones a la usuaria en relación a los hallazgos detectados y de acuerdo al plan de atención establecido.

Para más información sobre el proceso de atención de la persona usuaria y su pareja en relación a la planificación de un embarazo, referirse al Protocolo de Atención Clínica Implementación y Normalización de la Atención Preconcepcional⁵⁵.



Módulo 2. Control del Embarazo de bajo riesgo obstétrico

A continuación se describen los principales elementos que deben contemplarse para el control prenatal de Bajo Riesgo Obstétrico.

Para las mujeres con discapacidad en condición de embarazo la atención prenatal se registrará bajo los estándares establecidos en este Protocolo, tomando en consideración las necesidades particulares de la mujer según su discapacidad, de forma que se realicen los ajustes razonables para brindar la atención garantizando el respeto de su autonomía personal, en concordancia con la Ley N°9379⁵⁶.

En cada cita de control prenatal el personal de salud debe informar a la mujer embarazada sobre los cambios que se producen en su cuerpo, como el aumento de peso de manera que se puedan realizar los ajustes en los dispositivos que utilice, tales como silla de ruedas, prótesis, entre otros, para facilitar la movilidad durante el embarazo.

Lugar: La atención de la mujer embarazada puede ser realizada en cada Nivel de Atención, dependiendo de la clasificación del riesgo y su capacidad resolutoria. Ver tabla #5, además debe contemplarse lo estipulado en las Normas para la Habilitación de Establecimientos de Consulta Externa General y de Especialidades Médicas³⁹.

TABLA #5. ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO POR NIVEL DE ATENCIÓN

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

*según capacidad de resolución de cada unidad

Fuente: Adaptado de: CCSS (2009). Guía de Atención Integral a las mujeres, niños y niñas durante el periodo perinatal, parto y posparto(p.30)³⁴.



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

- **Historia Clínica Perinatal:** La historia clínica perinatal (HCP) permite uniformar el contenido de la documentación correspondiente al embarazo, parto, puerperio y al recién nacido en el periodo neonatal inmediato. Su formato general y su instructivo de llenado facilitará, que los datos considerados de importancia sean sistemática y uniformemente recabados y registrados en el momento oportuno. El ordenamiento de los datos permitirá su recolección en un tiempo breve, a la vez que agilizará el análisis posterior, ya sea por quien recogió los datos o por aquel, que no habiendo hecho el registro, necesita la información incluida en la historia.
- **Gestograma:** Es un instrumento en físico o digital que permite establecer la edad gestacional actual con base en la fecha de última regla confiable, la fecha probable de parto así como la proyección de un ultrasonido previamente realizado.
- **Cinta Obstétrica:** Es una cinta métrica que permite valorar el crecimiento del útero en relación a la edad gestacional, midiendo desde el borde superior de la sínfisis púbica al fondo uterino. Es una medida objetiva siempre y cuando sea realizada por el mismo evaluador.
- **Carné Perinatal (conocido como CLAP):** El carné perinatal (CP) es un instrumento que permite integrar las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, parto y puerperio. Tiende a evitar la falta de datos que puede producirse en algún momento de estas etapas del proceso reproductivo y con ello contribuye a mejorar la calidad de la atención. Debe estar siempre en poder de la embarazada, a quien se le dará desde la primera consulta y se utilizará para toda acción médica que solicite en su estado grávido-puerperal (Anexo #3).

Personal de salud que interviene: profesional en medicina o enfermería obstétrica, dependiendo del Nivel de Atención y de la individualidad del caso.

Descripción de las Actividades: El propósito del control prenatal es reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, así como garantizar que las embarazos tengan una experiencia positiva de la maternidad. Por lo que a través



de la vigilancia durante la gestación y la evaluación del riesgo concepcional se pretende reducir las complicaciones durante el parto, así como las muertes prenatales y neonatales. En este apartado se precisan las actividades, procesos y procedimientos para la atención de un embarazo de bajo riesgo obstétrico.

Indicaciones:

1. El personal de enfermería realizará la preconsulta, de acuerdo a la oferta de servicios institucionales establecidos por esta disciplina.
2. Los profesionales de medicina o enfermería, se presentarán con calidez y entrevistarán a la usuaria de forma respetuosa y empática, brindando una atención humanizada, practicando la escucha activa. Llamará a la usuaria por su nombre e identificará el interés de la usuaria, inquietudes y necesidades emocionales considerando su momento de vida y contexto.
3. El profesional en medicina realizará la confirmación del Embarazo (Tabla #6 y #7). Se basará en los signos clásicos de probabilidad y certeza⁷:

TABLA #6 . SIGNOS DE EMBARAZO

SIGNOS DE PROBABILIDAD:	<ul style="list-style-type: none">• Atraso menstrual
SIGNOS DE CERTEZA:	<ul style="list-style-type: none">• Sub unidad Beta de la HCG• US Obstétrico: partir de las 5 semanas endovaginal y de las 7 semanas pélvico.

Fuente: Adaptado de: OPS (2010) Guías para el continuo de la Atención de la Mujer y el recién nacido focalizadas por APS (p.43)⁷

TABLA #7. SEMANAS DE EMBARAZO Y HALLAZGO EN EL TAMAÑO UTERINO

Semanas de atraso menstrual	Tamaño uterino
<10	No alcanza el pubis
12	Alcanza la sínfisis púbica
>14	Fetocardia positiva
16	El fondo a mitad de distancia entre sínfisis y ombligo
20	El fondo alcanza altura del ombligo
20 a 36	La correlación es aproximadamente de 1 a 1, por ejemplo: 25 semanas- 25 centímetros, permitiendo una dispersión máxima de +- 4 centímetros.
36 o más	Una altura uterina mayor de 39 existe riesgo de macrosomía fetal, correlacionado al fenotipo materno.

Fuente: Elaboración propia



4. Al entrevistar a la usuaria, el profesional recolectará los signos que ella le exprese y enviará los exámenes de laboratorio necesarios para confirmar el embarazo.
5. Al confirmarse el embarazo, se procederá a realizar el control prenatal. En el caso de realizar algún procedimiento, el profesional debe resguardar la intimidad y privacidad de la usuaria, así como permitir el acompañamiento en momento que la usuaria lo desee. Además de facilitar un asesor cultural en caso requerido.
6. Se clasificará el embarazo de acuerdo a la determinación de Riesgo: Alto o Bajo
7. A la usuaria embarazada que es derivada al siguiente Nivel de Atención por Alto Riesgo Obstétrico, debe de mantenerse el seguimiento en el I Nivel (según Norma Nacional⁵⁷).
8. El control prenatal de bajo riesgo pretende:
 - La detección de factores de riesgo y antecedentes
 - Tratamiento y control de patologías crónicas
 - Identificación, tratamiento y control de consumo de sustancias psicoactivas
 - La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo,
 - La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal
 - La disminución de las molestias asociadas al embarazo
 - La preparación psicofísica para el nacimiento
 - La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza
9. El control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos⁵⁷:
Precoz (<12 semanas de gestación, conocida como captación temprana),
Completo (deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud),
Periódico (deben garantizarse al menos 5 controles prenatales),
De amplia cobertura (en la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto, mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal).
10. Los objetivos y actividades a realizar en cada consulta de control prenatal por semana de embarazo y de acuerdo al personal de salud que interviene pueden verse en la Tabla #8 .

**TABLA #8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ACTIVIDADES PROPUESTAS
PARA EL CONTROL PRENATAL**



Objetivos Específicos	Actividades Propuestas
Confirmar el embarazo	Realización de exámenes de laboratorio clínicos y análisis bioquímicos y estudios de gabinete para diagnosticar embarazo. Se debe realizar un US para confirmar la edad gestacional al momento de la captación, siempre que la FUR no sea confiable y/o exista discordancia clínico-cronológica.
Atención calificada de la usuaria	Fomentar el reconocimiento, empoderamiento, enfoque de derechos, género y autonomía de las usuarias durante su proceso de embarazo, parto y posparto.
US obstétrico	El US obstétrico (si las unidades de referencia cuentan con el recurso) debe de realizarse en el I trimestre –idealmente entre las 11 y 13.6 semanas y de ser posible realizar tamizaje para aneuploidías y riesgo de preeclampsia(Doppler de arterias uterinas), uno en el II trimestre (22-24 semanas) y uno en el III trimestre. El US del II trimestre debe realizarse a todas las usuarias, pero idealmente para aquellas que tengan un riesgo aumentado para malformaciones fetales (antecedentes de hijos con malformaciones, antecedentes de exposición a fármacos o patógenos teratogénicos, > 35 años, DM pregestacional) El mismo debe ser consignado en el expediente clínico y en el Carné Perinatal con la fecha de realización del US más temprano y la edad gestacional reportada en el momento del estudio. Indicando si hay concordancia con la EG calculada por FUR.
Clasificación del riesgo en el embarazo	El embarazo se clasifica como: Bajo y Alto Riesgo. El embarazo de Bajo Riesgo: Es el estado de las embarazadas que evaluadas integralmente presentan condiciones óptimas para el bienestar de la madre y el feto y no evidencian factores epidemiológicos de riesgo, antecedentes gineco-obstétricos o patología general intercurrente. El embarazo de Alto Riesgo(ARO): cuando las embarazadas se encuentran en adecuadas condiciones de salud pero presentan uno o más factores de riesgo de tipo epidemiológico y/o social, o uno o más antecedentes de patología gineco-obstétrica perinatal o general, con o sin morbilidad materna o perinatal aquellas usuarias embarazadas que ameritan atención especializada ⁵⁸ Evaluación del riesgo perinatal, según CLAP. Si se diagnostica ARO, se debe referir al servicio correspondiente II o III Nivel de Atención.
Determinación y abordaje del riesgo psicosocial	La determinación del riesgo psicosocial será determinado durante el continuo de todo el embarazo y se debe referir a la disciplina correspondiente, en caso que se determine alguna condición que lo amerite.



Determinación del riesgo y abordaje de depresión en el embarazo	La determinación del riesgo de depresión será determinado durante el continuo de todo el embarazo y se debe referir a psicología o psiquiatría, en caso de que se determine la sospecha o riesgo de depresión. Ver Manual Teórico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud, V1, 2021 ⁸⁸ .
Evaluar y clasificación del estado nutricional materno de acuerdo al IMC	Medición del peso y de la talla materna. Cálculo del incremento de peso durante la gestación y asesoría de peso adecuada según su IMC. Aquellas usuarias con IMC mayor o igual 35, deben ser referidas a un profesional en nutrición para manejo interdisciplinario.
Investigar estilos de vida de riesgo	Interrogatorio sobre violencia, sedentarismo, hábitos alimenticios.
Investigar sobre consumo de sustancias psicoactivas	Interrogatorio sobre tabaquismo (activo y pasivo), drogas ilícitas, alcohol, medicamentos
Disminuir el impacto negativo de las infecciones de transmisión vertical	Prevención, detección y tratamiento de las infecciones de transmisión vertical. Rutinariamente solicitar VDRL/ ELISA por VIH y Antígeno de Superficie para Hepatitis B en la primera consulta y luego en el último mes de embarazo. En relación a la aplicación del consentimiento informado ² , aplicar lo contemplado en la Ley General sobre el VIH SIDA en el Artículo 21 ⁵⁹ .
Detectar posibles procesos sépticos buco dentales	Examen buco-dental. Es indispensable la referencia al Servicio de Odontología, de la cual en el I trimestre se valora y se le dan acciones de prevención de enfermedad como de promoción de la salud. En el II y III trimestre del embarazo según requerimientos de la paciente se le puede atender con acciones curativas y de rehabilitación bajo la modalidad de atención en consulta externa. Dependiendo de las condiciones sistémicas como bucodentales en caso de ser necesario los servicios de Odontología pueden referir al II y III nivel de la especialidad. Es importante la participación odontológica no solo desde la parte curativa sino desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad según riesgo y factores determinantes en el binomio madre-hijo(a). Es indispensable abordar a los padres previo-durante y posterior al embarazo con educación, brindar tratamientos oportunos, recalcar la importancia de la lactancia, desarrollo dentoalveolar, alimentación complementaria, hábitos, uso del chupón y chupeta, permite mantener y proteger la salud oral como integral, y a su vez minimizar secuelas del componente estomatognático a temprana edad.

² "Derecho a la prueba de VIH de las mujeres embarazadas y su pareja: Todas las mujeres embarazadas tienen derecho a la información clara y precisa para realizarse la prueba de diagnóstico de VIH, tanto sobre su propia salud como la de la persona por nacer, de manera eficiente y oportuna y con consentimiento informado para su realización, habiendo recibido, previamente, una consejería integral. Igualmente, se le deberá ofrecer la prueba a su pareja, bajo las mismas condiciones".



Detectar posibles alteraciones del pezón, patología inflamatoria y/o tumoral de la mama.	Examen de mamas. Durante la primera consulta y explicando el mismo a la usuaria.
Papanicolaou	Realizarlo a las usuarias que no lo tienen al día, cada dos años, según normativa nacional ⁶⁰ . En las usuarias embarazadas se realizará en la primera consulta de control prenatal, utilizando la técnica convencional que se realiza en las no embarazadas. Las usuarias con resultados alterados o lesiones evidentes deben ser referidas directamente a la consulta de Colposcopia y/o Ginecología Oncológica.
Evaluar la competencia cervical	En el US que se realice en la segunda mitad del embarazo se debe medir la longitud cervical vía vaginal, priorizando aquellas usuarias que tengan factores de riesgo para amenaza de parto prematuro, como LEEP, conización cervical, incompetencia ístmico-cervical.
Determinar una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal.	Determinación del grupo sanguíneo y el factor Rh. En caso de usuarias Rh negativo se les deberá indicar el COOMBS indirecto e intentar averiguar el Grupo sanguíneo del padre(en caso de no conocerse se manejará como Rh positivo). En caso de usuarias sensibilizadas, las mismas deben de ser referidas al II o III Nivel de Atención. (Ver Anexo # 4)
Prevenir, detectar y tratar la anemia materna	Determinar niveles de hemoglobina y tratamiento con hierro y ácido fólico. Referir a Hematología, en caso de usuarias que no respondan a tratamiento o presenten alguna otra condición ⁶¹ Durante la semana 36 se enviará un laboratorio de Hb/Hto en caso de anemia o riesgo de sangrado periparto. Hemoglobina inferior a 11g/dl solicitar ferritina sérica. (Ver Anexo # 5)
Descartar bacteriuria	Urocultivo en la primer consulta y en caso necesario, según clínica y resultado de EGO. Examen general de orina mensual con técnica.
Tamizaje por DM pregestacional en I trimestre	Tamizar a las usuarias con factores de riesgo, según Tabla #9 A las usuarias con tamizaje normal, realizar glucosa poscarga entre la semana 24-28. (Ver Tabla # 10)
Diagnóstico de DM gestacional	Se debe tamizar a todas las embarazadas entre las semanas 24- 28. Se debe utilizar la opción descrita en el Tabla # 11
Identificar, clasificar y establecer el manejo de las alteraciones de la presión arterial (Recordar el efecto hipotensor del embarazo)	Medición de la presión arterial con el equipo y técnica adecuada.
Diagnóstico de Hipertensión crónica en el embarazo⁶²	Presión sistólica \geq 140 mmHg Presión diastólica \geq 90mmHg. Cualquiera de las anteriores en dos tomas separadas por un tiempo de 4 horas que se presente antes de las 20 semanas de edad gestacional y persiste después de las 12 semanas posparto.



	<p>Iniciar AAS 100 mg VO HS a partir de las 12 semanas y suspender a las 36 semanas. Realizar EKG (en usuaria mayor de 30 años o con más de 4 años de padecer HTA), pruebas de función renal, orina de 24 horas con depuración de creatinina, fondo de ojo y referir para manejo a consulta de alto riesgo. Usuaria conocida hipertensa valorar suspender el tratamiento y reiniciar en caso de PA > o igual a 160/110 mmHg (excepto en DM o daño a órgano blanco)⁶³ Se recomienda realizar glicemia postcarga con 75g en la primera consulta prenatal.</p>
Diagnóstico de Preeclampsia ⁶²	<p>Presión sistólica \geq 140 mmHg Presión diastólica \geq 90mmHg.</p> <p>Cualquiera de las anteriores en dos tomas separadas por un tiempo de 4 horas o PA \geq 160/110, que se presenta después de las 20 semanas de edad gestacional y que resuelve antes de las 12 semanas posparto. Estas usuarias deberán ser referidas a emergencias para realizar: relación de creatinuria y proteinuria al azar. Se considera valor normal 0.3 o menos. Adicionalmente, realizar hemograma, PFH, PFR, DHL y ácido úrico.</p>
Diagnóstico de hipertensión gestacional (Diagnóstico de exclusión)	<p>Presión sistólica \geq 140 mmHg Presión diastólica \geq 90mmHg. Cualquiera de las anteriores en dos tomas separadas por un tiempo de 4 horas, que se presenta después de las 20 semanas de edad gestacional y resuelve antes de las 12 semanas posparto. Sin alteraciones bioquímicas ni sintomatología neurohipertensiva. Toda usuaria con trastorno hipertensivo después de las 20 semanas de gestación NO debe iniciarse tratamiento antihipertensivo oral hasta clasificar adecuadamente el trastorno.</p>
Identificar factores de riesgo para parto prematuro ⁶⁴	<p>Realizar historial obstétrico de prematuridad. Evaluación de la longitud cervical por US entre 22-24 semanas de gestación, si el valor es mayor a 25mm⁶⁵ la probabilidad de un parto pretérmino es baja⁶⁴. Explicar a la usuaria la diferencia entre contracciones fisiológicas y de labor de parto. Evaluación del patrón de contractilidad uterina. Las usuarias con antecedentes de parto prematuro, antecedente de cirugía cervical (LEEP, conización cervical), colagenopatías; deben ser referidas para manejo en consulta de alto riesgo.</p>
Identificar anomalías del crecimiento fetal y embarazo múltiple	<p>La determinación de la AU se realizará mediante la técnica descrita, en caso de sospecha de anomalías de crecimiento fetal o embarazo múltiple es necesario la realización de US obstétrico para definir seguimiento. En caso de diagnóstico de anomalías de crecimiento fetal o embarazo múltiple se debe</p>



	referir para manejo a consulta de alto riesgo y realizar US a las 36 semanas de gestación.
Detectar presentaciones fetales anormales	Examen de la presentación fetal. Realizar Maniobras de Leopold en los embarazos de > 36 semanas o US en caso de que se disponga (antes de esta edad gestacional tiene poca relevancia a menos de que el parto se considere como una posibilidad a corto plazo)

Fuente: Adaptado de: CCSS (2010). Guía de Atención Integral a las mujeres, niños y niñas durante el periodo perinatal, parto y posparto (p.30)³⁴

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

TABLA #9. FACTORES DE RIESGO PARA LA REALIZACIÓN DE TAMIZAJE DE DIABETES EN EL I TRIMESTRE

Las pruebas deben considerarse en mujeres que tengan uno o más de los siguientes factores de riesgo:
<ul style="list-style-type: none"> • Etnia de alto riesgo (por ejemplo, afroamericana, latina, nativa americana, asiática americana, isleña del Pacífico) • Sedentarismo y/o obesidad (IMC > o igual 30 kg / m2) • Hipertensión crónica • Antecedente de síndrome metabólico • Antecedente de Diabetes gestacional en embarazo previo • Nacimiento de producto previo (mayor o igual a 4000 gramos) • Antecedentes de diabetes en parientes de primer grado

Fuente: Modificado de American diabetes association (2019). *Standards of medical care in diabetes*. pp 17⁶⁶.



Se debe realizar la identificación de los factores de riesgo desde la primer consulta prenatal y con base a ésta considerar el tamizaje del I trimestre. En caso de usuarias captadas entre las 13 – 24 semanas cuya glicemia en ayunas esté entre 93 – 126 mg/dl, se debe realizar la glicemia postcarga de 75 g⁶⁷.

TABLA #10. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES EN EL I TRIMESTRE

Glicemia en ayunas > o igual 126 mg / dL . El ayuno se define como la no ingesta de calorías durante al menos 8 h. *
o
Glucosa plasmática al azar > o igual 200 mg / dL
o
Glicemia 2 horas postcarga 75 g > o igual a 200 mg / dL
o
Hb A1C mayor o igual a 6.5%
*En ausencia de una hiperglucemia, el diagnóstico requiere dos resultados de prueba anormales de la misma muestra o en dos muestras de prueba separadas

Fuente: American diabetes association (2019) *Standards of medical care in diabetes*. pp 15⁶⁶

Para la detección y diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional se debe utilizar la estrategia planteada en la siguiente tabla #11:

TABLA #11. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO PARA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL(DMG)

Estrategia de un paso
Realice una Curva de Tolerancia a la Glucosa(CTG) con 75 g, con medición de glucosa en plasma cuando la usuaria esté en ayunas, a 1 y 2 h, a las 24–28 semanas de gestación, en mujeres que no estén diagnosticadas previamente con diabetes. La CTG se debe realizar por la mañana después de un ayuno nocturno de al menos 8 h. El diagnóstico de DMG se realiza cuando se cumple o se supera cualquiera de los siguientes valores de glucosa en plasma: <ul style="list-style-type: none"> • Ayuno: 92 mg / dL • 1 h: 180 mg / dL • 2 h: 153 mg / dL

Fuente: Modificado de American diabetes association (2019) *Standards of medical care in diabetes*. pp 21⁶⁶ y ACOG Practice Bulletin (2018). *Gestational Diabetes Mellitus*.⁶⁸.



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

13. El Profesional de salud tratante está en la obligación de referir oportunamente a un Nivel de Atención de mayor complejidad, a toda embarazada en las que se identifique alto riesgo obstétrico o perinatal.

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

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

15. En la Tabla # 12 se describe la cronología de las actividades a realizar para cada consulta de control prenatal de bajo riesgo.

TABLA #12. CRONOLOGÍAS DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CONSULTAS PRENATALES DE BAJO RIESGO

Nivel de Atención	Actividades	Semanas de consultas					Responsable(s)
		Primer trimestre Menos de 12 semanas	Alrededor de las 20 semanas	Alrededor de 28 semanas	Alrededor de 32 semanas	Alrededor de 36 semanas	
		1ª visita	2ª visita	3ª visita	4ª visita	5ª visita	MG: Medicina General, EO: Enfermería Obstétrica, EG: Enfermería General
	Prueba de embarazo	x					MG/EO
	Cálculo de edad gestacional por FUR confiable o idealmente US del I Trimestre	x	x	x	x	x	MG/EO
	US obstétrico	Referir para estudio, según indicaciones contempladas en la Tabla # 7					MG/EO
	Historia clínica perinatal y evaluación de riesgo	x	x	x	x	x	MG/EO
	Examen físico general	x	x	x	x	x	MG/EO
	Peso corporal	x	x	x	x	x	MG/EO/EG
	Talla	x					MG/EO/EG
	IMC y clasificación	x					MG-EO-EG



I Nivel de Atención	Determinación de la presión arterial	x	x	x	x	x	MG/EO/EG	
	Investigar estilos de vida de riesgo	x	x	x	x	x	MG/EO/EG	
	Vacuna Tdap (**)	Aplicar entre las 27 a la 30 semanas, para prevenir pertusis infantil. ⁶⁹					MG/EO	
	Vacuna contra la influenza	Según disponibilidad institucional a cualquier edad gestacional, preferiblemente II-III Trimestre ⁷⁰					MG/EO	
	Examen odontológico	x						Odontología
	Examen de mamas	x						MG/EO
	Ex. Ginecológico, Citología cervicouterina según Norma	x						MG/EO
	En caso de anomalías en el examen ginecológico o citología cervicouterina alterado referir a consulta de colposcopia							
	Grupo sanguíneo y factor Rh	x						MG/EO
	<i>Si Rh es negativo, enviar Coombs indirecto</i>							
	Detección VIH	Enviar en la primera consulta y en el último trimestre. Con estatus desconocido realizar al momento del parto o en el postparto. En caso de una prueba reactiva se debe hacer la referencia de inmediato a la Clínica de Atención Integral a las personas con VIH de su Red de Servicios y hacer comunicación telefónica con trabajo social o enfermería del centro al que se referirá, garantizando la confidencialidad de la información de las usuarias.					MG/EO	
	Antígeno de superficie para Hepatitis B	Enviar en la primera consulta y en el último mes ^{(***)71}					MG/EO	
	Determinación de hemoglobina	x				X	MG/EO	
	Suplementación con hierro		x	x	X	x	MG/EO	
	Detección de consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo con riesgos identificados en la entrevista	x	x	x	x	x	MG/EO	
Suplementación con ácido fólico:	X	x	x	X	x	MG-EO		
<i>1mg/día VO y Adecuar la dosis a 4 mg en los siguientes casos: Antecedente de productos con defectos del Tubo neural, usuarias con tratamientos anticonvulsivantes, mujeres con IMC > 30).</i>								
Suplementación de Aspirina	Iniciar entre las 12 a 16 semanas y finalizar a las 36 semanas. Estas usuarias con factores de riesgo identificables deben ser referidas a Alto Riesgo pero la suplementación con AAS debe ser iniciada en el I Nivel, mientras es atendida en el siguiente nivel.					MG/EO		
<i>100 mg al día, hora sueño, a pacientes con riesgo de preeclampsia: Hipertensas crónicas, diabéticas, pregestacionales,</i>								



	<i>nefrópatas, con antecedente de preeclampsia, embarazo múltiple y con IMC ≥ 30</i>						
	Detección Sífilis/ VDRL(Anexo No 6)	Enviar en la primera consulta, en el tercer trimestre entre las 28-32 semanas y al momento del parto.					MG/EO
	Detección de Chagas (según área geográfica)	x					MG/EO
	Detección de Paludismo (según área geográfica)	x					MG/EO
	Urocultivo	En la primer consulta y en caso necesario, según clínica y resultado de EGO					MG/EO
	Examen de orina	x	x	x	x	x	MG/EO
	Glicemia ayunas	x					
	Tamizaje de diabetes pregestacional para usuarias con riesgo identificado (I Trimestre) Glicemia 2 horas postcarga con 75 g	I Trimestre o primer consulta					
	Tamizaje universal para diabetes gestacional Glicemia 1h postcarga 75 g	24- 28 semanas A todas las pacientes					MG/EO
	Detectar infección por Estreptococo B				X (entre las 35-37 sem)		MG/EO
	Medición y evaluación de Altura Uterina	x	x	x	x	x	MG/EO
	Frecuencia Cardíaca Fetal	x	x	x	x	x	MG/EO
	Educación sobre Lactancia Materna				x	x	MG/EO
	Consejería sobre anticoncepción/incluyendo anticoncepción postevento obstétrico		x	x	x	x	MG-EO
I,II y III Nivel	Acompañamiento y educación a la usuaria (evacuación de dudas, discusión del evento de parto, reconocimiento de los deseos de la usuaria en cuanto al parto)	x	x	x	x	x	Personal médico y de enfermería

Fuente: Adaptado de: CCSS (2009). Guía de Atención Integral a las mujeres, niños y niñas durante el periodo perinatal, parto y posparto(p.50)³⁴.

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

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

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 37 de 128
<i>PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL</i>	<i>EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD</i>	<i>Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121</i>

Módulo 3. Atención de la usuaria embarazada en la Unidad de Emergencias Gineco- obstétricas

Lugar: Unidad de emergencias gineco-obstétricas del II y III Nivel de Atención de acuerdo al Manual metodológico para el desarrollo arquitectónico de los servicios de Obstetricia con base en el modelo de atención calificada en el embarazo como parto y postparto¹¹. En las Unidades en las cuales por el número de partos y embarazos atendidos no cuenten con una Unidad de Emergencias Gineco-obstétricas deberán atender a la usuaria embarazada con un flujo de procesos diferenciado y por personal calificado.

Insumos: consultorios médicos con su respectivo equipamiento: equipo de US, monitoreos fetales, entreo otros. Debe favorecerse un entorno con ventilación natural, iluminación natural o artificial tipo LED y temperatura regulada con posibilidad para utilizar técnicas de enseñanza audiovisual¹¹.

Personal de salud que interviene:

- Profesional en enfermería obstétrica
- Auxiliar de enfermería
- Asistente de pacientes
- Especialista en Ginecología, Profesional Residente en Medicina, Profesional en Medicina general

Descripción de las actividades: El objetivo en la atención en el servicio de emergencias gineco-obstétricas es brindar asistencia de calidad basada en evidencia científica.

Es importante contemplar lo establecido en el Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social, con respecto a promover la implementación de una Unidad de Emergencias Ginecoobstétricas donde no exista este servicio¹. Así mismo en el Manual metodológico para el desarrollo arquitectónico de los servicios de Obstetricia¹¹ con base en el modelo de atención calificada en el embarazo como parto y postparto en relación al manejo de la fase latente en este Servicio.

Indicaciones:



1. La usuaria embarazada consultará a la Unidad de Emergencias Gineco-obstétricas del Servicio de Emergencias, por lo que se consideran síntomas de trabajo de parto, tales como, percepción de contracciones uterinas dolorosas, pérdida de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales.
2. Los profesionales de medicina o enfermería, se presentarán con calidez y el profesional a cargo entrevistará a la usuaria de forma respetuosa y empática, brindando una atención humanizada, practicando la escucha activa. Llamará a la usuaria por su nombre e identificará el interés de la usuaria, inquietudes y necesidades emocionales considerando su momento de vida y contexto.
3. En el caso de realizar algún procedimiento, el profesional debe resguardar la intimidad y privacidad de la usuaria, así como permitir el acompañamiento en momento que la usuaria lo desee. Además de facilitar una persona asesora cultural en caso requerido, la presencia de este asesor no excluye el acompañamiento.
4. El profesional en medicina o enfermería obstétrica debe realizar un diagnóstico del inicio de labor de parto³⁴:
 - la presencia de contracciones uterinas periódicas y regulares, percibidas por la usuaria o por un observador con una frecuencia de 3 -5 en 10 minutos.
 - que se acompañan de cambios cervicales significativos (al menos 3-4 centímetros y 80% de borramiento).
5. Si la usuaria no se encuentra en labor de parto, no se identifican factores de riesgo y según región geográfica, el profesional en medicina egresará con recomendaciones, individualizando cada caso.
6. Si la usuaria se encuentra en labor de parto, el profesional en medicina ingresará a salón o sala de partos, según la dilatación y de acuerdo a la valoración de riesgo.
7. En el servicio de emergencias se debe promover el acompañamiento en todo momento y el uso de personas asesoras culturales cuando el caso así lo amerite.
8. Promover la atención diferenciada y discreta de la pérdida gestacional y perinatal, uso del espacio para Atención en crisis/pérdida gestacional^{11, 72}.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 39 de 128
PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL	EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD	Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121

Módulo 4. Atención de la labor de parto, parto y posparto de Bajo Riesgo en Hospitalización y Sala de Partos

Lugar: Salas de hospitalización de obstetricia del II y III Nivel de Atención, en concordancia con lo contemplado en Manual metodológico para el desarrollo arquitectónico de los servicios de Obstetricia con base en el modelo de atención calificada en el embarazo como parto y postparto¹¹.

Insumos: Salas de hospitalización de obstetricia con su respectivo equipamiento. Unidad de cuidados neonatales. Equipo de US, monitoreos fetales. Así como todo lo contemplado en el Modelo de Atención Calificada¹ en relación a espacios para relajación de la usuaria y Normas de Habilitación³⁹.

Personal de salud que interviene:

- Profesional en enfermería obstétrica con capacitación en reanimación neonatal, este puede realizar el parto de ser necesario.
- Profesional en Enfermería de cuidados del recién nacido con curso de reanimación neonatal
- Auxiliar de enfermería en sala de labor
- Asistente de pacientes
- Profesional en neonatología o pediatría presente en el expulsivo
- Especialista en ginecología, profesional residente en medicina, profesional en medicina general a total disposición, estos pueden realizar el parto de ser necesario.

Descripción de las actividades: El objetivo en la atención de la usuaria en trabajo de parto, parto y posparto de bajo riesgo obstétrico es brindar asistencia de calidad basada en evidencia científica durante el ingreso, el periodo de dilatación (primer periodo, el periodo de expulsión (segundo periodo) y los periodos de alumbramiento y postalumbramiento (tercer periodo). Es importante recalcar, que la atención de la usuaria es responsabilidad del equipo de trabajo que amerita una intervención del profesional en enfermería obstétrica o una intervención de los profesionales en medicina de acuerdo a su clasificación de riesgo, así como de la evolución de la labor y el parto.

Considerando lo establecido en el ***Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social***¹.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 40 de 128
<i>PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL</i>	<i>EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD</i>	<i>Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121</i>

En usuarias con discapacidad, esta atención se deben cumplir los estándares de atención establecidos en este protocolo, tomando en consideración las necesidades particulares de la mujer según su discapacidad, de forma que se realicen los ajustes razonables para brindar la atención garantizando el respeto de su autonomía personal, en concordancia con la Ley N°9379⁵⁶. Lo anterior aplica para las mujeres adolescentes en condición de embarazo, ver Módulo No 8.

Indicaciones:

ASISTENCIA DURANTE EL INGRESO (7 Op. Cit.)

1. El personal de enfermería recibe a la usuaria, toma signos vitales y asigna cama.
2. Los profesionales de medicina o enfermería, se presentarán con calidez y entrevistarán a la usuaria de forma respetuosa y empática, brindando una atención humanizada, practicando la escucha activa. Llamará a la usuaria por su nombre e identificará el interés de la usuaria, inquietudes y necesidades emocionales considerando su momento de vida y contexto. Deberán promover la discusión de manera que ambas partes estén en concordancia con el abordaje que se decida, lo cual debe ser consignado en el expediente clínico.
3. En el caso de realizar algún procedimiento, el profesional debe resguardar la intimidad y privacidad de la usuaria, así como permitir el acompañamiento en el momento que la usuaria lo desee. Además de facilitar una persona asesora cultural en caso requerido, la presencia de esta persona asesora no excluye el acompañamiento.
4. El profesional en medicina o de enfermería obstétrica, valora a la usuaria para definir si está o no en trabajo de parto y realiza una adecuada clasificación del riesgo obstétrico con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad materna y mejorar los resultados de las intervenciones clínicas. A través de la realización de: Ver Anexo No 7.
 - Historia Clínica completa
 - Interpretación del Carné perinatal.
 - Examen clínico general.
 - Examen obstétrico.
 - Revisar en EDUS los exámenes de gabinete realizados (monitoreo fetal, US) y enviar actualización de los mismos en caso necesario.
 - Establecer la clasificación de riesgo biológico y psicosocial. Tabla No 13.



TABLA # 13 . CONDICIONES PARA LA CLASIFICACIÓN DE ALTO RIEGO OBSTÉTRICO AL INGRESO HOSPITALARIO, EN EL PARTO Y POSPARTO

Alto Riesgo al Ingreso
<ul style="list-style-type: none">• Bajo peso materno pregestacional e insuficiente ganancia de peso
<ul style="list-style-type: none">• Obesidad
<ul style="list-style-type: none">• VIH/SIDA.
<ul style="list-style-type: none">• Consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, drogas ilícitas, medicamentos)
<ul style="list-style-type: none">• Anemia (hemoglobina menor que 11 g/L).
<ul style="list-style-type: none">• Trastornos hipertensivos del embarazo
<ul style="list-style-type: none">• Infección urinaria a repetición
<ul style="list-style-type: none">• Hemorragias del embarazo
<ul style="list-style-type: none">• Herpes vulvovaginal activo
<ul style="list-style-type: none">• Colonización rectovaginal por EGB
<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad hemolítica perinatal.
<ul style="list-style-type: none">• Diabetes mellitus pregestacional y gestacional.
<ul style="list-style-type: none">• Polihidramnios u oligoamnios.
<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad tromboembólica.
<ul style="list-style-type: none">• Embarazo múltiple.
<ul style="list-style-type: none">• Periodo intergestacional menor a un año.
<ul style="list-style-type: none">• Ruptura prematura de las membranas ovulares.
<ul style="list-style-type: none">• Infección ovular o genital.
<ul style="list-style-type: none">• Discordancia altura uterina.
<ul style="list-style-type: none">• Gestación de 41 semanas o más.
<ul style="list-style-type: none">• Problemas quirúrgicos agudos.
<ul style="list-style-type: none">• Control prenatal ausente o inadecuado
<ul style="list-style-type: none">• Situaciones de violencia
<ul style="list-style-type: none">• Depresión
<ul style="list-style-type: none">• Cirugía Uterina
<ul style="list-style-type: none">• Edad < de 15 o > de 40 años.
<ul style="list-style-type: none">• Patología fetal
<ul style="list-style-type: none">• Antecedentes de otros recién nacidos de BPN o parto pretérmino.
<ul style="list-style-type: none">• Patología materna crónica
Riesgo Materno en el Parto
<ul style="list-style-type: none">• Generalmente está relacionado con la analgesia y la anestesia.
<ul style="list-style-type: none">• Perfusión placentaria insuficiente por hipotensión debido a anestesia regional.
<ul style="list-style-type: none">• Síndrome de hipotensión supina.
<ul style="list-style-type: none">• Choque por hipovolemia o descompensación cardíaca.
<ul style="list-style-type: none">• Sobredosificación de anestesia general, ventilación u oxigenación pulmonar inadecuada.
<ul style="list-style-type: none">• Administración de medicamentos que afectan de forma adversa al feto o al recién nacido.
<ul style="list-style-type: none">• Traumatismos: por parto podálico, instrumentado y distocia de hombros.
<ul style="list-style-type: none">• Intervalo prolongado entre el diagnóstico del estado fetal no tranquilizante y la cesárea (30 min o más), cuando se emplea la reanimación intrauterina.
Riesgo Materno Después del Parto
<ul style="list-style-type: none">• Hemorragias.
<ul style="list-style-type: none">• Inversión uterina



- Infección puerperal
- Convulsiones.

Fuente: Adaptado de Obstetricia y perinatología. (2012). Diagnóstico y tratamiento⁷³.

5. Se le indicarán medidas higiénicas para disminuir el riesgo de infección:

- Baño de ducha
- Uso de vestimenta holgada y limpia.
- No serán necesarios de rutina los enemas ni el rasurado de la gestante.
- No es necesario mantener a la usuaria sin ropa interior antes del inicio de la fase activa.

6. Trastornos hipertensivos durante el embarazo⁴⁸. El profesional tratante, deberá velar, principalmente por la presencia de hipertensión, ya que es potencialmente peligrosa para la madre y el feto:

- Se define hipertensión arterial una PAS \geq 140 y PAD \geq 90mmHg en al menos dos mediciones separadas de 4 horas o una única cifra $>$ de 160/110 mmHg. La técnica de medición se debe realizar según recomendaciones internacionales vigentes.
- En presencia de hipertensión arterial, el profesional tratante, debe interrogar sobre:
 - Cefalea.
 - Trastornos visuales (escotomas, amaurosis)
 - Mareos o vértigos.
 - Trastornos auditivos(acúfenos, tinitus)
 - Alteración de conciencia.
 - Oliguria o anuria.
 - Convulsiones.
 - Dolor abdominal (epigastralgia).
- Además deben examinarse:
 - Reflejos osteotendinosos (patelar).
 - Palpación abdominal (el dolor en hipocondrio derecho o la hepatomegalia, son signos de gravedad).

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

7. Hipotensión al final del embarazo. Puede ser la manifestación de un choque. El choque en obstetricia es habitualmente secundario a hemorragia, con mucho menor frecuencia es debido a sepsis, embolia de líquido amniótico u otra



condición médica grave (cardiopatía, diabetes mellitus). En caso de hipotensión, el profesional tratante debe buscar:

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

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

8.Frecuencia cardíaca ^(7 Op. cit.). La frecuencia normal del pulso en el embarazo de término es de 60 a 100 pulsaciones por minuto. Se constata por medio de la palpación digital de la arteria radial sobre la muñeca o por medios electrónicos. El profesional tratante, debe evaluar las alteraciones en conjunto con otros hallazgos del examen.

9. Temperatura. El profesional tratante debe velar por la presencia de fiebre (≥ 38.3 °C), ya que puede ser un signo de infección grave, por lo tanto, investigarse otros signos y síntomas que puedan orientar al origen de la fiebre, tales como:

- Hidrorrea
- Dolor abdominal (diferenciable de contracciones).
- Disuria, pujos y tenesmo vesical.
- Edema, dolor y enrojecimiento de extremidades inferiores.
- Cualquier otro signo que sugiera infección

10.Examen obstétrico. El profesional tratante debe realizar el examen obstétrico, ya que permite confirmar el diagnóstico de la labor de parto, evaluar el riesgo materno-fetal durante la labor, parto y posparto. Además permite determinar el periodo de labor de parto en que se encuentra la usuaria:

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

11.Exploración abdominal. El profesional tratante de realizar los exploración abdominal, por medio de la palpación. Los objetivos que se persiguen son determinar:

- Antecedente de cirugía abdominopélvica



- Posición y tamaño fetal (maniobras de Leopold). Número de fetos.
- Cantidad de líquido amniótico.
- Situación fetal.
- Altura de la presentación.
- Presentación fetal.
- Presencia de contracciones uterinas
- Anomalía de crecimiento fetal

12. Altura uterina. El profesional tratante realizará la medición de la altura uterina para:

- Evaluar el tamaño y crecimiento fetal.
- La sospecha de restricción de crecimiento intrauterino (RCIU)
- Macrosomía
- Embarazo múltiple
- Presentación anómala y polihidramnios
- Determinan la asistencia del parto en un nivel de alto riesgo.

13. Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF). El profesional tratante, puede realizarla por medio de : doppler o cardiotocografía fetal.

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

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

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

14. Patrón de contractilidad uterina. El profesional tratante, debe determinar el tono uterino, la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones.

15. Técnica para evaluar la contractilidad. El profesional tratante debe se realizarla por medio de la palpación abdominal:



- a. El control clínico de las contracciones uterinas se debe realizar por un periodo de 10 minutos, colocando la mano extendida sobre el abdomen materno sin estimular el cuerpo uterino.
- b. Contractilidad uterina: la dinámica uterina(DU) permite valorar el tono, intensidad, frecuencia y duración de las contracciones. Debe realizarse en un periodo de 10 minutos, por el personal de enfermería obstétrica a cargo de la usuaria.

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

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

16. Examen Genital. Profesional tratante debe realizar el examen genital:

- a. **Tacto Vaginal:** Previo consentimiento verbal de la mujer embarazada se realiza el tacto vaginal, el cual permite evaluar:
 - Dilatación, consistencia, borramiento y posición del cuello. Ver la tabla No 14. Escala de Bishop
 - Grado de encajamiento.
 - Estado de las membranas ovulares.
 - Presentación, variedad de posición y altura de la presentación (en caso de feto no cefálicos la vía de parto y manejo dependerá de la valoración médica e individualizada, así como los criterios de cada unidad).
 - Solamente deben realizarse los tactos vaginales que se consideren necesarios para la evolución de la usuaria.
 - Al final del examen vaginal se le debe informar a la usuaria en lenguaje accesible los hallazgos encontrados con la finalidad de que la usuaria conozca el avance de su proceso de parto y todas las consideraciones pertinentes.



TABLA #14. ESCALA DE BISHOP

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

Fuente: Matthews Mathai et al (2002). *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto*⁵⁸.

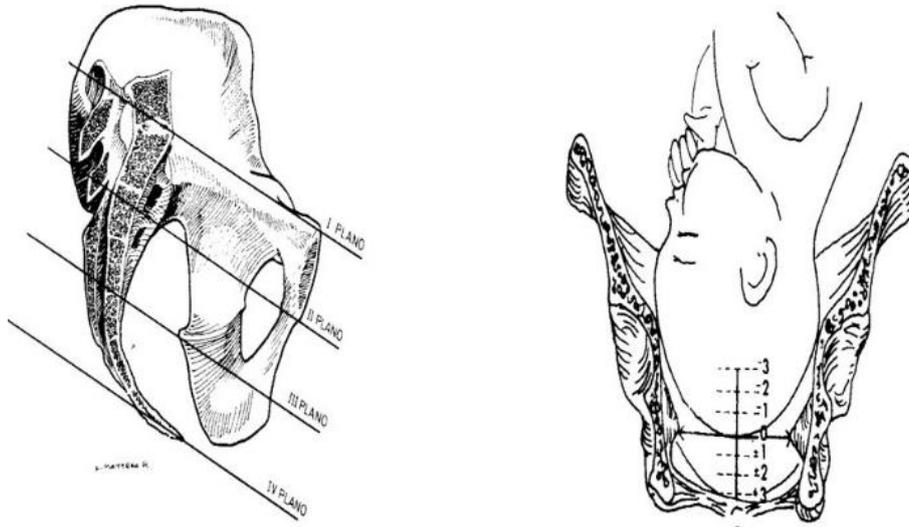
Puntaje:

- Bishop < a 6 se considera no favorable por lo que se indica maduración cervical
- Bishop > a 6 se considera favorable por lo que se recomienda conducción de labor de parto con oxitocina

Para valorar la altura de la presentación, se usan habitualmente dos métodos que relacionan el punto más declive de la presentación con la pelvis y que, según las distintas escuelas son los planos de Hodge (para la escuela europea) y las estaciones de De Lee (para la escuela norteamericana) (Ver Imagen No 1). Aún con membranas ovulares íntegras, la prolongación del trabajo de parto aumenta el riesgo de infección.

- Se recomienda reducir los tactos vaginales al mínimo imprescindible.
- Trasladar a sala de partos cuando la dilatación sea igual a 6 cm en las usuarias de bajo riesgo.

Imagen 1. Planos de la pelvis y su relación con la altura de la presentación: Hodge y De Lee



Fuente: Matthews Mathai et al (2002). *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto*⁵⁸.

b. Especuloscopía: En caso necesario, el profesional tratante realizará una especuloscopía, previo consentimiento verbal de la mujer embarazada.

17. Pérdida de secreciones por los genitales. Cuando el motivo de consulta es la pérdida de secreciones por vía genital se deberá determinar a que corresponden:

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

a. Sangre

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

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

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 48 de 128
<i>PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL</i>	<i>EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD</i>	<i>Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121</i>

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

b. Secreciones purulentas

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

Los procesos infecciosos de vulva y vagina pueden infectar al feto durante su paso por el canal del parto. Por lo que el profesional tratante, debe constatar la integridad de las membranas y precisar el origen de la secreción mediante especuloscopia.

18. En todo momento se debe mantener informada a la persona usuaria de la evolución de su trabajo de parto, no es necesario realizar un consentimiento informado, ni su registro en un formulario para la atención de un parto.



Módulo 5. Atención de la usuaria embarazada en salas de parto

Lugar: Unidad de labor, parto y recuperación del II y III Nivel de Atención, según el Manual metodológico para el desarrollo arquitectónico de los servicios de Obstetricia con base en el modelo de atención calificada en el embarazo como parto y postparto¹¹.

Insumos: Unidad de labor, parto y recuperación con su respectivo :

- Iluminación artificial indirecta y graduable, temperatura regulable en función de las necesidades de la mujer, materiales y colores cálidos intimidad, tranquilidad y comodidad.
- Monitor fetal y de signos vitales
- Mesa de trabajo obstétrica
- Guantes limpios o estériles
- Gasas estériles
- Equipo de parto (dos pinzas forester atraumáticas, una pinza forester traumática, dos pinzas de cordón umbilical, una tijera de mayo)
- Sonda Foley en caso necesario
- Campo tibio para secar y estimular al recién nacido.
- Pera de hule solo en caso necesario (No se recomienda la aspiración de manera rutinaria boca – nariz en el recién nacido).
- Agua estéril (No se recomienda el uso de clorhexidina de manera rutinaria para el aseo de la región perineal durante el expulsivo)

Personal de salud que interviene:

- Profesional en enfermería obstétrica con capacitación en reanimación neonatal, esta puede realizar el parto de ser necesario.
- Profesional en enfermería de cuidados del recién nacido con curso de reanimación neonatal
- Auxiliar de enfermería en salas de expulsivo
- Asistente de pacientes
- Profesional en neonatología o pediatría presente en el expulsivo
- Especialista en anestesia y residente de anestesia, en los lugares que cuente con profesionales en formación
- Especialista en ginecología, profesional residente en medicina, profesional en medicina general a total disposición, estos pueden realizar el parto de ser necesario.

Descripción de las actividades: El objetivo en la atención del trabajo de parto y parto de bajo riesgo obstétrico es brindar asistencia de calidad basada en

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 50 de 128
PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL	EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD	Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121

evidencia científica durante el periodo de dilatación (primer periodo, el periodo de expulsión (segundo periodo) y los periodos de alumbramiento y postalumbramiento (tercer periodo).

Considerando lo establecido en el ***Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social***¹, ver lineamiento para la implementación del “Listado de Verificación de la atención segura de la labor de parto, del parto y del posparto” 2016⁷⁴.

Indicaciones:

A. Asistencia durante el Primer Periodo (borramiento y dilatación)^{(7 Op. cit.):}

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

1. Información a la embarazada. Los profesionales en salud deben brindar la información a la usuaria, sobre la labor de parto y parto, reforzando la información que debió haber recibido desde el Control Prenatal y en el curso de preparación psicofísica para el parto. Se deben enfatizar lo siguientes contenidos:

- Información sobre el trabajo de parto (clara, precisa e inclusiva, adecuada interculturalmente de ser necesario)
- Recomendaciones sobre la participación activa y de la participación de su acompañante.
- Discusión del Plan de Parto.
- Importancia de la posición vertical y deambulación para el periodo de dilatación. Respetando las modalidades de parto con pertinencia cultural.
- Importancia de la hidratación oral durante el trabajo de parto.
- Medidas alternativas para el manejo del dolor
- Analgesia obstétrica de acuerdo a capacidad instalada
- Medidas que favorezcan el entorno habilitante para una atención calificada (aromaterapia, musicoterapia, entre otros).



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

2. Debe estimularse la participación activa de la mujer gestante en la toma de decisiones, basado en la evolución de la labor de parto e instando a su familiar o persona acompañante a brindar el adecuado apoyo psico-físico que la situación requiere. Debe recomendarse y facilitar la libre ingesta de líquidos claros para disminuir el riesgo de deshidratación que se asocia a la actividad física y a la frecuente hiperventilación materna. Recordar que el ayuno no es permitido, salvo por indicación médica de acuerdo a la clasificación de riesgo de la usuaria.

3. Acompañamiento a la madre durante el proceso del nacimiento, Emergencias, Pre Parto, Parto, Recuperación Post Parto y Salón de Alojamiento Conjunto. Los profesionales en salud trabajarán con calidez y brindarán atención a la usuaria de forma respetuosa y empática, de forma humanizada, practicando la escucha activa. Llamarán a la usuaria por su nombre e identificará el interés de la usuaria, inquietudes y necesidades emocionales considerando su momento de vida y contexto. Deben favorecer la presencia de una persona acompañante, ya que disminuye el uso de intervenciones innecesarias y se obtienen mejores resultados maternos y neonatales, llegando incluso a prolongarse la lactancia natural. En el caso de realizar algún procedimiento, el profesional debe resguardar la intimidad y privacidad de la usuaria. Además de facilitar una persona asesora cultural en caso requerido.

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

- Apoyo emocional por el personal de salud durante el trabajo de parto y el parto.
- Respeto a que la mujer elija su acompañante.
- Este acompañamiento debe de realizarse independientemente de la vía de parto (vaginal o por cesárea, recuperación post parto vaginal y post cesárea)

Esto sustentado, institucionalmente en el ***Lineamiento de Acompañamiento Integral en el proceso del nacimiento, Emergencias, Pre Parto, Parto, Recuperación Post Parto, Salón de Alojamiento Conjunto, 2015***⁷⁵ y ***documentos normativos posteriores vigentes.***



4. Control de signos vitales. El profesional tratante debe identificar las situaciones de desequilibrio hemodinámico, deberán controlarse, según necesidad:

- Frecuencia cardíaca
- Presión arterial
- Temperatura
- Respiración

Si hay signos o síntomas sugerentes de trastornos hipertensivos; choque, trastorno cardiovascular o fiebre, debe considerarse esta situación como de alto riesgo, requieren valoraciones más frecuentes u oportunas. Se puede utilizar el puntaje **Record materno de observación de signos tempranos de alarma** conocido como MEOWS (por sus iniciales en inglés, Modified Early Obstetric Warning System Chart^{76,77} (Ver Anexo No 8).

5. Controles Obstétricos. El trabajo de parto es un proceso dinámico, cuya normalidad puede ser alterada en cualquier momento. Es importante, que el personal de salud, brinde una atención digna, respetuosa, inclusiva y con pertinencia cultural durante la labor de parto, la cual procura:

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

El Profesional tratante debe realizar los siguientes controles:

- a) US obstétrico:** se debe valorar US reciente (máximo 2 semanas) en caso de no contar con el mismo, se recomienda su realización para definir peso, presentación y líquido amniótico y/o en su caso perfil biofísico fetal. Este US se realizará de acuerdo con la capacidad instalada de cada Unidad y a criterio médico del profesional a cargo.
- b) Contractilidad uterina:** la dinámica uterina(DU) permite valorar el tono, intensidad, frecuencia y duración de las contracciones. Debe realizarse en un periodo de 10 minutos, por el personal de enfermería obstétrica a cargo de la usuaria.



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

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

Se debe registrar en el Formulario de labor de parto, parto y posparto (Partograma) Ver Anexo No 9.

- c) **Frecuencia cardíaca fetal.** La auscultación debe realizarse por un tiempo de 45 segundos posterior a la finalización de la contracción uterina, con el objetivo de identificar la presencia de desaceleraciones tardías, por enfermería obstétrica.

Los controles de FCF se realizarán de la siguiente periodicidad:

- Fase latente cada 4 hrs y/o PRN
- Fase activa cada 30 minutos y/o PRN
- Periodo expulsivo cada 5 minutos

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

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

El progreso de la dilatación no es una función lineal y su velocidad no es constante. Dos tercios del tiempo total que dura la dilatación, se consumen hasta los 4 – 5 cm y el tercio restante hasta la dilatación completa. Este patrón normal puede alterarse en el sentido de la prolongación o la aceleración. Por lo que, se considera labor estacionada como el paro en los cambios cervicales durante 4 horas, con apropiada dinámica uterina y ruptura de membranas o 6 horas sin cambios cervicales con inadecuada dinámica uterina⁷⁸.

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

- La variedad de posición.
- El grado de flexión de la cabeza fetal.
- El grado de proporción pélvico fetal.
- La paridad.



- La posición materna.
- El estado de las membranas ovulares

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

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

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

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

6. Intervenciones ante la pérdida de bienestar fetal. El Profesional tratante debe tomar medidas ante la pérdida del bienestar fetal:

- a. Pérdida de bienestar fetal** (intraparto). El tratamiento in útero del estado fetal no tranquilizante puede conllevar los siguientes pasos:
 - **Cambio de posición.** Decúbito lateral izquierdo.
 - **Corrección de hipotensión materna:** mediante la administración de volumen intravenoso a flujo rápido.
 - **Suspender oxitocina.** Si se está usando
 - **Útero inhibición.** Las bases del tratamiento con uteroinhibición, estriban en mejorar la perfusión útero placentaria y la oxigenación fetal por medio de la disminución o supresión de las contracciones uterinas.
 - **Oxígeno suplementario mediante nasocánula:** de 3 a 5 lts-min

En caso de que no haya mejoría con las maniobras iniciales proceder a la extracción por la vía más rápida para salvaguardar la vida de la madre y el feto. Por ser un procedimiento de emergencia no se requiere realizar consentimiento informado. Se debe informar a la madre y registrar en el expediente de salud las intervenciones realizadas.

7. Formulario de labor de parto, parto y posparto (Partograma). Se trata de un instrumento para la vigilancia durante la labor de parto, el cual ofrece

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 55 de 128
PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL	EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD	Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121

intervenciones oportunas para prevenir complicaciones perinatales. El cual, el profesional tratante de registrar oportunamente(Anexo No 9).

B. Asistencia durante el Segundo periodo(Expulsivo)^(7 Op. Cit)

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

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

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

1. Los profesionales en medicina y enfermería obstétrica, deben determinar si el periodo expulsivo prolongado puede deberse a:

- Disfunción uterina (hipotónica, hipertónica o incoordinada).
- Pujos maternos ineficaces
- Defectos de rotación cefálica
- Analgesia epidural
- Triple I (Corioamnionitis): inflamación o infección intraamniótica
- Desproporción feto-pélvica no diagnosticada

2. Los profesionales en medicina y enfermería obstétrica deben identificar, las complicaciones que se pueden presentar, tales como:

- a. Feto:
 - Distrés fetal
 - Cabalgamiento óseo cefálico
 - Caput succedaneum
- b. Traumatismo obstétrico materno:
 - Desgarros vagino-perineales.
 - Desgarro cervical y segmentario
 - Ruptura uterina
- c. Traumatismo en el recién nacido:
 - Cefalohematoma
 - Hemorragia intracraneana
 - Fracturas

- Parálisis
- Lesiones de tegumentos

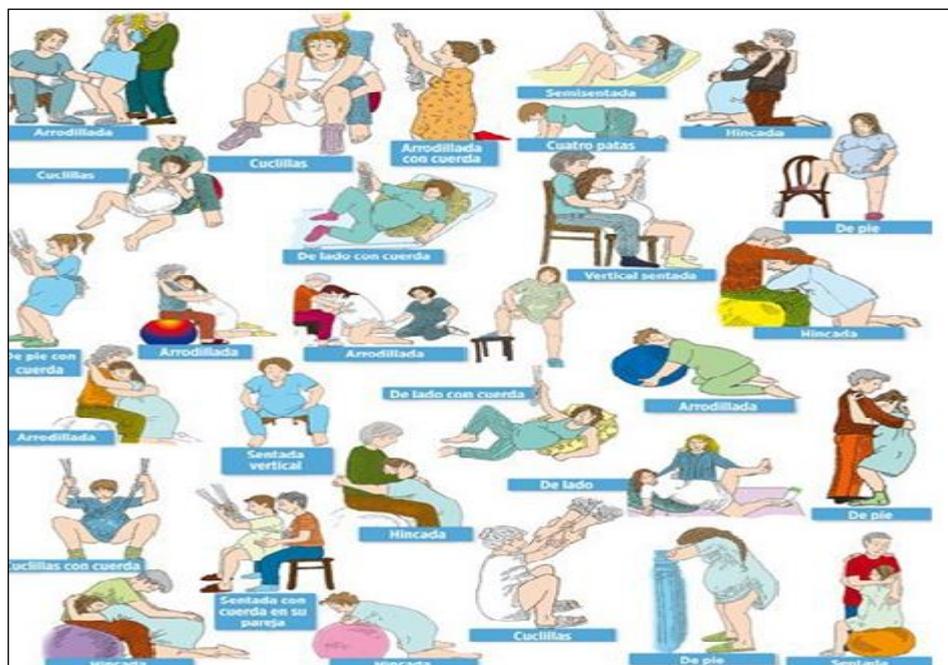
3. El profesional tratante debe promover el pujo dirigido, durante la contracción para favorecer el descenso del producto. El pujo materno espontáneo y dirigido, es habitualmente adecuado para la expulsión fetal si éste se realiza sincrónicamente con la contracción uterina. El pujo inadecuado se asocia a agotamiento materno y no contribuye al descenso del producto.

4. Posición de la usuaria durante el parto. Se le debe brindar a la usuaria la posibilidad de escoger su posición de parto, siempre y cuando la condición médica lo permita, tomando en cuenta el contexto cultural para la implementación de las prácticas interculturales. Se recomienda evitar la posición de litotomía dorsal (piernas colgando y/o atadas a nivel de los tobillos) y la ginecológica clásica.

Dentro de las posiciones libres más comunes se encuentran (Ver Imagen No 2):

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

Imagen No. 2. Posturas o posiciones para un parto humanizado



Fuente: Laura Martín. (2016). Posturas o posiciones para el parto. ⁷⁹.



5. Controles a realizarse durante el periodo expulsivo. El profesional tratante debe realizar los siguientes controles durante el periodo expulsivo:
 - Frecuencia cardíaca fetal: se debe tomar entre contracciones, cada 5 minutos
 - Eficacia de la contractilidad uterina y pujos maternos: deberá evaluarse periódicamente el descenso de la presentación como indicador de adecuada evolución del expulsivo.
6. Conducta general. Es importante que el profesional tratante tenga en cuenta:
 - Si la dinámica uterina es inadecuada en frecuencia, duración e intensidad debe iniciarse oxitocina. Como lo establece el **Lineamiento para el Manejo de la Oxitocina en los Tres Niveles de Atención⁸⁰**, el cual se encuentra avalado por el Comité Central de Farmacoterapia, como ente Asesor de la Gerencia Médica, mediante oficio GM- CCF- 1041-2020⁸¹.
 - Estimular el pujo materno espontáneo señalando el momento apropiado (junto con la contracción) y evitando el agotamiento.
 - Estimular una adecuada ventilación y relajación entre las contracciones.
7. Protección perineal. Los profesionales en salud deben procurar la protección perineal, ya que es una medida preventiva para evitar desgarros. El riesgo de desgarro depende de la paridad, elasticidad de los tejidos, tamaño fetal y la velocidad de la expulsión:
 - Si se estima que existe alguna de estas condiciones debe efectuarse infiltración perineal con anestesia local antes de iniciado el desprendimiento. La episiotomía no es una práctica rutinaria, se realiza cuando es estrictamente necesaria (de preferencia medio lateral).
 - Cuando la cabeza distiende la vulva y el periné lo suficiente abre el introito vaginal hasta un diámetro de 5 cm o más, se puede emplear una mano enguantada para sostener el periné, la otra mano se utiliza para guiar y controlar la cabeza del feto generando una salida suave, disminuyendo las laceraciones.
 - Otra método a utilizar, cuando los esfuerzos de expulsión son insuficientes o se requiere de un parto rápido es la maniobra de modificada de Ritgen; con dos dedos enguantados debajo de un campo ejercen presión sobre el mentón del feto a través del periné justo frente el cóccix. Al mismo tiempo con la otra mano se aplica presión en el sentido superior contra el occipucio.



- Esta técnica permite el parto controlado de la cabeza fetal, favorece la extensión del cuello de manera que la cabeza atraviesa el introito y pasa sobre el periné con sus diámetros menores.
8. Avance de la presentación y expulsivo. En el momento de la presentación expulsivo el profesional tratante debe:
- Permitir el avance de la presentación, manteniendo su flexión hasta que la circunferencia suboccipitobregmática haya traspasado el anillo vulvar distendido.
 - Instruir a la madre para que jadee y no puje en ese momento.
 - Enlentecer el desprendimiento, apoyando la mano izquierda sobre la presentación para que la deflexión se realice lentamente, distendiendo progresivamente los tejidos para evitar desgarros. Instruir luego a la madre para que puje suavemente.
 - Colocar con la mano derecha un apósito sobre el periné, abarcándolo entre el pulgar y los dedos restantes de la mano. Sostener la presentación para que no efectúe su avance y deflexión bruscamente. Acercar hacia el rafe perineal los tejidos laterales del periné, como para fruncirlos, haciendo disminuir la tensión.
 - Terminar el nacimiento con lentitud con la salida de la frente, la cara y el mentón.
 - Instruir nuevamente a la madre para que no puje.
 - Aunque el resto del cuerpo con frecuencia se desprende espontáneamente, es habitual ayudar a su salida final. Para ello, una vez desprendida la cabeza y rotada espontáneamente hacia su posición primitiva, (rotación externa de la cabeza), se observa si hay alguna circular de cordón ajustada al cuello, la que, de existir, debe deslizarse sobre la cabeza o sobre el hombro. Si la tensión de la misma lo impide, se secciona de inmediato el cordón entre dos pinzas de Kocher.
 - Se toma la cabeza con ambas manos de los parietales en posición anterior y posterior y se la tracciona suavemente, primero hacia abajo, descendiendo con ello el hombro en posición anterior hasta sobrepasar el pubis, para invertir de inmediato el sentido de la tracción, ahora hacia arriba, con lo que se obtiene el desprendimiento del hombro posterior. El resto del cuerpo, al ser menos voluminoso que los segmentos ya desprendidos, se expulsa fácilmente, debiéndose contener al feto para que no lo haga con brusquedad.
 - El descenso profundo del hombro en posición anterior es de rigor, antes de continuar las tracciones; de lo contrario, al retenerse éste

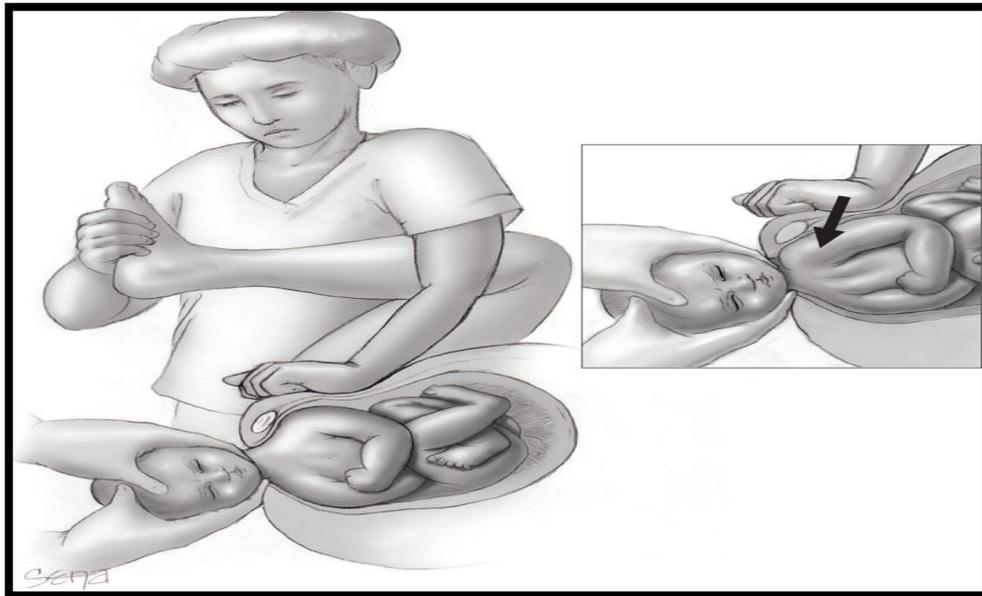


detrás del pubis, puede ser motivo de fractura de clavícula o de elongación del plexo braquial correspondiente.

- Tomar muestra de sangre de cordón umbilical para realizar laboratorios del recién nacido (grupo y Rh, VDRL, Coombs directo).
9. Complicaciones durante el expulsivo. En las siguientes situaciones es necesario que el profesional tratante, solicite la presencia inmediata de los especialistas necesarios (gineco-obstetra, anestesista, entre otros). Cabe señalar que el especialista en neonatología ya debe estar presente, como está descrito previamente.
- a. **Distocia de hombro.** Es una situación potencialmente grave que se caracteriza porque luego de la salida de la cabeza fetal se detiene el parto
- Diagnóstico:** Las maniobras habituales para liberar el hombro anterior fracasan. Si se produce distocia de hombro, con hombro anterior impactado tras la sínfisis pubiana, se deben efectuar las siguientes maniobras:
- Solicitar ayuda de inmediato
 - Si no ha hecho episiotomía, hágala, si la hizo y es pequeña, ampliela.
 - Con la parturienta en decúbito dorsal y con ayuda de un colaborador(puede ser el acompañante) flexione fuertemente sus piernas sobre el pecho(Maniobra de Mc Robert). Ver Imagen No 3.
 - Solicite a un ayudante que comprima la región supra púbica intentando destrabar el hombro anterior e impulsarlo hacia la vagina.
 - Aplique siempre tracción firme y continua hacia abajo. Si lo hace demasiado enérgicamente puede provocar parálisis del plexo braquial.
 - Si estas maniobras fracasan intente la rotación cuidadosa llevando el hombro en posición anterior hacia atrás (en sentido del dorso fetal), que suele liberar el hombro). Puede ayudar a la rotación y al desprendimiento, aplicar presión sobre el hombro fetal anterior en dirección al pecho fetal.
 - El fracaso de esta maniobra, obliga a intentar la extracción del brazo en posición posterior:
 - Introducir en la vagina la mano correspondiente al vientre fetal.
 - Presionar la fosa antecubital del brazo posterior, lo que hará descender el antebrazo que se toma y se conduce por el pecho del niño hasta afuera. Esto reducirá el diámetro fetal ofrecido a la pelvis y permitirá la liberación del hombro anterior.
- Si todas estas maniobras (realizadas en escasos 2 minutos) fracasan, proceda a fracturar la clavícula fetal.
 - En ocasiones la clavícula fetal se fractura accidentalmente durante las maniobras de tracción. Esto deberá ser explicado a la madre y

no ocultarlo, ya que esta situación podrá contribuir a salvar la vida del feto que ha quedado retenido.

Imagen No 3. Maniobra de Mc Robert



Fuente: F. Gary Cunningham et al (2014). *Obstetricia de Williams*. Ed 25⁸².

- b. Pérdida del bienestar fetal (intraparto).** Cuando existan criterios de pérdida del bienestar fetal se deben brindar maniobras de reanimación inútero. En caso de que no haya mejoría con las maniobras iniciales proceder a la extracción por la vía más rápida.
- c. Atención del parto en presentación pélvica.** Existen evidencias que aseguran que el nacimiento por cesárea en caso de presentación pélvica es más seguro que el parto vaginal. Pero en ocasiones no habrá otra posibilidad que asistir el parto en esta presentación. El profesional tratante deberá tener en cuenta que:
- Los mejores resultados se lograrán cuando el profesional tratante mantenga la calma e intervenga cuando esté indicado con maniobras delicadas y precisas.
 - Como maniobra previa cateterice sistemáticamente la vejiga para que durante el procedimiento ésta se encuentre vacía. De haber un fórceps disponible (tipo Piper), téngalo pronto en la mesa de parto, por si se produjera una retención de cabeza.
 - Se intentará conservar las membranas íntegras hasta conseguir la dilatación completa, si las membranas se rompen, se debe verificar que



no haya procidencia o prolapso de cordón, además de evaluar la modalidad de la presentación.

- Se evitará el pujo materno hasta certificar que el cuello del útero está totalmente dilatado y la presentación se encuentra ingresando en la vagina.
- Efectuar una episiotomía amplia y permitir que se expulsen las nalgas hasta ver aparecer la espalda. Se recomienda evitar el pujo hasta que las nalgas hayan salido espontáneamente bajo la fuerza de las contracciones.
- Se evitará traccionar los miembros inferiores y se colocará una mano para prevenir la expulsión precipitada y evitar lesiones en el periné.
- Una vez que las nalgas han salido, se envuelve el abdomen del feto con una compresa tibia.
- Al aparecer el ombligo fetal comienza la fase activa en la participación del obstetra, en esa oportunidad, se traccionará sutilmente del cordón para evitar se compresión en el canal.
- Si las piernas no salen espontáneamente, extraer con delicadeza una pierna por vez, flexionando la rodilla y traccionando desde el tobillo.
- Cuando aparecen los ángulos de los omóplatos se permitirá a la mujer pujar. En ocasiones bastará con los pujos maternos para conseguir la expulsión de los hombros. Si en dos o tres pujos no se logra el resultado esperado, se deberá usar la maniobra de Bracht (esta maniobra tiene la ventaja de que sirve al mismo tiempo para el desprendimiento de hombros y cabeza y no requiere la introducción de la mano en la vagina). Mientras un ayudante comprime la cabeza fetal en dirección a la pelvis. El profesional en gineco-obstetricia tomará al feto por el tronco y los muslos, se levanta al feto sin tirar y se lo hará girar en torno al pubis materno y en dirección al vientre materno.
- Si no fuese efectiva la maniobra de Bracht para el desprendimiento de hombros se aplicará la maniobra de Rojas por la cual mientras se sostiene al feto de sus muslos con delicadeza y apoyando los pulgares en el sacro se intentará hacer rotar al feto, aplicando una ligera tracción descendente, para conseguir el desprendimiento del hombro posterior, una vez desprendido el hombro posterior, se efectúa un giro en sentido opuesto al anterior para desprender el hombro anterior.
- Otra maniobra para el desprendimiento de los hombros es la maniobra de Pajot, por la cual se deberá elevar al feto tomado de ambos tobillos y con dos dedos se intentará desprender el hombro posterior y luego bajando el feto se intentará desprender el hombro anterior.



- Cuando los brazos estén elevados sobre la cabeza fetal se deberá introducir la mano en la vagina para flexionar el codo y descender el brazo por delante de la cara del feto, en dirección al tórax.
- Cuando la maniobra de Bracht no sea efectiva para desprender la cabeza, se deberá mantener la presión por parte de un ayudante de la cabeza fetal por encima del pubis en dirección a la vagina, para ayudar en el descenso de la cabeza y evitar la deflexión.
- Apoyar al feto boca abajo, cabalgando sobre el antebrazo de la mano más hábil del gineco-obstetra. Colocar los dedos índice y mayor de la mano que sostiene al feto, dentro de la boca fetal, traccionando la mandíbula hacia el tórax fetal, para flexionar la cabeza. Los dedos índice y mayor de la otra mano, se apoyarán a manera de “tenedor” sobre los hombros fetales, estos dedos no deben traccionar. Se traccionará delicadamente al tiempo que el feto se elevará en dirección al vientre materno (maniobra de Moriceau).
- Si estas maniobras fracasaran se recomienda la aplicación de un fórceps de Piper. Un ayudante elevará el feto desde sus tobillos, el gineco-obstetra aplicará ambas palas del fórceps por el lado ventral del feto intentando realizar una toma simétrica. Luego se traccionará, primero hacia abajo para descender la cabeza y finalmente hacia arriba, para desprenderla.

10. Analgesia durante el trabajo de parto:

10.1. Medidas alternativas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, según lo indicado Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social¹.

10.2. Indicaciones médicas y obstétricas para analgesia farmacológica durante el trabajo de parto^{(83 Op. cit):}

- **Trabajo de parto conducido (oxitócicos):** terminación, estimulación, presentación posterior, distocia dinámica, interrupción médica del embarazo.
- **Situaciones de alto riesgo de cesárea de urgencia:** presentaciones podálicas, útero cicatricial, embarazos múltiples. -Extracciones instrumentales, lesiones perineales, vaginales y cervicales.
- **Algunas cardiopatías** (sobre todo no obstructivas): insuficiencia mitral, insuficiencia aórtica, CIA, CIV, insuficiencia coronaria. EPOC, asma,



síndrome restrictivo (escoliosis paralítica), enfermedad arterial pulmonar. HTA esencial, toxemia gravídica sin trastornos de la coagulación.

- **Evitar la hiperventilación:** convulsiones, tetania, espasmofilia.
- **Evitar esfuerzos expulsivos:** desprendimiento de retina, aneurisma cerebral (sin hipertensión endocraneana).
- **Reducción de la hiperactividad simpática:** feocromocitoma, paraplejía, tetraplejía.
- **Anestesia general con riesgos:** miastenia gravis, intubación difícil, alergias.
- **Situaciones psicológicas particulares:** embarazo no deseado, menor de edad, proyecto de abandonar al niño o niña, niño(a) malformado, vaginismo. Feto muerto y retenido, se decide parto vaginal.

10.3. Algunas contraindicaciones absolutas:

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

10.4. Fármacos(Anexo No 10):

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

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 64 de 128
PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL	EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD	Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121

10.5. Tipos de analgesia neuroaxial para el trabajo de parto:

- Existen diversos tipos de analgesia neuroaxial para el trabajo de parto: ESPINAL, EPIDURAL (continua, continua con bolos controlados por la usuaria, en bolos intermitentes programados):
 - **Epidural –Espinal combinada.** La elección de la técnica dependerá de la situación particular de la usuaria y de la experiencia y entrenamiento del anestesiólogo(a). Es importante recalcar que independientemente del tipo elegido la analgesia para el trabajo de parto(ATP) NO es anestesia y no debe de quitársele la sensación de pujo a la mujer para que pueda colaborar durante el expulsivo. El objetivo con esta analgesia es mantener un dolor según la escala visual analógica del dolor (EVA) menor de 5/10 durante la labor. La analgesia durante el trabajo de parto se debe colocar sentada o en decúbito lateral según preferencia del anestesiólogo(a) y comodidad de la usuaria. La técnica aséptica adecuada para el abordaje del neuroeje para administrar la analgesia para el trabajo de parto debe cumplir con las siguientes características : -Retirar las joyas de las manos. -Lavado de manos. -Colocación de guantes estériles. -Colocación de mascarilla facial que le cubra la boca y la nariz y debe cambiarse para cada caso. - Utilizar equipo estéril para el abordaje del neuroeje. -Limpiar la espalda con clorexidina o con yodo. -Utilizar kits de anestesia epidural espinal descartables para cada caso. -Utilizar apósitos adhesivos estériles (Tegaderm) para cubrir la entrada del catéter epidural a la columna vertebral. La técnica neuroaxial a utilizar y las dosis administradas quedan a discreción del anestesiólogo(a) según sus conocimientos y experiencia en la administración de la ATP.
 - **Espinal:** Cuando se decide ATP espinal se coloca previa asepsia y antisepsia y bajo todos los estándares establecidos previamente, con aguja espinal punta de lápiz #25-27G: 1-2,5 mg levo bupivacaína al 0.125% más fentanilo 5 a 25 microgramos. Esta dosis puede mantener la ATP (EVA < 5/10) por un tiempo aproximado de 1.5-2 horas, según características particulares de la usuaria.
 - **Epidural:** Debe ser siempre administrada por catéter epidural y bajo todas las normas de asepsia y antisepsia ya establecidas en los lineamientos anteriormente descritos. Epidural en bolos intermitentes: según el COMET se recomienda dosis de bupivacaína a una concentración del 0,0625% al 0.125% para no interferir con la evolución de la labor de parto. Diluir 20 mg de levo bupivacaína (4cc) más 50 microgramos de fentanilo (1cc) en 15 cc de solución salina al 0,9%, lo cual queda a 1mg por cc de levo



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

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

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



mejor. Si el parto finaliza en fórceps o cesárea se puede utilizar el catéter para la anestesia en ambos procedimientos

11. **Atención del Recién Nacido:** Existen una serie de aspectos para la atención inmediata del recién nacido sin complicaciones médicas, el cual debe de permanecer junto a su madre durante el puerperio, si las condiciones así lo permiten. Todas estas actividades y otras se encuentran contempladas en el Manual de Procedimientos de Cuidados del Recién Nacido Centrados en el Desarrollo y la familia⁵⁰, en su versión vigente.

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

C. Asistencia durante el alumbramiento y postalumbramiento (Tercer periodo) (7 Op. cit.)

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

1.El profesional tratante, realiza durante:

a. Manejo activo del tercer estadio: Ver Flujograma No 1.

1. Oxitocina: En caso de usuaria con conducción de labor de parto continuar con la infusión de oxitocina (no se debe cerrar el suero). Usuarías en evolución espontánea iniciar solución salina al 0,9% 500cc más 20 unidades de oxitocina a completar en el posparto inmediato (2 horas) posterior colocar solución de mantenimiento (Solución salina al 0,9% 500cc mas 20 unidades de oxitocina a pasar en 8 hrs # 1)
2. Pinzamiento tardío del cordón umbilical: realizarlo entre el 1 y los 3 minutos posterior al nacimiento.
3. Tracción controlada del cordón umbilical. Se puede utilizar alguna de las siguientes maniobras:



4. Maniobra de Brandt Andrews: con la mano no dominante se coloca sobre el borde superior de la sínfisis púbica y empuja el útero desde el segmento inferior en dirección a la cicatriz umbilical, mientras que con la mano dominante se realiza tracción controlada del cordón umbilical hasta la salida de la placenta.
5. Maniobra de Windmills: con la mano no dominante se coloca sobre el borde superior de la sínfisis púbica y empuja el útero desde el segmento inferior en dirección a la cicatriz umbilical, mientras que con la mano dominante se realiza tracción controlada del cordón umbilical conforme las manecillas del reloj, hasta lograr la expulsión de la placenta. No se recomienda la extracción manual en caso de retención, en su lugar se sugiere realizar dicha maniobra.
6. Valorar tono uterino.

Flujograma No 1. Manejo del alumbramiento. Tercer periodo



Fuente: Elaboración propia.

b. Examen de la placenta y las membranas:

- Una vez que la placenta ha salido, proceder a un examen minucioso de ella y de las membranas. Se recomienda apoyar la placenta sobre una superficie plana y observarla primero por su cara materna, identificando si están todos los cotiledones y si los mismos se encuentran íntegros.
- El examen debe culminar con la exploración de la cara fetal de la placenta, a fin de descartar la posibilidad de lóbulos accesorios.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 68 de 128
<i>PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL</i>	<i>EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD</i>	<i>Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121</i>

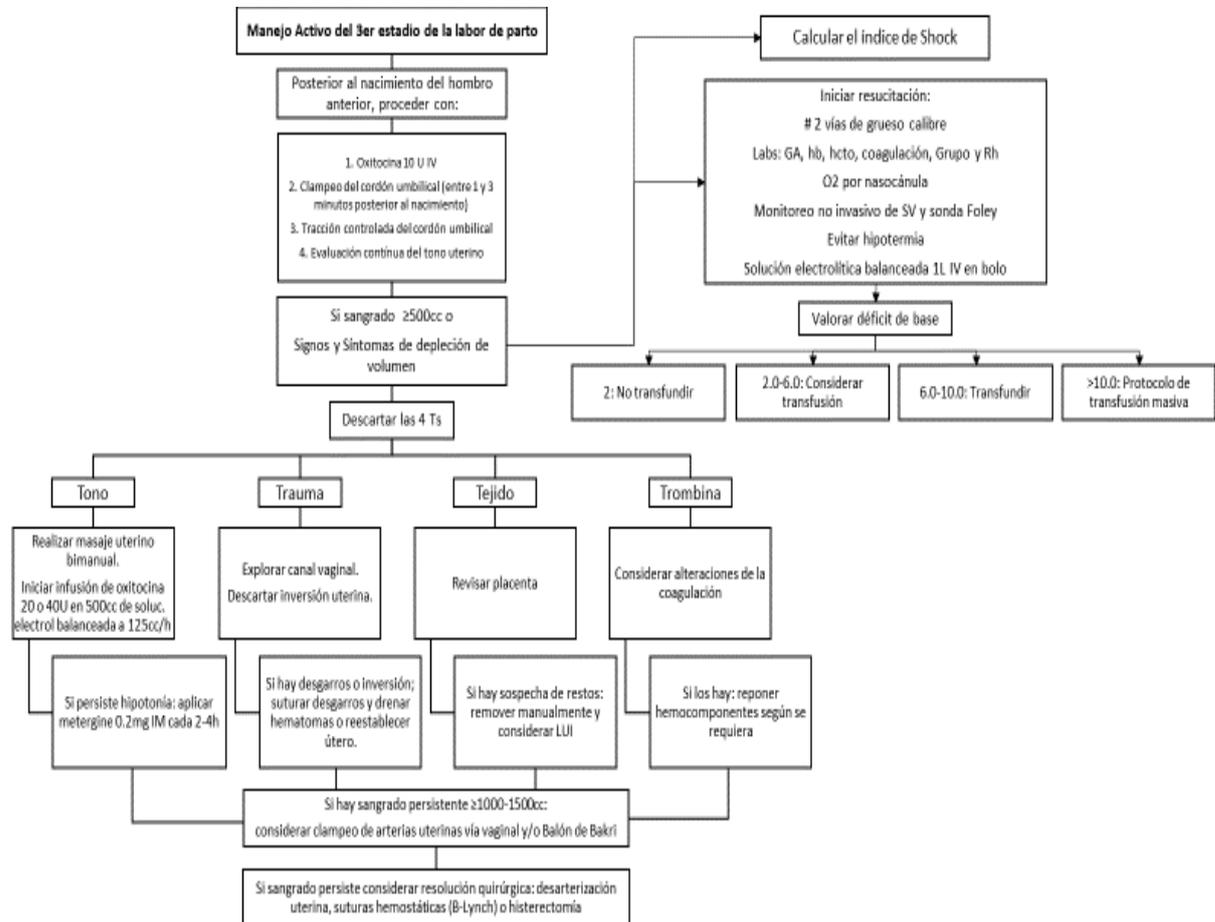
- En el examen de las membranas se intentará reconstruir la bolsa amniótica, a fin de descartar la posibilidad de retención de membranas.

c. Controles durante el alumbramiento:

- Posterior al alumbramiento, debe realizar una valoración integral de la usuaria para determinar signos de alarma, dentro de las acciones se encuentran: Ver Flujograma No 2.
- Presión arterial y frecuencia cardíaca: los valores debe encontrar entre los parámetros establecidos.
- Involución uterina: Valorar el tono y la involución, la cual debe encontrarse inferior o a nivel de la cicatriz umbilical.
- Loquios: el sangrado transvaginal debe ser un poco mayor que la menstruación. Orientar a la usuaria sobre las características.

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

Flujograma No 2. Decisiones en el postalumbramiento



Fuente: Elaboración propia

d. Revisión de Canal de Parto:

- Posterior al alumbramiento debe revisarse el canal de parto para determinar si se produjeron desgarros durante la expulsión del feto.
- No se recomienda la valoración rutinaria de los ángulos del cuello del útero, únicamente si hay sangrado aumentado y se sospecha desgarro en la zona.
- A su vez, está contraindicada la revisión intrauterina de forma rutinaria, ya que aumenta el riesgo de endometritis por arrastre de bacterias de la vagina al útero⁸⁴.
- Si existe sospecha de retención de restos de placenta (retención parcial), se hará un tacto intrauterino y se extraerán los restos manualmente. A



menos que se tenga certeza de una evacuación completa, será aconsejable realizar un legrado con cureta roma de Pinard. Ambos procedimientos se sugiere realizarse bajo sedación.

- Si hay retención de membranas ovulares, las mismas se pueden extraer con una pinza de anillos con dientes, mediante torsión, tracción lenta y firme.
- En caso de haber realizado episiotomía, debe realizarse la episiorrafia. Cuando se presentan varios desgarros a la vez priorizar las lesiones de mayor sangrado que vayan a comprometer hemodinámicamente a la usuaria.

e. Posparto inmediato:

- Es el periodo de posparto inmediato, que comprende las 2 horas siguientes al parto. Momento en el que la mujer está expuesta a mayor riesgo de hemorragia y shock. Por su parte el recién nacido puede presentar hemorragia, ante un despinzado inadvertido del muñón umbilical.
- Por las razones expuestas, es recomendable que durante estas dos primeras horas, la mujer y su hijo, permanezcan en un sector en el que se les garantice supervisión de enfermería.
- El personal de salud estará a cargo de realizar los controles:
 - Se deben realizar controles a la usuaria cada 30 minutos:
 - Presión arterial y pulso materno.
 - Involución uterina.
 - Globo de seguridad de Pinard.
 - Loquios.
- Si completado este periodo de observación todo es normal, el binomio podrá pasar al salón de posparto en alojamiento conjunto.
- A su ingreso al salón deberá realizarse toma de signos vitales a la mujer y posterior a ello, una vez durante el turno si no existe criterio de riesgo, se debe promover el apego de madre y el recién nacido luego del parto y contribuir con el amamantamiento a libre demanda desde las primeras horas de vida.
- CLAP/SMR recomienda estimular en este periodo el contacto precoz, entre madre e hijo(a) y apoyar al inicio del amamantamiento en la primera hora post parto. La relación entre la madre y su recién nacido es un complejo proceso biológico y psicoafectivo cuya importancia es esencial

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 71 de 128
<i>PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL</i>	<i>EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD</i>	<i>Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121</i>

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

f. Conductas a tomar durante el alumbramiento, según la evolución del caso:

- El personal de salud, persona profesional en medicina o enfermería obstétrica debe:

a. Identificar las alteraciones del alumbramiento, dentro de las principales podemos mencionar retención de placenta y hemorragia post parto.

A. Retención de placenta:

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

La retención de placenta puede ser total o parcial.

- Total: es cuando la totalidad de la placenta persiste adherida al útero; esto puede ser producto de una contractilidad uterina ineficaz (atonía) o deberse a una adhesividad anormal de la placenta al útero (acretismo).
- Parcial: es cuando quedan retenidos uno o más cotiledones placentarios, si bien la retención de cotiledones puede deberse a las mismas causas que generan la retención total de la placenta, en este caso es más común que se produzca por maniobras inadecuadas durante el alumbramiento.
- Realizar la revisión intrauterina: Si existe sospecha de retención de restos de placenta (retención parcial), se hará un tacto intrauterino y se extraerán los restos manualmente, idealmente bajo sedación. A menos que se tenga certeza de una evacuación completa, será aconsejable realizar un legrado (raspado) con cureta roma de Pinard.
- Si hay retención de membranas, las mismas se pueden pinzar con una pinza de anillos con dientes y ensayar su extracción, mediante torsión y tracción lenta y firme.



B. Hemorragia Post Parto^(85 Op. cit)

- Para este apartado se deben referir al **Protocolo terapéutico Institucional para el abordaje de la Hemorragia Postparto⁸⁵**, avalada mediante oficio GM-CCF- 0705-2020, publicado en la web institucional el día 13 de febrero del 2020⁸⁶.
- Se define como la pérdida sanguínea mayor a 500 mL tras un parto vaginal y 1000 ml posterior a una cesárea; sin embargo, para facilitar el proceso aplica **a toda aquella hemorragia excesiva, capaz de producir síntomas o signos de depleción de volumen**. Cuando el sangrado supera esos volúmenes, se considera que se está frente a una hemorragia post parto (HPP).
- El profesional deberá realizar la clasificación según el periodo de tiempo de su aparición en:
 - HPP primaria (cuando aparece en las primeras 24 horas que siguen al parto).
 - HPP secundaria (cuando se presenta después de 24 horas y hasta 12 semanas postparto)
- Esta clasificación es importante debido a que se suele vincular con la causa que la produce. Mientras las HPP primarias suelen ser producidas por atonía uterina o laceraciones, las secundarias están más relacionadas a la retención de restos ovulares. (Ver tabla #15)
- El profesional deberá determinar los factores de riesgo de hemorragia post parto. Aunque la HPP es impredecible, existen factores de riesgo que se presentan aproximadamente en el 50% de las gestantes que justifican el anticipar medidas de seguridad, tales como asegurar que el parto se realice en un nivel que cuente con sangre segura y disponibilidad quirúrgica o en el peor de los casos, tener aseguradas las condiciones para un traslado inmediato.
- Son factores de riesgo para una HPP:
 - Anemia
 - Multiparidad.
 - Causas que distienden el útero (macrosomía, polihidramnios, embarazo múltiple),
 - Labor prolongada,
 - Hemorragia anteparto,
 - Trastornos hipertensivos
 - HPP en embarazo previo,
 - Trastornos de la coagulación
 - Parto operatorio (fórceps, vacuum).



- Cesárea previa,
- Obesidad,
- Corioamnionitis.
- Miomatosis.
- Determinar las causas de la hemorragia post parto, es pertinente analizar las “cuatro T’s”, que resumen las cuatro causas principales:
 - **Tono:** Trastornos del tono (atonía o hipotonía), debidos a factores que sobre distienden el útero, o que agotan la fibra muscular uterina. Suelen ser la causa más frecuente(Alrededor de un 70% de todas las HPP).
 - **Traumáticas:** por desgarros cervicales y/o vaginales, Roptura o inversión uterina. Las causas traumáticas explican entre un 10% y un 20% de las HPP).
 - **Tejidos:** por retención de restos ovulares (placenta o cotiledones) debido a iatrogenia por tracción, por anomalías en la placentación (placenta con algún grado de acretismo, placenta previa) o de causa desconocida. Estas causas explican de un 5 a un 10% de los casos.
- **Trombina:** por trastornos de la coagulación, debidos a coagulopatías (HELLP, infecciones) o al uso de anticoagulantes.

TABLA # 15. ESTADIFICACIÓN CLÍNICA DEL SHOCK HEMORRÁGICO POR VOLUMEN DE PÉRDIDA DE SANGRE

Severidad	Pérdida sangre(%)	Déficit de volumen(ml)*	Signos y síntomas
Ninguno	>20	>900	Ninguno
Ligero	20-25	1200-1500	Taquicardia(< 100 latidos /min) Hipotensión moderada Vasoconstricción periférica
Moderado	30-35	1800-2100	Taquicardia(100-120 latidos /min) Hipotensión (PAS 80-120 mmHg) Agitación Oliguria
Severo	>35	>2400	Taquicardia(>120 latidos /min) Hipotensión(PAS < 60mmHg) Alteración del estado de consciencia Anuria

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

Fuente: CCSS (2020) Protocolo terapéutico Institucional para el abordaje de la Hemorragia Postparto⁸⁵.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 74 de 128
PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL	EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD	Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121

Ante una hemorragia post parto: debe activar los equipos de respuesta inmediata para el manejo de la emergencia, así como contar con el equipamiento necesario. Ver Anexo No 11, No 12 y No 13.

- C.** Promover, en caso que corresponda la atención diferenciada y discreta de la pérdida gestacional y perinatal, uso del Cuarto de la despedida¹¹.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 75 de 128
<i>PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL</i>	<i>EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD</i>	<i>Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121</i>

Módulo 6. Asistencia durante el puerperio y egreso

Lugar: Hospitalización del II y III Nivel de Atención

Insumos: Hospitalización con su respectivo equipamiento. Unidad de atención transitoria del recién nacido¹¹. Equipo de US.

Personal de salud que interviene:

- Profesional en enfermería obstétrica con capacitación en reanimación neonatal.
- Profesional en Enfermería de cuidados del recién nacido con curso de reanimación neonatal
- Auxiliar de enfermería
- Asistente de pacientes
- Profesional en Neonatología o pediatría para atención del recién nacido y valorar egreso
- Especialista en ginecología, profesional residente en medicina, profesional en medicina general a total disposición.

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

1.El profesional tratante, debe: (7 Op. Cit.)

- a.** Los profesionales de medicina o enfermería, se presentarán con calidez y abordarán a la usuaria de forma respetuosa y empática, brindando una atención humanizada, practicando la escucha activa. Llamará a la usuaria por su nombre e identificará el interés de la usuaria, inquietudes y necesidades emocionales considerando su momento de vida y contexto. En el caso de realizar algún procedimiento, el profesional debe resguardar la intimidad y privacidad de la usuaria, así como permitir el acompañamiento en momento que la usuaria lo desee. Además de facilitar un asesor cultural en caso requerido.
- b. Puerperio:** El puerperio como tal, comienza una vez que ha terminado el alumbramiento y se extiende hasta 6 semanas.
Durante este periodo, revertirán todos los cambios fisiológicos que se produjeron durante el embarazo, con la sola excepción de los cambios mamarios, que se intensificarán para mantener el amamantamiento exitoso.



c. Puerperio inmediato: abarca las primeras 24 horas del posparto, de las cuales las 2 primeras horas que continúan al alumbramiento son de vital importancia ya que en este periodo en el cual se producen la mayor cantidad de complicaciones graves, especialmente las vinculadas a trastornos por sangrado, por su mayor riesgo de hemorragia y choque los controles durante este periodo, deberán incluir:

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

d. Egreso:

1. Es recomendable la valoración de egreso para los casos de posparto vaginal o cesárea no complicada a las 24 horas, siempre que la mujer esté en condiciones de administrar cuidados a su recién nacido en forma competente, según valoración del profesional tratante. De acuerdo al Lineamiento Técnico Estancia Intrahospitalaria de la Madre y el Recién nacido durante el Posparto⁸⁷, en su versión vigente.
2. Es recomendable la valoración por síntomas de depresión posparto previo al egreso. Ver Manual Teórico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud, V1, 2021⁸⁸.



3. En usuarias con discapacidad, esta atención se deben cumplir los estándares de atención establecidos en este protocolo, tomando en consideración las necesidades particulares de la mujer según su discapacidad, de forma que se realicen los ajustes razonables para brindar la atención garantizando el respeto de su autonomía personal, en concordancia con la Ley N°9379⁵⁶. Los y las profesionales en salud deberán promover espacios en los que se pueda tratar con las mujeres y sus parejas, aspectos relacionados con el consejo contraceptivo y la vivencia de la sexualidad en esta etapa. Además de consultar los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”⁹¹ de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para individualizar la elección del método anticonceptivo más adecuado de acuerdo con las características y antecedentes de cada mujer.
4. Previo al egreso, la usuaria, podrá elegir el método anticonceptivo, así como la colocación del mismo. Se priorizan los métodos de larga duración reversibles, los cuales requieren de proceso de consentimiento informado previo, en los formularios correspondientes:
 - DIU en las primeras 48 horas a las usuarias que deseen colocárselo
 - Implante subdérmico en el posparto inmediato a las menores de edad que deseen colocárselo
5. Si en la usuaria se detectó consumo de sustancias psicoactivas durante el parto y no tiene abordaje del trastorno por uso de sustancias, al momento del egreso hospitalario se debe realizar referencia donde corresponda, ya sea EISAM o Clínica de Cesación de Tabaco como oferta de la CCSS o al IAFA, según *Lineamiento para detección oportuna y referencia de mujeres embarazadas o en posparto con consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas en los servicios de la CCSS, en su versión vigente*⁸⁹.
6. **Puerperio mediato, recomendaciones previas al egreso para su vigilancia:** Se extiende desde el segundo y hasta el 10^o día del parto. A continuación se citan algunas recomendaciones de cuidado que se deben brindar a la usuaria durante este periodo:
 - Signos vitales (temperatura, frecuencia cardíaca y presión arterial). Ante cualquier alteración de los signos vitales, debe asistir a consulta médica.
 - Evaluación de los loquios (cantidad, aspecto, composición y olor). El color inicialmente puede ser rojo o rosado. Los cambios en el color o en el olor harán sospechar infección.
 - Control de involución uterina. La involución es sumamente rápida, aproximadamente 2 centímetros por día y se mide mediante palpación



del fondo uterino. A los 6 días del puerperio se situará entre el ombligo y el borde superior del pubis ya a los 10 días estará próximo al pubis.

7. Planificación Familiar: Si por alguna condición en particular, no puede prescribirse el método anticonceptivo y de protección antes de su egreso, ésta actividad será retomada durante su captación posparto, ver Tabla #16 y #17:

- Para protección máxima de un embarazo la mujer no debe esperar a que se restablezca su menstruación para comenzar un método anticonceptivo.
- DIU: colocación después de la cuarta semana
- Implante subdérmico: colocación en cualquier momento del puerperio
- Progestágeno intramuscular: a partir de los 21 días

TABLA # 16 . FECHA MÁS TEMPRANA EN QUE LA MUJER PUEDE INICIAR EL USO DE UN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DESPUÉS DEL PARTO

Método de planificación familiar ***	Lactancia exclusiva	Lactancia Mixta o no está amamantando
Vasectomía	Inmediatamente o durante el embarazo de la pareja(*)	
Condomes masculinos o femeninos	Inmediatamente	
Espermicidas		
DIU de cobre / Dispositivo con Levonorgestrel(en condiciones específicas y con aprobación de el Comité Central de Farmacoterapia)	Dentro de las 48 horas posparto si es una usuaria de difícil seguimiento, pero idealmente 4 semanas posteriores al parto	
Esterilización Femenina	En un plazo de 7 días, de lo contrario esperar 6 semanas	
Inyectables de solo progestágeno	6 semanas después del parto (categoría 1 ^c)**	De inmediato si no esta amamantando** 6 semanas después del nacimiento si amamanta parcialmente**



Anticonceptivos orales combinados	6 meses después del parto (categoría 3 ^ε)**	21 días después del parto sino está amamantando** 6 semanas después del parto si es lactancia mixta**
Implantes subdérmicos (aprobado para adolescentes)	De inmediato	De inmediato

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2019). Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores⁹⁰.

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

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

(ε) Según criterios de elegibilidad de la OMS

TABLA # 17. CLASIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

Categoría 1	Situación para la que no existen restricciones al uso de método anticonceptivo
Categoría 2	Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan los riesgos teóricos o demostrados.
Categoría 3	Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método
Categoría 4	Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud.

Fuente: World Health Organization. (2015) WHO medical eligibility criteria wheel for contraceptive use⁹¹.



Módulo 7. Consulta puerperio mediato y alejado en el I Nivel

Lugar: I Nivel de Atención

Insumos: Se deben utilizar los insumos y tecnologías probadas, efectivas y de bajo costo para contribuir a la entrega de prestaciones de calidad, disponibles institucionalmente: consultorio médico con su respectivo equipamiento. Insumos de laboratorio y farmacia.

Personal de salud que interviene: profesional en medicina o enfermería obstétrica.

Descripción de las Actividades: a continuación se describen las principales actividades durante la captación posparto.

Indicaciones: (7 Op. cit.)

- 1.El personal de enfermería realizará la preconsulta, de acuerdo a la oferta de servicios institucionales establecidos por esta disciplina.
- 2.Los profesionales de medicina o enfermería, se presentarán con calidez y abordarán a la usuaria de forma respetuosa y empática, brindando una atención humanizada, practicando la escucha activa. Llamará a la usuaria por su nombre e identificará el interés de la usuaria, inquietudes y necesidades emocionales considerando su momento de vida y contexto.
3. En el caso de realizar algún procedimiento, el profesional debe resguardar la intimidad y privacidad de la usuaria, así como permitir el acompañamiento en momento que la usuaria lo desee. Además de facilitar un asesor cultural en caso requerido.
- 4.La usuaria presentará como referencia la tarjeta de control prenatal con todos los datos transcritos de su atención intrahospitalaria, así como los datos del recién nacido. Se deberán agendar dos consultas:
 - a. **Primer cita de control posparto:** a los 3 - 4 días siguientes al parto, coincidiendo preferiblemente con el control del recién nacido para tamizaje neonatal.
- 5.Durante las consultas de puerperio, la asistencia con la pareja es recomendable y deben realizarse las siguientes acciones:
 - Evaluación clínica completa.
 - Supervisión de lactancia



- Solicitud de exámenes de laboratorio de acuerdo a la evaluación.
- Reforzamiento sobre cuidado personal: higiene (en especial los genitales, las mamas y si hay heridas quirúrgicas), la alimentación y sobre el momento adecuado para reiniciar relaciones sexuales.
- El profesional en medicina o de enfermería obstétrica verificará si se le colocó método anticonceptivo previo al egreso, de lo contrario, en conjunto con la usuaria, analizará la elección del método que desee y planificará su prescripción o colocación, en cuyo caso debe realizarse el proceso de consentimiento informado correspondiente cuando se trate de colocación de implantes subdérmico o colocación de DIU.
- Indicar hierro y vitaminas según requerimientos.
- Si en la usuaria se detectó consumo de sustancias psicoactivas durante el parto, se deberá verificar si se realizó la referencia y que la usuaria haya asistido, al lugar correspondiente(EISAM o IAFA).

b. Segunda de control posparto: se programa al mes, durante Puerperio alejado que abarca desde el 11^o hasta el 42^o día del posparto. Durante esta cita, el profesional tratante debe:

- Controlar la evolución de la lactancia y preparar a la mujer para el retorno a su vida sexual.
- Verificar uso de anticoncepción y el espacio intergenésico.
- En este periodo continúa la involución uterina y el restablecimiento del estado pregravídico.
- El reinicio de las relaciones sexuales es posible luego de la desaparición de los loquios, lo que se produce entre los 30 y los 40 días del puerperio.
- Estatificación de riesgo: tamizaje de diabetes mellitus, persistencia de trastornos hipertensivos, controles de seguimiento.

6.Puerperio tardío: este periodo se extiende más allá del día 42^o y no más allá de un año:

- Se le brindarán recomendaciones a las usuarias de carácter general y de acuerdo a la individualización de cada caso.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 82 de 128
<i>PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL</i>	<i>EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD</i>	<i>Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121</i>

Módulo 8. Abordaje diferenciado y amigable a la adolescente en condición de embarazo parto y posparto

Lugar: espacios diferenciados para adolescentes y en concordancia con Política institucional de Atención integral a Adolescentes, así como el Manual de Gestión de Servicios hospitalarios diferenciados para adolescentes y el Manual metodológico para el desarrollo arquitectónico de los servicios de Obstetricia con base en el Modelo de atención calificada en el embarazo como parto y posparto.

Insumos: consultorio médico con su respectivo equipamiento de acuerdo a la Normas para la Habilitación de Establecimientos de Consulta Externa General y de Especialidades Médicas³⁹.

Personal de salud que interviene: profesionales en medicina, enfermería, farmacia, psicología, trabajo social y otras disciplinas que atienden adolescentes deben estar sensibilizados y capacitados, en temas relevantes para la atención integral y diferenciada de esta población, dependiendo del Nivel de Atención y de la individualidad del caso.

Descripción de las actividades: como lo establece la Política institucional de Atención integral a adolescentes, así como el Manual de Gestión de Servicios hospitalarios diferenciados para adolescentes, se debe avanzar hacia la implementación de servicios diferenciados y amigables para esta población en todos los establecimientos de salud.

Los profesionales de medicina o enfermería, se presentarán con calidez y entrevistarán a la usuaria de forma respetuosa y empática, brindando una atención humanizada, practicando la escucha activa. Llamará a la usuaria por su nombre e identificará el interés de la usuaria, inquietudes y necesidades emocionales considerando su momento de vida y contexto.

Indicaciones:

1. Las unidades de salud deben contar con espacios físicos amigables para atender adolescentes en la consulta prenatal, la labor de parto, parto y posparto.
2. Las unidades de salud deben acordar una agenda programada para que durante la semana se ofrezca en un horario específico la consulta prenatal y posparto, así como otras consultas de apoyo, de manera integrada y diferenciada para la población adolescente:



- El horario diferenciado para atención de adolescentes permite que las adolescentes que reciben atención de las diferentes disciplinas y especialidades, se facilite la educación en salud integral (curso preparación parto, lactancia materna, cuidados de recién nacido, anticoncepción, maternidad y paternidad corresponsable y segura), y que les permita conocer e interactuar con otras usuarias adolescentes en la sala de espera.
3. Se debe asignar doble cupo para la atención de usuarias adolescentes nuevas, de acuerdo Plan para la sostenibilidad y extensión de las intervenciones derivadas de la iniciativa salud mesoamérica en las estrategias que realiza el programa de atención integral a la adolescencia en concordancia con la política institucional de atención integral a la adolescencia de la caja costarricense de Seguro Social⁹², 2020.
 4. Los funcionarios de medicina, enfermería, farmacia, psicología, trabajo social y otras disciplinas que atienden adolescentes deben estar sensibilizados y capacitados, en temas relevantes para la atención integral y diferenciada de esta población;
 - Es recomendable identificar a aquellos funcionarios con el perfil adecuado para atender adolescentes. Además, es muy importante que los funcionarios de servicios generales: seguridad, aseo, registros de salud y validación de derechos, REDES participen en procesos de sensibilización para la atención de adolescentes.
 5. En relación a los aspectos biomédicos para considerar en la atención de adolescentes durante el embarazo, parto y postparto: De acuerdo con la OMS/OPS, citada por Vélez (2012)⁹³ la adolescencia tiene una sucesión de etapas relacionadas primordialmente con el desarrollo de estructuras cerebrales, habilidades y capacidades cognitivas, entre otras, por lo que dependiendo de la etapa en que la adolescente se encuentre, van a variar su capacidad cognitivas y los recursos que se tienen para afrontar una situación de embarazo, por esto es fundamental tener en cuenta las características de dichas etapas y su valoración al brindar atención a una adolescente durante el embarazo, parto o en postparto:
 - a. **Atención prenatal:**
 - La atención prenatal de la adolescente embarazada se podrá brindar en I, II o III Nivel según la priorización de riesgo.
 - La atención de bajo riesgo se regirá bajo los estándares establecidos en este Protocolo de Atención Clínica y se debe usar la guía de citas elaborada en este documento.
 - En caso de que la adolescente sea clasificada de Alto Riesgo ya sea biológico, social o psicológico debe ser referida a la



atención especializada que requiera en el Nivel de Atención correspondiente.

- En la atención de adolescentes tempranas, se encuentra en desarrollo un documento específico de normalización.

b. Criterios de riesgo en Adolescentes: El profesional en medicina o enfermería obstétrica debe identificar los factores de riesgo de definir las adolescentes que ameritan atención por especialista en gineco obstetricia y/o medicina materno fetal, trabajo social y psicología. Para esto, considerar la siguiente lista en la Tabla #18:

TABLA # 18. CRITERIOS DE RIESGO EN ADOLESCENTES

Factores de riesgo biológicos	Factores de riesgo por Patología médica agregada	Factores de riesgo psicosociales
<p>Toda adolescente embarazada menor de 15 años. Talla menor a 1.50cm Diagnóstico o sospecha de malformación congénita Embarazo múltiple Sospecha de crecimiento fetal anormal (sea macrosomía o restricción del crecimiento) Infecciones del tracto urinario a repetición Anemia Amenaza de Aborto o amenaza de parto inmaduro o pretérmino</p>	<p>Diabetes Hipertensión Inmunosupresión Epilépticas Insuficiencia cardíaca entre otros y según valoración y criterio médico.</p>	<p>Familia disfuncional o ausente Consumo o antecedentes de consumo de tabaco, alcohol o drogas ilícitas Baja escolaridad o deserción escolar Condición socioeconómica desfavorable Trastorno psiquiátrico o depresión Embarazo a causa de violación o abuso sexual Intento de aborto Embarazo no deseado Embarazo en adolescente menor de 19 años 11 meses y 29 días con trastornos alimentarios: Peso menor a 45 kg o IMC bajo o en sobrepeso, estado nutricional deficiente, aumento insuficiente de peso de acuerdo a edad gestacional, entre otros.</p>

Fuente: Elaboración propia

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



- Considerando los riesgos existentes por un embarazo en la etapa temprana de la adolescencia, se indica que toda adolescente menor de 13 años deberá ser atendida por especialista en Gineco-obstetricia durante todo el control prenatal, parto y posparto. (Ver Tabla #19)
- En caso de adolescentes con alto riesgo obstétrico que no puedan asistir a control prenatal por especialista (debido a su lugar de residencia u otras causas debidamente justificadas) que lleven su atención prenatal en el centro de salud más cercano (EBAIS o Clínica con un profesional en medicina general y/o enfermera obstetra se deben cumplir cuatro momentos clave a lo largo del embarazo para que la adolescente tenga valoración por especialista en gineco obstetricia.

TABLA # 19. EDAD GESTACIONAL PARA CITA CON ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA Y/O MEDICINA MATERNOFETAL FETAL

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

Fuente: Elaboración propia

6. Realizar tamizaje de tóxicos en orina de acuerdo con riesgos identificados en la entrevista (al menos uno por trimestre según valoración médica). Los tóxicos que se evalúan son: cannabinoides, cocaína, benzodiazepinas, anfetaminas, barbitúricos.
7. Referir a toda adolescente temprana embarazada (es decir, de los 10 a los 13 años) a la consulta de Psicología y de Trabajo Social, u otras disciplinas como nutrición, odontología, requeridas, del centro de adscripción



correspondiente, para una atención interdisciplinaria e integral, al igual que a las adolescentes mayores de 13 años con riesgos identificados.

8. Atención de la labor de parto, parto y posparto:

- La atención del parto y posparto se registrará bajo los estándares establecidos en este Protocolo de Atención Clínica, considerando las particularidades para la atención de las adolescentes definidas en el Manual de gestión de servicios hospitalarios diferenciados para adolescentes.
- Se debe garantizar el acompañamiento de la adolescente durante la labor de parto, el parto y posparto, en cumplimiento del *Lineamiento de acompañamiento integral en el proceso de nacimiento, emergencias, preparto, parto, recuperación postparto, salón de alojamiento conjunto*⁷⁵ y documentos normativos posteriores vigentes.
- Se debe garantizar el trato digno y respetuoso en cumplimiento del ***Modelo de Atención calificada en el embarazo, parto, posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en la maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social***¹, enfatizando en no emitir juicios de valor, no estigmatizar, adecuar la atención y el trato a esta etapa de vida, dando cumplimiento a los derechos de la adolescente madre, respeto a la sexualidad y privacidad. Se debe garantizar también el cumplimiento de la Ley 10081¹⁰.
- Priorizar la prevención de un siguiente embarazo durante la adolescencia, brindando consejería y prescribiendo un método anticonceptivo y de protección de acuerdo con el *Lineamiento para consejería y prescripción de métodos anticonceptivos y de protección como parte de la atención integral de salud a personas adolescentes en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social*⁹⁴. En caso de los métodos anticonceptivos de implantes subdérmico o DIU será necesario realizar el proceso de asentimiento informado específico para estos casos y registrarlo en el expediente de salud de la persona menor de edad.
- Además, realizar la epicrisis y referencia detallada al I Nivel de Atención, para el seguimiento y continuidad de la atención.
- Revisar en EDUS, periódicamente el registro de las adolescentes atendidas post evento obstétrico, indicando si se les colocó un método anticonceptivo en el Hospital o si bien, este debe ser

colocado en el Área de Salud durante el posparto (primeros 40 días).

- 9. Aspectos Psicosociales para considerar en la atención de adolescentes en el embarazo, parto y posparto:** Cuando se realiza un abordaje con una adolescente en condición de embarazo o en posparto, se requiere que el profesional logre modificar la posición adulto centrista, se sensibilice con la situación que está viviendo esta adolescente y logre contemplar y evaluar, al menos, los siguientes elementos básicos en la Imagen No 4:

Imagen No 4. Aspectos Psicosociales para considerar en la atención de adolescentes en el embarazo, parto y posparto



Fuente: Elaboración propia

10. Identificación de Sintomatología depresiva específica en adolescentes:

- El embarazo en la adolescencia puede ser un factor precipitante de una condición depresiva, tanto durante el embarazo como en el posparto, pero se debe tener en cuenta que en esta etapa de vida la depresión suele ser encubierta y subdiagnosticada porque se presenta con síntomas de irritabilidad, ira, conductas confrontativas, autolesión, u otras, más que con tristeza evidente, por lo tanto, al atender una adolescente durante el embarazo y el posparto se debe indagar:
 - Presencia de ánimo irritable o depresivo
 - Pérdida del interés y la capacidad de disfrute de actividades que antes le gustaban

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 88 de 128
PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL	EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD	Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121

- Síntomas fisiológicos como cambios en el patrón del sueño, la ingesta alimenticia, la energía
- Pensamientos fatalistas y/o culpógenos
- Visión negativa del futuro
- Sobre preocupación por el bienestar del bebé, o pensamientos negativos acerca de este
- La idea recurrente de no lograr ser una buena madre
- Sentimientos de culpa
- Otros.

11. Intervenciones específicas en casos de adolescentes con sintomatología depresiva:

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

12. Abordaje integral e interdisciplinario de la adolescente durante el embarazo, parto y posparto:

- Toda adolescente debe tener al menos una cita durante su proceso de embarazo, con los siguientes especialistas:
 - a. Nutrición:** Para diagnóstico de su condición de base, seguimiento y recomendaciones específicas, si no se cuenta con este recurso el profesional en medicina y/o enfermera tratante debe hacer un tamizaje básico y remitir aquellas adolescentes con riesgo:

Tamizaje Básico:

1. Si pueden satisfacer necesidades básicas porque es muy común que tengan poco acceso a ciertos grupo de alimentos, en caso de determinarse esta situación debe referirse al CENCI-NAI.
2. Número de tiempos de comida que realizan (ya que para satisfacer necesidades energéticas deben en promedio realizar 5-6 Tiempos de Comida).
3. Identificar las fuentes de proteína en su alimentación diaria



4. Determinar la frecuencia de consumo de vegetales y frutas.
5. Determinar la frecuencia de consumo de alimentos fuente de calcio (principalmente lácteos)
6. Determinar el consumo de alimentos fuente de hierro.

b. Trabajo social: Todas las adolescentes deben tener una valoración durante su embarazo. Atención y seguimiento, en los siguientes casos (Artículo No 5 y No 50 de la Ley 7739⁴¹ y Artículo No 4, No 9 y No 10 de la Ley 7735 ³¹ :

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

c. Psicología: Todas las adolescentes deben tener una valoración durante su embarazo. Atención y seguimiento, en los siguientes casos:

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

d. Enfermería Obstétrica: En los lugares en que se disponga de profesionales de enfermería obstétrica, deberán sumarse a la consulta de la atención diferenciada de control prenatal, parto y posparto de personas adolescentes, por su formación especializada en salud sexual/salud reproductiva y en adolescencia:

- Brindar consejería y prescripción de métodos anticonceptivos
- Realizar acciones de educación en salud, prevención del embarazo y de infecciones de transmisión sexual.
- Participar en las intervenciones de atención diferenciada interdisciplinaria.

13. Abordaje de la persona adolescente en cuanto Proyecto de vida, maternidad y paternidad en la adolescencia:

- Abordar el elemento de proyecto de vida en la atención de todas las adolescentes, ya sea tengan un plan elaborado o no.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 90 de 128
PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL	EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD	Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121

- Brindar acompañamiento para la conjunción de la maternidad y su proyecto de vida personal.
- Identificar y potenciar las habilidades para la vida de la persona adolescente.
- Identificar aspectos propositivos y facilitadores en el contexto sociocultural, familiar, comunal y educativo de la adolescente, de forma que se fortalezca la relación entre estos y la joven, y por consiguiente se potencie la posibilidad de que sean elementos fortalecedores
- Promover la continuidad en el sistema educativo, la identificación de grupos comunales de apoyo, la obtención de beneficios para la adolescente y su hijo/a, la defensa de sus derechos, y el reconocimiento de factores de riesgo, entre otros.

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

- Ministerio de Educación Pública: la adolescente embarazada debe solicitar, a las 35 semanas de gestación, al profesional en medicina tratante una epicrisis, que certifique su estado de embarazo, para presentarlo como justificación para que le brinden el periodo de reposo, pre y posparto.
- Patronato Nacional de la Infancia(PANI)
- Centro de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Atención Integral(CEN- CINAI)
- Instituto Mixto de Ayuda Social(IMAS)
- Poder Judicial
- Instituto Nacional de Aprendizaje (INA)
- Consejo de la persona joven
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTS)
- Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU)
- Organizaciones no gubernamentales
- Otros



10. Aspectos Bioéticos y de Derechos Humanos

Los principios Bioéticos y los Derechos Humanos son inherentes a los procesos de atención en salud. Su reconocimiento es base primordial para garantizar la Dignidad de las personas que son atendidas en los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En esa línea, la atención de las usuarias en condición de embarazo, parto o posparto y sus familias debe ser accesible, oportuna, continua, segura, con pertinencia cultural e inclusiva, para ello esta atención se debe desarrollar de acuerdo con los principios bioéticos básicos de autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia⁹⁵, así como los principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos⁹⁶ de los cuales se destacan principalmente:

- Dignidad y derechos humanos
- Autonomía y responsabilidad individual
- Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal
- Privacidad y confidencialidad
- No discriminación y no estigmatización
- Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo
- Igualdad, justicia y equidad

Así las cosas, a continuación se indica como estos principios han sido incorporados en este Protocolo de Atención Clínica:

Autonomía:

Este principio promueve la participación de la persona usuaria en el proceso de atención e incluye actividades de educación para éstas y sus familias, en relación con el embarazo, parto y posparto.

Por ello, durante el proceso de atención propuesto, se desarrollarán actividades educativas grupales o individuales dirigidas a las personas usuarias y sus familiares sobre el manejo de medicamentos, signos de alarma, cuidados en el hogar, promoción de la salud materno fetal y prevención primaria, secundaria y terciaria de la enfermedad. Esta educación será integral, por lo que, incluirá aspectos biológicos y psicológicos.

Así mismo, se consideran las características propias de quienes están involucrados: personas menores de edad, personas con discapacidad, población indígena, personas en condiciones de vulnerabilidad económica, política y social, entre otros; se respetan derechos como la intimidad, la confidencialidad y el derecho a la vida.



El Protocolo rescata la importancia de brindar información a las usuarias, lo que incluye: menores de edad, con discapacidad y en general personas consideradas en vulnerabilidad, lo que les permita expresar su voluntad para efectos del consentimiento informado, teniendo como ejes rectores los principios de autonomía y de promoción de la competencia, el concepto de interés superior de la persona y su dignidad, todo ello con apego a lo establecido en la Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad Ley N° 9379.

En esta misma línea, se establece que, en general, para la atención del embarazo, parto y postparto no se requiere realizar un consentimiento informado por escrito (uso de formularios) lo que corresponde en estos casos es una estrecha comunicación e información a la persona usuaria y su familia. Sin embargo, como parte de la materialización el principio de autonomía este Protocolo establece la necesidad de realizar el proceso de consentimiento o asentimiento informado en situaciones específicas; entendiéndose que la decisión de la usuaria será autónoma si cumple tres requisitos:

- a) Que vaya precedida de una información objetiva de la situación médica, del procedimiento propuesto, de las alternativas si las hubiera y de las consecuencias que pudieran derivarse de la decisión adoptada.
- b) Que sea una decisión tomada voluntaria y libremente, en ausencia de todo tipo de coacción física o psíquica y de manipulación.
- c) Que la persona usuaria tenga capacidad cognitiva y volitiva para tomar la decisión.

Para lo cual los profesionales informarán a la usuaria sobre todo lo relacionado con los procedimientos que se le pueden realizar de acuerdo a su caso particular, incluyendo lo establecido en el Reglamento de Consentimiento informado en la Práctica Asistencial de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Finalmente, en procura del respeto de este principio:

- Se divulgará entre las personas usuarias que acuden a los servicios relacionados con el proceso de atención del embarazo, parto, postparto, los derechos y deberes que les asisten y los mecanismos administrativos de reclamación de estos derechos.
- Se solicitará la asesoría del Comité de Bioética Clínica (CBC) del centro en caso de producirse un posible conflicto entre seguir las recomendaciones del profesional de la salud versus los deseos de la persona usuaria.
- Se realizará por parte de las jefaturas de servicio de Ginecología y Obstetricia un recordatorio a los funcionarios del servicio la prohibición

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 93 de 128
<i>PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL</i>	<i>EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD</i>	<i>Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121</i>

de compartir información y datos sensibles con terceras personas no relacionadas con la atención de la persona usuaria, así como de capturar imágenes, fotografías o videos sin el consentimiento previo de la persona usuaria, los cuales solo se podrán realizar con fines de atención clínica, académicos, de investigación biomédica o judiciales.

Beneficencia y no maleficencia:

Entre los aspectos establecidos en el presente Protocolo que concierne a los principios de beneficencia y de no maleficencia, se destacan los siguientes, mismos que pretenden reducir al máximo la variabilidad de la prestación de los servicios de salud:

- Mejorar la calidad de la atención en salud.
- Establecer los procedimientos clínicos a realizar con base en la mejor evidencia científica disponible.
- Identificar beneficios y daños potenciales de los procedimientos clínicos (balance beneficio/riesgo).
- Adaptarse a las costumbres socioculturales y condiciones de vulnerabilidad de grupos poblacionales específicos.
- Establecer procesos de evaluación y crítica sobre resultados del PAC.

Acorde con este principio, cada una de las intervenciones indicadas se respaldan en la mejor evidencia científica disponible.

Para lograr lo anterior, la jefatura del servicio de Ginecología y Obstetricia, divulgará este Protocolo de acuerdo con la estrategia establecida por el grupo elaborador, con especial interés en los mecanismos de control para su implementación, la necesidad de informar sobre las distintas intervenciones y la debida atención de las complicaciones que pudieran derivarse del proceso establecido; de tal forma que se oriente, estandarice y resuelvan problemas de variabilidad y disminuyan los riesgos. Esto con el propósito de brindar una atención con calidad durante su embarazo, parto y posparto que se traduzca en una mejor calidad de vida de las personas usuarias.

Respecto al abordaje de los riesgos de los principales procedimientos establecidos, en la Tabla #20 se presenta los mecanismos de prevención y manejo.



TABLA #20. ABORDAJE DE LOS RIESGOS DE LOS PRINCIPALES PROCEDIMIENTOS

Nombre del procedimiento	Riesgos	Mecanismos de prevención de riesgos	Manejo de los riesgos según nivel de atención
Colocación de vía periférica	Flebitis, obstrucción, infiltración, extravasación y remoción accidental	Canalización de vía periférica por profesionales con experiencia, utilización de equipo adecuado, técnicas asépticas, fijación correcta, educación a la usuaria sobre cuidado de la vía	Cada nivel de atención debe contar con protocolos específicos y profesionales capacitados para abordar los riesgos que se presenten, considerando la individualización de cada usuaria.
Administración de medicación durante el trabajo de parto, parto y posparto	Esto dependerá del tipo de medicación utilizada, pero en general se puede mencionar: reacciones alérgicas, coágulos sanguíneos, lesiones en vasos sanguíneos, abscesos, inflamación o infección.	Individualización para la atención integral de cada usuaria a través de una historia clínica completa y una adecuada exploración física, utilización de técnicas asépticas.	Cada nivel de atención debe contar con protocolos específicos y profesionales capacitados para abordar los riesgos que se presenten, considerando la individualización de cada usuaria.
Realización de episiotomía	Desgarro de la episiotomía, sangrado, dolor perineal, infección	Realización por profesionales con experiencia, utilización de equipo adecuado, técnicas asépticas, educación a la usuaria sobre cuidado de la misma	Cada nivel de atención debe contar con protocolos específicos y profesionales capacitados para abordar los riesgos que se presenten, considerado la individualización de cada usuaria.
Realización de cesárea	Sangrado, lesiones en la vejiga o en los intestinos, infección en el útero o de la herida, dificultad para orinar y/o infección de las vías urinarias, retraso en el regreso de la función intestinal, trombosis	Comunicación fluida con la usuaria, Historia clínica completa, utilización de técnicas asépticas, administración de medicamentos, educación al usuaria para cuidados posteriores	Cada nivel de atención debe contar con protocolos específicos y profesionales capacitados para abordar los riesgos que se presenten, considerando la individualización de cada usuaria.

Fuente: Elaboración propia



Por su parte, en relación con las consideraciones a las costumbres socioculturales y condiciones de vulnerabilidad de poblacionales específicos este Protocolo hace referencia en la necesidad de ser respetuoso de ellas, en la medida de lo posible. Con la intención de mejorar de manera continua y validar la precepción de las personas uarias, estas en cualquier momento, podrán dirigir recomendaciones, críticas o propuestas de actualización, al correo electrónico corraaip@ccss.sa.cr.

Finlamente, en aras del resgurado de estos principios, según el contexto clínico, el profesional a cargo gozará de “libertad de acción”, de forma tal que podrá, de manera justificada, realizar otras medidas o intervenciones que no se contemplen en el Protocolo. Sin embargo, deberá comunicarlas oportunamente a la jefatura inmediata y al responsable del seguimiento del Protocolo, para que analice la pertinencia de actualizar el documento.

Justicia:

Con la aplicación de este principio bioético se pretende contribuir a la toma de decisiones al asignar recursos, incorporar consideraciones de equidad y reconocer poblaciones vulnerables.

En el caso de los centros que no poseen los recursos necesarios para efectuar los procedimientos clínicos establecidos, los profesionales tratantes deberán referir a las usuarias a los centros con el nivel de resolutivez pertinente. Lo que además distribuye de manera equitativa las cargas de la atención; se prevee la asignación de recursos según las cargas de trabajo establecidas.

En procura de este principio, se valoran y consideran la condiciones que podrían limitar o dificultar el acceso a una atención prenatal oportuna, completa y de calidad (condiciones de vida, aspectos organizativos del servicio de salud u otros). También se hacen las consideraciones pertinentes para la población indígena de mediano y difícil acceso geográfico y cultural³.

La priorización de la usuaria con condición de embarazo, parto o posparto la realiza el profesional en medicina o profesional en enfermería obstétrica, de acuerdo a la condición, signos y síntomas de manera que dicha priorización sea equitativa y justa, brindado la atención o satisfacción de necesidades por medio de las intervenciones establecidas en este PAC.

En el caso de descompensación de la usuaria o efecto secundario derivado de procedimientos clínicos para la atención de su embarazo, parto y posparto, el

³ De ser necesario, que el personal conozca el protocolo de traslado aéreo GA-DSI-ASG-C002.



servicio de Ginecobstetricia y Obstetricia, deberá asegurar que se le brinde a la usuaria la atención requerida. La priorización de la usuaria con condición de embarazo, parto o posparto la realiza el profesional en medicina o profesional en enfermería obstétrica, de acuerdo a la condición, signos y síntomas de manera que dicha priorización sea equitativa y justa, brindado la atención o satisfacción de necesidades por medio de las intervenciones establecidas en este PAC.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 97 de 128
PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL	EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD	Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121

11. Contacto para Consultas

Para consultas sobre este documento, puede comunicarse con:

- Dr. José Miguel Angulo Castro, Jefe, Area de Atención Intergral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica janguloc@ccss.sa.cr
- Dra. Carla Gríos Dávila, Asesora de Despacho, Gerencia Médica, cvgrios@ccss.sa.cr



10. Monitoreo y Evaluación

El monitoreo y la evaluación de la aplicación del presente protocolo se realizará al año, después de haber iniciado su implementación. Se realizará por medio de una serie de indicadores, para lo cual se utilizarán las fuentes de información disponibles institucionalmente.

En la Tabla # 21, se presentan algunos indicadores básicos de evaluación, sin embargo, esto no exime a aquellos indicadores que por necesidad local, cada unidad desarrolle para su propio monitoreo y evaluación. A continuación, se detallan los indicadores sugeridos para medir la aplicabilidad de este documento:

TABLA #21. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador #1 Capacitación	
Nombre del indicador	Cantidad de funcionarios capacitados en el Protocolo de Atención Clínica por Unidad de Salud
Definición	Este indicador permite conocer la cantidad de funcionarios en una unidad de salud capacitados en el PAC, así como aquellos que no estén capacitados
Objetivo	Contar con funcionarios capacitados de salud en el PAC
Fórmula de cálculo (relación operacional)	$\frac{\text{No de funcionarios de salud capacitados en el PAC}}{\text{No total de funcionarios de la unidad}} \times 100$
Fuente de datos	Listas de asistencia
Periodicidad	Anual
Interpretación	Cantidad de funcionarios capacitados
Estándar (nivel de referencia)	80% funcionarios de salud capacitados en el PAC
Responsable de generar el indicador	Dirección Médica
Ambito de aplicación	Red de servicios de salud



Indicador #2 *	
Nombre del indicador	Porcentaje de usuarias embarazadas atendidas en control prenatal que cuentan con plan de parto elaborado, discutido y consignado en el expediente clínico
Definición	Este indicador permite conocer el número de mujeres embarazadas atendidas en consulta prenatal con el plan de parto elaborado, discutido y consignado en el expediente clínico
Objetivo	Brindar a la usuaria la posibilidad de expresar sus preferencias con las necesidades como deseos y expectativas sobre el proceso de parto y nacimiento
Fórmula de cálculo (relación operacional)	$\frac{\text{Número de usuarias embarazadas atendidas en control prenatal con plan de parto elaborado, discutido y consignado en el expediente clínico}}{\text{número total de embarazadas atendidas en consulta prenatal}} \times 100$
Fuente de datos	EDUS
Periodicidad	Semestral
Interpretación	Número de embarazadas atendidas en consulta prenatal con el plan de parto elaborado, discutido y consignado en el expediente clínico
Estándar (nivel de referencia)	70% De usuarias embarazadas atendidas en 1er Año 80% de usuarias embarazadas artendidas en el 2do año
Responsable de generar el indicador	Dirección Médica
Ámbito de aplicación	Red de Servicios de Salud



Indicador #3 *	
Nombre del indicador	Porcentaje de usuarias embarazadas a las que se le brinda una atención respetuosa
Definición	Este indicador permite conocer la cantidad de usuarias embarazadas que recibieron trato respetuoso
Objetivo	Fomentar la calidez de la atención de la madre y el recién nacido
Fórmula de cálculo (relación operacional)	$\frac{\text{Número de usuarias que manifestaron que recibieron trato respetuoso durante la atención}}{\text{el total de usuarias atendidas en el periodo evaluado}} \times 100$
Fuente de datos	Encuesta de satisfacción de usuarias de muestra representativa** del total de partos atendidos
Periodicidad	Semestral
Interpretación	Número de usuarias que durante la atención de su embarazo, parto y postparto recibieron un trato respetuoso
Estándar (nivel de referencia)	100%
Responsable de generar el indicador	Dirección Médica
Ámbito de aplicación	Red de Servicios de Salud

Fuente: Elaboración propia

*Los indicadores # 2 y # 3 serán evaluados de acuerdo a las definiciones contempladas en el *Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social* ¹

** Muestra representativa: es el 10% de los partos atendidos



11. Anexos

ANEXO NO 1. OFICIO DE AVAL

2904

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

GM-7060-2022
16 de junio de 2022



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

Estimado señor:

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

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

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

Atentamente,

GERENCIA MÉDICA


Dr. Randal Álvarez Juárez
Gerente



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

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

"La CAJA es una"

Página 1 de 1



2904



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



GM-7413-2022
16 de junio de 2022

PRIORIDAD

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

Estimados (as) señores (as):

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

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

Atentamente,

GERENCIA MÉDICA

Dr. Randal Álvarez Juárez
Gerente



RAJCGDlepl

Estudio y redacción: Dra. Carla Guepe Davis

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

C. Archivo



ANEXO NO 2. ENCUESTA DE VALIDACIÓN

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

INFORMACIÓN BÁSICA DEL COLABORADOR/A

Nombre completo:

Profesión (indicar su especialidad cuando corresponda):

Lugar de Trabajo:

Correo electrónico donde se puede localizar:

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

1:Extremadamente Inapropiado	4: Muy Dudosa	7: Poco Apropiado
2: Muy Inapropiado	5: Totalmente Dudosa	8: Muy Apropiado
3: Poco Inapropiado	6: Poco Dudosa	9: Extremadamente Apropiado

Comentarios:

Las preguntas planteadas fueron:

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

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 104 de 128
<i>PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL</i>	<i>EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD</i>	<i>Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121</i>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17. Si desea agregar un comentario:

18. Si usted posee información contraria a la aportada o desea ampliarla, por favor agréguela aquí:

19. Si usted tiene otro comentario o desea aporta alguna información adicional por favor hágalo aquí:

Fuente: Elaboración propia



ANEXO NO 3. HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

Carné perinatal. Anverso

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CCSS - CLAP/OPS-OMS

IDENTIFICACION
 NOMBRE: _____ APELLIDO: _____
 DOMICILIO: _____ NACIONALIDAD: _____
 PROVINCIA: _____ CANTÓN: _____
 DISTRITO: _____ TELÉFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO
 día: ____ mes: ____ año: ____

ETNIA
 blanca negra indígena mestiza otra

ESTUDIOS
 nivel de estudios: primaria secundaria superior
 nivel de alfabetización: no alfabetizado alfabetizado

ESTADO CIVIL
 casado soltero viudo divorciado

ANTECEDENTES
FAMILIARES: TBC Diabetes Hipertensión Pre-eclampsia VIH HTA
PERSONALES: Diabetes Hipertensión Pre-eclampsia VIH HTA
ENFERMEDADES: Sífilis VIH Hepatitis B Hepatitis C
ENFERMEDADES: Sífilis VIH Hepatitis B Hepatitis C

EMBARAZOS ANTERIORES: No Sí (Número: ____)
EMBARAZO PLANEAADO: No Sí (Método: ____)
FRACASO MÉTODO ANTICONCEPCION: No Sí (Método: ____)

GESTACION ACTUAL
PESO ANTERIOR: ____ kg **TALLA (cm):** ____ **IMC:** ____
EMBARAZO: No Sí (Semana: ____)
EMBARAZO: No Sí (Semana: ____)
EMBARAZO: No Sí (Semana: ____)

EX. NORMAL: Físico Oído Nariz
GLUCEMIA: <20 sem. >100 mg/dl >20 sem. >130 mg/dl
ESTREPTOCOCCOS: 35-37 semanas <35 semanas

PREPARACION PARA EL PARTO: No Sí
CONSEJERA LACTANCIA MATERNA: No Sí

SEFIS - Diagnóstico y Tratamiento: Sífilis VIH Hepatitis B Hepatitis C

CONSULTAS PREVIAS:
 día: ____ mes: ____ año: ____
 peso: ____ P/A: ____
 signos de alarma, exámenes, intervenciones, fisiología, próximo cita

PARTO
FECHA DE INGRESO: día: ____ mes: ____ año: ____
ABORTO: No Sí (Semana: ____)
PARTO: No Sí (Semana: ____)
INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO: No Sí

PATOLOGÍAS ASOCIADAS:
 Síntoma: Sífilis VIH Hepatitis B Hepatitis C
 Infección: Sífilis VIH Hepatitis B Hepatitis C
 Hemorragia: 1º 2º 3º postparto
 T2P: No Sí

MACIZADO: No Sí (Número: ____)
POSICIÓN PARTO: No Sí (Tipo: ____)
PLACENTA: No Sí (Tipo: ____)
EGRESO MATERNO: No Sí (Fecha: ____)

RECÉN NACIDO
SEXO: No Sí (Tipo: ____)
PESO AL NACER: ____ kg **LONGITUD:** ____ cm
APGAR: 1º ____ 5º ____
CONTACTO PIEL A PIEL: No Sí (Duración: ____)

DEFECTOS CONGÉNITOS: No Sí (Tipo: ____)
EGRESO RN: No Sí (Fecha: ____)

Fuente: CCSS. (2009). Adaptado de Guía de atención integral a las mujeres niños y niñas en el periodo perinatal parto y posparto³⁴.



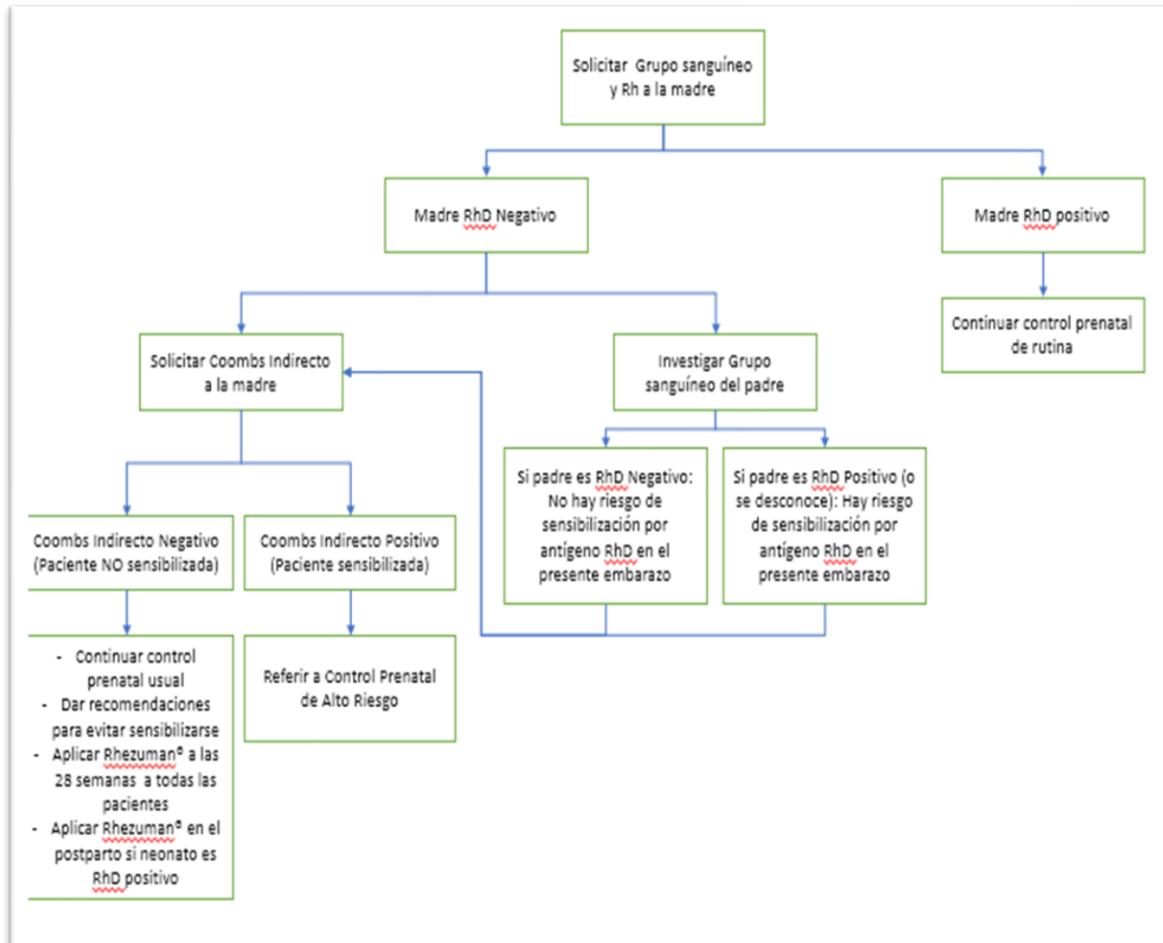
Carné perinatal. Reverso

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

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

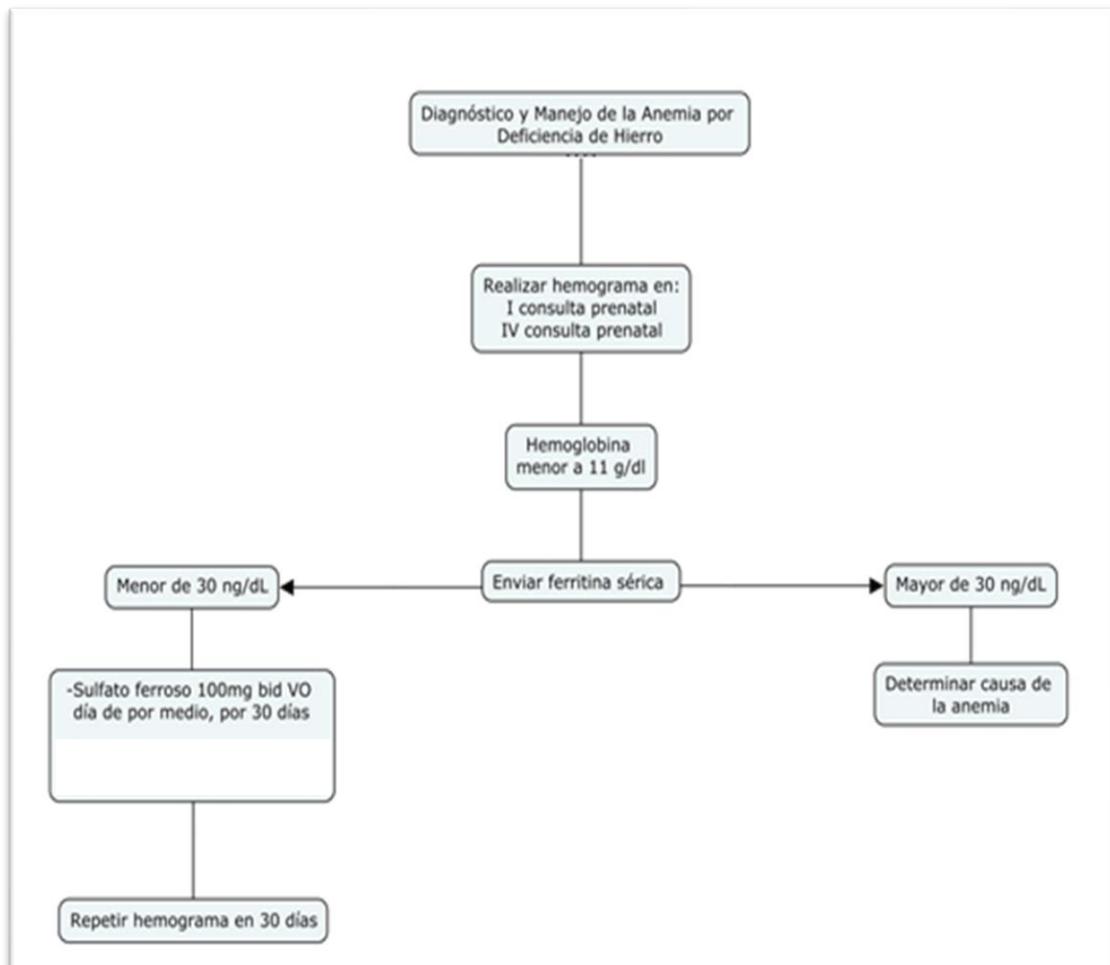
Fuente: CCSS(2009). Adaptado de Guía de atención integral a las mujeres niños y niñas en el periodo perinatal parto y posparto³⁴.

ANEXO No 4. MANEJO DE LA INCOMPATIBILIDAD SANGUÍNEA MATERNO-FETO-NEONATAL



Fuente: Elaboración propia

ANEXO NO 5. ABORDAJE DE LA ANEMIA



Fuente: Elaboración Propia



ANEXO NO 6. DETECCIÓN Y ABORDAJE DE SÍFILIS GESTACIONAL EN EL I NIVEL DE ATENCIÓN ^{97, 98}

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

Transmisión perinatal:

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

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

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

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

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

Abordaje de la embarazada:

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

Además:

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

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

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



En la Tabla # 22 se describe el tratamiento adecuado en la madre gestante seroreactiva o con antecedente de sífilis.

TABLA # 22. TRATAMIENTO ADECUADO EN LA MADRE GESTANTE SEROREACTIVA O CON ANTECEDENTE DE SÍFILIS

Etapa de infección de la madre	Tratamiento
<ul style="list-style-type: none">• Primaria (úlceras chancro)• Secundaria (lesiones mucocutáneas, linfadenopatía, neuropatía, otros)• Latente temprana (menor de un año)	Dosis: Penicilina G Benzatínica: 2.4 millones UI vía IM profunda en dosis única. La dosis debe ser repartida en dos sitios de inyección (es decir 1.2 millones UI en cada sitio)
<ul style="list-style-type: none">• Latente tardía (mayor de un año)• Latente de duración desconocida• Terciaria con LCR normal	Dosis: Penicilina G Benzatínica 2.4 millones UI vía IM profunda semanal por tres semanas La dosis debe ser repartida en dos sitios de inyección (es decir 1.2 millones UI en cada sitio)
<ul style="list-style-type: none">• Neuro sífilis y sífilis ocular y auricular	Dosis: Penicilina Sódica o penicilina G potásica 3-4 millones UI vía IM cada cuatro horas o en infusión IV continua (18 a 24 millones de unidades por día) por 10 – 14 días

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

Fuente: CCSS (2020) Solicitud revisión del apartado terapéutico del Lineamiento borrador “Detección, Abordaje y Seguimiento de los Niños(as) con sífilis congénita atendidos en la red de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social⁹⁹.”

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

Si la prueba treponémica es negativa:

- Realizar VDRL según normativa

Si la prueba treponémica es positiva:

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

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 111 de 128
<i>PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL</i>	<i>EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD</i>	<i>Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121</i>

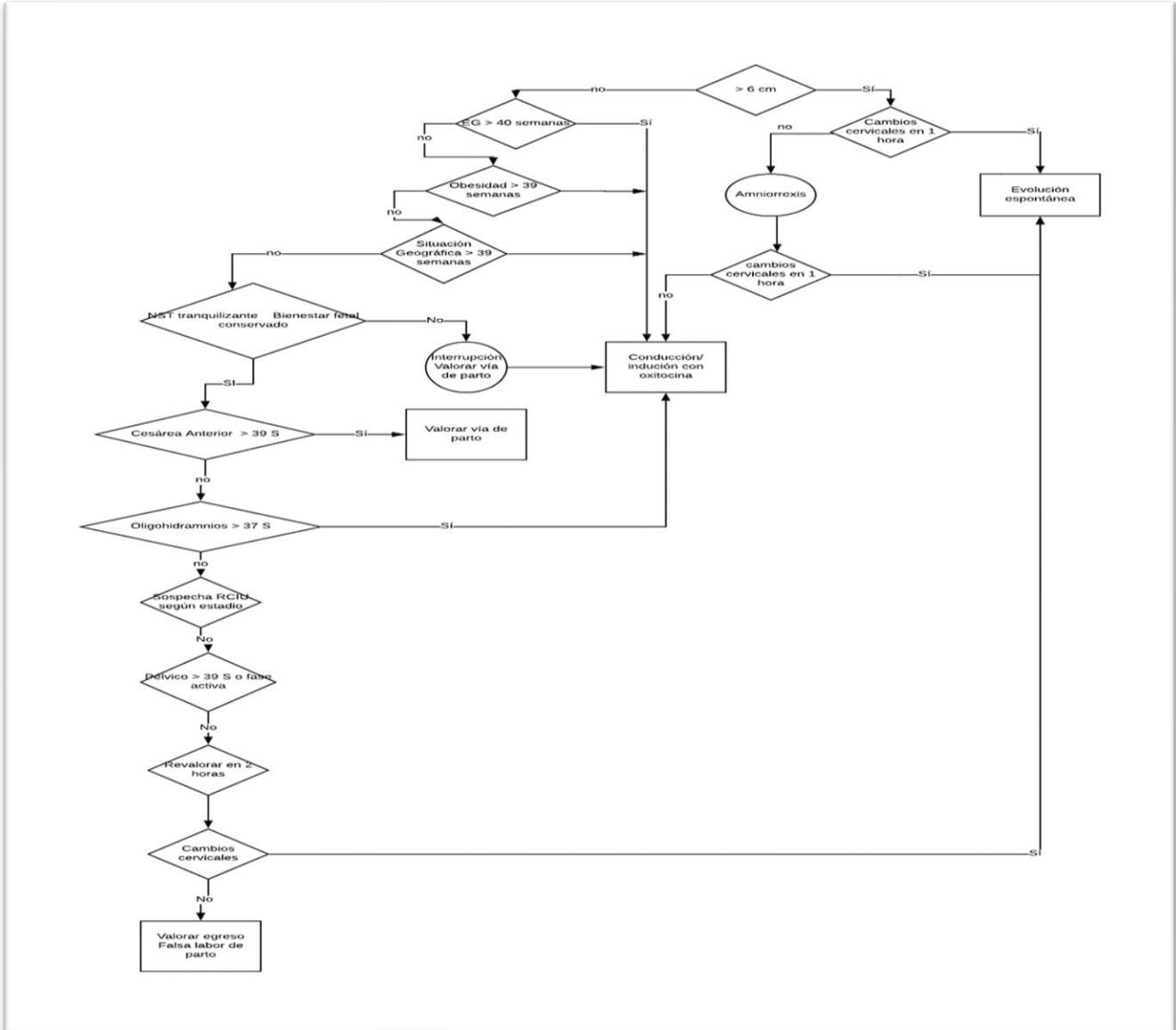
- Toda usuaria con VDRL positivo referir a ARO, previa prescripción de tratamiento.

Es importante:

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

En caso de Sífilis Congénita, referirse al Lineamiento técnico para la detección, abordaje y seguimiento de los niños(as) con sífilis congénita atendidos en la Red de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

ANEXO NO 7. ESQUEMA ESCALONADO DE DECISIONES PARA LA ASISTENCIA DURANTE EL INGRESO



Fuente: Elaboración propia



ANEXO No 8. RECORD MATERNO DE OBSERVACIÓN DE SIGNOS TEMPRANOS DE ALARMA

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

Fuente: ACOG Practice Bulletin. (2006). *Postpartum hemorrhage*. p: 1039-47¹⁰⁰ y Lyndon A et al (2010). *Improving health care response to obstetric hemorrhage: a California tollkit to transform maternity care*¹⁰¹.

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

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

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



Formulario de labor de parto, parto y posparto . Reverso

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

Fuente: CCSS(2009). Guía de atención integral a las mujeres niños y niñas en el periodo perinatal parto y posparto. Pp 69³⁴.



ANEXO No 10. ANALGESIA OBSTÉTRICA

A continuación, se describe en la tabla #23 los efectos secundarios seguridad y dosis de los analgésicos obstétricos

TABLA #23. ANALGESIA OBSTÉTRICA, EFECTOS SECUNDARIOS, SEGURIDAD Y DOSIS

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

Fuente: Elaboración propia



ANEXO No 11. CÓDIGO AZUL OBSTÉTRICO

A continuación en la Tabla #24 se describe el código a su obstétrico, con sus respectivas indicaciones.

TABLA # 24 CÓDIGO AZUL OBSTÉTRICO

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

Fuente: Lipman S et al (2015). *Consensus Statement of the management of cardiac arrest in pregnancy.* The Society of Obstetric Anesthesia and Perinatology ¹⁰².



ANEXO NO 12. LISTA DE CHEQUEO PARA HEMORRAGIA VAGINAL POSPARTO

En la table # 25, se observa la lista de chequeo para el abordaje de la hemorragia vaginal posparto.

TABLA #25. LISTA DE CHEQUEO PARA EL ABORDAJE HEMORRAGIA VAGINAL POSPARTO

Fecha de nacimiento: _____ N. ° Exp: _____ Profesional en Medicina: _____

FUR: _____ Paridad: _____ Edad gestacional _____

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

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

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

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

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

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



ANEXO NO 13. KIT PARA LA ATENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSPARTO

A continuación, en la Tabla #26 puede detallar el kit para la atención de la hemorragia posparto.

TABLA #26 KIT PARA LA ATENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSPARTO

<u>Equipo</u>	<u>Insumo</u>
Venopunción	<ul style="list-style-type: none">• catéter # 14- 16 - 18• ampollas de agua estéril• Jabón clorhexidina▪ Esparadrapo• 1 Torniquete▪ Guantes▪ Sello de heparina• 2 conexiones de suero• 2 litros de solución electrolítica balanceada
Catéter vesical	<ul style="list-style-type: none">▪ Sonda Foley• 1 Bolsa colectora de orina• 1 Jabón clorhexidina• 1 Esparadrapo• 1 Jeringa 10 cc• 1 Guantes estériles• 1 Gel lubricante• 5 ampollas de agua estéril
Oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none">▪ naso cánula• 1 Bolsa agua estéril• 1 humidificador
Hemocomponentes	<ul style="list-style-type: none">• tubos morados▪ tubo celeste• 1 tubo rojo• Solicitud de hemocomponentes previamente llenada.

Fuente: Elaboración propia



12. Referencias

¹ Caja Costarricense de Seguro Social(2017) Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la A cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José- Costa Rica.

² OMS. (2019). Intervenciones, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño. La Alianza para la salud de la madre, el recién nacido y el niño. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/es/

³ Poder Ejecutivo. (2015). Decreto N° 39088-S Norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva. República de Costa Rica

⁴ Organización Mundial de la Salud (2014) Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js21201es/>

⁵ Ministerio de Salud de Costa Rica (2009) Plan Nacional de Salud 2010-2021. República de Costa Rica.

⁶ Simon, C., & Romero, R. (2019). Preconceptional care, where reproductive medicine meets obstetrics: the origins of lifetime health. *Fertility and sterility*, 111(4), 657-658.

⁷ Fescina, R. H., De Mucio, B., Díaz, J. L., Martínez, G., & Serruya, S. (2010). Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Montevideo: Publicación Científica CLAP. SMR, (1573).

⁸ American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' task force on hypertension in pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 122(5), 1122.

⁹ Asamblea Nacional Constituyente (1949) Constitución Política. República de Costa Rica.

¹⁰ Poder Ejecutivo de Costa Rica (2022) Ley 10081 Derechos de la mujer durante la atención calificada como digna y respetuosa del embarazo como parto como posparto y atención del recién nacido. Costa Rica

¹¹ Caja Costarricense de Seguro Social (2020) Manual metodológico para el desarrollo arquitectónico de los servicios de Obstetricia con base en el modelo de atención calificada en el embarazo como parto y posparto. Gerencia Médica- Gerencia de Infraestructura y tecnologías



¹² Caja Costarricense de Seguro Social (2020) Guía para la atención de la persona con diabetes mellitus tipo 2. Área de Atención Integral a las Personas-Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.3ra edición.San José- Costa Rica.

¹³ Caja Costarricense de Seguro Social (2020) Lineamiento para la conformación de comisiones locales y representación institucional en las redes locales de violencia en cumplimiento a la Ley del Sistema Nacional para la atención y la prevención de la violencia contra las mujeres y la violencia intrafamiliar” Código: L.GM. DDSS. AAIP-PNAV- 15062020. San José, Costa Rica

¹⁴ Poder Ejecutivo. (2018). Reglamento sobre el Sistema Nacional de evaluación y análisis de la mortalidad materna, perinatal e infantil N° 41120-S. San José- Costa Rica.

¹⁵ Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). Lineamiento para consejería y prescripción de métodos anticonceptivos y de protección como parte de la atención integral de salud a personas adolescentes en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social LT.GM.DDSS. AAIP.PAIA.220318. San José- Costa Rica.

¹⁶ Caja Costarricense de Seguro Social (2018). Manual de Procedimientos de Cuidados centrados en el desarrollo y la familia. Programa de Normalización Atención a la salud del niño y la niña. San José, Costa Rica: CCSS

¹⁷ Instituto Nacional de las Mujeres.(2018).Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres .2018-2030 / Instituto Nacional de las Mujeres. 2 edición. San José – Costa Rica.mé

¹⁸ Caja Costarricense de Seguro Social. (2009). Política institucional de igualdad y equidad de género 2010 2020. Programa para la Equidad de Género-Gerencia administrativa. San José-Costa Rica.

¹⁹ Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). Lineamiento: Criterio de Referencia y Contrareferencia de las principales 10 patologías Endocrinológicas. Código: L.GM.DDSS.DRS.171218 Versión 01. Gerencia Médica Hospital Calderón Guardia Hospital México Hospital San Juan de Dios.San José- Costa Rica.

²⁰ Asamblea Legislativa. Ley 9379 para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad. San José, Costa Rica.

²¹ Poder Ejecutivo. (2015). Norma Nacional para la Atención Integral a las Mujeres Embarazadas en Post parto N° 39470-S. San José- Costa Rica.

²² Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). Manual Técnico de Educación Perinatal para Mujeres Gestantes y sus familias. Área de Atención Integral a las Personas- Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. San José- Costa Rica.

²³ Poder Ejecutivo.(2014). Norma Nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud N° 39088-S. San José- Costa Rica.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 122 de 128
<i>PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL</i>	<i>EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD</i>	<i>Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.260121</i>

²⁴ Caja Costarricense de Seguro Social. (2014). Manual Técnico de Atención en Salud Sexual y Reproductiva. San José- Costa Rica.

²⁵ Ministerio de Salud de Costa Rica- Caja Costarricense de Seguro Social. (2014). Declaración de Acción Nacional para la Ampliación de la Oferta Anticonceptiva y la Promoción al Acceso Universal al Condón Femenino. San José- Costa Rica.

²⁶ Caja Costarricense de Seguro Social. (2012). Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social. Área de Bioética- Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS).

²⁷ Poder Ejecutivo.(2012).Decreto N° 37110-S Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica. San José- Costa Rica.

²⁸ Ministerio de Salud de Costa Rica. (2010). Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 I parte, Marco Conceptual y Normativo. San José- Costa Rica.

²⁹ Asamblea Legislativa.(2012). Modificación al Reglamento de Vigilancia de la Salud (2017) Ley 9028 Ley general para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud. San José- Costa Rica.

³⁰ Organismo Internacional de Juventud.(2007). Ley N° 8612 Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes. San José- Costa Rica.

³¹ Asamblea Legislativa. (2002). N° 7735 Ley General de Protección a la Madre Adolescente, 1998 y modificada a partir de la Ley N°8312. San José- Costa Rica.

³² Asamblea Legislativa. (2002). Ley N° 8261 Ley General de la Persona Joven. San José- Costa Rica.

³³ Asamblea Legislativa. (2001).Ley No 8101 de Paternidad Responsable. San José- Costa Rica.

³⁴ Caja Costarricense de Seguro Social (2009). Guía de atención integral a las mujeres niños y niñas en el periodo perinatal parto y posparto. San José, Costa Rica.

³⁵ Ministerio de Planificación y política económica.(2009). Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia 2009-2021. San José- Costa Rica.

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



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

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

³⁹ Poder Ejecutivo (2002) Normas para la Habilitación de Establecimientos de Consulta Externa General y de Especialidades Médicas. San José- Costa Rica.

⁴⁰ Asamblea Legislativa. (2002). Ley 8204 sobre Estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado legitimación de capitales y actividades conexas. San José- Costa Rica.

⁴¹ Asamblea Legislativa. (1998). Ley N° 7739 Código de Niñez y Adolescencia. San José- Costa Rica.

⁴² Asamblea General de la Organización de Estados Americanos.(1994).Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "CONVENCION DE BELEM DO PARA". Brasil.

⁴³ Naciones Unidas.(1994).Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo-Egipto.

⁴⁴ Asamblea Legislativa.(1984). Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer. San José- Costa Rica.

⁴⁵ Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). Manual Metodológico para la construcción de un Protocolo de Atención Clínica en la DDSS. Código M.GM.DDSS.010813. Versión 02. San José-Costa Rica.

⁴⁶ Sheen, J. J., Wright, J. D., Goffman, D., Kern-Goldberger, A. R., Booker, W., Siddiq, Z. & Friedman, A. M. (2018). Maternal age and risk for adverse outcomes. American journal of obstetrics and gynecology, 219(4), 390-e1.

⁴⁷ Reddy, U. M., Ko, C. W., & Willinger, M. (2006). Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States. American journal of obstetrics and gynecology, 195(3), 764-770.

⁴⁸ Díaz Miranda, C. B. (2020). Pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo (Doctoral dissertation, Universidad de San Carlos de Guatemala).

⁴⁹ Quaas, A. M. (2014). Infertility and Recurrent Pregnancy Loss. Glass' Office Gynecology, 205-233.

⁵⁰ Caja Costarricense de Seguro Social (2018). Manual de Procedimientos de Cuidados centrados en el desarrollo y la familia. Programa de Normalización Atención a la salud del niño y la niña. San José, Costa Rica: CCSS



⁵¹ Caja Costarricense de seguro Social(2019) Lineamiento para la prevención de la transmisión del virus Zika en embarazadas (L.GM.DDSS.DFE.28022019).San José- Costa Rica.

⁵² Mojtabai, R. (2004). Body mass index and serum folate in childbearing age women. European journal of epidemiology, 19(11), 1029-1036.

⁵³ Modder, J., & Fitzsimons, J. K. (2010). Management of women with obesity in pregnancy. CMACE/RCOG Joint guideline. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE) and Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). London.

⁵⁴ Jenny Abanto, et all.(2019) Odontopediatría, evidencias científicas para la conducta clínica en bebés y preescolares. Quintessence Editorial. Ltda. Primera Edición en español.

⁵⁵ Caja Costarricense de Seguro Social (2020) Protocolo de Atención Clínica Implementación y Normalización de la Atención Preconcepcional, Código PAC.GM.DDSS-AAIP-PNM-240820, Versión 01.

⁵⁶ Asamblea Legislativa. Ley 9379 para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad. San José, Costa Rica.

⁵⁷ Ministerio de Salud de Costa Rica (2009). Norma Oficial Atención Integral a la Mujer durante el Embarazo de Bajo Riesgo Obstétrico. San José, Costa Rica.

⁵⁸ Mathai, M. Rasad, Sanghvi. Richard J. Guidotti (2002) Integrated Management of pregnancy and Childbirth. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para Obstétricas y Médicos. OMS. FNUAP. UNICEF. Banco Mundial.

⁵⁹ Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2019). Ley General sobre el VIH SIDA. Versión 03. San José-Costa Rica.

⁶⁰Ministerio de Salud de Costa Rica (2006). Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero para el I y II Nivel de Atención. Normas de Laboratorios de Citología. San José, Costa Rica.

⁶¹ Girelli, D., Ugolini, S., Busti, F., Marchi, G., & Castagna, A. (2018). Modern iron replacement therapy: clinical and pathophysiological insights. International Journal of Hematology, 107(1), 16-30.

⁶² Ankumah, N. A. E., & Sibai, B. M. (2017). Chronic hypertension in pregnancy: diagnosis, management, and outcomes. Clinical obstetrics and gynecology, 60(1), 206-214.

⁶³ American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG, Obstetrics & Gynecology: January (2019) Volume 133 - Issue 1 - p 1

⁶⁴ McPheeters, M. L., Miller, W. C., Hartmann, K. E., Savitz, D. A., Kaufman, J. S., Garrett, J. M., & Thorp, J. M. (2005). The epidemiology of threatened preterm labor: a prospective cohort study. American journal of obstetrics and gynecology, 192(4), 1325-1329.



⁶⁵ Kunzier, N. B., Kinzler, W. L., Chavez, M. R., Adams, T. M., Brand, D. A., & Vintzileos, A. M. (2016). The use of cervical sonography to differentiate true from false labor in term patients presenting for labor check. *American journal of obstetrics and gynecology*, 215(3), 372-e1.

⁶⁶ American diabetes association (2019) Standards of medical care in diabetes. Supplement 1 Volume 42

⁶⁷ Moore, L. E. (Ed.). (2017). *Diabetes in pregnancy: the complete guide to management*. Springer.

⁶⁸ ACOG Practice Bulletin (2018). Gestational Diabetes Mellitus. Bulletin Number 180.

⁶⁹ ACOG (2018). Maternal Immunization . Number 741. VOL. 131, No. 6.

⁷⁰ World Health Organization (2014). Safety of Immunization during Pregnancy: A review of the evidence. Global Advisory Committee on Vaccine Safety.

⁷¹ Caja Costarricense de Seguro Social (2015). Lineamiento Técnico Tamizaje en Mujeres Gestantes para Hepatitis B DDSS-0880-2015. San José, Costa Rica.

⁷² Poder Ejecutivo De Costa Rica. Ley No 41741. (2019). Norma nacional para la atención de mujeres con pérdidas gestacionales tempranas. Costa Rica

⁷³ Obstetricia y perinatología. (2012). Diagnóstico y tratamiento. Colectivo de autores. Editorial Ciencias Médicas.

⁷⁴ Caja Costarricense de Seguro Social (2016) Listado de Verificación de la atención segura de la labor de parto, del parto y del posparto". San José- Costa Rica.

⁷⁵ Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). L.GM.DDSS.ARS.DT.CNE.081015 Lineamiento de Acompañamiento Integral en el proceso del nacimiento, Emergencias, Pre Parto, Parto, Recuperación Post Parto, Salón de Alojamiento Conjunto. San José- Costa Rica

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

⁷⁷ Lyndon A, Lagrew D, Shields L, Melsop K, BinghamD, Main E. (2010). Improving health care response to obstetric hemorrhage: a California toolkit to transform maternity care. Stanford 8CA9: California Maternity Quality Care Collaborative.

⁷⁸ Caughey, A. B., Cahill, A. G., Guise, J. M., Rouse, D. J., & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*, 210(3), 179-193.

⁷⁹ Laura Martín. (2016). Posturas o posiciones para el parto: Embarazadas, Suelo Pélvico. Unidad De La Mujer, Global Health Care, Premium Madrid. <https://rehabilitacionpremiummadrid.com/blog/laura-martin/posturas-o-posiciones-para-el-parto/#:~:text=De%20pie%2C%20de%20pie%20meci%C3%A9ndose,Mejor%20oxigenaci%C3%B3n%20fetal.>



⁸⁰ Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). CÓDIGO: L.GM. DDSS.ARSDT-ENF- 12062019 Lineamiento para el Manejo de la Oxitocina en los Tres Niveles de Atención. San José- Costa Rica.

⁸¹ Caja Costarricense de Seguro Social (2020) Acuerdo Comité Central de Farmacoterapia GM-CCF-1041-2020- Lineamiento para el Manejo de la Oxitocina en los Tres Niveles de Atención. San José- Costa Rica.

⁸² F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Jeanne S. Sheffield (2014). Obstetricia de Williams. Ed 25.

⁸³ Shirley Acuña Chinchilla (2017) *Guías para el manejo de la analgesia durante el trabajo de parto*. Servicio de anestesia y recuperación Hospital México. Caja Costarricense de Seguro Social.

⁸⁴ World Health Organization. (1996). Care in normal birth: a practical guide: report of a technical working group. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, Family and Reproductive Health, World Health Organization.

⁸⁵ Caja Costarricense de Seguro Social (2020) Protocolo terapéutico Institucional para el abordaje de la Hemorragia Postparto. San José, Costa Rica.

⁸⁶ Caja Costarricense de Seguro Social (2020) Acuerdo Comité Central de Farmacoterapia GM-CCF- 0705-2020- Protocolo terapéutico Institucional para el abordaje de la Hemorragia Postparto. San José- Costa Rica.

⁸⁷ Caja Costarricense de Seguro Social (2017) Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS.AAIP.201017 Estancia Intrahospitalaria de la Madre y el Recién nacido durante el Posparto. San José- Costa Rica.

⁸⁸ Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). Manual Teórico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud, V1, 2021. San José- Costa Rica.

⁸⁹ Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). L.GM.DDSS.AAIP.PNSM.160321 Lineamiento para detección oportuna y referencia de mujeres embarazadas o en posparto con consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas en los servicios de la CCSS.

⁹⁰ Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud (2019) Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores.

⁹¹ World Health Organization. (2015). WHO medical eligibility criteria wheel for contraceptive use.

⁹² Caja Costarricense de Seguro Social (2020) Plan para la sostenibilidad y extensión de las intervenciones derivadas de la iniciativa salud mesoamérica en las estrategias que realiza el programa de atención integral a la adolescencia en concordancia con la política institucional de atención integral a la adolescencia de la caja costarricense de Seguro Social.



Programa de Normalización de Atención a la Persona Adolescente- Programa de Normalización de Atención a Mujer.

⁹³ Velez Aragon, Alba Lucía (2012) El embarazo en el adolescente: Una visión desde la dimensión emocional y de la salud pública. Revista CUIDARTE., vol. 3, Núm.1 enero-diciembre, 2012 pp. 394-403 Universidad de Santander Bucaramanga, Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533179020>

⁹⁴ Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). Lineamiento para consejería y prescripción de métodos anticonceptivos y de protección como parte de la atención integral de salud a personas adolescentes en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social LT.GM.DDSS. AAIP.PAIA.220318. San José- Costa Rica.

⁹⁵ Azambuja, L. E. O. D., & Garrafa, V. (2015). La teoría de la moralidad común en el trabajo de Beauchamp y Childress. Revista Bioética, 23, 634-644.

⁹⁶ Rippel, J. A., Medeiros, C. A. D., & Maluf, F. (2016). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos y Resolución CNS 466/12: análisis comparativo. Revista Bioética, 24, 603-612.

⁹⁷ Caja Costarricense de Seguro Social(2013). Lineamiento técnico para la Detección y abordaje de sífilis gestacional en el I Nivel de Atención, Evaluación y Tratamiento de recién nacidos de madres con Test reactivos por sífilis DDSS- 0963-13. 2013. San José, Costa Rica: CCSS.

⁹⁸ Caja Costarricense de Seguro Social (2011) Guía de Diagnóstico y tratamiento de Sífilis Congénita. Unidad Vigilancia, Epidemiológica y Control Infecciones, Nosocomiales, Servicio de Infectología. Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”. San José, Costa Rica: CCSS

⁹⁹ Caja Costarricense de Seguro Social (2020)Acuerdo Comité Central de Farmacoterapia GM-CCF-5792-2020- Artículo 49: Solicitud revisión del apartado terapéutico del Lineamiento borrador “Detección, Abordaje y Seguimiento de los Niños(as) con sífilis congénita atendidos en la red de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

¹⁰⁰ ACOG Practice Bulletin (2006). Postpartum hemorrhage. No. 76. American College of Obstetricians and Gynecologist. Obstet Gynecol; 108; p: 1039-47

¹⁰¹ Lyndon A, Lagrew D, Shields L, Melsop K, BinghamD, Main E. (2010). Improving health care response to obstetric hemorrhage: a California toolkit to transform maternity care. Stanford 8CA9: California Maternity Quality Care Collaborative.

¹⁰² Lipman S et al (2015). Consensus Statement of the management of cardiac arrest in pregnancy. The Society of Obstetric Anesthesia and Perinatology. Anestesia y Analgesia. Volume 118, No 5. Traducido por Dra Shirley Acuña Chinchilla. Hospital México- San José, Costa Rica.

¹⁰³ Caja Costarricense de Seguro Social.(2019) Lista de chequeo para hemorragia vaginal posparto. Servicios de Ginecología y Obstetricia, Hospital Calderón Guardia. San José, Costa Rica.