



Resolución Directoral

Lima, 04 de Abril de 2022

VISTO:

El Expediente N° 16386-21, y;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, dispone que "La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo"; y que "La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla";

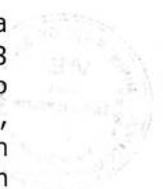
Que, la Resolución Directoral N° 089-DG-HONADOMANI-SB-2018, aprobó la "Guía Técnica para la elaboración de una Guía de Procedimiento Asistencial", Guía Técnica s/n OGC-HONADOMANI-SB-2018 V.02, cuya finalidad es estandarizar la elaboración de una Guía de Procedimiento Asistencial buscando el máximo beneficio y el mínimo riesgo a los pacientes con su uso racional de recursos en el hospital, con el objetivo de actualizar la metodología para la elaboración, aplicación, difusión e implementación de una Guía de Procedimiento Asistencial (GPA) en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA de fecha 05 de julio del 2021, que resuelve aprobar el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuya finalidad es fortalecer el rol de Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud (ANS) a través de sus Direcciones u Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Adscritos; cuyo Objetivo General consiste en establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras;

Que, a través de la Nota Informativa N° 307-DGO-HONADOMANI-SB-21 de fecha 12 de noviembre de 2021, el Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia solicitó al Director General del HONADOMANI "San Bartolomé", la aprobación de 12 Guías de Procedimiento Asistencial elaboradas por: Servicio de Medicina Materno Fetal; Servicio de Ginecología Oncológica; Servicio de Madre Adolescente; Servicio de Ginecología y Servicio de Reproducción Humana - Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Que, mediante Informe N° 009-J-OGC-2021-HONADOMANI-SB de fecha 21 de marzo de 2022, emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad, concluye que las Guías de Procedimiento Asistencial respetan lo establecido en la Guía Técnica Institucional, emitiendo opinión favorable para la aprobación de 12 Guías de Procedimiento Asistencial presentadas, recomendando continuar con el trámite de oficialización;

Que, a través de la Nota Informativa N° 046-2022-DA-HONADOMANI-SB de fecha 21 de marzo de 2022, el Director Adjunto emitió opinión favorable para la oficialización de las 12 Guías de





Procedimientos Asistenciales elaboradas por el Servicio de Medicina Materno Fetal; Servicio de Ginecología Oncológica; Servicio de Madre Adolescente; Servicio de Ginecología y Servicio de Reproducción Humana - Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";



Que, con Memorando N° 128-2022-DG-HONADOMANI-SB de fecha 22 de marzo de 2022, el Director General solicitó a la Oficina de Asesoría Jurídica la proyección del acto resolutorio correspondiente, para la aprobación de las 12 Guías de Procedimientos Asistenciales elaboradas por el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";



Que, ante lo solicitado por el Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia y contando con la opinión favorable de la Oficina de Gestión de la Calidad, así como de la Dirección Adjunta; y considerando que los actos de administración interna se orientan a la eficacia y eficiencia de los servicios y a los fines permanentes de las entidades, y son emitidos por el órgano competente siendo su objeto física y jurídica, resulta necesario emitir el acto resolutorio de aprobación de doce (12) Guías de Procedimientos Asistenciales elaboradas por los Servicios de Medicina Materno Fetal; Servicio de Ginecología Oncológica; Servicio de Madre Adolescente; Servicio de Ginecología y Servicio de Reproducción Humana del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Con la visación del Director Adjunto, del Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad, del Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";



En uso de las facultades y atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 051-2022/MINSA, como Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" y de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Doce (12) Guías de Procedimiento Asistencial del Departamento de Gineco Obstetricia: Servicio de Medicina Materno Fetal; Servicio de Ginecología Oncológica; Servicio de Madre Adolescente; Servicio de Ginecología y Servicio de Reproducción Humana del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", las mismas que debidamente visadas en anexo adjunto, forman parte integrante de la presente Resolución Directoral, conforme el detalle siguiente:



Servicio de Medicina Materno Fetal:

1. Guía de Procedimiento Asistencial de Atención Pre Natal de Bajo Riesgo
2. Guía de Procedimiento Asistencial de Atención Pre Natal de Alto Riesgo
3. Guía de Procedimiento Asistencial de Atención de Parto Vaginal solamente (Con o Sin Episiotomía)
4. Guía de Procedimiento Asistencial de Ecografía, Útero Grávido, Tiempo Real con Documentación de la Imagen, Evaluación Fetal y Materna, 1er Trimestre (< 14 Semanas o Días), Abordaje Transabdominal; Gestación Única o Primera.
5. Guía de Procedimiento Asistencial de Ecografía, Útero Grávido, Tiempo Real con Documentación de la Imagen, Evaluación Fetal y Materna, después del 1er Trimestre (> 0 = A 14 Semanas o Días), Abordaje Transabdominal; Gestación Única o Primera.
6. Guía de Procedimiento Asistencial de Ecografía Doppler Fetal
7. Guía de Procedimiento Asistencial de Monitoreo Fetal durante el Trabajo de Parto por Parte de Médico Consultor (Médico No Encargado), con Reporte Escrito; Supervisión e Interpretación.
8. Guía de Procedimiento Asistencial de Manejo de la Fase Activa del Parto de Alto Riesgo.



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 060-2022-DG-HONADOMANI-SB



Resolución Directoral

Lima, 04 de Abril de 2022

Servicio de Ginecología Oncológica:

9. Guía de Procedimiento Asistencial de Colposcopia de Cérvix Incluyendo la Parte Superior o Adyacente de la Vagina con Biopsia de Cérvix.

Servicio de Madre Adolescente:

10. Guía de Procedimiento Asistencial de Guía de Control Pre Natal en Adolescentes

Servicio de Ginecología:

11. Guía de Procedimiento Asistencial de Traquelectomía (Cervicectomía), Amputación del Cérvix (procedimiento Separado)

Servicio de Reproducción Humana:

12. Guía de Procedimiento Asistencial de Laparoscopia Quirúrgica, Lisis de Adherencias (Salpingiólisis, Ovariólisis).

Artículo Segundo.- Disponer que el Departamento de Gineco Obstetricia se encargue de la implementación, difusión y supervisión del cumplimiento de las 12 Guías de Procedimientos Asistenciales, aprobadas en el artículo primero de la presente Resolución Directoral.

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de la presente Resolución en el portal de la página web del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" www.sanbartolome.gob.pe

Regístrese, Comuníquese y Publíquese,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"
M.C. SANTIAGO G. CABRERA RAMOS
Director General
C.M.P. 18739 R.N.E. 7427

SGCR/ASP/JRC/JGO/lccs
C.C.

- DA
- OGC
- OAJ
- OEI
- Dep. Gineco Obstetricia
- Archivo





HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO “SAN BARTOLOMÉ”

DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA

SERVICIO DE MEDICINA MATERNO
FETAL

GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
DE ATENCIÓN PRE NATAL DE BAJO
RIESGO

2021

ANEXO 1
FORMATO DE GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1) ATENCIÓN PRENATAL DE BAJO RIESGO		
CODIGO (2)	VERSION (3) 2021.V.01	DEPARTAMENTO (4) GINECO-OBSTETRICIA
DEFINICION (5) Es la vigilancia y evaluación de la gestante y el feto en forma periódica, oportuna, precoz, preventiva, calificada y con calidad para conseguir los mejores resultados en la salud materno fetal		
OBJETIVO (6) GENERAL: Disminuir la Morbi-Mortalidad materna y fetal. ESPECÍFICOS. 1) Identificar los factores de riesgo materno-fetales. 2)Prevenir, tratar o anular los factores de riesgo 3) Iniciar el manejo de las complicaciones. 4) Identificar a las víctimas de la violencia de género. 5) Tamizaje del cáncer de cérvix uterino (Papanicolaou) 6) Promover la adecuada nutrición 7) Prevenir y tratar la anemia. 8) Determinar la edad gestacional.		
INDICACIONES (7) Toda mujer gestante		CONTRAINDICACIONES (8): Ninguna
PERSONAL (9)		
1	Medico: Asistente del servicio de Medicina Materno-fetal residente de 1ro y 2do año de G-O	
2	No Médico: Lic. en Obstetricia, técnico de enfermería	
RECURSOS MATERIALES		
N°	DENOMINACION	
EQUIPOS BIOMEDICOS (10)		
1	Detector de latidos cardiacos fetales	
2	Tensiómetro	
3	Pulsioxímetro	
4	Balanza con tallímetro	
5	Frontoluz	
INSTRUMENTAL (11)		
1	Tambor	
2	Pinza Foerster	
3	Espéculo vaginal (6)	
4	Bandeja de examen vaginal (1)	
5	Riñonera o bowl pequeño (1)	
6	Mesa Ginecológica	
7	Coche de curaciones	
8	Lámpara de exploración	
9	Parante porta sueros	
10	Banqueta rodante de reposo	
11	Balde de desechos de acero inoxidable	

12	Peldaño para camilla
13	Gel de ultrasonido
14	Fijador celular en spray
15	Estetoscopio de Pinard (opcional)
16	Cinta métrica perinatal
17	Fijador de laminas
18	Gestograma

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

1	Torunda de algodón
2	Apósito adhesivo transparente (1)
3	Guantes quirúrgicos estériles (6)
4	Guantes de nitrilo
5	Mascarilla quirúrgica (6)
6	Espátula de Ayre
7	Laminas portaobjeto
8	Batas descartables

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

Nº	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Ácido sulfosalicílico al 3%	SOL

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

Nº	SECUENCIA DE PASOS
1	La gestante se apersona a triaje : control de peso corporal y funciones vitales (pulso, temperatura, presión arterial), registro de datos de filiación por parte de la licenciada de obstetricia
2	Registrar, generar o recabar Historia Clínica
3	Charlas educativas sobre secuencia de control pre natal (mensual hasta el sexto mes, quincenal hasta el octavo mes y semanal el noveno mes), lactancia materna, signos de alarma obstétrica, promoción de la salud prenatal, programa de vacunación
4	La gestante se dirige al consultorio asignado
5	Al ingresar la paciente debe portar doble mascarilla y careta facial, lo mismo que el personal asistencial
6	Lavado de manos por parte del médico antes de iniciar cada atención
7	La licenciada de obstetricia registra datos generales en la Historia Clínica, Historia Clínica Perinatal y Carnet Prenatal
8	La licenciada de obstetricia realiza y registra la determinación de albuminuria con Ácido Sulfosalicílico: a.- la paciente entrega a la licenciada de obstetricia una muestra de orina (1 cc) b.- En el frasco de muestra de orina (1cc) se adiciona 04 gotas de Ácido Sulfosalicílico c.- Se aprecia el grado de precipitación de albumina si ésta estuviera contenida en la orina, catalogando: + ligeramente turbia, ++ moderadamente turbia, +++ lechoso
9	Licenciada de obstetricia explica y registra el plan de parto a la gestante
10	Licenciada de obstetricia le explica a la paciente los pasos y procedimientos que se realizaran durante la consulta con el médico (anamnesis, examen físico,

	especuloscopia, toma de pap, registro en la cartilla, indicaciones médicas, interconsultas, solicitud de exámenes auxiliares y próxima cita)
11	La gestante se pone bata y se prepara para el examen médico
12	El médico saluda con amabilidad ,empatía y respeto a la gestante
13	El médico en la primera consulta prenatal elabora la Historia Clínica perinatal y confirma datos generales
14	Revisa las funciones vitales, el peso corporal y la albuminuria
15	Indaga sobre los antecedentes familiares poniendo énfasis en diabetes, hipertensión, TBC, cáncer, patología tiroidea y enfermedades genéticas
16	Interroga sobre antecedentes patológicos personales
17	Registra antecedentes ginecológicos y obstétricos
18	Indaga sobre el embarazo actual: evolución del peso corporal, molestias, signos de alarma, nutrición, y entorno familiar
19	Examen físico general y regional
20	Gestante se acuesta en la camilla en posición ginecológica
21	Si es la primera consulta prenatal se le hará especuloscopia, toma de Papanicolaou, , tacto bimanual y pelvimetría clínica
22	Se mide y registra la altura uterina
23	Se realizan Maniobras de Leopold (desde las 28 semanas) y se registra la situación, posición y presentación fetal
24	Se ausculta y registra latidos fetales
25	Se le comunica a la gestante sobre su edad gestacional, diagnósticos, signos de alarma, nutrición, administración de medicamentos, y sobre los exámenes auxiliares y procedimientos a realizarse según el anexo 1.
26	En todos los CPN indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de la familia y/o pareja)
27	Clasificar el embarazo en Bajo o Alto Riesgo, en todos los CPN.
28	En el primer control deben solicitarse los siguientes análisis: hemograma completo, Grupo Rh; Glucosa sérica en ayunas, Prueba de sífilis (VDRL o RPR), Prueba de VIH-SIDA, urocultivo y examen completo de orina, dosaje de TSH, antígeno de superficie de hepatitis.
29	Se solicitará Test de Tolerancia a la Glucosa (75 gramos) entre las 24 y 28 semanas. Si no tolera el TTG con 75 gramos se solicitará Hemoglobina glicosilada.
30	Aplicación de la vacuna antitetánica: primera dosis a partir de las 20 semanas; segunda dosis a los dos meses de la primera.
31	Aplicación de la vacuna contra la influenza a partir de las 20 semanas.
32	Aplicación de la vacuna HvB para aquellas que no tienen esquema completo de vacunación contra la hepatitis B. Son tres dosis: la primera a partir de las 20 semanas; la segunda al mes de la primera; la tercera al mes de la segunda.
33	Se aplicará la vacuna dTpa (difteria, tétanos, pertussis) entre las 27 y 36 semanas.
34	ECOGRAFÍAS: Debe indicarse en el primer CPN. Idealmente se solicitará examen ecográfico lo más precoz posible; una segunda ecografía entre las 11 y 13 semanas 6 días. También entre las 22 y 24 semanas y a las 36 semanas.

35	Se recomienda que las embarazadas tomen a partir del segundo trimestre un suplemento diario por vía oral de hierro y ácido fólico con entre 30 y 60 mg de hierro elemental y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico.
36	Se recomienda que las embarazadas desde las 20 semanas tomen un suplemento diario de calcio (1,5–2,0 g de calcio elemental por vía oral) para reducir el riesgo de preeclampsia.
37	La periodicidad de citas para pacientes de bajo riesgo es: 2 atenciones antes de las 22 semanas, tercera cita entre 22 y 24 semanas, cuarta cita entre 27 y 29 semanas, la 5ta cita entre 33 y 35 semanas, la sexta cita entre 37 y 40 semanas.
38	En los controles prenatales sucesivos se registran en la tarjeta de control prenatal e historia clínica los resultados de los exámenes auxiliares
39	Al final de la consulta , el médico valora y define si se trata de un embarazo de alto riesgo obstétrico (según anexo 1) y la siguiente cita será en consultorio de alto riesgo
40	Se recomienda evaluación en odontología, acudir a estimulación prenatal y psicoprofilaxis
41	Médico coloca firma y sello en historia clínica y carne perinatal
42	Higiene y lavado de manos

COMPLICACIONES (15)

El no cumplimiento adecuado del control prenatal se ha asociado a anemia, preeclampsia, sobrepeso, ruptura prematura de membranas prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino , Óbitos, infecciones de transmisión prenatal (sífilis, VIH, etc) aumento de morbi-mortalidad materno fetal

REGISTROS (16)

Registro SIGHOS

Historia Clínica del Hospital

Historia Clínica Perinatal

Carnet Perinatal

Carne de vacunas

ANEXOS (17)

ANEXO N° 01

Factores de Riesgo Potenciales

- Edad (menor de 20 y mayor de 35 años)
- Analfabeta
- Soltera
- Talla baja (menor de 1.50 metros)
- Antecedentes familiares
- Periodo intergenésico corto (menor a 24 meses)
- Trabajo con predominio físico (excesiva carga horaria, exposición a agentes físicos-químicos-biológicos, stress)
- Nulípara o gran múltipara
- Violencia familiar

Factores de Riesgo Reales

Aquellos cuya presencia se asocia de forma directa al daño en base a las evidencias científicas disponibles. Ejemplo de ello son algunas patologías específicas relacionada con la gestación (preeclampsia, diabetes, anemia, etc).

Preconcepcionales

- Diabetes
- Hipertensión arterial
- Tuberculosis
- Nefropatías
- Cardiopatías
- Hepatopatías
- Endocrinopatías
- Trastornos psiquiátricos
- Infecciones de transmisión sexual/VIH-sida
- Otras patologías ginecológicas (cirugías pélvicas, infertilidad, cáncer ginecológico)
- Varices en miembros inferiores
- Hábito de fumar, alcoholismo, drogadicción
- Factor Rh (-)

Del embarazo

- Hiperemesis gravídica no controlable
- Antecedentes de aborto diferido y muerte fetal anteparto
- Anemia
- Infección de vías urinarias
- Poca o excesiva ganancia de peso
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Embarazo múltiple
- Hemorragia
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Rotura prematura de membranas
- Enfermedades endémicas y embarazo
- Psicopatologías
- Persona que vive con el Virus del Sida (PVVS)
- Infección ovular
- Presentación pélvica y situación transversas después de 36 semanas
- RH negativo sensibilizado
- Embarazo prolongado
- Diabetes en el embarazo
- Cesárea anterior
- Adolescentes con riesgos activos
- Macrosomía fetal
- Alcoholismo y drogadicción

ANEXO N° 02

Del grupo familiar víctimas de violencia sexual

ANIMA: la OPS y la OMS tienen cinco pasos específicos de apoyo de primera línea que los proveedores de servicios de salud pueden utilizar para atender a las mujeres que han sufrido violencia:

- Atención al escuchar
- No juzgar y validar
- Informarse sobre sus necesidades y preocupaciones
- Mejorar la seguridad y
- Apoyar

ANEXO N° 03

Componentes en la atención clínica (AVISAS)

En la presente Norma Técnica se utilizará un esquema para el cuidado integral llamado:

AVISAS, el cual tiene 6 componentes:

- Acogida e intervención en crisis
- Valoración física/sexual
- Intervención clínica
- Seguimiento de caso
- Acceso a la información y a la justicia
- Seguridad (Plan de Seguridad)



ANEXO N° 04

A. Intervenciones nutricionales	Recomendación	Tipo de recomendación
Intervenciones alimentarias	A.1.1: Se recomienda brindar asesoramiento a las embarazadas sobre la importancia de una alimentación saludable y la actividad física durante el embarazo, con el fin de que se mantengan sanas y no aumenten excesivamente de peso durante el embarazo.	Recomendada
	A.1.2: En poblaciones desnutridas se recomienda proporcionar a las embarazadas información nutricional sobre la importancia de aumentar la ingesta calórica y de proteínas para reducir el riesgo de dar a luz a niños con insuficiencia ponderal.	Recomendada en contextos específicos
	A.1.3: En poblaciones desnutridas se recomienda que las embarazadas tomen suplementos dietéticos energéticos y proteicos equilibrados para reducir el riesgo de muerte prenatal y de nacimiento de niños de tamaño pequeño para su edad gestacional.	Recomendada en contextos específicos
	A.1.4: En poblaciones desnutridas no se recomienda que las embarazadas tomen suplementos ricos en proteínas para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de hierro y ácido fólico	A.2.1: Para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, el bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario por vía oral de hierro y ácido fólico con entre 30 y 60 mg de hierro elemental ¹ y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico. ^{1,4}	Recomendada
	A.2.2: Para mejorar los resultados maternos y neonatales se recomienda que las embarazadas tomen intermitentemente un suplemento de hierro y ácido fólico por vía oral con 120 mg de hierro elemental ⁵ y 2800 µg (2,8 mg) de ácido fólico una vez a la semana si la toma diaria de hierro no es aceptable debido a los efectos secundarios; esta recomendación también es aplicable en aquellas poblaciones en las que la prevalencia de anemia entre las embarazadas sea inferior al 20%. ⁶	Recomendada en contextos específicos
Suplementos de calcio	A.3: En poblaciones con una dieta baja en calcio, se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario de calcio (1,5–2,0 g de calcio elemental por vía oral) para reducir el riesgo de preeclampsia. ⁷	Recomendada en contextos específicos

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)
1. Guía Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. MINSA. Perú AÑO 2006
2. Control Pre Natal- OPS. 2014.
3. Recomendaciones para el Control Pre Natal. OMS. 2016
4. Cunningham, F. Gary. Williams Obstetricia Ed Mc Graw Hill. 2015
5. Consulta Pre Natal: Sociedad Española de Gin y Obst. 2018
6. L. Cabero Roura Tratado de Ginecología y Obstetricia.: 2° Ed. 2015
7. Right-Sizing Prenatal Care to Meet Patient's Needs and Improve Maternity Care Value. Peahl, Alex F. MD: Obstetrics and Gynecology: May 2020 Vol 135 Issue 5 - p. 1027-1037
8. Resolución Ministerial N° 719-2018- MINSA ""Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación"
9. Reglamento de la Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar (D. S. N° 009-2016-MIMP)
10. Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral a Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar Afectados por la Violencia Sexual. Aprobada con RM N° 649-2020/MINSA, 20 agosto 2020
11. Directriz: Administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico a embarazadas no anémicas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012
12. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.

MINISTERIO DE SALUD
 HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
 M.C. GUIDO ZAMUDIO RODRIGUEZ
 Médico de Ginecología y Obstetricia
 CMP. 24474 - RNE. 14521

MINISTERIO DE SALUD
 HONADOMANI - "SAN BARTOLOME"
 M.C. Juan Ramirez Cabreza
 Jefe del Dpto. Gineco Obstetricia
 CMP. 24474 - RNE. 14521



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO “SAN BARTOLOMÉ”

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA

SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL

GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE
MONITOREO FETAL DURANTE EL TRABAJO DE
PARTO POR PARTE DE MÉDICO CONSULTOR
(MÉDICO NO ENCARGADO), CON REPORTE
ESCRITO; SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN

2021

FORMATO DE GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1) MONITOREO FETAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO POR PARTE DE MÉDICO CONSULTOR (MÉDICO NO ENCARGADO), CON REPORTE ESCRITO; SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN

CODIGO (2) 59050	VERSION (3) 2021.V.I	DEPARTAMENTO (4) Ginecología y Obstetricia
----------------------------	--------------------------------	--

DEFINICION (5)
Evaluación de los cambios de la frecuencia cardiaca fetal en relación a las contracciones uterinas durante el trabajo de parto ya sea de inicio espontáneo o inducido.

OBJETIVO (6)
Identificar oportunamente la hipoxia /acidosis fetal, para disminuir el riesgo de morbi-mortalidad perinatal.

INDICACIONES (7)
Debe considerarse en todas las situaciones en las que existe un alto riesgo de hipoxia/acidosis fetal, ya sea debido a problemas de salud materna y/o fetal:

Maternos	Fetales	Condiciones o hallazgos de riesgo Intraparto
Cicatriz uterina por cesárea previa	Restricción de crecimiento intrauterino sospechoso o confirmado	Inducción de trabajo de parto con prostaglandinas u oxitocina
Trastornos hipertensivos del embarazo	Prematuridad	Analgesia de parto regional (epidural o espinal)
Embarazo ≥ 41 semanas	Oligohidramnios o Polihidramnios	Sangrado vaginal anormal durante el trabajo de parto
Ruptura prematura de membranas	Doppler umbilical alterado	Fiebre materna ≥ 38°C Infección
Disminución de movimientos fetales	Embarazo múltiple	Líquido meconial o sanguinolento
Diabetes gestacional y pregestacional	Relación cerebroplacentaria anormal	Estimulación de trabajo de parto con oxitocina
Obesidad mórbida	Monitoreo electrónico prenatal anormal	Ausencia de líquido después de amniotomía
Hemorragia anteparto	Anomalía fetal conocida que requiera supervisión	Auscultación anormal de latidos cardíacos fetales
Inserción anormal del cordón placentario	Presentación podálica	Primer estadio del trabajo de parto prolongado
Edad materna ≥ 40 años		Segundo estadio del trabajo de parto prolongado
Hallazgos séricos maternos de riesgo perinatal (PAPP-A bajo < 0,4 MoM o PIGF bajo)		Trabajo de parto prematuro antes de las 37 semanas
Condiciones obstétricas actuales o anteriores que constituyan riesgo de compromiso fetal (Ejm: colestasis, aloinmunización, abuso de sustancias)		Hipertonía uterina (contracciones > 2 minutos de duración o que ocurren dentro de los 60 segundos entre si, sin alteración de la FCF)
		Taquisistolia

		(> 5 contracciones en 10 min sin alteración de la FCF)
		Hiperestimulación uterina (taquisistolia o hipertonia uterina con alteración de FCF)
CONTRAINDICACIONES (8)		
Ninguna		
PERSONAL (9)		
Médicos: Ginecólogo Obstetra, Residente III, Residente II y Residente I		
No médicos: Licenciada en Obstetricia, Técnica de enfermería.		
RECURSOS MATERIALES		
N°	DENOMINACION	
EQUIPOS BIOMEDICOS (10)		
1	Monitor fetal	
2	Tensiómetro	
3	Pulsioxímetro	
INSTRUMENTAL (11)		
1	Estetoscopio	
2	Bandas elásticas	
3	Porta suero	
4	Termómetro	
5	Gel de ultrasonido	
DISPOSITIVOS MEDICOS (12)		
1	Equipo de venoclisis (1)	
2	Catéter endovenoso N°18 (2)	
3	Jeringas de 10 cc (5)	
4	Guantes limpios (4 pares)	
5	Papel toalla	
6	Mascara Venturi	
7	Llave de triple vía con Extensión Discifix	
PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)		
N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	CLNa 9°/oo	SOL
2	Oxígeno	GAS
3	Oxitocina	INY
4	Nitroglicerina	INY
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)		
N°	SECUENCIA DE PASOS	
1	Al ingresar la paciente debe portar mascarilla y careta facial, lo mismo que el personal asistencial	
2	Higiene de manos	
3	Identificación de la paciente	
4	Paciente debe estar con la vejiga vacía, se le colocara en decúbito dorsal o semisentada, vestida con bata, se le brindara información breve, clara y concisa respecto a la prueba antes de iniciar el trazado.	
5	Se le tomará las funciones vitales antes de iniciar la prueba y se repetirá la toma de la Presión arterial cada 15 minutos. (Licenciada en Obstetricia).	

6	Cardiotocógrafo encendido y calibrado, se registra datos en el sistema del monitor fetal, consignando nombre, edad, fecha, hora y N° de Historia Clínica en el papel del monitor. La velocidad de registro en 1 cm/min,
7	Maniobras de Leopold para verificar situación, posición y presentación fetal
8	Realizar tacto vaginal para determinar las condiciones cervicales, estado de membranas, altura de presentación y variedad de posición, antes de iniciar el procedimiento (Médico Asistente o Residente II año)
9	El transductor de latidos fetales con gel se colocará en el foco más alto de los latidos cardiacos fetales y se fijará con las bandas elásticas. (Licenciada en Obstetricia)
10	Colocar el transductor del toco dinamómetro aproximadamente a 8 cm, del fondo uterino sin gel y se fijara con la banda elástica (Licenciada en obstetricia).
11	Entregar a la paciente el pulsor de movimientos fetales, especificándole que debe colaborar con registrar los movimientos fetales.
12	En caso de embarazo gemelar se deberá instalar el monitor para embarazo gemelar o configurar el equipo para dicha función gráfica y proceder a registrar simultáneamente ambos fetos, con la descripción de feto 1 o 2, según ecografía o evaluación clínica. (Licenciada en Obstetricia).
13	Iniciar el registro de funciones vitales de la gestante y la Frecuencia cardiaca fetal
14	Iniciar el trazado con paciente semisentada ó en decúbito lateral izquierdo, en algunos casos se empleara el estimulador vibro acústico, y/o cambio de posición materna, si es necesario ante el estado de sueño fetal.
15	Adicionalmente se verificara clínicamente la dinámica uterina con la mano en el abdomen para confirmar el registro de la intensidad de las contracciones uterinas que serán descritas en cruces +/+/+++ considerando un periodo de 10 minutos y con una duración de 30 a 40 segundos.
16	Confirmar una correcta colocación y adecuado ajuste de las cintas elásticas para evitar errores en la identificación de la frecuencia cardiaca fetal.
17	En un periodo de 10 contracciones, se evaluará la FCF, la variabilidad, presencia y tipo de desaceleraciones, dinámica uterina (frecuencia, intensidad y duración)
18	Valoración de la presencia de desaceleraciones si se presentaran: variables, tardías, tempranas y su relación con los cambios de la variabilidad, línea de base o conducta fetal.
19	Interpretación Categoría I: Trazado normal. Altamente predictivo de estado ácido-base fetal normal al momento de la observación. Puede ser moniterado de modo rutinario y ninguna acción específica es requerida.
20	Interpretación Categoría II: Trazado indeterminado. No son predictivos de estado ácido-base fetal anormal, sin embargo al momento no hay evidencia que los clasifique como trazados normales o anormales. Requieren evaluación, estudio continuo y reevaluación tomando en consideración las circunstancias clínicas asociadas. En algunas circunstancias pueden usarse tests auxiliares para asegurar el bienestar fetal o realizarse maniobras de resucitación intrauterina.
21	Interpretación Categoría III: Trazado anormal. Están asociados con estado ácido-base fetal anormal al momento de la observación. Requieren pronta evaluación. Dependiendo de la situación clínica los esfuerzos para resolver rápidamente el patrón anormal de FCF pueden incluir, pero no limitados a, provisión de oxígeno materno, cambios en la posición materna, discontinuación de la estimulación del trabajo de parto, tratamiento de la hipotensión materna, y tratamiento de la taquisistolia con cambios en la FCF. Si el trazado de categoría III no se resuelve con estas medidas debería realizarse el parto.
22	La licenciada en Obstetricia elabora el informe en conformidad con el Médico Asistente de GO que evaluara e interpretara el MEFI, luego ambos firmarán y sellaran el informe establecido, una copia queda en Unidad de Bienestar Fetal y la otra en la Historia Clínica.
23	Higiene de manos

COMPLICACIONES (15)

1	Efecto Posseiro, desaceleración prolongada por compresión de los grandes vasos (arteria aorta, vena cava inferior y arterias iliacas), asociada a la contracción uterina, se corrige al cambiar de posición a la paciente con el decúbito lateral izquierdo.
2	Compresión de vena cava, se produce desaceleración prolongada no asociada a la contracción uterina, por hipotensión materna y compresión de la vena cava por el decúbito dorsal, que disminuye la precarga y el débito cardiaco afectando el flujo útero placentario, y que se recupera con el decúbito lateral izquierdo.

REGISTROS (16)

Formato de solicitud de monitoreo electrónico fetal intraparto (MEFI).

Hoja de monitoreo materno fetal.

Trazado de monitoreo fetal intraparto

Registro en el sistema del monitor electrónico fetal.

Informe del resultado del MEFI en el formato establecido.

ANEXOS (17)**CLASIFICACIÓN NICHD 2008**

	CATEGORÍA I	CATEGORÍA II (Trazados no clasificados como Categoría I o Categoría III)	CATEGORÍA III
Línea basal	110-160 lpm	<ul style="list-style-type: none"> • Bradicardia no acompañada de variabilidad ausente • Taquicardia 	<ul style="list-style-type: none"> • Variabilidad de la FCF ausente y cualquiera de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> – Desaceleraciones tardías recurrentes – Desaceleraciones variables recurrentes – Bradicardia • Patrón sinusoidal
Variabilidad	5-25 lpm (moderada)	<ul style="list-style-type: none"> • Variabilidad mínima • Variabilidad ausente sin desaceleraciones recurrentes • Variabilidad marcada 	
Desaceleraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Variables o tardías ausentes • Desaceleraciones tempranas presentes o ausentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Desaceleraciones variables recurrentes acompañadas de variabilidad mínima o moderada • Desaceleración prolongada > 2 min pero < 10 min. • Desaceleraciones tardías recurrentes con variabilidad moderada • Desaceleraciones variables con otras características tales como retorno lento a la FCF basal, aceleraciones pre y post desaceleraciones, aceleraciones prolongadas post desaceleración. 	
Aceleraciones	Presentes o ausentes	Ausencia de aceleraciones inducidas después de estimulación fetal	
Interpretación	Altamente predictivo de estado ácido-base fetal normal al momento de la observación	Trazado indeterminado. No son predictivos de estado ácido-base fetal anormal, sin embargo al momento no hay evidencia que los clasifique como trazados normales o anormales. Feto con baja probabilidad de hipoxia/ acidosis	Trazado anormal. Están asociados con estado ácido-base fetal anormal al momento de la observación. Feto con alta probabilidad de hipoxia/ acidosis

Manejo clínico	Observación Monitoreo de rutina	Requieren evaluación, monitoreo continuo y reevaluación tomando en consideración las circunstancias clínicas asociadas. En algunas circunstancias pueden usarse tests auxiliares para asegurar el bienestar fetal o realizarse maniobras de resucitación intrauterina.	Requieren pronta evaluación. Dependiendo de la situación clínica los esfuerzos para resolver rápidamente el patrón anormal de FCF pueden incluir, pero no limitados a, provisión de oxígeno materno, cambios en la posición materna, discontinuación de la estimulación del trabajo de parto, tratamiento de la hipotensión materna, y tratamiento de la taquisistolia con cambios en la FCF. Si el trazado de categoría III no se resuelve con estas medidas debería realizarse el parto.
----------------	------------------------------------	---	--

Los MEFI son evolutivos, su análisis e interpretación se hace en un momento dado y sirve para predecir el estado de oxigenación actual del feto

MEDIDAS DE REANIMACIÓN INTRAUTERINA

1. Evaluar hemodinamia materna (cristaloides EV en bolo si hipotensión)
2. Evaluar dinámica uterina
3. Tacto vaginal
4. Decúbito lateral izquierdo
5. Suspender oxitocina
6. Oxígeno 10 Lt/min no más de 30 min.
7. Tocolíticos de emergencia: Nitroglicerina o Fenoterol

Se recomienda el uso de Nitroglicerina ev, en bolos de 50 a 100 ug. Puede administrarse hasta 400 ug. Cada ampolla contiene 50 mg (10 ml de nitroglicerina equivale a 50 mg.)

VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL

- Fluctuaciones de la línea basal de la FC que es irregular en amplitud y frecuencia, determinada por el intervalo entre cada latido
- Evaluar en 10 min
- Monitores externos entregan señal de buena calidad

AUSENTE: amplitud indetectable

MINIMA: amplitud < a 5 lpm (50 min o 3 min con desaceleraciones)→refleja hipoxia/ acidosis. En hipoxia suele asociarse a bradicardia/ desaceleraciones. Otras causas: anomalía neurológica congénita, depresores SNC, bloqueo cardiaco, infección, sulfato Mg, cocaína, hipoglicemia, embarazo <28sem.

MODERADA (normal): amplitud 5-25 lpm→ adecuada oxigenación cerebral

MARCADA O SALTONA: >25 lpm (durante 30 min)→ poca información

SINUSOIDAL: ondulaciones suaves por 3 a 5 ciclos/min, amplitud 5-15 lpm, por mas de 20 min→ anemia fetal severa

ACELERACIONES DE LA FRECUENCIA CARDIACA NORMAL

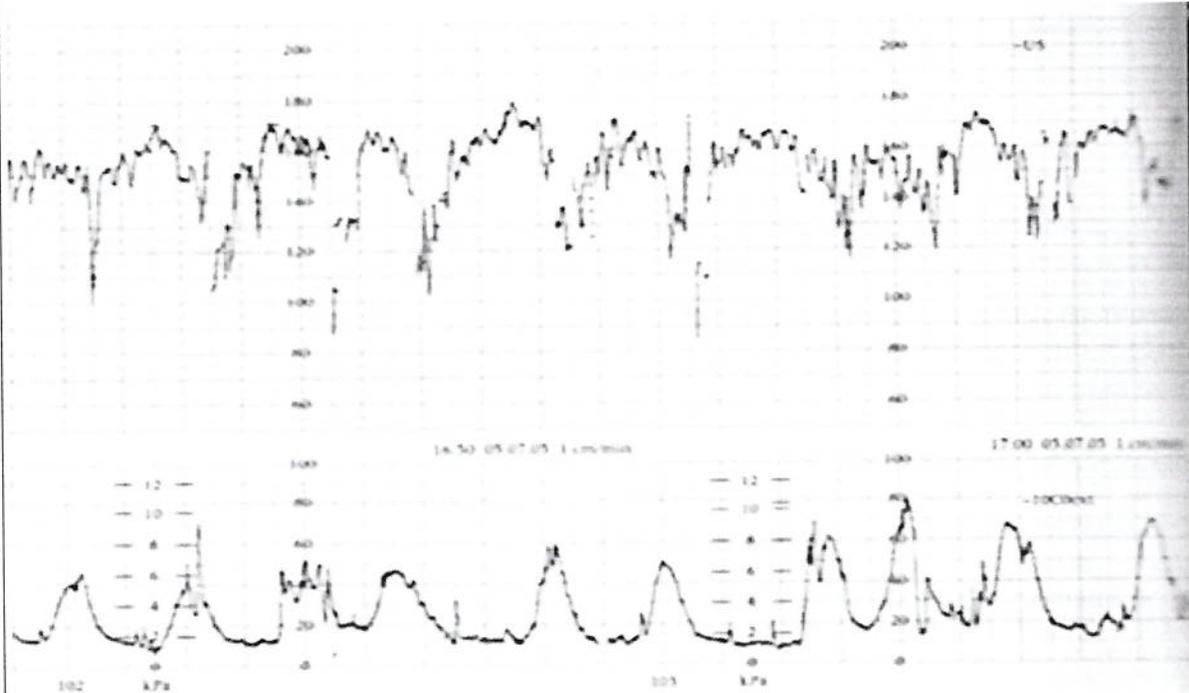
- Aumento transitorio de la FCF

- Se asocian a mov fetales o contracciones uterinas
- Si dura >10 min → cambio de la FCF basal

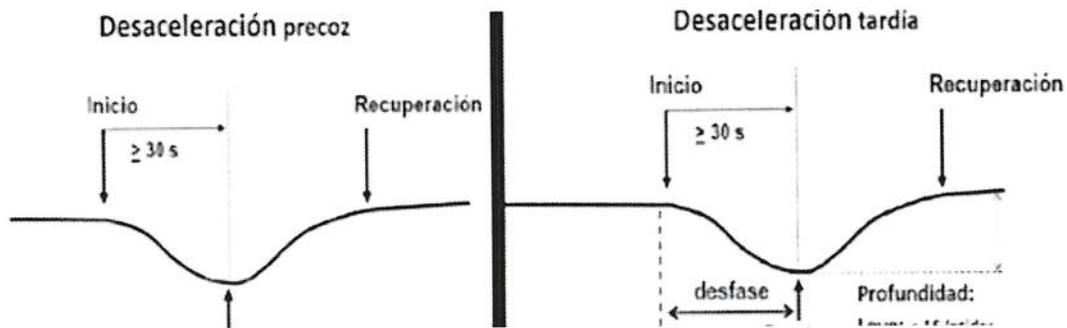
RNT: $\uparrow \geq 15$ lpm por 15 seg

<32 sem: $\uparrow \geq$ lpm por 10 seg

Aceleración prolongada: 2 A 10 min



DESACELERACIONES DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL



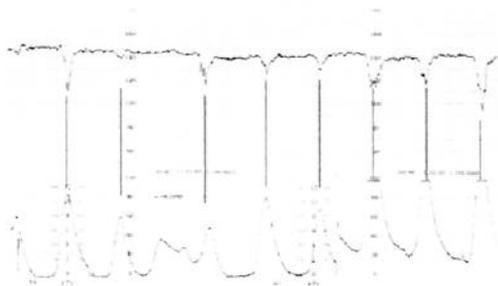
DESACELERACIONES DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL

- \downarrow FCF ≥ 10 lpm por ≥ 15 seg
- Desaceleración prolongada: dura entre 2 a 10 min
- Recurrentes (>50% CU en 20 min) o Intermitentes (<50% CU en 20 min)

PRECOCES: \downarrow gradual de la FCF por al menos 30 seg,, en simultáneo con la DU. Nadir de la desaceleración coincide con el pick de CU.

→ comprensión cefálica en el canal del parto

Si única alteración, sin mayor riesgo de academia.



DURACION
AMPLITUD
DECALAGE

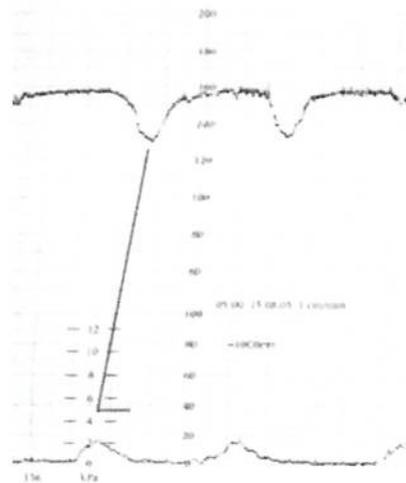
TARDIAS:

- ↓ gradual de la FCF por \geq seg en relación con la CU
- Presenta un desfase en su inicio de \geq 30 seg con respecto a la CU (decalage)
- Inicio, vértice y recuperación retrasados en relación a la DU
- Se deben observar $>50\%$ CU por 20 min

Lev: \downarrow 15lpm - Mod: \downarrow 16-45lpm - Sev: \downarrow $>$ 45lpm

→ Hipoxemia fetal

- (1) Hipoxemia estimula quimiorreceptores → respuesta vagal
- (2) Acidemia depresor directo de miocardio fetal



PROLONGADAS:

- \downarrow FCF $>$ 15lpm por $>$ 2min y $<$ 10 min
- Se debe observar en $>50\%$ de las CU por 20 min
- Se debe sospechar hipoxia fetal, en especial, si variabilidad mínima y FCF $<$ 80 lpm

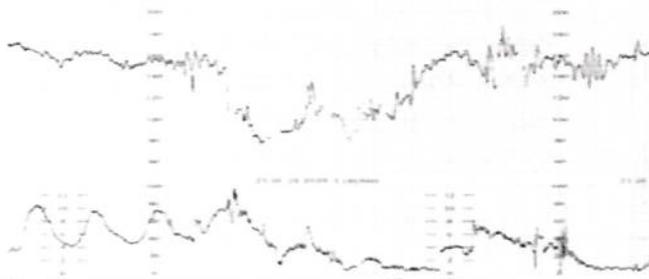
Debe permanecer en el siguiente mínimo

por $>$ 10seg:

Lev: $>$ 80lpm

Mod: $>$ 70-80lpm

Sev: $<$ 70lpm



VARIABLES: Mas frecuente

- Se produce por compresión del cordón umbilical entre partes fetales y pared uterina-pelvis materna
- Morfolofía y relación con DU es variable
- \downarrow abrupta de la FCF ($<$ 30seg) de inicio a fondo
- \downarrow $>$ 15lpm de la FCF por más de 15 seg
- $>$ 50% de las CU

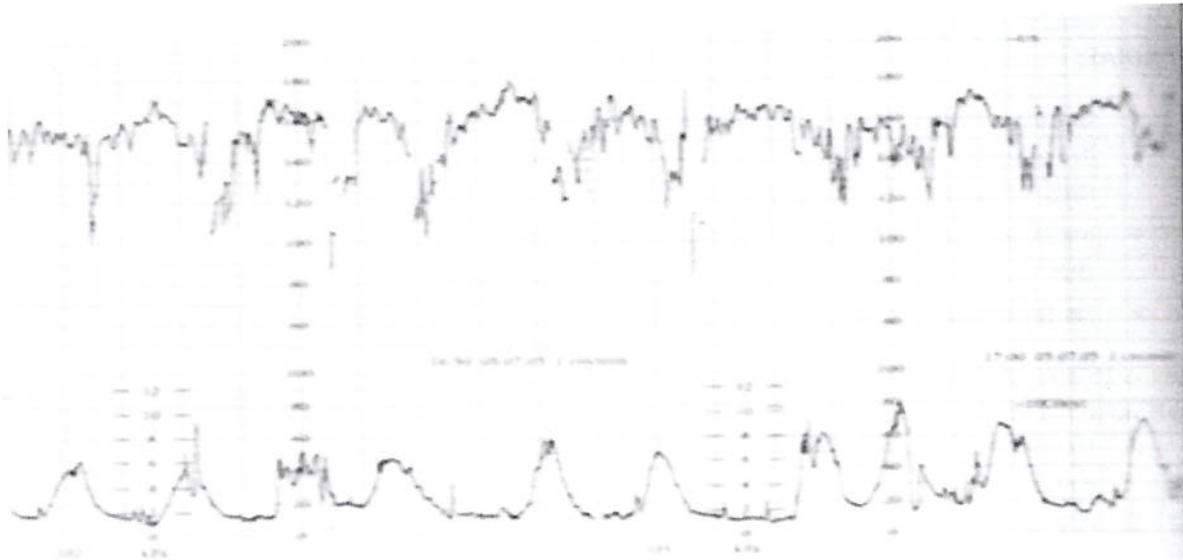
Fondo de desaceleración por mas de 10seg

LEVE: duración <30seg y cualquier profundidad-duración 30 a 60 seg y profundidad >70lpm-duración >90 a 120 seg y profundidad >80lpm

MODERADA: duración 30 a 60 seg y profundidad <70lpm-duración 60 a 120 seg y profundidad >70-80lpm

SEVERA: duración >60 a 120 y profundidad <70lpm

DESACELERACIONES DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Miller D., Nonstress test an contraction stress test Uptodate, julio 2020
2. New FIGO and Swedish intrapartum cardiotocography classifications systems incorporated in the fetal ECG ST analysis (STAN) interpretation algorithm: agreements and discrepancies in cardiotocography classification and evaluation of significant ST events. Per OlofssonL, Hakan Noren, Ann Carrison. Acta Obstetricia el Gynecologica Scandinava Volumen 97, issue 2. First published: 07 December 2017.
3. Williams Keith, Galernau France, Intrapartum fetal heart rate patterns in the prediction neonatal academia. Am J Obstet Gynecol2011; 205:378 Issue 3: 820-823
4. American College de Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Intra Partum Fetal Heart Rate Monitoring Nomenglature. Interpretation and General Management Principies. Practice bulletin #106 Washington, DC. Julio 2009 Obstet Gyneco N°1:192-202
5. Review of the 2008 NICHD Research Planning Workshop. Recommendations for fetal Hert Rate, terminology and interpretation.
6. Cardiotocografía continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto. Noviembre 2013. Cochrane.

7. F. Gary Cunningham M.D. y col. Valoración prenatal y Valoración durante el parto. En Williams Obstetricia. 23 a. edición México. Editorial Mc Graw Hill, 2011 Pág 334-340. Pag. 410-440.
8. ACOG PRACTICE BOLLETIN, Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation and General Management Principles Obstetrics and Gynecology Vol.114 N°1, July 2009.
9. MillerDavid A, Miller Lisa A. Electronic fetal heart rate monitoring: applying principles patient safety. Am J Obstet Gynecol. April 2012: 278-83.
10. Diogo Ayres-de-Campos, et al, FIGO Consensus Guidelines on Intrapartum Fetal Monitoring: Physiology of Fetal Oxigenation and the Main Goals of Intrapartum Fetal Monitoring, 2015 .
11. Manual de Obstetricia y Ginecología VIII, capítulo 13. Evaluación de la condición fetal durante el parto edición 2017 Dr. Jorge Carvajal PhD, Dra Constanza Ralph.
12. Antepartum Fetal Heart Rate Assessment Bruce K, Young, MD UpToDate, Last updated NOV 2013.
13. Blackwell Sean, Grobman William A, Hutchinson Maria. Interobserver reliability of the NICH 3-Tier Fetal interpretation System. Am J Obstet Gynecol 2011; 205: 378 e 1-5.
14. Manual de Obstetricia y Ginecología cap.13.Evaluación de la condición fetal durante parto, PUC 2017.

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

.....

M.C. GUIDO ZAMUDIO RODRIGUEZ
Médico de Ginecología y Obstetricia
CMP. 25507 - RNE. 12756

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI - "SAN BARTOLOME"

.....

M.C. Juan Ramirez Cabrera
Jefe del Dpto. Gineco Obstetricia
CMP. 24474 - RNE. 14521



**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO “SAN BARTOLOMÉ”**

**DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA**

**SERVICIO DE MEDICINA MATERNO
FETAL**

**GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
DE ATENCIÓN PRE NATAL DE ALTO
RIESGO**

2021

ANEXO 1
FORMATO DE GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1) ATENCIÓN PRENATAL DE ALTO RIESGO		
CODIGO (2)	VERSION (3) 2021.V.01	DEPARTAMENTO (4) GINECO-OBSTETRICIA
DEFINICION (5) Es la vigilancia y evaluación de la gestante de alto riesgo y el feto en forma periódica, oportuna, precoz, preventiva, calificada y con calidad para conseguir los mejores resultados en la salud materno fetal		
OBJETIVO (6) GENERAL: Disminuir la Morbi-Mortalidad materna y fetal. ESPECÍFICOS. 1) Identificar los factores de riesgo materno-fetales. 2)Prevenir, tratar o anular los factores de riesgo 3) Iniciar el manejo de las complicaciones. 4) Identificar a las víctimas de la violencia de género. 5) Tamizaje del cáncer de cérvix uterino (Papanicolaou) 6) Promover la adecuada nutrición 7) Prevenir y tratar la anemia. 8) Determinar la edad gestacional.		
INDICACIONES (7) Toda mujer gestante con factores de riesgo obstétrico		CONTRAINDICACIONES (8): Ninguna
PERSONAL (9)		
1	Médico: Asistente del servicio de Medicina Materno-fetal residente de 1ro y 2do año de G-O	
2	No Médico: Lic. en Obstetricia, técnico de enfermería	
RECURSOS MATERIALES		
N°	DENOMINACION	
EQUIPOS BIOMEDICOS (10)		
1	Detector de latidos cardiacos fetales	
2	Tensiómetro	
3	Pulsioxímetro	
4	Balanza con tallímetro	
5	Frontoluz	
INSTRUMENTAL (11)		
1	Tambor	
2	Pinza Foerster	
3	Espéculo vaginal (6)	
4	Bandeja de examen vaginal (1)	
5	Riñonera o bowl pequeño (1)	
6	Mesa Ginecológica	
7	Coche de curaciones	
8	Lámpara de exploración	
9	Parante porta sueros	
10	Banqueta rodante de reposo	

11	Balde de desechos de acero inoxidable	
12	Estetoscopio	
13	Peldaño para camilla	
14	Gel de ultrasonido	
15	Fijador celular en spray	
16	Estetoscopio de Pinard (opcional)	
17	Cinta métrica perinatal	
18	Fijador de laminas	
19	Gestograma	
DISPOSITIVOS MEDICOS (12)		
1	Torundas de algodón	
2	Apósito adhesivo transparente (1)	
3	Guantes quirúrgicos estériles (6)	
4	Guantes de nitrilo	
5	Mascarilla quirúrgica (6)	
6	Espátula de Ayre	
7	Laminas portaobjeto	
8	Batas descartables	
PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)		
N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Ácido sulfosalicílico al 3%	SOL
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)		
N°	SECUENCIA DE PASOS	
1	La gestante se apersona a triaje : control de peso corporal y funciones vitales (pulso, temperatura, presión arterial), registro de datos de filiación por parte de la licenciada de obstetricia	
2	Registrar, generar o recabar Historia Clínica	
3	Charlas educativas sobre secuencia de control pre natal (mensual hasta el sexto mes, quincenal hasta el octavo mes y semanal el noveno mes), lactancia materna, signos de alarma obstétrica, promoción de la salud prenatal, programa de vacunación	
4	La gestante se dirige al consultorio asignado	
5	Al ingresar la paciente debe portar doble mascarilla y careta facial, lo mismo que el personal asistencial	
6	Lavado de manos por parte del médico antes de iniciar cada atención	
7	La licenciada de obstetricia registra datos generales en la Historia Clínica, Historia Clínica Perinatal y Carnet Prenatal	
8	La licenciada de obstetricia realiza y registra la determinación de albuminuria con Ácido Sulfosalicílico: a.- la paciente entrega a la licenciada de obstetricia una muestra de orina (1 cc) b.- En el frasco de muestra de orina (1cc) se adiciona 04 gotas de Ácido Sulfosalicílico c.- Se aprecia el grado de precipitación de albumina si ésta estuviera contenida en la orina, catalogando: + ligeramente turbia, ++ moderadamente turbia, +++ lechoso	
9	Licenciada de obstetricia explica y registra el plan de parto a la gestante	

10	Licenciada de obstetricia le explica a la paciente los pasos y procedimientos que se realizaran durante la consulta con el médico (anamnesis, examen físico, especuloscopia, toma de pap, registro en la cartilla, indicaciones médicas, interconsultas, solicitud de exámenes auxiliares y próxima cita)
8	La gestante se pone bata y se prepara para el examen médico
9	El médico saluda con amabilidad, empatía y respeto a la gestante
10	El médico en la primera consulta prenatal elabora la Historia Clínica perinatal y confirma datos generales
11	Revisa las funciones vitales, el peso corporal y la albuminuria
12	Indaga sobre los antecedentes familiares poniendo énfasis en diabetes, hipertensión, TBC, cáncer, patología tiroidea y enfermedades genéticas
13	Interroga sobre antecedentes patológicos personales
14	Registra antecedentes ginecológicos y obstétricos
15	Indaga sobre el embarazo actual: evolución del peso corporal, molestias, signos de alarma, nutrición, y entorno familiar
16	Examen físico general y regional
17	Gestante se acuesta en la camilla en posición ginecológica
18	Si es la primera consulta prenatal se le hará especuloscopia, toma de Papanicolaou, tacto bimanual y pelvimetría clínica
19	Se mide y registra la altura uterina
20	Se realizan Maniobras de Leopold (si amerita) y se registra la situación, posición y presentación fetal
21	Se ausculta y registra latidos fetales
22	Se le comunica a la gestante sobre su edad gestacional, diagnósticos, signos de alarma, nutrición, administración de medicamentos, y sobre los exámenes auxiliares y procedimientos a realizarse según el anexo 1.
23	En todos los CPN indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de la familia y/o pareja). En los casos de violencia, se considerará los acrónimos de "AVISAS" y "ANIMA" establecidos por el MINSa (ver anexo).
24	Clasificar el riesgo obstétrico.
25	En el primer control deben solicitarse los siguientes análisis: hemograma completo, Grupo Rh; Glucosa sérica en ayunas, Prueba de sífilis (VDRL o RPR), Prueba de VIH-SIDA, urocultivo y examen completo de orina, dosaje de TSH, antígeno de superficie.
26	Se solicitará Test de Tolerancia a la Glucosa (75 gramos) entre las 24 y 28 semanas. Si no tolera el TTG con 75 gramos se solicitará Hemoglobina glicosilada.
27	Aplicación de la vacuna antitetánica: primera dosis a partir de las 20 semanas; segunda dosis a los dos meses de la primera.
28	Aplicación de la vacuna contra la influenza a partir de las 20 semanas.
29	Aplicación de la vacuna HvB para aquellas que no tienen esquema completo de vacunación contra la hepatitis B. Son tres dosis: la primera a partir de las 20 semanas; la segunda al mes de la primera; la tercera al mes de la segunda.
30	Se aplicará la vacuna dTpa (difteria, tétanos, pertussis) entre las 27 y 36 semanas.
31	ECOGRAFÍAS: Debe indicarse en el primer CPN. Idealmente se solicitará examen ecográfico lo más precoz posible; una segunda ecografía entre las 11 y 13 semanas 6 días. También entre las 22 y 24 semanas y a las 36 semanas.

32	Se recomienda que las embarazadas tomen a partir del segundo trimestre un suplemento diario por vía oral de hierro y ácido fólico con entre 30 y 60 mg de hierro elemental ² y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico.
33	Se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario de calcio (1,5–2,0 g de calcio elemental por vía oral) para reducir el riesgo de preeclampsia.
34	Identificado el factor de riesgo, se procederá de acuerdo a cada caso, tomándose las siguientes acciones frente a los principales riesgos:
35	Para detectar anemia debe indicarse dosaje de hemoglobina en el primer CPN ,una segunda muestra entre las 25 y 28 semanas; la tercera muestra entre las 37 y 40 semanas, y una cuarta muestra 30 días después del parto.
36	En la evaluación de las causas de anemia se pueden realizar los siguientes exámenes: examen parasitológico en heces seriado. Dosaje de ferritina sérica. Gota gruesa en residentes o provenientes de zonas endémicas de malaria. Frotis y cultivo de sangre periférica si hay sospecha de Enfermedad de Carrión.
37	La ferritina mide las reservas de hierro corporal. Los valores normales de ferritina en mujeres oscilan entre 12 a 150 ng/ml.
38	Según el nivel de hemoglobina(gr/dl) se clasificará la anemia: Sin anemia> o =11; Leve, de 10.0 a 10.9; Moderada, de 7.0 a 9.9; Severa, < 7.0
39	A todas las gestantes se les administrará suplemento de hierro bajo la forma de sulfato ferroso y ácido fólico o hierro polimaltosado y ácido fólico según se equivalencia en hierro elemental (ver anexo 6). Los requerimientos diarios de hierro en la gestante son de 30 mg/día. Se debe promover el consumo de alimentos ricos en hierro (Ver anexos 11 y 12).
40	A partir de la semana 14 de gestación, la gestante recibirá suplemento de hierro en dosis diarias de 60 mg de hierro elemental más 400 ug. De ácido fólico (una tableta diaria) durante 3 meses. En caso que la gestante inicie la atención prenatal después de las 32 semanas, se le administrará una dosis diaria de 120 mg de hierro elemental más 800 ug. de ácido fólico durante 3 meses (2 tabletas diarias de 60 mg de hierro elemental más 400 ug de ácido fólico, o su equivalente en hierro polimaltosado: ver anexo N° 10.
41	En las gestantes con anemia, debe administrarse una dosis diaria de 120 mg de hierro elemental más 800 ug de ácido fólico durante 6 meses. Ver anexo 11.
42	En mayores de 35 años, se les solicitará lo siguiente: a) Test de Tolerancia a la Glucosa. b) Ecografía genética entre las 11 semanas y 13 semanas 6 días (se valora la translucencia nuchal, el Hueso nasal, el Ductus Venoso, y la Regurgitación Tricuspidéa) c) Se realizará Doppler de la arteria uterina entre las 11 y 14 semanas y entre las 20 y 24 semanas. d) Ecografía morfológica entre las 20 y 24 semanas.
43	Se realizará Ecografía genética a todas las gestantes con antecedentes personales o familiares de anomalías congénitas.
44	Se indicará Doppler de la arteria uterina entre 11 y 14 y luego entre 20 y 24 semanas a todas las gestantes con antecedentes de preeclampsia o de Hipertensión arterial
45	En las gestantes con riesgo de preeclampsia se administrará preventores: aspirina 100 mg diario antes de las 16 semanas hasta las 36 semanas y calcio 2 gr diarios vía oral todo el embarazo.
46	Ante sospecha clínica de RCIU, se indicará ecografía para determinar el percentil del peso fetal y de ser el caso, un Doppler obstétrico para determinar el grado de RCIU.

47	En la gestante Rh negativa, se administrará la vacuna anti rhD a las 28 semanas. Se buscará en la ecografía marcadores de isoimmunización. En caso de sospecha de anemia fetal, se identificará el pico máximo de velocidad de la arteria Cerebral Media.
48	En las gestantes con cesárea anterior, se identificará ecográficamente la localización de la placenta. Si ésta fuera Previa, se solicitará descarte de Acretismo mediante ecografía y Doppler.
49	En gestantes con antecedentes de prematuridad, se indicará la medición de longitud del cérvix en su primera ecografía y si fuera menor de 25 mm , se administrará progesterona profiláctica vía vaginal 200 mg/día.
50	En gestantes diabéticas, se indicará control de glucosa diario en ayunas y dos horas postprandiales. Se determinará la ingesta calórica diaria, régimen higiénico dietético. Evaluación por oftalmología y cardiología. Suplemente con ácido fólico. Urocultivo. Ecografías seriadas para identificar el peso fetal, volumen de líquido amniótico. También se solicitará ecocardiografías y neurosonografía fetal. De ser necesario, se solicitará interconsulta con Endocrinología.
51	En Abortadoras Recurrentes: en caso de insuficiencia de cuerpo lúteo se administrará progesterona micronizada entre 400 a 1000 mg vía vaginal/día según sea el caso hasta las 12 semanas. En caso de trombofilia se administrará ácido acetilsalicílico 100 mg desde la primera consulta en el primer trimestre hasta las 36 semanas y uso de Enoxaparina en dosis profiláctica (40 mg s.c. diario desde el inicio del embarazo hasta el día del parto).
52	En caso de sífilis temprana (menor o igual a 1 año de infección, incluye sífilis primaria, secundaria y latente temprana), se administrará dosis única de 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM. En caso de sífilis tardía (latente mayor a 1 año de duración desde la infección), se administrará 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas. En caso de sífilis de duración desconocida, se administrará 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas. De igual forma se indicara tratamiento a la pareja
53	En caso de gestación múltiple, se debe determinar la corionicidad y la amniocidad entre las 9 y 14 semanas mediante el hallazgo de los signos lambda y theta. Siempre debe descartarse las grandes complicaciones de la gemelaridad: transfusión feto-fetal, secuencia TRAP, fetus in fetu, siameses, secuencia TAPS, RCIU selectivo
54	Se debe indicar reducción gradual de la actividad física teniendo en cuenta el tipo de actividad de la paciente y en función de la medición de la longitud cervical.
55	Recomendaciones alimentarias: el embarazo gemelar aumenta la necesidad de nutrientes y vitaminas y se recomienda un aporte variado de alimentos, insistiendo en la ingesta de frutas, pescado y verduras, y ácidos grasos Omega 3.
56	Se recomienda iniciar tratamiento preventivo con ácido acetyl salicílico (75-170 mg) a partir de las 11-12 semanas hasta la semana 36, si coexisten uno o más de los siguientes factores de riesgo de hipertensión: primera gestación, edad \geq 40 años, intervalo gestacional $>$ 10 años, IMC $>$ 35 kg/m ² en la primera visita, antecedentes familiares de preeclampsia.
57	En los embarazos gemelares sin complicaciones sobreañadidas, parece prudente finalizar la gestación de forma electiva (vaginal o cesárea electiva). El momento más idóneo será: gestación gemelar bicorial $>$ 37 - $<$ 39. Gestación monocorial diamniótica $>$ 36 - $<$ 38.
58	Se debe considerar la convocatoria de junta médica en casos complejos

59	En toda paciente que deba terminarse gestación por cesárea electiva debe contar con depósito de sangre y riesgo quirúrgico
60	Toda paciente con antecedente o riesgo de prematuridad deberá recibir maduración pulmonar con betametasona 12 mgr IM/día por dos días
61	Toda paciente múltipara debe pasar por consejería en planificación familiar para posibilidad de anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV post-parto, intracésárea)
62	La periodicidad de citas será de acuerdo a la evolución de la gestante.
63	En los controles prenatales sucesivos se registran en la tarjeta de control prenatal e historia clínica los resultados de los exámenes auxiliares
64	Médico coloca firma y sello en historia clínica y carne perinatal
65	Higiene de manos

COMPLICACIONES (15)

El no cumplimiento adecuado del control prenatal se ha asociado a anemia, preeclampsia, sobrepeso, ruptura prematura de membranas, prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino, Óbitos, infecciones de transmisión prenatal (sífilis, VIH, etc) aumento de morbi-mortalidad maternofetal.

REGISTROS (16)

Registro SIGHOS

Historia Clínica del Hospital

Historia Clínica Perinatal

Carnet Perinatal

Carne de vacunas

Formato de Junta médica

ANEXOS (17)

ANEXO N° 01

Factores de Riesgo Potenciales

- Edad (menor de 20 y mayor de 35 años)
- Analfabeta
- Soltera
- Talla baja (menor de 1.50 metros)
- Antecedentes familiares
- Periodo intergenésico corto (menor a 24 meses)
- Trabajo con predominio físico (excesiva carga horaria, exposición a agentes físicos-químicos-biológicos, stress)
- Nulípara o gran múltipara
- Violencia familiar

Factores de Riesgo Reales

Aquellos cuya presencia se asocia de forma directa al daño en base a las evidencias científicas disponibles. Ejemplo de ello son algunas patologías específicas relacionada con la gestación (preeclampsia, diabetes, anemia, etc).

Preconcepcionales

- Diabetes
- Hipertensión arterial
- Tuberculosis
- Nefropatías
- Cardiopatías

- Hepatopatías
- Endocrinopatías
- Trastornos psiquiátricos
- Infecciones de transmisión sexual/VIH-sida
- Otras patologías ginecológicas (cirugías pélvicas, infertilidad, cáncer ginecológico)
- Varices en miembros inferiores
- Hábito de fumar, alcoholismo, drogadicción
- Factor Rh (-)

Del embarazo

- Hiperemésis gravídica no controlable
- Antecedentes de aborto diferido y muerte fetal anteparto
- Anemia
- Infección de vías urinarias
- Poca o excesiva ganancia de peso
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Embarazo múltiple
- Hemorragia
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Rotura prematura de membranas
- Enfermedades endémicas y embarazo
- Psicopatologías
- Persona que vive con el Virus del Sida (PVVS)
- Infección ovular
- Presentación pélvica y situación transversas después de 36 semanas
- RH negativo sensibilizado
- Embarazo prolongado
- Diabetes en el embarazo
- Cesárea anterior
- Adolescentes con riesgos activos
- Macrosomía fetal
- Alcoholismo y drogadicción

ANEXO N° 02

Del grupo familiar víctimas de violencia sexual

ANIMA: la OPS y la OMS tienen cinco pasos específicos de apoyo de primera línea que los proveedores de servicios de salud pueden utilizar para atender a las mujeres que han sufrido violencia:

Atención al escuchar

No juzgar y validar

Informarse sobre sus necesidades y preocupaciones

Mejorar la seguridad y

Apoyar

ANEXO N° 03

Componentes en la atención clínica (AVISAS)

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

M.C. GUIDO ZAMUDIO RODRIGUEZ
Médico de Ginecología y Obstetricia
CMP. 25507 R.N.E. 19756

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI - "SAN BARTOLOME"

M.C. Juan Ramírez Cabrera
Jefe del Dpto. Gineco Obstetricia
CMP. 24474 - R.N.E. 14521

En la presente Norma Técnica se utilizará un esquema para el cuidado integral llamado: AVISAS, el cual tiene 6 componentes:

Acogida e intervención en crisis

Valoración física/sexual

Intervención clínica

Seguimiento de caso

Acceso a la información y a la justicia

Seguridad (Plan de Seguridad)



ANEXO N° 04

A. Intervenciones nutricionales	Recomendación	Tipo de recomendación
Intervenciones alimentarias	A.1.1: Se recomienda brindar asesoramiento a las embarazadas sobre la importancia de una alimentación saludable y la actividad física durante el embarazo, con el fin de que se mantengan sanas y no aumenten excesivamente de peso durante el embarazo.	Recomendada
	A.1.2: En poblaciones desnutridas se recomienda proporcionar a las embarazadas información nutricional sobre la importancia de aumentar la ingesta calórica y de proteínas para reducir el riesgo de dar a luz a niños con insuficiencia ponderal.	Recomendada en contextos específicos
	A.1.3: En poblaciones desnutridas se recomienda que las embarazadas tomen suplementos dietéticos energéticos y proteicos equilibrados para reducir el riesgo de muerte prenatal y de nacimiento de niños de tamaño pequeño para su edad gestacional.	Recomendada en contextos específicos
	A.1.4: En poblaciones desnutridas no se recomienda que las embarazadas tomen suplementos ricos en proteínas para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de hierro y ácido fólico	A.2.1: Para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, el bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario por vía oral de hierro y ácido fólico con entre 30 y 60 mg de hierro elemental ¹ y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico. ¹⁴	Recomendada
	A.2.2: Para mejorar los resultados maternos y neonatales se recomienda que las embarazadas tomen intermitentemente un suplemento de hierro y ácido fólico por vía oral con 120 mg de hierro elemental ¹ y 2800 µg (2,8 mg) de ácido fólico una vez a la semana si la toma diaria de hierro no es aceptable debido a los efectos secundarios; esta recomendación también es aplicable en aquellas poblaciones en las que la prevalencia de anemia entre las embarazadas sea inferior al 20%. ⁸	Recomendada en contextos específicos
Suplementos de calcio	A.3: En poblaciones con una dieta baja en calcio, se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario de calcio (1,5–2,0 g de calcio elemental por vía oral) para reducir el riesgo de preeclampsia. ⁷	Recomendada en contextos específicos

ANEXO N° 05

Medición de Hemoglobina en gestantes durante la atención prenatal

1era. Medición Hemoglobina	2a. Medición Hemoglobina	3era. Medición Hemoglobina	4ta. Medición Hemoglobina
Durante el primer control prenatal (inicio de la suplementación)	Semana 25 a la 28 de gestación.	Semana 37 a la 40 de gestación (antes del parto)	A los 30 días post parto (fin de la suplementación)

ANEXO N° 06

Contenido de Hierro elemental de los productos farmacéuticos existentes en PNUME

PRESENTACION	PRODUCTO	CONTENIDO DE HIERRO ELEMENTAL
GOTAS	Sulfato Ferroso	1 gota = 1,25 mg Hierro elemental
	Complejo Polimaltosado Férrico	1 gota = 2,5 mg Hierro elemental
JARABE	Sulfato Ferroso	1 ml = 3 mg de Hierro elemental.
	Complejo Polimaltosado Férrico	1 ml = 10 mg de Hierro elemental.
TABLETAS	Sulfato Ferroso	60 mg de Hierro elemental
	Polimaltosado	100 mg de Hierro elemental
POLVO	Micronutrientes	Hierro (12,5 mg Hierro elemental) Zinc (5 mg) Ácido fólico (160 ug) Vitamina A (300 ug Retinol Equivalente) Vitamina C (30 mg)

ANEXO N° 07

Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en Mujeres Gestantes y Puérperas (hasta 1,000 msnm)

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
Mujeres Gestantes y Puérperas				
Mujer Gestante de 15 años a más ^(*)	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Puérpera	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra. 2011 ⁽²⁶⁾

Fuente: OMS. 2001. El uso clínico de la sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia, trauma y quemaduras. Ginebra ⁽²⁵⁾

(*) En el segundo trimestre del embarazo, entre la semana 13 y 28, el diagnóstico de anemia es cuando los valores de hemoglobina están por debajo de 10.5 g/dl

ANEXO N° 08

Medidas de Prevención de Anemia

EN LA GESTACIÓN	EN EL PARTO
Educación alimentaria que promueva la importancia de una alimentación variada incorporando diariamente alimentos de origen animal como: sangrecita, hígado, bazo y otras vísceras de color oscuro, carnes rojas, pescado.	Pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical , a los 2 - 3 minutos después del nacimiento en el recién nacido a término y sin complicaciones ⁽⁶⁰⁾
Suplementación de la gestante y puérpera con Hierro y Ácido Fólico a partir de la semana 14 de gestación hasta 30 días post-parto.	Inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de nacimiento, de manera exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta los 2 años de edad.

ANEXO N° 09

Suplementación Preventiva con Hierro y Ácido Fólico en la mujer gestante y puérpera

INICIO ADMINISTRACIÓN	DOSIS	PRODUCTO	DURACIÓN
Gestantes a partir de la semana 14 de gestación	60 mg de hierro elemental + 400 ug. de Ácido Fólico	Tableta de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico	1 tableta al día hasta los 30 días post parto
Gestantes que inician atención prenatal después de la semana 32	120 mg de hierro elemental + 800 ug. de Ácido Fólico	o Tableta de Hierro Polimaltosado	2 tabletas al día hasta los 30 días post parto.
Puérperas	60 mg de hierro elemental + 400 ug. de Ácido Fólico	+ Ácido Fólico	1 tableta al día hasta los 30 días post parto

ANEXO N° 10

Tratamiento de Anemia con Hierro y Ácido Fólico en gestantes puérperas

CONDICION DE ANEMIA	DOSIS	PRODUCTO	DURACION	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Anemia Leve	120 mg de hierro elemental + 800 µg de Ácido Fólico Diario (2 tabletas diarias)	Sulfato Ferroso + Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado + Ácido Fólico	Durante 6 meses	Cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance valores de 11 g/dl o más (valores ajustados a los 1000 msnm).
Anemia Moderada		Hierro Polimaltosado + Ácido Fólico		
Anemia Severa	Tratar inmediatamente como caso de anemia y referir a un establecimiento de mayor complejidad que brinde atención especializada (hematología y/o ginecología)			

ANEXO N° 11

Requerimientos de Hierro

Requerimientos de Hierro	Ingesta diaria de Hierro recomendada (mg/día)	
	Mujeres	Varones
Niños de 6 meses a 8 años	11	
Niños de 9 años a adolescentes de 13 años	8	
Adolescentes de 14 a 18 años	15	11
Gestantes	30	
Mujeres que dan de lactar	15	

Fuente: Adaptado de FAO/OMS. (2001). Human Vitamin and Mineral Requirements. Food and Nutrition Division - FAO. Roma, Italia ⁽⁶⁰⁾

ANEXO N° 12

Contenido de Hierro en mg por ración de 2 cucharadas en diversos alimentos

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

M.C. GOIDO ZAMUDIO RODRIGUEZ
Médico de Ginecología y Obstetricia
CMP. 25507 RNE. 1975F

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI - "SAN BARTOLOME"

M.C. Juan Ramírez Cabrera
Jefe del Dpto. Gineco Obstetricia
CMP. 24474 - RNE. 14521

ALIMENTOS	Cantidad de Hierro en mg por ración de 2 cucharadas (30 gramos)
Sangre de pollo cocida	8.9
Bazo de res	8.6
Riñón de res	3.4
Hígado de pollo	2.6
Charqui de res	2.0
Pulmón (Bofe)	2.0
Hígado de res	1.6
Carne seca de llama	1.2
Corazón de res	1.1
Carne de Carnero	1.1
Pavo	1.1
Carne de res	1.0
Pescado	0.9
Carne de pollo	0.5

Fuente: CENAN/INS/MINSA. 2009 Tabla Peruana de Composición de Alimentos 7ma. Edición. Lima, Perú ⁽⁶⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Guía Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. MINSA. Perú AÑO 2006
2. Control Pre Natal- OPS. 2014.
3. Recomendaciones para el Control Pre Natal. OMS. 2016
4. Cunningham, F. Gary , Williams Obstetricia.; Ed Mc Graw Hill. 2015
5. Consulta Pre Natal: Sociedad Española de Gin y Obst. 2018
6. L. Cabero Roura , Tratado de Ginecología y Obstetricia.: 2° Ed. 2015
7. Peahl, Alex F.Right-Sizing. Prenatal Care to Meet Patient's Needs and Improve Maternity Care Value MD: Obtetrics and Gynecology: May 2020 Vol 135 Issue 5 - p. 1027-1037
8. ""Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación" Resolución Ministerial N° 719-2018- MINSA
9. Reglamento de la Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar (D. S. N° 009-2016-MIMP)
10. Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral a Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar Afectados por la Violencia Sexual. Aprobada con RM N° 649-2020/MINSA, 20 agosto 2020
11. Directriz: Administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico a embarazadas no anémicas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012
12. Directiva sanitaria N°069-MINSA/DGSP-V.01 para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puérperas (mujeres que acaban de dar a luz hasta los 30 días).
13. Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA del 12 de abril del 2017 que aprueba la NTS N° 134_ MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.
14. . E. Gratacós; F. Figueras Medicina Fetal. Embarazo Múltiple. Ed Panamericana. 2018



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO “SAN BARTOLOMÉ”

DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA

SERVICIO DE MEDICINA MATERNO
FETAL

GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
DE ATENCIÓN DE PARTO VAGINAL
SOLAMENTE (CON O SIN EPISIOTOMÍA)

2021

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1) ATENCIÓN DE PARTO VAGINAL SOLAMENTE (CON O SIN EPISIOTOMÍA)		
CODIGO (2) 59409	VERSION (3) 2021.V.01	DEPARTAMENTO (4) GINECO-OBSTETRICIA
DEFINICION (5) Proceso de expulsión del feto vivo o muerto y sus anexos, a través del canal vaginal a partir de la semana 22 de gestación (al menos 500 gr o más de peso).		
OBJETIVO (6) Unificar criterios en la atención del parto vaginal. Disminuir la morbimortalidad materna y neonatal dependiente de la técnica. Facilitar la realización de estudios prospectivos y retrospectivos		
INDICACIONES (7) Pacientes sin indicación de cesárea que se encuentren en fase expulsiva de trabajo de parto y con altura de presentación fetal de C+2, en multiparas a criterio médico.		CONTRAINDICACIONES (8) Indicaciones absolutas de cesárea.
PERSONAL (9) QUE INTERVIENEN MEDICO: Gineco-obstetra, Residentes de 1er, 2do y/o 3er año según diagnóstico de la paciente y Pediatra. NO MEDICO: Licenciada(o) en obstetricia, Licenciada de Enfermería y técnica(o) de enfermería		
RECURSOS MATERIALES		
N°	DENOMINACION	
EQUIPOS BIOMEDICOS (10)		
1	Mesa de Partos	
4	Equipo de Aspiración	
5	Servocuna	
6	Tensiómetro	
7	Pulsioxímetro	
8	Doppler fetal	
INSTRUMENTAL (11)		
1	Pinza Foerster o Pean (1)	
2	Porta agujas (1)	
3	Pinza de disección sin diente (1)	
4	Tijera de Mayo recta (1)	
5	Tijera Braun-Stadler (1)	
6	Pinzas para cordón umbilical (de aprehensión) (2)	
7	Pinza Kelly pequeña (1)	
8	Riñonera o bowl pequeño (1)	
9	Estetoscopio (1)	
DISPOSITIVOS MEDICOS (12)		
1	Sonda Nélaton N° 12	
2	Equipo de venoclisis	
3	Catéter venoso periférico N° 18	
4	2 piñeras y 3 campos estériles	

5	Mandil estéril
6	Gorra, mascarilla y bota
7	Llave triple vía
8	Ácido poliglicólico Nº 2/0 con aguja MR 35 o catgut crómico Nº 2/0 con aguja MR 35
9	Ácido poliglicólico Nº 0 con aguja MR 35
10	Jeringa 10cc
11	Gasas estériles de 10 x 10 cm
12	Guantes quirúrgicos estériles
13	Esparadrapo o apósito adhesivo

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

Nº	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Oxitocina 10 UI	INY
2	Paracetamol 500 mg	TAB
3	Cloruro de Sodio 0.9 % 1000cc	INY
4	Xilocaína al 2% sin epinefrina 20cc/frasco	INY
5	Yodopovidona espuma	SOL TP
6	Yodopovidona solución	SOL TOP

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

Nº	SECUENCIA DE PASOS
1	Lavado de manos quirúrgicos (Gineco- obstetra, residentes, anestesiólogo, enfermera)
2	Identificación de paciente programada (Gineco- obstetra, residentes, anestesiólogo, enfermera)
3	Paciente en mesa de partos, en la posición que ella se sienta lo más cómoda posible para el pujo, pudiendo ser en litotomía, semi sentada o en posición de cuclillas (vertical) (Lic en obstetricia y técnica de enfermería)
4	Lavado de manos quirúrgico de los que participen en la atención del parto (Gineco- obstetra y/o residentes de GO)
5	Colocación del mandil y guantes estériles (Gineco-obstetra y/o residentes de GO)
6	Asepsia y antisepsia de la región vulvar, púbica, perineal y zona proximal de muslos con agua, yodopovidona espuma, y solución (Gineco-obstetra y/o residentes de GO)
7	Colocación de pierneras y campos estériles (Gineco-obstetra y residentes de GO)
8	Evacuación vesical en casos muy necesarios (Gineco-obstetra y/o residente de GO) Se recomienda que paciente miccione antes de pasar al expulsivo. Se le explica y/o recuerda a la paciente técnicas de pujo/respiración y manejo de dolor durante el expulsivo
9	Pujo espontáneo de la paciente
10	Auscultación de LCF
11	Episiotomía (medio lateral derecha) en casos muy seleccionados previa infiltración con xilocaína al 2% (Gineco-obstetra y/o residentes de GO)
12	Esperar la expulsión de la cabeza fetal, realizar la protección perineal activa ("hands on"), con la mano dominante se soporta el periné y con la otra se presiona la cabeza fetal. Al expulsar la cabeza fetal se limpia la boca y se le dice a la paciente que no puje (Gineco-obstetra y/o residente de GO)
13	Comprobar presencia de circular de cordón y evaluar posibilidad de rechazarlo o pinzar y cortar si lo primero no se pudiera. (Gineco-obstetra y/o residente de GO)

14	Observar o asistir la rotación externa de la cabeza fetal (Gineco-obstetra y/o residente de GO)
15	Tracción con las palmas de ambas manos en sentido caudal hasta la extracción del hombro anterior. Decirle a la paciente que puje (Gineco-obstetra y/o residente de GO)
16	Tracción en sentido contrario hasta la salida del hombro posterior (Gineco-obstetra y/o residente de GO)
17	Deslizar la mano ipsilateral al dorso fetal por este mientras se termina de expulsar el cuerpo, hasta alcanzar los tobillos de donde se lo sostiene, flexionando las rodillas del RN. Mantener al RN a nivel de la placenta o levemente inferior (Gineco-obstetra y/o residente de GO)
18	Terminar de limpiar secreciones de la boca del RN y estimular el dorso del RN frotándolo (Gineco-obstetra y/o residente de GO)
19	Colocar al RN sobre el pecho materno bajo el cuidado del pediatra, el residente de pediatría o la licenciada de enfermería. (Gineco-obstetra y/o residente de GO)
20	Clampaje tardío del Cordón Umbilical, entre 1 a 2 minutos o cuando cese el latido, si no hay contraindicación (Gineco-obstetra y/o residente de GO)
21	Colocación de 10UI de oxitocina intramuscular al salir el hombro fetal anterior (Licenciada en Obstetricia)
22	Observar signos de desprendimiento placentario (Gineco-obstetra y/o residente de GO)
23	Maniobra de Brandt Andrews, que consta de una tracción controlada del cordón umbilical con la mano diestra, mientras con la otra mano se realiza la presión suprapúbica para evitar la inversión uterina (Gineco-obstetra y/o residente de GO)
24	Revisión de placenta, membranas y cordón umbilical (Gineco-obstetra y/o residente de GO)
25	Revisión de canal vaginal para identificación de desgarros (Gineco-obstetra y/o residente de GO)
26	Sutura de desgarros vaginales y/o realización de episiorrafia de acuerdo al caso, con ácido poliglicólico 0 o 2/0 MR35 (Gineco-obstetra y/o residente de GO)
27	De ser el caso realizar tacto rectal para verificar la indemnidad del recto (Gineco-obstetra y/o residente de GO)
28	Lavado de zona genital y perineal con agua o sablón (Gineco-obstetra y/o residente de GO)
29	Verificación de contracción uterina y Funciones Vitales (Gineco-obstetra y/o residente de GO y Licenciada en Obstetricia)
30	Traslado de paciente a puerperio inmediato (Técnica de enfermería)
31	Lavado de manos. (Gineco-obstetra, residentes, anestesiólogo, enfermera)

COMPLICACIONES (15)

Hemorragias: desgarros del canal vaginal o cervical. Hematomas vaginales

Infecciones: endometritis, infección de episiorrafia.

Distocia de hombros.

Trauma Obstétrico

Dehiscencia de episiorrafia

Retención de secundinas o Retención placentaria

REGISTROS (16)

Reporte de Parto en formato o Informatizado

Historia Clínica colocar reporte

ANEXOS (17)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)
1. Guía para la Atención del parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia Ministerio de Salud de Argentina-UNICEF. 4ta Edición. Noviembre 2010
2. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. ISBN 978-92-75-32093-8
3. Guía de Practica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Edición 1º octubre 2010. Grupo de Trabajo del Hospital de Cruces, Barakaldo, Bizkaia
4. Evidence-based labor and delivery management. Vincenzo Berghella y cols. Junio 30 - 2008
5. Guía de Practica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Ministerio de Salud del Perú. 2007
6. Maniobras de protección perineal: manejo expectante frente a manejo activo. Revisión de la Bibliografía. Matronas Prof. 2013; 14(1):19-23

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

.....

M.C. GUIDO ZAMUDIO RODRIGUEZ
Médico de Ginecología y Obstetricia
CMP. 25507 - RNE. 19756

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI - "SAN BARTOLOME"

.....

M.C. Juan Ramirez Cabrera
Jefe del Dpto. Gineco Obstetricia
CMP. 24474 - RNE. 14521



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO “SAN BARTOLOMÉ”

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA

SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL

GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ECOGRAFIA,
ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN
DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA, 1ER
TRIMESTRE (<14 SEMANAS O DÍAS), ABORDAJE
TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA

2021

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1) ECOGRAFIA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FEAL Y MATERNA, 1ER TRIMESTRE (<14 SEMANAS O DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA		
CÓDIGO (2) 7680.1	VERSIÓN (3) 2021.V.01	DEPARTAMENTO (4)GINECO-OBSTETRICIA
DEFINICION (5) Ecografía obstétrica realizada hasta las 13 semanas 6 días de edad gestacional		
OBJETIVO (6) <ol style="list-style-type: none"> 1. Obtener el Diagnóstico temprano de gestaciones endouterinas 2. obtener Diagnóstico temprano de gestaciones no evolutivas 3. Determinar la corionicidad y amniocidad en embarazo múltiple 4. Identificar precozmente los marcadores ecográficos de anomalías congénitas Fetales 		
INDICACIONES (7) <ol style="list-style-type: none"> 1.- Confirmar la presencia de una gestación intrauterina 2. Evaluar sospecha de embarazo ectópico 3. Estimar la edad gestacional 4. Diagnosticar y evaluar gestación múltiple 5. Confirmar actividad cardiaca 6. Evaluar amenaza de aborto 8. Evaluar localización de un DIU concurrente con gestación 9. Evaluar masas anexiales, pélvicas o anomalías uterinas durante el embarazo 		CONTRAINDICACIONES (8) Ninguna
PERSONAL (9) QUE INTERVIENE MEDICO: Gineco-obstetra con entrenamiento en ecografía residente de 2do año G-O NO MEDICO: Secretaria		
RECURSOS MATERIALES		
N°	DENOMINACION	
EQUIPOS BIOMEDICOS (10)		
1	Equipo de ultrasonido de suficiente resolución	
INSTRUMENTAL (11)		
1	Camilla	
2	Banqueta giratoria	
3	Balde de desechos de acero inoxidable	
4	Gel conductor de ultrasonido	
DISPOSITIVOS MEDICOS (12)		
1	Guantes limpios	
2	Preservativos	
3	Bata	
4	Solera impermeable	
5	Sábana	

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)	
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)	
N°	SECUENCIA DE PASOS
1	Lavado de manos y colocación de guantes
2	Identificación de la paciente
3	Al ingresar la paciente debe portar doble mascarilla, lo mismo que el personal asistencial
4	Paciente se coloca bata y se ubica en la camilla en decúbito supino o decúbito supino con piernas flexionadas según abordaje transabdominal y/o transvaginal.
5	Vejiga vacía si abordaje es transvaginal, sin embargo debe estar llena si abordaje es transabdominal en gestaciones menores a 12 semanas. Se pueden utilizar ambos abordajes para obtener información más completa.
6	Gineco-Obstetra confirma información de la orden que trae la paciente: Nombre de la paciente, FUR, diagnóstico y demás enviada por el médico tratante
7	Gineco obstetra se calza guantes y orienta a la gestante respecto al procedimiento. Se utiliza sábana sobre paciente respetando la intimidad .
8	El abordaje transvaginal, se ubica el transductor respectivo dentro de un preservativo con gel por dentro y fuera de éste.
9	Realizar cortes longitudinal y transversal a utero y anexos.
10	Determinar localización, forma, apariencia y número de sacos gestacionales, considerando como verdadero saco el tener bordes ecogénicos y signo de doble decidua. Así mismo debe medirse su diámetro en 3 planos ortogonales y sacar el promedio.
11	Identificar la vesícula vitelina dentro del saco gestacional, determinando su forma, diámetro y número. Siempre debe visualizarse con SG mayor de 10 mm.
12	Lo siguiente es visualizar el embrión, que aparece como engrosamiento de 1-2 mm en la periferie del saco vitelino, y debe encontrarse cuando el SG es mayor a 18mm en abordaje transvaginal y mayor de 25 mm en abordaje transabdominal. El embrión crece 1 mm por día.
13	Determinación de la viabilidad: identificación y cuantificación de la actividad cardíaca, que suele detectarse a partir de los 2 mm, pero en 5-10 % se encontrará recién a los 5mm. La frecuencia cardíaca incrementará de 100-110 lpm a las 6 semanas hasta 150-170 lpm a las 8 semanas.
14	En la visualización de la cavidad amniótica, esta crece más rápido que la cavidad coriónica, llegando a fusionarse sus membranas y apareciendo en la decidua un área focal de engrosamiento llamado corion frondoso, que posteriormente llegará a ser la placenta. Determinación de la corionicidad y amniocidad en gestación múltiple: signo lambda o signo T
15	Determinación de la edad gestacional: Ante la presencia del embrión, la Longitud Craneo-Caudal, provee su más exacta estimación . Técnica: Plano sagital medio, feto en posición horizontal y neutra, polos bien definidos, se magnifica imagen a dos tercios de pantalla.
16	Evaluación uterina y anexial, determinando presencia de lesiones en el miometrio, anomalías müllerianas y masas anexiales.
17	Exploración de la anatomía fetal entre las 11 y 13.6 semanas. Ver cuadro 1

18	<p>Evaluación de marcadores ecográficos, mediante medición de Translucencia Nucal, con los siguientes criterios óptimos que se deben seguir:</p> <ul style="list-style-type: none"> _ LCN entre 45 y 84 mm _ Vía abdominal o Vaginal _ Feto en posición neutra _ Sección medio-sagital, utilizando como marcadores que deben visualizarse en el mismo plano la punta ecogénica de la nariz, la forma rectangular del paladar, el diencéfalo y la TN _ Magnificación: incluir solo cabeza y parte superior del tórax _ Identificación de la membrana amniótica separada del feto y de la posible interposición del cordón _ Calipers on-on _ Reducir la ganancia _ Medir la zona de máxima sonolucencia _ Medir al menos 3 veces y elegir la mayor.
19	Otras evaluaciones como presencia de Hueso Nasal, Ductus Venoso, Doppler Valvula Tricuspilea se consideran opcionales y se pueden ver en el protocolo de ecografía genética.
20	Médico se retira guantes y realiza lavado de manos.

COMPLICACIONES (15)

Ninguna

REGISTROS (16)

Reporte de ecografía en formato (se entrega al paciente o adjunta en historia clínica)

Registro SIGHOS

ANEXOS (17)

Tabla I. Exploración anatómica fetal entre la 11.^a y 13.^a semanas

Cabeza	Integridad ósea y de línea media. Ventriculos laterales. Plexos coroideos
Cara	Perfil. Hueso nasal. Órbitas con cristalinos. Labio superior
Cuello	Translucencia nucal. Excluir masas-colecciones líquidas
Columna	Integridad y alineación vertebral. Piel intacta
Tórax	Pulmones simétricos, descartar derrames y tumores. Diafragma íntegro
Corazón	Cuatro cámaras simétricas y ritmo regular. Apex izquierdo. Situs
Abdomen	Estómago intraabdominal izquierdo. Riñones y vejiga
Pared	Inserción umbilical normal, con pared íntegra
Extremidades	Tres segmentos de los cuatro miembros: integridad, alineación, movilidad
Anejos	Ecoestructura placentaria. Cordon con 3 vasos

Modificado de: ISUOG Practice Guidelines. Ultrasound Obstet Gynecol 2013;41:102-13

BIBLIOGRAFIA (18)

1. Mei JY, et al. First-Trimester Ultrasound. Obstet Gynecol Clin North Am. 2019, 46(4):829-852.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Exploración Ecográfica del Primer Trimestre. Prog Obstet Ginecol. 2015.

3. Fernanda S Mazzariol et al. Pearls and pitfalls in first-trimester obstetric sonography. Clin Imaging. 2015;39(2):176-85.
4. Peter M Doubilet. Ultrasound evaluation of the first trimester. Radiol Clin North Am. 2014;52(6):1191-9.
5. ISUOG Practice Guidelines: performance of first-trimester fetal ultrasound scan. Ultrasound Obstet Gynecol 2013; 41: 102–113.
6. Antonette Dulay and Joshua A Copel. First-Trimester Ultrasound: Current Uses and Applications. Semin Ultrasound CT MRI. 2008;29:121-131.

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

.....
M.C. GUIDO RAMUDIO RODRIGUEZ
Médico de Ginecología y Obstetricia
CMP. 25507 RNE. 19756

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI - "SAN BARTOLOME"

.....
M.C. Juan Ramirez Cabrera
Jefe del Dpto. Gineco Obstetricia
CMP. 24474 - RNE. 14521



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO “SAN BARTOLOMÉ”

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA

SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL

GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE
ECOGRAFIA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON
DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN
FETAL Y MATERNA, DESPUÉS DEL 1ER TRIMESTRE
(>0 = A 14 SEMANAS 0 DÍAS), ABORDAJE
TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA

2021

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): ECOGRAFIA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA, DESPUÉS DEL 1ER TRIMESTRE (>0 = A 14 SEMANAS O DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	
CÓDIGO (2) 76805	VERSIÓN (3) 2021.V.01
DEPARTAMENTO (4) GINECO-OBSTETRICIA	
DEFINICIÓN (5) Procedimiento ecográfico para evaluar al feto y anexos en el 2do y 3er trimestre del embarazo .	
OBJETIVOS (6) 1.- Observar la evolución de la gestación del 2do y el 3er trimestre 2.- detectar anomalías fetales, uterinas, la placenta y sus anexos 3.- Realizar biometría fetal	
INDICACIONES (7) 1-Estimar la edad gestacional. 2-Diagnosticar y evaluar la gestación múltiple 3-Confirmar actividad cardiaca. 6-Detectar Anomalías Congénitas Fetales 7-Estimar el peso fetal 8-Observar el cordón umbilical (circulares, vascularidad y patologías) 9-evaluar la presentación y situación del feto 10-Evaluar el grado y patologías placentarias 11-Evaluar la longitud del cérvix 12- Evaluar el líquido amniótico 13- determinar sexo fetal 14-Evaluar la polihidramnios y oligoamnios	CONTRAINDICACIONES (8) Contraindicaciones: no hay
PERSONAL (9) QUE INTERVIENE MEDICO: Gineco-obstetra con entrenamiento en ecografía, Residente de G-O de 2do año NO MEDICO: Secretaria	
RECURSOS MATERIALES	
N°	DENOMINACION
EQUIPOS BIOMEDICOS (10)	
1	Equipo de ultrasonido de suficiente resolución con transductor convexo y transvaginal
INSTRUMENTAL (11)	
1	Camilla
2	Banqueta giratoria
3	Balde de desechos de acero inoxidable
4	Gel conductor de ultrasonido
DISPOSITIVOS MEDICOS (12)	
1	Guantes limpios
2	Preservativo
3	Bata
4	Solera impermeable
5	Sábana

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)		
N°	DENOMINACION	FORMA FARMA-CEUTICA
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)		
N°	SECUENCIA DE PASOS	
1	Higiene de manos y colocar guantes	
2	Identificación de la paciente	
3	Paciente se coloca bata y se ubica en la camilla en decúbito supino o decúbito supino con piernas flexionadas según abordaje transabdominal y/o transvaginal.	
4	Vejiga puede estar llena para el abordaje transabdominal. En caso se complemente con abordaje transvaginal se pedirá que la paciente miccione	
5	Gineco-Obstetra confirma información de la orden que trae la paciente: Nombre de la paciente, FUR, diagnóstico y demás enviada por el médico tratante	
6	Gineco obstetra se calza guantes y orienta a la gestante respecto al procedimiento. Se utiliza sábana sobre paciente respetando la intimidad .	
7	Determinar presentación posición y situación y presentación y se confirma número de fetos	
8	Evaluar volumen y características de líquido amniótico	
9	Determinar la situación espesor y grado de madurez de la placenta	
10	Realizar la biometría fetal : DBP, Circunferencia cefálica, circunferencia abdominal y Longitud del fémur según técnica habitual.	
11	Casos especiales: medir longitud del humero, cubito, radio, tibia, peroné y diámetro transcerebeloso	
12	Según la biometría, evaluar el ponderado fetal ecográfico	
13	Observar toda la morfología fetal: cabeza fetal, cara fetal, tórax, cuatro cámaras del corazón, diafragma, cámara gástrica, riñones, intestinos, vejiga, genitales , integridad de columna fetal , morfología de huesos de extremidades	
14	Retiro de gel del abdomen de la paciente	
15	Médico se retira guantes y realiza lavado de manos.	
REGISTROS (16)		
Reporte de ecografía en formato (se entrega al paciente o adjunta en historia clínica)		
Registro SIGHOS		
BIBLIOGRAFIA (18)		
Rumack C. Ecografía Obstétrica y fetal 5ta edición 2018		
Callen y Col Ecografía en Obstetricia y Ginecología 6ta edicion 2017		

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

.....
M.C. GILBERTO ZAMUDIO RODRIGUEZ
Médico de Ginecología y Obstetricia
CMP. 25507 RNE. 19756

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI - "SAN BARTOLOME"

.....
M.C. Juan Ramirez Cabrera
Jefe del Dpto. Gineco Obstetricia
CMP. 24474 - RNE. 14521



**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO "SAN BARTOLOMÉ"**

**DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA**

**SERVICIO DE MEDICINA MATERNO
FETAL**

**GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
DE ECOGRAFIA DOPPLER FETAL**

2021

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1) ECOGRAFIA DOPPLER FETAL		
CÓDIGO (2) 76820.01	VERSIÓN (3) 2021.V.01	DEPARTAMENTO (4) GINECO-OBSTETRICIA
DEFINICION (5) Evaluación ultrasonografía, que valora el flujo de sangre en las arterias y venas más importantes tanto de la madre (arterias uterinas) como del feto (arterias cerebral, arteria y vena umbilical, ductus venoso, istmo aórtico).		
OBJETIVO (6) 1- Evaluar el bienestar fetal. 2-Identificar y/o monitorear los cambios hemodinámicos en el feto producto de su adaptación inicial y/o claudicación a la hipoxia o anemia.		
INDICACIONES (7) 1- Gestante con alto riesgo y/o sospecha de insuficiencia placentaria: hipertensión, pre eclampsia, RCIU. 2.- Vigilancia de la hemodinámica fetal 3- Gestante con incompatibilidad Rh con sospecha de anemia fetal.		CONTRAINDICACIONES (8) Ninguna
PERSONAL (9) QUE INTERVIENE MEDICO: Gineco-obstetra con entrenamiento en ecografía, Residente de G-O de 2do año NO MEDICO: Secretaria		
RECURSOS MATERIALES		
N°	DENOMINACION	
EQUIPOS BIOMEDICOS (10)		
1	Equipo de ultrasonido de alta resolución y con Doppler color	
INSTRUMENTAL (11)		
1	Camilla	
2	Banqueta giratoria	
3	Balde de desechos de acero inoxidable	
4	Gel conductor de ultrasonido	
DISPOSITIVOS MEDICOS (12)		
1	Bata	
2	Solera impermeable	
3	Sábana	
4	Guantes limpios	
PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)		
N°	DENOMINACION	FORMA FARMA-CEUTICA
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)		
N°	SECUENCIA DE PASOS	
1	Lavado de manos y colocar guantes	
2	Identificación de la paciente	
3	Paciente debe miccionar antes del examen.	
4	Paciente con bata se ubica en la camilla, en decúbito supino	

5	Gineco obstetra se calza guantes limpios y orienta a la paciente respecto al procedimiento. Coloca sábana para proteger intimidad.
6	Coloca gel sobre la pelvis de la paciente para abordaje transabdominal.
7	DOPPLER DE LA ARTERIA UTERINA
8	Colocar transductor en posición oblicua abarcando el área del OCI e itsmo, observando partes fetales.
9	Desplazamiento desde adentro hacia el borde del útero. Cuando se deja ver partes fetales se enciende doppler color para identificar la arteria iliáca externa (flujo trifásico)
10	Identificación de la arteria uterina en una falsa imagen de cruce con la arteria iliaca externa.
11	Colocar la muestra del doppler pulsado sobre arteria uterina para obtener una señal auditiva y visual característica.
12	La arteria uterina debe estudiarse 2 cm lateral al cruce
13	Determinación del índice de pulsatilidad (IP)
14	Realizar el mismo procedimiento en el lado contralateral, para la posterior determinación del IP medio
15	1- Utilizar escalas de velocidad altas (>60cm/s) para la identificación selectiva del vaso
16	2- Zoom suficiente para que el área de interés ocupe >50% de la pantalla.
17	3- Angulo de insonación debe ser inferior a 30°.
18	4-Deben obtenerse tres o más OVF de similares características para la medición
19	5- Tamaño de la muestra equivalente al diámetro de la arteria y debe colocarse en el centro del vaso
20	6- La velocidad de barrido debe permitir mostrar en pantalla 5-10 ondas.
21	DOPPLER DE LA ARTERIA UMBILICAL
22	La exploración debe realizarse en apnea fetal, ausencia de movimientos fetales, FCF dentro de límites normales y no dinámica uterina.
23	Identificación de asa libre de cordón umbilical en 2D
24	En caso de dificultad técnica para identificar asa libre de cordón (gemelares, oligoamnios) es útil evaluar la porción cercana al feto o placenta.
25	Activación de la ventana de color y ajuste de su tamaño.
26	Activación del doppler pulsado para seleccionar la localización del cordón a evaluar.
27	Insonación y obtención de la onda de velocidad de flujo de la arteria umbilical y de su IP
28	1-Utilizar escalas de velocidad entre 20 y 40 cm/s para la identificación selectiva del vaso.
29	2- El zoom tiene que ser suficiente para que el área de interés ocupe >50% de la pantalla.
30	3- Ángulo de insonación siempre inferior a 30°.
31	4- Tamaño de la muestra del Doppler equivalente al diámetro de la arteria y colocarse en el centro del vaso.
32	5- Deben obtenerse tres o más OVF de similares características para la medición
33	6- La velocidad de barrido debe permitir mostrar en pantalla 5-10 ondas
34	DOPPLER DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA
35	La exploración debe realizarse en ausencia de movimientos respiratorios fetales, FCF dentro de límites normales

36	Debe obtenerse y magnificarse un corte axial del cerebro incluyendo el tálamo y las alas mayores del hueso esfenoides
37	Con ligero movimiento caudal y usando el doppler color se identifica, bordeando a los pedúnculos y en la fosita esfenoidal, al Polígono de Willis.
38	Se utilizará Doppler color para identificar el polígono de Willis y la porción proximal de la ACM
39	La arteria cerebral media (ACM) proximal al transductor se aumenta a 50% de la imagen
40	El volumen de muestra (1-2 mm) debe colocarse a unos 2 cm distales al origen de la ACM para realizar la medición
41	El ángulo entre el haz de ultrasonido y la dirección del flujo sanguíneo debe mantenerse lo más cerca posible a 0°
42	Se debe tener cuidado para evitar cualquier presión innecesaria en la cabeza del feto
43	Deben obtenerse tres o más OVF de similares características para la medición.
44	El punto más alto de la onda es considerado el PSV (cm/s).
45	La velocidad de barrido debe permitir mostrar en pantalla 5-10 ondas.
46	Se repetirá la adquisición y medida de la onda en tres ocasiones, y a efectos clínicos consideraremos la mejor (más pulsátil) de las observaciones. En el caso de la evaluación del PVS en el contexto de la sospecha de anemia fetal se considerará el valor promedio.
47	DOPPLER DEL ISTMO AORTICO
48	En el estudio Doppler debe realizarse la exploración en ausencia de movimientos respiratorios fetales.
49	Es posible evaluar el istmo aórtico en dos cortes: el corte sagital y el corte de tres vasos y tráquea
50	En corte sagital del tórax fetal, con doppler color identificar el ventrículo izquierdo y el arco aórtico. La muestra del Doppler pulsado unos milímetros más allá del origen de la arteria subclavia zquierda.
51	En el corte de los tres vasos y tráquea (3VT), colocar la muestra del Doppler justo antes de la convergencia del Istmo aórtico y el ductus arterioso
52	Utilizar escalas de velocidad medias altas (>60cm/s).
53	El zoom tiene que ser suficiente para que el área de interés ocupe >50% de la pantalla.
54	El ángulo de insonación debe ser siempre inferior a 30°, lo cual es más fácil en el corte 3VT
55	El tamaño de la muestra del Doppler debe ser equivalente al tamaño del vaso.
56	Deben obtenerse tres o más OVF de similares características para la medición
57	DOPPLER DEL DUCTUS VENOSO (DE ARANCIO)
58	Feto en reposo
59	Se le evalúa en un plano sagital medio o transversal del abdomen fetal
60	El zoom suficiente para que el tórax y abdomen fetal ocupen la totalidad de la pantalla.
61	En el plano sagital y usando como referencia la VCI en toda su extensión, se activa doppler color para demostrar la vena umbilical, el DV y el corazón fetal.
62	El DV se ubicará en su punto de confluencia con la VCI y venas suprahepáticas (vestíbulo subdiafrágico)

63	El trayecto del DV se observa, en forma diferenciada por el aumento de velocidad, de color amarillo (aliasing o destello)
64	En el plano transversal se observará al DV como una extensión de la vena umbilical que al doppler color se evidenciará a través del fenómeno de Aliasing.
65	Tamaño de muestra del doppler pulsado de 0,5-1 mm, ubicado en la zona de aliasing, en el punto más próximo a su salida de la vena umbilical, que corresponde al de su máxima velocidad
66	El ángulo de insonación debe ser inferior a los 30º (facilitado en el plano transversal)
67	Se utilizarán escalas de velocidades altas (70-80 cm/seg)
68	Filtro de baja frecuencia (50-70 Hz) para permitir visualización de toda la forma de la onda
69	Deben obtenerse tres o más OVF de similares características para la medición.
70	La velocidad de barrido debe permitir mostrar en pantalla 5-10 ondas
71	Se repetirá la adquisición y medida de la onda en tres ocasiones (idealmente en planos diferentes), considerar la mejor (menos pulsátil) de las observaciones.
72	DOPPLER DE LA VENA UMBILICAL
73	Feto en reposo.
75	Se puede evaluar en asa libre o en su porción intraabdominal, antes de dar lugar a la vena hepática.
75	A nivel del asa libre, la proximidad de la arteria puede simular un flujo venoso pulsátil, por lo que en general la región de elección es la intraabdominal.
76	Debe evitarse explorar el flujo en el anillo umbilical, dado que por su estrechez la presencia de pulsaciones es fisiológica.
77	Se utilizarán escalas de velocidad bajas (<20 cm/s).
78	El ángulo de insonación debe ser inferior a 30º
79	Retiro de guantes e higiene de manos.
COMPLICACIONES (15)	
Ninguna	
REGISTROS (16)	
Reporte de ecografía en formato (se entrega al paciente o adjunta en historia clínica)	
Registro SIGHOS	
Grabación de imágenes	
Fotografías	
ANEXOS (17)	
Incluir imágenes	
BIBLIOGRAFIA (18)	
1. PROTOCOLO: Doppler en Medicina Fetal. Hospital Clinic- HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU- UNIVERSITAT DE BARCELONA, 2019	
2. Hospital Clínico de Barcelona, Protocolo: Screanning Ecográfico Fetal.. 2016	
3. ISUOG.Practice guidelines: Use of Doppler ultrasonography in obstetrics.Ultrasound Obstet Ginecol., 41 (2013), pp. 233-239	
4. Manuel Gallo, Doppler Materno Fetal.. 2011. Editorial Amolca.	
5. E, Gratacós. F. Figueras.M, Martínez Medicina Fetal..Editorial médica Panamericana. 2020	



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO “SAN BARTOLOMÉ”

DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA

SERVICIO DE MEDICINA MATERNO
FETAL

GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
DE MANEJO DE LA FASE ACTIVA DEL
PARTO DE ALTO RIESGO

2021

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1) ATENCION OBSTETRICA DE RUTINA : MANEJO DE LA FASE ACTIVA DEL PARTO DE ALTO RIESGO	
CODIGO (2)	VERSION (3) 2021.V.01
DEPARTAMENTO (4) GINECO OBSTETRICIA	
DEFINICION (5) Vigilancia clínica y conducción en tiempo real de la fase activa del trabajo de parto de alto riesgo, mediante el uso del partograma, tecnologías perinatales y procedimentales de acuerdo a su condición particular de alto riesgo.	
OBJETIVO (6) 1.- Asegurar la salud de la madre y del feto durante el trabajo de parto 2.- Establecer los procedimientos que orienten la conducta del equipo médico que conduce la labor durante la fase activa del trabajo de parto. 3.-Orientar la conducción de labor hacia el parto vaginal, estableciendo sus límites y cuando culminar por cesárea.	
INDICACIONES (7) Gestante a término o Pretérmino en Trabajo de Parto, nulíparas o multipara con factores de riesgo obstétrico. Anexo 1 y Anexo 2	CONTRAINDICACIONES (8) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patología Obstétrica o condición Médica de la gestante que el equipo médico de Ginecobstetras responsables determine que no hay opción para continuar labor de parto por las criticas condiciones maternas y/o fetales y/o limitaciones por compatibilidad feto pélvica. ▪ Condiciones Obstétricas contraindiquen la vía vaginal: placenta previa, cesárea previa 2 o más veces, feto en transversa, etc.) ▪ Personal de salud sin competencias para conducir labor de Parto de gestantes de Alto Riesgo, realizar los procedimientos necesarios y resolver las posibles complicaciones.
PERSONAL (9) Médico: Gineco Obstetra, Residente Gineco Obstetricia (3er año) No Médico: Licenciada en Obstetricia, Técnico de Enfermería	
RECURSOS MATERIALES	
N°	DENOMINACION
EQUIPOS BIOMEDICOS (10)	
1	Monitor fetal fijo o Inalámbrico
2	Tensiómetro
3	Pulsioxímetro
4	Bomba de Infusión
5	Ecógrafo
6	Monitor Multiparámetros
INSTRUMENTAL (11)	
1	Espéculo vaginal (1)
2	Bandeja de examen vaginal (1)
3	Amniótomo (1)

4	Pinza Foerster recta (2)	
5	Riñonera o bolo pequeño (1)	
6	Chata	
7	Parante portasueros	
8	Banqueta rodante de reposo	
9	Balde de desechos de acero inoxidable	
10	Estetoscopio	
11	Termómetro	
12	Bandas elásticas	
13	Porta suero	
14	Gel ultrasonido	
DISPOSITIVOS MEDICOS (12)		
N°	Material Médico, Insumos y Medicinas	
1	Equipo de venoclisis (1)	
2	Equipo de volutrol (1)	
3	Llave de triple vía	
4	Catéter venoso periférico N.º 18 (1)	
5	Sonda nélaton N° 14(1)	
6	Guantes estériles (4 pares)	
7	Botas (4 pares)	
8	Gorro y mascarilla (4 pares)	
9	Sonda Foley N.º 16	
10	Mascarilla de Oxígeno con reservorio	
11	Kit de clave roja (ver anexo)	
12	Kit de clave azul (ver anexo)	
13	Kit de clave amarilla (ver anexo)	
14	Coche de paro	
PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)		
N°	DENOMINACION	FORMA FARMA-CEUTICA
1	Cloruro de Sodio 0.9% 1000 cc (2 fcos.)	INY
2	Yodopovidona espuma (2 fcos.)	SOL TOP
3	Yodopovidona solución (2 fcos.)	SOL TOP
4	Ácido sulfosalicílico al 3%	SOL
5	Sulfato de Magnesio al 20%	INY
6	Nifedipina 10mg	TAB
7	Acido Tranexámico 1 gr	INY
8	Oxigeno Húmedo	
9	Ranitidina 50mg	INY
10	Paracetamol 1gr.	INY
11	Metoclopramida	INY
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)		
N°	SECUENCIA DE PASOS	
1	Higiene y lavado de manos	

2	Identificación y Evaluación Integral de la paciente por el equipo médico responsable de Ginecobstetras al ingresar a sala de dilatación: Anamnesis, examen físico, revisión de Historia Clínica y/o Hoja y exámenes de la referencia.
3	Al ingresar a centro obstétrico, la paciente debe portar doble mascarilla
4	Valorar la condición materna por el equipo médico responsable de Ginecobstetras y los especialistas pertinentes Intensivista y/o Internista; y adicionalmente Anestesiólogo, Cardiólogo, Hematólogo o Nefrólogo, etc. de ser necesario. Valoración del estado físico perioperatorio: Clasificación de ASA (American Society of Anesthesiologists): según estado de salud basal de la paciente. Anexo 3
5	Proceder a la valoración obstétrica: Medición de la altura uterina, Realizar maniobras de Leopold para confirmar: situación, presentación y posición del feto, estimación del ponderado fetal; Auscultación de latidos fetales y mediante tacto vaginal determinar: dilatación, presentación, variedad, altura de presentación, pelvimetría clínica (ver anexos). Registrar fecha, hora, Firma y sello de médico responsable
6	Valorar si la paciente debe permanecer en posición decúbito lateral izquierdo, semisentada o si puede deambular durante la fase activa.
7	Valoración por el Equipo Médico Responsable Ampliado si no existe contraindicación para la opción de parto vaginal y definir Plan de Tratamiento de acuerdo a las Guías Clínicas establecidas
8	Convocar a junta médica para decidir conducta
9	Colocar Vía endovenosa única o doble según corresponda
10	De no haber opción para continuar labor de parto por las críticas condiciones maternas y/o fetales y/o limitaciones por compatibilidad feto pélvica se deberá definir los procedimientos y terapéuticas previas necesarias para optimizar en un lapso razonable las condiciones clínicas para la realización de una cesárea de emergencia (ejm: Reanimación Intrauterina, Mejorar condiciones hemodinámicas, controlar convulsiones)
11	Actualizar exámenes básicos de laboratorio: Hemograma, Tiempo de coagulación y sangría, Grupo Rh, VDRL, HIV, Glucosa, Creatinina, Examen de orina. Y solicitar los inherentes a la patología Obstétrica de Alto Riesgo o la Patología Intercurrente
12	De establecerse que es factible la opción de parto vaginal Iniciar el registro en el partograma con dilatación de 5 o más centímetros (según partograma OMS)
13	Toma de funciones vitales y colocar monitor multiparámetros de ser pertinente
14	Colocar traductores de Dinámica Uterina y FCF e iniciar monitoreo fetal electrónico permanente
15	Aperturar Registro de monitoreo materno fetal
16	Realizar estudio de imágenes pertinentes
17	Determinación de la dinámica uterina: frecuencia, duración e intensidad mediante toco dinamómetro y registrar cada 30 minutos
18	Registro en el partograma de los hallazgos del examen físico
19	Registro del uso de fármacos: oxitocina, analgésicos, antibióticos si lo amerita, antihipertensivos, etc
20	Registro de diuresis, realizar control de proteinuria de ser el caso
21	Colocación de chata a la paciente, lavado de manos y colocación de guantes previo a cada tacto vaginal
22	Limitar el número de tactos vaginales

23	Tacto vaginal: registro de incorporación, dilatación, altura de presentación, estado de membranas, variedad de posición y presentación y pelvimetría clínica Registrar fecha, hora, Firma y sello de médico responsable
24	Retiro de guantes y lavado de manos
25	Repetir el tacto vaginal cada 3 horas
26	Permitir deambulaci3n vigilada con monitor inalámbrico en los casos en que sea factible, permitir dieta líquida en casos seleccionados. Se permitirá la presencia del acompañante según el caso y disponibilidad de ambientes hospitalarios
27	Valorar según nivel de dolor, la necesidad de analgesia de parto
28	Identificar signos de Desproporci3n céfalo-pélvica
29	Definir la conducta a seguir según la evoluci3n de la condici3n clínica de la paciente, del ni3o por nacer, la progresi3n de la labor y si los riesgos valorados por *los integrantes del equipo médico responsable son muy elevados para proseguir la labor de parto se culminará la gestaci3n por cesárea. Registrar fecha, hora, Firma y sello de médico responsable
30	Detectada la disfunci3n del trabajo de parto se reevaluará: pelvis, ponderado fetal dinámica uterina y signos de desproporci3n céfalo-pélvica para valorar acentuaci3n con oxitocina o decidir culminar por cesárea. Registrar fecha, hora, Firma y sello de médico responsable
31	Si la paciente y su ni3o por nacer están estables y si la progresi3n del trabajo de parto es favorable se brindará el apoyo necesario para llegar al segundo periodo del parto y en lo posible acortar la duraci3n de dicho periodo
32	La duraci3n de la fase activa del período de dilataci3n (desde los 5 cm hasta la dilataci3n total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes. (Recomendaci3n de OMS)
33	Vigilar progresi3n del trabajo de parto según los hallazgos hasta llegar a fase de expulsivo
34	Con altura de presentaci3n de 2 cm (múltipara) o 4 cm (primípara) por debajo de espinas ciáticas paciente pasará a sala de expulsivo, siendo el tiempo, máximo en expulsivo 1 hora en múltiparas y 2 horas en primíparas
35	Higiene y lavado de manos
COMPLICACIONES (15)	
1	Desproporci3n céfalo-pélvica
2	Trabajo de parto disfuncional
3	Hipoxia fetal/ Isquemia Perinatal
4	Desgarros cérvico-vaginales
5	Trauma obstétrico
6	Desprendimiento prematuro Placentario
7	Ruptura Uterina
8	Shock Hipovolémico

9	ACV
10	Oliguria/ Insuficiencia Renal
11	Muerte Perinatal
12	Eclampsia
13	Parto instrumental: ventosa o fórceps
14	Prolapso de cordón
15	Embolia de líquido amniótico
16	Distocia de hombros

REGISTROS (16)

Historia Clínica Perinatal

Formato del PARTOGRAMA

Hoja de registro de Monitoreo Materno fetal

Formato de Denegatoria de Procedimiento

Formato de Junta médica

INFORMACION DE LA GESTANTE: Registrar nombre, gestaciones, paridad, N° de HC, fecha y hora de admisión

MONITOREO CONTINUO DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL: Registrarla cada 30 min. en la zona correspondiente del Partograma.

LIQUIDO AMNIOTICO: Registrar el color en cada examen vaginal

R: Momento de la ruptura de membranas

C: Membranas rotas liquido claro

M: Liquido meconial

S: Liquido sanguinolento

DILATACION DEL CUELLO: Evaluar en cada examen vaginal y marque con una X en la hora que corresponde.

Línea de Alerta: Marque en los 4 cms de la línea de alerta con una X, hasta el punto de dilatación total a una velocidad mínima de 1 cm por hora. **Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor de 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica. (No recomendado OMS)**

Línea de Acción: Paralela 4 horas a la derecha de la línea de Alerta.

DESCENSO DEL POLO CEFALICO: Se puede registrar también con un circulo en cada examen vaginal tomando como referencia el nivel de las espinas ciáticas

NUMERO DE HORAS: Se refiere al tiempo transcurrido desde que se inició la fase activa del trabajo de parto.

HORA: Registro del tiempo real horario.

CONTRACCIONES: Registre gráficamente cada media hora

OXITOCINA: Cuando se utiliza debe ser mediante Bomba de Infusión, registrar la cantidad de oxitocina, en miliunidades o gotas por minuto cada 30 minutos

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS: Registrar donde corresponda cualquier medicamento administrado.

FUNCIONES VITALES: Frecuencia de registro según condición clínica

Pulso: Registrar cada 15 minutos y marque con un punto (°)

Presión arterial: Registre cada 15 min y marque con flechas

Temperatura: Registre cada 4 horas

Orina: Registrar volumen periódicamente

17. ANEXOS

Anexo 1

GESTANTES DE ALTO RIESGO ANTEPARTO

- Gestante no controlada o inadecuadamente Evaluada
- Edades extremas (<15 y >40 años)
- IMC <18.5 Kg/m² y >40 Kg/m²
- Riesgo cardiovascular OMS III y IV
- Multiparidad (>3)
- Antecedente de Hemorragia Post Parto
- Diabetes Insulinodependiente
- Antecedente de Distocia de Hombros
- Antecedente de Cirugía Previa
- Embarazo Múltiple
- Ruptura Prematura de Membranas (mayor 24 hs)
- Malformación Fetal Mayor C/ necesidad Atención Neonatal inmediata
- Oligohidramnios/ Polihidramnios
- Estado Hipertensivo del Embarazo/ PE
- Embarazo Prolongado
- Sospecha de Macrosomía
- Infección Materna o Fetal (HIV, Hepatitis B, Hepatitis C)
- Anemia Severa
- Isoinmunización
- Malformaciones Uterinas
- RCIU
- Situación Anómala de la Placenta
- Parto Prematuro
- Coagulopatías o en tto. Con anticoagulantes al momento del parto
- Anomalías Pélvicas
- Patología Asociada Grave

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

M.C. GUIDO ZAMUDIO RODRIGUEZ
Médico de Ginecología y Obstetricia
CMP. 25507 - RNE. 19756

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

M.C. Juan Ramírez Cabrera
Jefe del Dpto. Gineco Obstetricia
CMP. 24474 - RNE. 14521

ANEXO 2 FACTORES DE RIESGO INTRAPARTO

- Líquido amniótico teñido de meconio, maloliente o sanguinolento
- Parto precipitado
- Desprendimiento de placenta o placenta previa marginal
- Eclampsia
- Presentación anómala
- Corioamnionitis materna
- Bradicardia o patrones de frecuencia cardiaca fetal anómalos
- Parto prolongado (> 24 horas)
- Rotura prolongada de membranas (> 18 horas) o fiebre materna intraparto
- Narcóticos a la madre horas previas al parto

ANEXO 3

Clasificación de ASA (American Society of Anesthesiologists): según estado de salud basal de la paciente.

- Clase I** Paciente sano sin patología de base
Clase II Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante
Clase III Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante.
IIII
Clase IV Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida.

Anexo 4 MATERIALES: KIT CLAVE ROJA

Cloruro de sodio 9%o 1000mL	02 frascos
Haemacel 500mL	01 frasco
Equipo de venoclisis	03
Llave de triple vía	01
Bránula # 16 y # 18	02 de cada una
Tubo de mayo	01
Sonda Foley	01
Bolsa colectora	01
Sonda de aspiración	01
Bombilla de aspiración	01
Mascarilla de oxígeno con reservorio	01
Guantes	02 pares
Jeringas 10mL	02
Agujas descartables # 18 y # 21	02 de cada una
Gasas medianas	03 paquetes
Oxitocina 10 U	06 amp.
Ergometrina / Ergonovina	03 amp.
Misoprostol	05 tab.
Atropina 0.25 mg	02 amp
Diazepam 10 mg	01 amp
Tubo de ensayo rotulado con anticoagulante	01
Tubo de ensayo rotulado sin anticoagulante	01

Relación pormenorizada del contenido del KIT, 01
pegada en el reverso de la tapa.
Acido tranexámico 1gr

Anexo 5 MATERIALES: KIT CLAVE AZUL

Cloruro de sodio 9‰ 1000mL	02 frascos
Equipo de venoclisis	02
Llave de triple vía	01
Equipo de Volutrol 100mL	02
Bránula # 18	02
Tubo de mayo	01
Bombilla de aspiración	01
Mascarilla de oxígeno con reservorio	01
Sonda Foley # 16	01
Bolsa colectora	01
Sonda de aspiración	01
Sulfato de Magnesio 20%	06 amp.
Gluconato de Calcio 10%	02 amp.
Nifedipina 10 mg	03 tab.
Jeringas de 20mL	02
Jeringas de 10mL	01
Agujas descartables # 18 y # 21	02 cada una
Guantes	02 pares
Paquetes de gasa mediana	02 paquetes
Relación pormenorizada del contenido del KIT, pegada en el reverso de la tapa.	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019.

2.	ACOG. Prctice Bulletin Nº 202 Hipertension Gestacional y Preeclampsia de Mayo 2020
3.	Instituto Mexicano de Seguridad Social Vigilancia y Atención amigable en el trabajo de Parto de Bajo Riesgo. Evidencias y Recomendaciones.. Actualización 2019
4.	Ministerio de Salud, Salud. Norma Tecnica de Salud para la atención Integral de Salud Materna, Dirección General e Salud de las Personas, Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva. Lima- Peru- 2013.
5.	Lavander T, Hart A, Smyth R, Efecto del uso del Partograma en los resultados para pacientes con Trabajo de Parto Espontaneo a termino, Cochrane of Systematic Reviews, 2013.
6.	Manejo del Trabajo de Parto de Bajo Riesgo, Guía de Práctica Clínica, División de Urgencias del Hospital Ramón Sardá, Enero 2019
7.	COMITÉ NACIONAL DE ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA CLAVE AZUL: "ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO" GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN EVIDENCIAS.GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD. GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS SUBGERENCIA DE SERVICIOS FINALES. Lima 2013
8.	COMITÉ NACIONAL DE ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA CLAVE ROJA: HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO Y POST PARTO. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN EVIDENCIAS.GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD. GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS SUBGERENCIA DE SERVICIOS FINALES. Lima 2013
9.	"Guidelines for Ultrasound in Labour and Delivery". SOGC Policy Statement No. 104, May2001.
10.	Protocolos de Atención de Embarazo y Puerperio Servicio Cantábrico de Salud. Actualizado 2017

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

M.C. GUIDO ZAMUDIO RODRIGUEZ
Médico de Ginecología y Obstetricia
CMP. 25507 RNE. 19756

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI - "SAN BARTOLOME"

M.C. Juan Ramirez Cabrera
Jefe del Dpto. Gineco Obstetricia
CMP. 24474 RNE. 14521



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO “SAN BARTOLOMÉ”

DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
DE TRAQUELECTOMÍA
(CERVICECTOMÍA), AMPUTACIÓN DEL
CÉRVIX (PROCEDIMIENTO SEPARADO)

2021

ANEXO 1

FORMATO DE GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1) TRAQUELECTOMÍA (CERVICECTOMÍA), AMPUTACIÓN DEL CÉRVIX (PROCEDIMIENTO SEPARADO)		
CODIGO (2) 57530	VERSION (3)	DEPARTAMENTO (4) GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
DEFINICION (5) Es la traquelectomía parcial con reinserción de los ligamentos cardinales al muñón cervical.		
OBJETIVO (6) Corregir el prolapso apical con preservación del útero		
INDICACIONES (7) 1. Prolapsos apicales con deseo de preservación uterina 2. Pacientes jóvenes con deseos de conservar el útero y su función reproductiva. 3. Hipertrofia, laceración o infección crónica del cérvix 4. Prolapsos apicales asociados a cistoceles y rectoceles 5. Pacientes con prolapsos apicales con comorbilidades que ameriten corto periodo operatorio y mínimo sangrado		CONTRAINDICACIONES (8) 1. Patología oncológica endometrial y cervical 2. (Relativa) Patología uterina asociada (miomas, adenomiosis, etc) 3. Estrechez pélvica 4. Patología anexial asociada 5. Necesidad de explorar el contenido abdominal
PERSONAL (9): Medico: Cirujano: Ginecólogo-Obstetra o R3 G-O, Ayudantes: Residentes de G-O: R3, R2, Anestesiólogo. No Medico: enfermera, técnica de enfermería		
RECURSOS MATERIALES		
N°	DENOMINACION	
EQUIPOS BIOMEDICOS (10)		
1	Mesa de operaciones	
2	Aspirador eléctrico	
3	Electrocauterio	
4	Lampara cialitica que pueda orientar la luz hacia la pelvis	
5	Lápiz de electrocauterio (1)	
6	Máquina de anestesia	
7	Monitor multiparámetros	
INSTRUMENTAL (11)		
1	Separadores de ángulo recto (2)	
2	Separadores estrechos de deaver (2)	
3	Valva de Kristeller plana (1)	
4	Mango de bisturí No 4 de 14 cms (1)	
5	Tijera de cirugía de mayo recta larga (1)	
6	Tijera de cirugía de mayo curva larga (1)	
7	Tijera de disección de Metzenbaum curva (1)	
8	Pinzas hemostáticas de Kelly curva (4)	
9	Pinzas hemostáticas de Kelly recta (4)	
10	Pinzas de aprehensión de backhaus (6)	
12	Pinzas de Foerster rectas (2)	
13	Pinzas de Foerster curvas (2)	

14	Pinzas de aprehensión de Allis (10)	
15	Porta agujas largo (1)	
16	Cánula de aspiración de Yankauer (1)	
17	Pinza de disección corta, mediana y larga con uña (1)	
18	Pinza de disección corta, mediana y larga sin uñas (1)	
19	Porta agujas de Hegar largo (1)	
20	Porta agujas mediano (1)	
21	Pinza de Pozzi o tirabalas de dos garfios (2)	
22	Pinza tirabala de cuatro garfios (1)	
23	Bolo de metal (1)	
24	Mesa ginecológica	
25	Coche de curaciones	
26	Estetoscopio de Pinard	
27	Parante porta sueros	
28	Banqueta rodante de reposo	
29	Balde de desechos de acero inoxidable	
30	Peldaño para camilla	
31	Gel de ultrasonido	
32	Fijador celular en spray	
33	Cinta métrica perinatal	
DISPOSITIVOS MEDICOS (12)		
1	Sonda Foley No 16 o 18	
2	Bolsa colectora de orina de adulto (1)	
3	Tubo para conexión de aspiración (1)	
4	Catéter venoso periférico No 18 (1)	
5	Apósito o esparadrappo transparente (1)	
6	Guantes quirúrgicos estériles (6)	
7	Jeringa de 20 cc (1)	
8	Jeringa de 10 cc (5)	
9	Gasas estériles mediana de 10x10 (4)	
10	Tapón vaginal (1)	
11	Llave de triple vía (1)	
12	Equipo de venoclisis (1)	
13	Sonda de aspiración No 14 (1)	
14	Hoja de bisturí No 21 (1)	
15	Mascarilla quirúrgica (7)	
16	Botas quirúrgicas (14)	
17	Gorro quirúrgico (7)	
18	Sutura de poliglactina No 1 MR 35 (2)	
19	Sutura de poliglactina No 0 MR 35 (2)	
20	Tapón vaginal con guía	
PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)		
N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Cefazolina 1 gr (2)	INY
2	Ketoprofeno 100 mgs o tramadol 100 mgs o metamizol 1 gr	INY
3	Dextrosa al 5% 1,000 cc	SOL
4	Cloruro de sodio al 0.9 % 1,000 cc	SOL
5	Cloruro de potasio al 20%	INY
6	Cloruro de sodio al 20%	INY

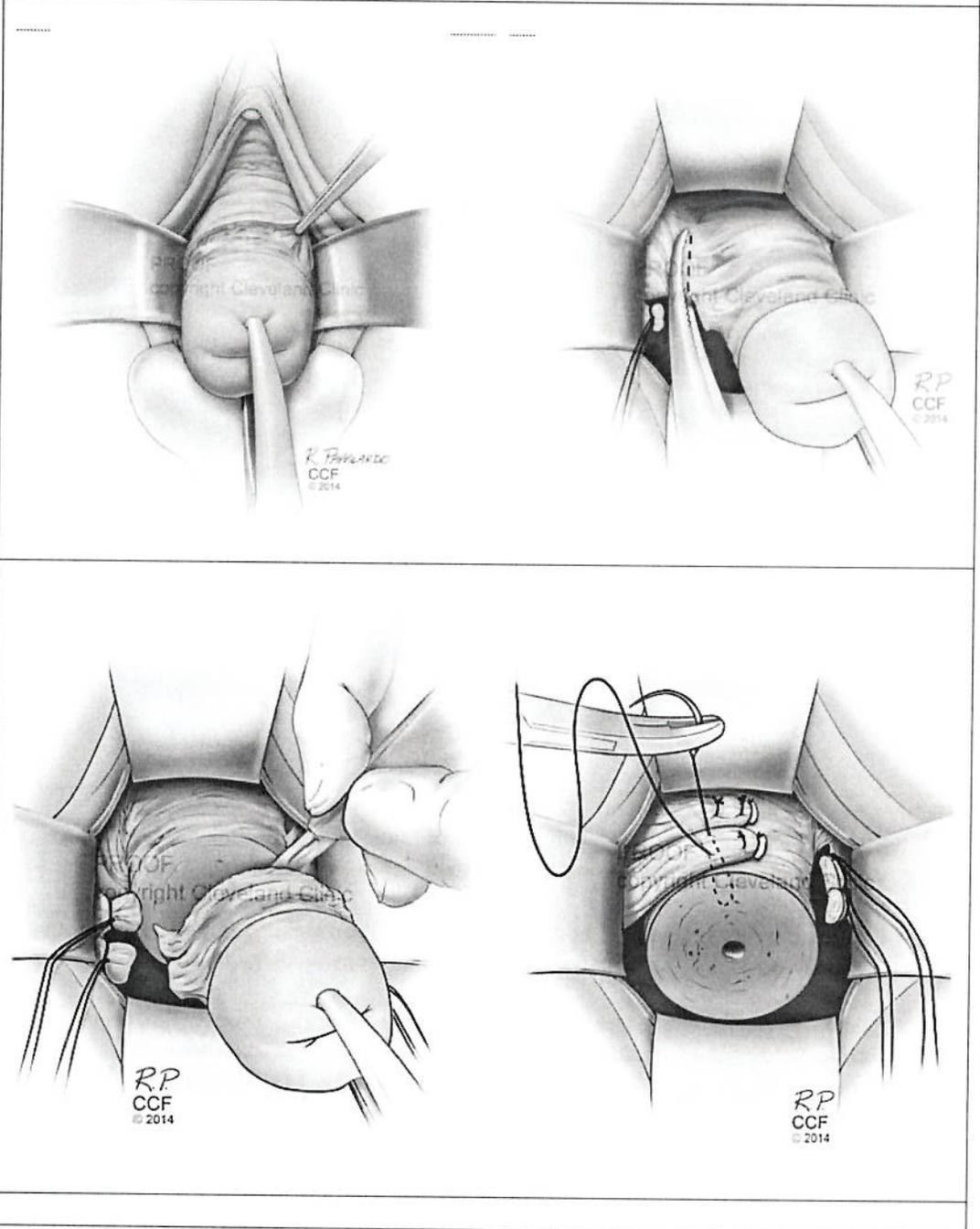
7	Yodopovidona espuma	SOL TOP
8	Yodopovidona solución	SOL TOP
9	Nitrofur al 0.2%	POM
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)		
N°	SECUENCIA DE PASOS	
1	Lavado de manos de equipo quirúrgico completo	
2	Al ingresar la paciente debe portar doble mascarilla, lo mismo que el personal asistencial	
3	Identificación de paciente programada y firma de consentimiento informado	
4	Verificar vía permeable	
5	Administrar antibioticoprofilaxis de cefazolina 2 gr EV	
6	Verificación de cirugía segura	
7	Paciente bajo efecto de anestesia y control anestesiológico (medico anestesiólogo)	
8	Paciente en posición supina de litotomía, con nalgas sobresaliendo de la mesa quirúrgica, con flexión de la cadera mayor de 90 grados no forzada (gineco-obstetra o residente)	
9	Asepsia y antisepsia de zona quirúrgica perineo-vaginal	
10	Cambio de guantes con nuevos guantes quirúrgicos	
11	Colocación de campos operatorios	
12	Colocación de sonda vesical con bolsa de adulto	
13	Separación de labios menores con sutura poliglactina No 0	
14	colocación de valvas en pared anterior y posterior de vagina	
15	Tracción cervical con tirabalas labio anterior y posterior	
16	Hidro- disección pericervical con solución salina	
17	Inciisión pericervical con bisturí o electrobisturí	
18	Disección de mucosa pericervical anterior y posterior	
19	Pinzamiento corte y sutura de ligamento cardinal o complejo cardinal útero-sacro con sutura de poliglactina No 1, puntada transfixiante y dejar reparos en ambos lados	
20	Traquelectomia parcial	
21	Reinserción de ligamento cardinal o complejo cardinal útero-sacro a cara anterior del muñón cervical (derecho e izquierdo)	
22	Colocación de puntos de Sturmdorf (puntos de colchonero que invaginan el borde cruento de la mucosa vaginal dentro del canal cervical): anterior, posterior y laterales con poliglactina No 1, o colocación de puntos separados con la misma sutura. Ver Anexos	
23	Verificación de permeabilidad de canal cervical y revisión prolija de hemostasia	
24	Colporrafia anterior y/o posterior más perineorrafia según los defectos encontrados. Ver GPA correspondiente	
25	Taponamiento con gasa vaginal embebida en solución o crema de nitrofur al	
26	Higiene de manos	
COMPLICACIONES (15)		
1	Hematomas, hemorragias, hematómetra	
2	Flujo vaginal persistente y profuso	
3	Estenosis Cervical	
4	Incompetencia cervical en próxima gestación	
5	Riesgo hasta un 50% de abortos, partos prematuros	
6	Distocia cervical secundaria	
7	Lesión de la vejiga	

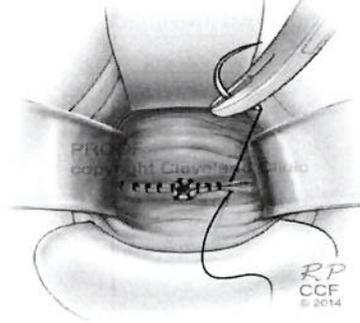
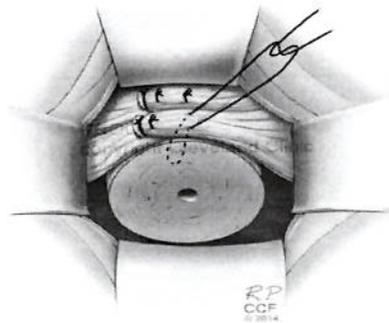
8	Recurrencia del prolapso apical
9	Aparición de incontinencia de esfuerzo/urgencia

REGISTROS (16)

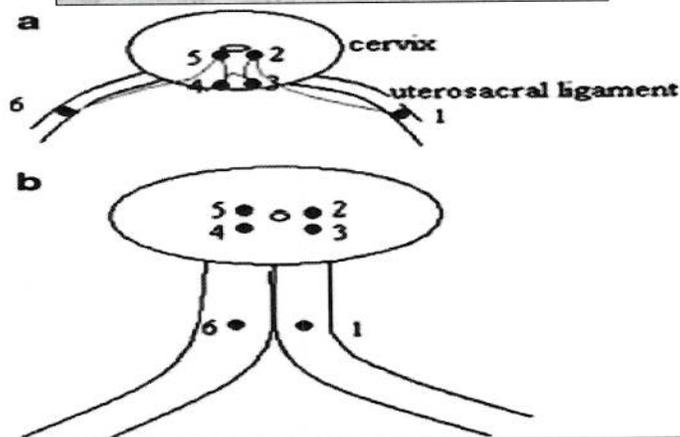
1. Reporte operatorio de SIGHOS
2. Reporte operatorio en historia clínica
3. Orden de anatomía patológica
4. Consentimiento informado

ANEXOS (17)





SUTURA DE STUMDORF



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Alkis, T; Karamn, E. and et al. The outcome of Manchester Fothergill operation for uterine descensus repair: a single center experience. Arch Gynecology Obstet. Febrero 2014.
2. Bergman, E; Westergren, M, et al. Cervical amputation versus vaginal hysterectomy a population-based register study. International Urogynecology Journal (2017) 28: 257-266)
3. Castillo, P; Dávila, GW. Manchester procedure for advanced uterovaginal prolapse. Journal Pelvic Med Surg. 2009; 12: 293
4. Handa, V and Vanle, L. Te linde's Operative Gynecology. 12 th Edition. 2020. USA
5. Krogsgaard, C; Lose, G and Klarshov. The Manchester procedure versus vaginal hysterectomy in the treatment of uterine prolapse: a review. Int Urogynecology Journal (2017) 28: 33-40
6. Ruben, K, Krogsgaard, c. et al. Manchester Fothergill procedure vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension: an activity-based costing analysis. Int Urogynecology (2017)
7. The Manchester Fothergill procedure versus VH with utero sacral ligament suspension: matched historical cohort study. International Urogynecology Journal (2018) 29: 431-440
8. Walsh, CE; Ow, LL; Rajamaheswari, N; Dwyer, PL. The Manchester repair: an instructional video. International Urogynecology Journal (2017) 28: 1245



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOMÉ"

DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA

SERVICIO DE REPRODUCCIÓN HUMANA

GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
DE LAPAROSCOPIA QUIRURGICA, LISIS
DE ADHERENCIAS (SALPINGIOLISIS,
OVARIOLISIS)

2021

ANEXO 1
FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): LAPAROSCOPIA QUIRURGICA, LISIS DE ADHERENCIAS (SALPINGIOLISIS, OVARIOLISIS)	
CODIGO (2): 58660	VERSION (3): 2021.V.01
DEPARTAMENTO (4): GINECO-OBSTETRICIA	
DEFINICION (5): Liberación de adherencias en cavidad abdomino-pélvica utilizando un equipo de laparoscopia.	
OBJETIVOS (6): Recuperar funcionalidad e independencia de los órganos intraabdominales	
INDICACIONES (7): Síndrome adherencial. Dolor pélvico crónico. Infertilidad.	CONTRAINDICACIONES (8): <u>Absolutas:</u> Las propias de la laparoscopia Pelvis congelada Grandes Tumores abdomino-pélvicos(Cáncer abdominal) <u>Relativas:</u> Infección de pared abdominal, obesidad extrema, Hernia hiatal, Cardiopatía isquémica.
PERSONAL (9): Médico: cirujano principal: asistente Gineco Obstetra, cirujano general (según el caso) primer ayudante: residente de 3er año, segundo ayudante: residente de 2do año, anestesiólogo. No Médico: enfermera instrumentista, enfermera circulante, técnico de enfermería.	
RECURSOS MATERIALES	
N°	DENOMINACION
EQUIPOS BIOMEDICOS (10)	
1	Mesa de operaciones (que permita alcanzar una posición de Trendelemburg de más de 30°)
2	Equipo de aspiración quirúrgica
3	Torre de laparoscopia (Monitores, Unidades de fuente de luz, controladora de video, de insuflación, de aspiración e irrigación, de electrocoagulación y Sistema de grabación)
4	Lámpara cialítica
5	Máquina de anestesia
6	Monitor multiparámetro
7	Generador electroquirúrgico de corriente monopolar
8	Generador electroquirúrgico de corriente bipolar
9	Lápiz de electrocauterio
10	Balón de CO2
INSTRUMENTAL (11)	
1	Pinza de Disección con uña mediana (2)
2	Pinzas Kelly (4)
3	Pinza Backhaus (2)
4	Mango de bisturí N°3 (1)
5	Tijera Mayo (1)
6	Manipulador uterino (1)
7	Cánulas de aspiración de 27 cm (1)
8	Óptica de 0º

9	Cámara de video	
10	Cable de fibra óptica	
11	Cable de fuente de luz	
12	Manguera de insuflación de CO2	
13	Cánula de succión irrigación	
14	Trocar de 10 mm (02)	
16	Trocar de 5 mm) (03)	
17	Pinzas de monopolar tipo Hook (01)	
18	Pinzas Laparoscópicas Grasper (03)	
19	Pinzas Laparoscópicas Maryland (03)	
20	Pinza laparoscópica fórceps bipolar	
21	Tijera Laparoscópica Metzembraum	
22	Pinza de Robi	
23	Mesa de Mayo	
24	Mesa de medialuna	
DISPOSITIVOS MEDICOS (12)		
1	Sonda Foley N° 14 o 16 (1)	
2	Bolsa colectora de orina de adulto 1500 cc (1)	
3	Tubo para conexión de aspiración (1)	
4	Catéter venoso periférico N° 18 (1)	
5	Apósito adhesivo transparente (1)	
6	Guantes quirúrgicos estériles (6)	
7	Jeringas 10 cc (3)	
8	Gasas estériles x 10 (2)	
9	Sutura de poliglactin o ácido poliglicólico N° 1 c/a MR 35 (1)	
10	Nylon azul monofilamento N° 3/0 c/a MC 25 o 30 (1)	
11	Llave de triple vía (1)	
12	Equipo de venoclisis (1)	
13	Sonda de aspiración n° 14 (1)	
14	Hoja de Bisturí N° 15(1)	
15	Mascarilla quirúrgica (7)	
16	Botas quirúrgicas (14)	
17	Gorro quirúrgico (7)	
18	Extensión Dis	
19	Equipo de irrigación en Y	
20	Manga plastificada para el cable de fibra óptica	
PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)		
N°	DENOMINACION	FORMA FARMA-CEUTICA
1	Cefazolina 1 gr (2)	INY
2	Ketoprofeno 100 mg (3)	INY
3	Dextrosa 5% 1000 cc (3)	SOL
4	Cloruro de Sodio 0.9% 1000 cc (1)	SOL
5	Cloruro de potasio 20% (3)	SOL
6	Cloruro de Sodio 20% (3)	SOL
7	Yodopovidona solución (1)	SOL TOP

8	Clorhexidina al 4%(1)	SOL TOP
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)		
N°	SECUENCIA DE PASOS	
1	Lavado de manos clínico y colocación de guantes estériles (gineco-obstetra, residentes, anestesiólogo, enfermera)	
2	Identificación de paciente programada y corroborar firma de consentimiento informado (gineco-obstetra, residentes, anestesiólogo, enfermera)	
3	Al ingresar la paciente debe portar doble mascarilla, lo mismo que el personal asistencial	
4	Verificación de cirugía segura (gineco-obstetra, residentes, anestesiólogo, enfermera)	
5	Verificar vía endovenosa permeable	
6	Administrar antibiótico-profilaxis de cefazolina 2 gr EV	
7	Paciente en posición decúbito dorsal (técnica de enfermería)	
8	Paciente bajo efecto anestésico y control anestesiológico (anestesiólogo)	
9	Lavado de manos quirúrgico (gineco-obstetra, residentes, enfermera)	
10	Colocación de mandil y guantes estériles (gineco-obstetra, residentes, anestesiólogo, enfermera)	
11	Conteo de gasas e instrumental quirúrgico (enfermera instrumentista, enfermera circulante)	
12	Asepsia, antisepsia de campo operatorio y colocación de sonda Foley (gineco-obstetra, residente, enfermera circulante, técnica de enfermería)	
13	Se procede a armar la mesa de mayo con instrumental quirúrgico (enfermera instrumentista)	
14	Colocación de campos estériles (gineco-obstetra, residentes, enfermera instrumentista)	
15	Instalación de Fibra Óptica y cámara del laparoscopio, balance de blancos (enfermera)	
16	Se procede a colocar el instrumental quirúrgico en el campo operatorio y asegurar: cables de electrocutorio, fibra óptica, mangueras de CO2, de irrigación, de aspiración (enfermera instrumentista)	
17	Ubicación de los cirujanos en posición ergonómica respecto a la mesa y torre laparoscópica.	
18	Para el ingreso a cavidad se puede utilizar: técnica abierta o técnica cerrada con la aguja de Veress	
19	<u>Técnica Abierta:</u> para la introducción de Trocar Umbilical (T1): con pinzas de disección coger la piel (gineco- obstetra, residentes)	
20	Elevación de piel e incisión con bisturí en la parte media del ombligo 1cm. ó 0.5cm (gineco- obstetra, residentes)	
21	Coger bordes de aponeurosis con pinza Kelly e incidir con bisturí (gineco- obstetra, residentes)	
22	Exploración hasta la cavidad con pinza Kelly roma (gineco- obstetra, residentes)	
23	Con Pinza Bozeman ampliación del orificio de ingreso (gineco- obstetra, residentes)	
24	Introducción de T1 sin presión, usando mandril del laparoscopio 10mm. (gineco - obstetra)	
25	Insuflación con CO2 con flujo inicial de 2 a 3 litros/min. y a hasta una presión intrabdominal de 15 mm Hg. (enfermera)	

26	Ingreso de cámara por T1 y Visualización inicial (gineco - obstetra)
27	Transiluminación de pared abdominal a nivel de flancos para identificación de vasos (gineco- obstetra, residentes)
28	Colocación de troncar auxiliar de 5mm en flanco derecho y flanco izquierdo a 2 dedos por encima de espina iliaca anterosuperior, por fuera de los músculos rectos a nivel de la línea media clavicular (T2 y T3) bajo visión directa. (gineco- obstetra, residentes)
29	Colocación de T4 suprapúbico (de ser necesario) (gineco- obstetra, residentes)
30	Posición de Trendelenburg (anestesiología)
31	Identificación de hallazgos. (gineco- obstetra, residentes)
32	Convertir a Laparotomía de ser el caso. (gineco- obstetra)
33	Recomendamos, asimismo, no emplear electrocauterio en contacto o proximidad intestinal, así como ser muy prudentes en el control total de la tijera con electrocoagulación para evitar lesiones desapercibidas a distancia(gineco- obstetra, residentes)
34	En adherencias muy firmes en las que la serosa intestinal se confunde con el peritoneo parietal, recomendamos la tijera de corte fino, sin cauterio, a ser posible sin tracción del asa, utilizando la disección roma o hidrodisección con irrigación y movilización progresiva con control visual absoluto sobre la superficie de corte. (gineco- obstetra, residentes)
35	Revisión de hemostasia más lavado de cavidad (gineco- obstetra, residentes)
36	Una vez completada la operación, existen diversas alternativas para evitar recidivas: colocamos una membrana o película antiadherente de Celulosa Oxidada Regenerada (Interceed). Politetrafluoroetileno expandido (Gore-Tex) y el hialuronato sódico con carboximetilcelulosa (Seprafilm) o se instilan 1000 ml de icodextrina fresca al 4% en la cavidad peritoneal y se deja como depósito de líquido(gineco- obstetra, residentes)
37	Retiro de gas, retiro de instrumental, retiro de trocares laterales (T2,T3,T4) bajo visión directa y retiro de trocar central (gineco- obstetra, residentes)
38	Sutura de incisiones: T1 aponeurosis más piel, T2 y T3 solo piel (gineco- obstetra, residentes)
39	Verificación de funcionabilidad e integridad del instrumental (gineco- obstetra, enfermera)
40	Limpieza de zona operatoria y colocación de apósitos en herida operatoria (gineco- obstetra, residentes, enfermera instrumentista, técnica de enfermería)
41	Retiro de guantes y lavado de manos
COMPLICACIONES (15)	
1	Infección postoperatoria en sitio de entrada o salida hasta fascitis necrotizante.
2	Lesión de vasos abdominales , pélvicos y de pared abdominal
3	Trauma directo: Intestino, vejiga.
4	Enfisema subcutáneo
5	Neumotórax o enfisema mediastínico
6	Embolia gaseosa o absorción sistémica de CO2 (rara)
REGISTROS (16)	
1	Reporte operatorio en SIGHOS
2	Reporte operatorio en Historia clínica
ANEXOS (17)	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1	Merlin TL, JE Hiller, Maddern GJ, Jamieson GG, AR Brown, A. Kolbe revisión sistemática de la seguridad y la eficacia de los métodos utilizados para establecer el neumoperitoneo en cirugía laparoscópica Br J Surg 90:668-679, 2003.
2	Jansen FW, Kolkman W, E Bakkum, CD Kroon, TC Trimbos-Kemper, JB Trimbos. Las complicaciones de la laparoscopia: Encuesta sobre la técnica de entrada cerrada versus abierta. Am J Obstet Gynecol 190, 634-638; 2004.
3	Chapron C, Cravello L, N Chopin, Kreiker G, B Blanc, JB Dubuisson complicaciones durante los procedimientos establecidos para la laparoscopia en ginecología: laparoscopia abierta no reduce el riesgo de complicaciones mayores. Acta Obstet Gynecol Scand 82:1125-1129, 2003.
4	Shawki O. La laparoscopia y la pared anterior del abdomen: una guía para mapeo vascular para la entrada segura la cirugía ginecológica en 27 a 30, 2014.
5	Brhuat MA inicial pp 17-26 maniobras en Bruhat MA. Laparoscopia Operativa. New York McGraw-Hill 2012.
6	FLASOG(2017). Cirugía mínimamente invasiva en ginecología, Bogotá. Colombia
7	Carbajo, M.A. y Col(2001) Adhesiolisis laparoscópica, Cirugía Española .69: 91-92.
8	DeCherney, A. y Kumar, S. Postoperative peritoneal adhesions in adults and their prevention - UpTo Date, junio de 2020

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI - "SAN BARTOLOME"

.....
M.C. Ivan Reyes Armas
Jefe del Servicio de Reproducción Humana
CMP. 45881 - RNE. 22604

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI - "SAN BARTOLOME"

.....
M.C. Juan Ramírez Cabrera
Jefe del Dpto. Gineco Obstetricia
CMP. 24474 - RNE. 14521



**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO “SAN BARTOLOMÉ”**

**DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA**

SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE

**GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
DE GUIA DE CONTROL PRE NATAL EN
ADOLESCENTES**

2021

ANEXO 1

FORMATO DE GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1) CONTROL PRENATAL EN ADOLESCENTES		
CODIGO (2)	VERSION (3) 2020.V.01	DEPARTAMENTO (4) Gineco Obstetricia
DEFINICION (5) Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante adolescente (9 a 18 años 11 meses 29 días.) y el feto con acciones sistemáticas y periódicas, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.		
OBJETIVO (6)		
<p>Objetivos Generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar y evaluar en forma integral a la gestante ADOLESCENTE y al feto en forma sistemática y periódica con el fin de prever diagnosticar y dar tratamiento a los factores que puedan condicionar la morbimortalidad materna y perinatal que suele afectar a este grupo etáreo. - Fortalecer los mecanismos para alcanzar una progresiva satisfacción de las necesidades biológicas y psicosociales de este grupo. 	<p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar la presencia de signos de alarma, biológicos, psicológicos y sociales o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado - Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo. - Preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como realizar la estimulación prenatal al feto. - Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal - Promover la adecuada nutrición. - Promover la prevención del cáncer de cérvix y mama - Promover la salud reproductiva y la planificación familiar con el fin de la toma de decisión frente a un segundo o tercer embarazo en adolescencia. - Cumplir con el calendario de inmunizaciones. - Promover la lactancia materna - Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional y con adecuación cultural con la participación de la pareja y la familia. - Promover acciones de resiliencia. 	
INDICACIONES (7) En toda adolescente que inicia su embarazo entre los 9 a 18 años 11 meses 29 días	CONTRAINDICACIONES (8)	
PERSONAL (9)		
<p>Médico: Asistente del servicio de Ginecología y Obstetricia de la niña y la Adolescente Residente 1er año de G-O, Psiquiatra.</p> <p>No Médico: Lic. en Obstetricia, enfermera, Odontólogo, Psicóloga, nutricionista, asistenta social. Abogada especializada y técnico de enfermería</p>		

RECURSOS MATERIALES		
N°	DENOMINACION	
EQUIPOS BIOMEDICOS (10)		
1	Detector de latidos cardiacos fetales	
2	Tensiómetro	
3	Pulsioxímetro	
4	Balanza con tallímetro	
5	Frontoluz	
6	Balón de CO2 con manómetro	
7	Lápiz de electrocauterio	
INSTRUMENTAL (11)		
1	Tambor	
2	Pinza foerster	
3	Espéculo vaginal (6)	
4	Bandeja de examen vaginal (1)	
5	Riñonera o bowl pequeño (1)	
6	Mesa Ginecológica	
7	Coche de curaciones	
8	Detector de latidos cardiacos fetales	
9	Estetoscopio de Pinard (opcional)	
10	Parante porta sueros	
11	Banqueta rodante de reposo	
12	Balde de desechos de acero inoxidable	
13	Estetoscopio	
14	Peldaño para camilla	
15	Fijador celular en spray	
16	Cinta métrica perinatal	
17	Gel de ultrasonido	
DISPOSITIVOS MEDICOS (12)		
1	Torunda de algodón	
2	Apósito adhesivo transparente (1)	
3	Guantes quirúrgicos estériles (6)	
4	Guantes de nitrilo	
5	mascarilla quirúrgica (6)	
6	Espátula de Ayre	
7	Laminas portaobjeto	
8	Papel en rollo para camillas	
9	Papel toalla	
10	Batas descartables	
11	Cinta métrica perinatal	
PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13) para tópicos del consultorio		
N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	FIJADOR DE LAMINAS	SOL
2	Ácido sulfosalicílico al 3%	SOL TOP
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)		
N°	SECUENCIA DE PASOS	

1	Higiene y lavado de manos
2	Identificación del paciente
3	PRIMERA CONSULTA:
4	La Paciente es admitida en el consultorio externo de Madre Adolescente, la gestante previa a su consulta Médica deberá tener entrevista con Lic. de Obstetricia para consejería, Psicología y asistente social. Se Realizará detección e identificación activa de víctima de violencia familiar y se comunicará al Programa Mamis Si se presentaran pacientes gestantes adolescentes menores de 14 años se comunicará a la asistente social para su comunicación a la Fiscalía de Familia
5	La Consejera abordará aspectos de salud reproductiva, consejería en planificación familiar, consejería para pruebas serológicas, detección de factores de riesgo Psicosociales y de manera especial actividad educativa con respecto al examen ginecológico a fin de evitar el temor a éste. Toma de funciones vitales: temperatura, presión arterial., pulso.
6	Psicología: La consulta debe durar no menos de 30 minutos. Establece diagnósticos psicológicos y su relación con el proceso de la gestación.
7	Asistente Social: Establece el riesgo social de la paciente. Evalúa la cobertura por el SIS. Orienta y refiere el aspecto legal en cada caso
8	(aspecto del fiscal; identificación documentaria). Realiza gestiones para la visita domiciliaria y coordinaciones extra hospitalarias de ser el caso. Técnico de enfermería: realiza y anota peso y talla además realiza la determinación de albuminuria con Acido Sulfosalicílico. Luego proporciona la bata y le indica para que se cambie en el cubículo del consultorio
9	Consulta médica: El médico saluda con amabilidad y empatía a la gestante y a sus Familiares Debe durar no menos de 30 minutos, con la presencia del familiar directo de preferencia los padres y principalmente durante el examen, verificando e impartiendo actividad educativa. Esta primera consulta consiste en elaborar una historia clínica prolija incluyendo: . Detección de problemas psicosociales para su abordaje interdisciplinario. • Dificultades para completar los estudios y establecer la vocación. • Dificultad para continuar la actividad laboral, con compromiso de la capacidad económica. • Dificultad para constituir una familia estable. • Dificultad para criar, educar y mantener un hijo sano que alcance su verdadero potencial vital. • Problemas derivados de violencia sexual, familiar y/o problemas médicos psiquiátricos. • Relación afectiva con la pareja. • Relación emocional con el embarazo actual. • Soporte social de este embarazo (determinar el rol tutelar)
10	Anamnesis: EL Médico verifica la filiación, pregunta sobre antecedentes personales de importancia en la gestante poniendo énfasis en diabetes, hipertensión, TBC, cáncer, patología tiroidea y enfermedades genéticas, antecedentes ginecológicos y antecedentes obstétricos precisando edad gestacional, registra la menarquía,

	inicio de relaciones sexuales, poliandria, uso de método anticonceptivo. Obtener datos de pareja, actitud hacia el embarazo, detección de conductas de riesgo para ITS.
11	Examen clínico general: El Medico debe hacer un examen completo minucioso, corazón, pulmones, riñones, el examen de mamas es obligatorio. Realiza el examen físico adecuado: – Inspección – Palpación – Percusión – Auscultación. Examen de genitales (examen vaginal) • Examen del abdomen grávido
12	Medir altura uterina con cinta métrica perinatal
13	Auscultación de latidos fetales
14	El Medico realiza las Maniobras de Leopold desde las 28 semanas.
15	Realizar el llenado del carne perinatal y la historia clínica
16	Examen obstétrico. Se coloca a la paciente en la camilla, además de hacer el examen rutinario realiza evaluación de la pelvis. Evalúa genitales externos: Evalúa genitales internos: especuloscopia, toma de citología cervical, tacto bimanual y pelvimetría clínica.
17	Se le informa a la paciente y su familiar sobre edad gestacional, estado del embarazo, exámenes auxiliares, ecografía obstétrica
18	Se le da fecha de próxima cita
19	ATENCIONES PRENATALES POSTERIORES Las siguientes consultas deben durar no menos de 15 minutos y deben realizarse según el protocolo de periodicidad considerando:
20	a. En todas las consultas : -Evaluación integral. -Interrogar síntomas y búsqueda de signos de alarma -Controlar el peso, las funciones vitales y la presencia de edemas. -Control del crecimiento fetal intrauterino mediante la vigilancia de la altura uterina. -Interpretación de exámenes auxiliares. -Evaluar edad gestacional. -Se indica suplemento de hierro y ácido fólico (60 mgr. de hierro elemental y 400 mg. de ácido fólico) -En pacientes psiquiátricas o retardo mental establecer con tutor legal posibilidad de anticoncepción definitiva. de ser el caso, se cursara interconsulta con psiquiatría Pediátrica en la que se deje expresa constancia de incapacidad de la paciente para la toma de decisiones. -Seguimiento de actividades educativas y consejería para la toma de decisiones con respecto a planificación familiar. -Solicitar dosaje de glucosa entre las 26 y 28 semanas. -Iniciar estimulación prenatal desde las 12 semanas y preparación psicoprofiláctica del parto (desde las 28 semanas).
21	b. A partir de las 28 semanas : - Determinar la situación, posición, presentación fetal

	<ul style="list-style-type: none"> - Control de latidos cardíacos fetales. - Interrogar sobre la presencia de movimientos fetales
22	<p>c. A partir de las 35 semanas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelvimetría interna y valoración feto – pélvica en primigrávidas . - Determinación del encajamiento fetal. - Reevaluación del estado general materno. - Actualizar exámenes auxiliares, según criterio médico. - Solicitar pruebas de bienestar fetal, según caso. - Solicitar riesgo quirúrgico y programar para cesárea electiva a las 39 semanas según sea el caso
23	<p>SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA</p> <p>Su presencia obliga a acudir inmediatamente a controlarse el embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre. - Sangrado por vía vaginal. - Desmayos o mareos. - Convulsiones. - Cefalea intensa o permanente. - Ganancia ponderal inadecuada - Visión borrosa, escotomas y / o zumbido de oídos. - Aumento súbito de peso. Hinchazón de cara manos y pies. - Pérdida por vía vaginal de líquido amniótico. - Náuseas y vómitos intensos o repetidos. - Disminución o ausencia de movimientos fetales. - Contracciones uterinas frecuentes antes de las 37 semanas de gestación. - Signos de violencia familiar, sexual o desadaptación al embarazo.
24	<p>CRITERIOS DE HOSPITALIZACION</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trabajo de parto. -Complicaciones del embarazo: patología obstétrica o enfermedades intercurrentes descompensadas. -Accidentes y traumatismos. -Otras que determine el especialista (problemas psicosociales) y que necesiten abordaje interdisciplinario. -Es responsabilidad del médico que hospitaliza a la paciente explicar y obtener el consentimiento informado del familiar responsable para tratamiento médico y quirúrgico.
25	Higiene y lavado de manos
COMPLICACIONES (15)	
1	El no cumplimiento adecuado del control prenatal en adolescentes se ha asociado a anemia, preeclampsia, sobrepeso, ruptura prematura de membranas prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino , Óbitos, infecciones de transmisión prenatal (sífilis, VIH, etc)
REGISTROS (16)	
1	Reporte de la atención en el SIGHOS
2	Reporte en Historia clínica
3	Llenar el carnet perinatal
4	Ficha de Vigilancia de Violencia Familiar

ANEXOS (17)

CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL EN ADOLESCENTES

Además de las características de todo control prenatal (Precoz; Oportuno; Racional; Continuo y Humano) la atención a una madre adolescente conlleva las siguientes características:

- Abordaje interdisciplinario (participa psicología, asistencia social, consejera en salud reproductiva, enfermería, nutricionista, abogado especializado). La atención integral comprende el abordaje de la situación a nivel individual, familiar y comunitario en los diferentes momentos: gestación, parto, y después del parto y desde las diferentes dimensiones involucradas en la situación del embarazo: psicológica, social, física y legal. Debido a esto está involucrado no solo el aspecto salud, sino el aspecto educativo, laboral y de formación para la vida.
- Activa participación del adolescente y su entorno familiar.
- Enfoque de riesgo: tiene en cuenta factores protectores y factores de riesgo psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño.
- Información adecuada.
- Atención personalizada.
- Confidencialidad.
- Información y manejo de aspectos legales.
- Seguimiento institucional y comunitario.
- Información, prevención y manejo de casos de violencia.

FRECUENCIA DE LAS ATENCIONES PRENATALES

La atención prenatal debe iniciarse, lo más temprano posible, debiendo ser periódica, continua e integral.

Se considera como mínimo que una gestante reciba

7 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera:

- Tres atenciones antes de las 22 semanas.
- La cuarta atención entre las 22 a 24 semanas.
- La quinta atención entre las 27 y 29 semanas.
- La sexta atención entre las 33 y 35 semanas.
- La séptima atención entre las 37 y 40 semanas.

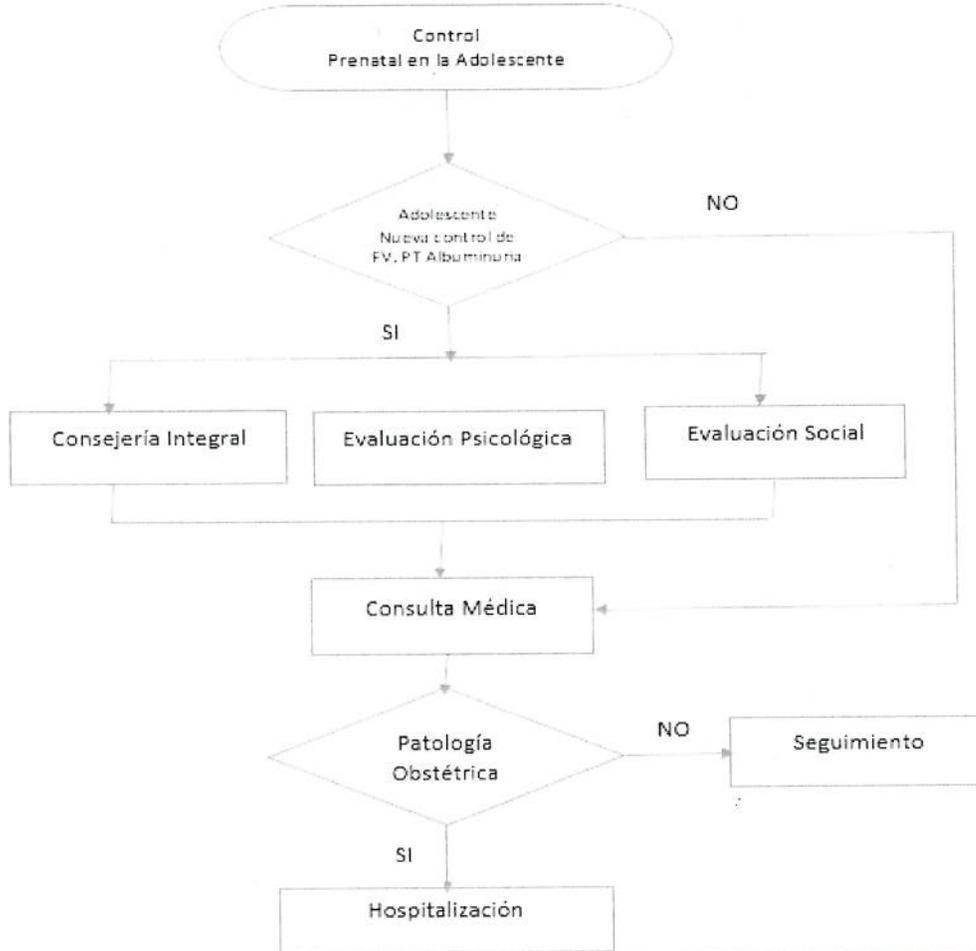
Dada el potencial incremento de la morbilidad en este grupo etéreo es posible incrementar el número y la frecuencia de consultas prenatales en cuyo caso se adscribirá a las normas establecidas para la patología que la aqueja.

Toda atención prenatal debe ser brindada por personal asistente del Hospital San Bartolomé

Exámenes auxiliares basales: hemoglobina, grupo sanguíneo y factor RH, glucosa, urea y creatinina, reacciones serológicas para sífilis (RPR) e infección por VIH (ELISA), uro cultivo y antibiograma, ecografía obstétrica y toma de muestra para Papanicolaou. La información a paciente y familiares solo será dada con exámenes institucionales y/o de institución del ministerio de salud.

- Llenado del carné perinatal, Evaluación y control del estado nutricional, Solicitar evaluación odontoestomatológica.
- Iniciar vacunación antitetánica de ser el caso (acorde al esquema), Referencia a estimulación prenatal y psicoprofilaxis.
- Toda adolescente de Primer trimestre debe tener marcadores genéticos de la unidad de medicina fetal del HSB.

FLUXOGRAMA DEL CONTROL DE LA ADOLESCENTE



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1	Instituto Nacional Materno Perinatal Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2017
2	Debiec KE, Paul KJ, Mitchell CM, Hitti JE. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. Am J Obstet Gynecol. 2010; 203
3	United Nations Fund for Population Activities. State of World Population 2013; Motherhood in Childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy. New York: UNFPA; 2013.
4	Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Ginebra: OMS; 2012.
5	CLAP-OPS/OMS: Tecnologías Perinatales. Publicación Científica CLAP. Montevideo- Uruguay,1990
6	Pacheco Romero, José. Obstetricia-Manual. 5ta. Edición, Lima-Perú, 1994
7	Instituto Nacional Materno Perinatal; Normas y Procedimientos en la Atención Obstétrica. Lima-Perú. 2006
8	Barcelata Eguiarte y Saraí Farías EMBARAZO ADOLESCENTE: UNA MIRADA AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN UN CONTEXTO URBANO-MARGINAL -UNAM MEXICO 2014.



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO “SAN BARTOLOMÉ”

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA

SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE
COLPOSCOPÍA DE CÉRVIX INCLUYENDO LA PARTE
SUPERIOR O ADYACENTE DE LA VAGINA CON
BIOPSIA DE CÉRVIX

2021

ANEXO 1

FORMATO DE GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1) Colposcopia de Cérvix incluyendo la parte superior o adyacente de la vagina con Biopsia de Cérvix		
CODIGO (2) 57455	VERSION (3) 2020.V.01	DEPARTAMENTO (4) GINECO OBSTERICA
DEFINICION (5) Procedimiento médico que consiste en tomar muestra del tejido cervical con sospecha de malignidad		
OBJETIVO (6) 1.- Obtener tejido del Cérvix para estudio histológico. 2.- Precisar diagnóstico de patología cervical 3.- Establecer correlato clínico-anatomo patológico		
INDICACIONES (7) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sospecha de lesiones pre malignas y malignas. ▪ Citología de alto grado, o carcinoma ▪ Gestante menor de 20 semanas con citología de carcinoma ▪ Colposcopia de alto grado o carcinoma ▪ Colposcopia inadecuada o insatisfactoria con citología de alto grado o carcinoma , realizar Curetaje endocervical (CEC) ▪ Citología y Colposcopia de carcinoma en pacientes entre la edad de 21 a menores de 25 años (OPCIONAL) ▪ Sospecha de carcinoma y dos biopsias previas de Cérvix y resultados insatisfactorio, insuficiente o Cérvix empotrado realizar Examen Pélvico Bajo Anestesia (EPBA) y biopsia incisional más CEC. 		CONTRAINDICACIONES (8) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico de Lesiones pre Malignas durante el Embarazo. ▪ Lesiones Pre malignas y menores de 20 años. Relativa: ▪ Menstruación ▪ Umbral bajo de dolor
PERSONAL (9) Médico: Gineco-Obstetra, Gineco-oncólogo Asistente, Residente de tercer año. No Médico: Técnica de Enfermería		
RECURSOS MATERIALES		
N°	DENOMINACION	
EQUIPOS BIOMEDICOS (10)		
1	Video colposcopio	
2	Equipo electroquirúrgico	
4	Lámpara de exploración	
5	Impresora	
6	Bomba de infusión	

7	Ecografo	
8	Monitor multiparámetros	
INSTRUMENTAL (11)		
1	Espéculos vaginales (tres tamaños: pequeño, mediano y grande) (3)	
2	Espéculos endocervicales (valva pequeña, mediana, grande) (3)	
3	Pinza de Braun – Schroeder de 25 cm (garfios) (1)	
4	Pinza de anillos larga curva (1)	
5	Pinza de Bozeman (1)	
6	Cureta de Novak (1)	
7	Pinzas de biopsias Tischler (1)	
8	Pinzas de biopsias Kevorkian (1)	
9	Pinzas de biopsias Thoms Gaylor (1)	
10	Pinzas de biopsias Cureta endocervical (1)	
DISPOSITIVOS MEDICOS (12)		
1	Torundas de algodón	
2	Paquetes de gasas pequeñas	
3	Tapón de gasas	
4	Tapón de algodón	
PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)		
N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Acido Ácético del 3 al 6%	SOL TOP
2	Lugol al 10%	SOL TOP
3	Solución de Monsel (Subsulfato de fierro al 20%)	SOL TOP
4	Agua oxigenada	SOL TOP
5	Formaldehido al 10%	SOL TOP
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)		
N°	SECUENCIA DE PASOS	
1	Higiene y lavado de manos	
2	Al ingresar la paciente debe portar doble mascarilla y careta facial, lo mismo que el personal asistencial	
3	Identificación del paciente	
4	Paciente se coloca en posición de litotomía durante el examen ginecológico y la colposcopia.	
5	Colocación del espejulo vaginal, visualizar y centralizar el cérvix	
6	Realizar limpieza del fórnix vaginal anterior y posterior delicadamente sin hacer sangrar o evitar sangrado, salvo la presencia tumoral evidente.	
7	Continuar con la colposcopia o visualización directa y realizar la biopsia sospechosa o tumoral (la más representativa). Si existe compromiso de ambos labios, empezar por el labio posterior.	
8	Evaluar el manejo del dolor de forma individualizada	
9	Si no se visualiza la lesión y se sospecha de lesión endocervical, colocar el espéculo endocervical acorde al cérvix y proceder a la biopsia, utilizando la pinza biopsia adecuada para el escenario presentado.	
10	Obtenida la muestra verificar el tejido de biopsia si es el adecuado y revisión de hemostasia, si amerita utilizar solución de Monsel o taponamiento hemostático parcial temporal.	

11	Colocación de tapón vaginal en contacto con el Cérvix.
12	Rotular el frasco indicando el radio de la toma
13	Higiene y lavado de manos
REGISTROS (15)	
1	Formato de anatomía patológica
2	Consentimiento informado
3	Registro en Historia Clínica
4	Registro en el SIGHOS
COMPLICACIONES (15)	
1	Hemorragias
2	Infecciones tardías
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (16)	
1.- Beth Y. Karlan, Robert E. Andrew J.Li Oncología Ginecologica : Práctica Clínica y Atlas quirúrgica , , Editorial Amolca, 1ra ed 2016	
2.- Ignace Vergote , Uma K Atlas Quirúrgico del cáncer Ginecológico :. Editorial Amolca , 1ra ed 2010	
3.- Umberto Veronesi, Cirugia Oncológica Editorial Médica Panamericana 1ra ed 1991	
4.- Oncología Quirúrgica MD Anderson Cancer Center : Barry W, David H, Geoge M. Editorial Marban , 1ra ed 2005	
5.- Williams Gynecology, Barbara L. Hoffman, MD et al. Editorial Mc Graw Hill, third edition, 2016	
6.- Geoffrey W. Cundiff et al. Te Linde Atlas of Gynecology Surgery 2014	
7.- , John Rock y Howard Jones, Te Linde Ginecología Quirúrgica, 9na ed. Editorial Panamericana 2017	
8.- Jonathan S. Berek , Lippinrott. Williams & Wilkins, a Wolters Kluwerbusiness Ginecologia de Novak , 14th ed. 2008	
9.- Ricardo Mastellari Manual de Ginecologia Quirúrgica , , Edición en Español, 2013	
10.- , Robert W. Shaw Gynaecology CHURCHILL LIVINGSTONE an imprint of Elsevier Limited, 2011.	



 MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL DOCTOR RAFAEL BARRAL
 "SAN BARTOLOME"
 Departamento de Ginecología y Obstetricia
 DR GERARDO CAMPOS SICCHA
 JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

MINISTERIO DE SALUD
 HONADOMANI - "SAN BARTOLOME"
 M.C. Juan Ramirez Cabrera
 Jefe del Dpto. Gineco Obstetricia
 CMP. 24474 - RNE. 14521