

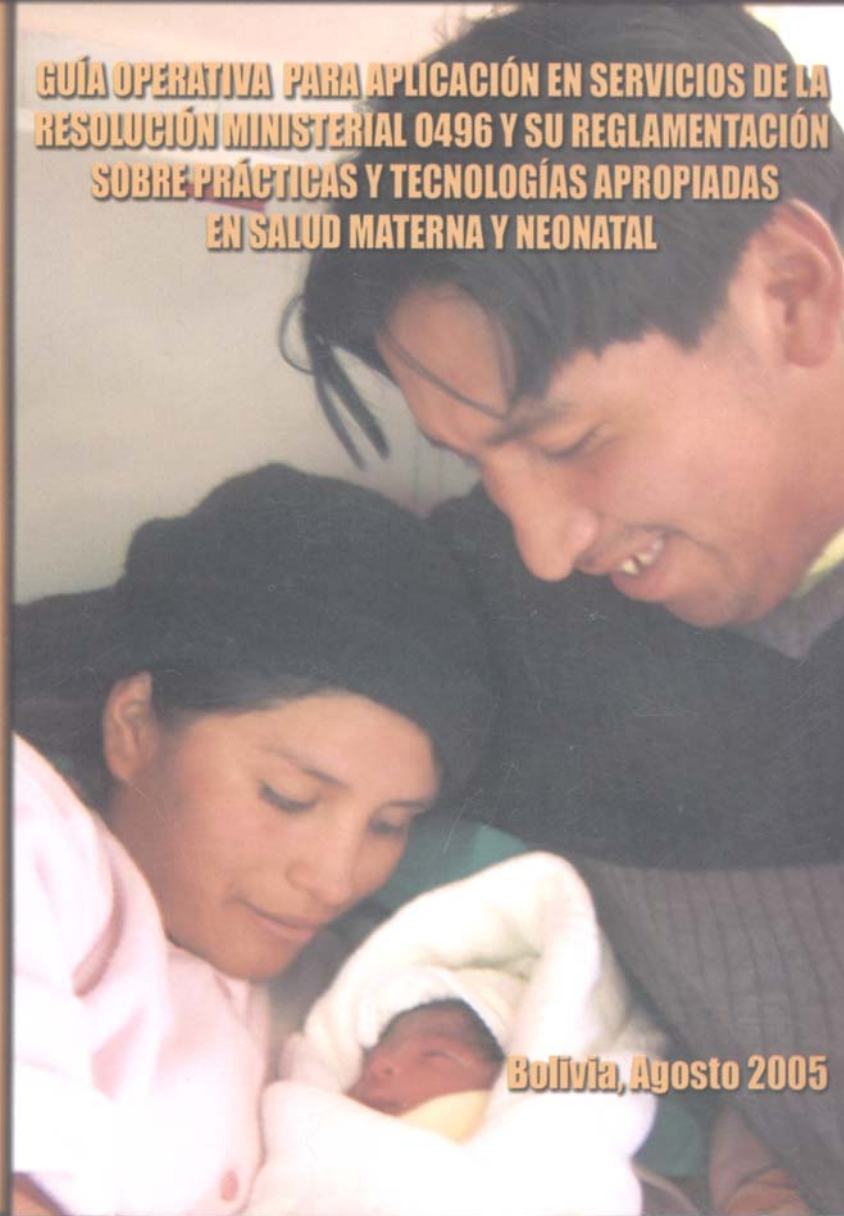


MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

Salud,
un derecho y una
responsabilidad de todos

**GUÍA OPERATIVA PARA APLICACIÓN EN SERVICIOS DE LA
RESOLUCIÓN MINISTERIAL 0496 Y SU REGLAMENTACIÓN
SOBRE PRÁCTICAS Y TECNOLOGÍAS APROPIADAS
EN SALUD MATERNA Y NEONATAL**

Serie: Documentos Técnico Normativos



Bolivia, Agosto 2005

SALUD MATERNA Y NEONATAL

GUÍA OPERATIVA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

**GUÍA OPERATIVA PARA APLICACIÓN EN SERVICIOS
DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL 0496
SOBRE PRÁCTICAS Y TECNOLOGÍAS APROPIADAS
EN SALUD MATERNA Y NEONATAL**

© MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES 2004
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

Este documento de apoyo técnico es propiedad intelectual de las instituciones que se señala. Sin embargo, su contenido puede ser utilizado libremente, para propósitos de capacitación y supervisión. Su elaboración e impresión ha sido posible gracias al apoyo financiero de la Organización Panamericana de la Salud.

REDACCIÓN Y DISEÑO PRELIMINAR
Alberto De La Galvez Murillo C.

COLABORACIÓN:

Dr. Renato Yucra Lizarazu	DDSS
Dr. Víctor Conde Altamirano	CNSSR
Dr. Fernando Amado	OPS/OMS

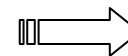
PRESENTACIÓN

Estimado(a) lector(a):

¿Sabemos cómo quieren ser atendidas las mujeres durante el embarazo y el parto? ¿Les hemos preguntado alguna vez? **¿O, simplemente, nosotros decidimos qué es lo mejor para ellas?**

Esta Guía Técnica está destinada a médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, otros trabajadores de la salud y estudiantes. Pretende ser una ayuda en el mejoramiento de la calidad de atención a las mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y recién nacidos, en los servicios de salud y en los domicilios. Hace referencia a un conjunto de tecnologías, prácticas y conductas apropiadas en salud materna y neonatal, aprobadas mediante la **RM 0496 el 09 de octubre de 2001.**

El contenido de la Guía es de **medicina basada en la evidencia**, es decir lo mejor del conocimiento científico actual para la toma de decisiones con respecto a la atención de pacientes individuales durante el embarazo, parto, nacimiento y puerperio. Esto porque las embarazadas y sus bebés son el principal motivo para la existencia de servicios de salud materna y neonatal y el SUMI, y también porque no podemos perder la capacidad de aceptar que los aspectos psicológicos durante el embarazo y el parto son importantes.



En esta Guía, los y las lectoras encontrarán:

- La RM 0496, de 09 de octubre de 2001.
- Para cada tecnología o práctica aludida en la resolución, un resumen de los principales argumentos científicos que la respaldan.
- La Reglamentación de la RM 0496, que contiene orientaciones técnicas más precisas para la aplicación en los servicios de los tres niveles de atención, de las 18 tecnologías, prácticas y conductas apropiadas de salud materna y neonatal.
- Unas plantillas con orientaciones administrativas por tipo de personal, para la aplicación de la RM 0496 en las Redes de Servicios de Salud.
- Los Diez Principios de la Organización Mundial de la Salud para el Cuidado Perinatal.

Para mayor información sobre tópicos de esta Guía y de la Resolución Ministerial 0496, los y las lectoras pueden consultar en:

- Biblioteca Cochrane
- Biblioteca Virtual de Salud Sexual y Reproductiva, de la OMS
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto (IMPAC)*. Washington, OPS: 2002.
- Chalmers B. How often must we ask for sensitive care before we get it?. *Birth* 2002;29:2.

- Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ* 2002;324:945-946.
- Klein MC. Use of episiotomy in the United States. *Birth* 2002;29:74-75.

I N D I C E

Texto de la Resolución Ministerial 0496	7
Conocimiento científico y calidad de atención	13
Lista de las tecnologías y prácticas de la RM 0496	17
Resumen de argumentos científicos de respaldo	19
Reglamentación de la Resolución Ministerial 0496	35
Orientaciones administrativas por tipo de personal	45
Diez Principios de la OMS para la Salud Perinatal	53

**RESOLUCIÓN MINISTERIAL
No. 0496**



COPIA LEGALIZADA

RESOLUCION MINISTERIAL

Nº 0496

VISTOS Y CONSIDERANDO:

09 OCT. 2001

Que dentro de la facultad normativa del Ministerio de Salud y Previsión Social asignada por la Ley No. 1788, debe procederse a la dictación de disposiciones destinadas a la promoción, protección y recuperación de la salud de la población boliviana en general; en el marco de elevar la calidad de atención como mejorar la utilización de los recursos sanitarios, como constituyen las normas clínicas que asignan responsabilidades por niveles de atención, estableciendo por un lado bases técnicas y legales de respaldo al personal de salud como una atención segura y de calidad en resguardo del derecho de la población.

Que las normas clínicas deben estar basadas en la evidencia del mejor conocimiento científico que logre mejorar los resultados en salud y calidad de la atención; como corresponde específicamente en la salud materna y neonatal ante los avances importantes que se han dado en que la comunidad científica nacional y el personal de salud no pueden estar al margen; por lo que es obligación del Ministerio de Salud y Previsión Social promover la mejor evidencia científica a nivel nacional e internacional disponible para mejorar la práctica clínica en los servicios de salud públicos y privados.

Que en este contexto, particularmente en el tema de salud materna y neonatal, las normas actualmente vigentes (NB-SNS-01-1996, NB-MSPS-03-2000 y las Guías Técnicas del SBS) no se hallan actualizadas; planteando incluso procedimientos opuestos a la evidencia científica disponible, que inducen a rescatar y fortalecer los aspectos positivos de ellas, que deben ser ejecutadas dentro de la constitución de las redes de servicios obstétricos y neonatales utilizando las mejores prácticas basadas en la evidencia.

POR TANTO; en razón a lo expuesto, la exposición técnica CITE: CNRS No. 655/01 y el criterio legal DGAJ No. 768/01;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Disponer la incorporación obligatoria de 18 prácticas y tecnologías apropiadas (conductas, procedimientos, instrumentos y suministros médicos) en la práctica asistencial obstétrica y neonatal de los establecimientos de salud públicos de los tres niveles de atención, y en los privados, y la correspondiente anulación de los contenidos normativos vigentes hasta la fecha que las contradigan.

Artículo 2.- Para el cuidado prenatal se mejorará o incorporará lo siguiente:

- La historia clínica perinatal, como documento institucional para el registro de la atención
- El carnet perinatal, como documento para las embarazadas
- Un plan de acceso para el parto o una eventual emergencia obstétrica
- La detección en la consulta de proteínas en la orina de las embarazadas con hipertensión arterial, mediante ácido acético o cintas comerciales, para mejorar la detección y diagnóstico de la preeclampsia.



Artículo 3.- Durante la atención del trabajo de parto, el personal de salud promoverá y facilitará:

- El cambio de posición y ambulación de las embarazadas
- La presencia de un familiar o allegado de la embarazada
- La ingestión de líquidos
- La eliminación del uso rutinario de enema y rasurado del vello pubiano

Asimismo:

- Utilizará para la vigilancia clínica de la madre y el feto el "partograma de la OMS modificado"

Artículo 4.- Para la atención del parto se dispone:

- Restringir la práctica de la episiotomía
- Realizar el manejo activo del alumbramiento mediante la aplicación intramuscular de 10 UI de oxitocina tan pronto nace el bebé
- Devolver la placenta a las madres púerperas que lo soliciten o acepten.

La aplicación de estos procedimientos estará supeditada principalmente a la difusión de la información científica disponible y observación audiovisual de la realización y eficacia de ambos procedimientos. El manejo activo del alumbramiento deberá contar con el suministro suficiente de oxitocina.

Artículo 5.- Para el caso de los recién nacidos:

- La atención inmediata será brindada en lo posible por una persona diferente a la que asiste a la madre y,
- Se preservará el calor corporal del bebé mediante su secado inmediato y cambio a pañal precalentado.

Artículo 6.- El personal de salud de los establecimientos públicos:

- Buscará los medios para garantizar la referencia de mujeres y recién nacidos con complicaciones a centros de salud con capacidad resolutive.
- Promoverá las prestaciones del Seguro Básico de Salud, en especial la atención gratuita del parto, y de las emergencias obstétricas y neonatales.
- Atenderá las denuncias y sugerencias realizadas por las organizaciones de base relacionadas con la negligencia, la desinformación, la discriminación, el maltrato, el ausentismo y el retraso.
- Proporcionará información y participará en la realización de auditorías médicas sobre la mortalidad materna y neonatal, comités comunales de análisis de la información y concejos municipales de salud, cuando así lo determinen las autoridades competentes.

Artículo 7.- La Unidad Nacional de Atención a las Personas, se constituye en la encargada de la difusión y aplicación de la presente resolución ministerial en lo referido a sus aspectos técnicos y clínicos; asignándose a la Reforma de Salud los aspectos de índole administrativos,

financieros y logísticos; la Unidad de Gestión Social, en cuanto se refiere a la ejecución de los derechos de la población usuaria en los servicios de salud y la Dirección General de Normas para Seguros de Salud y Entes Gestores en lo correspondiente a la población asegurada a los entes gestores en el marco de la Seguridad Social.

Artículo 8.- Se encomienda a la Unidad Nacional de Atención a las Personas del Ministerio de Salud y Previsión Social y al Proyecto Salud Materno Neonatal de JHPIEGO, la misión y responsabilidad de facilitar el acceso a la información científica actualizada relativa a las prácticas aprobadas, a todas las instituciones y personal de salud; sociedades científicas y otras agrupaciones inmersas en el tema..

Regístrese, comuníquese y archívese.

JMC/09


Dr. René Bilbao B.
VICEMINISTRO DE SALUD
Min. de Salud y Previsión Social


Sr. José M. Caballero Leigue
Jefe de Oficina de Asuntos Jurídicos
Min. de Salud y Previsión Social


Dr. Enrique Paz Argandoña
MINISTRO DE SALUD
Y PREVISION SOCIAL

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

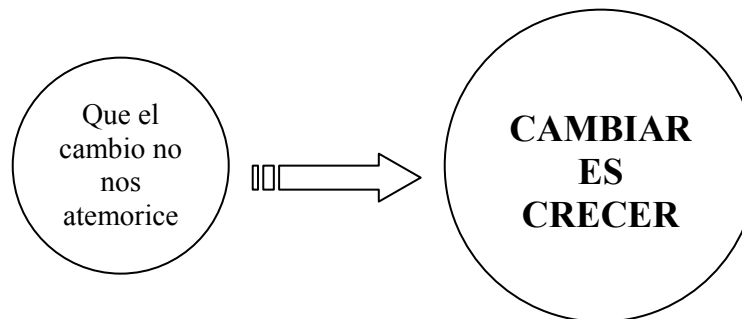

Sr. Carlos Fernando Molina
Jefe de Archivo y Documentación
Min. de Salud y Previsión Social



**CONOCIMIENTO CIENTÍFICO
Y CALIDAD DE ATENCIÓN**

¿QUÉ PASA CON EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO?

- Gran parte de lo que se conoce en la actualidad **no está al alcance** de la mayoría de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y estudiantes, no obstante que el primer beneficiario del conocimiento científico tendría que ser el personal de salud. La población se beneficia de él sólo en la medida que médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y el resto de prestadores se apropia del nuevo conocimiento, lo analiza, lo prueba y lo incorpora en su práctica cotidiana.
- Todo nuevo conocimiento en salud materna y neonatal **está destinado a mejorar la calidad de atención**. A la vez, constituye una base técnica y legal de respaldo para el personal de salud.
- Todo nuevo conocimiento, si ha sido establecido científicamente, **siempre representa un avance**, pero su aplicación requiere una etapa de ajuste del personal y de los servicios de salud.



C A M B I A R Y C R E C E R PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS

¿Cuál es el papel del personal de salud y de los directivos?

- Cumplir las funciones que les han sido asignadas \implies **RESPONSABILIDAD**
- Apoyarse mutuamente para que las prácticas y tecnologías apropiadas destinadas a mejorar la calidad de atención en salud materna y neonatal, puedan ser aplicadas con éxito \implies **TRABAJO EN EQUIPO**
- Aplicar rápidamente las prácticas y tecnologías que no requieren suministros ni capacitación \implies **BUENA VOLUNTAN Y SOLIDARIDAD CON LAS EMBARAZADAS**
- Comprometerse con la calidad de atención \implies **ACTITUD PROACTIVA**

PRACTICAS Y TECNOLOGÍAS APROPIADAS DE SALUD MATERNA Y NEONATAL

En el control prenatal

1. Historia clínica perinatal
2. Carnet perinatal
3. Planeando mi parto
4. Uso de ácido acético para proteinuria

En la atención del trabajo de parto

5. Ambulación y cambio de posición
6. Presencia de un familiar o allegado como apoyo emocional
7. Ingestión de líquidos
8. Eliminación del enema y rasurado del vello pubiano
9. Partograma OMS modificado

En la atención del parto

10. Reducción del uso de la episiotomía
11. Manejo activo del alumbramiento con oxitocina IM
12. Devolución de la placenta

En la atención al recién nacido

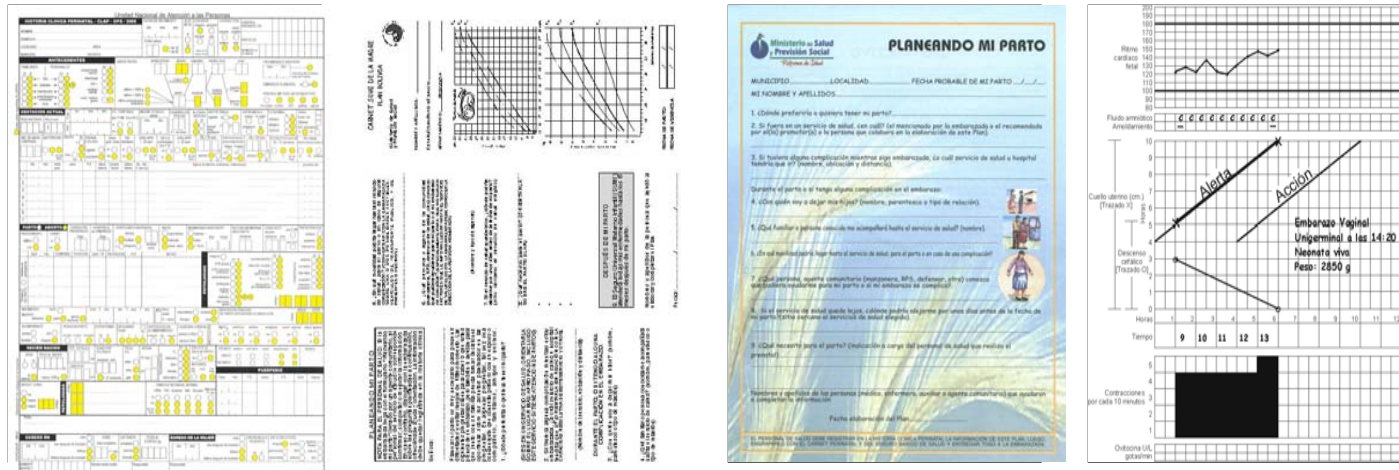
13. Atención inmediata
14. Preservación del calor corporal del bebé

En la relación del servicio con las embarazadas y familiares

15. Referencia efectiva
16. Promoción de las prestaciones gratuitas
17. Atención de denuncias
18. Proporcionar información sanitaria

**ARGUMENTOS CIENTÍFICOS
DE RESPALDO**

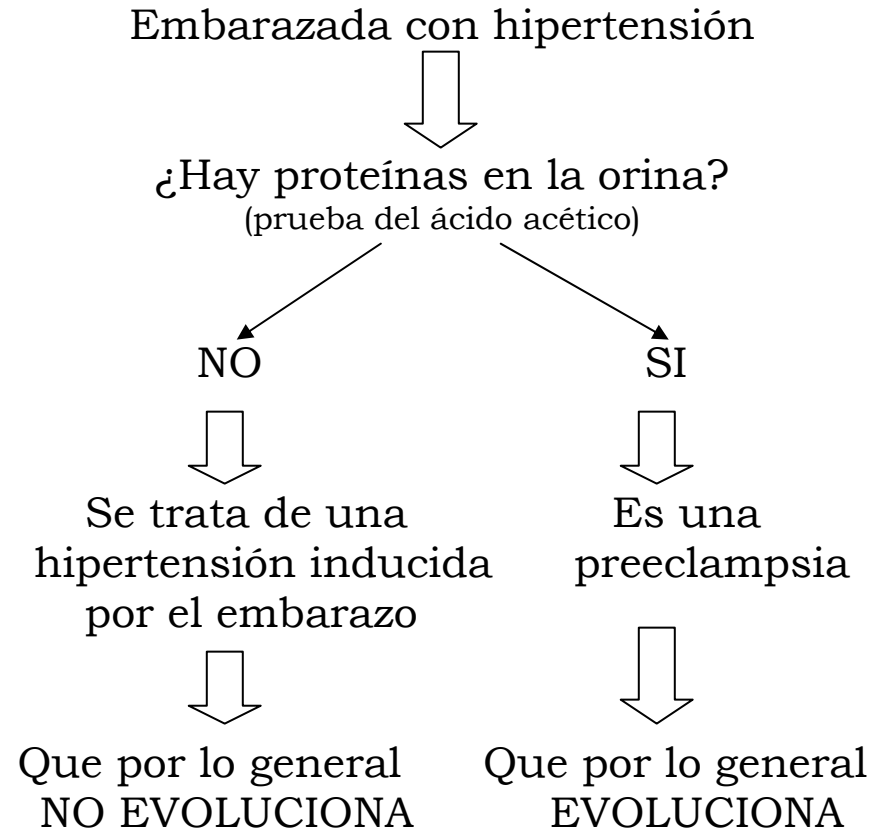
TECNOLOGÍAS APROPIADAS PARA REGISTRAR LA ATENCIÓN PERINATAL



UTILIDAD DE ESTOS INSTRUMENTOS:

- Orientan sobre la información básica necesaria.
- Permiten registrar el curso de la atención o enfermedad, y su manejo y/o tratamiento.
- Son un medio de comunicación entre el personal de salud, la embarazada, su familia y la comunidad.
- Ayudan en la toma de decisiones tanto al personal de salud como a la familia.
- Sirven de base para evaluar la calidad de la atención prestada.
- El carnet perinatal puede asociarse con un aumento en las mujeres del sentimiento de estar controladas durante su embarazo.

TECNOLOGÍA APROPIADA PARA LA DETECCIÓN INMEDIATA DE PROTEINURIA
EN LA CONSULTA PRENATAL



VIEJAS COSTUMBRES Y PRACTICAS

¿Sabemos qué quieren las mujeres embarazadas?

Ellas sienten que la posición echada (de litotomía) produce una sensación de desamparo y pérdida de control. Peor si la misma se acompaña de prácticas que invaden su intimidad o les provocan dolor, como:

- **tactos vaginales frecuentes**
- **episiotomía de rutina**
- **limpieza de la vagina y/o periné con antisépticos**
- **rasurado perineal**
- **enema durante el trabajo de parto**

Muchas de estas prácticas lamentablemente continúan siendo realizadas en numerosos establecimientos de salud, no obstante la existencia de investigaciones contundentes que advierten que no son necesarias, o que algunas de ellas incluso son peligrosas.

Otras rutinas no son menos dañinas, como:

- **separar a los recién nacidos de sus madres**
- **alejar de sus familiares a las mujeres en trabajo de parto**

PRACTICA APROPIADA: APOYO EMOCIONAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

En el trabajo de parto los niveles de ansiedad de las mujeres pueden ser muy altos.

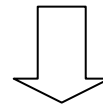
“Cuando estoy asustada, quiero estar con las personas que confío, que me atienden, me quieren y protegen”

¿Por qué, entonces, no humanizamos los espacios asistenciales, en vez de que en éstos las mujeres sientan frustración y desamparo?

Las investigaciones que exploraron el rol del apoyo emocional a las mujeres durante el trabajo de parto y parto, han revelado la fuerza ineludible de esta práctica sencilla para minimizar resultados negativos como: trabajo de parto prolongado, uso de analgésicos y sedantes, lactancia inefectiva y depresión postparto.

Si el apoyo emocional durante el trabajo de parto y parto pudiera ser envasado como una pastilla y distribuido gratuitamente, todas las mujeres lo tomarían sin pensarlo dos veces. Por algo, durante los años 70, las mujeres lucharon por tener sus parejas con ellas durante el parto.

A LAS PARTURIENTAS LES VA MEJOR
CUANDO SUS NECESIDADES EMOCIONALES
SON ATENDIDAS

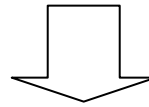


Se reduce la cesárea en 32%, el parto vaginal operatorio en 18%, la episiotomía en 34%, la necesidad de analgésicos en 16%.

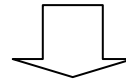
PRÁCTICA APROPIADA: AMBULACIÓN Y CAMBIO DE POSICIÓN

La posición horizontal continua siendo una práctica rutinaria en muchos establecimientos de salud, a pesar de que puede comprometer el flujo de sangre hacia el útero durante el trabajo de parto. Varios estudios sugieren que la posición supina puede afectar en forma negativa tanto al feto como a la progresión del trabajo de parto.

Se sabe que la habilidad de las contracciones para dilatar el cuello uterino está aumentada en la posición parada o lateral. Por tanto, hay más posibilidades de que el parto dure menos tiempo. También, en la posición vertical los episodios de dolor severo son menos frecuentes.

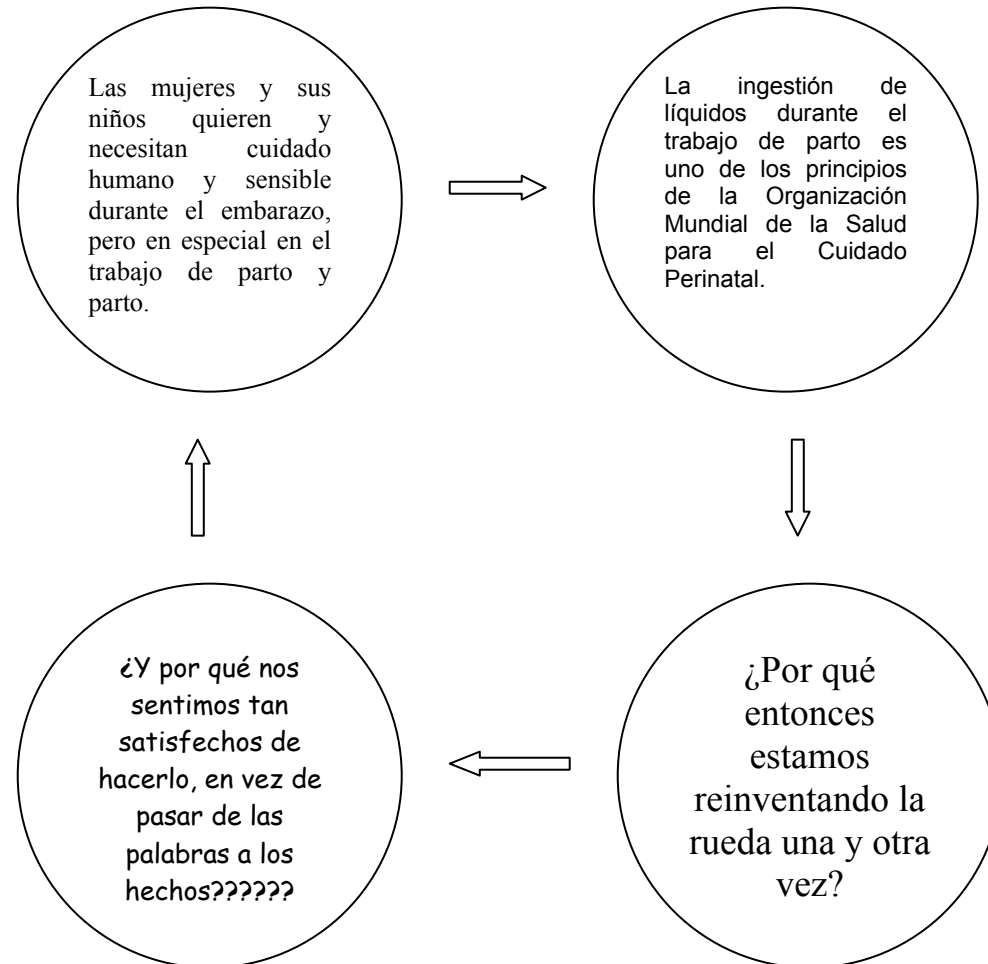


Cuando a las mujeres en trabajo de parto se les da libre elección para que adopten la posición que quieran dentro o fuera de la cama, asumen espontáneamente posiciones verticales, como estar sentadas, paradas o caminando, y se echan cuando el trabajo de parto está avanzado.



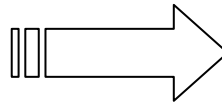
Ya que las posiciones verticales en el trabajo de parto y parto son mejores el personal de salud debe promoverlas

PRÁCTICA APROPIADA: INGESTIÓN DE LÍQUIDOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO



PRACTICA INAPROPIADA: ENEMA EVACUANTE EN EL TRABAJO DE PARTO

- Permite que la cabeza fetal descienda
- Estimula las contracciones uterinas
- Acorta el trabajo de parto
- Reduce la contaminación durante el parto
- Minimiza el riesgo de infección en la madre y el niño



Estos son los supuestos beneficios. Pero en realidad esta práctica es poco confortable y no carece de riesgos, ya que se ha registrado casos de **irritación rectal, colitis, gangrena y shock anafiláctico.**

RESULTADOS DE DOS INVESTIGACIONES CLÍNICAS

Sin enema, la materia fecal resultó más consistente y más fácilmente removible que luego del enema. NO hubo efectos en la duración del trabajo de parto, ni en la infección neonatal o de la herida perineal.

De la mujeres que habían recibido enema, un pequeño número estaban satisfechas, en tanto que la mayoría de las que no la recibió, estaban satisfechas o aliviadas. La mitad de las mujeres que recibieron enema expresaron sentimientos negativos, como vergüenza, incomodidad o rechazo.



Cuando es necesario aplicar enema, debe ser medicinal o de agua pura, pero siempre tibia.
La enema jabonosa no debería ser utilizada, porque puede ocasionar calambres y cólicos.

PRÁCTICA INAPROPIADA: RASURADO DEL VELLO PUBIANO

Se creía que el rasurado antes del parto disminuía el riesgo de infección y facilitaba la sutura de la episiotomía o desgarros.

Pero, en realidad

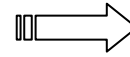
Ningún estudio pudo detectar efectos del rasurado en la disminución de la morbilidad puerperal

- Estudios han detectado tendencia al aumento de la morbilidad en las mujeres a las que se les rasuró el vello pubiano para el parto
- **Las mujeres sienten vergüenza cuando les afeitan el vello púbico**
- Hay prurito durante las semanas postparto de crecimiento del vello.
- El rasurado demanda suministros y tiempo del personal

PRACTICA INAPROPIADA: EPISIOTOMÍA DE RUTINA

La episiotomía fue introducida sin una evidencia científica fuerte sobre su necesidad.

Por tanto, los siguientes beneficios que se le atribuye SON TEÓRICOS



- Reduce la probabilidad de desgarros de tercer grado
- Preserva el piso pelviano y el músculo perineal, y reduce de esta manera el riesgo de incontinencia fecal y/o urinaria
- Disminuye el riesgo de distocia de hombros
- Protege al bebé de posibles traumas que ocasionan asfixia neonatal, hemorragia cerebral y retardo mental.

Estudio clínicos controlados muestran que una política de uso restringido de la episiotomía produce:

- Reducción de la práctica de la episiotomía en un 62%
- Reducción del trauma perineal posterior en un 12%
- Reducción de cualquier tipo de dolor perineal en 28%
- Reducción de la necesidad de sutura perineal en 27%

NO EXISTE EVIDENCIA CIENTÍFICA QUE RESPALDE LOS BENEFICIOS QUE SE LE ATRIBUYE AL USO LIBERAL DE LA EPISIOTOMIA

PRACTICA INAPROPIADA: EPISIOTOMÍA DE RUTINA

La evidencia científica actual muestra que la episiotomía practicada en forma rutinaria en las primigestas no está justificada, porque no presenta beneficios para la madre ni el bebé.

Un gran estudio clínico controlado sobre episiotomía, realizado en los Estados Unidos, mostró una fuerte asociación entre el uso rutinario de la episiotomía y el trauma rectal severo.

Cada año en Bolivia, alrededor de 55.000 primigestas son sometidas a una episiotomía probablemente innecesaria.

PUEDE SER NECESARIO REALIZAR EPISIOTOMÍA
EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- Feto grande
- Parto prematuro
- Parto en podálica, en expulsivo
- Rigidez de los tejidos perineales
- Inminencia de desgarro

TECNOLOGÍA APROPIADA: PARTOGRAMA OMS MODIFICADO

- Facilita el registro de información útil relacionada con el trabajo de parto.

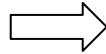


- Para interpretar su progreso y detectar desviaciones de la normalidad.

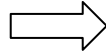


- No es necesario dibujar una curva de alerta para cada embarazada.

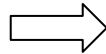
- Además de la curva de alerta, el partograma OMS tiene una curva de acción.



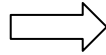
Su progreso, y sobre la condición de la madre y el feto



Por ejemplo, para detectar el trabajo de parto prolongado



El partograma OMS ya tiene dibujada una curva estándar



Que facilita la toma de decisiones.

PRINCIPALES RESULTADOS CON LA APLICACIÓN DEL PARTOGRAMA OMS MODIFICADO

VARIABLES	ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PARTOGRAMA	DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PARTOGRAMA	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA (p)
TOTAL PARTOS INVESTIGADOS EN CADA GRUPO	18 254	17 230	
TRABAJO DE PARTO MAYOR A 18 HORAS	1 147 (6,5%)	589 (3,4%)	0,002
NECESIDAD DE MEDICACIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO	3 785 (20,7%)	1 573 (9,1%)	0,020
SEPSIS POSTPARTO	127 (0,70%)	37 (0,21%)	0,028

FUENTE:

TECNOLOGÍA APROPIADA: MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO

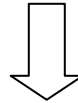
Recibir al niño, pinzar rápidamente el cordón umbilical, y luego otorgar al bebé las primeras atenciones.

Más o menos al minuto del nacimiento, aplicar 10 UI de oxitocina, vía intramuscular.

Hay que asegurarse previamente de que no hay otro feto en el útero.

Cuando se presenta una contracción, con una mano realizar tracción controlada del cordón umbilical y, con la otra, aplicada sobre el abdomen de la madre, rechazar el útero en dirección del ombligo.

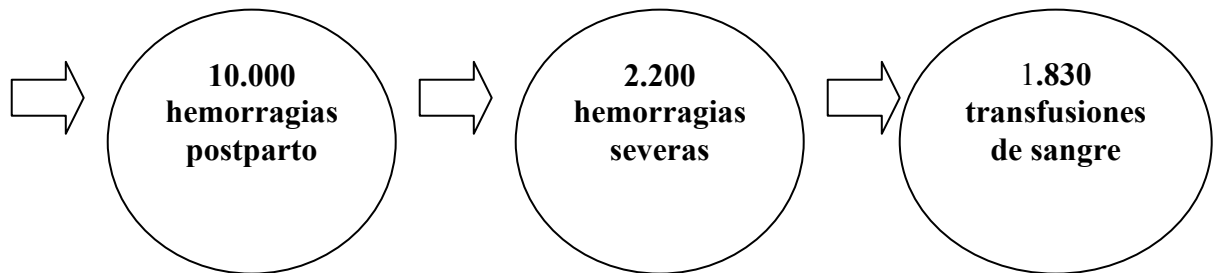
Realizar esta doble maniobra con cada nueva contracción del útero, hasta extraer la placenta.



- El manejo activo del alumbramiento reduce la pérdida de sangre que acompaña al desprendimiento y expulsión de la placenta (80 cc menos, en promedio).
- Reduce también la duración del tercer periodo (10 minutos menos, en promedio).

- También, disminuye en 62% el riesgo de hemorragia postparto mayor a 500 cc.
- Lo mismo ocurre con la hemorragia postparto severa (>1000 cc) que la reduce en 67%.
- También, disminuye en 66% la necesidad de transfusión sanguínea.

Si en Bolivia se aplicara el Manejo Activo del Alumbramiento en los 150,000 partos del SUMI, sería posible prevenir....



La REFERENCIA es responsabilidad de la Red de Servicios, aunque puede haber cooperación de la comunidad.

Cualquier demora puede causar la muerte.

Para promover las PRESTACIONES GRATUITAS, el personal debe primero estar bien informado.

Promover en especial el parto y las emergencias obstétricas y neonatales

**SERVICIO
VS.
COMUNIDAD**

El CONTROL SOCIAL es una actividad comunal respaldada por ley.

¿Qué es mejor: Que la gente se queje a la autoridad superior o que lo haga en nuestro propio servicio?

Los servicios de salud deben estar dispuestos a PROPORCIONAR INFORMACION, tanto a las autoridades como a la comunidad.

El CAI comunal es una excelente ocasión para conversar con la comunidad.

**REGLAMENTACIÓN
DE LA RM 0496**

REGLAMENTACIÓN PARA LAS 18 PRACTICAS Y TECNOLOGÍAS APROPIADAS

EN SALUD MATERNA Y NEONATAL CONTENIDAS EN LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL 0496 DE 09-10-2001

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que dentro las facultades normativas del Ministerio de Salud y Deportes ha sido emitida la RM 0496 en fecha 09 de octubre de 2001.

Que la mencionada resolución ministerial tiene que ver con la consolidación y/o incorporación en los servicios de salud de 18 prácticas y tecnologías apropiadas en salud materna y neonatal, que en la actualidad son de aplicación internacional.

Que las indicadas prácticas y tecnologías están respaldadas por investigaciones y documentos internacionales, y por expertos que consideran que "...no existe razón biológica por la que se debiera esperar un efecto diferente de los medicamentos que han de administrarse" (Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, No.4/BSR), y que por tanto su aplicación en los servicios de salud del país es considerada beneficiosa para las embarazadas y recién nacidos porque mejora la calidad de atención y los resultados.

Que se ha visto la necesidad de reglamentar la referida resolución ministerial, a fin de lograr su plena vigencia en los servicios de salud de todos los niveles de atención.

Por tanto, en razón de lo expuesto;

SE RESUELVE:

Artículo 1

La presente Resolución Ministerial tiene por objeto reglamentar la implantación y aplicación obligatorias de la RM 0496, de 09-10-01 en todos los servicios de salud de los tres niveles de atención, en los ámbitos público y privado, por cuanto el indicado documento legal constituye un addendum a las normas clínicas vigentes en el país desde 1996, es decir a los manuales para la Atención a la Mujer y al Recién Nacido en los tres niveles de atención, y a las Guías Técnicas del Seguro Universal Materno Infantil.

Artículo 2

Debido a que algunas de las tecnologías requieren capacitación y/o suministros, los servicios de salud y las instancias de gestión en los niveles nacional, departamental y local asumirán la responsabilidad y coordinarán para resolver situaciones derivadas de estas necesidades, según corresponda, y en colaboración con la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud (ex - UNAP).

Artículo 3

En los tópicos que requieran capacitación, los niveles locales y departamentales deberán gestionar la participación de especialistas de los hospitales de tercer nivel, y de los

profesionales que han participado en los Cursos de Estandarización Clínica en Procedimientos Obstétricos y Neonatales Básicos.

CAPITULO I DE LA ATENCIÓN DURANTE EL CONTROL PRENATAL

Artículo 4

a) La historia clínica perinatal y el carnet perinatal son documentos vigentes en el país desde hace dos décadas, por lo que su impresión y distribución estarán a cargo de las instancias de gestión departamentales y locales, en tanto que el nivel nacional quedará encargado de la actualización y/o introducción de nuevas versiones y, cuando corresponda, de la capacitación del recurso humano.

b) En vista que la difusión y utilización de ambos instrumentos todavía adolece de deficiencias en impresión, distribución, utilización, llenado, flujo, archivo y auditoría, las instancias locales y departamentales de gestión y los servicios de salud quedan encargados de identificar esas deficiencias y resolverlas.

Artículo 5

a) La implantación del formulario “Planeando mi parto” obedece a la necesidad de mejorar el acceso de las embarazadas a la atención de salud, en la medida que su uso trascienda los servicios de salud. Por tanto, deberá procurarse su llenado a partir de la comunidad, a cargo de agentes y voluntarios, que lo emplearán además como instrumento para referir embarazadas a los servicios

de salud. La impresión y distribución del formato comunitario quedará a cargo de las instancias locales y departamentales.

b) En los servicios de salud se procederá a, ratificar, completar y/o mejorar la información contenida en el formato comunitario, cuando una embarazada ya lo tenga, o se le abrirá uno. Como alternativa para su disponibilidad y llenado en los servicios de salud, está la incorporación de las preguntas en dos solapas del carnet perinatal vigente.

Artículo 6

La detección de preeclampsia en las embarazadas se hará mediante la prueba del ácido acético al 2%, durante y en cada consulta prenatal, pero solamente en las gestantes con hipertensión diastólica de 90 ó más mm Hg, que representan alrededor del 10%. La prueba, que sirve para detectar proteínas, se hará en establecimientos de los tres niveles de atención, en los consultorios de prenatal, o en el laboratorio cuando éste pueda reportar el resultado antes de que la embarazada abandone el servicio.

Artículo 7

a) El ácido acético será dotado por el Seguro Universal Materno Infantil, que ya proporciona este suministro, pero al 5% para la realización de colposcopias en la detección del cáncer de cuello uterino.

b) Si el ácido acético disponible en los servicios es al 5%, cada 100 cc será diluido en 150 cc de agua limpia o destilada, para obtener 250 cc de una dilución al 2%. Cuando no esté disponible

este suministro, se empleará vinagre puro, preferentemente blanco.

c) Para realizar la prueba se requiere dos gotas de ácido acético o de vinagre para una muestra de orina de 8-10 cc sometida previamente a ebullición.

CAPITULO II DE LA ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Artículo 8

a) Está demostrado que el cambio de posición y ambulación de las embarazadas mejora la actividad contráctil del útero y reduce la duración del trabajo de parto. Varios estudios clínicos controlados aleatorizados respaldan la ventaja de la posición vertical durante el periodo expulsivo, porque lo acorta y reduce la frecuencia de los episodios de dolor severo. Cuando las salas de trabajo de parto sean pequeñas, se invitará a las embarazadas a deambular alrededor de la cama y a moverse con libertad en su cama y cambiar de posición. Médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal de apoyo y estudiantes de medicina y de enfermería promoverán entre las parturientas estas prácticas, explicándoles los beneficios antes indicados

b) La ambulación durante el trabajo de parto no será promovida en tanto la cabeza fetal no esté encajada. Cuando se trate de un trabajo de parto pretérmino, la ambulación ocurrirá hasta los 7-8 centímetros de dilatación, o más si hay la disposición de atender el parto con la embarazada en cuclillas.

Artículo 9

a) Estudios clínicos controlados aleatorizados demuestran que el apoyo que reciben las embarazadas durante el trabajo de parto y parto, reduce la necesidad de analgésicos, la frecuencia de la operación cesárea y de la episiotomía, e incluso la depresión del recién nacido al quinto minuto de vida. Por tanto, todo el personal de los servicios de salud que atienden partos, realizará los esfuerzos necesarios para que el apoyo emocional a las parturientas se convierta en rutina. Lo realizará el personal de salud de manera directa, pero también permitiendo la presencia de los familiares identificados por la interesada.

b) El acompañamiento durante el trabajo de parto y parto es un derecho de las embarazadas, de suerte que cuando las salas de trabajo de parto no permitan la presencia prolongada de familiares, se adoptará la modalidad de “encuentros” cortos.

c) Tanto para el trabajo de parto como para el parto, los familiares serán instruidos del papel que deben desempeñar, para que proporcionen a la parturienta apoyo emocional satisfactorio.

Artículo 10

La presencia de un familiar en la sala de partos dependerá de la disponibilidad de salas individuales, del deseo de la parturienta y de la aceptación por parte del familiar identificado por la interesada. Cuando ocurra, el familiar será instruido por el personal de salud para que permanezca a la altura de la cabeza de la mujer, proporcionándole apoyo emocional y humedeciéndole los labios con una torunda empapada en agua. Vestirá un mandil,

botas y barbijo que deben ser proporcionados por el establecimiento de salud.

Artículo 11

De acuerdo con los principios de la OMS para el cuidado perinatal, no se debe restringir la ingestión de líquidos a las embarazadas durante el trabajo de parto, porque hay gasto de energía calórica que requiere reposición mediante la administración oral de líquidos. Los servicios de salud con atención de parto promoverán esta práctica, proporcionando líquidos y permitiendo que los familiares los provean (agua mineral y mates de hierbas que no contengan sustancias oxitócicas naturales).

Artículo 12

El uso rutinario del enema y rasurado del vello pubiano deben ser erradicados de los servicios de salud, porque provocan disconformidad y ofenden la intimidad de las embarazadas, además de que se trata de prácticas que no son beneficiosas. Los médicos quedarán encargados de informar a las enfermeras y auxiliares de enfermería, en tanto que las Jefaturas de Enfermería, de supervisar a enfermeras y auxiliares de enfermería. Cuando corresponda, el personal de salud informará a las parturientas de las desventajas de estas prácticas y de las razones que han conducido a su eliminación.

Artículo 13

El Partograma de OMS Modificado ha sido introducido por el Ministerio de Salud y Deportes porque es más fácil de llenar. Constituye un recurso valioso para vigilar la evolución del trabajo

de parto, y las condiciones de la madre y su bebé. Permite la detección del trabajo de parto prolongado, que es causa de infección puerperal y neonatal.

Artículo 14

La impresión del Partograma de OMS Modificado quedará a cargo de las instancias de gestión locales y departamentales, en tanto que la supervisión de su correcto llenado y utilización en la toma de decisiones estará a cargo del nivel departamental. Cuando corresponda, el adiestramiento del personal de salud se hará en coordinación y con el apoyo técnico del nivel nacional.

CAPITULO III DE LA ATENCIÓN DURANTE EL PARTO

Artículo 15

Debido a que la episiotomía de rutina es considerada en la actualidad una práctica probablemente inefectiva o dañina, su aplicación quedará restringida a los casos estrictamente necesarios, por cuanto los argumentos para su realización, como ser: prevención de desgarros perineales y preservación del piso pélvico, no están respaldados por investigaciones clínicas controladas.

Artículo 16

La práctica de episiotomías de rutina en los hospitales de enseñanza no está justificada. El desarrollo de habilidades quirúrgicas en los estudiantes deberá lograrse en otras circunstancias.

Artículo 17

En tanto investigaciones nacionales e internacionales establezcan los casos en los que la episiotomía debe ser realizada, la misma podrá ser aplicada en las siguientes circunstancias:

- a) Parto prematuro
- b) Parto de nalgas (inminente)
- c) Macrosomía fetal
- d) Presunción de desgarro perineal inminente
- e) Parto asistido (aplicación baja de fórceps)

Artículo 18

Estudios clínicos han demostrado que el manejo activo del alumbramiento reduce de manera importante la duración de la tercera etapa del parto, la pérdida de sangre durante el alumbramiento, el riesgo de hemorragia grave posparto y la necesidad de transfusión sanguínea. Se trata, por tanto, de una práctica beneficiosa, cuya aplicación en Bolivia ayudará a reducir la mortalidad materna por hemorragia, que es la primera causa de muerte durante el parto. Las 10 UI de oxitocina requeridas serán provistas por el Seguro Universal Materno Infantil, en forma de ampollas de 5 UI (2 ampollas para cada parto vaginal).

Artículo 19

El manejo activo del alumbramiento con 10 UI de oxitocina vía intramuscular, será aplicado también en los partos a domicilio atendidos por personal de salud.

Artículo 20

Cuando la persona que atiende el parto no está adiestrada para realizar las maniobras del manejo activo del alumbramiento (tracción del cordón umbilical), de todas maneras administrará las 10 UI de oxitocina requeridas para el procedimiento.

Artículo 21

En el país, las culturas aymara y quechua realizan ritos con la placenta, que son de importancia vital en sus relaciones con la tierra y el pasado. Por tanto, durante el trabajo de parto o cuando concluya el mismo, el personal de salud deberá establecer el destino que la embarazada desea darle a la placenta.

Artículo 22

Cuando la embarazada solicite o acepte que se le entregue la placenta, ésta deberá ser introducida en una bolsa plástica en la misma sala de parto y a la vista de la parturienta.

CAPITULO IV DE LA ATENCIÓN INMEDIATA A LAS Y LOS RECIEN NACIDOS

Artículo 23

La atención inmediata al recién nacido tiene el propósito de favorecer su adaptación inmediata a la vida extrauterina. Consiste principalmente en: secarlo tan pronto nace, comenzando por la cabeza; pinzar, seccionar y ligar el cordón umbilical; establecer el Apgar; reanimarlo si nace con una puntuación de 6 ó menos; entregarlo a la madre colocándolo sobre su abdomen.

Artículo 24

La atención inmediata al recién nacido será otorgada por la misma persona que atiende el parto, en todos los niveles de atención, lo mismo que en los partos domiciliarios asistidos por personal de salud. En los establecimientos de salud que cuentan con pediatras y/o neonatólogos, éstos deberán otorgar esa atención, pero principalmente la que corresponde a la reanimación.

Artículo 25

El personal de salud deberá realizar un esfuerzo especial para preservar el calor corporal de los y las recién nacidas, a fin de prevenir complicaciones respiratorias. Para esto, se deberá:

- a) Mantener las salas de parto a una temperatura promedio de 24-26 grados centígrados.
- b) Secar al bebé tan pronto nace y luego cambiarlo a un pañal seco precalentado.
- c) Entregarlo a la madre para que reciba su calor corporal.

Artículo 26

Para el secado efectivo y conservación del calor corporal de los y las recién nacidas, en las salas de parto se deberá contar con paquetes de parto que contengan por lo menos dos pañales, confeccionados con tela absorbente.

Artículo 27

Con el propósito de reducir el estrés que representa el nacimiento, se procurará que durante éste la iluminación de la sala de partos

no sea intensa; asimismo, el personal de salud evitará la producción de ruidos de cualquier naturaleza.

CAPITULO V DE LA RELACION DEL PERSONAL DE SALUD CON LAS EMBARAZADAS Y SUS FAMILIARES

Artículo 28

La referencia efectiva de embarazadas, parturientas y recién nacidos con problemas, requiere que los servicios de salud del primer nivel de atención cuenten con mapas o listas de los establecimientos de salud a los que es posible referir las emergencias obstétricas y pediátricas. Esos mapas o listas serán establecidos con la participación de los DILOS, las Gerencias de Redes de Servicios y los Servicios Departamentales de Salud.

Artículo 29

De acuerdo con la reglamentación del Seguro Universal de Maternidad y Niñez, éste cancelará a los servicios de salud, por concepto de referencia, en las siguientes situaciones:

- a) Emergencias obstétricas: preeclampsia severa, eclampsia, hemorragias obstétricas, complicaciones en el trabajo de parto, sepsis.
- b) Emergencias pediátricas: asfixia neonatal, neumonía grave, sepsis, disentería grave, diarrea con deshidratación grave, meningitis.

Artículo 30

El personal de salud informará y orientará a las embarazadas y comunidad sobre las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil y la gratuidad de las mismas. También, se colocará información escrita en todos los servicios de salud y en lugares de concurrencia de embarazadas y madres de niños menores a 5 años.

Artículo 31

Las instancias administrativas de los servicios de salud (direcciones y jefaturas), así como el personal de salud del primer nivel de atención, deben facilitar a la comunidad la presentación de quejas y sugerencias, y procesarlas de forma oportuna y efectiva.

Artículo 32

Para la presentación de quejas y sugerencias por la comunidad, los servicios de salud deben instalar buzones, establecer días y horarios para que los directivos de los servicios escuchen y resuelvan problemas, e instancias de coordinación con representantes y organizaciones de la comunidad (comités de vigilancia, defensorías de la salud).

Artículo 33

Las embarazadas y parturientas, y los familiares de éstas, tienen derecho a recibir información sobre la atención sanitaria que reciben. El personal de salud proporcionará de forma obligatoria, información básica sobre el embarazo, el parto, el recién nacido y

el posparto, y atenderá las necesidades de información que les sean planteadas.

Artículo 34

En caso de complicaciones durante el embarazo, el parto, el nacimiento y el posparto, el personal de salud proporcionará información sobre: el problema, las medidas correctivas, y lo que podría suceder si tales medidas no son adoptadas.

Artículo 35

Tan pronto nace el bebé, la madre debe recibir información sobre su niño o niña: sexo, peso al nacer, condiciones, integridad física. Asimismo, las embarazadas que serán sometidas a cesárea, deben recibir información sobre la(s) causa(s) para la misma.

CAPITULO VI DEL RESPALDO CIENTIFICO PARA LAS 18 PRACTICAS Y TECNOLOGIAS APROPIADAS DE SALUD MATERNA Y NEONATAL

Artículo 36

La siguiente bibliografía constituye el respaldo científico básico de las 18 prácticas y tecnologías apropiadas contenidas en la RM 0496 de 09 de octubre de 2001.

- a. Ministerio de Salud y Previsión Social, Unidad Nacional de Atención a las Personas. *Atención a la mujer y al recién nacido en puestos de salud, centros de salud y hospitales de distrito.* 2ª. ed. La Paz: Stampa Gráfica Digital Ltda.; 2000 (Norma Boliviana de Salud NB-MSPS-02-2000).

- b. Médicos Consultores. Obstetricia Práctica. 2ª. Ed. La Paz: Stampa Gráfica Digital Ltda.; 1997 (Temas de Ginecología y Obstetricia No.5).
- c. Belizán JM. The need to use de best evidence en clinical practice. Prenatal Medicine 1999;4:1-2.
- d. PATH, Maternal Neonatal Health. Preventing Postpartum Hemorrhage: Managing the Third Stage of Labor. Out Look 2001;19(3):1-8.
- e. World Health Organization. World Health Organization partograph in management of labour. The Lancet vol. 343, June 4, 1994.
- f. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos. Washington, D.C.: OMS; 2002 (Editores: JHPIEGO Corporation).
- g. Organización Mundial de la Salud. La biblioteca de salud reproductiva de la OMS No.3. Ginebra: OMS; 2000 (versión en discos flexibles).
- h. Organización Mundial de la Salud. La biblioteca de salud reproductiva de la OMS No.4. Ginebra: OMS; 2001 (versión en discos flexibles).
- i. Organización Mundial de la Salud. Biblioteca de salud reproductiva de la OMS No.5. Ginebra: OMS; 2002 (versión en CD).
- j. Postmaster@clap.oms.org Novedades del CLAP No.8, junio 2001. Investigación clínica aleatorizada de control prenatal de la Organización Mundial de la Salud para la evaluación de un nuevo modelo de control prenatal.
- k. Postmaster@clap.oms.org Novedades del CLAP No.10, septiembre 2001. Formas de cuidado durante el embarazo y el parto. Formas de cuidado beneficiosas.
- l. Postmaster@clap.oms.org Novedades del CLAP No.11, octubre 2001. Formas de cuidado probablemente inefectivas o dañinas.
- m. Postmaster@clap.oms.org Novedades del CLAP No.12, noviembre 2001. Formas de cuidado que pueden ser beneficiosas
- n. Postmaster@clap.oms.org Novedades del CLAP No.14, agosto 2001. Medicina basada en las evidencias aplicada a la perinatología. Principios de la Organización Mundial de la Salud en el cuidado perinatal: lineamientos esenciales en el cuidado de la salud antenatal, perinatal y del posparto.
- o. Postmaster@clap.oms.org Novedades del CLAP No.17, mayo 2002. Tasas de episiotomía en mujeres primíparas de América latina: estudio descriptivo basado en hospitales. Uso de episiotomía en estados Unidos.
- p. M.L. McCormick, H.C.G. Sanghvi, B. Kinzie, N. McIntosh. Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2002; 77:267-275.

CAPITULO VII DE LAS INSTANCIAS RESPONSABLES

Artículo 37

Las instancias encargadas de la difusión, aplicación, seguimiento y evaluación de esta Resolución Ministerial Reglamentaria son:

- a) En el nivel nacional: la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud y la Unidad del Seguro Universal Materno Infantil. También, la Unidad de Gestión Social y la Dirección General de Normas para Seguros de Salud y Entes Gestores.
- b) En el nivel departamental: los Servicios Departamentales de Salud y sus instancias programáticas pertinentes.
- c) En el nivel local: las Gerencias de Redes de Servicios, en coordinación con las instancias pertinentes de los gobiernos municipales.

TAREAS DEL PERSONAL DE SALUD CON RELACIÓN A LA RM 0496

PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE LA RED DE SERVICIOS EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNA Y NEONATAL MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA RM 0496 (I)

PRACTICA O TECNOLOGIA APROPIADA	GERENTE DE LA RED DE SERVICIOS	DIRECTIVO(S) DEL ESTABLECIMIENTO	PERSONAL MEDICO	PERSONAL DE ENFERMERIA	PERSONAL DE APOYO ¹
<p>Instrumentos de registro (historia y carnet perinatales, partograma OMS, “Planeando mi parto”)</p>	<p>Gestionar la dotación de los instrumentos para todos los servicios de la red.</p> <p>Supervisar la disponibilidad y llenado apropiado de los mismos.</p> <p>Detectar necesidades de capacitación en el llenado y utilización, y gestionar su satisfacción.</p> <p>Promover la auditoría de HCP y de partogramas OMS.</p> <p>Promover la utilización en la comunidad de “Planeando mi parto”.</p>	<p>Gestionar la dotación de los instrumentos para el establecimiento.</p> <p>Supervisar la utilización y llenado apropiado de los mismos, así como el almacenamiento en computadora (SIP) de los datos de la HCP (cuando corresponda).</p> <p>Detectar necesidades de capacitación en el llenado y utilización, y plantearlas a la Gerencia de Red.</p> <p>Planear la realización de auditorías de HCP y de partogramas OMS.</p>	<p>Comunicar con oportunidad a la dirección o jefatura, la necesidad de reposición de los instrumentos.</p> <p>Asumir la responsabilidad del llenado, o supervisarlos cuando se lo delega.</p> <p>Capacitar en servicio sobre el llenado de instrumentos y la interpretación de los datos.</p> <p>Velar porque las mujeres embarazadas recuperen su carnet perinatal con los datos de la atención recibida.</p> <p>Utilizar el partograma OMS para la vigilancia de todos los trabajos de parto y partos.</p>	<p>Comunicar con oportunidad a la autoridad inmediata superior la necesidad de reposición de los instrumentos.</p> <p>Asumir la responsabilidad del llenado, cuando corresponda.</p> <p>Que el partograma OMS este disponible en la historia clínica de todas las embarazadas que ingresan en trabajo de parto.</p> <p>Velar porque las mujeres embarazadas recuperen su carnet perinatal con los datos de la atención recibida.</p>	<p>El personal de archivo tiene la misión de proteger y organizar los expedientes clínicos.</p>

¹ Es el personal administrativo y el manual que por diversos motivos toma contacto con las embarazadas, parturientas y/o recién nacidos.

PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE LA RED DE SERVICIOS EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNA Y NEONATAL MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA RM 0496 (II)

PRACTICA O TECNOLOGIA APROPIADA	GERENTE DE LA RED DE SERVICIOS	DIRECTIVO(S) DEL ESTABLECIMIENTO	PERSONAL MEDICO	PERSONAL DE ENFERMERIA	PERSONAL DE APOYO
Utilización de ácido acético al 2% durante el cuidado prenatal, para el diagnóstico de preeclampsia.	<p>Asegurar la dotación de los suministros a todos los establecimientos de la red (solución de ácido acético al 2%, tubitos de ensayo y mecheros).</p> <p>Supervisar la aplicación del procedimiento en los servicios de la red.</p>	<p>Solicitar los suministros</p> <p>Supervisar la aplicación del procedimiento, y que la prueba sea realizada en los consultorios prenatales.</p> <p>Cuando la prueba sea realizada en laboratorio, el reporte debe estar listo antes de que la embarazada abandone el establecimiento.</p>	Aplicar el procedimiento en consultorio, a las embarazadas con hipertensión inducida por el embarazo.	<p>Medir la presión arterial antes del inicio de la consulta prenatal, para asegurar la recolección de la muestra de orina.</p> <p>Realizar la prueba cuando corresponda.</p>	Desechar las muestras de orina que ya han sido utilizadas.
Cambio de posición y ambulación de las embarazadas en trabajo de parto.	<p>Disponer la aplicación de esta práctica en los servicios de la red, por ser de beneficio para las parturientas y sus bebés.</p> <p>Explicar personal médico, de enfermería y de apoyo, los beneficios de esta práctica.</p> <p>Supervisar su aplicación</p>	<p>Disponer la aplicación de esta práctica en el establecimiento.</p> <p>Explicar personal médico, de enfermería y de apoyo, los beneficios de la misma.</p> <p>Supervisar su aplicación.</p>	<p>Alentar a las parturientas para que asuman las posiciones más confortables, y para que se levanten de la cama y caminen.</p> <p>Explicar al personal de enfermería y de apoyo los beneficios de esta práctica.</p>	<p>Alentar a las embarazadas para que se muevan y caminen.</p> <p>Ayudarlas a que se levanten de la cama y caminen</p>	No impedir que las parturientas estén fuera de su cama. Dejarlas que se levanten y caminen.

PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE LA RED DE SERVICIOS EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNA Y NEONATAL MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA RM 0496 (III)

PRACTICA APROPIADA	GERENTE DE LA RED DE SERVICIOS	DIRECTIVO(S) DEL ESTABLECIMIENTO	PERSONAL MEDICO	PERSONAL DE ENFERMERIA	PERSONAL DE APOYO
Presencia de familiar o allegado a la embarazada en trabajo de parto	Disponer la aplicación de esta práctica en los establecimientos de la red, por ser de beneficio para las parturientas y sus bebés. Explicar al personal médico, de enfermería y de apoyo, los beneficios de esta práctica. Supervisar su aplicación.	Disponer la aplicación de esta práctica en el servicio, por ser de beneficio para las parturientas y sus bebés. Explicar al personal médico, de enfermería y de apoyo, los beneficios de esta práctica. Supervisar su aplicación.	Facilitar la presencia de familiares, por lo menos por periodos cortos. Explicar al personal de enfermería y de apoyo los beneficios de esta práctica.	Facilitar y promover la presencia de familiares, por lo menos por periodos cortos.	No “despachar” a los familiares de la parturienta.
Administración e ingestión de líquidos por las embarazadas en trabajo de parto	Disponer la aplicación de esta práctica en los establecimientos de la red, por sus beneficios. Supervisar su aplicación.	Disponer la aplicación de esta práctica en el establecimiento. Explicar al personal médico, de enfermería y de apoyo, los beneficios de esta práctica. Supervisar su aplicación.	Promover la ingestión de líquidos por las parturientas, otorgados por el hospital o adquiridos por los familiares. Explicar al personal de enfermería y de apoyo, los beneficios de esta práctica.	Promover y facilitar la ingestión de líquidos por las parturientas, otorgados por el hospital o adquiridos por los familiares.	Proporcionar a todas las parturientas los líquidos autorizados por el hospital

PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE LA RED DE SERVICIOS EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNA Y NEONATAL MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA RM 0496 (IV)

PRACTICA APROPIADA	GERENTE DE LA RED DE SERVICIOS	DIRECTIVO(S) DEL ESTABLECIMIENTO	PERSONAL MEDICO	PERSONAL DE ENFERMERIA	PERSONAL DE APOYO
Eliminación del uso rutinario del enema evacuante y del rasurado del vello pubiano para el parto.	<p>Disponer la eliminación de estas prácticas rutinarias de los servicios de la red.</p> <p>Explicar al personal de la red los motivos para la eliminación de las mismas.</p> <p>Supervisar la eliminación de estas prácticas rutinarias.</p>	<p>Disponer la eliminación de estas prácticas rutinarias en el establecimiento.</p> <p>Explicar al personal del establecimiento los motivos para la eliminación de las mismas.</p> <p>Supervisar la eliminación de estas prácticas rutinarias.</p>	<p>No solicitar a las enfermeras que realicen estas prácticas.</p> <p>Explicar al resto del personal médico y de enfermería los motivos para la eliminación de estas prácticas.</p> <p>Dar explicaciones a las mujeres embarazadas, si es necesario.</p>	<p>No aplicar enema evacuante a las embarazadas que se internan en trabajo de parto, y tampoco realizarles el rasurado del vello pubiano.</p> <p>Dar explicaciones a las embarazadas, si es necesario.</p>	<p>No realizar comentarios sobre estos aspectos con las embarazadas en trabajo de parto. Las dudas de las mujeres deben ser resueltas por los médicos y enfermeras.</p>
Reducción de la práctica de la episiotomía rutinaria	<p>Disponer la reducción paulatina de esta práctica en los establecimientos de la red.</p> <p>Explicar al personal de la red, los motivos para la reducción paulatina.</p>	<p>Disponer la reducción paulatina de la práctica de la episiotomía en el servicio.</p> <p>Detectar necesidades de capacitación y organizar demostraciones, a cargo de expertos, sobre la atención de partos sin episiotomía.</p>	<p>Reducir de forma paulatina la práctica de la episiotomía, a partir de la observación de demostraciones y/o de la autocapacitación.</p> <p>Explicar las desventajas de la episiotomía rutinaria al personal de enfermería.</p> <p>Dar explicaciones a las pacientes, si es necesario.</p>	<p>Cuando sea necesario, explicar a las pacientes las razones de la reducción de la práctica de episiotomía.</p> <p>Cuando corresponda, atender primigestas sin realizar episiotomía.</p>	

PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE LA RED DE SERVICIOS EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNA Y NEONATAL MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA RM 0496 (V)

PRACTICA O TECNOLOGIA APROPIADA	GERENTE DE LA RED DE SERVICIOS	DIRECTIVO(S) DEL ESTABLECIMIENTO	PERSONAL MEDICO	PERSONAL DE ENFERMERIA	PERSONAL DE APOYO
Manejo activo del alumbramiento	Disponer la aplicación de esta práctica en los establecimientos de la red, por sus beneficios. Garantizar la disponibilidad de las 10 UI de oxitocina para cada parto. Vigilar la aplicación del procedimiento.	Disponer y vigilar la aplicación de esta práctica en el establecimiento. Garantizar la disponibilidad de las 10 UI de oxitocina para cada parto. Organizar demostraciones a cargo de expertos.	Aplicar el manejo activo del alumbramiento Demostrar la aplicación del manejo activo del alumbramiento y explicar sus beneficios al personal de enfermería.	Facilitar la aplicación de esta práctica, preparando las 10 UI de oxitocina en cada parto. Aplicar el manejo activo del alumbramiento, cuando corresponda.	
Atención inmediata al recién nacido y preservación del calor corporal	Garantizar que cada paquete de parto contenga dos toallas para recibir y secar al bebé.	Garantizar que cada paquete de parto contenga dos toallas para recibir y secar al bebé.	Otorgar atención inmediata a los recién nacidos en ausencia del pediatra.	Otorgar atención inmediata a los recién nacidos en ausencia del médico.	Preparar paquetes de parto con dos toallas para recibir y secar al bebé.
Devolución de la placenta	Disponer la aplicación de esta práctica, por sus efectos positivos en la imagen institucional. Dotar bolsas de plástico.	Disponer y vigilar la aplicación de esta práctica, por sus efectos positivos en la imagen institucional.	Informar a las embarazadas que en el hospital se devuelve la placenta	Informar a las embarazadas que en el hospital se devuelve la placenta	Informar a las embarazadas que en el hospital se devuelve la placenta

DIEZ PRINCIPIOS DE LA OMS SOBRE SALUD PERINATAL

LOS DIEZ PRINCIPIOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD EN EL CUIDADO PERINATAL

El cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias.
2. Estar basado en el uso de tecnología apropiada, que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
3. Estar basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios clínicos controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado secundario y terciario.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como ser parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.
6. Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.

7. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido a las necesidades tanto de la mujer y su hijo como de su pareja.
8. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.

9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.