



BOMBEROS QUITO

Salvamos **vidas**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO EUTÓCICO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

ABRIL, 2024

CONTENIDO

- I. CONTROL DE CAMBIOS
- II. ALCANCE
- III. BASE LEGAL
- IV. RESPONSABILIDADES
- V. DEFINICIONES
- VI. INTRODUCCION
- VII. OBJETIVO
- VIII. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES
- IX. REFERENCIAS
- X. ANEXOS

I. CONTROL DE CAMBIOS

Número de Capítulo	Párrafo / Tabla / Nota	Adición (A) Supresión (S) Revisión (R)	Cambios Realizados	Fecha de cambio
I-IX	Todo el documento	A	Realización del Protocolo	25/04/2024

Aprobado por: Director de Operaciones	 Mayo. Carlos Estuardo Moyano Luna
Revisado por: Jefe de la Brigada Especializada de Atención Prehospitalaria	 Cptn. Juan Carlos Ganchala Alvear
Elaborado por: Jefe de la Unidad de Planillaje y Auditoría Médica Brigada Especializada de Atención Prehospitalaria	 Dra. Arlen Anahí Guayasamín Bedón

I. OBJETIVO

Proporcionar una recopilación de información y recomendaciones con evidencia científica para establecerlo dentro de la atención al Parto eutócico en el entorno extrahospitalario del CB-DMQ.

II. ALCANCE

El presente Protocolo de “Atención del parto eutócico en la Atención Prehospitalaria”, es de aplicación para todo el personal sanitario (paramédico y médico) del área operativa de Atención Prehospitalaria del CB-DMQ.

III. BASE LEGAL

El documento denominado “PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO EUTÓCICO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA”, se sustenta bajo la siguiente base legal:

- **Constitución de la República del Ecuador en su Art.- 32:** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.
- **Ley Orgánica de Salud en su Art.- 22:** Los servicios de salud, públicos y privados, tienen la obligación de atender de manera prioritaria las emergencias obstétricas y proveer de sangre segura cuando las pacientes lo requieran, sin exigencia de compromiso económico ni trámite administrativo previo.

IV. RESPONSABILIDADES

El presente documento tiene como actores responsables a los profesionales sanitarios (paramédico y/o médico), involucrados en la Atención Prehospitalaria al paciente, así como el personal que a través de la gestión administrativa y logística cumple con la función de proporcionar lo requerido para la efectiva atención.

V. DEFINICIONES

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Aborto	La OMS define al aborto como terminación del embarazo posterior a la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial, antes de que el feto logre la viabilidad (menos de 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud céfalo – caudal menos 25cm). ³
Auscultación fetal intermitente	Consiste en la observación del latido fetal intraparto mediante un dispositivo Doppler externo durante unos periodos de tiempo previamente establecidos.
Parto espontáneo/ normal/ eutócico	Es aquel de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o la niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. ¹
Primera etapa de parto o periodo de dilatación	Es la que comienza con el inicio del parto y termina con la dilatación completa. A su vez, esta primera etapa, tanto en la práctica clínica como en la literatura, se ha subdividido en dos fases: la fase latente y fase activa. ¹
Fase latente del parto	La fase latente comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta o escasa de la dilatación hasta 4cm. ¹
Fase activa del parto	Se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación; comienza con una dilatación de más de 4cm y termina cuando la paciente tiene dilatación completa: 10cm. ¹
Segunda etapa del parto o periodo expulsivo	Es la que comienza con la dilatación cervical completa y finaliza con el nacimiento del feto. Alternativamente, también es considerada desde el comienzo del pujo materno con dilatación completa hasta el nacimiento. ¹
Tercera etapa del parto o alumbramiento	Es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta
Parto inmaduro	Es el que se presenta entre las 20 y 28 semanas de gestación. ¹
Parto pretérmino o prematuro	Es el que se presenta entre las 28 y las 36 semanas de gestación. ¹
Parto a término	Es el que se presenta entre las 37 y 42 semanas. ¹
Parto post termino	Es el que se presenta luego de las 42 semanas de gestación o más de 294 días, calculados a partir de la fecha de la última menstruación confiable. ¹
Recién nacido prematuro	Se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se haya completado las 37 semanas, según la OMS se dividen en subcategorías: prematuros tardíos (34 a 36 semanas 6 días), prematuros moderados (32 a 33 semanas 6 días), muy prematuros (28 semanas a 31 semanas 6 días) y prematuros extremos (menor o igual a 27 semanas 6 días). ⁴
Recién nacido a término	Nacido vivo de 37 a 41 semanas de gestación, equivalente a 2500 gramos o más.
Episiotomía	La episiotomía es la incisión quirúrgica que se realiza en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando" para abreviar el parto y apresurar la salida del feto. Se realiza con tijeras o bisturí y requiere sutura.
Maniobra de Kristeller	La maniobra de Kristeller es un procedimiento que se realiza durante el trabajo de parto con la finalidad de expulsar al feto con mayor rapidez ejerciendo presión sobre el fondo uterino de la madre para aumentar la fuerza de la contracción.

Puerperio	Es el periodo de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Esta etapa de transición tiene una duración variable, aproximadamente de 6 a 8 semanas.
Puerperio inmediato	Las primeras 24 horas postparto

VI. INTRODUCCION

El Cuerpo de Bomberos del Distrito Metropolitano de Quito a través de su Brigada Especializada de Atención Prehospitalaria, atiende aproximadamente 17.000 emergencias y urgencias extrahospitalarias de manera anual, de las cuales la “Atención del parto eutócico en la Atención Prehospitalaria” refleja un total aproximado de 250 atenciones anuales, lo que constituye el 1.7% del número total de atenciones.

Pese a considerarse que el porcentaje de emergencias ginecológicas es un 2% relacionadas con el “Parto eutócico en la Atención Prehospitalaria, el Cuerpo de Bomberos del Distrito Metropolitano prioriza la atención a este grupo prioritario con su contingente técnico, a fin de sumarse a la estrategia de disminución de mortalidad materno infantil, y el sumar acciones a la estrategia nacional y mundial para la disminución de la mortalidad materno infantil en un enfoque humanista que caracteriza a esta institución.

El parto y el puerperio es un proceso fisiológico; el garantizar una atención digna con eficacia y eficiencia a través del establecimiento documentado de un protocolo de atención, el cual se base en las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública con un enfoque Pre hospitalario, para la aplicación en las atenciones que brinda el personal sanitario de la Brigada de Atención Prehospitalaria, forma parte del enfoque y cumplimiento relacionado con la misión institucional: *“Somos una institución técnica dedicada a salvar vidas y proteger bienes, mediante acciones oportunas y efectivas para la prevención de incendios y atención de emergencias.”*

VII. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La atención de una gestante en el ámbito extrahospitalario requiere de acciones que permitan la disminución de la morbimortalidad materno infantil; en este documento se describen específicamente las acciones a realizar en la atención del parto eutócico.

Las recomendaciones para la atención de la gestante se detallan a continuación:

- a. La anamnesis es imprescindible para determinar los factores de riesgo en el embarazo y por ende es un indicador de la conducta a seguir. (Ver **Anexo 1**).
- b. Las medidas de bioseguridad es una práctica que se debe mantener antes, durante y después de la atención, para garantizar la seguridad del personal sanitario y pacientes.
- c. Durante el examen físico, la “Auscultación fetal intermitente” es un método valido y recomendable para el control del bienestar fetal durante el parto. (Ver **Anexo 2**)
- d. Se recomienda alentar y ayudar a la “LIBRE POSICIÓN” en la fase activa y a movilizarse así lo deseen previa comprobación de bienestar materno fetal.

1. Primera etapa del parto o periodo de dilatación:

El comienzo del parto es espontáneo e inicia generalmente en el hogar de la gestante, es importante diferenciar las dos fases de este periodo, lo cual nos guiará para la toma de decisiones de derivación y transporte.

En este caso las mujeres gestantes con “Fase de dilatación activa” **tienen el criterio de admisión en centros obstétricos**, de acuerdo con la Guía del MSP.

Las gestantes en “Fase latente” que tienen contracciones dolorosas y que no están en “Fase activa” de parto, en donde según los antecedentes por cada caso (paridad de la paciente, historial sobre sus partos anteriores y las condiciones clínicas en las que llegue la paciente) se indicará el transporte:

- Casa de salud de primer nivel: paciente con dinámica uterina regular, con estabilidad hemodinámica, sin factores de riesgo, que viva en el área urbana y de fácil acceso al servicio de atención.
- Casa de salud con centro obstétrico: de acuerdo con el nivel que le corresponda a la paciente según su estado como: patología materna que deba ser controlada, vivienda en área rural con difícil acceso al servicio de atención, y multiparidad.

No demorarse innecesariamente para el traslado de la paciente hacia la asistencia profesional.

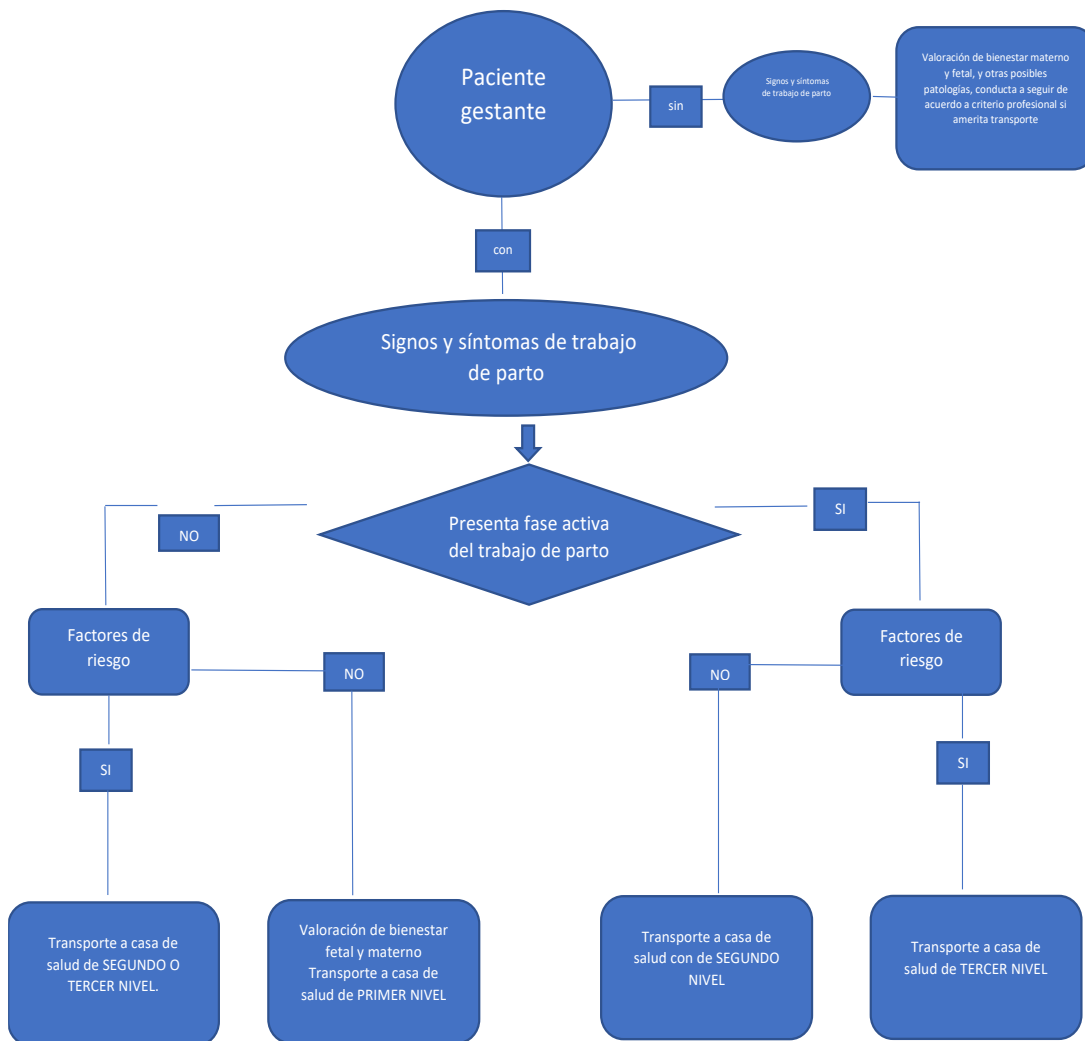
La evaluación fetal y materna es imprescindible para la toma de decisiones, así como el apoyo emocional a la madre y familiares.

Colocar a la madre sobre su lado izquierdo para favorecer el retorno venoso, verifique y registre:

1. la intensidad, duración y frecuencia de las contracciones,
2. hora de expulsión del tapón mucoso y
3. rotura del saco amniótico.

La dinámica uterina es un indicador clínico que le proporcionará la información para determinar la “Fase activa”.

Flujo de valoración inicial para transporte de paciente



Modificado de Guía de Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato (GPC) 2015

2. Segunda etapa del parto o periodo expulsivo

El objetivo estratégico de la atención prioritaria a la gestante es la atención del parto en un Centro Hospitalario. En el caso de no ser viable, recuerde que el nacimiento es inevitable y no se debe intentar detener.

La atención extrahospitalaria debe realizarse en la medida de lo posible en un lugar seguro, cálido y cómodo, preservando la intimidad de la embarazada y respetando la posición más cómoda que adopte la paciente para afrontar el parto.

Se recomienda incentivar el pujo espontáneo y realizar la protección activa del periné, mediante técnica de “Deflexión controlada de la cabeza fetal”.

No está recomendado la “Episiotomía” de rutina, ni la “Maniobra de Kristeller”.

Descripción del procedimiento de atención del parto en periodo expulsivo:

- a. Una vez visualizada la cabeza del bebé por la vulva o zona perineal, incentivar al pujo espontáneo al ritmo de las contracciones maternas. Proteger el periné con la mano no dominante ejerciendo una leve presión para evitar desgarros. La mano libre se encuentra lista para sujetar la cabeza del bebé. En esta fase la cabeza se encuentra aprovechando el diámetro mayor del canal del parto, siendo este el vertical (el comprendido entre la espalda y el abdomen), es así como aparecerá el bebé a través del canal vaginal en la mayoría de los casos mirando hacia abajo y en algunas ocasiones hacia arriba.
- b. Tras la salida completa de la cabeza se produce la rotación externa, provocando que el bebé mire a uno de los muslos de la madre, colocando los hombros frente al diámetro mayor del canal del parto. Valorar la presencia de circular de cordón y proceder a liberar pasando el cordón por delante de la cabeza. Recuerde sujetar suavemente la cabeza con ambas manos.
- c. El siguiente paso es la salida de los hombros: habitualmente sale primero el hombro superior, una vez haya salido el superior, se levantará suavemente la cabeza del bebé hacia arriba para facilitar la salida del hombro inferior.
- d. Tras la salida de los hombros el bebé saldrá de manera rápida y repentina, se lo debe sujetar con firmeza para evitar su caída y pueda golpearse. Una vez a su salida coloque el bebé sobre el abdomen de la madre, mientras lo seca, valore y evalúe la transición del recién nacido (Ver **Anexo 3**).
- e. Interrumpir la circulación feto-placentaria pinzando el cordón umbilical cuando haya dejado de pulsar o a los 2 minutos (Pinzamiento tardío). **NO HAY APURO PARA PINZAR EL CORDON UMBILICAL**. El pinzamiento debe estar cercano al ombligo del recién nacido **NO debe colocarse a menos de 5 cm** de distancia del mismo. Y el siguiente pinzamiento a unos 5 cm próximos al del primero. Proceda al corte el cordón umbilical en medio del pinzamiento.
- f. Si las condiciones de la madre así lo permiten realizar el procedimiento de contacto piel con piel (Ver **Anexo 4**).

3. Tercera etapa o periodo de alumbramiento

La placenta se expulsa de manera natural en un tiempo no mayor a los 30 minutos después de la salida del recién nacido. El manejo activo de la “Tercera etapa” del parto se detalla a continuación:

- a. Dentro del primer minuto luego del nacimiento del producto, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro(s) producto(s) y administre 10 UI de oxitocina intramuscular (IM).
- b. Pince el cordón umbilical cerca del periné. Sostenga la pinza con una mano.
- c. Coloque la mano libre arriba del pubis de la mujer, estabilice el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical. (Ver **Tabla 1**).
- d. Cuando el útero se contraiga o el cordón se alargue, hale del cordón con mucha delicadeza para que la placenta se desprenda de la pared uterina y sea expulsada. Con la otra mano continúe ejerciendo contra-tracción sobre el útero (Maniobra Brandt Andrews).
- e. Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón (es decir si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón.
- f. Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente.
- g. Al ser expulsada la placenta, sostenga con las manos y gírela con delicadeza hasta que las membranas queden torcidas y se expulsen.
- h. Verifique y examine que la placenta y las membranas se expulsaron completamente.
- i. Masajee de inmediato el fondo uterino a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se mantenga contraído.
- j. Asegúrese que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino.
- k. Consulte a la madre o al familiar si desea la placenta, colóquela en una bolsa roja y entréguela al familiar o en la casa de salud a la que fuese transportada la paciente.

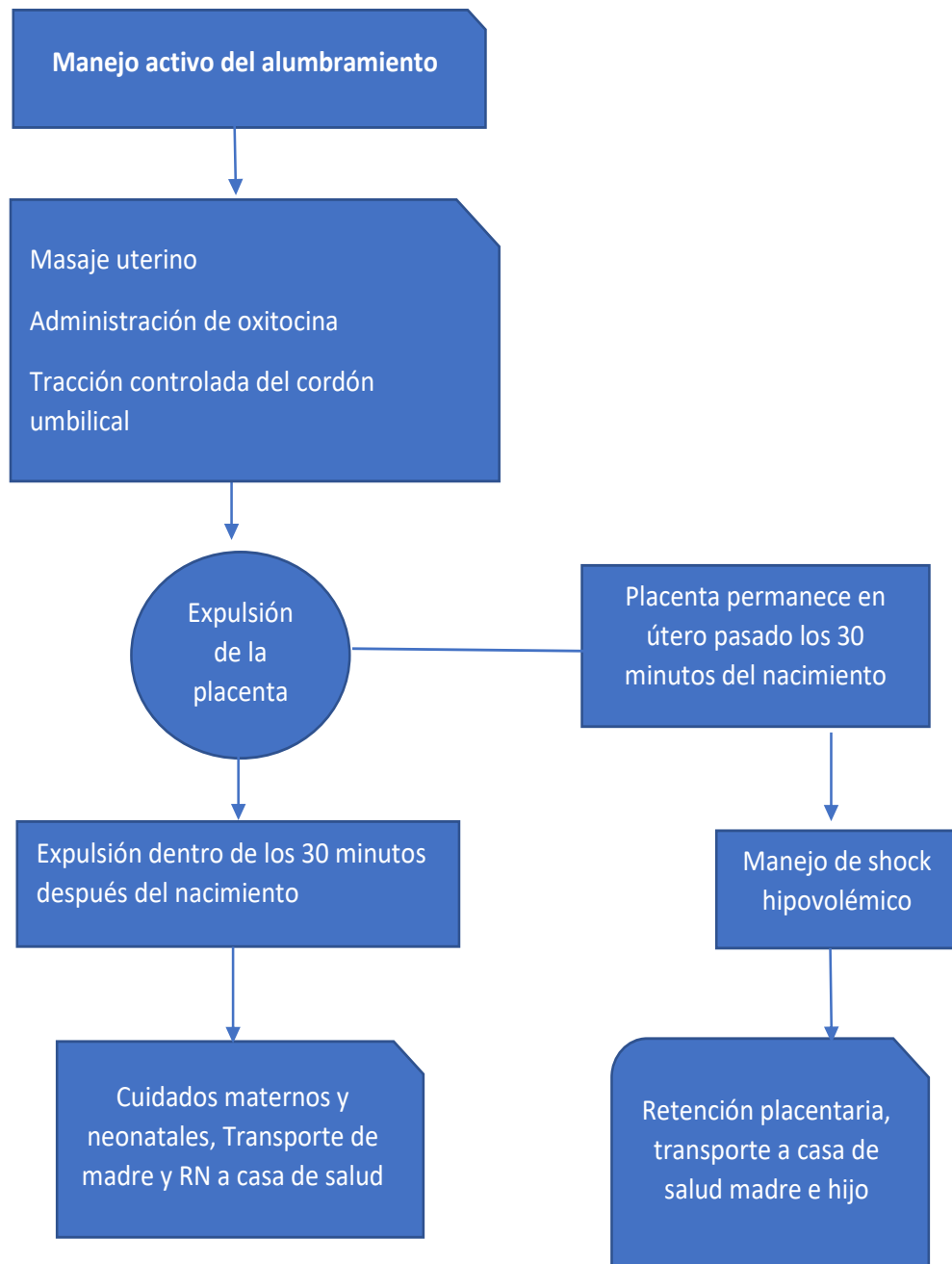
TRACCIÓN Y CONTRACCIÓN DEL CORDÓN UMBILICAL

No se recomienda la tracción controlada del cordón umbilical sin la administración de fármacos uterotónicos o antes de observar signos de separación de la placenta, ya que esto puede provocar la separación parcial de la placenta, la ruptura del cordón, sangrado excesivo y/o inversión del útero.

No se debe realizar a tracción del cordón umbilical sin aplicar la contracción por encima del pubis con la otra mano.

Tabla 1. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2013.

Flujo de Manejo Activo de la tercera etapa del parto



VIII. REFERENCIAS

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al parto. Guía de Práctica Clínica: Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2015.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al parto. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Ministerio de Salud – Argentina, 4ta Edición – noviembre 2010.
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención del Aborto. Guía de Práctica Clínica: Atención del aborto terapéutico. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2015.
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Recién Nacido Prematuro. Guía de Práctica Clínica: Recién Nacido Prematuro. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2015.
5. Vásquez J, Rodríguez L, Palomo R. Manual de Atención al Parto en el Ámbito Extrahospitalario. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos, Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional. Alcalá, 56 28014 Madrid.
6. J. Sáez Soldado. Módulo 6 Atención al parto por primeros intervinientes. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.
https://aula.campuspanamericana.com/Cursos/Curso01313/Temario/M6T1/06_M6T1_APIE.pdf
7. Grupo de trabajo. Auscultación Fetal Intermitente. Hospital Universitario de Gatafe – Salud Madrid.
<http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/440fa1be-487e-4e7e-bd08-b573c84db01e/1d32b91a-f15c-4ca7-9634-140d39d2c98e/3dc45496-f885-4fbc-b4ae-531f83f0e326/3dc45496-f885-4fbc-b4ae-531f83f0e326.pdf>
8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado. Ministerio de Salud Pública del Ecuador – Consejo Nacional de Salud CONASA, 2008.
9. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica. Guía de Práctica Clínica: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2013.
10. Grupo de trabajo del Manual. Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2019

IX. ANEXOS**ANEXO I. “Factores de Riesgo en el embarazo”**

<i>Tabla. Riesgo I o riesgo medio:</i>	
1. <i>Anemia leve o moderada.</i>	18. <i>Intervalo reproductor anómalo: periodo intergenésico <12 meses.</i>
2. <i>Anomalia pélvica.</i>	19. <i>Multiparidad: 4 o más partos con fetos de 28 sem.</i>
3. <i>Cardiopatías I y II.</i>	20. <i>Obesidad: IMC>29 y <40.</i>
4. <i>Cirugía genital previa.</i>	21. <i>Obesidad mórbida: IMC> 40.</i>
5. <i>Condiciones socioeconómicas desfavorables.</i>	22. <i>Incremento de peso insuficiente: < de 5 kg.</i>
6. <i>Control gestacional insuficiente. 1ª visita >20ª sem ó <4 visitas o sin pruebas complementarias.</i>	23. <i>Infecciones maternas: sin repercusión fetal aparente.</i>
7. <i>Diabetes gestacional.</i>	24. <i>Infección urinaria: BA y cistitis.</i>
8. <i>DIU y gestación.</i>	25. <i>Presentación fetal anormal: no cefálica> 32 sem.</i>
9. <i>Edad extrema: <16 ó >35 años.</i>	26. <i>Riesgo de crecimiento intrauterino retardado: factores de riesgo asociados a CIR.</i>
10. <i>Edad gestacional incierta.</i>	27. <i>Riesgo de ETS.</i>
11. <i>Embarazo gemelar.</i>	28. <i>Riesgo laboral: trabajo en contacto con sustancias tóxicas.</i>
12. <i>Embarazo no deseado: rechazo de la gestación.</i>	29. <i>Sospecha de malformación fetal.</i>
13. <i>Esterilidad previa.</i>	30. <i>Sospecha de macrosomía fetal: peso fetal estimado a término >4 kg.</i>
14. <i>Fumadora habitual.</i>	31. <i>Talla baja: estatura <150 cm.</i>
15. <i>Hemorragia del I trimestre.</i>	
16. <i>Incompatibilidad D (Rh).</i>	
17. <i>Incremento de peso excesivo: IMC>20 % ó > de 15 kg.</i>	

Manual de Atención al Parto en el Ámbito Extrahospitalario

Tabla. Riesgo II o alto riesgo:

1. <i>Malformación uterina: incluyendo la incompetencia cervical.</i>	7. <i>Alteraciones del líquido amniótico.</i>
2. <i>Malos antecedentes obstétricos: 2 ó más abortos, 1 ó más prematuros, partos distócicos, RN con deficiencia mental o sensorial, 1 ó más muertes fetales o neonatales, antecedentes de CIR.</i>	8. <i>APP (amenaza de parto prematuro).</i>
3. <i>Pielonefritis.</i>	9. <i>Anemia grave: Hb <7.5.</i>
4. <i>Patología médica materna asociada grave.</i>	10. <i>Cardiopatías grados III y IV.</i>
5. <i>Sospecha de crecimiento intrauterino retardado.</i>	11. <i>Diabetes Mellitus tipo I.</i>
6. <i>Abuso de drogas.</i>	12. <i>Embarazo múltiple: 3 ó más fetos.</i>
	13. <i>Endocrinopatías.</i>
	14. <i>Hemorragias del II o III trimestre.</i>
	15. <i>HTA crónica, preeclampsia.</i>
	16. <i>Infección materna: con influencia en la madre, feto o RN.</i>

Manual de Atención al Parto en el Ámbito Extrahospitalario*Tabla. Riesgo III o riesgo muy alto:*

1. <i>Crecimiento intrauterino retardado confirmado.</i>
2. <i>Malformación fetal confirmada.</i>
3. <i>Incompetencia cervical confirmada.</i>
4. <i>Placenta previa.</i>
5. <i>Desprendimiento prematuro de placenta (DPPNI).</i>
6. <i>HTA grave.</i>
7. <i>Amenaza de parto prematuro y parto prematuro.</i>
8. <i>Rotura prematura de membranas.</i>
9. <i>Embarazo prolongado.</i>
10. <i>Patología materna asociada grave.</i>
11. <i>Muerte fetal anteparto.</i>
12. <i>Otras.</i>

Manual de Atención al Parto en el Ámbito Extrahospitalario

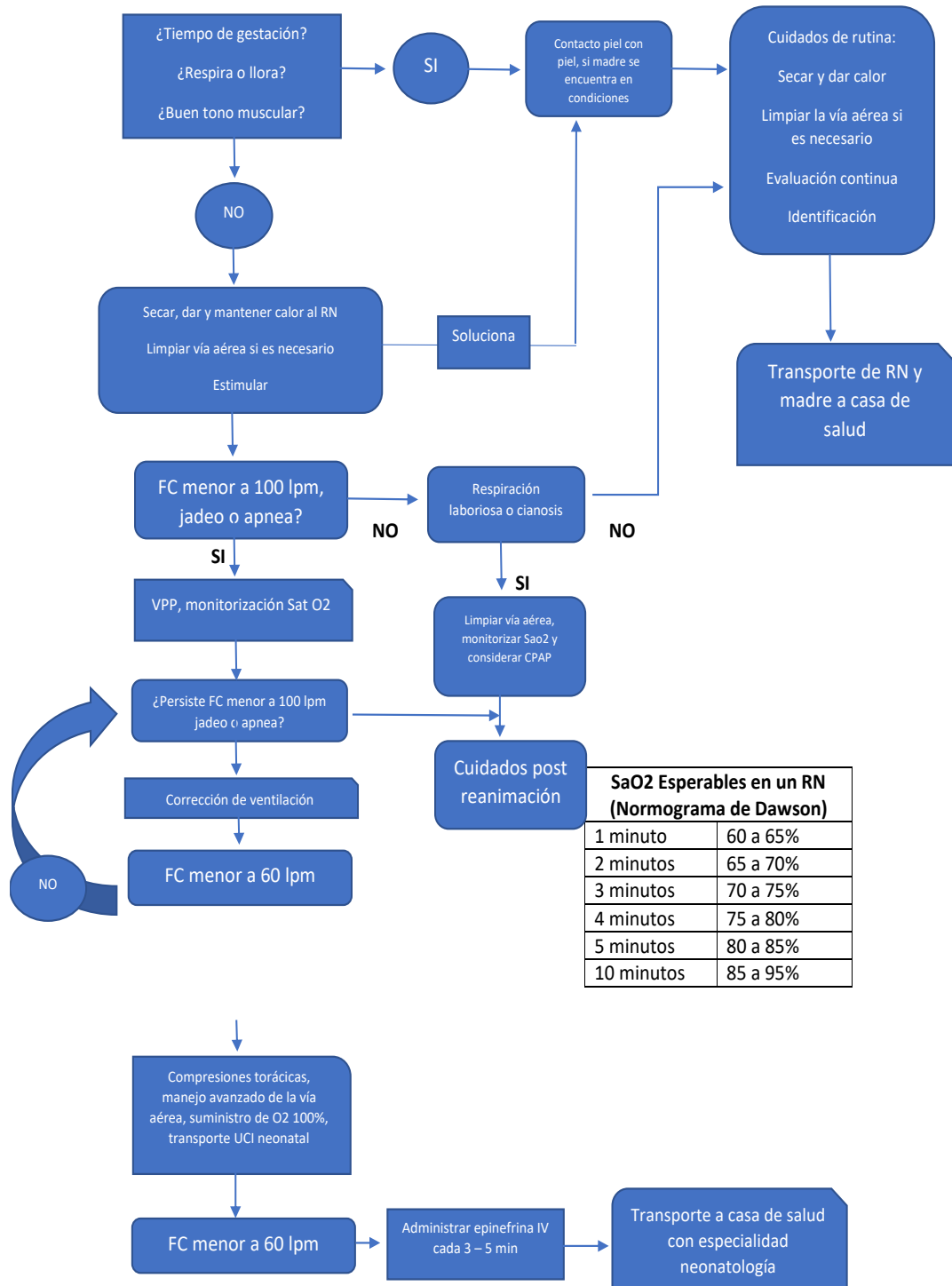
ANEXO II. “Técnica de la Auscultación Fetal Intermitente (AFI)”

Antes de cualquier valoración, la mujer debe ser informada sobre el procedimiento que se le va a realizar.

- a. La “Auscultación Fetal Intermitente” se puede realizar por medio del ultrasonido Doppler o con la Campana de Pinar.
- b. Durante el trabajo de parto se la debe auscultar de la siguiente manera:
 - al menos cada 15-30 minutos durante el periodo de dilatación y
 - al menos cada 5-15 minutos en el periodo expulsivo;
 - durante 30-60 segundos, como mínimo, después de una contracción; simultáneamente con el pulso de la madre para diferenciar el ritmo materno y el latido cardiaco fetal.

ANEXO III

“Cuidados del Recién Nacido (Modificado de Guía de Práctica Clínica Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2015.”



TEST DE APGAR

El “Test de Apgar” evalúa la vitalidad y buen estado fisiológico del recién nacido de una forma objetiva y cuantitativa, a través de 5 categorías, las cuales tienen una valoración que en su sumatoria refleja un puntaje de **0 a 10**. Mencionada evaluación se efectúa al minuto y a los cinco minutos del nacimiento.

PUNTAJE PARCIAL			
CATEGORIA	0	1	2
1. Frecuencia cardíaca	Ausente	Menor de 100 lpm	100 lpm o más
2. Respiración	Ausente	Llanto débil, respira mal	Llanto vigoroso
3. Tono muscular	Flácido	Ligera flexión	Movimiento activo
4. Irritabilidad refleja o respuesta a la manipulación	Sin respuesta	Mueca	Llanto o retirada activa
5. Color de la piel	Cianótico o pálido	Pies o manos cianóticas (acrocianosis)	Completamente rosado

El puntaje final se obtiene de la suma de los valores parciales asignados a cada una de las 5 categorías descritas anteriormente, y se interpreta de la siguiente manera:

De 0-3 = severamente deprimido

De 4-6 = moderadamente deprimido

Mayor o igual a 7 = bienestar

El resultado de la evaluación del “Apgar” no debe ser utilizado como indicador de inicio de reanimación neonatal, ni deben retrasar las intervenciones a los recién nacidos deprimidos al minuto para su evaluación. Su puntaje es un indicador de efectividad de las maniobras de reanimación a los 5 minutos.

ANEXO IV. “Procedimiento para realizar contacto piel con piel madre & recién nacido”

- Mantener una temperatura confortable en el lugar de parto (ambulancia, hogar de la paciente, etc.)
- Una vez realizado el pinzamiento del cordón umbilical, secar al recién nacido y entregar a su madre para que espontáneamente se inicie la lactancia materna, si las condiciones de la madre y el recién nacido así lo permiten.
- Identificar al recién nacido, colocando la manilla en su brazo derecho con la siguiente descripción: “RN APELLIDO MATERNO”.
- El contacto piel con piel no debe retrasar las acciones del “Tercer periodo” del parto.

ANEXO V. Materiales

La Brigada Especializada de Atención Prehospitalaria del Cuerpo de Bomberos del Distrito Metropolitano de Quito cuenta con el siguiente material, para la atención a un “Parto eutócico” descrito en el siguiente protocolo:

- **Kit de partos:** Tela no tejida de polipropileno 100% SMS, Gramaje mínimo 45g/m2, 2 campos estériles simples 120cm v120cm, 4 toallas de manos absorbentes, 2 batas quirúrgicas manga larga, 2 pierneras, 2 campos simples de 80cm x 80cm con adhesivos, 2 clamp umbilical, 1 brazaletes de identificación madre, 2 brazaletes de recién nacido, 1 indicador de esterilidad, 1 funda plástica para placenta, Un gorro para recién nacido. Todo se encuentra estéril y es descartable
- **Set de instrumental:** 2 pinzas Kocher estériles y 1 tijera para cordón umbilical.

Validado por
Unidad de Desarrollo Institucional

Tlgo. Freddy G. Orbe V.
Analista de Desarrollo Organizacional 1