

PROTOCOLO

— EN EL —

CUIDADO DE LA MUJER Y DEL RECIÉN NACIDO



ISBN: 978-9942-580-80-1



Créditos

PROTOCOLO EN EL CUIDADO DE LA MUJER Y DEL RECIÉN NACIDO

Consuelo De Jesús Albán Meneses

Correo: consuelo.alban@yahoo.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2014-7328>

Universidad Técnica de Babahoyo

Mónica Trinidad Caballero Burgos

Correo: caballerom1978@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5368-0441>

Matilde Pascuala Rizo Mosquera

Correo: mrizom@utb.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5472-2383>

Universidad Técnica de Babahoyo

Álvaro Lenin Medina Coello

Correo: alvaromedina1996@hotmail.com /

alvaro.medina@iess.gob.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4640-8121>

Universidad Técnica de Babahoyo / Hospital General
Babahoyo

Richard Alexander Aguirre Guerrero

Correo: richardaguirreguerrero@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9476-6355>





Indexación

Dirección y Coordinación Editorial: Sara Díaz Villacís

Revisión de contenido Christian Armendáriz PhD

Revisión pedagógica: Fabrizzio Andrade PhD (c)

© ® Derechos de Copia y Propiedad Intelectual

Maquetación y Diseño de portada: Sara Díaz V

Libro bajo revisión técnica y didáctica de pares

Guayaquil - Ecuador

Junio del 2026



Descarga:

<https://liveworkingeditorial.com/product/978-9942-580-80-1>

Enlace del DOI:

<https://doi.org/10.63792/978-9942-580-80-1>



Crossref





Certificado de autenticidad



ISBN: 978-9942-580-80-1



Google Play
Books





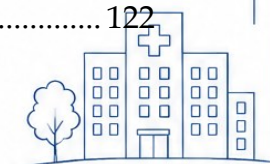
Índice general

Créditos	II
Indexación	III
Índice general	V
Prólogo.....	IX
Resumen	XIV
Introducción.....	1
1 Capítulo I. Fundamentos del cuidado integral de la mujer y del recién nacido.....	10
1.1 Atención integral en salud materna y neonatal.	17
1.2 Enfoque humanizado, intercultural y basado en derechos	28
1.3 Principios éticos en el cuidado materno-neonatal	36
1.4 Rol del personal de salud.....	40
1.5 Seguridad del paciente y cultura de protocolo..	46
1.6 Factores de riesgo materno y neonatal	52





2	Capítulo II. Protocolo de atención durante el embarazo y el parto	60
2.1	Control prenatal y valoración inicial.....	63
2.2	Aplicación del Score MAMÁ 2025.....	70
2.3	Identificación de signos de alarma	76
2.4	Atención humanizada del trabajo de parto.....	80
2.5	Clave Roja: hemorragia obstétrica	84
2.6	Clave Azul: trastornos hipertensivos.....	89
2.7	Clave Amarilla: sepsis obstétrica	94
2.8	Registro clínico y comunicación efectiva.....	98
3	Capítulo III. Protocolo de cuidado de la mujer en el puerperio	102
3.1	Valoración clínica del puerperio inmediato.....	105
3.2	Prevención de hemorragia posparto	111
3.3	Trastornos hipertensivos en el posparto	117
3.4	Sepsis puerperal	122





3.5	Salud mental materna	126
3.6	Lactancia materna y consejería	131
3.7	Planificación familiar posparto	135
3.8	Alta segura y seguimiento domiciliario.....	139
4	Capítulo IV. Protocolo de atención integral del recién nacido	145
4.1	Recepción y valoración inicial.....	148
4.2	Cuidados inmediatos y adaptación neonatal..	153
4.3	Prematuro tardío y dificultad respiratoria.....	158
4.4	Bajo peso, restricción del crecimiento y pequeño para edad gestacional.....	163
4.5	Tamizajes y seguimiento.....	167
4.6	Educación a la madre y la familia.....	171
4.7	Referencia neonatal y continuidad del cuidado	175
	Conclusión final del libro.....	181





Referencias	188
-------------------	-----



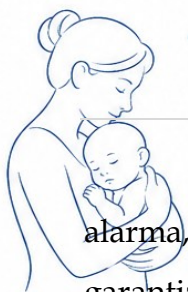


Prólogo

El cuidado de la mujer y del recién nacido constituye uno de los campos más sensibles de la atención sanitaria, no solo por su importancia clínica, sino también por su impacto familiar, social y comunitario. En cada control prenatal, en cada nacimiento, en cada vigilancia puerperal y en cada valoración neonatal se expresa la capacidad de un sistema de salud para anticiparse al riesgo, responder con oportunidad y sostener una atención segura, humanizada y basada en evidencia.

Este libro, **Protocolo en el cuidado de la mujer y del recién nacido**, nace con el propósito de ofrecer a docentes, estudiantes de medicina, estudiantes de enfermería y profesionales de salud una herramienta didáctica y técnica para comprender la atención materno-neonatal desde una perspectiva integral. No se trata únicamente de describir procedimientos clínicos, sino de comprender cómo se organiza el cuidado, cómo se reconocen los signos de



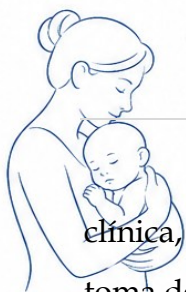


alarma, cómo se activa una respuesta rápida y cómo se garantiza la continuidad asistencial desde el embarazo hasta el puerperio y la atención del recién nacido.

En el contexto ecuatoriano, el **Protocolo Score MAMÁ y Claves Obstétricas 2025** representa un eje normativo fundamental para la atención de gestantes y púerperas, ya que establece una herramienta de puntuación de signos vitales para la detección temprana del deterioro clínico y define claves obstétricas para el manejo organizado de emergencias como hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos y sepsis. Además, su aplicación es obligatoria en el Sistema Nacional de Salud, lo que convierte su dominio en una competencia indispensable para quienes participan en la atención materna.

Desde la gestión hospitalaria, los protocolos no deben entenderse como documentos administrativos aislados, sino como instrumentos de seguridad del paciente. Un protocolo bien aplicado permite reducir variabilidad





clínica, mejorar la comunicación entre equipos, ordenar la toma de decisiones, asignar roles y disminuir retrasos en la atención. En obstetricia y neonatología, donde los cambios clínicos pueden progresar rápidamente, la estandarización de la respuesta no sustituye el juicio profesional; lo fortalece.

Este texto también reconoce que el cuidado materno-neonatal exige sensibilidad ética, enfoque intercultural y respeto por los derechos de la mujer, la familia y el recién nacido. La humanización del parto, la comunicación clara, la privacidad, el consentimiento informado, el acompañamiento familiar y la atención libre de discriminación deben integrarse al mismo nivel que la vigilancia clínica y el manejo terapéutico.

La obra se estructura en cuatro capítulos. El primero desarrolla los fundamentos del cuidado integral de la mujer y del recién nacido. El segundo aborda el protocolo de atención durante el embarazo y el parto, con énfasis en el





Score MAMÁ 2025 y las claves obstétricas. El tercero se centra en el puerperio, etapa crítica para la prevención de hemorragia, sepsis, trastornos hipertensivos y alteraciones emocionales. El cuarto capítulo desarrolla la atención integral del recién nacido, incluyendo recepción, adaptación neonatal, bajo peso, prematuridad, tamizajes, educación familiar y continuidad del cuidado.

El valor principal de este libro está en articular evidencia, protocolo y práctica. Por ello, se apoya en documentos normativos nacionales actualizados, protocolos institucionales 2025 y literatura científica reciente sobre salud materna, salud neonatal, seguridad del paciente, factores de riesgo y resultados perinatales. El **Protocolo de Manejo Inicial de Hemorragia Posparto 2025**, por ejemplo, refuerza la necesidad de reconocer tempranamente el sangrado, cuantificarlo de forma objetiva y actuar antes del deterioro hemodinámico, dado que la estimación visual puede subestimar significativamente la pérdida sanguínea.





Este libro invita a mirar el cuidado materno-neonatal como una ruta continua y no como una suma de momentos aislados. El embarazo, el parto, el puerperio y la atención del recién nacido forman una cadena asistencial en la que cada intervención o retraso puede influir en el desenlace final. Por ello, formar profesionales capaces de leer signos clínicos, activar protocolos, comunicar hallazgos y cuidar con humanidad es una tarea prioritaria para la educación médica y de enfermería.

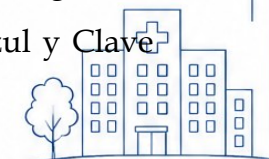


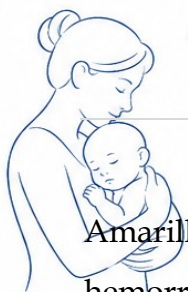


Resumen

El presente libro, **Protocolo en el cuidado de la mujer y del recién nacido**, desarrolla una guía académica y técnica orientada a fortalecer la atención integral del binomio madre-hijo en el embarazo, parto, puerperio y periodo neonatal. Su propósito es ofrecer a docentes, estudiantes de medicina, estudiantes de enfermería y profesionales de salud una base organizada para comprender, aplicar y enseñar protocolos materno-neonatales con enfoque de seguridad del paciente, humanización, interculturalidad y continuidad del cuidado.

La obra se fundamenta en el **Protocolo Score MAMÁ y Claves Obstétricas 2025** del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, documento que estandariza la detección temprana del riesgo obstétrico mediante la valoración de signos vitales y organiza la respuesta ante emergencias obstétricas a través de la Clave Roja, Clave Azul y Clave





Amarilla. Estas claves permiten estructurar la atención de hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos y sepsis, respectivamente, mediante equipos de respuesta rápida, asignación de roles, uso de kits, comunicación efectiva y referencia oportuna según capacidad resolutive.

El libro también incorpora el **Protocolo de Manejo Inicial de Hemorragia Posparto 2025**, especialmente en los apartados relacionados con prevención, cuantificación del sangrado, manejo farmacológico, monitoreo clínico y respuesta multidisciplinaria. Este protocolo resalta que la hemorragia posparto continúa siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad materna, por lo que la vigilancia y actuación antes del deterioro clínico son esenciales.

Los capítulos se organizan de manera progresiva. El primer capítulo expone los fundamentos del cuidado integral, el enfoque humanizado e intercultural, los principios éticos, el rol del personal de salud, la cultura de





protocolo y los factores de riesgo materno-neonatal. El segundo capítulo desarrolla la atención durante el embarazo y el parto, incluyendo control prenatal, Score MAMÁ 2025, signos de alarma, trabajo de parto humanizado y claves obstétricas. El tercer capítulo aborda el cuidado de la mujer en el puerperio, con énfasis en valoración clínica, hemorragia posparto, trastornos hipertensivos, sepsis puerperal, salud mental, lactancia, planificación familiar y alta segura. El cuarto capítulo se orienta al recién nacido, su recepción, adaptación, riesgo respiratorio, bajo peso, tamizajes, educación familiar y continuidad asistencial.

La propuesta integra evidencia científica reciente sobre resultados maternos y neonatales, determinantes clínicos, calidad de los servicios, riesgo perinatal, bajo peso, diabetes gestacional, infección neonatal, hipertensión y seguridad del paciente. De esta manera, el texto busca convertirse en un material de consulta, enseñanza y aplicación práctica para fortalecer competencias clínicas, éticas y





organizacionales en la atención de la mujer y del recién nacido.

Palabras clave: cuidado materno-neonatal, Score MAMÁ, claves obstétricas, seguridad del paciente, embarazo, parto, puerperio, recién nacido, gestión hospitalaria, atención humanizada.





Introducción

La atención de la mujer y del recién nacido exige una comprensión amplia del cuidado sanitario. No basta con conocer procedimientos clínicos aislados; es necesario entender la ruta completa que inicia con el control prenatal, continúa con el trabajo de parto, se profundiza en el puerperio y se proyecta hacia la adaptación y seguimiento del recién nacido. Esta continuidad representa uno de los mayores desafíos para los establecimientos de salud, porque obliga a integrar vigilancia clínica, protocolos de emergencia, comunicación efectiva, referencia oportuna, educación familiar y respeto por los derechos de la mujer.

En la práctica hospitalaria, los eventos adversos maternos y neonatales rara vez dependen de un solo factor. Suelen relacionarse con retrasos en el reconocimiento del deterioro, subestimación del riesgo, fallas de comunicación, registros incompletos, ausencia de roles definidos o debilidades en la referencia y contrarreferencia. Por ello, la



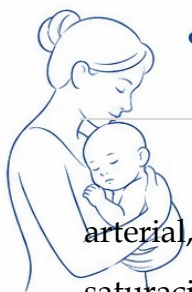


gestión hospitalaria moderna entiende los protocolos como herramientas de organización clínica. Un protocolo permite que el equipo sepa qué observar, cuándo actuar, a quién informar, qué recursos activar y cómo documentar la atención.

El Protocolo Score MAMÁ y Claves Obstétricas 2025 surge precisamente como una respuesta normativa para fortalecer la identificación temprana del riesgo y el manejo estandarizado de emergencias obstétricas. Su propósito es brindar a los profesionales del Sistema Nacional de Salud herramientas para determinar tempranamente el riesgo y manejar emergencias durante el embarazo, parto y puerperio, con el objetivo de prevenir la morbilidad y mortalidad materna.

El Score MAMÁ 2025 debe comprenderse como una herramienta de alerta temprana. Su utilidad no está en llenar una tabla, sino en interpretar signos vitales y datos clínicos para anticipar el deterioro. Temperatura, presión





arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, estado de conciencia, proteinuria, oxigenoterapia y gasto urinario son elementos que permiten valorar la estabilidad de la gestante o puerpera. En el entorno hospitalario, estos datos deben conducir a decisiones concretas: intensificar vigilancia, informar al equipo, activar una clave, preparar medicamentos, organizar traslado o referir a un nivel de mayor complejidad.

Aquí debe mantenerse la Figura 1. Ruta general del cuidado materno-neonatal.

Esta figura debe colocarse al inicio del Capítulo I porque resume visualmente la continuidad del cuidado: embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Su función didáctica es mostrar que el cuidado materno-neonatal no ocurre en episodios desconectados, sino en una ruta clínica donde cada etapa requiere valoración, registro, educación y respuesta oportuna. La figura se relaciona con el índice





general del libro, ya que los cuatro capítulos siguen esa misma secuencia lógica.

Las claves obstétricas complementan el Score MAMÁ porque transforman la alerta en acción organizada. La Clave Roja orienta la respuesta ante hemorragia obstétrica; la Clave Azul, ante trastornos hipertensivos; y la Clave Amarilla, ante sepsis obstétrica. Estas claves no son simples nombres o colores, sino sistemas de trabajo clínico que implican liderazgo, comunicación cerrada, distribución de funciones, disponibilidad de kits, administración segura de medicamentos, monitoreo continuo y toma de decisiones según capacidad resolutive. El protocolo 2025 señala que la estandarización de procesos, la capacitación del personal y la coordinación entre niveles de atención buscan reducir complicaciones y muertes maternas.

La hemorragia posparto merece una atención especial dentro de este libro porque representa una emergencia tiempo-dependiente. El protocolo institucional 2025 de





hemorragia obstétrica destaca que la pérdida sanguínea puede no manifestarse de inmediato con signos evidentes de shock, por lo que el reconocimiento temprano debe ocurrir antes de la hipotensión franca o del deterioro hemodinámico. Además, plantea la importancia de abandonar la estimación visual como único método de medición, debido a su alta posibilidad de subestimar la pérdida sanguínea, y recomienda cuantificación objetiva mediante medición directa, gravimetría y registro acumulativo.

Desde una perspectiva educativa, este libro busca que el estudiante comprenda el “por qué” detrás de cada acción. Tomar la presión arterial no es una rutina mecánica; es una oportunidad para detectar trastornos hipertensivos. Medir la saturación de oxígeno no es un dato aislado; puede anticipar compromiso respiratorio, sepsis o deterioro sistémico. Valorar el sangrado no es una observación subjetiva; es una decisión crítica para activar Clave Roja. Registrar adecuadamente no es una carga

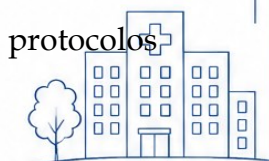




administrativa; es una condición para la continuidad del cuidado y la trazabilidad clínica.

La atención humanizada también ocupa un lugar central en esta obra. El embarazo, el parto y el puerperio son procesos biológicos, pero también experiencias emocionales, familiares y culturales. La mujer tiene derecho a recibir información clara, trato respetuoso, privacidad, acompañamiento cuando corresponda, consentimiento informado y atención libre de violencia obstétrica. El recién nacido, por su parte, requiere una recepción segura, contacto temprano cuando sea posible, prevención de hipotermia, identificación de signos de dificultad respiratoria, tamizajes y seguimiento oportuno.

En poblaciones diversas, la interculturalidad es una dimensión de calidad. Esto implica reconocer prácticas, lenguas, creencias y formas de acompañamiento familiar, siempre que no comprometan la seguridad clínica. La gestión hospitalaria debe ser capaz de articular protocolos

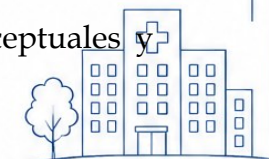




con pertinencia cultural, evitando que la estandarización se convierta en rigidez. Un protocolo seguro no elimina la individualización; la orienta.

La literatura científica reciente confirma que los resultados maternos y neonatales se relacionan con múltiples factores: edad materna avanzada, diabetes gestacional, obesidad, hipertensión, infección, bajo peso al nacer, prematuridad, exposición ambiental, salud mental materna y calidad de los servicios. Estudios recientes incluidos en la base bibliográfica del libro abordan, entre otros temas, diabetes gestacional y resultados en la descendencia, bajo peso al nacer, infección neonatal, complicaciones hipertensivas y evaluación de la calidad de los servicios materno-neonatales, lo que permite sostener el desarrollo de los capítulos con evidencia actualizada y pertinente.

La estructura del libro responde a una ruta pedagógica. El **Capítulo I** establece los fundamentos conceptuales y



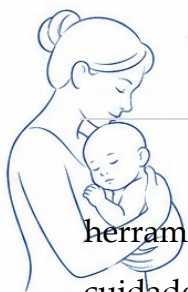


organizacionales del cuidado integral. El **Capítulo II** desarrolla la atención durante el embarazo y el parto, incorporando control prenatal, Score MAMÁ, signos de alarma y claves obstétricas. El **Capítulo III** aborda el puerperio como una etapa de alto valor preventivo y de vigilancia continua. El **Capítulo IV** se centra en el recién nacido, desde la recepción inicial hasta la continuidad del cuidado.

En conjunto, este libro propone una mirada técnica, humana y sistémica. Técnica, porque se apoya en protocolos y evidencia. Humana, porque reconoce a la mujer, al recién nacido y a la familia como sujetos de derechos. Sistémica, porque entiende que la seguridad no depende solo del conocimiento individual, sino de equipos entrenados, registros claros, recursos disponibles, referencia efectiva y cultura institucional de respuesta.

Con esta orientación, **Protocolo en el cuidado de la mujer y del recién nacido** busca convertirse en una





herramienta útil para enseñar, aprender y aplicar el cuidado materno-neonatal desde una lógica de prevención, oportunidad, calidad y seguridad.

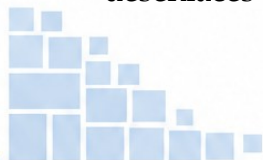




Capítulo I. Fundamentos del cuidado integral de la mujer y del recién nacido

El cuidado integral de la mujer y del recién nacido representa uno de los núcleos más sensibles de la gestión hospitalaria, la práctica clínica y la formación del talento humano en salud. En este campo convergen la vigilancia fisiológica del embarazo, la prevención de complicaciones obstétricas, la atención humanizada del parto, el seguimiento del puerperio, la recepción segura del recién nacido y la continuidad del cuidado familiar. Por ello, hablar de cuidado materno-neonatal no significa describir únicamente procedimientos clínicos, sino comprender un sistema de atención que debe funcionar con oportunidad, evidencia, coordinación, ética y seguridad.

En el ámbito hospitalario, la atención de la gestante, la púérpera y el recién nacido exige reconocer que los desenlaces favorables dependen tanto del conocimiento





profesional como de la organización institucional. Una emergencia obstétrica puede iniciar con signos discretos y evolucionar con rapidez hacia un evento grave si el equipo no identifica oportunamente el deterioro, no registra de manera adecuada, no comunica la alerta o no activa el protocolo correspondiente. La literatura reciente muestra que los resultados maternos y neonatales se relacionan con factores biológicos, obstétricos, sociales, ambientales y asistenciales; entre ellos, hipertensión, diabetes gestacional, obesidad, infecciones, prematuridad, bajo peso al nacer, edad materna adolescente o avanzada, salud mental materna y calidad de los servicios (Alex et al., 2026; Ekéus et al., 2026; Luef et al., 2026; Martin et al., 2026; Molenaar et al., 2026).

Desde esta perspectiva, el cuidado integral debe entenderse como una ruta continua. El embarazo, el parto, el puerperio y la etapa neonatal no son momentos aislados, sino fases articuladas de un mismo proceso asistencial.

Cada fase tiene riesgos específicos, pero también





oportunidades de prevención. En el embarazo se identifican antecedentes, comorbilidades y factores de riesgo; durante el parto se vigila la evolución materno-fetal y se previenen complicaciones; en el puerperio se detectan hemorragias, infecciones, hipertensión persistente, alteraciones emocionales y dificultades de lactancia; y en el recién nacido se valoran adaptación respiratoria, termorregulación, alimentación, peso, signos de infección y necesidad de referencia.

En Ecuador, el **Protocolo Score MAMÁ y Claves Obstétricas 2025** constituye el eje normativo para organizar la vigilancia materna y la respuesta ante emergencias obstétricas. Este protocolo fue aprobado mediante Acuerdo Ministerial y dispone su aplicación obligatoria en el Sistema Nacional de Salud, derogando expresamente el instrumento previo de 2017. Su propósito es dotar a los profesionales de una herramienta para determinar tempranamente el riesgo y manejar emergencias obstétricas.



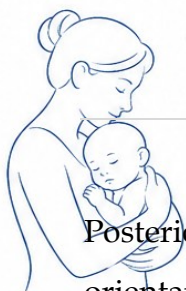


durante el embarazo, parto y puerperio, con base en la mejor evidencia científica disponible.

El valor del protocolo no radica únicamente en presentar tablas o algoritmos, sino en promover una cultura asistencial estandarizada. El Score MAMÁ permite reconocer alteraciones fisiológicas mediante variables clínicas, mientras que las claves obstétricas organizan la respuesta frente a tres emergencias principales: hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos y sepsis. En términos de gestión hospitalaria, esto significa que el cuidado deja de depender de la improvisación y se convierte en una respuesta coordinada, con roles, recursos, registros, comunicación y referencia oportuna.

El presente capítulo desarrolla los fundamentos que sostienen los protocolos clínicos posteriores. Primero, se aborda la atención integral en salud materna y neonatal como eje de continuidad. Luego, se analiza el enfoque humanizado, intercultural y basado en derechos.





Posteriormente, se explican los principios éticos que orientan el cuidado materno-neonatal. A continuación, se describe el rol del personal de salud, no solo desde sus funciones clínicas, sino también desde la coordinación institucional. Finalmente, se desarrollan la seguridad del paciente, la cultura de protocolo y los factores de riesgo maternos y neonatales que deben guiar la toma de decisiones.

La Figura 1 debe leerse desde la gestión de procesos. En un establecimiento de salud, cada fase del cuidado implica entradas, actividades, responsables, registros, decisiones y salidas. Por ejemplo, el ingreso de una gestante requiere valoración inicial, aplicación del Score MAMÁ cuando corresponde, identificación de signos de alarma, clasificación del riesgo, registro clínico y decisión sobre seguimiento o referencia.



Figura 1. Ruta general del cuidado materno-neonatal





El parto requiere vigilancia materno-fetal, acompañamiento, preparación para emergencias y disponibilidad de respuesta neonatal. El puerperio exige control de signos vitales, sangrado, tono uterino, dolor, temperatura, presión arterial, estado emocional y lactancia. La atención neonatal requiere recepción segura, evaluación inicial, prevención de hipotermia, identificación, tamizajes, lactancia y seguimiento.

Esta lógica de continuidad resulta esencial porque varios estudios recientes han mostrado que las complicaciones perinatales no se explican por un solo evento. La diabetes gestacional se asocia con desenlaces metabólicos en el recién nacido y con riesgos posteriores en la descendencia (Luef et al., 2026; Moon et al., 2026; Moradi et al., 2026). La hipertensión durante el embarazo se relaciona con complicaciones maternas y perinatales graves (Martin et al., 2026; Morales-Berstein et al., 2026; Salvi et al., 2026). La infección materna, la corioamnionitis y la ruptura prematura de membranas pueden impactar la salud





neonatal y aumentar la vigilancia requerida al nacimiento (Bosco et al., 2026; Mandelbrot et al., 2026). Asimismo, los factores sociales, migratorios y de acceso a servicios influyen en la calidad de la atención y los resultados obstétricos (Cavagnis et al., 2026; Molenaar et al., 2026; Sam & Dickson, 2026).

1.1 Atención integral en salud materna y neonatal

La atención integral en salud materna y neonatal puede definirse como el conjunto articulado de acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, seguimiento y educación dirigidas a proteger la salud de la mujer y del recién nacido durante el embarazo, el parto, el puerperio y el periodo neonatal. Esta atención implica mirar a la mujer no solo como paciente obstétrica, sino como persona con derechos, historia clínica, contexto familiar, cultura, emociones, necesidades educativas y condiciones de acceso al sistema de salud.





En el embarazo, la atención integral comienza con el control prenatal oportuno y de calidad. Este control debe identificar antecedentes personales y familiares, historia obstétrica, edad gestacional, condiciones clínicas preexistentes, exposición a riesgos, estado nutricional, salud mental, consumo de sustancias, violencia, apoyo familiar, adherencia a controles, vacunación y acceso a servicios. La evidencia reciente ha mostrado que la utilización adecuada de la atención prenatal se relaciona con mejores resultados neonatales y con reducción de riesgos evitables (Sam & Dickson, 2026). En este sentido, el control prenatal no debe entenderse como una secuencia de consultas rutinarias, sino como un proceso de vigilancia anticipatoria.

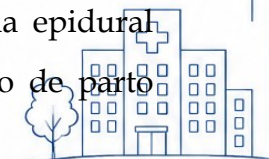
La valoración prenatal permite reconocer factores que pueden modificar el plan de cuidado. La edad materna adolescente se ha asociado con complicaciones obstétricas y neonatales en distintos contextos, incluyendo poblaciones de alto riesgo (Ekéus et al., 2026; Sánchez-Moreira &





González-Andrade, 2026). La edad materna avanzada, por otra parte, puede relacionarse con desenlaces específicos cuando existen condiciones obstétricas complejas, como presentación podálica o comorbilidades (Alemi et al., 2026). Los embarazos múltiples, la reproducción asistida, la diabetes gestacional, la obesidad, la hipertensión, la infección y las enfermedades maternas crónicas también demandan un plan de vigilancia diferenciado (Alex et al., 2026; Casati et al., 2026; Elmoursi et al., 2026; Kosian et al., 2026).

En el momento del parto, la atención integral se expresa en la vigilancia simultánea de la mujer y el feto. La toma de signos vitales, el control de la dinámica uterina, la evaluación del progreso del trabajo de parto, el bienestar fetal, el manejo del dolor, la prevención de infección, la disponibilidad de medicamentos y la preparación para emergencias deben organizarse de manera sistemática. Estudios sobre inducción del parto y analgesia epidural muestran que las decisiones durante el trabajo de parto





pueden relacionarse con desenlaces maternos y neonatales, por lo que deben basarse en criterios clínicos, comunicación clara y evaluación individualizada (Guo, Song, et al., 2026; Héritier et al., 2026; Keven et al., 2026).

La atención integral durante el parto también debe incluir la prevención de complicaciones hemorrágicas. La hemorragia posparto continúa siendo una de las emergencias obstétricas más relevantes por su potencial de deterioro rápido.

El protocolo institucional de manejo inicial de hemorragia posparto 2025 señala que la hemorragia materna puede definirse como una pérdida acumulativa mayor a 1000 ml o una pérdida acompañada de signos o síntomas de hipovolemia dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento. Además, destaca que los signos de pérdida sanguínea considerable pueden no presentarse hasta que la pérdida sea sustancial, por lo que el





reconocimiento temprano debe ocurrir antes del deterioro franco de los signos vitales.

La prevención y respuesta ante hemorragia requieren que el equipo tenga claros los factores de riesgo, la cuantificación objetiva del sangrado y las intervenciones iniciales. El protocolo de hemorragia posparto 2025 advierte que la estimación visual es el método que más errores produce y puede subestimar una proporción importante de las hemorragias; por ello, propone reemplazarla por mediciones más objetivas, como cuantificación directa, gravimetría y registro acumulativo. Esta recomendación tiene alto valor para la gestión hospitalaria, porque un dato mal medido genera una respuesta tardía.

En el puerperio, la atención integral no puede reducirse a observar a la madre por un número de horas. Esta etapa exige vigilancia activa del sangrado, tono uterino, presión arterial, temperatura, dolor, signos de





infección, diuresis, estado emocional, lactancia y vínculo con el recién nacido. La literatura reciente sobre salud mental materna ha señalado que depresión, ansiedad, estrés postraumático y consumo de alcohol pueden impactar los desenlaces perinatales y la salud del binomio madre-hijo (López Carpintero et al., 2026). Asimismo, condiciones nutricionales y trastornos alimentarios maternos pueden asociarse con riesgos posteriores en la descendencia (Amar et al., 2026). Por tanto, el puerperio debe valorarse como una etapa clínica, emocional y educativa.

En el recién nacido, la atención integral comienza desde el nacimiento. La recepción neonatal debe asegurar temperatura, respiración, frecuencia cardíaca, tono, coloración, identificación, contacto piel con piel cuando sea posible, inicio temprano de lactancia, profilaxis, tamizajes y detección de signos de alarma. Los recién nacidos prematuros, de bajo peso, pequeños para la edad gestacional o expuestos a infección materna requieren





vigilancia especial, porque pueden presentar dificultad respiratoria, hipoglucemia, mala alimentación, hipotermia, sepsis o necesidad de referencia. Estudios recientes han abordado el bajo peso al nacer, la prematuridad, la dificultad respiratoria neonatal y la alimentación enteral en prematuros, confirmando la necesidad de una vigilancia temprana y continua (Boyle et al., 2026; Fatima et al., 2026; Gudu et al., 2026; Huang et al., 2026; Jahannia et al., 2026; Moges & Yabago, 2026).

La atención integral debe apoyarse en herramientas de alerta temprana. En el caso de la mujer gestante o puerpera, el Score MAMÁ 2025 cumple esta función. El protocolo del MSP señala que el Score MAMÁ es una herramienta de puntuación de signos vitales que facilita la detección temprana de complicaciones, mientras que las claves obstétricas establecen protocolos estandarizados para la atención de hemorragias obstétricas, trastornos hipertensivos y sepsis. El Score MAMÁ no debe verse como una tabla aislada.



Figura 2.

Componentes del Score MAMÁ 2025



1

Temperatura



2

Presión arterial



3

Frecuencia cardíaca



4

Frecuencia respiratoria



5

Saturación de oxígeno



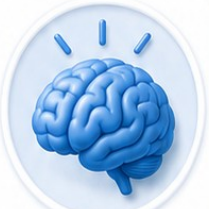
6

Oxigenoterapia



7

Conciencia



8

Gasto urinario



Valoración
clínica
MONITOREO





Su utilidad aparece cuando cada variable se interpreta clínicamente. La temperatura permite detectar fiebre, hipotermia o sospecha de infección. La presión arterial orienta la identificación de trastornos hipertensivos, hipotensión por sangrado o compromiso circulatorio. La frecuencia cardiaca puede ser un signo temprano de hemorragia, infección, dolor, ansiedad o deterioro hemodinámico.

La frecuencia respiratoria suele alterarse precozmente en sepsis, compromiso metabólico o dificultad respiratoria. La saturación de oxígeno informa sobre el estado respiratorio y la necesidad de soporte. El estado de conciencia permite identificar compromiso neurológico, eclampsia, shock o hipoxia. El gasto urinario refleja perfusión renal y estado circulatorio.

En la gestión hospitalaria, estos datos deben producir acción. Registrar una presión arterial severamente elevada sin comunicarla, anotar una saturación baja sin reevaluar,





observar taquicardia persistente sin explorar sangrado o infección, o no cuantificar diuresis en una paciente crítica son fallas de proceso. La atención integral exige que el equipo transforme el dato en decisión. Esto implica evaluar, registrar, informar, intervenir, reevaluar y documentar.

El protocolo Score MAMÁ 2025 establece que la puntuación debe registrarse en formularios definidos y que la ficha de registro permite monitorear la evolución de la paciente. También indica acciones según puntaje en establecimientos de primer nivel, centros de salud y atención prehospitalaria: evaluación de factores de riesgo, bienestar materno-fetal, signos de alarma, aplicación periódica del Score, diagnóstico primario, activación de Clave Azul, Roja o Amarilla según el caso, referencia mediante formulario correspondiente y acompañamiento por un profesional de salud.





Este enfoque tiene un valor pedagógico fundamental. Los estudiantes de medicina y enfermería deben comprender que el Score MAMÁ no reemplaza el juicio clínico ni diagnostica por sí mismo. Es una herramienta de alerta que obliga a pensar. Un puntaje alterado debe llevar a preguntarse qué está ocurriendo, cuál es la causa probable, qué riesgo tiene la madre, qué riesgo tiene el feto, qué recursos tiene el establecimiento y si es necesario activar una clave o referir.

La atención integral se fortalece cuando los protocolos se conectan con la evaluación de la calidad. La calidad materno-neonatal no se mide únicamente por supervivencia, sino por oportunidad de atención, trato digno, registro completo, uso de evidencia, disponibilidad de recursos, continuidad del cuidado, prevención de daño y satisfacción informada de la usuaria. Molenaar et al. (2026) advierten que los datos rutinarios de salud pueden ofrecer imágenes parciales de la calidad de los servicios maternos y neonatales, por lo que se requiere una



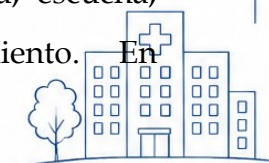


interpretación cuidadosa y sistemas de información robustos.

En síntesis, la atención integral en salud materna y neonatal exige una mirada clínica, organizacional y humana. Clínica, porque se fundamenta en valoración, diagnóstico y tratamiento. Organizacional, porque requiere protocolos, roles, insumos, referencia y registro. Humana, porque reconoce a la mujer, al recién nacido y a la familia como sujetos de derechos. Esta integración permite que el cuidado sea oportuno, seguro y continuo.

1.2 Enfoque humanizado, intercultural y basado en derechos

El enfoque humanizado en el cuidado materno-neonatal parte del reconocimiento de la mujer como protagonista de su proceso de atención. Humanizar no significa disminuir el rigor clínico; significa aplicar la ciencia con respeto, comunicación, privacidad, escucha, consentimiento informado y acompañamiento. En





obstetricia, la humanización tiene especial importancia porque el embarazo, el parto y el puerperio son experiencias corporales, emocionales, familiares y culturales.

La atención humanizada debe estar presente desde el primer contacto. La mujer debe ser recibida con trato digno, identificada correctamente, escuchada en sus síntomas, informada sobre los procedimientos y protegida de expresiones discriminatorias o culpabilizantes. En el control prenatal, el personal debe explicar hallazgos, riesgos y signos de alarma en un lenguaje comprensible. Durante el parto, debe respetarse la privacidad, facilitarse el acompañamiento cuando sea posible, evitar intervenciones innecesarias y comunicar cada procedimiento. En el puerperio, debe brindarse apoyo para lactancia, recuperación física, salud mental y planificación familiar.





El enfoque basado en derechos tiene sustento normativo. El Acuerdo Ministerial del Protocolo Score MAMÁ y Claves Obstétricas 2025 recuerda que la Constitución del Ecuador reconoce la salud como un derecho y establece que las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia deben recibir protección prioritaria y cuidado integral durante el embarazo, parto y posparto. Por tanto, la atención materno-neonatal no es un favor institucional, sino una obligación ética, legal y sanitaria.

La interculturalidad es una dimensión central del cuidado en contextos diversos. Ecuador es un país con pluralidad étnica, cultural, lingüística y territorial. La atención a mujeres indígenas, afroecuatorianas, montubias, migrantes o de zonas rurales debe reconocer prácticas, creencias, redes familiares y formas de comunicación, siempre que no comprometan la seguridad clínica. Cavagnis et al. (2026) muestran que la condición migratoria puede relacionarse con resultados obstétricos diferenciados, lo que obliga a los sistemas de salud a





fortalecer accesibilidad, comunicación y pertinencia cultural.

En la práctica hospitalaria, la interculturalidad no debe confundirse con tolerancia pasiva. Requiere acciones concretas: preguntar respetuosamente por preferencias, identificar barreras de idioma, adaptar la educación sanitaria, permitir acompañamiento pertinente cuando el entorno lo permita, evitar discriminación por vestimenta, acento, edad, estado civil, nacionalidad o nivel educativo, y asegurar que la información clínica sea comprendida. La comunicación clara disminuye ansiedad, fortalece adherencia y mejora la seguridad.

La humanización también se vincula con el manejo del dolor y el acompañamiento emocional. Durante el trabajo de parto, la mujer puede experimentar miedo, incertidumbre y vulnerabilidad. La analgesia, las medidas no farmacológicas, el acompañamiento, la información continua y la libertad de expresar dudas forman parte de





una atención respetuosa. Estudios sobre analgesia epidural y resultados materno-neonatales muestran que las decisiones clínicas deben considerar indicaciones, disponibilidad, preferencias y seguridad (Guo, Song, et al., 2026).

El enfoque humanizado no desaparece en la emergencia. Incluso cuando se activa una clave obstétrica, el equipo debe explicar brevemente lo que ocurre, proteger la privacidad, informar a la familia por medio del personal designado y evitar comentarios alarmistas. El protocolo Score MAMÁ 2025 asigna al coordinador y al equipo funciones que incluyen valorar condición clínica, organizar roles, comunicar acciones y brindar información requerida a familiares o acompañantes a través del circulante. Esta indicación demuestra que la respuesta rápida también debe ser comunicativa y humana.



Figura 3.

Claves obstétricas 2025

SEMÁFORO CLÍNICO



Clave Roja

Hemorragia obstétrica



Identificación



Activación



Control del sangrado



Reposición y vigilancia



Equipo de respuesta rápida

Clave Azul

Trastornos hipertensivos



Detección



Monitoreo



Control tensional



Prevención de convulsiones



Equipo de respuesta rápida

Clave Amarilla

Sepsis materna



Sospecha clínica



Cultivos y evaluación



Antibióticos



Seguimiento hemodinámico



Equipo de respuesta rápida

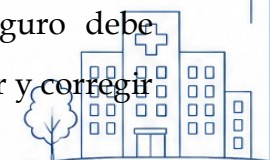


Equipo de respuesta rápida



Aunque la figura 3 se desarrollará con mayor profundidad en el Capítulo II, aquí puede colocarse como puente visual entre el enfoque humanizado y la seguridad del paciente. La figura permite introducir que la respuesta ante emergencias obstétricas se organiza mediante un semáforo clínico: Clave Roja para hemorragia obstétrica, Clave Azul para trastornos hipertensivos y Clave Amarilla para sepsis. Su ubicación en este capítulo ayuda a explicar que la humanización no se opone al protocolo; al contrario, un protocolo bien aplicado protege la vida y reduce improvisaciones.

El enfoque basado en derechos también exige evitar violencia obstétrica. Esta puede expresarse en trato despectivo, procedimientos sin consentimiento, negación de acompañamiento cuando es posible, exposición innecesaria del cuerpo, falta de información, infantilización de la mujer, comentarios humillantes o prácticas clínicas no justificadas. Un servicio materno-neonatal seguro debe establecer mecanismos para prevenir, identificar y corregir





estas conductas. La seguridad del paciente incluye seguridad física, emocional y relacional.

La atención del recién nacido también debe ser humanizada. El niño no es un objeto de procedimiento, sino un sujeto de cuidado. La identificación correcta, el contacto temprano con la madre cuando no exista contraindicación, el inicio de lactancia, la prevención de hipotermia y la comunicación con la familia forman parte de una recepción neonatal digna. En recién nacidos con bajo peso, prematuridad o dificultad respiratoria, la familia debe recibir información clara sobre el estado del niño, las intervenciones necesarias y los criterios de referencia.

El enfoque humanizado, intercultural y basado en derechos fortalece la adherencia a los protocolos. Una mujer que comprende sus signos de alarma, confía en el equipo y recibe información clara tiene más posibilidades de acudir tempranamente, aceptar una referencia, seguir indicaciones y participar en el cuidado del recién nacido.





Por tanto, humanización y seguridad son dimensiones complementarias.

1.3 Principios éticos en el cuidado materno-neonatal

El cuidado materno-neonatal se sostiene en principios éticos que orientan la toma de decisiones clínicas y organizacionales. Entre los más relevantes se encuentran beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, confidencialidad, veracidad y responsabilidad profesional. Estos principios deben aplicarse tanto en la atención cotidiana como en la emergencia obstétrica o neonatal.

La beneficencia exige actuar buscando el mayor beneficio posible para la mujer y el recién nacido. En la práctica, implica ofrecer controles prenatales de calidad, identificar signos de alarma, prevenir complicaciones, activar protocolos, tratar oportunamente y garantizar continuidad del cuidado. La no maleficencia exige evitar daños prevenibles. Esto incluye no retrasar la atención, no subestimar síntomas, no administrar medicamentos sin



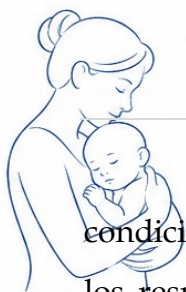


indicación, no omitir registros y no realizar procedimientos innecesarios.

La autonomía se expresa en el derecho de la mujer a recibir información comprensible y participar en decisiones sobre su cuidado. En embarazo, parto y puerperio, el consentimiento informado debe adaptarse a la situación clínica. En una emergencia, el equipo puede requerir acciones rápidas, pero esto no elimina la obligación de informar de manera breve, clara y respetuosa. La autonomía también implica respetar creencias, preferencias y decisiones, siempre que no pongan en riesgo grave e inmediato la vida de la madre o del recién nacido.

La justicia exige que la atención se brinde sin discriminación. Una adolescente, una mujer migrante, una mujer con discapacidad, una paciente con bajo nivel educativo, una mujer indígena o una puérpera sin acompañante deben recibir el mismo estándar de atención clínica y humana. La evidencia reciente muestra que





condiciones sociales y demográficas influyen en el acceso y los resultados obstétricos, por lo que la justicia requiere identificar barreras y corregir desigualdades (Cavagnis et al., 2026; Ekéus et al., 2026; Sánchez-Moreira & González-Andrade, 2026).

La confidencialidad es esencial en salud materna. Los antecedentes obstétricos, enfermedades, violencia, salud mental, consumo de sustancias, infecciones o decisiones reproductivas deben manejarse con reserva. En servicios docentes, donde participan estudiantes de medicina y enfermería, la confidencialidad debe enseñarse explícitamente. La formación clínica no justifica exponer datos personales ni realizar preguntas sensibles sin respeto.

La veracidad implica comunicar información realista, sin ocultar riesgos ni generar alarma innecesaria. En una complicación obstétrica, la familia necesita información oportuna y comprensible. En un recién nacido que requiere referencia o cuidados especiales, los padres deben conocer





el motivo, el plan y el pronóstico dentro de lo posible. La comunicación ética reduce incertidumbre y fortalece la confianza institucional.

La responsabilidad profesional obliga a reconocer límites. Un establecimiento sin capacidad resolutive no debe retener a una paciente crítica por temor administrativo, falta de transporte o indecisión. El protocolo Score MAMÁ 2025 indica que, según puntaje y condición clínica, se debe activar clave, elaborar referencia, enviar a la paciente al nivel de mayor capacidad resolutive y acompañarla con un profesional de salud. Esta indicación tiene una dimensión ética: referir oportunamente también es cuidar.

Los principios éticos deben incorporarse a la cultura institucional. No basta con que cada profesional tenga buena intención. Se requieren políticas de trato digno, supervisión, formación, auditoría clínica, análisis de eventos adversos y mecanismos de retroalimentación. En la



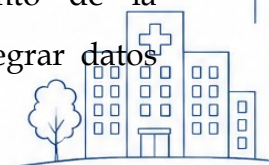


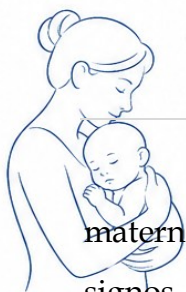
atención materno-neonatal, una falla ética puede convertirse en falla clínica, y una falla clínica puede tener consecuencias familiares y sociales profundas.

1.4 Rol del personal de salud

El cuidado de la mujer y del recién nacido requiere trabajo interdisciplinario. Ningún profesional, por competente que sea, puede garantizar por sí solo la seguridad materno-neonatal. Médicos, obstetras, enfermeras, auxiliares, neonatólogos, anestesiólogos, laboratoristas, farmacéuticos, trabajadores sociales, personal administrativo, camilleros, conductores de ambulancia y gestores de calidad forman parte de una red asistencial que debe funcionar de manera coordinada.

El rol del personal médico incluye valoración clínica, diagnóstico, indicación terapéutica, toma de decisiones, coordinación con especialidades, definición de referencia, realización de procedimientos y seguimiento de la evolución. En obstetricia, el médico debe integrar datos

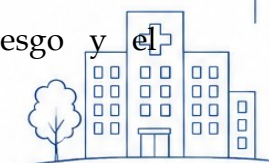




maternos y fetales, interpretar el Score MAMÁ, reconocer signos de alarma, indicar manejo inicial y activar la clave correspondiente. En neonatología o atención neonatal, debe valorar adaptación, riesgo respiratorio, infección, peso, edad gestacional y necesidad de cuidados especiales.

El personal de enfermería cumple una función decisiva porque permanece en contacto continuo con la paciente. Su rol incluye toma y registro de signos vitales, identificación de cambios clínicos, administración segura de medicamentos, vigilancia de sangrado, control de diuresis, apoyo en procedimientos, educación a la madre, acompañamiento en lactancia, prevención de caídas, identificación del recién nacido y comunicación de alertas. En muchas situaciones, enfermería es quien primero detecta el deterioro.

El personal obstétrico también tiene un papel central en el control prenatal, la atención del parto normal, la educación sanitaria, la identificación de riesgo y el





seguimiento. Su capacidad para reconocer desviaciones de la normalidad y comunicar oportunamente puede cambiar el desenlace de una emergencia. La atención de la mujer exige un equilibrio entre acompañar procesos fisiológicos y detectar señales de patología.

El protocolo Score MAMÁ 2025 asigna roles específicos durante las claves obstétricas. En la Clave Azul, por ejemplo, el coordinador debe organizar el equipo, asignar roles, solicitar el kit, determinar la condición de la paciente con signos vitales y Score MAMÁ, valorar criterios de severidad, valorar bienestar fetal, decidir referencia o manejo según capacidad resolutive, ordenar medicamentos y fluidos, colocar catéter urinario para medición de gasto urinario e informar a familiares mediante el circulante. Esta estructura muestra que el rol profesional no es improvisado: debe estar predefinido.

La función del asistente también está normada. En el protocolo 2025 se indica que uno de los asistentes debe



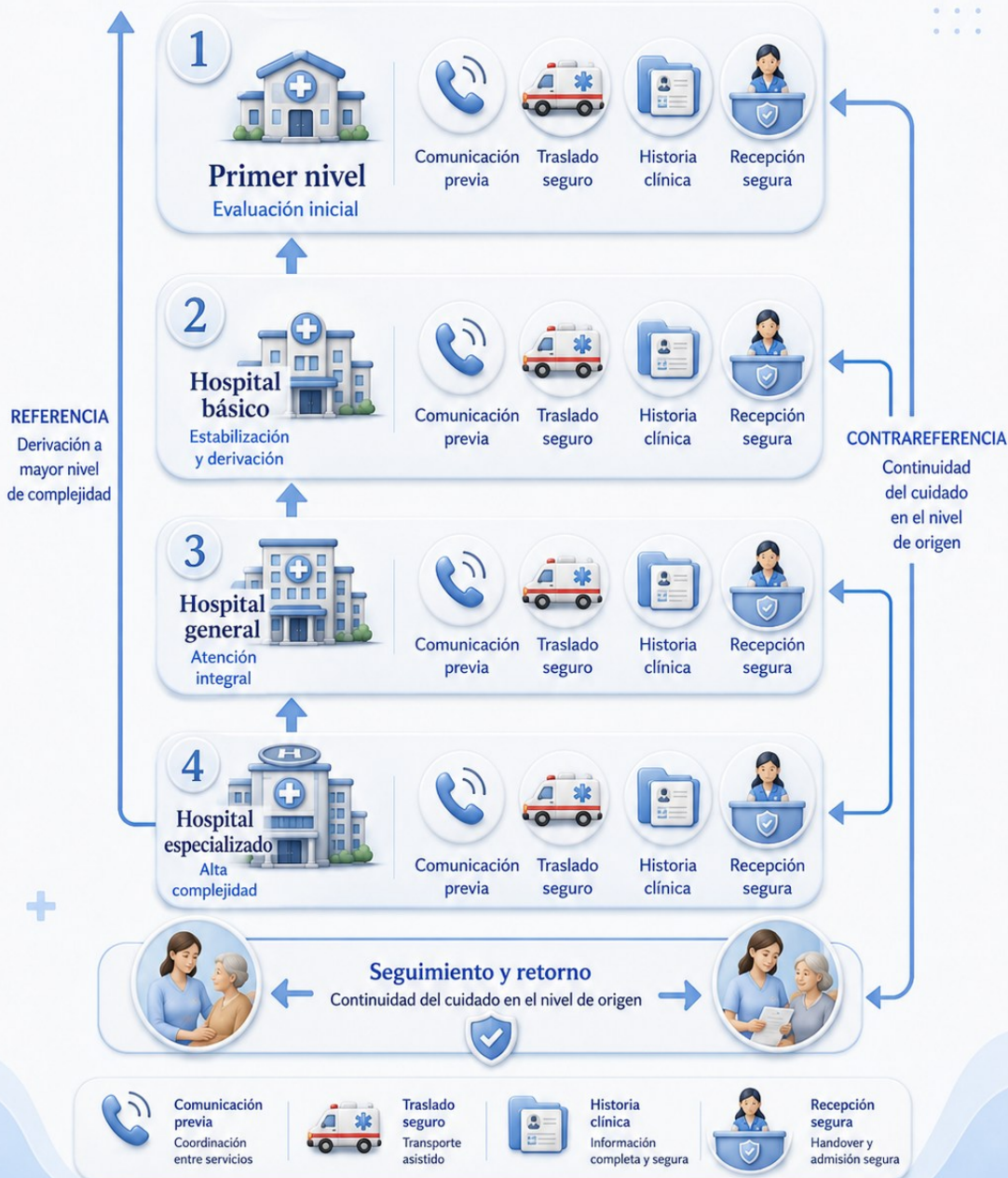


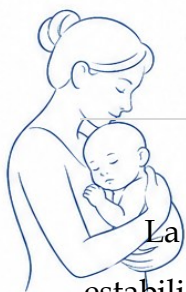
explicar brevemente los procedimientos a la paciente, verificar vía aérea, suministrar oxígeno cuando corresponda, tomar signos vitales, gasto urinario, llenado capilar y registrar en formularios, además de reevaluar el estado de choque e informar al coordinador. Esta organización permite que cada miembro del equipo sepa qué hacer, qué reportar y a quién responder.

En gestión hospitalaria, el rol del personal incluye competencias técnicas y competencias no técnicas. Las técnicas se relacionan con procedimientos, medicamentos, interpretación clínica y manejo de equipos. Las no técnicas incluyen liderazgo, comunicación, trabajo en equipo, conciencia situacional, toma de decisiones, manejo del estrés y respeto. En emergencias obstétricas, estas competencias no técnicas pueden ser determinantes para evitar retrasos.



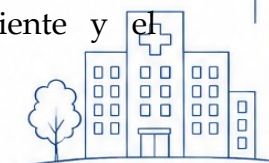
Figura 4. Circuito de referencia y contrarreferencia

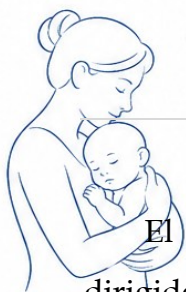




La referencia segura exige comunicación previa, estabilización, transporte adecuado, historia clínica completa, registro de signos vitales, tratamientos administrados, diagnóstico presuntivo y recepción informada. La contrarreferencia asegura que la paciente o el recién nacido retornen al nivel de origen con indicaciones claras y continuidad del seguimiento.

La referencia y contrarreferencia son procesos clínicos, no simples trámites administrativos. En salud materno-neonatal, el tiempo es un factor crítico. Una mujer con hemorragia, hipertensión severa o sepsis no debe esperar a que se complete una cadena burocrática extensa. La activación de la red, el transporte y la comunicación interinstitucional deben estar protocolizados. El protocolo Score MAMÁ 2025 señala, dentro de la implementación de claves, la necesidad de realizar referencia o derivación temprana según nivel de atención y capacidad resolutoria, así como gestionar transporte para la paciente y el profesional responsable.



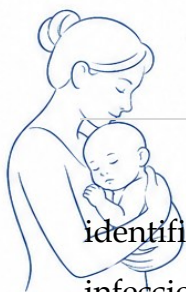


El rol docente también es relevante. Este libro está dirigido a docentes y estudiantes de medicina y enfermería; por tanto, el personal de salud debe ser capaz de enseñar protocolos en escenarios reales y simulados. La formación debe incluir análisis de casos, simulaciones de clave roja, clave azul y clave amarilla, revisión de registros, discusión ética y evaluación de decisiones. La educación clínica debe formar profesionales que no memoricen algoritmos, sino que comprendan su lógica.

1.5 Seguridad del paciente y cultura de protocolo

La seguridad del paciente en salud materno-neonatal se refiere a la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención. En este campo, la seguridad incluye prevención de errores de medicación, identificación correcta, control de infecciones, vigilancia de signos vitales, respuesta temprana ante deterioro, comunicación efectiva, registro completo, referencia segura y trato respetuoso. También incluye la seguridad del recién nacido.





identificación, prevención de hipotermia, prevención de infecciones, lactancia segura, tamizajes y seguimiento.

La cultura de protocolo es una forma de organización institucional que permite reducir variabilidad clínica y mejorar la respuesta. Un protocolo no sustituye el juicio profesional; lo orienta. Cuando una institución cuenta con protocolos actualizados, visibles y conocidos, el personal tiene mayor claridad sobre cuándo actuar, qué recursos solicitar, qué medicamentos administrar, cómo registrar y cuándo referir. La ausencia de protocolo, en cambio, favorece decisiones tardías o contradictorias.

El Protocolo Score MAMÁ y Claves Obstétricas 2025 insiste en la necesidad de estandarizar procesos, capacitar al personal y promover la coordinación entre niveles de atención para reducir complicaciones y muertes maternas. Esta afirmación es fundamental desde la gestión hospitalaria, porque muestra que la reducción de la





morbimortalidad no depende únicamente de especialistas, sino de sistemas organizados.

La implementación de claves obstétricas requiere condiciones institucionales. El protocolo 2025 establece que los establecimientos deben asegurar que los profesionales dispongan del protocolo, reciban capacitación previa, cuenten con medicamentos, dispositivos e insumos para kits de emergencias obstétricas, tengan mecanismos consensuados de activación, definan roles, involucren al personal administrativo y operativo, realicen referencia temprana y gestionen transporte. Cada uno de estos elementos representa un componente de seguridad.

En la práctica, la cultura de protocolo debe evaluarse. No basta con tener un documento archivado. El hospital debe verificar si el personal conoce el Score MAMÁ, si sabe activar claves, si los kits están completos, si los medicamentos están vigentes, si los formularios se llenan, si la ambulancia está disponible, si la comunicación con el





nivel receptor funciona y si se realizan simulacros. La seguridad se construye antes de la emergencia.

La hemorragia obstétrica ilustra claramente la importancia de la cultura de protocolo. El protocolo de hemorragia posparto 2025 recomienda entrenamiento al menos dos veces al año en Clave Roja y estimación del sangrado, así como colocar pictogramas impresos en salas de parto para facilitar la estimación visual. Estas recomendaciones muestran que la seguridad depende de preparación, repetición y disponibilidad de ayudas cognitivas.

La cultura de seguridad también requiere análisis de eventos adversos. Cuando ocurre una complicación, la pregunta institucional no debe limitarse a “quién falló”, sino analizar qué barreras fallaron: detección, comunicación, disponibilidad de insumos, registro, decisión, traslado o seguimiento. Este enfoque permite aprender y mejorar. En salud materno-neonatal, cada



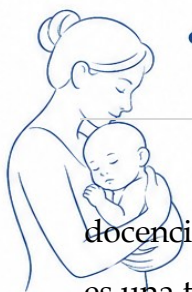


evento crítico debe convertirse en oportunidad de revisión y fortalecimiento del sistema.

La evidencia científica reciente respalda la importancia de estudiar la calidad de los servicios. Molenaar et al. (2026) advierten que los datos rutinarios pueden mostrar solo una parte de la calidad materno-neonatal. Esto obliga a complementar indicadores cuantitativos con auditorías, revisión de historias clínicas, análisis de tiempos de respuesta, entrevistas al personal y retroalimentación de usuarias. La calidad real se observa en el proceso, no solo en el resultado final.

La seguridad también se relaciona con la disponibilidad de información. Un registro incompleto puede retrasar decisiones, duplicar medicamentos, ocultar deterioro o dificultar la referencia. El Score MAMÁ, las claves obstétricas y los formularios clínicos deben registrarse de forma cronológica, clara y verificable. En la



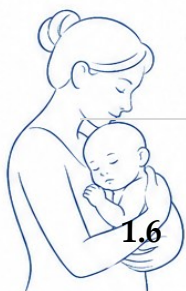


docencia, los estudiantes deben aprender que registrar no es una tarea menor; es parte del acto clínico.

La comunicación efectiva es otro pilar. En una emergencia obstétrica, las órdenes deben ser claras, confirmadas y reportadas. La comunicación cerrada reduce errores. Por ejemplo, si el coordinador indica administrar un medicamento, el asistente debe confirmar la indicación y luego informar que fue administrado. Este principio debe aplicarse también a laboratorio, banco de sangre, farmacia, quirófano, neonatología y transporte.

La seguridad del paciente incluye también la prevención de daño emocional. Una mujer puede sobrevivir a una emergencia obstétrica, pero quedar afectada por trato inadecuado, falta de información o sensación de abandono. Del mismo modo, una familia puede vivir con angustia la hospitalización de un recién nacido si no recibe comunicación clara. La cultura de seguridad debe integrar humanidad, no solo técnica.

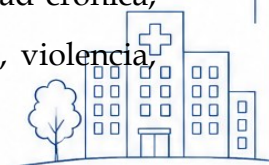
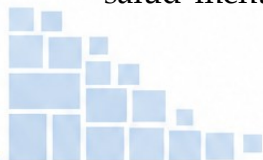




1.6 Factores de riesgo materno y neonatal

Los factores de riesgo materno y neonatal son condiciones que aumentan la probabilidad de complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio o periodo neonatal. Su identificación permite anticipar necesidades, definir vigilancia, preparar recursos y decidir referencia. Sin embargo, un principio básico de seguridad es que la ausencia de factores de riesgo no elimina la posibilidad de complicación. Toda mujer y todo recién nacido deben recibir vigilancia adecuada.

Entre los factores maternos relevantes se encuentran edad adolescente, edad avanzada, multiparidad, cesárea previa, antecedente de hemorragia posparto, embarazo múltiple, placenta previa, sospecha de acretismo, hipertensión, diabetes gestacional, obesidad, anemia, infección, trastornos de coagulación, enfermedad crónica, salud mental alterada, consumo de sustancias, violencia,





bajo nivel de acceso a servicios y condiciones sociales de vulnerabilidad.

La diabetes gestacional merece atención porque sus efectos no se limitan al embarazo. Luef et al. (2026) analizaron el impacto de la glucosa materna en composición corporal y resultados metabólicos del recién nacido y la descendencia. Moon et al. (2026) estudiaron el riesgo a largo plazo de diabetes tipo 1 y tipo 2 en la descendencia tras diabetes gestacional materna. Moradi et al. (2026) evaluaron el impacto de la ganancia de peso gestacional en resultados adversos en mujeres con diabetes gestacional. Estas investigaciones refuerzan que el control metabólico es parte del cuidado materno y neonatal.

La hipertensión durante el embarazo constituye otro eje de riesgo. Martin et al. (2026) abordaron la predicción de complicaciones maternas y perinatales severas en embarazos hipertensivos. Morales-Berstein et al. (2026) analizaron el impacto de la presión arterial materna sobre





la salud perinatal. Salvi et al. (2026) estudiaron incidencia, manejo y desenlaces de eclampsia en cohortes multinacionales. En conjunto, estas evidencias apoyan la necesidad de vigilancia tensional, educación sobre signos de alarma y activación de Clave Azul cuando corresponda.

La infección materna y perinatal también representa un riesgo importante. Bosco et al. (2026) estudiaron corioamnionitis clínica intraparto y resultados neonatales. Mandelbrot et al. (2026) analizaron la predicción de infección neonatal en ruptura prematura de membranas pretérmino mediante microbiología y metagenómica. Hasani et al. (2026) describieron infección neonatal por varicela y herpes zóster temprano asociado a infección materna al término. Estas evidencias refuerzan la importancia de fiebre, taquicardia, dolor, secreción anormal, mal estado general y signos neonatales como indicadores de alerta.





Los factores neonatales incluyen prematuridad, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento fetal, pequeño para edad gestacional, dificultad respiratoria, riesgo infeccioso, hipoglucemia, hipotermia, malformaciones congénitas, mala succión, ictericia temprana, letargo y necesidad de reanimación. Moges y Yabago (2026) estudiaron determinantes de bajo peso al nacer en neonatos a término. Fatima et al. (2026) analizaron la carga climática del aumento de temperatura sobre el bajo peso al nacer. Jahannia et al. (2026) evaluaron predictores de mortalidad neonatal en prematuros. Estos trabajos muestran que el riesgo neonatal debe interpretarse desde factores maternos, ambientales y asistenciales.

La prematuridad continúa siendo un reto de salud pública. Gudu et al. (2026) plantean consideraciones de política y abogacía para prevención y atención del parto prematuro. Boyle et al. (2026) presentan un protocolo de estudio sobre surfactante temprano en recién nacidos prematuros tardíos y de término temprano con dificultad





respiratoria. Huang et al. (2026) analizan determinantes del tiempo hasta alimentación enteral completa en prematuros con síndrome de dificultad respiratoria. Estas investigaciones anticipan temas que se desarrollarán en el Capítulo IV.

Las anomalías congénitas también forman parte del riesgo neonatal. Mammo et al. (2026) estudiaron magnitud, patrón y determinantes de anomalías congénitas en recién nacidos, mientras que de Oliveira et al. (2026) analizaron la epidemiología de defectos cardíacos congénitos en nacidos vivos. Estas condiciones exigen valoración neonatal cuidadosa, tamizajes, referencia y educación familiar.

En gestión hospitalaria, la identificación de factores de riesgo debe traducirse en planificación. Una gestante con placenta previa, hipertensión severa, sospecha de sepsis o antecedente de hemorragia no debe ser atendida con el mismo nivel de preparación que una paciente sin riesgo aparente. Se debe anticipar disponibilidad de sangre.





medicamentos, quirófano, anestesia, laboratorio, neonatología y transporte. El protocolo de hemorragia posparto 2025 organiza factores de riesgo ante e intraparto, y enfatiza que incluso mujeres inicialmente clasificadas como bajo riesgo pueden presentar hemorragia severa, por lo que se requiere vigilancia diligente en todas las pacientes.

Los factores psicosociales también deben considerarse. La depresión, ansiedad, estrés postraumático y consumo de alcohol pueden afectar desenlaces perinatales (López Carpintero et al., 2026). La anorexia materna puede asociarse con morbilidad mental y neurodesarrollo en la descendencia (Amar et al., 2026). La condición adolescente, migrante o de vulnerabilidad social puede modificar el acceso, la adherencia y la continuidad del cuidado (Cavagnis et al., 2026; Ekéus et al., 2026; Sánchez-Moreira & González-Andrade, 2026).





En conclusión, los factores de riesgo materno y neonatal deben ser identificados, registrados, comunicados y actualizados. No son etiquetas estáticas. Una paciente puede cambiar de nivel de riesgo durante el trabajo de parto o el puerperio. Un recién nacido aparentemente estable puede desarrollar dificultad respiratoria, hipoglucemia o signos de infección en las primeras horas. La seguridad materno-neonatal depende de mantener una vigilancia dinámica.

El fundamento del cuidado integral, por tanto, es anticiparse. Anticipar significa valorar antes de que aparezca el daño, comunicar antes de que exista retraso, activar protocolos antes del colapso y referir antes de perder oportunidad terapéutica. En esta lógica, el Score MAMÁ 2025, las claves obstétricas, los protocolos de hemorragia posparto, la referencia segura y la educación familiar se integran como herramientas de una misma cultura: cuidar con ciencia, humanidad y organización.



Figura 5.

Control prenatal centrado en riesgo



Un control prenatal centrado en riesgo mejora resultados maternos y perinatales.





Capítulo II. Protocolo de atención durante el embarazo y el parto

La atención durante el embarazo y el parto constituye una de las fases más importantes del cuidado materno-neonatal, porque permite anticipar complicaciones, organizar la respuesta clínica y garantizar que la mujer y el recién nacido reciban una atención segura, oportuna y humanizada. Desde la gestión hospitalaria, este proceso no debe limitarse a una suma de controles, procedimientos o registros; debe comprenderse como una ruta asistencial ordenada, en la cual cada contacto con la gestante representa una oportunidad para identificar riesgos, educar, intervenir y decidir oportunamente.

El embarazo es un proceso fisiológico, pero no está exento de riesgos. La evolución normal puede modificarse por factores maternos, fetales, sociales, ambientales o institucionales. Por ello, la atención prenatal debe combinar vigilancia clínica, educación sanitaria, identificación de





signos de alarma, valoración del bienestar fetal, aplicación de herramientas de alerta temprana y referencia oportuna cuando el establecimiento no cuenta con capacidad resolutive. En este contexto, el **Protocolo Score MAMÁ y Claves Obstétricas 2025** se convierte en una herramienta central para el Sistema Nacional de Salud, pues fue diseñado para mejorar la detección y el manejo de emergencias obstétricas, contribuyendo a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

El parto, por su parte, representa una etapa de transición crítica. En pocas horas pueden aparecer hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos, sepsis, sufrimiento fetal, necesidad de cesárea, complicaciones anestésicas o dificultad de adaptación neonatal. Por esa razón, el personal de salud debe trabajar con criterios estandarizados y con una cultura de seguridad. La experiencia clínica individual es importante, pero debe integrarse con protocolos, comunicación efectiva,





disponibilidad de insumos, registros completos, simulación periódica y trabajo interdisciplinario.

El protocolo 2025 establece que el Score MAMÁ permite reconocer tempranamente el deterioro de parámetros clínicos durante embarazo, parto y puerperio; además, aclara que es una herramienta complementaria para la toma de decisiones y para la referencia o derivación temprana, sin reemplazar la categorización de riesgo obstétrico ni constituir por sí sola una herramienta diagnóstica. Esta precisión es fundamental para estudiantes de medicina y enfermería, porque evita convertir el Score en una fórmula mecánica. El puntaje orienta, pero el juicio clínico interpreta.

La atención protocolizada durante embarazo y parto exige tres niveles de actuación. El primero es preventivo: control prenatal, educación, tamizaje, detección de factores de riesgo y promoción de prácticas saludables. El segundo es de alerta temprana: evaluación de signos vitales,





aplicación del Score MAMÁ, reconocimiento de signos de alarma y vigilancia materno-fetal. El tercero es de respuesta rápida: activación de Clave Roja, Azul o Amarilla según el cuadro clínico, estabilización inicial, referencia, registro y seguimiento.

El presente capítulo desarrolla esos tres niveles. Primero se aborda el control prenatal y la valoración inicial. Luego se explica la aplicación del Score MAMÁ 2025 como eje de vigilancia. Posteriormente se identifican los signos de alarma y se analiza la atención humanizada del trabajo de parto. Finalmente se desarrollan las claves obstétricas: Clave Roja para hemorragia obstétrica, Clave Azul para trastornos hipertensivos, Clave Amarilla para sepsis obstétrica, y el registro clínico como mecanismo de seguridad y trazabilidad.

2.1 Control prenatal y valoración inicial

El control prenatal es el punto de entrada para la atención integral de la gestante. Su finalidad no es

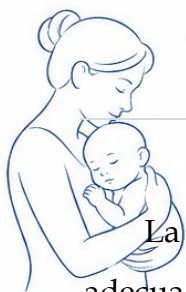




únicamente verificar el crecimiento fetal o programar exámenes; su propósito es identificar factores de riesgo, prevenir complicaciones, orientar a la madre y preparar al sistema de salud para responder a las necesidades clínicas y sociales de la mujer. Un control prenatal de calidad debe ser oportuno, continuo, integral, respetuoso y documentado.

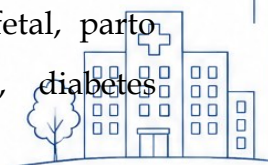
Desde la gestión hospitalaria, el control prenatal debe funcionar como un proceso organizado. Cada consulta debe generar información útil para la toma de decisiones: antecedentes obstétricos, edad gestacional, enfermedades previas, signos vitales, peso, estado nutricional, antecedentes quirúrgicos, consumo de medicamentos, alergias, vacunación, resultados de laboratorio, bienestar fetal, condiciones psicosociales, riesgo de violencia, salud mental y accesibilidad al servicio. Estos datos no deben registrarse de manera aislada; deben interpretarse y actualizarse a lo largo del embarazo.





La evidencia reciente confirma que la utilización adecuada de la atención prenatal puede relacionarse con mejores desenlaces neonatales. Sam y Dickson (2026) analizaron patrones de utilización de atención prenatal y mortalidad neonatal, lo que refuerza la importancia de sostener controles oportunos y de calidad. De igual manera, estudios sobre edad materna, diabetes, hipertensión, embarazo múltiple, enfermedades crónicas y exposición ambiental muestran que la valoración inicial debe ser amplia y dinámica, ya que los riesgos perinatales pueden originarse antes del parto y manifestarse durante el nacimiento o en el periodo neonatal (Alemi et al., 2026; Alex et al., 2026; Brew et al., 2026; Casati et al., 2026; Luef et al., 2026).

El primer contacto con la gestante debe incluir una anamnesis orientada al riesgo. Deben explorarse antecedentes de preeclampsia, eclampsia, hemorragia posparto, cesáreas previas, abortos, muerte fetal, parto prematuro, recién nacido con bajo peso, diabetes





gestacional, hipertensión crónica, enfermedad renal, cardiopatía, trastornos de coagulación, infecciones, cirugía uterina, placenta previa, consumo de sustancias, trastornos de salud mental o barreras de acceso. También es necesario identificar condiciones sociales: adolescencia, migración, pobreza, distancia al establecimiento, falta de acompañamiento, violencia o dificultad para comprender indicaciones.

La edad materna es un factor que merece análisis individualizado. La maternidad adolescente puede asociarse con mayor vulnerabilidad social, bajo acceso a controles o desenlaces neonatales desfavorables en determinadas poblaciones (Ekéus et al., 2026; Sánchez-Moreira & González-Andrade, 2026). La edad materna avanzada, por otro lado, puede relacionarse con comorbilidades, mayor probabilidad de intervención obstétrica o condiciones fetales específicas (Alemi et al., 2026). Sin embargo, el riesgo no debe reducirse a la edad,





debe integrarse con la condición clínica, el contexto y la evolución del embarazo.

La diabetes gestacional y la obesidad materna requieren vigilancia particular. Alex et al. (2026) estudiaron la asociación entre obesidad/diabetes materna y volúmenes cerebrales subcorticales infantiles en un estudio multicohorte. Luef et al. (2026) abordaron el impacto de la glucosa materna en la composición corporal y resultados metabólicos del recién nacido y la descendencia. Moon et al. (2026) analizaron el riesgo de diabetes en la descendencia tras diabetes gestacional materna. Estos aportes muestran que el control prenatal no solo protege el embarazo actual, sino que puede influir en la salud futura del niño.

También deben valorarse los riesgos infecciosos. La ruptura prematura de membranas, fiebre, infección urinaria, infección genital, corioamnionitis, colonización bacteriana resistente o antecedentes de infecciones virales





pueden modificar la vigilancia materna y neonatal. Mandelbrot et al. (2026) analizaron la predicción de infección neonatal en ruptura prematura de membranas pretérmino mediante microbiología y metagenómica. Bosco et al. (2026) estudiaron corioamnionitis clínica intraparto y resultados neonatales. Shamil Mafras et al. (2026) estudiaron colonización de bacterias resistentes en gestantes. Estas evidencias refuerzan el valor de la identificación temprana y del manejo según protocolos locales.

El control prenatal debe finalizar siempre con educación. La gestante debe conocer signos de alarma, fecha del siguiente control, indicaciones de medicamentos, resultados pendientes, medidas de autocuidado, señales de inicio de trabajo de parto y cuándo acudir de inmediato. La educación debe adaptarse al nivel de comprensión de la mujer y considerar su idioma, cultura y contexto. En términos de seguridad, una indicación no comprendida es una barrera para la continuidad del cuidado.



Figura 5. Control prenatal centrado en riesgo



Un control prenatal centrado en riesgo mejora resultados maternos y perinatales.





2.2 Aplicación del Score MAMÁ 2025

El Score MAMÁ 2025 es una herramienta de alerta temprana para reconocer deterioro clínico en gestantes y puérperas. El protocolo señala que debe aplicarse en el primer contacto con pacientes obstétricas en cualquier nivel de atención y que es obligatorio en cada control a gestantes y puérperas. Incluye temperatura, tensión arterial sistólica, tensión arterial diastólica, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, oxigenoterapia, nivel de conciencia y gasto urinario cuando pueda cuantificarse.

La importancia del Score MAMÁ radica en que convierte la vigilancia de signos vitales en un sistema de decisión. En el embarazo existen cambios fisiológicos normales: aumento de la frecuencia cardíaca, modificaciones de la presión arterial, variación de la frecuencia respiratoria y cambios renales. Sin embargo, cuando estos parámetros se alejan de rangos esperados, pueden anunciar hemorragia, sepsis, trastornos





hipertensivos, compromiso respiratorio, shock o deterioro neurológico. Por ello, el personal de salud no debe registrar signos vitales como un trámite, sino analizarlos como señales clínicas.

El protocolo establece que cada variable recibe una puntuación de 0 a 3, considerando 0 como valor normal. Además, indica que el registro de signos vitales y del Score MAMÁ es obligatorio en formularios correspondientes, entre ellos evolución y prescripciones, epicrisis, emergencia, historia clínica materno-perinatal y referencia/contrarreferencia. Cuando algún parámetro no se encuentra reflejado en los formularios, debe registrarse en la descripción del examen físico o en el anexo correspondiente.

Esta indicación tiene una implicación directa para la gestión hospitalaria: el Score MAMÁ no puede aplicarse verbalmente ni quedar en la memoria del equipo. Debe registrarse, monitorearse y utilizarse para decidir. El





registro permite evaluar evolución, justificar intervenciones, comunicar riesgo entre turnos, activar claves y construir trazabilidad clínica. En una emergencia, el tiempo perdido buscando datos incompletos puede afectar el desenlace.

El protocolo 2025 define acciones según puntaje y nivel de atención. En puestos de salud, centros tipo A, tipo B y atención prehospitalaria, un puntaje de 0 requiere evaluar factores de riesgo, bienestar materno-fetal y signos de alarma. Un puntaje de 1 exige aplicar el Score cada cuatro horas, evaluar signos vitales, signos de alarma, factores de riesgo y bienestar fetal básico. Un puntaje de 2 a 4 exige aplicar el Score cada 60 minutos, realizar diagnóstico primario, activar la clave correspondiente si es necesario, elaborar referencia y enviar al nivel de mayor capacidad resolutive. Para puntajes iguales o mayores de 5, o cualquier parámetro en 3, se indica aplicar el Score cada 30 minutos, evaluar signos vitales y signos de alarma, realizar





diagnóstico primario, activar la clave correspondiente, referir y activar cadena de llamadas.

En centros de salud tipo C y hospitales básicos, el protocolo conserva la lógica de vigilancia progresiva, pero añade la comunicación al médico tratante y la evaluación en tiempos máximos según la severidad. Para puntajes de 2 a 4, el médico debe evaluar a la paciente en un máximo de 30 minutos; para puntajes iguales o mayores de 5, o cualquier parámetro en 3, debe hacerlo en un máximo de 15 minutos. Esta diferenciación muestra que el Score no solo clasifica riesgo, sino que organiza tiempos de respuesta.

Para docentes y estudiantes, el aprendizaje del Score MAMÁ debe realizarse con casos clínicos. Por ejemplo, una gestante con presión arterial elevada, cefalea y epigastralgia no debe interpretarse solo como “puntaje alto”; debe activar sospecha de trastorno hipertensivo y necesidad de Clave Azul.





Figura 6.

Signos de alarma durante el embarazo



1



Sangrado

2



Cefalea intensa

3



Convulsiones

4



Fiebre

5



Dolor abdominal

6



Dificultad respiratoria

7



Disminución de movimientos fetales



Ante cualquiera de estos signos, acudir de inmediato al servicio de salud.



La identificación precoz de signos de alarma protege la vida materna y fetal.





Una puerpera con taquicardia, sangrado abundante y caída de presión no debe esperar confirmación de laboratorio; debe orientar a Clave Roja. Una gestante febril, taquicárdica, con mal estado general y foco infeccioso probable debe conducir a sospecha de sepsis y Clave Amarilla.

El Score MAMÁ debe integrarse con el bienestar fetal. El protocolo indica realizar pruebas básicas mediante estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinard cuando corresponda. Esto permite recordar que la emergencia obstétrica involucra al binomio madre-feto. En una gestante con deterioro, el feto también puede estar comprometido, por lo que la evaluación materna y fetal deben articularse.

Desde el punto de vista administrativo, el Score MAMÁ debe ser parte de la auditoría de calidad. Los establecimientos deben revisar si se aplica al ingreso, si se repite según puntaje, si se registra correctamente, si se





activan claves cuando corresponde y si la referencia se realiza oportunamente. El indicador no debe ser solo “porcentaje de formularios llenos”, sino calidad de la respuesta generada por el dato.

2.3 Identificación de signos de alarma

Los signos de alarma son manifestaciones clínicas que indican posible complicación y exigen valoración inmediata. En embarazo y parto, estos signos permiten identificar tempranamente trastornos hipertensivos, hemorragia, infección, trabajo de parto complicado, compromiso respiratorio, alteración neurológica o riesgo fetal. La educación sobre signos de alarma debe dirigirse a la gestante, su familia y el personal de salud.

Entre los signos de alarma materna destacan cefalea intensa o persistente, visión borrosa, zumbido de oídos, dolor epigástrico, convulsiones, presión arterial elevada, sangrado vaginal, salida de líquido, fiebre, escalofríos, dolor abdominal intenso, dificultad respiratoria,





disminución de movimientos fetales, edema marcado, palidez, debilidad extrema, confusión, pérdida de conciencia, vómitos persistentes, contracciones antes de término o mal olor de secreciones. Cada signo debe interpretarse en contexto, pero ninguno debe ser minimizado.

La cefalea, los trastornos visuales y el dolor epigástrico pueden anticipar preeclampsia con criterios de severidad o riesgo de eclampsia. La evidencia reciente sobre eclampsia y trastornos hipertensivos confirma que la vigilancia tensional y la respuesta temprana son esenciales para reducir complicaciones maternas y perinatales (Martin et al., 2026; Salvi et al., 2026). En estos casos, el Score MAMÁ orienta la alarma, pero el cuadro clínico define la conducta.

El sangrado vaginal durante el embarazo o el parto exige valoración inmediata. Puede relacionarse con placenta previa, desprendimiento placentario, trabajo de parto, lesión genital, ruptura uterina o hemorragia





posparto. Estudios sobre placenta previa, cesárea y resultados materno-neonatales muestran que las condiciones placentarias demandan planificación y vigilancia especializada (Kırbaş & Tüzen, 2026; Rimdzeviciute et al., 2026). En el posparto inmediato, el sangrado debe cuantificarse objetivamente y no depender de estimación visual.

La fiebre o hipotermia, acompañada de taquicardia, mal estado general, dolor, foco infeccioso o alteraciones de perfusión, debe orientar a sospecha de sepsis obstétrica. La infección puede progresar rápidamente y comprometer la vida de la madre y del feto. Estudios recientes sobre corioamnionitis, ruptura prematura de membranas e infección neonatal respaldan la necesidad de una vigilancia coordinada entre obstetricia y neonatología (Bosco et al., 2026; Mandelbrot et al., 2026; Shamil Mafras et al., 2026).

La disminución de movimientos fetales es otro signo relevante. Aunque puede tener causas benignas, exige





evaluación del bienestar fetal y valoración obstétrica. Abu Shqara et al. (2026) estudiaron el manejo de primíparas con disminución de movimientos fetales a las 39 semanas, lo que refuerza que este síntoma no debe ignorarse. Desde la gestión clínica, la consulta por disminución de movimientos fetales debe tener ruta definida: valoración materna, signos vitales, edad gestacional, frecuencia cardíaca fetal y decisión de observación, pruebas complementarias o referencia.

La identificación de signos de alarma no debe separarse de la comunicación. Una gestante puede mencionar un síntoma en términos cotidianos: “me duele la boca del estómago”, “veo lucecitas”, “siento que me falta el aire”, “el bebé no se mueve igual”, “me baja sangre”, “me siento rara”. El personal debe traducir esa expresión en una hipótesis clínica y no descalificarla. La escucha activa es una herramienta de seguridad.





2.4 Atención humanizada del trabajo de parto

La atención humanizada del trabajo de parto integra seguridad clínica, respeto, comunicación y participación de la mujer. Humanizar no significa abandonar protocolos ni retrasar intervenciones necesarias; significa aplicar la ciencia sin perder dignidad, privacidad ni consentimiento. El parto es un evento fisiológico y emocional, por lo que el equipo debe acompañar, informar y proteger.

Durante el trabajo de parto, la mujer debe recibir información sobre su evolución, procedimientos, hallazgos y decisiones. Debe preservarse la privacidad, evitar exposición innecesaria, permitir acompañamiento cuando las condiciones lo permitan, favorecer posiciones seguras, respetar tiempos fisiológicos y evitar intervenciones sin indicación. La atención humanizada también implica manejo adecuado del dolor, apoyo emocional y comunicación respetuosa.





Figura 7.

Atención humanizada del parto



1



Madre acompañada

La presencia de una persona de confianza brinda apoyo emocional y seguridad.

2



Equipo de salud

Equipo competente, coordinado y respetuoso que acompaña con calidez y comunicación clara.

3



Privacidad

Se garantiza un ambiente íntimo y protegido para favorecer el bienestar de la madre y su bebé.

4



Consentimiento informado

La madre recibe información comprensible, resuelve dudas y participa en las decisiones sobre su cuidado.

5



Respeto intercultural

Se reconocen y valoran las creencias, costumbres y preferencias culturales de la madre y su familia.



La atención humanizada del parto fortalece la seguridad, la dignidad y la experiencia positiva de la madre y su familia.



*Cuidar con respeto es nacer con dignidad.
Cada parto, una experiencia única y valiosa.*





La analgesia durante el parto debe ser discutida con criterios clínicos y preferencias informadas. Guo, Song, et al. (2026) analizaron determinantes del uso de analgesia epidural y asociaciones con resultados materno-neonatales. Estos estudios no deben utilizarse para imponer una conducta única, sino para recordar que el manejo del dolor requiere información, disponibilidad, seguridad anestésica y vigilancia.

El parto humanizado también exige reconocer riesgos. Una atención respetuosa no significa ignorar signos de alarma. Si durante el trabajo de parto aparece hipertensión severa, fiebre, sangrado, alteración de conciencia, taquicardia persistente, saturación baja o sospecha de sufrimiento fetal, el equipo debe explicar brevemente la situación y activar el protocolo correspondiente. La urgencia no elimina el trato digno.

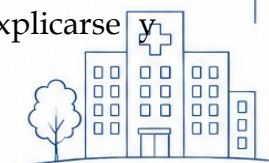
El trabajo de parto debe monitorearse con criterios clínicos y registro adecuado. La vigilancia materna incluye





signos vitales, dolor, dinámica uterina, sangrado, temperatura, hidratación, diuresis cuando corresponda y estado emocional. La vigilancia fetal incluye frecuencia cardíaca fetal, movimientos, líquido amniótico y evolución según edad gestacional y riesgo. Los hallazgos deben registrarse de manera cronológica para facilitar decisiones y comunicación entre turnos.

Cuando se requiere inducción, conducción, analgesia, parto instrumentado o cesárea, la decisión debe basarse en criterios clínicos. Héritier et al. (2026) estudiaron inducción del parto y desenlaces perinatales adversos; Keven et al. (2026) analizaron predictores ecográficos de éxito en inducción y parto vaginal; Anteby et al. (2026) evaluaron morbilidad neonatal y materna en parto asistido con vacuum; Bachar et al. (2026) estudiaron episiotomía y lesión obstétrica del esfínter anal en nulíparas con segunda etapa prolongada. Estas investigaciones evidencian que las intervenciones obstétricas deben indicarse, explicarse y registrarse con claridad.





2.5 Clave Roja: hemorragia obstétrica

La Clave Roja corresponde a la respuesta organizada ante hemorragia obstétrica. Su propósito es disminuir la mortalidad materna asociada a shock hipovolémico mediante estandarización de procedimientos, activación temprana, asignación de roles y manejo inmediato. El protocolo institucional de hemorragia obstétrica 2025 señala que la activación de la clave debe realizarla el primer profesional de salud que tiene contacto con la mujer que presenta hemorragia obstétrica.

La hemorragia obstétrica requiere rapidez porque el deterioro puede ocurrir antes de que los signos vitales reflejen la magnitud real de la pérdida sanguínea. El protocolo de hemorragia posparto 2025 indica que el reconocimiento temprano debe ser el objetivo, incluso antes del deterioro de signos vitales. También plantea que la hemorragia posparto puede definirse como pérdida acumulativa mayor a 1000 ml o pérdida acompañada de





signos o síntomas de hipovolemia dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento.

La evaluación debe considerar las cuatro “T”: tono, trauma, tejido y trombina. El tono se relaciona con atonía uterina; el trauma, con desgarros, hematomas o ruptura uterina; el tejido, con retención placentaria o acretismo; la trombina, con alteraciones de coagulación. Esta nemotecnia permite ordenar el razonamiento clínico y evitar que el equipo se limite a administrar uterotónicos sin buscar la causa.

La cuantificación del sangrado es un punto crítico. El protocolo institucional advierte que la estimación visual subestima una proporción importante de hemorragias y recomienda métodos objetivos, como medición directa, cuantificación gravimétrica y registro acumulativo de pérdida sanguínea.



Figura 8.

Manejo inicial de hemorragia obstétrica

Algoritmo no farmacológico

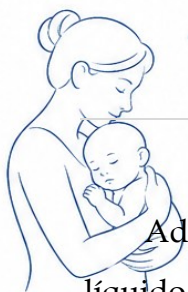


La respuesta organizada y oportuna reduce el riesgo materno.



Priorizar vigilancia continua, coordinación del equipo y traslado seguro.





Además, especifica que en cesárea debe excluirse líquido amniótico o de irrigación, y que en parto vaginal puede utilizarse una bolsa calibrada para evaluar el sangrado en tiempo real.

El manejo inicial incluye acciones simultáneas. El protocolo de hemorragia posparto 2025 recomienda obtener dos vías venosas calibre 14 o 16, colocar sonda vesical, administrar oxígeno para mantener oximetría mayor a 95%, administrar bolos de cristaloides calentados, valorar sensorio, perfusión, pulso radial y tensión arterial, realizar masaje uterino permanente, determinar causa mediante cuatro T y administrar uterotónicos. La oxitocina es el medicamento de elección; también se contemplan ergometrina, misoprostol si no hay oxitocina o falla, ácido tranexámico en las primeras tres horas del sangrado y traje antishock como medida de bajo costo y alta efectividad.

El índice de shock es una herramienta útil en hemorragia obstétrica. El protocolo institucional lo define





como el resultado de dividir frecuencia cardiaca para tensión arterial sistólica, y señala que valores iguales o mayores a 0,9 indican necesidad de intervención inmediata; iguales o mayores a 1,4, intervención urgente; e iguales o mayores a 1,7, alta probabilidad de resultados adversos y muerte materna. En la enseñanza, este indicador permite mostrar que una paciente puede estar compensada aparentemente y aun así presentar riesgo grave.

La Clave Roja exige trabajo coordinado. Mientras un profesional dirige, otro canaliza vías, otro toma muestras, otro administra medicamentos, otro cuantifica sangrado, otro comunica a laboratorio o banco de sangre, y otro informa a la familia según indicación del coordinador. En gestión hospitalaria, la clave debe entrenarse mediante simulacros, porque en una emergencia real no hay tiempo para asignar funciones por primera vez.





2.6 Clave Azul: trastornos hipertensivos

La Clave Azul organiza la respuesta ante trastornos hipertensivos del embarazo, especialmente cuando existe riesgo de preeclampsia severa, eclampsia o complicaciones materno-fetales. Su importancia radica en que la hipertensión puede progresar hacia convulsiones, accidente cerebrovascular, edema pulmonar, desprendimiento placentario, falla orgánica, compromiso fetal o muerte materna. Por ello, la presión arterial debe medirse correctamente, registrarse e interpretarse junto con síntomas y hallazgos clínicos.

Los signos de alarma que orientan a trastorno hipertensivo incluyen cefalea intensa, visión borrosa, fotopsias, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, náusea persistente, disnea, edema súbito, presión arterial severamente elevada, alteración neurológica, convulsiones o disminución de movimientos fetales. Martin et al. (2026) estudiaron predicción de complicaciones maternas y





perinatales severas en embarazos hipertensivos; Salvi et al. (2026) analizaron incidencia, manejo y resultados de eclampsia en cohortes multinacionales; Morales-Berstein et al. (2026) estudiaron el impacto de la presión arterial materna en salud perinatal. Estas evidencias sostienen la necesidad de detección precoz y manejo sistemático.

El protocolo Score MAMÁ 2025 incluye la tensión arterial sistólica y diastólica como variables puntuadas. Valores alterados deben conducir a reevaluación, búsqueda de síntomas, valoración fetal, exámenes complementarios, activación de Clave Azul si corresponde y decisión sobre referencia o manejo según capacidad resolutive. La utilidad del Score está en que permite integrar la presión arterial con otros signos, como frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación, conciencia y gasto urinario.

El kit de Clave Azul incluye formularios, algoritmos, lista de verificación, control de signos vitales y valoración del Score MAMÁ, además de medicamentos como sulfato





de magnesio, hidralazina, nifedipina, gluconato de calcio como antídoto, diazepam, betametasona, labetalol y midazolam, entre otros insumos. Esta composición muestra que la Clave Azul debe estar preparada antes de la emergencia, no improvisarse cuando la paciente convulsiona o presenta crisis hipertensiva.

La función del coordinador en Clave Azul incluye organizar el equipo, asignar roles, solicitar el kit, determinar la condición de la paciente con signos vitales y Score MAMÁ, valorar criterios de severidad, valorar bienestar fetal, decidir referencia o manejo según capacidad resolutive, ordenar medicamentos y fluidos, colocar catéter urinario para medición de gasto urinario y mantener retroalimentación continua del equipo. Este modelo de roles es esencial para docentes y estudiantes, porque muestra que una emergencia hipertensiva no se atiende de forma individual, sino en equipo.





Desde la gestión clínica, la Clave Azul debe activar una secuencia: identificar hipertensión o signos neurológicos, confirmar medición, valorar severidad, proteger a la paciente, prevenir convulsiones según protocolo, controlar presión arterial con medicamentos disponibles, valorar bienestar fetal, solicitar exámenes, decidir interrupción del embarazo si corresponde al criterio obstétrico y referir si el establecimiento no tiene capacidad resolutive. La comunicación con anestesia, laboratorio, banco de sangre, neonatología y transporte puede ser necesaria según la evolución.

La educación al alta también es importante. Una gestante o puerpera con trastorno hipertensivo debe conocer signos de alarma y necesidad de seguimiento. La hipertensión no desaparece necesariamente con el parto; el puerperio sigue siendo una etapa de riesgo. Por ello, este tema se retomará en el Capítulo III.





Figura 9. Manejo inicial de trastornos hipertensivos

Algoritmo inicial

1



Presión arterial elevada

Detectar cifras elevadas y confirmar la medición con reevaluación inmediata.



2



Signos neurológicos

Identificar cefalea intensa, alteraciones visuales, convulsiones u otros signos de alarma.



3



Activación de Clave Azul

Activar respuesta obstétrica inmediata y convocar al equipo de salud.



4



Vigilancia

Mantener control continuo de signos vitales, conciencia y bienestar materno-fetal.



5



Laboratorio

Solicitar muestras y estudios urgentes para apoyar la valoración clínica.



6



Traslado seguro

Coordinar referencia o escalamiento oportuno según la complejidad del caso.



La identificación temprana y la respuesta organizada reducen complicaciones maternas.



Priorizar vigilancia continua, trabajo en equipo y traslado oportuno.



2.7 Clave Amarilla: sepsis obstétrica

La Clave Amarilla corresponde a la respuesta frente a sepsis obstétrica o sospecha de infección grave durante embarazo, parto o puerperio. La sepsis es una emergencia tiempo-dependiente; su pronóstico mejora cuando se reconoce tempranamente, se toman muestras pertinentes, se administran antibióticos oportunamente, se inicia reanimación con fluidos cuando corresponde y se controla el foco infeccioso.

La sospecha puede surgir por fiebre o hipotermia, taquicardia, taquipnea, hipotensión, alteración de conciencia, dolor abdominal, secreción fétida, infección urinaria, corioamnionitis, aborto séptico, infección de herida quirúrgica, mastitis complicada, neumonía, pielonefritis u otros focos. En el embarazo y puerperio, algunos signos pueden confundirse con cambios fisiológicos, por lo que la vigilancia debe ser rigurosa. La literatura reciente muestra la relación entre infección

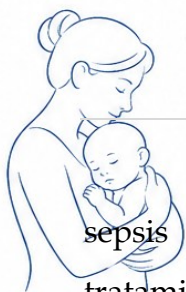




materna y desenlaces neonatales. Bosco et al. (2026) estudiaron predictores de corioamnionitis histológica severa y resultados neonatales en corioamnionitis clínica intraparto. Mandelbrot et al. (2026) evaluaron microbiología y metagenómica vaginal para predecir infección neonatal en ruptura prematura de membranas pretérmino. Shamil Mafras et al. (2026) estudiaron colonización de bacterias resistentes en gestantes. Estos aportes respaldan la necesidad de protocolos de infección y vigilancia del recién nacido expuesto.

El protocolo Score MAMÁ 2025 asigna roles específicos para Clave Amarilla. El asistente 2 debe abrir el kit amarillo, entregar cartillas según roles, garantizar dos vías venosas con catéter 16G o 18G, tomar cultivos, muestras sanguíneas, gasometría, administrar líquidos y medicamentos indicados por el coordinador, realizar pedidos de laboratorio e imagenología según el cuadro infeccioso y retroalimentar continuamente al coordinador y al circulante. Esta descripción muestra que la respuesta a





sepsis debe ser simultánea: diagnóstico, muestras, tratamiento, monitoreo y comunicación.

En gestión hospitalaria, la Clave Amarilla requiere disponibilidad de antibióticos, insumos para cultivos, laboratorio, imagenología, fluidos, monitoreo y capacidad de referencia. Además, debe existir coordinación con neonatología si el parto es inminente o si el recién nacido ya nació, debido al riesgo de infección neonatal. La sepsis no afecta solo a la madre; puede comprometer al binomio y exigir vigilancia neonatal.

El manejo de sepsis debe registrarse con precisión: hora de sospecha, signos vitales, Score MAMÁ, foco probable, cultivos solicitados, hora de antibiótico, fluidos administrados, respuesta clínica, laboratorio, imagenología, interconsultas y decisión de referencia. Estos datos permiten evaluar oportunidad de atención y calidad del proceso.



Figura 10. Algoritmo de atención inicial en sepsis materna (Clave Amarilla)



Sospecha de sepsis materna: infección sospechada o confirmada con signos de respuesta sistémica y riesgo de disfunción orgánica durante el embarazo, parto o puerperio.



Objetivo: reconocer precozmente la sepsis materna, estabilizar a la paciente, iniciar tratamiento oportuno y prevenir falla orgánica y muerte materna.



La coordinación del equipo y la aplicación oportuna del protocolo salvan vidas.



Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Protocolo Score MAMA y Claves Obstétricas, 2025.



2.8 Registro clínico y comunicación efectiva

El registro clínico y la comunicación efectiva son pilares de la seguridad durante embarazo y parto. Una atención técnicamente correcta puede fallar si no se registra, si no se comunica a tiempo o si la información se pierde entre turnos o niveles de atención. En obstetricia, donde los cambios pueden ser rápidos, el registro es una herramienta clínica, legal, docente y administrativa.

El protocolo Score MAMÁ 2025 establece el registro obligatorio de signos vitales y del Score MAMÁ en formularios específicos, como evolución y prescripciones, epicrisis, emergencia, historia clínica materno-perinatal y referencia/contrarreferencia. Esto significa que la aplicación del Score debe quedar documentada en la historia clínica, no solo verbalizada durante el pase de visita.

El registro debe ser cronológico, legible, completo y coherente. Debe incluir signos vitales, puntaje del Score





MAMÁ, síntomas, examen físico, bienestar fetal, diagnóstico presuntivo, tratamiento administrado, respuesta clínica, activación de claves, nombre de responsables, hora de referencia, comunicación con el nivel receptor y condiciones de traslado. En parto, además, debe documentarse evolución, intervenciones, sangrado, alumbramiento, estado neonatal y educación brindada.

La comunicación efectiva debe funcionar dentro del equipo, con la paciente, con la familia y con otros establecimientos. En las claves obstétricas, el circulante tiene funciones de comunicación: activar laboratorio y medicina transfusional según disponibilidad, confirmar solicitudes, garantizar procesamiento de muestras, llamar a más personal, establecer contacto con la familia y activar la red para referencia si el establecimiento no tiene capacidad resolutive.

La comunicación cerrada es recomendable en emergencias. Consiste en emitir una indicación clara,





confirmar recepción y reportar cumplimiento. Por ejemplo: “Administre el medicamento indicado”; “Confirmo, administro”; “Medicamento administrado a tal hora”. Esta técnica reduce errores, especialmente cuando el ambiente es ruidoso, hay estrés o participan varios profesionales.

La referencia debe ser entendida como continuidad del cuidado. El formulario de referencia/contrarreferencia debe contener motivo, diagnóstico, signos vitales, Score MAMÁ, tratamientos administrados, evolución, exámenes, condición fetal, condición neonatal si corresponde y nombre del profesional que acompaña. El protocolo 2025 indica que, según puntaje y emergencia, se debe elaborar referencia, enviar a la paciente al nivel de mayor capacidad resolutive, acompañarla con un profesional de salud, activar cadena de llamadas y realizar seguimiento del caso.

La comunicación con la paciente y la familia también debe registrarse cuando sea relevante. Informar sobre una emergencia, explicar una referencia, comunicar necesidad





de cesárea, solicitar consentimiento o brindar signos de alarma son actos clínicos. La falta de información puede generar ansiedad, desconfianza o rechazo a intervenciones necesarias.

En conclusión, el protocolo de atención durante embarazo y parto debe articular vigilancia prenatal, Score MAMÁ, signos de alarma, parto humanizado, claves obstétricas, registro y comunicación. La seguridad materno-neonatal no depende de una sola acción, sino de una cadena de decisiones oportunas. Cuando el control prenatal identifica riesgos, el Score MAMÁ detecta deterioro, las claves organizan la respuesta y el registro asegura continuidad, el sistema de salud incrementa su capacidad para proteger la vida de la mujer y del recién nacido.

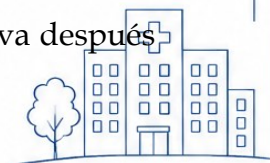




Capítulo III. Protocolo de cuidado de la mujer en el puerperio

El puerperio es una etapa crítica del cuidado materno-neonatal porque concentra cambios fisiológicos, emocionales, familiares y clínicos que pueden evolucionar de manera favorable o transformarse en complicaciones potencialmente graves. Aunque el nacimiento marca el cierre del embarazo, no representa el final del riesgo obstétrico. Durante las primeras horas, días y semanas posteriores al parto pueden presentarse hemorragia posparto, trastornos hipertensivos, sepsis puerperal, alteraciones de la salud mental, dificultades de lactancia, dolor, anemia, complicaciones quirúrgicas, eventos tromboembólicos, problemas de planificación familiar y barreras para el seguimiento.

Desde la gestión hospitalaria, el puerperio debe ser tratado como una fase activa del proceso asistencial. La mujer no debe permanecer en observación pasiva después





del parto; debe recibir vigilancia clínica estructurada, aplicación del Score MAMÁ cuando corresponda, educación sobre signos de alarma, apoyo emocional, consejería en lactancia, información sobre anticoncepción posparto y criterios claros de alta segura. El índice del libro ubica este capítulo con ocho apartados: valoración clínica del puerperio inmediato, prevención de hemorragia posparto, trastornos hipertensivos en el posparto, sepsis puerperal, salud mental materna, lactancia materna y consejería, planificación familiar posparto, y alta segura con seguimiento domiciliario.

El Protocolo Score MAMÁ y Claves Obstétricas 2025 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador sostiene que uno de los retos para los profesionales es reconocer tempranamente el deterioro clínico durante embarazo, parto y puerperio. Además, establece que la estrategia incluye el Score MAMÁ, los kits y las claves obstétricas para mejorar la respuesta ante pacientes con riesgo y necesidad de atención en establecimientos con mayor

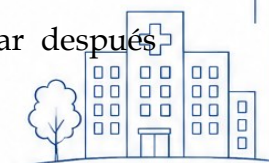




capacidad resolutive. Por ello, este capítulo no aborda el puerperio como un periodo de espera, sino como una etapa de vigilancia, prevención y continuidad del cuidado.

La atención puerperal tiene un valor adicional: permite proteger simultáneamente a la madre y al recién nacido. Una madre con sangrado, fiebre, hipertensión, depresión, dolor intenso o dificultad para lactar puede tener limitada su capacidad de recuperación y cuidado neonatal. Del mismo modo, un recién nacido con dificultad de succión, ictericia, bajo peso, fiebre o signos respiratorios puede aumentar el estrés materno y exigir intervenciones oportunas. Por esta razón, el cuidado del puerperio debe coordinarse con neonatología, enfermería, obstetricia, medicina familiar, salud mental, trabajo social y red de primer nivel.

La literatura reciente confirma que los desenlaces posparto no dependen de un único factor. Las complicaciones hipertensivas pueden continuar después



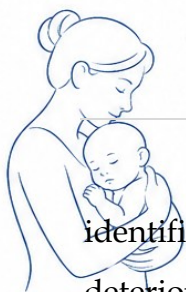


del parto; la diabetes gestacional tiene implicaciones metabólicas para la madre y la descendencia; la infección materna puede asociarse con resultados neonatales; la salud mental materna influye en el vínculo y el cuidado; y la calidad de los servicios afecta la continuidad de la atención (López Carpintero et al., 2026; Luef et al., 2026; Martin et al., 2026; Moon et al., 2026; Molenaar et al., 2026). Estas fuentes, junto con los protocolos nacionales e institucionales 2025, sostienen una mirada integral del puerperio.

3.1 Valoración clínica del puerperio inmediato

La valoración clínica del puerperio inmediato comprende la evaluación sistemática de la mujer durante las primeras horas posteriores al parto vaginal o cesárea. Esta etapa es determinante porque muchas complicaciones graves aparecen en el periodo inmediato, cuando la paciente aún se encuentra en el establecimiento de salud. La vigilancia debe ser activa, documentada y orientada a





identificar alteraciones antes de que se manifiesten como deterioro severo.

La valoración debe incluir signos vitales, estado de conciencia, dolor, sangrado, tono uterino, altura uterina, integridad del canal del parto, diuresis, coloración de piel y mucosas, presencia de mareo, palpitaciones, dificultad respiratoria, cefalea, visión borrosa, epigastralgia, fiebre, escalofríos, estado emocional, lactancia inicial, movilidad y evolución de heridas quirúrgicas o perineales. En cesárea, además, debe vigilarse sangrado transvaginal, herida operatoria, dolor, recuperación anestésica, presión arterial, diuresis y signos de hemoperitoneo.

El protocolo de hemorragia posparto 2025 indica que el monitoreo clínico debe registrar la respuesta basada en signos de choque, sensorio conservado, llenado capilar, pulso radial, presión arterial sistólica, índice de shock y Score MAMÁ, manteniendo el seguimiento hasta estabilizar signos vitales. En la sala de puerperio, ante





hemorragia, se debe activar código rojo o alertar al personal, asegurar al recién nacido con un familiar o neonatología, identificar y tratar la causa del sangrado, trasladar a la paciente al área de procedimientos si corresponde, mantener apoyo circulatorio, colocar sonda vesical, medir diuresis y monitorear de forma seriada.

La valoración puerperal no debe depender únicamente de la impresión visual. Una mujer puede encontrarse aparentemente tranquila y estar iniciando una complicación. La taquicardia persistente, la presión arterial anormal, la fiebre, la palidez, la ansiedad súbita, la somnolencia, la disminución de diuresis o el dolor desproporcionado son datos que requieren interpretación clínica. El Score MAMÁ 2025 permite estructurar esta vigilancia, porque integra temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, oxigenoterapia, estado de conciencia y gasto urinario.





El protocolo Score MAMÁ establece que la puntuación debe registrarse en los formularios definidos y que, para un adecuado monitoreo de la evolución, se debe usar la ficha de registro. También indica que la respuesta se organiza según puntaje, con reevaluación, diagnóstico primario, activación de claves, referencia, acompañamiento por profesional de salud, cadena de llamadas y seguimiento del caso cuando corresponda. Esto es especialmente importante en puerperio, porque la paciente puede pasar de una situación estable a una emergencia en poco tiempo.

Desde la gestión hospitalaria, la valoración clínica debe tener responsables definidos. Enfermería suele cumplir un rol central en la vigilancia continua, porque controla signos vitales, observa sangrado, identifica cambios, administra medicamentos, registra evolución y comunica alertas. El personal médico y obstétrico interpreta los hallazgos, define diagnóstico, indica tratamiento, decide referencia o intervención y coordina el equipo. En áreas de alto flujo asistencial, la ausencia de





roles claros puede generar retrasos, omisiones o duplicidad de acciones.

El puerperio inmediato también es una etapa educativa. Antes del alta, la mujer debe comprender cuáles cambios son esperables y cuáles requieren consulta inmediata. Debe saber que sangrado abundante, fiebre, dolor intenso, mal olor, cefalea persistente, visión borrosa, convulsiones, dificultad respiratoria, tristeza intensa, rechazo al cuidado del recién nacido o ideas de incapacidad para cuidarse no deben normalizarse. La educación debe iniciar en el hospital y continuar en el domicilio.



Figura 11. Valoración clínica del puerperio inmediato

1. ¿QUÉ ES LA VALORACIÓN CLÍNICA DEL PUERPERIO INMEDIATO?

Evaluación sistemática de la mujer durante las primeras horas posteriores al parto vaginal o cesárea. Permite identificar alteraciones antes de que se manifiesten como deterioro severo.



2. QUÉ DEBE INCLUIR LA VALORACIÓN



3. PROTOCOLO DE HEMORRAGIA POSPARTO 2025

- Ante hemorragia: activar código rojo o alertar al personal.
- Asegurar al recién nacido con familiar o neonatología.
- Identificar y tratar la causa del sangrado.
- Trasladar a la paciente al área de procedimientos si corresponde.
- Mantener apoyo circulatorio.
- Colocar sonda vesical y medir diuresis.
- Monitoreo seriado de signos vitales y signos de choque.

MONITOREO CLÍNICO SEGÚN PROTOCOLO



Seguimiento hasta estabilizar signos vitales.

4. SCORE MAMÁ 2025

Integra 8 parámetros para estructurar la vigilancia clínica del puerperio inmediato.

- Temperatura
- Presión arterial
- Frecuencia cardíaca
- Frecuencia respiratoria
- Saturación de oxígeno (SpO₂)
- Oxigenoterapia
- Estado de conciencia
- Gasto urinario

RESPUESTA SEGÚN PUNTAJE

Puntaje	Interpretación	Acción
0 - 2	Sin riesgo	Vigilancia rutinaria
3 - 4	Riesgo moderado	Reevaluación y observar más frecuente
≥ 5	Alto riesgo	Activar clave (evaluar intervención)

Registrar en la ficha Score MAMÁ y reevaluar según protocolo.

6. ROLES EN LA VALORACIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO

ENFERMERÍA

- Controla signos vitales
- Observa sangrado y cambios clínicos
- Administra medicamentos
- Registra evolución en ficha
- Comunica alertas oportunamente
- Brinda educación inicial

PERSONAL MÉDICO / OBSTÉTRICO

- Interpreta hallazgos clínicos
- Define diagnóstico y tratamiento
- Decide referencia o intervención
- Coordina al equipo de salud
- Toma decisiones oportunas

Roles claros mejoran la seguridad y evitan retrasos, omisiones o duplicidad de acciones.

7. EDUCACIÓN ANTES DEL ALTA

La mujer debe conocer cambios esperables y signos de alarma que requieren consulta inmediata:

- Sangrado abundante
- Fiebre
- Dolor intenso
- Mal olor
- Cefalea persistente
- Visión borrosa
- Convulsiones
- Dificultad respiratoria
- Tristeza intensa
- Rechazo al cuidado del bebé
- Ideas de incapacidad para cuidarse

La educación inicia en el hospital y continúa en el domicilio.

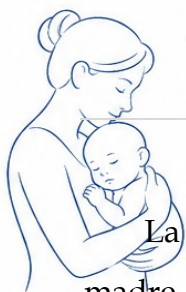
8. VÍNCULO MADRE-HIJO Y APOYO EMOCIONAL



- Contacto inicial y lactancia
- Apoyo familiar y acompañamiento emocional
- En casos de separación (complicación neonatal, cesárea, hemorragia o UCI), brindar información clara y apoyo emocional.

El puerperio es una etapa clínica, pero también relacional.

⚠️ La valoración no depende de la impresión visual. Una mujer aparentemente tranquila puede estar iniciando una complicación. ¡La vigilancia activa y el registro oportuno salvan vidas!



La valoración también debe considerar el vínculo madre-hijo. El contacto inicial, la lactancia, el apoyo familiar y la seguridad emocional forman parte de la recuperación. En casos de separación por complicación neonatal, cesárea, hemorragia o ingreso a cuidados especiales, el equipo debe brindar información clara y acompañamiento. El puerperio es una etapa clínica, pero también relacional.

3.2 Prevención de hemorragia posparto

La hemorragia posparto es una de las principales emergencias del puerperio. Puede aparecer de forma inmediata o tardía, y su manejo exige prevención, detección temprana, cuantificación objetiva, activación de Clave Roja y respuesta coordinada. La prevención comienza antes del nacimiento mediante identificación de factores de riesgo, manejo activo de la tercera etapa del parto, disponibilidad de uterotónicos, vigilancia del alumbramiento y registro del sangrado.





Figura 12.

Prevención y detección temprana de hemorragia posparto



Objetivo: prevenir la hemorragia posparto, identificarla precozmente y activar respuesta oportuna para evitar choque y complicaciones maternas.

1



Identificar riesgo

- Antecedentes de HPP
- Anemia
- Embarazo múltiple
- Trabajo de parto prolongado
- Macrosomía
- Cesárea
- Trastornos hipertensivos
- Placenta retenida u otros factores

2



Manejo activo del alumbramiento

- Administrar uterotónico
- Vigilar desprendimiento placentario
- Revisar integridad placentaria
- Realizar masaje uterino según protocolo

3



Cuantificar sangrado

- Cuantificación objetiva con compresas, campos, recipiente colector o método gravimétrico
- No depender solo de impresión visual

4



Valorar las 4T

- **Tono** (atonía uterina)
- **Tejido** (retención placentaria)
- **Trauma** (desgarros o lesión del canal del parto)
- **Trombina** (coagulopatías)

5



Activar Clave Roja ante sospecha

- Si hay sangrado excesivo o signos de hipovolemia
- Alertar al equipo
- Iniciar monitoreo y accesos
- Mantener apoyo circulatorio
- Continuar evaluación

Intervenciones y vigilancia



Tono uterino (firmeza)



Signos vitales (TA, FC, FR, SatO₂, temperatura)



Sangrado cuantificado



Diuresis (mL/h)



Score MAMÁ



Respuesta rápida del equipo

Recordar siempre



Cuantificar el sangrado de forma objetiva.



Vigilar el tono uterino de manera continua.



No confiar solo en la apariencia clínica.



Actuar temprano y en equipo.



Activar Clave Roja ante sospecha.



La prevención y la detección temprana salvan vidas.
Cada minuto cuenta.

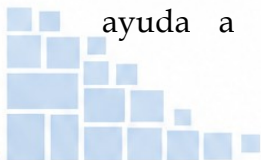


Cuidado seguro,
madres y recién nacidos protegidos.



El protocolo de manejo inicial de hemorragia posparto 2025 define la hemorragia materna como pérdida acumulativa mayor a 1000 ml o pérdida acompañada de signos o síntomas de hipovolemia dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento. También resalta que la hemorragia puede generar complicaciones graves, como shock, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda y morbilidad materna extremadamente grave. Esta definición debe enseñarse junto con un principio operativo: no se debe esperar a que aparezca hipotensión franca para actuar.

La mayoría de las hemorragias posparto se relacionan con atonía uterina, pero la evaluación debe considerar las cuatro "T": tono, trauma, tejido y trombina. El tono se refiere a la contracción uterina; el trauma, a lesiones cervicales, vaginales, perineales, uterinas o quirúrgicas; el tejido, a retención de placenta, membranas o acretismo; y la trombina, a trastornos de coagulación. Esta clasificación ayuda a evitar respuestas incompletas. Administrar





uterotónicos sin revisar trauma o tejido retenido puede retrasar el tratamiento correcto.

La cuantificación del sangrado es un punto crítico. El protocolo 2025 advierte que la estimación visual es históricamente el método que más errores produce, subestima el 89% de las hemorragias y debería retirarse de la práctica obstétrica estándar como único método. En su lugar, se recomienda una medición más objetiva mediante evaluación cuantitativa, cuantificación gravimétrica y recolección directa de sangre.

La cuantificación gravimétrica se basa en pesar compresas, gasas o material absorbente, considerando que un mililitro de sangre pesa aproximadamente un gramo. La recolección directa permite medir sangrado mediante dispositivos calibrados, diferenciando sangre de líquido amniótico, orina o líquido de irrigación. En cesárea, el sangrado debe reportarse por anestesiología y registrarse en el formulario correspondiente; en parto vaginal, el



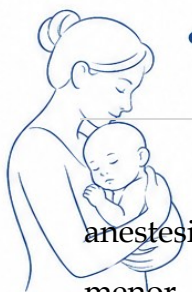


profesional responsable debe informar el volumen estimado y registrarlo en la nota posparto.

El manejo farmacológico inicial incluye oxitocina como medicamento de elección, y otros uterotónicos según disponibilidad e indicación. El protocolo institucional contempla ergometrina, misoprostol cuando no hay oxitocina disponible o cuando esta falla, y ácido tranexámico durante las primeras tres horas del sangrado asociado al uso de uterotónicos. También recomienda el traje antichoque no neumático como medida de bajo costo y alta efectividad, además de entrenamiento periódico en Clave Roja y estimación de sangrado.

La prevención de hemorragia posparto también requiere organización institucional. Los establecimientos deben garantizar disponibilidad de uterotónicos, vías venosas, cristaloides, equipos de administración, balón de compresión uterina cuando exista, sonda vesical, oxígeno, laboratorio, banco de sangre o red transfusional, quirófano,





anestesia y personal entrenado. En establecimientos de menor complejidad, la prevención incluye reconocer el riesgo y referir oportunamente antes de que se instale una emergencia no resoluble.

La hemorragia posparto tardía exige especial vigilancia. El protocolo institucional indica que, ante hemorragia posparto tardía, se debe activar código rojo o alertar al personal, solicitar apoyo de personal con experiencia, trasladar a la paciente a quirófano si corresponde, administrar antibiótico terapéutico según indicación, revisar cavidad uterina, solicitar laboratorio, tipificación, cruce sanguíneo y cultivos, valorar transfusión y cirugía.

En docencia, es importante enseñar que la prevención de hemorragia posparto no es solo farmacológica. También incluye vigilancia clínica, comunicación efectiva, medición objetiva, trabajo en equipo, registro completo y toma de decisiones. Una hemorragia mal cuantificada puede



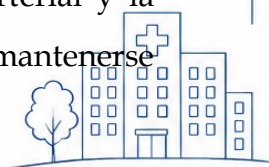


parecer leve; una paciente compensada puede deteriorarse de forma súbita; un sangrado persistente con útero firme puede indicar trauma; y una placenta incompleta puede anunciar retención de tejido.

La prevención también incluye educación a la mujer y la familia. Al alta, se debe explicar que sangrado que empapa rápidamente toallas sanitarias, coágulos grandes, mareo, desmayo, palpitaciones, palidez, dolor intenso o mal olor requieren consulta inmediata. Esta educación debe ser breve, clara y repetida, porque en el domicilio la familia se convierte en el primer observador del riesgo.

3.3 Trastornos hipertensivos en el posparto

Los trastornos hipertensivos no terminan necesariamente con el nacimiento. La preeclampsia, la hipertensión gestacional, la hipertensión crónica y la eclampsia pueden manifestarse, persistir o agravarse en el puerperio. Por ello, la medición de presión arterial y la vigilancia de signos neurológicos deben mantenerse

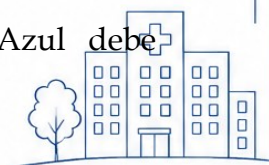


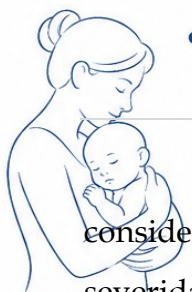


después del parto. El alta temprana sin educación ni seguimiento puede aumentar el riesgo de complicaciones.

Los signos de alarma incluyen cefalea intensa, visión borrosa, fotopsias, zumbido de oídos, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, náusea persistente, vómitos, disnea, edema súbito, presión arterial elevada, alteración de conciencia, convulsiones o disminución del gasto urinario. En el puerperio, estos signos no deben atribuirse simplemente a cansancio, dolor o estrés. Deben generar valoración clínica inmediata.

El Score MAMÁ 2025 incorpora la tensión arterial sistólica y diastólica como variables críticas. Cuando existe puntaje alterado o cualquier parámetro en 3, el protocolo indica reevaluar, realizar diagnóstico primario, comunicar al médico tratante, activar Clave Azul, Roja o Amarilla según corresponda, elaborar referencia y enviar a la paciente al nivel de mayor capacidad resolutive cuando el caso lo exige. En el puerperio, la Clave Azul debe





considerarse ante hipertensión severa o síntomas de severidad.

La evidencia reciente respalda la necesidad de vigilancia hipertensiva. Martin et al. (2026) estudiaron la predicción de complicaciones maternas y perinatales severas en embarazos hipertensivos. Morales-Berstein et al. (2026) analizaron el impacto de la presión arterial materna durante el embarazo en la salud perinatal. Salvi et al. (2026) abordaron incidencia, manejo y resultados de eclampsia. Estas investigaciones permiten sostener que la hipertensión requiere seguimiento estructurado y no solo tratamiento episódico.

La gestión hospitalaria debe garantizar disponibilidad del kit de Clave Azul, medicamentos antihipertensivos, sulfato de magnesio cuando corresponda, gluconato de calcio como antídoto, equipos de monitoreo, laboratorio y vías de referencia.





Figura 13.

Manejo inicial de trastornos hipertensivos



Algoritmo inicial



La identificación temprana y la respuesta organizada reducen complicaciones maternas.



Priorizar vigilancia continua, trabajo en equipo y traslado oportuno.





El protocolo Score MAMÁ detalla que en Clave Azul el asistente debe abrir el kit, garantizar accesos venosos, tomar muestras, administrar líquidos y medicamentos indicados, retroalimentar al coordinador y colaborar en procedimientos. Esta distribución de roles evita que el equipo pierda tiempo durante la emergencia.

El manejo posparto requiere además educación. La mujer debe conocer que la cefalea persistente, visión borrosa, convulsiones, dolor epigástrico, dificultad respiratoria o presión arterial elevada requieren consulta inmediata. El seguimiento debe planificarse antes del alta, especialmente en mujeres con diagnóstico previo de preeclampsia, hipertensión gestacional, hipertensión crónica, obesidad, diabetes, enfermedad renal o antecedente de eclampsia.

Desde una perspectiva docente, los trastornos hipertensivos en el posparto permiten explicar la diferencia entre parto y resolución del riesgo. Muchos estudiantes





asumen que la salida del feto elimina la emergencia hipertensiva. Esta idea debe corregirse: el puerperio sigue siendo una etapa de vigilancia. La paciente puede presentar convulsiones o complicaciones después del nacimiento, por lo que el control clínico debe mantenerse.

3.4 Sepsis puerperal

La sepsis puerperal es una complicación grave que puede presentarse después del parto, cesárea, aborto, procedimientos uterinos, infección de herida, mastitis complicada, infección urinaria, endometritis, neumonía u otros focos. Su reconocimiento temprano es fundamental, porque la sepsis puede progresar rápidamente hacia disfunción orgánica, shock y muerte materna si no se trata oportunamente.

Los signos de alarma incluyen fiebre o hipotermia, taquicardia, taquipnea, dolor abdominal intenso, útero doloroso, secreción vaginal fétida, mal estado general, escalofríos, confusión, hipotensión, oliguria, saturación





baja, herida quirúrgica con signos inflamatorios, dolor mamario intenso con fiebre o síntomas urinarios. La fiebre aislada no siempre implica sepsis, pero en puerperio debe investigarse, especialmente si se acompaña de taquicardia, dolor, hipotensión o alteración del estado general.

El Protocolo Score MAMÁ y Claves Obstétricas 2025 contempla la Clave Amarilla para sepsis obstétrica. En esta respuesta, el asistente 2 debe abrir el kit amarillo, garantizar dos vías venosas, tomar cultivos, muestras sanguíneas y gasometría, administrar líquidos y medicamentos ordenados, realizar pedidos de laboratorio e imagenología según criterio clínico, retroalimentar al coordinador y colaborar en procedimientos. Esto demuestra que la respuesta ante sepsis debe ser simultánea: reconocer, tomar muestras, tratar, monitorizar y decidir referencia.

La literatura reciente aporta evidencia sobre infección materna y resultados neonatales. Bosco et al. (2026) estudiaron corioamnionitis clínica intraparto y resultados





neonatales; Mandelbrot et al. (2026) evaluaron predicción de infección neonatal en ruptura prematura de membranas pretérmino mediante microbiología y metagenómica; Shamil Mafras et al. (2026) estudiaron colonización por bacterias resistentes en gestantes. Estos trabajos justifican la vigilancia del binomio madre-hijo ante infección materna.

Desde la gestión hospitalaria, la sepsis puerperal exige coordinación con laboratorio, farmacia, imagenología, obstetricia, enfermería, medicina interna, cuidados críticos y neonatología. La disponibilidad de antibióticos y la oportunidad de administración son determinantes. También debe garantizarse toma de cultivos cuando sea posible, sin retrasar el tratamiento si la paciente está inestable. La vigilancia debe incluir signos vitales, estado mental, diuresis, perfusión periférica, saturación de oxígeno y evolución del foco.



Figura 14.

Sepsis puerperal y activación de Clave Amarilla

Ruta de reconocimiento y manejo inicial

1

Sospecha clínica

sospechar sepsis puerperal tras parto, cesárea, aborto o procedimiento uterino.



2

Identificar signos de alarma

fiebre o hipotermia, taquicardia, taquipnea, dolor abdominal intenso, útero doloroso, loquios fétidos, escalofríos, mal estado general.



3

Activar Clave Amarilla

convocar equipo y respuesta organizada.



4

Score MAMÁ y valoración inicial

temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación, conciencia y diuresis.



5

Tomar muestras y buscar foco

cultivos, hemograma, gasometría, laboratorio; evaluar foco uterino, urinario, herida, mama o respiratorio.



6

Iniciar tratamiento

antibióticos según protocolo local, fluidos, oxígeno si precisa, control del foco y monitoreo.



7

Reevaluar y referir

valorar respuesta, signos de disfunción orgánica y referencia/UCI si corresponde.



Focos probables



Útero / endometritis



Herida quirúrgica



Vías urinarias



Mama / mastitis



Respiratorio u otros

Vigilancia continua



Signos vitales



Estado mental



Diuresis



Perfusión periférica



Saturación de oxígeno



Respuesta al tratamiento

Recordar siempre

- ✓ No retrasar antibióticos
- ✓ Tomar cultivos si es posible
- ✓ Monitorear en forma seriada
- ✓ Actuar rápido y en equipo
- ✓ Referir ante deterioro



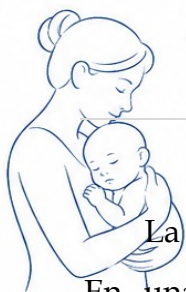
La sepsis puerperal puede progresar rápidamente; el reconocimiento temprano salva vidas.



Coordinar obstetricia, enfermería, laboratorio, farmacia, imagenología y neonatología mejora la respuesta.



Fuente: Adaptado de Protocolo Score MAMÁ y Claves Obstétricas, 2025.



La sepsis puerperal también obliga a revisar la causa. En una puerpera poscesárea, se debe evaluar herida quirúrgica, endometritis, infección urinaria, complicación intraabdominal o tromboflebitis séptica según el caso. En una mujer con parto vaginal, se debe valorar desgarros, retención de restos, endometritis, infección urinaria o mastitis. En toda paciente, debe considerarse el estado general y la respuesta al manejo inicial.

La educación al alta debe incluir fiebre, escalofríos, mal olor de loquios, dolor abdominal intenso, herida enrojecida o con secreción, dolor mamario con fiebre, ardor al orinar, decaimiento marcado o dificultad respiratoria. La familia debe saber que estos signos no son “normales” del puerperio y requieren atención inmediata.

3.5 Salud mental materna

La salud mental materna es un componente esencial del puerperio. El nacimiento puede generar alegría y vínculo, pero también cansancio extremo, ansiedad,





tristeza, miedo, alteraciones del sueño, sentimientos de insuficiencia, dolor, estrés por lactancia, presión familiar o preocupación por el recién nacido. La atención integral debe diferenciar entre cambios emocionales esperables y síntomas que sugieren depresión posparto, ansiedad severa, estrés postraumático, psicosis puerperal o riesgo para la madre y el recién nacido.

La valoración de salud mental debe iniciar con preguntas respetuosas. El personal puede explorar estado de ánimo, sueño, apetito, llanto frecuente, irritabilidad, miedo excesivo, sensación de incapacidad, culpa, pensamientos persistentes de daño, rechazo al cuidado, falta de apoyo, violencia, antecedentes psiquiátricos y consumo de sustancias. Esta valoración debe hacerse sin juicio, con privacidad y con rutas claras de derivación.

López Carpintero et al. (2026) estudiaron el impacto de depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y consumo de alcohol en resultados perinatales. Amar et al.





(2026) analizaron riesgos en la descendencia asociados a anorexia materna. Estas referencias muestran que la salud mental materna no es un tema secundario, sino parte de la salud del binomio.

En la gestión hospitalaria, la salud mental debe integrarse al protocolo de alta. No basta con valorar útero, sangrado y signos vitales. Una mujer que llora persistentemente, se muestra desconectada, expresa miedo intenso, rechaza alimentar al recién nacido o señala no sentirse capaz de cuidarlo requiere apoyo. El equipo debe diferenciar cansancio de alarma emocional. La detección oportuna permite intervención temprana y previene complicaciones familiares.

La salud mental también se relaciona con lactancia. Dolor, grietas, baja producción percibida, presión por lactar, recién nacido hospitalizado o falta de apoyo pueden aumentar ansiedad.



Figura 15.

Salud mental materna



Valoración, apoyo y seguimiento en el puerperio

1



Reconocer el contexto emocional

Cansancio, ansiedad, tristeza, miedo, dolor, presión familiar o preocupación por el recién nacido.

2



Explorar con preguntas respetuosas

Ánimo, sueño, apetito, llanto frecuente, irritabilidad, miedo, culpa, sensación de incapacidad, apoyo, violencia, antecedentes psiquiátricos y consumo de sustancias.

3



Identificar signos de alarma

Tristeza intensa, ansiedad severa, rechazo al cuidado, pensamientos de daño, confusión, desconexión marcada, ideas persistentes de incapacidad.

4



Valorar vínculo y lactancia

Dolor, grietas, presión por lactar, baja producción percibida, recién nacido hospitalizado o separación madre-hijo pueden aumentar ansiedad.

5



Brindar apoyo y consejería

Escucha sin juicio, educación empática, apoyo familiar, no culpabilizar, orientar según necesidad.

6



Derivar si hay riesgo

Depresión posparto, ansiedad severa, estrés postraumático, psicosis puerperal, duelo perinatal, violencia o riesgo para la madre y el recién nacido.

7



Asegurar continuidad

Control ambulatorio o domiciliario, preguntar por ánimo, sueño, lactancia y apoyo; indicar a quién acudir si empeora.

Señales a vigilar



Llanto persistente



Insomnio o sueño muy alterado



Miedo intenso



Irritabilidad



Rechazo al cuidado



Ideas de daño



Confusión



Falta de apoyo

Situaciones que requieren mayor apoyo



Duelo perinatal



Recién nacido enfermo



Separación madre-hijo



Ingreso neonatal



Violencia



Antecedentes psiquiátricos

Recordar siempre



- ✓ Escuchar sin juzgar
- ✓ Cuidar la privacidad
- ✓ No normalizar señales graves
- ✓ Promover apoyo familiar
- ✓ Derivar a tiempo
- ✓ Explicar cuándo buscar ayuda



La salud mental materna es parte de la recuperación puerperal y de la salud del binomio madre-hijo.



La detección oportuna, la consejería empática y la referencia adecuada previenen complicaciones familiares y clínicas.



Fuente: Adaptado de Protocolo Score MAMÁ y Claves Obstétricas, 2025, y literatura reciente sobre salud mental materna.



La consejería debe evitar culpabilizar. Promover lactancia no significa presionar a la madre ni ignorar su estado emocional. La educación debe ser empática, práctica y adaptada a cada situación clínica.

En casos de duelo perinatal, recién nacido enfermo, separación madre-hijo o ingreso neonatal, el apoyo psicológico debe ser prioritario. La madre puede experimentar culpa, miedo, tristeza intensa o bloqueo emocional. El personal debe brindar información clara, permitir acompañamiento según normas institucionales y coordinar apoyo especializado.

La salud mental materna también exige continuidad. El seguimiento domiciliario o ambulatorio debe incluir preguntas sobre ánimo, sueño, lactancia, apoyo familiar y signos de alarma. El alta segura debe indicar a quién acudir si la madre presenta tristeza intensa, ansiedad extrema, confusión, ideas persistentes de incapacidad o desconexión



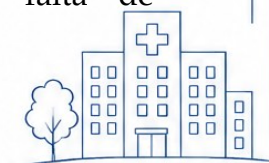


marcada del cuidado. No es suficiente decir “es normal sentirse cansada”; se debe explicar cuándo buscar ayuda.

3.6 Lactancia materna y consejería

La lactancia materna es una intervención clave para la salud del recién nacido y la recuperación materna, pero requiere acompañamiento técnico y emocional. El inicio temprano, el contacto piel con piel cuando no exista contraindicación, la posición adecuada, el agarre correcto, la identificación de dificultades y la consejería respetuosa son componentes esenciales del cuidado puerperal.

La consejería en lactancia debe iniciar en el puerperio inmediato. El personal debe observar una toma, valorar agarre, succión, posición, dolor, grietas, congestión, producción percibida, frecuencia de alimentación, eliminación del recién nacido y señales de hambre. La madre debe recibir indicaciones claras y prácticas, no mensajes contradictorios entre turnos. La falta de



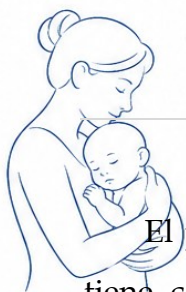


coherencia del equipo puede generar confusión y abandono temprano.

La lactancia también tiene una dimensión emocional. Una madre puede sentirse frustrada si el recién nacido no se prende, si siente dolor o si recibe comentarios culpabilizantes. La consejería debe validar la dificultad y ofrecer soluciones. En recién nacidos prematuros, de bajo peso o con dificultad respiratoria, puede requerirse extracción, alimentación asistida, apoyo de banco de leche o coordinación con neonatología.

La salud materna influye en la lactancia. Hemorragia, anemia, dolor poscesárea, infección, hipertensión severa, fatiga extrema o depresión pueden dificultar el inicio y mantenimiento de la lactancia. Por ello, promover lactancia exige cuidar a la madre. Una mujer con dolor no controlado, fiebre o tristeza intensa puede necesitar primero estabilización clínica y apoyo.





El protocolo Score MAMÁ y Claves Obstétricas 2025 tiene como propósito estandarizar criterios y servir de soporte permanente a los profesionales que atienden gestantes y puérperas, operativizando la normativa relacionada con la salud del binomio madre-hijo durante embarazo, parto y puerperio. En este marco, la lactancia debe entenderse como parte de la continuidad del cuidado del binomio, no como una recomendación aislada.

La consejería debe incluir señales de buena alimentación: succión efectiva, deglución audible, relajación después de la toma, eliminación progresiva, ganancia de peso según seguimiento y ausencia de signos de deshidratación. También debe advertir signos de alarma: rechazo persistente del pecho, somnolencia excesiva, fiebre, hipotermia, dificultad respiratoria, ictericia intensa, ausencia de eliminación o pérdida de peso excesiva según valoración profesional.





Figura 16.

Lactancia materna y consejería



Acompañamiento técnico y emocional en el puerperio

1



Iniciar temprano

contacto piel con piel cuando no exista contraindicación e inicio precoz de la lactancia.

2



Observar una toma

valorar agarre, succión, posición, dolor, frecuencia y señales de hambre.

3



Corregir posición y agarre

boca bien abierta, buen sello, mentón al pecho, lactancia cómoda y efectiva.

4



Identificar dificultades

dolor, grietas, congestión, percepción de baja producción o mensajes contradictorios.

5



Apoyo en situaciones especiales

prematureo, bajo peso, dificultad respiratoria; considerar extracción, alimentación asistida, banco de leche y coordinación con neonatología.

6



Cuidar a la madre

hemorragia, anemia, dolor poscesárea, infección, hipertensión severa, fatiga o tristeza pueden dificultar la lactancia.

7



Educar y dar seguimiento

consejería práctica, coherencia del equipo, apoyo emocional y control posterior.

Señales de buena alimentación



Succión efectiva



Deglución audible



Relajación después de la toma



Eliminación progresiva



Ganancia de peso según seguimiento



Sin signos de deshidratación

Signos de alarma



Rechazo persistente del pecho



Somnolencia excesiva



Fiebre o hipotermia



Dificultad respiratoria



Ictericia intensa



Ausencia de eliminación



Pérdida de peso excesiva

Recordar siempre



- ✓ Acompañar sin culpabilizar
- ✓ Unificar mensajes del equipo
- ✓ Observar al binomio madre-hijo
- ✓ Derivar si hay dificultad clínica
- ✓ Promover continuidad del cuidado



La lactancia materna es una intervención clave para la salud del recién nacido y la recuperación materna.



La consejería respetuosa, la observación de la toma y el apoyo oportuno favorecen una alimentación segura y efectiva.



Fuente: Adaptado de Protocolo Score MAMÁ y Claves Obstétricas, 2025.



El personal de salud debe evitar recomendaciones contradictorias. Si se indica suplementación, debe explicarse el motivo clínico. Si se recomienda extracción, debe enseñarse técnica e higiene. Si la madre recibe medicamentos, debe orientarse de acuerdo con seguridad farmacológica y criterio médico. La lactancia requiere comunicación interdisciplinaria entre obstetricia, enfermería, pediatría y neonatología.

La familia también debe recibir consejería. Su rol no es reemplazar a la madre ni imponer prácticas, sino apoyar descanso, alimentación, hidratación, traslado a controles y observación de signos de alarma. La pareja, abuelas u otros cuidadores deben recibir mensajes claros para evitar presión, mitos o prácticas inseguras.

3.7 Planificación familiar posparto

La planificación familiar posparto es un componente esencial del cuidado integral de la mujer. Permite prevenir embarazos no planificados, espaciar adecuadamente los





nacimientos, proteger la recuperación materna y promover decisiones reproductivas informadas. Debe abordarse antes del alta, con información clara, voluntaria, respetuosa y libre de coerción.

El puerperio ofrece una oportunidad para consejería porque la mujer se encuentra en contacto con el sistema de salud. Sin embargo, esta oportunidad debe manejarse con sensibilidad. La paciente puede estar cansada, dolorida o emocionalmente vulnerable. Por tanto, la información debe entregarse de forma comprensible, sin presión, permitiendo preguntas y respetando decisiones.

La consejería debe incluir métodos disponibles, eficacia, duración, compatibilidad con lactancia, posibles efectos secundarios, contraindicaciones, momento de inicio, signos de alarma y posibilidad de cambio. También debe considerar antecedentes clínicos: hipertensión, trombosis, cesárea, hemorragia, infección, anemia, edad, lactancia, deseos reproductivos y acceso a seguimiento.





Figura 18.

Planificación familiar posparto



Consejería, elección informada y continuidad del cuidado



1



Iniciar consejería antes del alta

explicar que el puerperio es una oportunidad para orientar sin presión.

2



Explorar deseos reproductivos

preguntar plan de maternidad, intervalo deseado, dudas y preferencias.

3



Explicar métodos disponibles

presentar opciones de manera clara: lactancia y amenorrea, preservativos, píldoras compatibles, inyectables, implantes, DIU, ligadura según criterio clínico.

4



Valorar condiciones clínicas

considerar lactancia, hipertensión, trombosis, cesárea, hemorragia, infección, anemia, edad y seguimiento.

5



Respetar la decisión

enfoque de derechos, elección voluntaria, consentimiento informado, sin coerción.

6



Garantizar método y registro

disponibilidad institucional, entrega o programación, registro en historia clínica y coordinación con primer nivel.

7



Asegurar seguimiento

explicar signos de consulta, posibilidad de cambio de método y control posterior porque la fertilidad puede regresar antes de la primera menstruación.

Puntos clave de la consejería



Información clara y comprensible



Compatibilidad con lactancia



Eficacia y duración



Efectos secundarios



Contraindicaciones



Momento de inicio



Posibilidad de cambio

Enfoque de derechos



Decisión libre y voluntaria



Privacidad y respeto



Sin imposición por edad o número de hijos



Mayor cuidado en adolescentes y población vulnerable



Resolver dudas y permitir preguntas

Recordar siempre



- ✓ No coerción
- ✓ Registrar la consejería
- ✓ Garantizar continuidad anticonceptiva
- ✓ Explicar retorno de fertilidad
- ✓ Orientar ruta de seguimiento



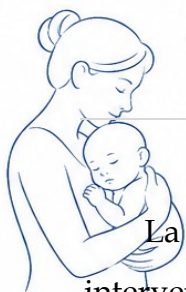
La planificación familiar posparto protege la recuperación materna y favorece intervalos intergenésicos saludables.



La consejería respetuosa, la disponibilidad de métodos y el seguimiento oportuno fortalecen la atención integral de la mujer.



Fuente: Adaptado de Protocolo Score MAMÁ y Claves Obstétricas, 2025.



La planificación familiar posparto también es una intervención de gestión hospitalaria. Requiere disponibilidad de métodos, personal capacitado, consentimiento informado, registro en historia clínica, coordinación con consulta externa y seguimiento en primer nivel. Si la consejería no se registra, se pierde continuidad. Si el método elegido no está disponible, se debe orientar una alternativa o agendar seguimiento.

La planificación familiar debe abordarse desde derechos. La mujer tiene derecho a decidir si desea o no un método, cuál prefiere y cuándo iniciarlo. El personal debe evitar imponer decisiones por edad, número de hijos, estado civil, condición social o criterio moral. En adolescentes, mujeres con discapacidad, migrantes o pacientes en situación de vulnerabilidad, la consejería debe ser aún más cuidadosa, garantizando privacidad, comprensión y protección de derechos.



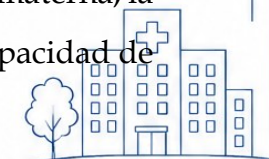


El seguimiento posterior es importante porque algunas mujeres pueden abandonar el método por efectos secundarios, dificultades de acceso o falta de información. El alta debe incluir cita, contacto o ruta de atención para continuidad anticonceptiva. También debe explicarse que la fertilidad puede retornar antes de la primera menstruación, por lo que la información debe ser oportuna.

La planificación familiar posparto se conecta con la salud neonatal. Un intervalo intergenésico adecuado permite mejor recuperación materna, mejor preparación familiar y reducción de riesgos en embarazos posteriores. Por ello, no debe tratarse como tema administrativo de egreso, sino como parte de la atención integral.

3.8 Alta segura y seguimiento domiciliario

El alta segura es una decisión clínica y organizacional. No debe basarse únicamente en cumplir un número de horas posteriores al parto, sino en la estabilidad materna, la valoración neonatal, la educación recibida, la capacidad de





seguimiento y la identificación de signos de alarma. Una mujer con signos vitales alterados, sangrado anormal, fiebre, dolor intenso, presión arterial no controlada, dificultad emocional severa o problemas importantes de lactancia no debe egresar sin evaluación y plan.

Los criterios de alta deben incluir signos vitales estables, sangrado dentro de lo esperado, útero contraído, dolor controlado, diuresis adecuada, ausencia de fiebre, presión arterial controlada, herida quirúrgica o perineal evaluada, movilidad según condición, tolerancia oral, lactancia o plan de alimentación neonatal definido, educación sobre signos de alarma, planificación familiar discutida, cita de seguimiento y ruta de consulta urgente.

El protocolo de hemorragia posparto 2025 incluye criterios de egreso e información a pacientes y familiares, lo que refuerza que la salida del establecimiento debe estar acompañada de orientación. Además, el mismo documento recomienda continuar monitoreo hasta estabilización.





registrar Score MAMÁ e índice de shock, y valorar signos de respuesta hemodinámica como frecuencia cardiaca menor de 90, presión arterial sistólica mayor de 100 mmHg, mejoría del estado mental y gasto urinario mayor de 30 ml por hora en el proceso de estabilización.

El seguimiento domiciliario o ambulatorio debe priorizar a mujeres con factores de riesgo: hemorragia, anemia, hipertensión, diabetes, cesárea, infección, parto prematuro, recién nacido hospitalizado, dificultad de lactancia, depresión, adolescencia, bajo apoyo familiar, discapacidad, barreras geográficas o antecedentes de complicaciones. La continuidad del cuidado permite detectar complicaciones que aparecen después del egreso.

El seguimiento debe incluir evaluación de sangrado, presión arterial, fiebre, dolor, herida, lactancia, estado emocional, apoyo familiar, alimentación, descanso, planificación familiar y condición del recién nacido. En mujeres con hipertensión, la cita debe ser más temprana. En





casos de sepsis, hemorragia o cesárea complicada, el seguimiento debe coordinarse con el nivel correspondiente.

La comunicación al alta debe ser concreta. La mujer y su familia deben saber dónde acudir, cuándo acudir y qué signos no deben esperar. Deben recibir indicaciones por escrito, especialmente si hay medicamentos, control de presión arterial, antibióticos, hierro, analgésicos, cuidado de herida o cita de revisión. En población con barreras de lectura, se debe reforzar verbalmente y con recursos visuales.

El seguimiento domiciliario también debe articularse con el recién nacido. La madre debe conocer signos neonatales de alarma: fiebre, hipotermia, dificultad respiratoria, coloración azulada, ictericia intensa, rechazo de alimentación, somnolencia excesiva, irritabilidad marcada, vómitos persistentes o ausencia de eliminación. La continuidad materna y neonatal no debe dividirse; el binomio requiere vigilancia conjunta.

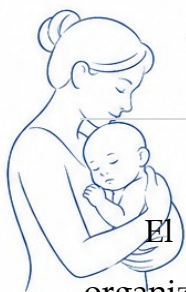




Desde la gestión hospitalaria, el alta segura debe medirse mediante indicadores: porcentaje de pacientes con Score MAMÁ registrado antes del egreso, porcentaje con educación documentada, porcentaje con cita asignada, reingresos por hemorragia, hipertensión o infección, tiempos de referencia, complicaciones posalta y satisfacción de la usuaria. Estos datos permiten mejorar la calidad del proceso.

En conclusión, el cuidado puerperal debe entenderse como una etapa de vigilancia activa y continuidad asistencial. La valoración clínica, la prevención de hemorragia, el control de presión arterial, la detección de sepsis, la salud mental, la lactancia, la planificación familiar y el alta segura forman parte de un mismo protocolo de cuidado. La mujer puérpera no debe ser considerada una paciente “ya resuelta”, sino una persona en recuperación, con riesgos específicos, necesidades emocionales y responsabilidad creciente sobre el recién nacido.





El enfoque del puerperio debe ser clínico, humano y organizacional. Clínico, porque exige interpretar signos vitales, sangrado, fiebre, dolor, presión arterial, diuresis y estado emocional. Humano, porque requiere acompañar la experiencia de maternidad sin culpabilizar ni minimizar síntomas. Organizacional, porque demanda protocolos, registros, comunicación, referencia y seguimiento. La seguridad materno-neonatal se fortalece cuando el alta no es el final de la atención, sino el inicio de una continuidad planificada.





Capítulo IV. Protocolo de atención integral del recién nacido

La atención integral del recién nacido constituye la continuidad natural del cuidado materno-neonatal. El nacimiento no debe entenderse como el cierre del proceso obstétrico, sino como el inicio de una nueva etapa de vigilancia clínica, adaptación fisiológica, prevención de riesgos, educación familiar y seguimiento. Desde la gestión hospitalaria, el cuidado neonatal debe organizarse como una ruta de seguridad que inicia antes del parto, se activa en la recepción del recién nacido y continúa durante la hospitalización, el alta y el control posterior.

El índice del libro establece que este capítulo debe desarrollar la recepción y valoración inicial, los cuidados inmediatos y la adaptación neonatal, el prematuro tardío con dificultad respiratoria, el bajo peso y la restricción del crecimiento, los tamizajes y seguimiento, la educación a la madre y familia, y la referencia neonatal con continuidad.





del cuidado. Estos apartados responden a una lógica clínica: primero se estabiliza y valora al recién nacido; luego se reconocen riesgos; posteriormente se garantiza prevención, tamizaje, educación y continuidad.

La atención neonatal segura exige que el equipo de salud anticipe riesgos desde la historia materna. La edad gestacional, el tipo de parto, la presencia de fiebre materna, ruptura prematura de membranas, hipertensión, diabetes gestacional, restricción del crecimiento, bajo peso, prematuridad, sufrimiento fetal, uso de medicamentos, infección, hemorragia, cesárea de emergencia o necesidad de reanimación son datos que deben comunicarse antes del nacimiento. La calidad de la atención neonatal depende de la capacidad del equipo para recibir información, preparar recursos, asignar roles y actuar sin retraso.

La literatura reciente confirma que los desenlaces neonatales se relacionan con factores maternos, obstétricos, ambientales y asistenciales. La diabetes gestacional, la





obesidad materna, la infección, la prematuridad, el bajo peso al nacer, la restricción del crecimiento fetal, las anomalías congénitas y la calidad del servicio materno-neonatal influyen en la morbilidad y mortalidad neonatal (Alex et al., 2026; Bosco et al., 2026; Boyle et al., 2026; Luef et al., 2026; Mammo et al., 2026; Moges & Yabago, 2026; Wickramaratne et al., 2026). Las referencias entregadas para el libro incluyen estudios recientes sobre bajo peso, pequeño para edad gestacional, restricción del crecimiento fetal, enfermedad cardíaca congénita y dificultad respiratoria neonatal.

En este capítulo, la atención integral del recién nacido se aborda con enfoque de seguridad del paciente, continuidad del cuidado y educación familiar. El recién nacido no debe ser visto como un paciente secundario dentro del proceso del parto. Tiene necesidades propias: respirar adecuadamente, mantener temperatura, alimentarse, adaptarse al ambiente extrauterino, ser identificado, recibir profilaxis y tamizajes, y ser vigilado





ante signos de alarma. La madre y la familia, por su parte, necesitan información clara para continuar el cuidado en el domicilio.

4.1 Recepción y valoración inicial

La recepción del recién nacido es un momento crítico. Debe realizarse en un ambiente preparado, con personal capacitado, equipos disponibles y comunicación previa entre obstetricia, enfermería y neonatología. Antes del nacimiento, el equipo debe conocer datos básicos: edad gestacional, riesgo materno, tipo de parto, presencia de líquido amniótico anormal, fiebre materna, ruptura prematura de membranas, diabetes, hipertensión, restricción del crecimiento, embarazo múltiple, medicamentos administrados, necesidad prevista de reanimación y disponibilidad de cama neonatal si se anticipa complicación.

La valoración inicial debe responder a preguntas inmediatas: ¿el recién nacido respira o llora?, ¿tiene buen

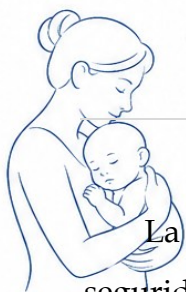




tono?, ¿la frecuencia cardiaca es adecuada?, ¿mantiene coloración compatible con buena oxigenación?, ¿requiere apoyo?, ¿puede permanecer con la madre?, ¿necesita observación especial o referencia? Estas preguntas no sustituyen una evaluación completa, pero orientan las acciones de los primeros minutos. En la gestión hospitalaria, esta fase debe estar protocolizada porque los retrasos iniciales pueden modificar el pronóstico.

La recepción también implica prevenir pérdida de calor. El recién nacido pasa de un ambiente intrauterino estable a un ambiente externo donde puede perder temperatura rápidamente, sobre todo si es prematuro, de bajo peso o requiere procedimientos. Por ello, se debe secar, cubrir, mantener ambiente térmico adecuado y favorecer contacto piel con piel si la condición clínica de la madre y del niño lo permite. La prevención de hipotermia es una intervención sencilla, pero de alto impacto.





La identificación correcta es otro componente de seguridad. Todo recién nacido debe ser identificado de manera inmediata, con datos verificables y concordantes con la madre. Los errores de identificación pueden tener consecuencias clínicas, legales y familiares. La seguridad neonatal inicia con una recepción ordenada, registro correcto, pulsera de identificación y comunicación clara entre el equipo.

La valoración inicial debe incluir observación de respiración, frecuencia cardíaca, tono, temperatura, coloración, llanto, respuesta a estímulos, presencia de malformaciones evidentes, peso, edad gestacional estimada, riesgo infeccioso, necesidad de profilaxis y posibilidad de lactancia temprana. En recién nacidos de riesgo, la valoración debe ampliarse con monitoreo respiratorio, control de glucemia si corresponde, evaluación de alimentación, saturación, signos de dificultad respiratoria y observación más prolongada.



Figura 19.

Cuidados Inmediatos y Adaptación Neonatal

Ruta de evaluación y cuidados iniciales

1

Asegurar respiración efectiva

Iniciar respiración espontánea, frecuencia y esfuerzo adecuados.

Signos de alarma respiratoria:

Quejido, aleteo nasal, retracciones, taquipnea, coloración anormal.



2

Mantener temperatura (Termorregulación)

Prevenir hipotermia.

- Secar al recién nacido, retirar campos húmedos,
- cubrir, ambiente cálido, favorecer contacto piel con piel (si es seguro).



3

Favorecer alimentación temprana

Lactancia materna tan pronto como sea posible (estabilidad materna y neonatal).

Beneficios: Fortalecer vínculo, estimular producción de leche, estabilidad metabólica.



4

Prevenir infecciones y complicaciones

Higiene de manos, manejo limpio del cordón, profilaxis institucional, identificación de factores de riesgo.



5

Control de glucosa en riesgo

Valorar en hijos de madre diabética, PEG, prematuros, bajo peso, dificultad para alimentarse.



6

Vigilancia continua (Primera horas)

Monitoreo en alojamiento conjunto o neonatología según riesgo.

Vigilar: Dificultad respiratoria, hipoglucemia, hipotermia, mala succión, ictericia temprana, signos de infección.



Factores de Riesgo de Infección



Ruptura prematura de membranas



Fiebre materna



Corioamnionitis



Prematuridad

- Mandelbrot et al. (2026)
- Bosco et al. (2026)

Lista de Verificación (Checklist)

Verificar:

- ☒ Ambiente térmico
- ☒ Identificación
- ☒ Profilaxis (vitamina K, ocular)
- ☒ Registro
- ☒ Lactancia
- ☒ Evaluación respiratoria
- ☒ Signos de alarma
- ☒ Comunicación con la madre

Consideraciones Metabólicas

Influencia del metabolismo materno.

- Luef et al. (2026)
- Moon et al. (2026)
- Moradi et al. (2026)

Ruta de evaluación y cuidados inicial

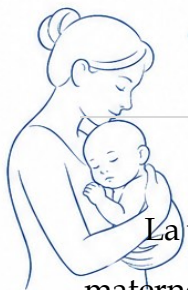
La adaptación neonatal debe observarse durante las primeras horas; la vigilancia no debe finalizar con la recepción.



Coordinación entre pediatría, enfermería, obstetricia y la madre asegura una adaptación exitosa.



Fuente: Adaptado de la Guía de Práctica Clínica y Protocolos Hospitalarios.



La valoración inicial debe estar conectada con el estado materno. Si durante el parto se activó Clave Roja, Azul o Amarilla, el recién nacido puede requerir observación especial. Por ejemplo, una madre con sepsis obstétrica puede implicar riesgo de infección neonatal; una madre con diabetes puede requerir vigilancia de glucosa; una madre con hipertensión o restricción del crecimiento puede tener un recién nacido pequeño para edad gestacional; una emergencia obstétrica puede asociarse con necesidad de vigilancia respiratoria. El protocolo Score MAMÁ y Claves Obstétricas 2025 enfatiza la valoración del bienestar fetal dentro de la respuesta obstétrica, lo que muestra que la atención materna y neonatal deben comunicarse desde antes del nacimiento.

La recepción segura exige registro. Debe documentarse hora de nacimiento, tipo de parto, edad gestacional, sexo, peso, condición inicial, intervenciones, contacto piel con piel, lactancia, profilaxis, identificación, signos de alarma y destino del recién nacido. El registro no es una formalidad





administrativa; permite continuidad entre sala de parto, puerperio, alojamiento conjunto, neonatología y primer nivel.

4.2 Cuidados inmediatos y adaptación neonatal

Los cuidados inmediatos del recién nacido buscan facilitar la adaptación a la vida extrauterina y prevenir complicaciones tempranas. La adaptación neonatal implica cambios respiratorios, circulatorios, térmicos, metabólicos y alimentarios. La mayoría de los recién nacidos de término se adaptan sin dificultad, pero algunos requieren vigilancia especial o intervención.

El primer objetivo es asegurar respiración efectiva. El recién nacido debe iniciar respiración espontánea y mantener una frecuencia y esfuerzo respiratorio adecuados. Signos como quejido, aleteo nasal, retracciones, respiración muy rápida, coloración anormal o dificultad para alimentarse pueden indicar compromiso respiratorio.

La dificultad respiratoria puede presentarse en prematuros





tardíos, recién nacidos por cesárea, hijos de madre diabética, niños con infección, aspiración de líquido o condiciones pulmonares propias de la transición.

El segundo objetivo es mantener temperatura. La hipotermia aumenta el consumo de oxígeno y glucosa, y puede agravar la dificultad respiratoria o metabólica. Por ello, se debe secar al recién nacido, retirar campos húmedos, cubrirlo, mantener ambiente cálido y favorecer el contacto piel con piel cuando sea seguro. En prematuros o bajo peso, la termorregulación requiere mayor vigilancia.

El tercer objetivo es favorecer la alimentación temprana. La lactancia materna debe iniciarse tan pronto como sea posible si la madre y el recién nacido se encuentran estables. La primera toma permite fortalecer vínculo, estimular producción de leche y favorecer estabilidad metabólica. Sin embargo, la consejería debe ser respetuosa. Si el recién nacido no succiona adecuadamente, si existe dificultad respiratoria, somnolencia excesiva o bajo





peso, se debe valorar el caso y definir un plan seguro de alimentación.

El cuarto objetivo es prevenir infecciones y complicaciones. Esto incluye higiene de manos, manejo limpio del cordón, profilaxis según norma institucional, identificación de factores de riesgo infeccioso, vigilancia de temperatura y educación familiar. La infección neonatal puede relacionarse con condiciones maternas, ruptura prematura de membranas, fiebre, corioamnionitis, prematuridad o procedimientos. Mandelbrot et al. (2026) estudiaron la predicción de infección neonatal en ruptura prematura de membranas pretérmino, mientras Bosco et al. (2026) abordaron corioamnionitis intraparto y resultados neonatales, lo que refuerza la importancia de conectar historia materna con vigilancia neonatal.



Figura 20.

Cuidados Inmediatos y Adaptación Neonatal

Ruta de evaluación y cuidados iniciales

1

Asegurar respiración efectiva

Iniciar respiración espontánea, frecuencia y esfuerzo adecuados.

Signos de alarma respiratoria:

Quejido, aleteo nasal, retracciones, taquipnea, coloración anormal.



2

Mantener temperatura (Termorregulación)

Prevenir hipotermia.

- Secar al recién nacido, retirar campos húmedos,
- cubrir, ambiente cálido, favorecer contacto piel con piel (si es seguro).



3

Favorecer alimentación temprana

Lactancia materna tan pronto como sea posible (estabilidad materna y neonatal).

Beneficios: Fortalecer vínculo, estimular producción de leche, estabilidad metabólica.



4

Prevenir infecciones y complicaciones

Higiene de manos, manejo limpio del cordón, profilaxis institucional, identificación de factores de riesgo.



5

Control de glucosa en riesgo

Valorar en hijos de madre diabética, PEG, prematuros, bajo peso, dificultad para alimentarse.



6

Vigilancia continua (Primera horas)

Monitoreo en alojamiento conjunto o neonatología según riesgo.

Vigilar: Dificultad respiratoria, hipoglucemia, hipotermia, mala succión, ictericia temprana, signos de infección.



Factores de Riesgo de Infección



Ruptura prematura de membranas



Fiebre materna



Corioamionitis



Prematuridad

- Mandelbrot et al. (2026)
- Bosco et al. (2026)

Lista de Verificación (Checklist)

Verificar:

- ☒ Ambiente térmico
- ☒ Identificación
- ☒ Profilaxis (vitamina K, ocular)
- ☒ Registro
- ☒ Lactancia
- ☒ Evaluación respiratoria
- ☒ Signos de alarma
- ☒ Comunicación con la madre

Consideraciones Metabólicas

Influencia del metabolismo materno.

- Luef et al. (2026)
- Moon et al. (2026)
- Moradi et al. (2026)

Ruta de evaluación y cuidados inicial

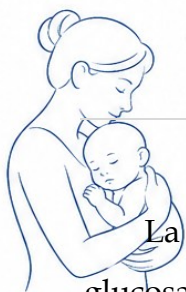
La adaptación neonatal debe observarse durante las primeras horas; la vigilancia no debe finalizar con la recepción.



Coordinación entre pediatría, enfermería, obstetricia y la madre asegura una adaptación exitosa.



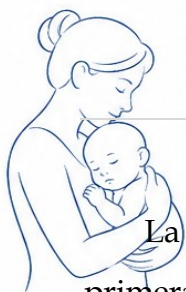
Fuente: Adaptado de la Guía de Práctica Clínica y Protocolos Hospitalarios.



La adaptación neonatal también requiere control de glucosa cuando exista riesgo. Hijos de madre diabética, recién nacidos pequeños para edad gestacional, prematuros, de bajo peso o con dificultad para alimentarse pueden tener mayor vulnerabilidad metabólica. Estudios recientes sobre glucosa materna y resultados neonatales muestran que el metabolismo materno puede influir en composición corporal y resultados del recién nacido, así como en riesgos posteriores de la descendencia (Luef et al., 2026; Moon et al., 2026; Moradi et al., 2026).

Desde la gestión hospitalaria, los cuidados inmediatos deben ser verificables. Es recomendable utilizar listas de chequeo para confirmar ambiente térmico, identificación, profilaxis, registro, lactancia, evaluación respiratoria, signos de alarma y comunicación con la madre. La lista no reemplaza la valoración clínica, pero disminuye omisiones, sobre todo en servicios con alta demanda.



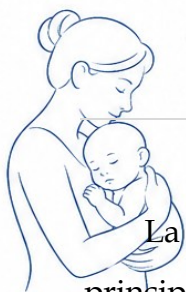


La adaptación neonatal debe observarse durante las primeras horas. Un recién nacido que inicialmente parece estable puede desarrollar dificultad respiratoria, hipoglucemia, hipotermia, mala succión, ictericia temprana o signos de infección. Por esta razón, la vigilancia no debe finalizar con la recepción. Debe continuar en alojamiento conjunto o neonatología según el riesgo.

4.3 Prematuro tardío y dificultad respiratoria

El prematuro tardío requiere atención especial porque puede parecer clínicamente similar a un recién nacido de término, pero conserva vulnerabilidades propias de la inmadurez. Puede presentar dificultad respiratoria, hipotermia, hipoglucemia, ictericia, mala succión, fatiga durante la alimentación y mayor probabilidad de reingreso. En la práctica hospitalaria, uno de los errores frecuentes es subestimar al prematuro tardío por su peso o apariencia.





La dificultad respiratoria neonatal es una de las principales razones de observación, intervención o referencia. Puede manifestarse con respiración rápida, retracciones, quejido, aleteo nasal, cianosis, saturación baja o necesidad de oxígeno. Su identificación temprana permite iniciar soporte inicial, evitar deterioro y decidir referencia si el establecimiento no tiene capacidad resolutive.

La literatura reciente incluye estudios específicos sobre dificultad respiratoria en prematuros tardíos y recién nacidos de término temprano. Boyle et al. (2026) presentan un ensayo sobre terapia temprana con surfactante frente a manejo expectante en prematuros tardíos y recién nacidos de término temprano con dificultad respiratoria. Yarza et al. (2026) estudian predicción del síndrome de dificultad respiratoria neonatal en prematuros tardíos. Wu et al. (2026) analizan el impacto de corticosteroides antenatales en resultados respiratorios y metabólicos en nacimientos prematuros tardíos.





Estos estudios permiten sostener una idea clave: el riesgo respiratorio no aparece de manera aislada en sala de parto, sino que muchas veces puede anticiparse desde la historia obstétrica. Edad gestacional, tipo de parto, exposición a corticosteroides, diabetes materna, infección, cesárea sin trabajo de parto, restricción del crecimiento y condición fetal previa son datos que deben comunicarse al equipo neonatal.

La vigilancia del prematuro tardío debe incluir frecuencia respiratoria, esfuerzo respiratorio, saturación, temperatura, alimentación, glucosa cuando corresponda, coloración, tono y respuesta. En un hospital básico o centro con recursos limitados, el equipo debe tener criterios claros de referencia. No todo recién nacido con dificultad respiratoria puede permanecer en el nivel de atención inicial. La decisión depende de severidad, necesidad de oxígeno, evolución, edad gestacional, peso, disponibilidad de monitoreo y acceso a neonatología.





El soporte inicial debe ser seguro y acorde con el nivel de atención. Se debe mantener temperatura, posicionar adecuadamente, valorar vía aérea, administrar oxígeno si está indicado y monitorizar respuesta. La referencia no debe retrasarse cuando el recién nacido requiere soporte que supera la capacidad resolutive del establecimiento. En salud neonatal, el traslado oportuno puede ser tan importante como la intervención inicial.

La alimentación del prematuro tardío debe observarse cuidadosamente. Aunque el niño pueda iniciar lactancia, puede fatigarse, succionar débilmente o no transferir suficiente leche. La mala alimentación aumenta riesgo de hipoglucemia, pérdida excesiva de peso, ictericia y reingreso. Huang et al. (2026) estudiaron determinantes del tiempo hasta alcanzar alimentación enteral completa en prematuros con síndrome de dificultad respiratoria, lo que refuerza la importancia de observar respiración y alimentación como procesos conectados.





El Prematuro Tardío: Vulnerabilidades y Vigilancia



Ruta de evaluación y cuidados del recién nacido prematuro tardío



1

Vulnerabilidades de inmadurez

Parecen de término pero son inmaduros.

- Dificultad respiratoria
- Ictericia
- Mala succión
- Fatiga alimentaria
- Hipotermia
- Hipoglucemia
- Mayor probabilidad de reingreso

NO subestimar por peso o apariencia.



2

Identificación de dificultad respiratoria

Manifestaciones respiratorias.

- Aleteo nasal
- Respiración rápida (Taquipnea)
- Retracciones intercostales
- Saturación baja
- Quejido espiratorio
- Necesidad de O₂

Su identificación temprana permite iniciar soporte y decidir referencia.



3

Anticipación desde historia obstétrica

Datos claves para el equipo neonatal.

- Edad gestacional (<37 semanas)
- Infección/Corioamnionitis
- Cesárea sin trabajo de parto
- Restricción del crecimiento
- Sin corticosteroides antenatales
- Condición fetal previa

El riesgo respiratorio a menudo se puede anticipar.



4

Soporte inicial y vigilancia

Pasos iniciales seguros.

- Mantener temperatura estable
- Posicionar vía aérea adecuadamente
- Valorar vía aérea
- Oxígeno si está indicado (saturación)
- Monitoreo de respuesta



5

Criterios de referencia

Cuándo trasladar a neonatología.

- Dificultad respiratoria severa
- Necesidad continua de O₂
- Evolución desfavorable
- Edad c/ies materna
- Edad/peso muy bajos
- Falta de capacidad resolutoria local

El traslado oportuno es crucial.



6

Alimentación y preparación para el alta

Vigilancia estrecha de alimentación.

- Evaluar succión y fatiga
- Controlar peso y glucosa
- Ictericia, somnolencia excesiva

Signos de alarma:

- Respiración rápida
- Rechazo de comida
- Hundimiento de costillas
- Somnolencia excesiva
- Coloración azul
- Fiebre/hipotermia
- Pausas respiratorias
- Ictericia intensa

El alta debe ser más cautelosa con control temprano.



Factores de Riesgo Clave



Edad Gestacional
(Prematuros tardíos vs. Término temprano)



Tipo de parto
(Cesárea)

- Boyle et al. (2026)
- Yarza et al. (2026)
- Wu et al. (2026)

Lista de Verificación (Checklist)

Monitorear:

- ☒ Frecuencia Respiratoria
- ☒ Esfuerzo Respiratorio
- ☒ Saturación de O₂
- ☒ Temperatura
- ☒ Alimentación
- ☒ Glucosa
- ☒ Coloración
- ☒ Tono
- ☒ Respuesta

Estudios Recientes

- Terapias con surfactante
- Predicción del SDRN
- Impacto de corticosteroides antenatales

- Boyle et al. (2026)
- Yarza et al. (2026)
- Wu et al. (2026)



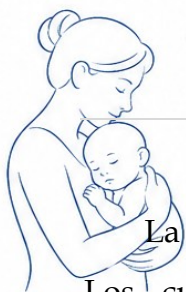
El prematuro tardío puede fatiga durante la alimentación; la mala alimentación aumenta el riesgo de hipoglucemia y reingreso.
Huang et al. (2026)



La educación familiar es esencial. Cuidadores deben reconocer signos de alarma (respiratorios, alimentarios, temperatura).



Fuente: Adaptado de la Guía de Práctica Clínica y Protocolos Hospitalarios.



La educación familiar debe ser reforzada antes del alta. Los cuidadores deben reconocer respiración rápida, hundimiento de costillas, quejido, coloración azulada, pausas respiratorias, rechazo de alimentación, somnolencia excesiva, fiebre, hipotermia e ictericia intensa. En prematuros tardíos, el alta debe ser más cautelosa y debe incluir control temprano.

4.4 Bajo peso, restricción del crecimiento y pequeño para edad gestacional

El bajo peso al nacer, la restricción del crecimiento fetal y la condición de pequeño para edad gestacional representan situaciones de riesgo neonatal. Aunque estos términos se relacionan, no significan exactamente lo mismo. El bajo peso al nacer se refiere al peso absoluto; pequeño para edad gestacional implica que el peso se encuentra por debajo de lo esperado para la edad gestacional; y la restricción del crecimiento fetal implica un





proceso de crecimiento intrauterino limitado que puede tener causas placentarias, maternas, fetales o ambientales.

Estos recién nacidos requieren vigilancia porque pueden presentar hipotermia, hipoglucemia, mala succión, ictericia, dificultad respiratoria, mayor susceptibilidad a infecciones y problemas de ganancia de peso. El riesgo aumenta si además existe prematuridad, infección materna, hipertensión, diabetes, desnutrición, tabaquismo, exposición ambiental, embarazo múltiple o condiciones sociales adversas.

La evidencia reciente entregada para el libro incluye estudios sobre bajo peso, restricción del crecimiento y pequeño para edad gestacional. Wickramaratne et al. (2026) analizaron prevalencia, interacciones, determinantes y resultados de bajo peso, pequeño para edad gestacional y restricción del crecimiento fetal en neonatos de término. Moges y Yabago (2026) estudiaron determinantes de bajo peso al nacer en neonatos únicos a término. Fatima et al.





(2026) abordaron la carga climática del aumento de temperaturas sobre el bajo peso al nacer. Rottenstreich et al. (2026) estudiaron modo de parto y resultados neonatales en restricción del crecimiento fetal de inicio tardío.

Estos aportes son útiles para estudiantes porque muestran que el peso neonatal no es un dato aislado. El peso refleja una historia intrauterina, una condición placentaria, un entorno materno y una necesidad de seguimiento. Un recién nacido pequeño puede estar aparentemente activo, pero requerir vigilancia térmica, metabólica y alimentaria.

La valoración debe incluir peso, longitud, perímetro cefálico, edad gestacional, clasificación antropométrica, temperatura, alimentación, glucemia cuando esté indicada, coloración, respiración y signos de infección. También se debe revisar la historia materna: hipertensión, diabetes, anemia, infección, restricción del crecimiento diagnosticada en ecografía, tabaquismo, consumo de





sustancias, malnutrición, exposición ambiental, placenta previa, hemorragia o enfermedad crónica.

El manejo hospitalario debe orientarse a prevención. Mantener temperatura, iniciar alimentación segura, controlar glucemia según riesgo, vigilar ictericia, observar succión, evitar separación innecesaria, apoyar lactancia y planificar seguimiento. La madre debe recibir educación específica porque estos recién nacidos pueden requerir tomas más frecuentes, controles de peso, observación de sueño excesivo o signos de mala alimentación.

La restricción del crecimiento también puede asociarse con mayor necesidad de vigilancia neurológica y metabólica a largo plazo, según la condición clínica. En este punto, no se trata de alarmar a la familia, sino de asegurar seguimiento. La continuidad entre hospital y primer nivel permite verificar ganancia de peso, alimentación, ictericia, desarrollo inicial y adherencia a controles.



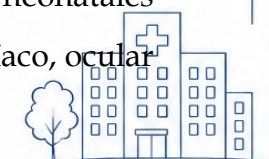


Desde la gestión hospitalaria, todo recién nacido de bajo peso o pequeño para edad gestacional debe salir con una ruta clara: fecha de control, signos de alarma, plan de alimentación, información sobre temperatura, indicaciones para lactancia, criterios de retorno y coordinación con primer nivel. El alta sin seguimiento convierte un riesgo identificable en una falla de continuidad.

4.5 Tamizajes y seguimiento

Los tamizajes neonatales forman parte de la prevención secundaria y de la detección temprana de condiciones que pueden no ser visibles al nacimiento. El objetivo es identificar oportunamente alteraciones metabólicas, auditivas, cardíacas, visuales u otras condiciones definidas por la normativa local, para iniciar manejo o referencia antes de que aparezcan complicaciones.

El Word sugiere una figura para tamizajes neonatales que incluya tamizaje metabólico, auditivo, cardíaco, ocular





en riesgo y seguimiento. Esta figura debe utilizarse en este apartado porque permite mostrar que el tamizaje no es un procedimiento único, sino un sistema de detección, registro, comunicación de resultados y seguimiento.

El tamizaje metabólico permite detectar enfermedades que pueden afectar el desarrollo si no se tratan tempranamente. El tamizaje auditivo identifica alteraciones de audición que pueden comprometer lenguaje y desarrollo. El tamizaje cardíaco, cuando se aplica según norma, ayuda a reconocer cardiopatías congénitas críticas. El tamizaje ocular debe priorizar a recién nacidos con riesgo, como prematuros o aquellos definidos por protocolos locales. La epidemiología de defectos cardíacos congénitos y anomalías congénitas ha sido abordada por estudios recientes como de Oliveira et al. (2026), Mammo et al. (2026) y William et al. (2026), lo que refuerza la importancia de la detección temprana.





TAMIZAJES Y SEGUIMIENTO NEONATAL



Detección temprana y sistema de prevención continua



1

Tamizaje Metabólico

Detección de enfermedades invisibles al nacimiento. Evita retraso en desarrollo. (Muestra de sangre del talón).



2

Tamizaje Auditivo

Identificación de alteraciones auditivas. Compromiso de lenguaje. (Emisiones otoacústicas).



3

Tamizaje Cardíaco

Reconocimiento de cardiopatías congénitas críticas. Según norma local.



• Oliveira et al. (2026)
• Mammo et al. (2026)
• William et al. (2026)

4

Tamizaje Ocular en Riesgo

Prioridad en recién nacidos con factores de riesgo. Como prematuros o protocolos locales.



• Mammo et al. (2026)

5

Sistema de Registro y Comunicación

No es un procedimiento único; es un sistema. Gestión de resultados y seguridad del paciente.



Documentar:

- Tipo de tamizaje
- Fecha de toma
- Resultado pendiente
- Responsable
- Indicación a la madre



6

Ruta de Atención y Referencia

Manejo oportuno antes de complicaciones.

- Asegurar resultado y entrega.
- Ruta clara si es alterado.



Seguimiento Integral

- Peso
- Alimentación (Lactancia)
- Ictericia
- Temperatura
- Respiración
- Eliminación
- Signos de Infección
- Vínculo familiar
- Whybrow et al. (2026)
- Molenaar et al. (2026)

Vigilancia del Prematuro

Seguimiento más estrecho. Control temprano para prevenir reingresos.

- Prematuros tardíos (mala alimentación, ictericia, pérdida de peso).
- Fortalecer registros, indicadores y trazabilidad.
- Molenaar et al. (2026)

Educación Familiar

- Cuándo regresar.
- Qué resultado retirar.
- Dónde consultar.
- Signos de alarma inmediatos.



El seguimiento es inseparable del tamizaje. La toma sin resultado y seguimiento no cumple la finalidad preventiva.



Coordinación entre hospital y primer nivel es clave para la calidad del seguimiento y trazabilidad.





El seguimiento es inseparable del tamizaje. Tomar una muestra o realizar una prueba sin asegurar resultado, comunicación y referencia no cumple la finalidad preventiva. El equipo debe documentar fecha de toma, tipo de tamizaje, responsable, resultado pendiente, mecanismo de entrega, indicación a la madre y ruta de atención si el resultado es alterado. La gestión de resultados es parte de la seguridad del paciente.

En recién nacidos de bajo peso, prematuros o con complicaciones, el seguimiento debe ser más estrecho. Debe incluir peso, alimentación, ictericia, temperatura, respiración, tono, eliminación, lactancia, signos de infección y vínculo familiar. En prematuros tardíos, el control temprano puede prevenir reingresos por mala alimentación, ictericia o pérdida excesiva de peso.

La calidad del seguimiento depende de la coordinación entre hospital y primer nivel. Molenaar et al. (2026) advierten que los datos rutinarios pueden ofrecer una





imagen parcial de la calidad materno-neonatal, lo que obliga a fortalecer registros, indicadores y trazabilidad de la atención. Whybrow et al. (2026) abordan la mejora de la atención materna y neonatal mediante marcos de competencias multiprofesionales, lo que resulta pertinente para la formación de equipos que sostengan tamizaje y seguimiento.

El seguimiento también debe incluir educación a la familia. Los cuidadores deben saber cuándo regresar, qué resultado deben retirar, dónde consultar si no reciben respuesta y qué signos de alarma requieren atención inmediata. En entornos con barreras de acceso, el sistema debe prever estrategias de contacto, referencia y búsqueda activa cuando un tamizaje sea anormal.

4.6 Educación a la madre y la familia

La educación a la madre y la familia es una intervención esencial en la atención neonatal. El recién nacido pasa del entorno hospitalario al domicilio, donde los





cuidadores serán responsables de alimentación, higiene, sueño, temperatura, signos de alarma, controles, vacunas y seguimiento. Si la familia no comprende las indicaciones, el alta se vuelve insegura.

La educación debe iniciar antes del alta y repetirse de manera clara. Debe abordar lactancia o alimentación, posición segura para dormir, higiene de manos, cuidado del cordón, baño, temperatura, eliminación, signos de alarma, vacunas, tamizajes, cita de control y ruta de emergencia. Debe utilizar lenguaje sencillo, confirmar comprensión y adaptarse al contexto cultural y familiar.

La alimentación es uno de los temas centrales. La madre debe reconocer señales de hambre, succión efectiva, frecuencia de tomas, señales de buena alimentación y signos de dificultad. Se debe explicar que el rechazo persistente del alimento, somnolencia excesiva, llanto débil, falta de eliminación o pérdida de peso requieren valoración profesional. En prematuros tardíos, bajo peso o





pequeños para edad gestacional, esta educación debe ser más específica.

El sueño seguro debe explicarse con claridad, evitando mensajes contradictorios. El objetivo es prevenir riesgos durante el descanso del recién nacido. Además, se debe enseñar a evitar sobrecalentamiento, mantener un ambiente seguro y consultar ante coloración anormal, dificultad respiratoria o pausas respiratorias. La educación debe ser práctica y respetuosa, sin culpabilizar.

Los signos de alarma neonatal deben enseñarse de forma directa: fiebre, temperatura baja, dificultad respiratoria, quejido, hundimiento de costillas, coloración azulada, ictericia intensa o que progresa, rechazo de alimentación, vómitos persistentes, somnolencia excesiva, irritabilidad inconsolable, convulsiones, secreción con mal olor en cordón, sangrado persistente, ausencia de orina o deposiciones según evolución, y cualquier cambio que





preocupe intensamente a la familia. Estos signos deben acompañarse de una ruta: dónde acudir y cuándo hacerlo.

La educación también debe incluir salud materna. Una madre con fiebre, sangrado abundante, cefalea intensa, visión borrosa, dolor fuerte, dificultad respiratoria o tristeza intensa puede no estar en condiciones de cuidar adecuadamente al recién nacido. Por ello, la educación familiar debe integrar signos de alarma maternos y neonatales. El protocolo de hemorragia posparto recuerda que, ante hemorragia en puerperio, se debe asegurar al recién nacido con un familiar o neonatología mientras se atiende a la madre, lo que evidencia que la seguridad del binomio requiere apoyo familiar y organización del servicio.

Desde una perspectiva intercultural, la educación debe reconocer prácticas familiares sin descalificar automáticamente. El equipo debe explicar qué prácticas son seguras, cuáles pueden modificarse y cuáles deben



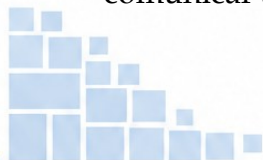


evitarse por riesgo. La comunicación respetuosa permite mayor adherencia que la imposición.

4.7 Referencia neonatal y continuidad del cuidado

La referencia neonatal es el proceso mediante el cual un recién nacido es trasladado o derivado a un establecimiento con mayor capacidad resolutive. No debe entenderse como un acto administrativo, sino como una intervención clínica de continuidad. La referencia oportuna puede ser necesaria ante dificultad respiratoria moderada o severa, prematuridad, bajo peso extremo, sospecha de sepsis, malformaciones, hipoglucemia persistente, convulsiones, ictericia severa, cardiopatía sospechada, necesidad de oxígeno o monitoreo avanzado, o cualquier condición que exceda la capacidad del establecimiento.

La continuidad del cuidado inicia con la decisión correcta: identificar que el recién nacido necesita más recursos. Luego se debe estabilizar según capacidad, comunicar al establecimiento receptor, preparar transporte





seguro, enviar información completa, acompañar según normativa y registrar todo el proceso. La referencia tardía es una falla de seguridad. La referencia sin información también lo es.

El circuito de referencia y contrarreferencia presentado en el libro debe retomarse en este capítulo. La Figura 4 del Word muestra niveles de atención, comunicación previa, traslado seguro, historia clínica y recepción segura. Esa lógica aplica plenamente al recién nacido. La continuidad no termina cuando el niño sale del hospital de origen; continúa cuando el nivel receptor confirma recepción, maneja el caso y posteriormente informa al nivel de origen para seguimiento.

La referencia neonatal debe incluir información materna y neonatal. La información materna puede ser decisiva: fiebre, antibióticos, ruptura de membranas, diabetes, hipertensión, hemorragia, medicamentos, líquido amniótico, edad gestacional, tipo de parto y





complicaciones. La información neonatal debe incluir hora de nacimiento, peso, edad gestacional, signos vitales, condición respiratoria, alimentación, glucosa si fue medida, temperatura, intervenciones realizadas, saturación, sospecha diagnóstica y motivo de referencia.

La coordinación con la red es parte de la gestión hospitalaria. El protocolo Score MAMÁ 2025 contempla la activación de red, la referencia según capacidad resolutive y la retroalimentación continua de acciones durante emergencias obstétricas. Aunque el protocolo se centra en gestantes y puérperas, su lógica de red, comunicación y capacidad resolutive debe trasladarse al cuidado neonatal.

La contrarreferencia permite que el recién nacido vuelva al nivel de origen con indicaciones claras. Debe incluir diagnóstico, tratamiento recibido, evolución, medicamentos, alimentación, controles pendientes, tamizajes, vacunas, signos de alarma y fecha de seguimiento. Sin contrarreferencia, el primer nivel puede





recibir al niño sin información suficiente, lo que debilita la continuidad.

La continuidad del cuidado debe priorizar a recién nacidos prematuros, bajo peso, pequeños para edad gestacional, con dificultad respiratoria, exposición a infección, ictericia, alteraciones de tamizaje, malformaciones o madres con condiciones de riesgo social. El seguimiento debe ser temprano y documentado. En muchos casos, la prevención de complicaciones depende más del seguimiento que de una intervención única en sala de parto.

La educación a la familia debe reforzarse antes de toda referencia. Los cuidadores deben saber por qué se traslada al recién nacido, a dónde, qué se ha realizado, qué se espera y cómo recibirán información. En situaciones de separación madre-hijo, el equipo debe brindar apoyo emocional, facilitar comunicación y respetar la dignidad familiar.





En conclusión, la atención integral del recién nacido exige una cadena de seguridad que inicia antes del parto y continúa después del alta. La recepción, la adaptación, la vigilancia del prematuro tardío, el manejo del bajo peso, los tamizajes, la educación familiar y la referencia neonatal son componentes de un mismo sistema. Cuando estos procesos se articulan, el cuidado neonatal deja de depender de acciones aisladas y se convierte en una ruta organizada de protección de la vida.

El recién nacido requiere ciencia, observación y humanidad. Ciencia para aplicar protocolos y evidencia; observación para reconocer cambios tempranos; humanidad para cuidar el vínculo, informar a la familia y respetar la vulnerabilidad del inicio de la vida. Desde la gestión hospitalaria, la meta no es solamente que el recién nacido egrese, sino que lo haga con seguridad, seguimiento y una familia preparada para continuar el cuidado.



REFERENCIA NEONATAL Y CONTINUIDAD DEL CUIDADO

Intervención clínica y ruta organizada de protección de la vida



1 Criterios de Referencia

Identificación oportuna de condiciones que exceden capacidad resolutoria local.

Dificultad Respiratoria Moderada
Prematuridad
Ictericia Severa
Sepsis?
Malformaciones

Respiratoria
Ictericia Bajo Peso
Convulsiones

- de Oliveira et al. (2026)
- Mammo et al. (2026)
- William et al. (2026)



2 Preparación y Estabilización

Decisión correcta: Recursos necesarios.
 Estabilizar según capacidad.
 Comunicación previa.

Protocolo Score MAMÁ (2025)



3 Transporte Seguro y Comunicación

Red y comunicación.
 Información completa y oportuna.
 Acompañamiento.



• William et al. (2026)
 • Molenaar et al. (2026)



4 Recepción Segura y Manejo

Confirmación de recepción.
 Manejo del caso en mayor nivel.
 Continuidad clínica.



• de Oliveira et al. (2026)
 • Mammo et al. (2026)



5 Sistema de Información Completa

Información Materna y Neonatal Crucial.
 No es acto administrativo; intervención clínica.
 Documentar:

- Info Materna (Fiebre, ATB, RPM, diabetes, etc.)
- Info Neonatal (Peso., EG, Signos vitales, EG, etc.)



6 Contrarreferencia y Seguimiento

Vuelta al nivel de origen con indicaciones claras. Datos completos para seguimiento.

• OX, TX
 • Meds
 • Alimentación
 • Controles



Vacunas Tamizajes Seguimiento Temprano

Prioridades de Continuidad

- Prematuros
- Bajo Peso
- PEG (Pequeño EG)
- Dificultad Respiratoria
- Exposición a Infección
- Ictericia
- Tamizaje alterado
- Malformaciones
- Condición Social
 - William et al. (2026)
 - Molenaar et al. (2026)

Vigilancia del Prematuro

Continuidad de Cuidado

Recepción Adaptación
 Vigilancia PT Bajo Peso



Tamizajes Educación
 Componentes del mismo sistema.

- de Oliveira et al. (2026)
- Molenaar et al. (2026)

Educación Familiar (Referencia)

- ¿Por qué se traslada?
- ¿A dónde?
- ¿Qué se ha realizado?
- ¿Qué se espera?
- ¿Cómo informarse?

Facilitar comunicación y respeto a dignidad (separation support)



La referencia oportuna y completa es una intervención clínica de continuidad. Tardía o sin info es falla de seguridad.



Coordinación con la red y red de referencia y contrarreferencia para continuidad.



Conclusión final del libro

El cuidado de la mujer y del recién nacido exige una visión integral, protocolizada y humanizada. A lo largo de este libro se ha sostenido que la atención materno-neonatal no puede comprenderse como una secuencia aislada de controles, procedimientos o registros, sino como una ruta continua que inicia durante el embarazo, se intensifica durante el parto, continúa en el puerperio y se proyecta hacia la vigilancia del recién nacido y el seguimiento familiar. Esta ruta exige que el personal de salud actúe con criterio clínico, sensibilidad ética, competencia técnica y capacidad de trabajo en equipo.

El eje central de la obra ha sido la seguridad del binomio madre-hijo. En este sentido, los protocolos no deben interpretarse como documentos rígidos ni como simples exigencias administrativas, sino como herramientas para ordenar la atención, reducir variabilidad, anticipar riesgos y responder de manera





oportuna ante el deterioro clínico. El **Protocolo Score MAMÁ y Claves Obstétricas 2025** del Ministerio de Salud Pública del Ecuador constituye una referencia normativa fundamental, porque organiza la detección temprana del riesgo obstétrico y la respuesta ante emergencias como hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos y sepsis. Además, su aplicación obligatoria en el Sistema Nacional de Salud refuerza la necesidad de que docentes, estudiantes y profesionales lo conozcan, lo enseñen y lo apliquen correctamente.

El Score MAMÁ 2025 permite transformar la toma de signos vitales en una herramienta de alerta temprana. Temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, oxigenoterapia, estado de conciencia y gasto urinario no son datos aislados; son señales de estabilidad o deterioro. La clave está en que el personal de salud no registre estos parámetros de manera mecánica, sino que los interprete, los comunique y actúe según el puntaje y la condición clínica.





de la paciente. La seguridad se fortalece cuando el dato clínico se convierte en decisión oportuna.

Las claves obstétricas representan el paso siguiente: convertir la alerta en acción organizada. La Clave Roja, la Clave Azul y la Clave Amarilla permiten distribuir funciones, activar equipos, utilizar kits, establecer comunicación cerrada y decidir referencia según capacidad resolutive. La gestión hospitalaria tiene aquí un papel decisivo, porque no basta con que el profesional sepa qué hacer; el establecimiento debe disponer de insumos, medicamentos, formularios, transporte, laboratorio, comunicación con la red y simulacros periódicos. El protocolo 2025 muestra que el coordinador, los asistentes y el circulante tienen funciones específicas durante la emergencia, lo que evita improvisación y retrasos.

La hemorragia posparto se abordó como una de las emergencias más relevantes del cuidado puerperal. El protocolo institucional 2025 del Hospital Gineco-Obstétrico





Isidro Ayora enfatiza que la estimación visual del sangrado produce errores importantes y debe ser reemplazada por métodos más objetivos como evaluación cuantitativa, cuantificación gravimétrica y recolección directa. Esta recomendación es clave para la docencia, porque enseña que mirar no siempre equivale a medir y que una hemorragia subestimada puede retrasar la activación de Clave Roja.

En el puerperio, el libro insistió en que la mujer no debe considerarse una paciente “resuelta” después del parto. La vigilancia del sangrado, la presión arterial, la temperatura, el dolor, la diuresis, el estado emocional, la lactancia y la herida quirúrgica o perineal debe mantenerse hasta asegurar estabilidad. El alta segura debe estar acompañada de educación clara, signos de alarma, planificación familiar, cita de control y una ruta de consulta urgente. El seguimiento domiciliario o ambulatorio completa la continuidad del cuidado.





En la atención neonatal, el énfasis estuvo en la recepción segura, la adaptación respiratoria y térmica, la lactancia, la identificación, los tamizajes, la educación familiar y la referencia oportuna. El recién nacido requiere una valoración propia y no debe quedar subordinado al proceso obstétrico. La historia materna aporta información esencial, pero el niño debe ser evaluado según su edad gestacional, peso, respiración, temperatura, alimentación, coloración, tono, riesgo infeccioso y signos de alarma. La referencia neonatal debe entenderse como continuidad asistencial, no como traslado administrativo.

El enfoque humanizado, intercultural y basado en derechos atraviesa todo el libro. La atención segura no se limita a evitar muerte o complicación; también implica trato digno, información clara, privacidad, consentimiento, acompañamiento, no discriminación y respeto a la cultura de la mujer y su familia. Una atención técnicamente correcta puede ser incompleta si humilla, ignora, infantiliza o no informa. Del mismo modo, una atención humanizada

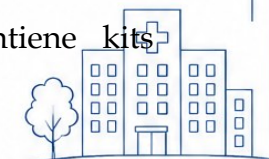




sin vigilancia clínica adecuada puede volverse insegura. La meta es integrar ciencia y humanidad.

Para docentes y estudiantes de medicina y enfermería, este libro busca ser una herramienta formativa. Su propósito no es memorizar algoritmos, sino comprender la lógica del cuidado: valorar, reconocer riesgo, registrar, comunicar, activar protocolos, intervenir, reevaluar y garantizar continuidad. Cada figura del libro cumple una función pedagógica: mostrar rutas, componentes del Score MAMÁ, claves obstétricas, referencia y contrarreferencia, vigilancia puerperal, tamizajes neonatales y educación familiar.

Finalmente, el cuidado de la mujer y del recién nacido debe asumirse como una responsabilidad institucional. La calidad no depende únicamente de profesionales competentes, sino de sistemas organizados. Un hospital seguro es aquel que capacita a su equipo, revisa sus protocolos, dispone de medicamentos, mantiene kits





completos, audita registros, analiza eventos adversos, respeta a las usuarias y fortalece la red de referencia. Cuidar bien a una madre y a un recién nacido significa actuar antes del daño, responder sin demora y acompañar con dignidad.





Referencias

Abu Shqara, R., Glikman, D., Goldinfeld, G., Hassan, D., Orabi, A., Ganem, N., Lowenstein, L., & Frank Wolf, M. (2026). Ampicillin–Gentamicin versus ampicillin alone for prolonged prelabor rupture of membranes at term in group B streptococcus–negative patients: A randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 234(6), 1768–1776.

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2025.12.062>

Abu Shqara, R., Marcovich, K. E., Nakhleh Francis, Y., Bishara, Y., Ganem, N., Lowenstein, L., & Frank Wolf, M. (2026). Immediate induction versus expectant management in primiparas presenting with decreased fetal movements at 39 weeks. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 313(1).

<https://doi.org/10.1007/s00404-026-08303-8>

Adugna, N. B., Adugna, N. B., Geleta, D. B., Mitike, B. A., & Terefa, Y. A. (2026). *Plasmodium vivax* congenital and neonatal malaria with atypical presentation in Western Ethiopia:



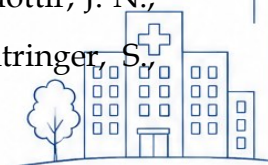


Four cases highlighting diagnostic pitfalls. *Malaria Journal*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12936-025-05780-1>

Agarwal, S., Shaefer, H. L., Zamani-Hank, Y., Finegood, E., LaChance, J., & Hanna, M. (2026). The effects of the Rx Kids unconditional cash prescription programme during pregnancy and infancy on birth outcomes in the USA: A population-based, quasi-experimental study. *The Lancet Public Health*, 11(6), e355–e363. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(26\)00055-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(26)00055-1)

Alemi, B., Nobs, T., Hoock, S. C., Deuster, E., Hentrich, A. E., Kämpf, A. K., Schaarschmidt, W., Louwen, F., & Jennewein, L. (2026). Influence of advanced maternal age (≥ 35 years) on maternal and neonatal outcomes in vaginally intended breech deliveries at term—A FRABAT study. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 173(2), 889–896. <https://doi.org/10.1002/ijgo.70689>

Alex, A. M., Rasmussen, J. M., Tuulari, J. J., Sigurdardottir, J. N., Buss, C., Donald, K. A., Edwards, A. D., Entringer, S.,



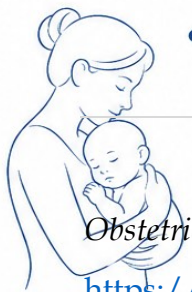


Gilmore, J. H., Groenewold, N. A., Karlsson, H., Karlsson, L., Lawrence, K. E., Mattila, I., Stein, D. J., Styner, M., Thompson, P. M., Wadhwa, P. D., Zar, H. J., et al. (2026). Infant subcortical brain volumes associated with maternal obesity and diabetes: A large multicohort human study. *BMC Medicine*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-026-04860-6>

Amar, S., Côté-Corriveau, G., Israël, M., Steiger, H., Low, N., Chadi, N., Brousseau, É., Lafleur, N., & Auger, N. (2026). Maternal anorexia nervosa and risk of mental and neurodevelopmental morbidity in offspring. *Child and Adolescent Mental Health*, 31(2), 125–133. <https://doi.org/10.1111/camh.70051>

Anteby, M., Pinchas-Cohen, T., Baruch, Y., Lavie, A., Maslovitz, S., Hiersch, L., & Yogev, Y. (2026). The impact of metal cup size on neonatal and maternal morbidity in vacuum-assisted deliveries. *International Journal of Gynecology and*





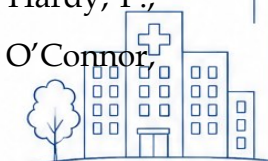
Obstetrics, 173(2), 757-762.

<https://doi.org/10.1002/ijgo.70667>

Bachar, G., Rosenthal, S., Gridish, N., Justman, N., Khatib, N., Solt, I., & Zipori, Y. (2026). Episiotomy and the risk of obstetric anal sphincter injury in nulliparous women with a prolonged second stage. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 313(1). <https://doi.org/10.1007/s00404-026-08451-x>

Bosco, M., Garzon, S., Simonetto, C., Cattin, B., Erbogasto, E. I., Ficial, B., Milocchi, C., Raffaelli, R., Uccella, L., Franchi, M., & Uccella, S. (2026). Predictors of severe histological chorioamnionitis and associated neonatal outcomes in term intrapartum clinical chorioamnionitis: A retrospective cohort study. *Medicina*, 62(5). <https://doi.org/10.3390/medicina62050937>

Boyle, E. M., Bari, V., Bradley, P. J., Hubbard, M., Juszczak, E., Stenson, B., Sweet, D. G., Bowler, U., Cole, C., Hardy, P., King, A., Linsell, L., Manoharan, I., Murray, D., O'Connor,





H. M., Rivero-Arias, O., Roehr, C., Stanbury, K., Welsh, R., & Wiles, J. (2026). SurfON trial: Study protocol for a multicentre, open-label, randomised controlled trial of early surfactant therapy versus expectant management in late preterm and early term infants with respiratory distress. *Trials*, 27(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-025-09271-1>

Brew, B. K., Gibson, P. G., Collison, A., Karmaus, W., Szwec, S., Holliday, E., Morgan, G., Gopi, K., Zosky, G., Jensen, M. E., McDonald, V. M., Robinson, P. D., Mattes, J., & Murphy, V. E. (2026). Prenatal wildfire smoke exposure and adverse neonatal outcomes in a high-risk cohort of pregnant women with asthma. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 235(1), 146-156. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2026.02.022>

Bütün, Z., Salik, E. A., Kaya, Y., Çelik, Ö., & Tahta, T. (2026). Development of machine learning models for early prediction of small for-gestational-age births using





maternal sociodemographic and obstetric data. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 26(1).

<https://doi.org/10.1186/s12884-026-08906-8>

Casati, D., Lanna, M. M., Laoreti, A., Faiola, S., Morelli, R., Santapaola, M., Lista, G., & Savasi, V. (2026). Monochorionic twin pregnancies conceived through assisted reproduction: Maternal and perinatal clinical outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 105(5), 868–877. <https://doi.org/10.1111/aogs.70186>

Cavagnis, S., Caranci, N., & Perrone, E. (2026). Obstetric outcomes in second-generation and migrant mothers: A cohort study in the Emilia-Romagna Region, Italy. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 313(1). <https://doi.org/10.1007/s00404-025-08273-3>

Celik, M., Iyigun, I., Yalcin, S. S., Cagan, M., Yirun, A., Cakir, D. A., Tezel Yalcin, H., Aliyev, F., Celik, H. T., Deren, O., & Erkekoglu, P. (2026). Bisphenol exposure in preterm neonates: A cohort study with measurements at admission





and discharge in a neonatal intensive care unit in Ankara, Türkiye. *BMC Pediatrics*, 26(1).

<https://doi.org/10.1186/s12887-025-06265-5>

Chen, P.-F., & Liang, Y.-L. (2026). Third-trimester uterine rupture following previous salpingectomy for interstitial pregnancy: Radiologic and surgical insights. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 26(1).

<https://doi.org/10.1186/s12884-025-07919-z>

de Oliveira, F. G., da Costa Salecker, G. O., de Souza, A. L., Arashiro, C. S., Pires, J. R., Nolibos, V. B., Barbosa, R. M. M., de Menezes Karam, S., Lorea, C. F., Sanseverino, M. T. V., Sutil, A. T., Kowalski, T. W., Schuler-Faccini, L., & da Rocha, T. S. (2026). Epidemiology of congenital heart defects in live births: Findings from a study in Southern Brazil. *BMC Cardiovascular Disorders*, 26(1).

<https://doi.org/10.1186/s12872-025-05474-1>

Ekéus, C., Färnman, R., Trowald, L., & Johansson, M. (2026). Pregnancy, birth, and neonatal complications among





teenage primiparous: A Swedish population-based cohort study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 323.

<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2026.115154>

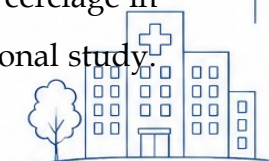
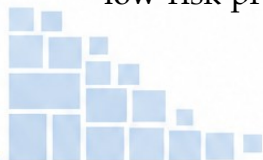
Elmoursi, A., Charlier, C., Cunningham-Rundles, C., & Barmettler, S. (2026). Insights into clinical challenges and management of primary and secondary antibody deficiency in pregnancy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 14(6), 1248-1258.

<https://doi.org/10.1016/j.jaip.2026.02.037>

Fatima, S. H., Bradshaw, C. J. A., Bhutta, Z. A., Bi, P., Das, J. K., Meherali, S., & Lassi, Z. S. (2026). Disproportionate climate burden of rising temperatures on low birth weight in Pakistan. *BMC Medicine*, 24(1).

<https://doi.org/10.1186/s12916-026-04664-8>

Finlinson, A., Carrig, M., Judd, H., Pham, S., Fitzgerald, S., & Lee, G. T. (2026). Outcomes of ultrasound-indicated cerclage in low-risk pregnancies: A retrospective observational study.





BMC Pregnancy and Childbirth, 26(1).

<https://doi.org/10.1186/s12884-025-08573-1>

Gudu, W., Valencia, C. M., Ojeda, L. I., & Soma-Pillay, P. (2026). Policy and advocacy considerations for the prevention and care of preterm birth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 173(3), 1174-1182.

<https://doi.org/10.1002/ijgo.70993>

Guo, D., Zhou, N., Zhou, J., Lin, N., He, S., Dai, Y., Huang, H., Jia, J., & Xu, L. (2026). Association between G6PD gene variants and adverse pregnancy outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 26(1).

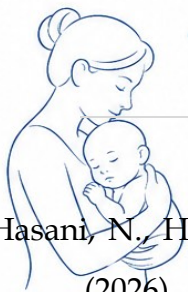
<https://doi.org/10.1186/s12884-026-08661-w>

Guo, L., Song, Y., Zhang, Y., Sun, Q., Liu, W., Liang, Y., Gao, F., & Guo, Y. (2026). Determinants of labor epidural analgesia uptake and associations with maternal-neonatal outcomes: A stratified cohort study with risk prediction modeling.

BMC Pregnancy and Childbirth, 26(1).

<https://doi.org/10.1186/s12884-026-08883-y>





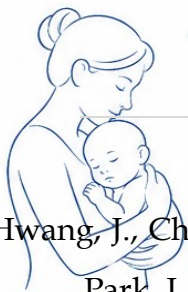
Hasani, N., Haddadi, A., Abedi, A., Mirzaei, P., & Haddadi, A. (2026). Neonatal varicella and early-onset herpes zoster following maternal infection at term: A case report. *Journal of Medical Case Reports*, 20(1).
<https://doi.org/10.1186/s13256-026-05967-3>

Héritier, M., Aroun, M., Quantin, C., Di Vincenzo-Sormani, J., Gaucher, L., & Desplanches, T. (2026). Labour induction and adverse perinatal outcomes: A retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 26(1).
<https://doi.org/10.1186/s12884-025-08599-5>

Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora. (2025). *Protocolo de manejo inicial de hemorragia posparto*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Huang, H., Zhu, L., & Wu, B. (2026). Clinical determinants of time to full enteral feeding in preterm infants with neonatal respiratory distress syndrome: A retrospective cohort study. *BMC Pediatrics*, 26(1).
<https://doi.org/10.1186/s12887-025-06369-y>





Hwang, J., Cho, J., Kim, H. Y., Lee, S., Jung, Y. M., Lee, K. H., & Park, J. H. (2026). Abdominopelvic computed tomography during pregnancy and the risk of congenital malformations: Protocol for a nationwide population-based cohort study in South Korea. *BMJ Open*, 16(5).
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-114426>

Jahannia, M., Ahmadi, S. A. Y., Khalili, N., Heidarzadeh, M., Habibelahi, A., & Tehrani-Banihashemi, A. (2026). Predictors of neonatal mortality in Iranian cases of preterm birth: A retrospective cohort study. *BMC Pediatrics*, 26(1).
<https://doi.org/10.1186/s12887-025-06480-0>

Kahraman, E., Köroğlu, N., Aydın, T., & Yüksel, M. A. (2026). Does suture number matter in transvaginal cervical cerclage? A propensity score-weighted cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 313(1).
<https://doi.org/10.1007/s00404-026-08444-w>

Karagün, Ş., Nessar, A. Z., Yıldız, H., Dal, Y., Karaca, S. G., & Coşkun, A. (2026). The association of first and second

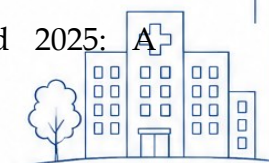




trimester serum biomarkers with adverse perinatal outcomes in late-preterm and term deliveries: A retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 26(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-026-08758-2>

Keven, M. C., Güleç, S., Salık, E. A., Yeğen, B. D., Dönmez, K. S., Uysak, K. Ç., Aydoğdu, E., Kılıç, H., Birge, Ö., Şahin, H. Ö., Keskin, N., & Tanaçan, A. (2026). Ultrasonographic predictors of successful labor induction and vaginal delivery within 24 h in nulliparous women undergoing induction before the onset of labor. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 26(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-026-08679-0>

Kirakoya-Samadoulougou, F., Blencowe, H., Ilboudo, D., Ukwishaka, J., Suarez Idueta, L., Hazel, E. A., Ohuma, E., Erchick, D. J., Katz, J., Lee, A. C. C., & Black, R. E. (2026). Risk factors and population attributable fraction for large-for-gestational-age and macrosomic births in low- and middle-income countries between 2000 and 2025: A



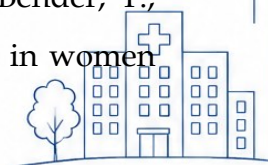


protocol for systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 16(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-110407>

Kırbaş, G., & Tüzen, A. S. (2026). Anaesthesia management and perioperative clinical outcomes in caesarean section patients with placental pathology: A retrospective cohort study. *BMC Anesthesiology*, 26(1). <https://doi.org/10.1186/s12871-025-03583-0>

Kömmel, L. H., Ortlam, H., Loewe, R. S., Schürer, C., Heimann, Y., Schmidt, A., Fiedler, F., Weschenfelder, F., Schleußner, E., Groten, T., & Zöllkau, J. (2026). Advanced fetal cardiac monitoring in gestational diabetes mellitus: HbA1c remains the relevant predictor of perinatal outcome under optimal metabolic control. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 313(1). <https://doi.org/10.1007/s00404-026-08427-x>

Kosian, P., Niederhöfer, K., Jost, E., Gembruch, U., Bender, T., Grigull, L., & Merz, W. M. (2026). Pregnancies in women



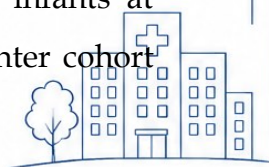


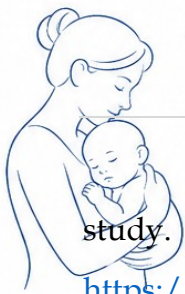
with rare diseases: Selected maternal and perinatal outcomes. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 105(6), 1088–1095. <https://doi.org/10.1111/aogs.70201>

Kurimoto, T., Tokuhisa, T., Yara, A., Ohashi, H., Hirakawa, E., Maeda, T., & Kamitomo, M. (2026). Risk factors of early mortality within 72 hours of birth in neonates born at 22–23 weeks' gestation. *BMC Pediatrics*, 26(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-025-06311-2>

Lamarche, G., Bendayan, E., & Abenhaim, H. A. (2026). Maternal and fetal outcomes in patients with Crohn's disease: A population-based cohort study. *Journal of Perinatal Medicine*, 54(4), 744–751. <https://doi.org/10.1515/jpm-2025-0591>

Li, Z., Yang, J., Gu, X., Li, Y., Xu, Y., Zhou, W., Cao, Y., Lee, S. K., Wu, H., Wu, F., Ma, X., Zhen, H., Wang, Z., Wang, H., Gao, Y., Ding, G., Zhang, Q., Zhu, H., Zeng, L., et al. (2026). Association between initial empirical antibiotic therapy and necrotizing enterocolitis in very preterm infants at different risk for early-onset sepsis: A multicenter cohort



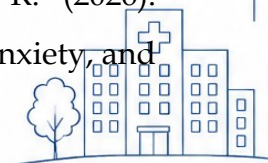


study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 26(1).
<https://doi.org/10.1186/s12884-026-08798-8>

Lindel, F., Steinkasserer, L., Dütemeyer, V., Rahn, A., Hillemanns, P., Brodowski, L., & Von Kaisenberg, C. (2026). Fighting preterm birth with the scalpel: Lessons from a decade of total cervical occlusion. *Journal of Perinatal Medicine*, 54(5), 867–873. <https://doi.org/10.1515/jpm-2025-0409>

Liu, Q., Harding, J. E., Gamble, G. D., Eagleton, C., Dawes, L., & Crowther, C. A. (2026). Perinatal and long-term implications of diagnosing gestational diabetes mellitus using only fasting and one-hour post-load glucose concentrations: Secondary analysis of the GEMS trial and its five-year follow-up. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 105(6), 1075–1087.
<https://doi.org/10.1111/aogs.70191>

López Carpintero, N., Caro-Cañizares, I., Barrigón, M. L., Giráldez-García, C., & Carmona Camacho, R. (2026). Impact of the severity of maternal depression, anxiety, and



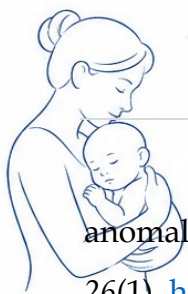


post-traumatic stress disorder, as well as alcohol consumption, on perinatal outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 26(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-026-09179-x>

Luef, B. M., Stentebjerg, L. L., Tanvig, M. H., Aalders, J., Möller, S., Ovesen, P. G., Christesen, H. T., McIntyre, H. D., Catalano, P. M., Jørgensen, J. S., Overgaard, M., Jensen, D. M., & Vinter, C. A. (2026). Impact of maternal fasting blood glucose in pregnancy on body composition, anthropometric, and metabolic outcomes in newborns and 3-year-old offspring: Results from the Lifestyle in Pregnancy and Offspring Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 26(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-026-08692-3>

Mammo, T. N., Negash, S., Chalachew, T., Tizazu, A., Robele, A., Dejene, B., Derbew, M., & Seid, Y. (2026). Magnitude, pattern, birth outcome, and determinants of congenital





anomalies among newborns in Ethiopia. *BMC Pediatrics*, 26(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-025-06403-z>

Mandelbrot, L., Kennedy, S., Rousseau, J., Goffinet, F., Landraud, L., Plainvert, C., Marcou, V., Desfrère, L., Barral, T., Allal, L., Baud, A., Grall, N., Poyart, C., Ancel, P.-Y., & Tazi, A. (2026). Predicting neonatal infection in preterm premature rupture of membranes with vaginal microbiology and metagenomics: A prospective cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 234(5), 1478–1493. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2025.12.042>

Martin, A., Kuhrt, K., Tamba M'Bayoh, M., Cole, R., Hurrell, A., Seed, P. T., Bramham, K., & Shennan, A. (2026). Prediction of severe maternal and perinatal complications in hypertensive pregnancies using point-of-care glycosylated fibronectin: A prospective cohort study. *Pregnancy Hypertension*, 44. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2026.101455>



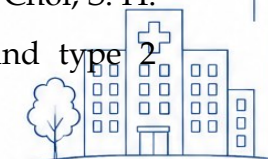
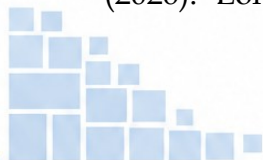


Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2025). *Score MAMÁ y claves obstétricas: Protocolo*. Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel, Dirección Nacional de Atención Integral en Salud.

Moges, A. A., & Yabago, I. W. (2026). Determinants of low birth weight in term singleton neonate delivered at public health facilities in Bahir Dar city, Ethiopia: An institution-based case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 26(1).
<https://doi.org/10.1186/s12884-026-08886-9>

Molenaar, J., Kikula, A., Julius, Z., Hanson, C., van Olmen, J., Pembe, A. B., & Beňová, L. (2026). Partial pictures: What routine health data can and cannot tell us about the quality of maternal and neonatal health services in Tanzania. *Health Policy and Planning*, 41(5), 747-760.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czag030>

Moon, J. H., Jung, H. N., Kim, B., Kim, J., Jung, Y. M., Kim, H. J., Park, J. Y., Oh, T. J., Kwak, S. H., Han, K.-D., & Choi, S. H. (2026). Long-term risk of offspring type 1 and type 2



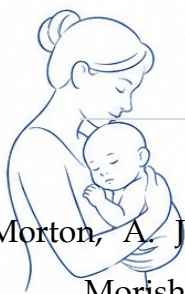


diabetes following maternal gestational diabetes mellitus: A nationwide birth cohort study with 10-year follow-up. *BMC Medicine*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-026-04746-7>

Moradi, A., Norouzi, M., & Farkhani, E. M. (2026). Impact of gestational weight gain on adverse pregnancy outcomes in women with gestational diabetes: A retrospective cohort study. *BMC Pediatrics*, 26(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-025-06371-4>

Morales-Berstein, F., Gonçalves-Soares, A., Yang, Q., McBride, N., Bond, T., Al Arab, M., Fernández-Sanlés, A., Magnus, M. C., Sanderson, E., Hart, E., Fraser, A., Birchenall, K. A., Lawlor, D. A., Clayton, G. L., & Borges, M.-C. (2026). Assessing the impact of maternal blood pressure during pregnancy on perinatal health: A wide-angled Mendelian randomization study. *BMC Medicine*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-025-04548-3>





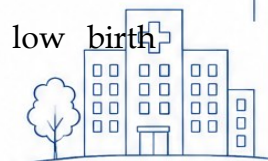
Morton, A. J., Denholm, J. T., du Cros, P., Graham, S. M., Morishita, F., Oh, K. H., Bhatia, V., & Dunstan, S. J. (2026). Pregnancy data in tuberculosis surveillance: Practices, priorities and perspectives from national TB programs in the Western Pacific and South-East Asia. *Public Health*, 257.

<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2026.106339>

Whybrow, R., Robert, G., Dagustun, J., Ahuja, S., Brown, H., Bassett, S., Parr, M., Adeyinka, T., Glenday, S., Cross, S., Sharma, E., & Zoccatelli, G. (2026). Improving maternity and neonatal care in England: Protocol for a formative evaluation of the implementation of the core competency framework to enhance multi-professional practice. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 26(1).

<https://doi.org/10.1186/s12884-026-08855-2>

Wickramaratne, S., Gunarathna, G., Ranasinghe, E., Nimana, H., Kalhara, D., Kanagarasa, S., Isanka, S., Dias, T., Herath, R., Gamaathige, N., & Mettananda, S. (2026). Prevalence, interactions, determinants and outcomes of low birth





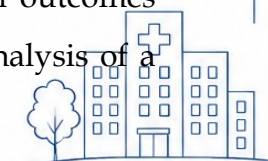
weight, small for gestational age and fetal growth restriction among term neonates. *BMC Pediatrics*, 26(1).

<https://doi.org/10.1186/s12887-026-06772-z>

William, M. B., Mashuda, F., Chami, N., Msanga, D. R., Kabirigi, J., Kayange, N., Mhada, T., & Masoza, T. (2026). High prevalence of congenital heart disease among hospitalized neonates in northwestern Tanzania: Implications of maternal and environmental factors. *International Journal of Cardiology Congenital Heart Disease*, 25.

Yildirim, C. S., Ozkan, H., Elmas, K. U., Kocael, F., Cakir, S. C., Celebi, S., Hacimustafaoglu, M., Uysal, F., Bostan, O. M., & Koksall, N. (2026). Neonatal multisystem inflammatory syndrome associated with prenatal maternal SARS-CoV-2: A single-center experience. *BMC Pediatrics*, 26(1).
<https://doi.org/10.1186/s12887-025-06421-x>

Yuan, P., Yin, S., Guo, X., Yang, J., Li, L., Wei, Y., & Zhao, Y. (2026). Association of weekend delivery and perinatal outcomes following cesarean delivery: A retrospective analysis of a





multicenter prospective cohort study in China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 26(1).

<https://doi.org/10.1186/s12884-026-08759-1>

Zeisler, H., & Heinzl, F. (2026). Register and biobank on influence of assisted reproduction on pregnancy, maternal and neonatal outcome: A prospective multicenter medical data register and biobank. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 138(9–10), 278–286. <https://doi.org/10.1007/s00508-025-02626-3>

Zhang, Y.-J., & Chen, C. (2026). Prevalence and factors associated with preterm small-for-gestational-age neonates: A multicenter survey in China. *BMC Pediatrics*, 26(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-025-06384-z>






W^{Live}orking
EDITORIAL

ISBN: 978-9942-580-80-1



9 789942 580801