



## LISTA DE VERIFICACIÓN DE PARTO SEGURO

Folio \_\_\_\_\_



### MADRE

Nº de expediente clínico	
Nombre	
Edad	
Localidad	
Escolaridad	
Idioma/s	
Nº de embarazos	
Nº de hijos	

### RECIÉN NACIDO

Nombre	
Fecha de nacimiento	
Edad gestacional al nacimiento	
Peso al nacer	
Longitud al nacer	
Apgar 1	Apgar 5

### HOSPITAL

Nombre	
Localidad	
Responsable del servicio	
Responsable de la SCC	

### ETAPA EN LA QUE LLEGA LA MADRE (marcar una opción)

<input type="checkbox"/> En la admisión/previa al alumbramiento
<input type="checkbox"/> Justo antes de pujar (o de cesárea)
<input type="checkbox"/> Justo después de dar a luz (durante la primera hora post-parto)
<input type="checkbox"/> Antes del egreso/Alta

### MOTIVO DE EGRESO

<input type="checkbox"/> Referencia	<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Muerte
-------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

En la admisión / previo al alumbramiento

MADRE

¿Ha llevado la mujer control prenatal?

- No, calificar el riesgo
- Si

Revisar  
 Exámenes actualizados de: grupo y Rh, hemograma, VIH, VDRL/RPR, orina, bioquímica y ecografía.

¿Existe necesidad de referencia de la mujer?

- No
- Si

Señalar la causa y habilitar el protocolo:  
 Materna  
 Fetal  
 Obstétrica

¿Se ha realizado apertura del partograma en el ingreso?

- No
- Si

Vigilar y registrar:  
 Tacto/dilatación según evaluación e indicación médica  
 Cada 30 min: frecuencia cardiaca de la mujer y del feto, y las contracciones.  
 Cada 2 horas: temperatura.  
 Cada 4 horas: presión arterial

¿Necesita la madre comenzar tratamiento con... ?

*Antibióticos*

- No
- Si, administrado

Señalar la causa:  
 Temperatura > 38°  
 Flujo con olor desagradable (fétido)  
 Ruptura de membranas > 18 horas  
 En trabajo de parto > 24 horas  
 Otras \_\_\_\_\_

*Antihipertensivo*

- No
- Si

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_

*Sulfato de magnesio*

- No
- Si, administrado

En este caso señalar la causa:  
 Presión diastólica  $\geq 110$  mm/Hg y 3+ proteinuria  
 Presión diastólica  $\geq 90$  mm/Hg, 2 + proteinuria, y cualquiera de : cefalea severa o visión borrosa  
 Dolor epigástrico (descartar hematoma hepático no roto)  
 Excepción: Insuficiencia renal, lesión miocárdica, bloqueo cardíaco, miastenia gravis.  
 Otros \_\_\_\_\_

En la admisión / previo al alumbramiento

MADRE

¿Necesita la madre comenzar tratamiento anti-retroviral?

- No
- Si, administrado

Mujer con VIH + y en trabajo de parto.  
 Nombre del medicamento \_\_\_\_\_

Disponibilidad de insumos para el lavado de manos y uso de guantes para cada exploración vaginal:

- No
- Si

Se ofrece, informa y anima al acompañante para estar presente en el parto:

- No
- Si

Confirmar que la mujer y/o el acompañante han sido informados sobre los signos de alarma ante los que pedir ayuda:

- No
- Si

Señalar cuales conocen:  
 Sangrado  
 Sensación de urgencia de pujar  
 Intenso dolor abdominal  
 Disminución de movimientos fetales  
 Intenso dolor de cabeza  
 Alteraciones visuales  
 Pérdida de líquido trans-vaginal  
 Alteraciones cognitivas

¿Se permite la ingesta de líquido durante el trabajo de parto?

- No
- Si

¿Se permite posición libre para el parto?

- No
- Si

Completado por: Nombre \_\_\_\_\_  
 Cargo/Puesto \_\_\_\_\_

# LISTA DE VERIFICACIÓN DE PARTO SEGURO PARA MÉXICO - EDICION PILOTO



Justo antes de pujar (o de cesárea)	MADRE
<b>¿Presenta la madre indicación de cesárea?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Se realiza segunda opinión y señalar la causa: <input type="checkbox"/> 2 cesáreas previas <input type="checkbox"/> situación transversa <input type="checkbox"/> embarazo gemelar <input type="checkbox"/> presentación pélvica <input type="checkbox"/> cardiopatía clase III y IV <input type="checkbox"/> hidrocefalia fetal <input type="checkbox"/> antecedente de cirugía uterina <input type="checkbox"/> tumor que obstruya el canal de parto <input type="checkbox"/> desprendimiento prematuro de placenta normoinsera <input type="checkbox"/> producto óbito mayor de 30 SDG en paciente sin trabajo de parto por más de 24 horas. <input type="checkbox"/> placenta previa total <input type="checkbox"/> cerclaje vía abdominal <input type="checkbox"/> macrosomía <input type="checkbox"/> estado fetal inestable <input type="checkbox"/> malformaciones fetales <input type="checkbox"/> herpes genital activo <input type="checkbox"/> VIH
<b>¿Presenta la madre indicación de parto instrumentado?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Señalar la causa: <input type="checkbox"/> cesárea previa <input type="checkbox"/> expulsivo con inestabilidad fetal <input type="checkbox"/> cardiopatía materna <input type="checkbox"/> agotamiento materno <input type="checkbox"/> Otra _____
<b>¿Presenta la madre indicación de episiotomía?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Causa _____
<b>¿Necesita la madre comenzar tratamiento con...?</b> <i>Antibióticos</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, administrado	Señalar la causa: <input type="checkbox"/> Temperatura > 38° <input type="checkbox"/> Ruptura de membrana > 18 horas <input type="checkbox"/> Flujo con olor desagradable <input type="checkbox"/> En el trabajo de parto > 24 horas <input type="checkbox"/> Inicio de cesárea <input type="checkbox"/> Otras _____
<i>Antihipertensivo</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Nombre del medicamento _____
<i>Sulfato de magnesio</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, administrado	Señalar la causa: <input type="checkbox"/> Presión diastólica $\geq 110$ mm/Hg y 3+ proteinuria <input type="checkbox"/> Presión diastólica $\geq 90$ mm/Hg, 2+ proteinuria, y cualquiera de: cefalea severa o visión borrosa <input type="checkbox"/> Dolor epigástrico (descartar hematoma hepático no roto) <input type="checkbox"/> Excepción: Insuficiencia renal, lesión miocárdica, bloqueo cardíaco, miastenia gravis. <input type="checkbox"/> Otros _____
<b>Disponibilidad de insumos para atención de la madre inmediatamente antes del parto:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Guantes <input type="checkbox"/> Uterotónico: Oxitocina 10 IU en jeringa <input type="checkbox"/> Jabón y agua limpia <input type="checkbox"/> 2 pinzas de anillos
<b>¿Se ha identificado a un asistente para el parto y está informado de que debe estar listo para prestar ayuda en cualquier momento del parto?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Nombre _____
<b>Completado por:</b> Nombre _____ Cargo/Puesto _____	

Justo después de dar a luz (durante la primera hora posterior al parto)	MADRE
<b>Atención a la madre inmediatamente después del nacimiento:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Descartar presencia de un segundo producto <input type="checkbox"/> Administración de Oxitocina en el primer minuto <input type="checkbox"/> Controlar tracción del cordón umbilical para la extracción de la placenta <input type="checkbox"/> Masaje de útero después de extraer la placenta
<b>¿Está la madre sangrando demasiado?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, pedir ayuda	Acciones en post parto si hay hemorragia $\geq 500$ mL, o si $\geq 250$ mL y anemia severa: <input type="checkbox"/> Masaje al útero <input type="checkbox"/> Iniciar vía intravenosa <input type="checkbox"/> Considerar uterotónico adicional <input type="checkbox"/> Activar equipo de respuesta rápida para emergencias obstétricas <input type="checkbox"/> Tratar la causa
<b>¿Necesita la madre comenzar tratamiento con?</b> <i>Antibióticos</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Causa _____
<i>Antihipertensivo</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Nombre del medicamento _____
<i>Sulfato de magnesio</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, administrado	En este caso señalar la causa: <input type="checkbox"/> Presión diastólica $\geq 110$ mm/Hg y 3+ proteinuria <input type="checkbox"/> Presión diastólica $\geq 90$ mm/Hg, 2+ proteinuria, y cualquiera de: cefalea severa o visión borrosa <input type="checkbox"/> Dolor epigástrico (descartar hematoma hepático no roto) <input type="checkbox"/> Excepción: Insuficiencia renal, lesión miocárdica, bloqueo cardíaco, miastenia gravis. <input type="checkbox"/> Otros _____
<b>Confirmar que la mujer y/o el acompañante han sido informados de los signos de alarma ante los que pedir ayuda</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Señalar cuales conocen: <input type="checkbox"/> Sangrado <input type="checkbox"/> Fuerte dolor abdominal <input type="checkbox"/> Fuerte dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Alteraciones visuales <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Dificultad para vaciar la vejiga <input type="checkbox"/> Fiebre y/o escalofríos
<b>Completado por:</b> Nombre _____ Cargo/Puesto _____	

**Antes del egreso / Alta**

**MADRE**

**¿Está el sangrado de la madre controlado?**

- No: tratar y diferir el alta
- Si

**¿Necesita la madre comenzar tratamiento con antibióticos?**

- No
- Si, administrado

Señalar la causa:

- Temperatura >38° C y: escalofrío o flujo con olor desagradable o bajo tono/distensión abdominal
- Otras \_\_\_\_\_

**¿Se le ha ofrecido a la madre información sobre planificación familiar antes de su egreso?**

- No: dar orientación y consejería
- Si

**Confirmar que la mujer y/o el acompañante han sido informados de los signos de alarma ante los que pedir ayuda:**

- No
- Si, administrado

Señalar cuales:

- Sangrado
- Alteración del estado de conciencia
- Dolor abdominal intenso
- Alteraciones visuales
- Dolor de cabeza intenso
- Dificultad respiratoria
- Dificultad para vaciar la vejiga
- Fiebre y/o escalofríos

**Si la madre es VIH + ¿madre y recién nacido tienen antirretrovirales para el tratamiento completo (1 mes el recién nacido y la madre continuación con su seguimiento)?**

- No
- Si, administrado

**¿Se ha organizado y acordado el seguimiento de la madre y el RN?**

- No
- Si

**Completado por:** Nombre \_\_\_\_\_  
Cargo/Puesto \_\_\_\_\_



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



**Hospital General de Toluca Dr. Nicolás San Juan**  
**Hospital General de Ecatepec Dr. José María Rodríguez**



SECRETARÍA DE  
SALUD



**Hospital Obstétrico de Pachuca**  
**Hospital General de Tula**



INSTITUTO NACIONAL  
DE PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES



Instituto Nacional  
de Salud Pública



CONACYT  
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



Organización  
Mundial de la Salud



**LISTA DE VERIFICACIÓN  
DE PARTO SEGURO**

Folio \_\_\_\_\_

**RECIÉN NACIDO**

Nombre	
Edad gestacional al nacimiento	
Peso al nacer	
Longitud al nacer	
Apgar 1	Apgar 5

**MADRE**

Nº de expediente clínico	
Nombre	

**MOTIVO DE EGRESO**

Referencia   
  Alta   
  Muerte

**Justo antes de pujar (o de cesárea) RECIÉN NACIDO**

**Disponibilidad de insumos para atención del recién nacido:**

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Toallas limpias <input type="checkbox"/> Tijera para corte de cordón <input type="checkbox"/> Perilla de succión <input type="checkbox"/> Vitamina K <input type="checkbox"/> Profilaxis oftálmica <input type="checkbox"/> Equipo de canalización <input type="checkbox"/> Laringoscopio <input type="checkbox"/> Cinta/pinza para cordón umbilical <input type="checkbox"/> Fuente de O <sub>2</sub> y aspiración <input type="checkbox"/> Adrenalina <input type="checkbox"/> Cánulas de intubación endotraqueal <input type="checkbox"/> Solución salina <input type="checkbox"/> Solución glucosada <input type="checkbox"/> Mascarilla y bolsa para ventilación (ambú)
------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**¿Está presente algún profesional con capacitación actualizada en reanimación neonatal?**

No   
  Si

Nombre \_\_\_\_\_

**Completado por:** Nombre \_\_\_\_\_  
 Cargo/Puesto \_\_\_\_\_

# LISTA DE VERIFICACIÓN DE PARTO SEGURO PARA MÉXICO - EDICION PILOTO

**Justo después de dar a luz  
(durante la primera hora posterior al parto)**

**RECIÉN NACIDO**

**Cuidado del recién nacido:**

*Secar al recién nacido*

- No
- Si

*Mantenerlo caliente*

- No
- Si

*Vitamina K*

- No
- Si

*Profilaxis oftálmica.*

- No
- Si

*Pinzamiento tardío de cordón umbilical*

- No
- Si

Causa \_\_\_\_\_

*¿Se comienza con el contacto piel con piel?*

- No
- Si

Causa \_\_\_\_\_

*¿Se comienza con lactancia materna?*

- No
- Si

Causa \_\_\_\_\_

**¿Necesita el recién nacido cuidado especial y monitorización?**

- No
- Si, administrado

- Señalar la causa:
- Requirió reanimación
  - Nacimiento más de un mes antes
  - Hipoglucemia
  - Necesidad de antibiótico
  - Dificultad respiratoria
  - Peso <2500 gramos

**Justo después de dar a luz  
(durante la primera hora posterior al parto)**

**RECIÉN NACIDO**

**¿Existe necesidad de referencia del recién nacido a unidad de cuidados especiales?**

- No
- Si, organizado

Señalar la causa:

- Sospecha de sepsis
- Dificultad respiratoria
- Sospecha de patología neonatal (cual):  
\_\_\_\_\_

**¿Necesita el recién nacido comenzar tratamiento con antibióticos?**

- No
- Si, administrado

Señalar la causa:

- Respiración rápida (>60 respiraciones/min) o lenta (< 30/min)
- Pecho sumido, tiraje intercostal, ruido, convulsiones
- Corioamniotitis
- Movilidad escasa o nula a la estimulación
- Se le dió a la madre
- Ruptura prematura de membranas (>18 horas)
- Temperatura muy fría (<35° y no se calienta) o temperatura alta (>38° C)
- Otras: \_\_\_\_\_

**¿Necesita el recién nacido comenzar tratamiento anti-retroviral?**

- No
- Si

Administrado en las primeras 6 horas si la madre presenta VIH+.  
Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

**Confirmar que la mujer y/o el acompañante han sido informados de los signos de alarma ante los que pedir ayuda:**

- No
- Si

Señalar cuales conoce:

- Ictericia
- Fiebre
- Crisis convulsivas
- Respiración rápida o dificultad al respirar
- Extremadamente frío
- Interrupción de la correcta alimentación
- Menos actividad de lo normal

**Completado por:** Nombre \_\_\_\_\_  
Cargo/Puesto \_\_\_\_\_





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



**Hospital General de Toluca Dr. Nicolás San Juan**  
**Hospital General de Ecatepec Dr. José María Rodríguez**



SECRETARÍA DE  
SALUD



Estado Libre y Soberano  
de Hidalgo



**Hospital Obstétrico de Pachuca**  
**Hospital General de Tula**



INSTITUTO NACIONAL  
DE PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES



Instituto Nacional  
de Salud Pública



CONACYT  
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología