

Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
División de Planificación Estratégica de Salud
Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva
Programa de Salud Integral de la Mujer

GUÍAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

MANUAL PARA LA ATENCIÓN A LA MUJER EN EL PROCESO DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.



Ministerio de Salud Pública

División de Programación Estratégica en Salud
Departamento de Salud Sexual y Reproductiva

GUÍAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

MANUAL PARA LA ATENCIÓN A LA MUJER
EN EL PROCESO DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

2014

MANUAL PARA LA ATENCIÓN A LA MUJER
EN EL PROCESO DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

Ministra de Salud Pública

Dra. Susana Muñiz

Subsecretario

Dr. Leonel Briozzo

Directora General de la Salud

Dra. Marlene Sica

Subdirectora General de la Salud

Dra. Adriana Brescia

Directora División de Programación Estratégica en Salud

Dra. Ana Noble

Coordinadora Departamento de Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Leticia Rieppi

Responsable Programa de Salud Integral de la Mujer

Dr. Rafael Aguirre

PRESENTACIÓN

Con la creación del sistema nacional integrado de salud, finaliza en el 2010, la primera etapa de la reforma de la salud: la reforma estructural. Comienza en nuestro periodo de gobierno la segunda etapa de la reforma. Con la estructura creada, es el tiempo de los contenidos programáticos del sistema. Dos son las prioridades: la calidad de atención con seguridad para los pacientes y la descentralización de los servicios y gobernanza del sistema.

La construcción de un modelo de atención de salud de calidad se desarrolla en el marco indeleble del respeto y la promoción de los derechos humanos y en particular, en el tema que nos convoca en esta presentación, en la clave de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos.

En términos históricos es difícil imaginar un periodo gubernamental en el que se haya avanzado tanto en el respeto y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, desde la reglamentación de la ley de salud sexual y reproductiva (votada en 2008 y reglamentada en 2010), hasta la gratuidad en el acceso a todos los métodos anticonceptivos. Desde la incorporación a la educación formal de los derechos sexuales y reproductivos al manejo integral e integrador de la violen-

cia basada en género. Desde la despenalización del aborto a la licencia maternal extendida y la reproducción humana asistida. La clave es el de respetar y promover las decisiones libres, responsables e informadas de las ciudadanas y ciudadanos, respetar ni más ni menos que la conciencia.

En este contexto es un privilegio presentar estas guías de control del embarazo el parto y el puerperio que vienen a llenar un vacío en cuanto a la relevancia de la atención de salud, en este particular momento de la vida, que se da en el marco de la transformación profunda arriba reseñada y además en un contexto de modificaciones fundamentales de conductas obstétricas y perinatales hasta ahora indiscutibles, desde el tratamiento del parto de pre-termino hasta el diagnóstico prenatal.

Estas Guías tienen la cualidad de articular la búsqueda de la mejor evidencia disponible, con la situación real de la atención de nuestro país e incorporando los elementos bioéticos y de los determinantes sociales de la salud para una adecuada adaptación de las recomendaciones a nuestra realidad.

Una sociedad se distingue por como aborda a los sectores más vulnerables y vulnerados en sus derechos. Esto es par-

tualmente importante en el proceso reproductivo. Hoy sabemos, a la luz del conocimiento que nos brinda la epigenética, que los trastornos durante la vida fetal y la primera infancia estimularán la expresión de determinados genes que podrán en la vida adulta propiciar enfermedades crónicas, llamadas genéricamente no transmisibles, aunque hoy sabemos que son transmisibles, transmisibles por la pobreza, la marginación y la desigualdad. La lucha contra la pobreza y la desigualdad y la optimización de la atención socio sanitaria en el periodo del embarazo, parto y primera infancia, impactará entonces, no solo en la vida y la salud de ese recién nacido y su madre, sino que impactará en el futuro bienestar y felicidad de toda la sociedad. Revertir el circuito de enfermedad y pobreza es una obligación ética y

política y como dijimos, para lograrlo, la atención a la mujer durante el proceso del embarazo, parto, puerperio, lactancia y en su rol en la crianza es la clave.

De cómo cuidemos a nuestras mujeres, nuestras madres y nuestra infancia, depende la sustentabilidad de nuestro proyecto nacional. Mucho hemos hecho. Mucho queda por hacer, seguiremos avanzando en clave de derechos, con perspectiva de género y profesionalismo desde el sistema y los equipos de salud.

Esta guía es un aporte sustantivo en esa dirección

Dr. Leonel Briozzo
Subsecretario MSP

Coordinador general de la publicación:

Dr. Rafael Aguirre. PSIM.

Departamento de SSYSR. DPES. DIGESA. MSP

Equipo de Redacción:

Dra. Veronica Fiol.

OP. Fernanda Putti.

Dra. Monica Gorgoroso.

Psic. Cristina Pons.

Dr. Rafael Aguirre.

La presente guía se ha realizado con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA . En el marco del mismo se realizó un llamado abierto a consultoría técnica para el proceso de redacción. El mismo fue ganado por la ONG Iniciativas Sanitarias, siendo parte del equipo de redacción principal integrante de la misma.

Debemos agradecer, además, el aporte desinteresado y generoso de muchas personas e instituciones quienes, luego de revisar su contenido en los colectivos que representan, han participaron de actividades de revisión y validación de guía realizadas entre diciembre 2013 y abril de 2014. En dichas actividades se recibieron aportes, sugerencias y comentarios que permitieron acordar el contenido final de la guía. A continuación enumeramos los participantes de la misma, solicitando disculpas en caso de omitir alguna persona o institución involuntariamente.

Clínica Ginecotocológica A.

Facultad de Medicina UDELAR

Dra. Clínica Ginecotocológica B.

Facultad de Medicina UDELAR

Clínica Ginecotocológica C.

Facultad de Medicina UDELAR

Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria.

Facultad de Medicina UDELAR

Escuela de Parteras.

Facultad de Medicina UDELAR

Sociedad de Ginecotocológica del Uruguay - SGU

Sociedad de Ginecología del Interior - SOGIU

Asociación Obstétrica del Uruguay

Dra. Leticia Rieppi.

Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva. MSP

Dra Susana Cabrera.

Programa ITS – SIDA. MSP

Dra. Ana Visconti.

Programa ITS – SIDA. MSP

Dr. Mario Moraes.

Cátedra de Neonatología. CHPR. Facultad de Medicina. UDELAR

Dr. Francisco Coppola.

Clínica Ginecológica A. Facultad de Medicina UDELAR

Lic. Enf.

Luciana Picardo Facultad de Enfermería. UDELAR

Dra. Pilar Serra Clínica Endocrinología.

Facultad de Medicina. UDELAR

Dra. Cristina Grela.

Mecanismo de Género MSP

Dra Adriana Tiscornia.

Departamento de Hemoterapia CHPR ASSE

Prof. Dr Daniel Borbonet.

Catedra de Neonatología CHPR. Facultad de Medicina UDELAR

Agradecimientos:

Desde el Programa de Salud Integral de la Mujer deseamos agradecer a:

Mag. Valeria Ramos. UNFPA. Uruguay

Oficial Nacional de Programa UNFPA Uruguay

Analía Segovia.

Departamento. Área SSYSR. DPES MSP

PRÓLOGO

*Desde el MSP nos complace en presentar la nuevo **Manual para la Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio - 2014.***

Este nuevo manual complementa, y en gran parte sustituye, las guías publicadas en el 2007 (Normas de Atención a la Mujer Embarazada) y en el 2009 (Normas de atención a la Mujer en Proceso de Parto y Puerperio) y se enmarca en la necesidad de ajustar continuamente las prácticas de los equipos de salud a las mejores y más recientes evidencias científicas.

La reforma del sistema de Salud prioriza la prevención y la atención primaria de salud. El control del embarazo es un ejemplo paradigmático de ello. Es por ello que, para los equipos de salud, contar con una guía basada en la evidencia que realice recomendaciones de calidad, efectivas y acordadas en forma inter y multidisciplinaria es una herramienta de alto valor.

El control del embarazo busca vigilar un proceso fisiológico, para evitar complicaciones, reduciendo los factores que puedan facilitar su desarrollo y realizando un diagnóstico precoz y una atención adecuada cuando se presentan. Las principales causas del morbimortalidad materno – feto – perinatal son previsibles y pueden ser prevenibles con una atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad que permita identificar, controlar y tratar factores de riesgo y complicaciones en forma precoz.

Si bien los determinantes sociales de la salud son la clave para mejorar la salud materno perinatal, la atención prenatal se ha mostrado eficaz y eficiente a la hora de reducir la mortalidad y morbilidad materno infantil y contribuye a la salud de la mujer, su familia y la sociedad. Las intervenciones de prevención y promoción en un marco de la atención primaria de salud son intervenciones costo efectivas de gran impacto

La evidencia científica disponible muestra que existe una clara relación entre la calidad de la atención prestada a las mujeres embarazadas de una comunidad y la salud

materna y perinatal valorada luego por los índices de mortalidad materna, mortalidad perinatal, bajo peso al nacer y prematuridad.

La vigilancia de la salud de la mujer embarazada es, por tanto, una herramienta para reducir la morbi-mortalidad materno – perinatal. El 75 a 80% de la gravidez en mujeres sanas cursan sin alteraciones y no requieren cuidados específicos de salud

La presente guía tiene como objetivo revisar, actualizar y unificar los criterios de intervención según la evidencia científica actual, de tal forma que, independientemente del lugar de residencia, la mujer reciba cuidados prenatales de calidad.

El objetivo final es que las ciudadanas, sus parejas y las familias logren reproducirse en el momento que consideran oportuno con el menor riesgo, la menor morbi-mortalidad perinatal posible y la vigencia de sus derechos

Estas guías se enmarcan en el cambio del modelo de atención propuesto por la Reforma de la Salud, la salud sexual y reproductiva como un derecho humano, la humanización del proceso del nacimiento, el empoderamiento de las mujeres y su autonomía y la atención integral de la salud

Asimismo, son parte constitutiva del Plan Nacional de Salud Perinatal y Primera Infancia. Dicho Plan, constituye Política Pública en materia de atención y promoción de la salud de las mujeres embarazadas, recién nacidos y niños - niñas hasta los cinco años de vida. Contempla una serie de acciones de alcance nacional, con el fin de: salvaguardar la vida de mujeres y niños/as, disminuir la morbi-mortalidad materna, infantil y mejorar la calidad de vida, y la calidad de la atención en salud con enfoque de equidad y derechos.

Dicho plan prevé entre otras acciones la elaboración e implementación de Guías de Práctica Clínica, Protocolos de Atención y Manuales de Procedimientos orientados a disminuir la variabilidad de la práctica clínica, componente esencial en la calidad de la atención.

Desde ya agradecemos a todas las instituciones y personas que han hecho posible este manual y a todos aquellos que la consultarán en la búsqueda de la mejor atención de las mujeres.

Dr. Rafael Aguirre

Responsable Programa de Salud Integral de la Mujer
Departamento de Salud Sexual y Reproductiva
DPES – DIGESA - MSP

INTRODUCCIÓN

El embarazo, parto y puerperio son eventos que la humanidad ha vivido en forma natural desde sus inicios, sin embargo, en algunas circunstancias los procesos fisiológicos pueden verse alterados y así poner en riesgo de vida a la mujer-madre y/o al feto-recién nacido/a. Afortunadamente el conocimiento ha avanzado lo suficiente en algunas áreas por lo cual se puede prevenir, detectar y actuar en algunas situaciones desviando el camino que podría llevar a un mal resultado obstétrico-perinatal.

El equipo de salud siempre debe tener una actitud profesional, atenta, preventiva y ética. En aquellas mujeres embarazadas que no tengan factores de riesgo se minimizará el intervencionismo a aquellas situaciones imprescindibles y de comprobada efectividad.

Cuando se detecten alteraciones del proceso fisiológico que puedan poner en riesgo a la mujer o al feto/ recién nacido/a, se actuará eficientemente, con la finalidad de obtener un mejor resultado obstétrico-perinatal.

Para ambos escenarios se necesitarán equipos de salud integral compuesto por profesionales con la capacitación técnica adecuada y respetuosos de los principios bioéticos (autonomía, beneficencia, no

maleficencia y justicia), de la confidencialidad de la consulta y el secreto profesional y de los derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres que atienden, independientemente de la religión, etnia, cultura, etc. de las usuarias y de ellos mismos¹. Siempre debe ser contemplada la individualidad de cada mujer y en caso de emplear acciones diferentes a las sugeridas, se deberá explicar los motivos de dicha decisión a la mujer y registrar en la historia clínica.

Estas normas se enmarcan en el cambio de modelo de atención y relación sanitaria, la integración del derecho a la salud, la defensa y empoderamiento de la mujer sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos y el rol de los equipos de salud en el nuevo paradigma que jerarquiza al primer nivel de atención y la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Una meta prioritaria en la atención a la mujer embarazada será generar un ámbito propicio para el intercambio de información con el objetivo de empoderar a las mujeres. Esta línea de pensamiento y acciones coincide con un fuerte cambio que tiene que operarse en la relación equipos de salud – mujer usuaria, para pasar de una relación de tipo técnica a otra donde

se jerarquiza el principio bioético de autonomía y la atención a la integralidad de la persona implicada.

OBJETIVO

El objetivo de este manual es brindar herramientas a los equipos de salud, para la atención integral de la mujer durante el proceso del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, y así garantizar los mejores resultados para su salud y la del recién nacido.

A su vez, se incluyen referencias a prácticas habituales que no están recomendadas y deben ser abandonadas

FUNDAMENTOS DEL MANUAL

Se brindará una atención integral, calificada y basada en principios éticos en todo el proceso de la gestación. Ello implica que la mujer sea valorada en aspectos biológicos, físicos, psicológicos, educacionales, sociales, culturales, religiosos, etc., atendida y comprendida según sus circunstancias y necesidades.

La mujer es el centro del proceso asistencial y deberá estar informada del proceso que está viviendo, las mejores prácticas de salud durante este período para ella y el feto y consentir los tratamientos y procedimientos, teniendo amplia participación en la toma de decisiones.

La atención del proceso del parto debe ser realizada en forma interdisciplinaria entre todos los integrantes del equipo de salud, valorizando y respetando cada

área de acción. Esta atención deberá ser respetuosa de los procesos fisiológicos minimizando el intervencionismo a aquellas acciones de beneficio comprobado.

Las instituciones deberán garantizar la continuidad del cuidado de las mujeres durante el proceso del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio con los más altos niveles de calidad adecuados a sus potencialidades y tener espacios de revisión, actualización y educación continua.

El equipo de salud debe recibir permanente capacitación sobre las actualizaciones en la atención del embarazo, trabajo de parto, parto, puerperio, amamantamiento y anticoncepción (incluyendo post evento obstétrico) basadas en las mejores evidencias científicas y el respeto de los derechos de la mujer, del feto y del recién nacido.

METODOLOGIA

El proceso de revisión de las “Normas de atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio” tuvo como objetivo principal realizar una actualización de las recomendaciones vinculadas a la temática en base a la mejor evidencia disponible. En primer lugar se realizó la integración de las 2 guías existentes (“Normas de atención a la mujer durante el embarazo” y “Normas de atención en parto y puerperio”) en una única guía común. En segundo lugar se realizó la incorporación de nuevas recomendaciones nacionales y normativas sanitarias vigentes de forma de evitar potenciales contradicciones en-

tre las mismas. Finalmente, mediante una revisión no sistemática de la evidencia disponible, se realizó una adaptación de guías y pautas internacionales al contexto local. El resultado es un documento que pretende servir como un manual práctico de consulta para aquellos profesionales y equipos de salud que cumplen un rol primordial en el acompañamiento y cuidado de las mujeres y sus familias en el proceso del embarazo y parto.

PRINCIPIOS DE LA OMS PARA EL CUIDADO PERINATAL

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)² y la medicina basada en la evidencia reconocen que se continúa practicando algunas acciones inapropiadas de cuidado perinatal y uso de tecnologías. Por este motivo, han sido identificados una serie de principios acerca del cuidado de la mujer embarazada en proceso de parto y se han desarrollado materiales educativos para facilitar la implementación de los mismos por parte de la Oficina Regional de la OMS en Europa.

Esta Oficina Regional de la OMS propone 10 principios que deberían ser considerados en el cuidado del embarazo parto y puerperio, que son:

1. No medicalizar, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando el mínimo de intervenciones que sean necesarias y aplicando la menor tecnología posible.
2. Basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o superiores.
3. Dirigido por la medicina basada en la evidencia, lo que implica tomar decisiones basadas en conocimientos avalados por la mejor evidencia científica disponible y por metaanálisis de estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
4. Regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidados secundarios y terciarios de mayor complejidad.
5. Multidisciplinario, con la participación de integrantes del equipo de salud como enfermeras, obstetras parteras, ginecotólogos, neonatólogos y la persona que la mujer elija para acompañarla (familiares, doulas, etc.).
6. Integral debiendo tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus hijos y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Centrado en las mujeres y sus familias, dirigido hacia las necesidades de la mujer, su hijo y su pareja.

8. Apropiado, respetando la pluralidad y las diferentes pautas culturales.
9. Inclusivo, con la toma de decisión informada de las mujeres.
10. Respetuoso de la privacidad del cuerpo, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos principios aseguran fuertemente la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado integral perinatal de la mujer y de quien nace.

MARCO LEGAL Y NORMATIVO

1. Ley 16104, Lactancia. 2 descansos de media hora durante un lapso fijado por el Instituto Nacional del Menor a través de sus servicios médicos
2. Ley 17215, Gravidéz y cambio de tarea. Toda trabajadora pública o privada que se encuentre en estado de gravidéz o en período de lactancia tendrá derecho a obtener un cambio temporario de las actividades que desempeña, si las mismas, por su naturaleza o por las condiciones en que se llevan a cabo, pudieren afectar la salud de la progeñitoria o del hijo
3. Ley 11577, Prohibición de despido- Decreto Ley 8950. Se prohíbe el despido de la trabajadora grávida o que ha dado a luz. Obligación de conservar el puesto de trabajo, si retorna en condiciones normales. En caso de despido: indemnización especial de 6 meses de sueldo acumulable a la común.

4. Ley 16045, Prohíbe suspensión y despido por motivo de embarazo o lactancia.
5. Ley 17386, Ley de acompañamiento al parto y nacimiento. Toda gestante tendrá derecho a ser acompañada durante el trabajo de parto y parto (vaginal o cesárea) por su pareja o por quien ella elija.
6. Ley 17514, Ley Violencia Doméstica. Ley orientada a la prevención, detección temprana, atención y erradicación de la VD
7. Ley 17930, Los padres del sector público tienen derecho a una licencia por paternidad de 10 días hábiles a partir del día del nacimiento.
8. Ley 18211, Ley Sistema Nacional Integrado de Salud. Reglamenta “el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud”. Principios rectores: intersectorialidad, cobertura universal, accesibilidad y sustentabilidad de los servicios, orientación preventiva, integral y de contenido humanista
9. Ley 18345, Trabajadores de la actividad privada. Los padres varones del sector privado tienen derecho a una licencia que comprende el día del nacimiento y los 2 días siguientes al mismo.
10. Ley 18426, Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. El estado se asume como garante de

las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, promoviendo políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñando programas y organizando los servicios para desarrollarlos. En su artículo 6° prevé “las creación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos”

11. Ley 18987 Ley Interrupción Voluntaria del Embarazo. Establece que las mujeres que cursan un embarazo no deseado-no aceptado pueden solicitar la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Establece los requisitos y el procedimiento para acceder a este servicio
12. Ley 19.161. Licencia por maternidad y paternidad. La mujer embarazada deberá cesar todo trabajo 6 semanas antes de la fecha probable del parto. Su reintegro laboral será 8 semanas posteriores al parto. Las usuarias autorizadas por BPS podrán variar estos períodos. Actividad compensada por paternidad: 3 días continuos a partir del día del parto, periodo que se incrementa a 7 días a partir del 1º/1/2015 y a 10 días a partir del 1º/1/2016
13. Ley 19.167 de Regulación de técnicas de Reproducción Humana Asistida.

NORMATIVAS SANITARIAS VIGENTES

Disponibles en www.msp.gub.uy/ Materiales Educativos de Salud

Pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico de ITS. Programa Prioritario ITS/VIH/SIDA. 2005

Guías de vigilancia epidemiológica. Unidad de Vigilancia en Salud Pública. Departamento de Epidemiología. 2006

Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guías de procedimientos en el primer nivel de atención de salud. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. 2007

Protocolo de evaluación paraclínica y tratamiento farmacológico del consumo problemático y la dependencia de sustancias psicoactivas. Orientado a técnicos de atención primaria de salud. Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas. 2007

Guías de abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Programa Nacional de la Salud Adolescente. 2010

Ordenanza Ministerial 99/11. Recomendación para la 1. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hemolítica feto-neonatal en la gestación y 2. Inmunoprofilaxis anti D. MSP, Febrero 2011.

Ordenanza Ministerial 693/12. Documento Técnico de Maternidades. MSP, 2012.

Ordenanza Ministerial 447/12. Control de embarazo e ITS. Protocolo de inter-

vención ante el mal control de embarazo. MSP. Agosto, 2012.

Ordenanza Ministerial 367/13. Inclusión de auditoria obligatoria casos mujeres embarazadas con infección VIH. Junio, 2013

Formulario oficial de auditoria de sífilis gestacional y congénita. MSP. Área Salud Sexual y Reproductiva. Programa Salud Integral de la Mujer. Programa Nacional ITS/VIH-SIDA. 2013

Instructivo del Formulario oficial de auditoria de sífilis gestacional y congénita. 2013

Formulario oficial de auditoria de mujeres embarazadas con infección VIH. MSP. Área Salud Sexual y Reproductiva. Programa Salud Integral de la Mujer. Programa Nacional ITS/VIH-SIDA. 2013.

Instructivo del Formulario de auditoria de mujeres embarazadas con infección VIH. 2013.

Programa Nacional Prioritario de Nutrición 2005-2009. MSP. DIGESA.

Guías en salud sexual y reproductiva. Capítulo: Anticoncepción. Métodos reversibles e irreversibles. MSP. Área Salud Sexual y Reproductiva. 2013.

Guía Clínica para la eliminación de la Sífilis Congénita y transmisión vertical del VIH. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud Departamento de Programación Estratégica en Salud. Área Salud Sexual y Reproductiva. 2013.

Guía de VIH: Diagnóstico, tratamiento antirretroviral y monitorización para adultos, mujeres embarazadas y pediatría. MSP 2013.

Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la deficiencia de hierro. MSP 2014.

INDICE

Capítulo I. Educación de la mujer embarazada

| | |
|---|----|
| Objetivos de la educación durante el embarazo | 23 |
| Implementación de las instancias de educación | 23 |
| Contenidos educativos recomendados para la mujer gestante | 24 |

Capítulo II. Atención durante el embarazo

| | |
|---|----|
| 1. Consulta previa a la gestación | 27 |
| 2. Seguimiento de la mujer que cursa embarazo sin patologías | 29 |
| Objetivos del control y seguimiento de la mujer embarazada | 29 |
| ¿Qué profesional lo puede hacer? | 29 |
| Ambiente físico adecuado | 29 |
| Frecuencia de las consultas | 30 |
| Estrategias de intervención ante el mal control del embarazo o no concurencia a las consultas de control | 30 |
| 3. Primera consulta | 32 |
| Acciones generales | 33 |
| Acciones específicas | 33 |
| Detección de Factores de Riesgo para patologías obstétricas específicas | 35 |
| Tamizaje paraclínico | 37 |
| Primera rutina: acciones específicas ante resultados paraclínicos | 38 |
| 4. Consultas subsiguientes | 43 |
| Primer trimestre | 43 |
| Acciones generales | 43 |
| Acciones específicas | 43 |
| Acciones educativas | 43 |
| Solicitud de paraclínica | 44 |
| Acciones específicas ante resultados paraclínicos en el segundo trimestre | 44 |
| Segundo trimestre | 44 |
| Acciones generales | 44 |
| Acciones específicas | 44 |
| Acciones educativas | 45 |

| | |
|--|----|
| Solicitud de paraclínica. | 45 |
| Acciones específicas ante resultados paraclínicos en el segundo trimestre | 46 |
| Tercer trimestre | 48 |
| Acciones generales | 48 |
| Acciones específicas. | 48 |
| Acciones educativas | 48 |
| Solicitud de paraclínica. | 48 |
| Acciones específicas ante resultados paraclínicos en el tercer trimestre | 49 |
| Embarazo de 41 semanas | 52 |
| 5. Diagnóstico de complicaciones durante el embarazo y acciones específicas iniciales. | 56 |
| Amenaza de parto de pretérmino. | 56 |
| Rotura Prematura de membranas ovulares | 57 |
| Estados Hipertensivos del Embarazo. | 57 |
| Diabetes gestacional | 60 |
| Diagnóstico de Sífilis | 62 |
| Diagnóstico de infección por VIH. | 63 |
| Infecciones genitales bajas | 66 |

Capítulo III: Atención de la mujer durante el trabajo de parto y parto

| | |
|---|----|
| ¿Dónde debe controlarse y asistirse un trabajo de parto y parto? | 69 |
| ¿Quién puede controlar y asistir a una mujer en proceso de parto? . . . | 72 |
| 1. El período de preparto | 73 |
| a. Objetivos de la atención durante el período de preparto. | 73 |
| b. Acciones generales | 73 |
| c. Acciones específicas | 74 |
| d. El embarazo sin control adecuado en cantidad y calidad durante el preparto | 74 |
| 2. El trabajo de parto y parto | 75 |
| a. Objetivos de la atención durante el trabajo de parto. | 75 |
| b. Acciones generales al ingreso de la mujer en trabajo de parto . 75 | |
| Intervenciones recomendadas según la estrategia de medicina basada en la evidencia. | 75 |
| Acompañamiento durante el trabajo de parto. | 75 |
| Higiene vulvo perineal. | 76 |

| | |
|--|----|
| Alimentación | 76 |
| Estado afectivo de la mujer | 76 |
| La rotura de las membranas ovulares | 77 |
| Inducción y conducción farmacológica del trabajo de parto | 77 |
| Analgostesia | 78 |
| Intervenciones NO recomendadas según la estrategia de medicina basada en la evidencia. | 80 |
| 3. Situaciones especiales | 81 |
| a. Asistencia a las mujeres embarazadas con infección por VIH. | 81 |
| b. La mujer con Estreptococo del grupo B positivo | 83 |
| 4. Acciones específicas en cada etapa del trabajo de parto | 83 |
| El período dilatante | 83 |
| Objetivos de la atención en el período dilatante | 83 |
| Controles a realizar en el período dilatante | 83 |
| Líquido amniótico meconial | 84 |
| Vigilancia fetal intraparto | 84 |
| El período expulsivo | 85 |
| Objetivos de la atención en el período expulsivo | 85 |
| Controles a realizar en el período expulsivo | 85 |
| El parto | 86 |
| Situaciones espaciales. | 88 |
| Parto instrumental. | 88 |
| Distocia de hombros | 89 |
| El alumbramiento. | 89 |
| La cesárea | 91 |
| Parto vaginal después de una cesárea anterior | 92 |
| Anticoncepción post evento obstétrico | 92 |
| 5. Recepción del/la recién nacido/a | 93 |
| Atención en sala de partos | 93 |
| Atención en sala de recepción | 94 |
| AIEPI neonatal | 98 |

Capítulo IV: Atención durante el puerperio

| | |
|---|-----|
| IV.I Acciones específicas en cada período puerperal | 101 |
| a. Puerperio inmediato | 101 |
| Las primeras dos horas | 101 |

| | |
|--|------|
| Manejo del dolor | .102 |
| Deambulaci3n | .102 |
| Hidrataci3n y alimentaci3n | .102 |
| Higiene perineal y general | .103 |
| Episiorrafia | .103 |
| Loquios e involuci3n uterina | .103 |
| Transito urinario | .103 |
| Transito digestivo bajo | .103 |
| Control de las mamas | .103 |
| Promoci3n del contacto mujer-hijo/a y del amamantamiento | .104 |
| Valoraci3n del estado emocional | .104 |
| Prevenci3n de la Aloimmunizaci3n Rh. | .105 |
| El alta hospitalaria. | .105 |
| b. Puerperio precoz y tardío | .105 |
| Seguimiento y prevenci3n de infecciones. | .106 |
| Sexualidad | .106 |
| M3todos anticonceptivos reversibles | .107 |

Capítulo V: Traslados perinatales

| | |
|--|------|
| 4 situaciones o escenarios en los que est3 indicado el traslado perinatal | .111 |
| Indicaciones de traslado in-3tero | .113 |
| Emergencias obst3tricas que contraindican el traslado in-3tero en la mujer embarazada. | .113 |

ANEXOS

| | |
|--|-----------|
| I. Partograma CLAP. | |
| II. Historia Cl3nica Sistema inform3tico perinatal. | |
| III. Ordenanza ministerial 447/12. Control de embarazo e ITS. Protocolo de intervenci3n ante el mal control de embarazo. MSP. Agosto, 2012. | |
| IV. Ordenanza 367/13. Inclusi3n de auditoria obligatoria casos mujeres embarazadas con infecci3n VIH. | |
| V. Formulario oficial de auditoria de s3filis gestacional y cong3nita | |
| VI. Formulario oficial de auditoria de mujeres embarazadas con infecci3n VIH | |
| VII. Meta 1 de Metas Asistenciales | |
| VIII. Ordenanza Ministerial 99/11. Recomendaci3n para la 1. Prevenci3n, diagn3stico y tratamiento de la enfermedad hemol3tica feto-neonatal en la gestaci3n y 2. Inmunoprofilaxis anti D. MSP, Febrero 2011. | |

CAPÍTULO I

ORIENTACION PARA LA MUJER EMBARAZADA

Es indiscutible la importancia de la orientación y acompañamiento a la mujer y su pareja y/o familia durante la planificación del embarazo, el embarazo, parto y puerperio, por lo que esta estrategia se alentará en todo lugar donde concurren las mujeres en dicho proceso.

Los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales juegan un rol preponderante en la salud de las mujeres gestantes y en los resultados maternos y perinatales.

Contar con información adecuada, brindada por un profesional especializado en la temática, de acuerdo a la etapa del embarazo que esté transitando, puede repercutir en una disminución de riesgos y complicaciones.

La participación de la pareja, familiares o acompañantes durante la gestación, nacimiento y puerperio debe ser considerada y promovida por el equipo de salud.

Objetivos de la orientación durante el embarazo:

- Informar a la mujer y pareja o acompañante acerca de sus derechos y responsabilidades.
- Transmitir la importancia de la adquisición de comportamientos y conductas

preventivas con la finalidad de disminuir la aparición de complicaciones.

- Informar sobre sintomatología que responde a condiciones fisiológicas, lo que podría disminuir la ansiedad, angustia y consultas innecesarias.
- Informar sobre cambios psicológicos y emocionales esperables durante el embarazo, parto y puerperio.
- Informar sobre sintomatología que podría corresponder a condiciones patológicas, lo que promoverá la consulta precoz y oportuna.

Implementación de las instancias de orientación:

Los servicios donde se atienden mujeres embarazadas deberán garantizar los recursos humanos y materiales necesarios para brindar espacios de educación participativa, que incluyan temas de interés para las mujeres y sus parejas u otro acompañante. La función de los mismos será brindar una adecuada preparación e información a la mujer y su familia. Estas instancias participativas deberán estar centradas y adaptarse a cada mujer, pareja y familia, habilitando la expresión de necesidades, dudas, experiencias y temores.

La mujer gestante, decidirá cuándo iniciará su preparación para la maternidad, y

será el personal de salud el encargado de informarle sobre su derecho y posibilidad de participar de dichos espacios educativos, así como de cuáles son los beneficios de los mismos.

Es fundamental que la orientación y acompañamiento se realice principalmente en 2 ámbitos:

- En las consultas de control del embarazo.
- En las clases de preparación para la Maternidad y Paternidad.

Se deberá formar un equipo básico de Obstetra Partera y Psicóloga/o para la preparación para la maternidad y paternidad. El mismo será coordinado por el profesional mejor capacitado dentro de la institución. Este equipo podrá contar con otros profesionales especializados en la temática como Lic. en enfermería, nutricionista, odontólogo/a, médico/a, entre otros.

Este equipo será el encargado de brindar apoyo y sostén, además de las herramientas educativas necesarias para llevar adelante estos procesos.

Contenidos recomendados para la orientación de la mujer gestante:

- Autocuidado en salud
- Cambios del cuerpo durante la gestación
- Síntomas y signos fisiológicos y patológicos de cada trimestre (vómitos, estreñimiento, hemorroides)
- Alimentación durante el embarazo y lactancia, basado las guías alimenta-

rias de MSP. Suplementos de ácido fólico y Hierro según normas MSP.

- Desarrollo fetal
- Importancia de prevención de la aloimmunización anti D en grupo de mujeres Rh Negativo.
- Cambios emocionales en las diferentes etapas. Sentimientos contradictorios, incertidumbres y miedos.
- Salud bucal, prevención de infecciones dentarias e higiene
- Prevención de violencia doméstica, ya que en un 25% de los casos, los malos tratos comienzan en el primer trimestre¹
- Sexualidad
- Motivos de consulta, señales de alarma y consulta inmediata
- Parto, trabajo de parto, parto, cesárea, nacimiento
- Puerperio, cambios físicos y emocionales.
- Métodos anticonceptivos
- Lactancia.
- Cuidados del recién nacido
- Preparación física para el embarazo, parto y recuperación post parto

¹ Encuesta de Prevalencia de Violencia Doméstica en los servicios de salud Realizada en el marco del "Programa Integral de lucha contra la Violencia de Género". MSP. INMujeres. Ministerio del Interior. Poder Judicial. Trabajo de campo: FMed. INE. MSP. Mayo, 2013

- Información de leyes que protegen a la embarazada, acompañamiento y lactancia
- Consumo de sustancias psicoactivas y problemáticas.
- Orientación para la prevención de ITS-Sida y consejería y entrega de preservativos.

Existe suficiente evidencia para informar a la mujer sobre:

- Continuar con su actividad laboral, salvo que su trabajo presente condiciones de riesgo para el embarazo³.
- Informar que el suplemento de Vitamina A mayor de 700 mcg/día puede ser teratogénico y debe ser evitado. Estas cantidades pueden ser encontradas en ciertos alimentos como por ejemplo el hígado, por lo cual este alimento se desaconseja durante el embarazo.⁴
- Informar que no existe evidencia científica para recomendar el suplemento de vitamina A⁵, B6⁶, C⁷, D⁸ y E⁹ durante el embarazo normal.
- La prescripción de fármacos durante el embarazo debe minimizarse y limitada a aquellas circunstancias en que los beneficios superen los perjuicios, fundamentalmente en las primeras 12 semanas de embarazo.¹⁰
- Comenzar o continuar ejercicios físicos recreativos no se asocia a resultados adversos. Los deportes de contacto, competitivos y excesivos pueden ser perjudiciales.¹¹
- El tabaquismo¹² y el consumo de marihuana¹³ se ha asociado a malos resultados perinatales.
- El consumo de alcohol¹⁴, cocaína y pasta base se vincula con malos resultados perinatales. Existe un grupo de mujeres no identificables previamente, en que la afectación fetal es independiente de la cantidad de alcohol consumida.¹⁵
- Los viajes en avión prolongados se asocian a trombosis venosa de MMII, por lo que se aconseja el uso de medias compresivas.¹⁶
- El uso de cinturón de seguridad debe ser de tres puntas y debe ubicarse por encima y debajo del abdomen a partir de la mitad del embarazo.¹⁷
- Es común un aumento fisiológico del flujo vaginal. Si este tiene mal olor, no es transparente, causa prurito y/o ardor vulvar y/o presenta disuria, puede corresponder a un cuadro infeccioso.

Participación comunitaria

Los servicios de salud del primer nivel de atención, estimularán la participación comunitaria, propiciando los espacios de reunión, el diálogo, y la toma de decisiones en conjunto con la comunidad, otras instituciones locales y los referentes comunitarios. El fin es impactar positivamente en los problemas de salud colectivos, definiendo las acciones necesarias para garantizar la calidad de la atención, en esta oportunidad, de las embarazadas

y sus familias; desde una perspectiva de derechos, integral y adecuada a las necesidades.

El trabajo puede hacerse con líderes comunitarios, agentes comunitarios, usuarios y usuarias, que reciban capacitación sobre el tema, que estén motivados y actúen con responsabilidad; generando las transformaciones y acciones destinadas a obtener los objetivos propuestos.

En las embarazadas las acciones estarán destinadas a estimular un adecuado control, captación, educación y seguimiento, definiendo las estrategias que permitan lograr los objetivos planteados, actuando sobre los aspectos individuales, familiares, comunitarios e interinstitucionales.

CAPÍTULO II EMBARAZO

1. CONSULTA PREVIA A LA GESTACIÓN

Lo recomendable es que aquella mujer y su pareja que planean un embarazo acudan a consulta antes de la gestación. En esta consulta se realizará una anamnesis completa y examen físico general, dirigidos a la identificación de condiciones que podrían favorecer la aparición de patologías en el embarazo parto y/o puerperio y/o identificación de mujeres que necesitarán cuidados adicionales.

Se interrogará sobre su status con respecto a la Rubéola, vigencia de la vacuna antitetánica (VAT), VIH-Sida y Sífilis, enfermedad de Chagas, enfermedades crónicas, sustancias adictivas, violencia doméstica y uso de medicaciones en forma habitual.

Se solicitarán los siguientes exámenes paraclínicos: hemograma, glicemia, toxoplasmosis, VIH y VDRL-RPR.

- En caso de anemia (valores de hemoglobina < 12 g/dL – hematocrito $< 36\%$) indicar suplemento diario con 60 mg de hierro elemental.
- De no haber sido vacunada contra la Rubéola, o tener la VAT no vigente, este es un buen momento para recibir la inmunización correspondiente. Con respecto a la Rubéola, es conveniente que exista un mes libre entre vacunación y el inicio del embarazo; en el caso accidental de que la mujer haya quedado embarazada antes de ese lapso no está indicada la interrupción del mismo (las evidencias científicas con las nuevas cepas, así lo aconsejan)¹. Esta situación es muy poco frecuente ya que la vacunación se realiza desde el año 1984 en forma obligatoria en la niñez, con un porcentaje mayor al 95% de cobertura (e inclusive desde el año 1992 se indica una nueva dosis a los cinco años). Solamente se solicitará anticuerpos anti-rubéola en caso de contacto durante el embarazo o las semanas previas al mismo en una mujer embarazada que no tenga el carné de vacunación o que no haya sido vacunada.
- De ser Toxoplasmosis IgG negativo, se informará sobre medidas de protección para prevenir el contagio durante el embarazo (ver más adelante).
- En Uruguay, desde 1997 la transmisión vectorial de *Trypanosoma Cruzi* se encuentra interrumpida, no regis-

- trándose nuevos casos agudos por esta vía desde 1984. Bajo estas condiciones, la única vía posible de contagio de la enfermedad de Chagas en nuestro país es la vertical (la transfusional se encuentra controlada por la obligatoriedad del control de sangre a transfundir). Por lo tanto, toda mujer que tenga una constancia de ser negativa (posterior al año 1984), no se le volverá a solicitar este examen. Toda mujer que no se le haya investigado la posibilidad de ser positiva, se le solicitará este examen (y no se volverá a solicitarlo en el futuro).
- En el caso de tener un VDRL-RPR y/o VIH positivo se aplicarán los procedimientos correspondientes según la Guía Clínica para la eliminación de la Sífilis Congénita y transmisión vertical del VIH del MSP (2013).²
 - De presentar patologías crónicas conocidas (diabetes, hipertensión arterial, patologías autoinmunes, etc.) se deberá realizar la interconsulta con el especialista correspondiente afín de planificar el momento oportuno del embarazo.
 - Se valorará vigencia de la colpocitología oncológica³
 - Se controlará la presión arterial en condiciones basales para la identificación de Hipertensión Arterial Crónica.
 - Se dejará constancia del peso y talla.
 - Se recomendará el uso de suplemento de ácido fólico (0,4 a 1 mg/día) desde antes del embarazo hasta las 12-14 semanas para la prevención de anomalías del tubo neural⁴. Se indicarán 4 mg/día en aquellas mujeres con antecedentes de defectos del tubo neural en gestaciones anteriores.
 - Se explorará sobre el uso de drogas, tabaquismo, alcohol y medicaciones crónicas y otras sustancias de uso habitual que puedan afectar el desarrollo del embarazo (café, mate, etc.)
 - Se pesquisará la existencia de violencia doméstica, dándole preponderante importancia dada la prevalencia en aumento en la población general.
 - Asesoramiento genético, edad, historia de embarazos previos patológicos: abortos recurrentes, muerte fetal, muerte infantil, hijos con alteraciones genéticas.
 - Cuando la mujer o la pareja manifiesten dudas sobre su fertilidad y presenten diagnóstico de esterilidad conyugal, se realizará la derivación correspondiente para la valoración y eventual tratamiento.
 - En caso de necesidad de realización de radiografías y ante la duda de un posible embarazo, se sugiere confirmar el mismo previamente o informar al equipo de salud.

2. ATENCIÓN DE LA MUJER CON EMBARAZO SIN PATOLOGÍAS

Es importante informar a la mujer que el seguimiento del embarazo, por parte del equipo sanitario, favorece la prevención, detección temprana y tratamiento de posibles patologías que pueden incidir negativamente en su salud, la del feto y/o recién nacido.

Objetivos del control y seguimiento de la mujer embarazada:

La OMS recomienda el desarrollo de 5 ideas, en el seguimiento de la mujer embarazada.

1. Educar, aconsejar y apoyar a la gestante, su pareja y su familia.
2. Promover acciones preventivas, como la colpocitología oncológica, ácido fólico y vacuna antitetánica.
3. Pesquisar la aparición de síntomas y/o signos clínicos y/o paraclínicos de alarma.
4. Intentar el seguimiento del embarazo, diagnóstico y tratamiento de afecciones en el centro de salud de preferencia de la usuaria, con la intención de provocar la menor cantidad de trastornos en la dinámica familiar.
5. Referir a la usuaria a centros de atención de mayor complejidad cuando esto sea conveniente.

Seguimiento de la mujer que cursa un embarazo sin patologías

El seguimiento de la mujer con embarazo sin patologías consiste en una serie de intervenciones sanitarias que tienen la finalidad de informar sobre las condiciones fisiológicas, y prevenir, detectar precozmente y tratar las condiciones patológicas.

¿Qué profesional lo puede hacer?

El mismo puede ser realizado por Obstetras Parteras/os, Ginecotocólogos/as, Médicos/as de Familia y Médicos/as Generales.

Ambiente físico adecuado:

El ambiente donde se realiza el seguimiento de la mujer embarazada debe ser propicio para informar, alentar la discusión, escuchar las dudas y responderlas, con la intención de empoderar a la mujer en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud y la de su embarazo.

Estos lugares deben presentar una infraestructura mínima:

Planta Física; consultorio ginecológico con sala de espera y gabinetes higiénicos, espacio para actividades educativas, laboratorio propio o coordinación de envío de muestras al laboratorio externo, equipo de ultrasonido propio o coordinación de ecografías en otra institución.

Balanza, cinta métrica, esfingo manómetro, guantes, espéculos, material para toma de muestra de colpocitología oncológica y exudado vaginal y rectal, historias clínicas, carné perinatal e historia clínica perinatal y Doptone y/o estetoscopio de Pinard.

Frecuencia de las consultas

En cuanto al número de consultas obstétricas de la mujer con un embarazo que cursa sin patologías, existe suficiente evidencia científica que sugiere que el número debe ser de al menos cinco.^{5,6} La misma sostiene el concepto que no se mejoran los resultados perinatales de embarazos normales, al aumentar el número por encima de cinco. No obstante, estos estudios también demuestran que con esta frecuencia (cinco), muchas mujeres se sienten insatisfechas y les gustaría haber tenido un mayor número de consultas.

La frecuencia de consultas aconsejada en un embarazo normal será:

- Mensualmente hasta la semana 32
- Quincenalmente hasta la semana 36
- Semanalmente hasta el parto o hasta las 41 semanas.

Esta frecuencia podrá alterarse a juicio de la mujer y/o equipo sanitario de aparecer circunstancias que así lo ameriten.

Estrategias de intervención ante el mal control del embarazo o no concurrencia a las consultas de control⁷

La Ordenanza Ministerial 447/12, Control de embarazo e ITS. Protocolo de inter-

vención ante el mal control de embarazo. Establece que:

1. Todos los prestadores de salud DEBERÁN:
 - Realizar test de embarazo o β -HCG a toda mujer que lo solicite y en el momento de la consulta, tanto en el Primer Nivel de Atención como en Servicios de Urgencia
 - Iniciar las acciones de control de embarazo ante la constatación clínica o paraclínica del mismo. Ello incluye SIEMPRE:
 - registro en Historia Clínica, Historia SIP y Carné Perinatal
 - rutinas ecografías y demás interconsultas
 - indicar hierro y ácido fólico según pauta
 - anotar a la mujer embarazada en un registro de gestantes el que será utilizado para citar a las mujeres que no concurren al control si corresponde
 - acciones de educación y promoción de salud
 - Disponer la realización de la rutina obstétrica y la ecografía dentro de los 7 y 15 días de solicitadas respectivamente Establecer y difundir a todo el equipo de salud lineamientos de consejería y ruta crítica para usuarias con test positivo de VIH
 - Utilizar el SIP, cargar los datos en la base SIP y entregarlos mensualmente a la oficina del SIP del MSP

- Realizar auditoría interna de todos los casos de sífilis congénita y elevar informe al Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP en un plazo no mayor a 60 días del diagnóstico o nacimiento
 - Realizar la denuncia obligatoria al Departamento de Vigilancia en Salud de todos los casos confirmados o sospechosos de sífilis
 - Disponer fórmulas para lactantes para los hijos de mujeres con test positivo de VIH
 - Administrar inmediatamente el tratamiento a los contactos sexuales de la mujer embarazada con sífilis (por parte del prestador del que es usuaria la mujer)
 - Promover el uso de preservativos
2. Los prestadores con mal control obstétrico DEBERAN ADEMÁS:
- Contar con test rápidos de embarazo, sífilis y VIH en los servicios de de Primer Nivel y Servicios de Emergencia y realizarlos en base a las guías del MSP
 - Establecer un registro de las mujeres gestantes en control obstétrico
 - Establecer un protocolo que permita:
 - Evaluar dicho registro en forma semanal para identificar a las mujeres que han faltado a las consultas programadas
 - Identificar mediante la articulación con redes comunitarias y de servicios, usuarias embarazadas en situación de no control
 - Cuando se constate una usuaria que no ha controlado el embarazo o ha faltado a las consultas programadas:
 - Realizar comunicación telefónica con la usuaria y reprogramar la consulta a la brevedad.
 - Si no se logra establecer el contacto telefónico en 72 horas, o no existen datos para ello, o la usuaria se niega a concurrir a la consulta reprogramada realizar visita domiciliaria.
 - Si no se cuenta con datos reales para establecer el contacto derivar el caso a Servicio Social para la búsqueda de vías de contacto.
 - Dejar constancia en la historia clínica de todas estas acciones
 - Las citas y asignación de horas para el control obstétrico se debe considerar una prioridad asistencial

Se define la categoría de prestador con mal control obstétrico, como aquellos que presenten una prevalencia de embarazos mal controlados mayores al 15%

Se define como embarazo mal controlado a aquel que al momento del nacimiento tenga menos de 5 controles obstétricos realizados según la normativa del MSP

3. PRIMERA CONSULTA

Se sugiere que esta primera consulta se realice ante la primera falta menstrual o antes de las primeras 12-14 semanas de amenorrea. Sin embargo, independientemente de la edad gestacional en el momento de la primera consulta, todas las mujeres embarazadas serán valoradas de acuerdo a las normas para la primera consulta y las subsiguientes según corresponda.

Se debe recordar que el embarazo puede ser una buena o mala noticia para la mujer, la consulta precoz es de gran importancia ante la posibilidad de realizar una intervención voluntaria del embarazo.

Es importante recordar que para cada mujer el embarazo puede adquirir dimensiones diferentes. El equipo de salud debe tomar en consideración la percepción de la usuaria respecto de su aceptación o no del mismo.

Es preciso preguntar a la mujer como se siente con la idea de estar embarazada, y si manifiesta que se trata de un embarazo no deseado-no aceptado o hay dudas en la continuación del mismo, se debe ofrecer información y referencia según lo previsto en la Ley 18.987, de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

32

EMBARAZO NO DESEADO-NO ACEPTADO:

Es importante tener presente que en caso que se trate de un embarazo no deseado-no aceptado, la paciente tiene derecho a solicitar la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) de acuerdo a la Ley 18.987.

Incluso en los casos en que la mujer no tenga aún decidido el continuar o no con el embarazo es importante que se inicie el proceso IVE para evitar dificultades en relación a los plazos legales.

Los requisitos para ampararse a la IVE son: ser ciudadanas uruguayas naturales o legales, o extranjeras residentes en el país al menos por un año; manifestar su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación; durante las primeras 12 semanas de gestación; y cumplir con el procedimiento que marca la ley^{8, 9, 10}.

En la primera consulta IVE se debe recibir la voluntad de la mujer. Se verifican los requisitos, se abre y completa el formulario de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Primera Consulta), se solicita paraclínica (ecografía y grupo sanguíneo), y se refiere en forma responsable a la 2ª consulta. Si esta primera consulta ocurre con un ginecólogo, se considera que es parte de la segunda consulta IVE, procediendo a la evaluación que corresponde y lo establecido para la misma (formulario, consentimiento y coordinación de las consultas con el área social y salud mental).

En caso de no cumplir con los requisitos: exceder los plazos estipulados por Ley 18.987, o si la mujer extranjera tiene residencia menor de 1 año, se debe asesorar a la mujer de acuerdo al modelo de disminución de riesgos y daños (Ley 18.426, Ordenanza 369 / 2004).

Acciones generales:

Abrir historia clínica institucional e historia clínica del Sistema Informático Perinatal (SIP).

Abrir, completar y entregar a la mujer en esta primera consulta, el CARNE PERINATAL (excepto que la mujer solicite la IVE).

Dejar constancia de peso actual y previo al embarazo, altura y presión arterial.

Con respecto al SIP, forma parte integral de la historia clínica, y el Estado lo utilizará como documento oficial para el análisis de indicadores de salud de nuestro país, por lo que se alienta a las diferentes instituciones a controlar el llenado del mismo en forma completa y veraz. Asimismo, es deseable que cada institución cuente con el software apropiado para el ingreso de los datos del SIP y su posterior análisis (el mismo puede ser obtenido en la dirección de registro del MSP, o en la página web del CLAP: <http://www.clap.ops-oms.org>).

Acciones Específicas:

Anamnesis del embarazo actual incluyendo:

- Fecha de Última Menstruación (FUM) y el cálculo de la edad gestacional y fecha probable de parto (FPP por regla de Wahl o gestograma CLAP)

- Antecedentes obstétricos: gestaciones, tolerancia y resultados obstétricos previos.
- Antecedentes inmunohematológicos: transfusiones previas, si hijos anteriores requirieron fototerapia, transfusión intrauterina o exanguino transfusión y si recibió inmunoprofilaxis antenatal en mujeres Rh negativo (ordenanza 99/11). Mujer portadora de hemofilia o antecedentes familiares de hemofilia: interconsulta con médico hemoterapeuta en policlínica.
- Antecedentes ginecológicos: vigencia de la colpocitología oncológica con técnica de Papanicolaou (PAP), Infecciones de Transmisión Sexual.
- Antecedentes personales: patologías médicas y/o quirúrgicas previas.

A su vez, se indagará sobre uso de sustancias psicoactivas, patologías psíquicas o situaciones de vulnerabilidad psicológica.

Se destaca la importancia de indagar sobre la posibilidad de que la mujer haya vivido o se encuentre viviendo situaciones de violencia doméstica o violencia sexual. La “Encuesta de Prevalencia de Violencia Doméstica en los servicios de salud”², realizada en mayo de 2013 muestra que: más de 1 de cada cuatro mujeres mani-

² Encuesta realizada en el marco del “Programa Integral de lucha contra la Violencia de Género”. MSP. INMujeres. Ministerio del Interior. Poder Judicial. Trabajo de campo: FMed. INE. MSP. Mayo 2013

fiestan haber vivido episodios de violencia doméstica en alguna de sus expresiones y **el 14% de las situaciones de Violencia Doméstica tuvieron lugar cuando la mujer se encontraba embarazada**

En aquellas usuarias en las que se detecte situaciones de violencia doméstica se procederá según el “Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer” (MSP, noviembre 2006).

- Antecedentes inmunitarios
- Se indagará acerca de la vigencia de la VAT.

En caso de Vacuna Antitetánica no vigente: se aconsejará administrársela entre las 26 y 32 semanas de amenorrea; en aquellos casos en los que se dude sobre la continuidad del seguimiento del embarazo, se podrá administrar a cualquier edad gestacional¹¹.

- Dependiendo la situación epidemiológica, el MSP realizará las recomendaciones acerca de la necesidad de vacunación específica (vacuna antigripal, etc.)
- Antecedentes familiares, conyugales, socioeconómicos y culturales.

Examen físico general, examen de mamas (valorando si son aptas para la lactancia), ginecológico y obstétrico, destacando que debe realizarse una inspección profunda del cuello uterino y toma de colpocitología oncológica cuando este examen no esté vigente.

Solicitar valoración por odontólogo y nutricionista en el momento de la captación del embarazo.

Acciones de orientación:

Informar sobre síntomas y signos fisiológicos y anormales de acuerdo a la etapa del embarazo que se encuentre.

Informar, orientar y acompañar según los lineamientos pautados en el capítulo de orientación.

³ En algunos casos y según el criterio clínico se considera iniciar la evaluación con 2 o más AE.

Cuadro 1. Detección de Factores de Riesgo para patologías obstétricas específicas

| Detecte | Actúe |
|--|---|
| <p>Riesgo de prematurez:</p> <p>En mujeres con antecedentes de parto pretérmino (entre 20 y 36 semanas de EG), espontáneo o por RPM, existe suficiente evidencia para recomendar el uso profiláctico de progesterona para prevenir el parto pretérmino^{12, 13}.</p> <p>El hallazgo de cuello corto por ecografía transvaginal (<15-25 mm, a edad gestacional \leq24 sem) se asocia con riesgo de parto prematuro en mujeres asintomáticas. En esos casos, el uso de progesterona demostró una disminución del riesgo de parto prematuro. Cuando es posible, la medición de la longitud cervical por ecografía permite un tamizaje y detectar las mujeres con mayor riesgo. Ante un cuello < a 2,5 cm. el uso de progesterona es recomendable.</p> | <p>Progesterona micronizada, 100 mg intra vaginal /día a partir de las 16-20 semanas de EG y hasta las 36 semanas.</p> |
| <p>Riesgo de síndrome preeclampsia-eclampsia:</p> <p>La OMS considera mujeres con riesgo elevado de desarrollar preeclampsia a las que presentan 1 o más de los siguientes factores de riesgo¹⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia en embarazo anterior • Diabetes • Hipertensión arterial crónica • Nefropatía • Enfermedades autoinmunes • Embarazo multiple | <p>Ante este grupo de mujeres la OMS recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suplementación con calcio: 1,5 a 2,0 g de calcio elemental por día. • Ácido acetilsalicílico en dosis bajas (75 mg a 100 mg) en la noche antes de acostarse¹⁶. <p>Iniciar antes de las 20 semanas (OMS) si bien la evidencia más reciente encuentra los mayores beneficios con el inicio antes de las 16 semanas, idealmente a las 12 semanas^{17,18}.</p> |

| Continuación Cuadro 1. | |
|--|---|
| Detecte | Actúe |
| <p>Riesgo de malformaciones/cromosomopatías:</p> <p>Edad materna mayor o igual a 35 años.</p> <p>Exposición a agentes teratógenos.</p> <p>Antecedentes personales, familiares o conyugales de malformaciones o cromosomopatías.</p> <p>Antecedentes obstétricos: feto portador de malformaciones o cromosomopatías, abortos recurrentes, muerte fetal, muerte infantil, hijos con alteraciones genéticas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Derivar para asesoramiento genético • Si existen antecedentes obstétricos de defectos del tubo neural: suplementar con ácido fólico a dosis de 4 mg/día. <p>Evaluar y pesquisa con eco y PAPP-A.</p> |
| <p>Riesgo de trombofilia ²²:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico previo de trombofilia • Antecedente personal de uno o más episodios de trombosis venosa, arterial y/o de pequeño vaso (imagen o evidencia histológica) en cualquier órgano o tejido. • Antecedente familiar de 1er grado de Trombofilia Hereditaria y Evento Tromboembólico Venoso antes de los 50 años. • Antecedentes obstétricos personales vinculables a Síndrome Anticuerpos Antifosfolípidos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida Recurrente de Embarazo (3 o más AE < de 10 semanas, inexplicados y consecutivos) (excluidas otras causas: cromosómicas maternas o paternas, y anatómicas o endócrinas maternas)³. 2. Pérdida Fetal Tardía (AE >10 semanas de feto morfológicamente normal) 3. Pretérminos < 34 semanas en relación a síndrome preeclampsia-eclampsia severo o, RCIU o insuficiencia placentaria documentada (oligohidramnios, hipoxemia fetal por eco Doppler o NST) en fetos morfológicamente normales. • No se recomienda: en antecedentes obstétricos familiares vinculables a trombofilia. | <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a consulta con ginecólogo. • Interconsulta con hematólogo. |

Cuando se identifiquen antecedentes de patologías médicas: cardiopatías, nefropatías, patologías neurológicas, psiquiátricas, endocrinológicas o autoinmunes, etc., se derivara a:

- Policlínica de ginecología
- Interconsulta con especialista y seguimiento de acuerdo a sus indicaciones

Tamizaje paraclínico: PRIMERA RUTINA

Es fundamental explicar a la usuaria embarazada para qué se solicitan estos exámenes y que importancia tienen para el buen desarrollo del embarazo

La realización de test de VDRL-RPR y VIH requiere del consentimiento informado y verbal de la usuaria. Si ésta se niega a su realización deberá dejarse constancia en la historia clínica y solicitarle que lo rubrique con su firma. Dar informe a quienes atienden aspectos sociales y trabajar en conjunto hacia adelante.

Si el profesional a cargo del seguimiento del embarazo lo cree necesario, este esquema puede ser modificado en cuanto a los exámenes paraclínicos a solicitar y/o con respecto a la frecuencia señalada.

Solicitar:

- Grupo sanguíneo, en sistema ABO y factor Rh (D) e investigación de anticuerpos irregulares (test de Coombs Indirecto). Solicitar SIEMPRE, independientemente que sea Rh negativo o positivo y que tenga estudios de otros embarazos.
- Hemograma
- Glicemia en ayunas
- Urocultivo y examen de orina
- Serología para Sífilis, VIH y Toxoplasmosis, Rubeola y Chagas (estos dos últimos solo cuando corresponda)
- Ecografía obstétrica

4 *Existe evidencia que la ecografía realizada antes de las 7 semanas presenta un error de 4 días para el cálculo de EG, y sería el mejor método para el cálculo de la misma^{32, 33,34}. Sin embargo, hasta que no exista un control de calidad de las ecografías se considerará el criterio habitual.*

| Cuadro 2. Primera rutina: acciones específicas ante resultados paraclínicos | |
|---|--|
| Examen | Acciones específicas ante resultados de primera rutina |
| <p>Clasificación sanguínea y allo anticuerpos (independientemente del status Rh)</p> <p><i>Servicios habilitados para realización:</i></p> <p><i>Hemoterapia o Medicina Transfusional</i></p> <p><i>(decreto 385/00 Sección A1)</i></p> | <p>Rh negativo. A las mujeres Rh(D) negativo no inmunizadas anti D se recomienda administrar inmunoglobulina anti D 120 mcg IV o 300mcg IM entre las 28 y 32 semanas e inmediatamente después del parto si el RN es Rh(D) positivo (idealmente en las primeras 72 hs. pero si bien disminuye su eficacia, se puede administrar con fines profilácticos hasta 4 semanas después)^{23,24} Una vez administrada esta medicación, no se solicitará Test de Coombs indirecto por 8 semanas y se avisará al Pediatra o Neonatólogo de esta situación.</p> <p>También debe administrarse en metrorragias durante el embarazo, aborto, óbito fetal, embarazo ectópico, enfermedades trofoblásticas gestacionales, amniocentesis, biopsia vellositaria o cordocentesis. Ante sospecha de hemorragia feto-materna mayor, se recomienda ajustar la dosis según test de Kleihauer Betke, citometría de flujo o similar</p> <p>En caso de ser Rh (D) variante (expresión débil o alterada de antígeno eritrocitario D) sólo en caso de confirmar variante DVI corresponde inmunoprofilaxis anti D como a mujeres Rh negativo. El resto de mujeres con D variante se recomienda tratarlas como Rh Positivo (pág. 5 ordenanza 99/11).</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de Test de Coombs indirecto POSITIVO, independientemente de Rh, derivar a hemoterapia para valorar riesgo de enfermedad hemolítica feto-neonatal |
| <p>Hemograma ^{25, 26,27,28}</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Sin anemia (Hb >11 g/dl): Comenzar la administración de suplementos de hierro, a todas las embarazadas, desde su primer control con 30 mg de hierro elemental en días alternos. Suministrar este hierro lejos de las comidas y si hay intolerancia, en la noche antes de ir a dormir. La suplementación debe durar durante todo el embarazo. • Anemia (Hb< 11g/dl o Hto<33%) Indicar 60 mg de hierro elemental diario hasta la normalización de la hemoglobina. Controlar la respuesta al tratamiento realizando nuevamente hemograma al mes de iniciado el tratamiento. |

| Continuación Cuadro 2. | | |
|------------------------|--|--|
| Examen | Acciones específicas ante resultados de primera rutina | |
| Glicemia en ayunas | VALOR | ACCIONES |
| | < 0.92 g/dL | Resultado normal. Solicitar PTOG en el segundo trimestre |
| | ≥ 0.92 y < 1.25 g/dL ^{19,20,29} | Diagnóstico de diabetes gestacional. Monitoreo glucémico a los 7-15 días con glicemia capilar luego de dieta y ejercicio. Si: Glicemia capilar basal ≥ 1 y/o glicemia postprandial (1 hora) $\geq 1,40$ derivar a ginecólogo o endocrinólogo. |
| | ≥ 1.25 g/dL ²¹ | Derivar a ginecólogo o endocrinólogo. |
| Urocultivo | <p>Detección de bacteriuria asintomática: cultivo \geq a 100.000 UFC/ml</p> <p>Tratar infección urinaria según antibiograma.</p> <p>Recomendar: abundante ingesta de líquidos, correcta higiene vulvoperineal, micción frecuente</p> <p>Si corresponde tratar estreñimiento concomitante con dieta rica en fibras</p> | |
| Examen de orina | Detección de proteinuria y signos inespecíficos de infección en el sedimento (eritrocitos, proteinuria, más de 5 leucocitos por campo mayor aumento, estearasa leucocitaria y/o nitritos). En ese caso solicitar urocultivo y tratar infección urinaria según antibiograma. | |

Continuación Cuadro 2.

| Examen | Acciones específicas ante resultados de primera rutina |
|---|---|
| <p>Serología para Sífilis²</p> | <p>Dado la situación epidemiológica actual en nuestro país, se justifica una respuesta rápida para evitar la pérdida de oportunidades de tratamiento.</p> <p>Se debe iniciar tratamiento de inmediato con VDRL-RPR + o test rápido +, sin perjuicio de continuar el algoritmo diagnóstico para confirmación. (ver página....tto sífilis)</p> <p>Iniciar tratamiento de inmediato según Guías Clínicas del MSP (2013)²</p> <p>Realizar Notificación Epidemiológica Obligatoria dentro de los 7 días posteriores:</p> <p>Teléfono 2409 1208</p> <p>Fax 2408 5838</p> <p>E-mail: vigilanciaepi@msp.gub.uy</p> <p>Web ingreso online: www.msp.gub.uy/Epidemiologia</p> |
| <p>40 Serología para VIH²</p> | <p>Ante un primer test de VIH reactivo proceder según Guías Clínicas del MSP (2013)²</p> <p>Realizar Notificación Epidemiológica Obligatoria dentro de los 7 días posteriores, según se detalla para sífilis.</p> <p>Referir a consulta con ginecólogo e infectólogo para valoración y tratamiento</p> |

| Continuación Cuadro 2. | |
|---|--|
| Examen | Acciones específicas ante resultados de primera rutina |
| Serología para Toxoplasmosis ^{30,31} | <ul style="list-style-type: none"> • Si en la primera rutina la paciente presenta Anticuerpos para Toxoplasmosis IgG positivos, Ig M negativo no se vuelve a repetir el test. • De ser IgG negativo, Ig M negativo se repite el test en el segundo y tercer trimestre (de presentar factores de riesgo se puede repetir mensualmente) y se informa sobre medidas de prevención: <ul style="list-style-type: none"> - Lavarse las manos antes de manipular alimentos - Lavar las frutas y verduras antes de ingerirlas - Preferir los alimentos cocidos - Evitar las tareas de jardinería, o realizarlas con guantes - Evitar el contacto con heces de gato • De detectarse anticuerpos Ig M positivo INICIAR TRATAMIENTO con Espiramicina 1 g v.o cada 8 hs. y solicitar test de avidéz o IgM por IFI: <ol style="list-style-type: none"> 1. en caso de test de avidéz alto, infección data de más de 4 meses previos. Baja probabilidad de infección aguda (intraembarazo). 2. en caso de test de avidéz bajo, derivar a ginecólogo y/o infectólogo para evaluar seguimiento 3. en caso de IgM por IFI positiva, significa infección reciente, referir a ginecólogo y/o infectólogo para evaluar seguimiento. |
| Rubéola y Chagas | <p>Solicitar sólo cuando corresponda (Ver pagina)</p> <p>Realizar Notificación Epidemiológica Obligatoria (Rubeola en 24 horas y Chagas en 7 días) a los contactos descritos más arriba</p> |
| Ecografía obstétrica | <p>Confirmación de embarazo intrauterino, valorar número de embriones y viabilidad y ajustar edad gestacional: en caso de contar con una FUM cierta, segura y confiable, el cálculo de la EG se basará en la misma ante una ecografía precoz acorde (diferencia de más-menos 1 semana⁴).</p> <p>Si se detecta gravidez extrauterina o heterotópica derivar a ginecólogo de guardia</p> <p>Si se detecta embarazo gemelar derivar a control con ginecólogo, idealmente en policlínica especializada.</p> <p>En caso de huevo huero o anembrionado derivar a policlínica ginecológica.</p> |

RECORDATORIO:

Se debe recomendar a toda mujer embarazada que concurra acompañada a la consulta de control de embarazo por su pareja sexual, extremando las acciones para que ello ocurra al menos en dos coinsultas. (primer y tercer trimestre).

Se debe informar sobre los cuidados durante el embarazo y puerperio y la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) durante esta etapa.

Se debe recomendar a la pareja sexual realizar pruebas serológicas para VIH y sífilis en primer y tercer trimestre, de forma de minimizar el riesgo de contagio sexual a la mujer y de transmisión vertical a la descendencia durante el embarazo, parto y período de lactancia.

4. CONSULTAS SUBSIGUIENTES POR TRIMESTRES

PRIMER TRIMESTRE (≤ 14 semanas)

Acciones Generales

Actualizar la historia clínica. Registrar en Carné Obstétrico e Historia SIP

Se solicitarán y/o discutirán los resultados de los exámenes paraclínicos de tamizaje solicitados en la consulta anterior. Se identificará a las mujeres que necesitarán cuidados adicionales y se realizará la derivación al nivel o al profesional que corresponda haciendo ese seguimiento.

Acciones Específicas

Anamnesis destinada a:

- Valorar la evolución de la salud integral de la mujer y el feto.
- Descartar posibles patologías intercurrentes: exposición a teratógenos, náuseas y vómitos, genitorragia e infecciones genitales bajas.
- En caso de amenaza de aborto o maniobras invasivas intrauterinas en mujeres Rh negativo no aloimmunizadas para antígeno D, indicar Inmunoprofilaxis anti D (dosis entre 50 a 120 μg por vía i/v o i/m).

Recordar que una mujer embarazada puede realizarse radiografías, si estas son necesarias. No ocurre lo mismo con respecto al examen tomográfico (TC), por lo que en caso de necesitar este tipo de estudio se preferirá la resonancia magnética nuclear (RMN).

Examen clínico general y obstétrico:

- Control de peso y cálculo de Índice de Masa Corporal (peso en kg/altura m^2).
- Control de presión arterial: la PA debe tomarse con un instrumento adecuado al perímetro del brazo y tras 20 minutos de reposo, en una mujer que no haya ingerido café ni tabaco en las dos horas anteriores. Los valores de normalidad son menores a 140/90 mmHg en todo el embarazo
- Valorar región lumbar
- Examen genital cuando corresponda
- Solicitar valoración por odontólogo y nutricionista en el momento de la captación del embarazo, informándola sobre la importancia y recursos disponibles.

Acciones educativas

Comunicar sobre síntomas y signos fisiológicos y anormales de acuerdo a la etapa del embarazo que se encuentre. Es importante destacar los signos de alarma por los cuales debería consultar en forma inmediata, como por ejemplo: genitorragia, hidrorrea, fiebre mayor de 38°C, contracciones uterinas dolorosas, cefaleas intensas, ganancia ponderal deficitaria o excesiva.

Informar, orientar y acompañar según los lineamientos pautados en el capítulo de educación.

Solicitud de Paraclínica

- Se solicitará la primer rutina ya especificada
- 11 a 14 semanas. **Solicitar ecografía para valorar la translucencia nucal (TN).** El aumento de la TN se asocia a la trisomía 21, el síndrome de Turner y otras anomalías cromosómicas, así como a múltiples malformaciones fetales y síndromes genéticos³⁵. A través del cribado mediante TN se puede identificar a más del 75% de los fetos con trisomía 21 y otras anomalías cromosómicas mayores con una tasa de falsos positivos del 5%, o una tasa de detección del 60% con una tasa de falsos positivos del 1% (Nicolaidis 2004).

Ante una translucencia nucal igual o mayor a p95 para la edad gestacional se debe informar a la mujer y su pareja, derivar al ginecólogo y proceder a dar un asesoramiento genético.

La valoración de la longitud cervical durante esta ecografía es recomendable para la detección de mujeres con embarazo único o múltiple con mayor riesgo de prematuridad.

La paraclínica en los controles subsiguientes dependerá de la edad gestacional. Recordar que esta secuencia de exámenes podrá ser modificada dependiendo del caso clínico.

SEGUNDO TRIMESTRE (15-28 semanas)

Acciones Generales

Actualizar la historia clínica. Registrar en Carné Obstétrico e Historia SIP

Se solicitarán y/o discutirán los resultados de los exámenes paraclínicos de tamizaje solicitados en la consulta anterior. Se identificará a las mujeres que necesitarán cuidados adicionales y se realizará la derivación al nivel o al profesional que corresponda

Acciones específicas

Anamnesis destinada a:

- Valorar la evolución del embarazo
- Descartar posibles patologías intercurrentes
- En caso de genitorragia o maniobras invasivas intrauterinas en mujeres Rh negativo no aloimmunizadas para antígeno D, indicar Inmunoprofilaxis anti D (dosis entre 240 a 300 μg i/m o entre 100 a 120 μg i/v).

Indagar sobre inicio de movimientos fetales, genitorragia, infecciones urinarias y genitales bajas, hidrorrea, fiebre mayor de 38°C, contracciones uterinas dolorosas, cefaleas intensas, ganancia ponderal deficitaria o excesiva.

Examen físico:

- Control de peso y presión arterial
- Determinación y seguimiento de la curva de altura uterina. Utilizar para

ello la gráfica en el reverso del Carné Obstétrico

- Auscultación de latidos fetales de acuerdo a los medios tecnológicos disponibles

Acciones de orientación

Comunicar sobre síntomas y signos fisiológicos y anormales

Es importante destacar los signos de alarma por los cuales debería consultar en forma inmediata, como por ejemplo: genitorragia, hidrorrea, fiebre mayor de 38°C, contracciones uterinas dolorosas, cefaleas intensas, ganancia ponderal deficitaria o excesiva.

Informar, orientar y acompañar según los lineamientos pautados en el capítulo de orientación.

Solicitud de Paraclínica

- Repetir Test de Coombs indirecto, sólo si la mujer es Rh negativo y no ha recibido profilaxis anti D en últimas 8 semanas:
 - entre 25 y 28 semanas (si se usa técnica en gel)
 - a las 20, 24, 28 semanas (si se usa técnica en tubo)
- PTOG entre las 24 y las 28 semanas
- Urocultivo
- VDRL-RPR y VIH entre las 18 y las 23 semanas
- Toxoplasmosis (de ser IgG negativo en la primer rutina)
- Ecografía estructural entre las 20 y las 24 semanas

| Cuadro 3. Acciones específicas ante resultados paraclínicos en el segundo trimestre | |
|---|---|
| Examen | Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre |
| Test de Coombs indirecto (Si es Rh(D) negativo) ²³ | <p>Resultado negativo, administrar inmunoglobulina anti D 120 mcg IV o 300 mcg IM entre las 28 y 32 semanas</p> <p>Resultado positivo, derivar a ginecólogo y hemoterapia para valorar riesgo de enfermedad hemolítica feto-neonatal</p> |
| PTOG (75 grs.) | <p>Ante valores patológicos: glicemia en ayunas \geq 0.92 g/dL o glicemia post carga a la hora (60 minutos) \geq a 1.80 g/dL y/o a las 2 horas (120 minutos) \geq a 1.53 g/dL hacer diagnóstico de Diabetes Gestacional y derivar a ginecólogo y endocrinólogo.</p> |
| Urocultivo | <p>Detección de bacteriuria asintomática: cultivo \geq a 100.000 UFC/ml</p> <p>Tratar infección urinaria según antibiograma.</p> <p>Recomendar: abundante ingesta de líquidos, correcta higiene vulvoperineal, micción frecuente.</p> <p>Si corresponde tratar estreñimiento concomitante con dieta rica en fibras.</p> |
| Serología para Sífilis ² | <p>Dado la situación epidemiológica actual en nuestro país, se justifica una respuesta rápida para evitar la pérdida de oportunidades de tratamiento.</p> <p>Se debe iniciar tratamiento de inmediato con VDRL-RPR+ o test rápido +, sin perjuicio de continuar el algoritmo diagnóstico para confirmación. (ver página....tto sífilis)</p> <p>Iniciar tratamiento de inmediato según Guía Clínica para la eliminación de la Sífilis Congénita y transmisión vertical del VIH. MSP, 2013²</p> <p>Realizar Notificación Epidemiológica Obligatoria dentro de los 7 días posteriores:</p> <p>Teléfono 2409 1208</p> <p>Fax 2408 5838</p> <p>E mail: vigilanciaepi@msp.gub.uy</p> <p>Web ingreso online: www.msp.gub.uy/Epidemiologia</p> |

| Continuación Cuadro 3. | |
|---|---|
| Serología para VIH ² | <p>Ante un test de VIH reactivo proceder según Guías Clínicas del MSP (2013)</p> <p>Realizar Notificación Epidemiológica Obligatoria dentro de los 7 días posteriores, según se detalla para sífilis.</p> <p>Referir a consulta con ginecólogo e infectólogo para valoración y tratamiento</p> <p>El inicio de las acciones preventivas, incluyendo el tratamiento antirretroviral, debe realizarse de inmediato, sin necesidad de esperar la confirmación del VIH</p> |
| Serología para Toxoplasmosis ^{30,31} | <p>Se solicita de ser IgG negativo, Ig M negativo en el primer trimestre</p> <ul style="list-style-type: none"> • De detectarse anticuerpos Ig M positivo INICIAR TRATAMIENTO DE INMEDIATO con Espiramicina 1 g v.o cada 8 hs y solicitar test de avidéz o IgM por IFI: <ol style="list-style-type: none"> 1. en caso de test de avidéz alto, infección data de más de 4 meses previos. 2. en caso de test de avidéz bajo, infección reciente (menor a 4 meses) 3. en caso de IgM por IFI positivo significa infección reciente <p>En cualquier caso, derivar a ginecólogo y/o infectólogo para evaluar seguimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • De ser IgG negativo se repite el test en el tercer trimestre y se informa sobre medidas de prevención: <ul style="list-style-type: none"> - Lavarse las manos antes de manipular alimentos - Lavar las frutas y verduras antes de ingerirlas - Preferir los alimentos cocidos - Evitar las tareas de jardinería, o realizarlas con guantes - Evitar el contacto con heces de gato |
| Ecografía estructural | De constarse alteraciones de estructuras fetales, líquido amniótico, cordón o placenta derivar a ginecólogo y/o asesoramiento genético según corresponda. |

TERCER TRIMESTRE (>29 semanas)

Acciones generales

Actualizar la historia clínica. Registrar en Carné Obstétrico e Historia SIP

Se solicitarán y/o discutirán los resultados de los exámenes paraclínicos solicitados en la consulta anterior. Se identificará a las mujeres que necesitarán cuidados adicionales, se informe a ella y acompañante si hubiera y se realizará la derivación al nivel o al profesional que corresponda

Acciones específicas

Anamnesis destinada a:

- Valorar la evolución del embarazo
- Descartar posibles patologías intercurrentes
- En caso de genitorragia o maniobras invasivas intrauterinas en mujeres Rh negativo no aoinmunizadas para antígeno D, indicar Inmunoprofilaxis anti D (dosis entre 240 a 300 μg i/m o entre 100 a 120 μg i/v).
- Indagar sobre percepción de movimientos fetales, genitorragia, infecciones urinarias y genitales bajas, hidrorrea, fiebre mayor de 38°C, contracciones uterinas dolorosas, cefaleas intensas, ganancia ponderal deficitaria o excesiva

Examen físico:

- Control de peso y presión arterial
- Determinación y seguimiento de la curva de altura uterina
- Auscultación de latidos fetales

- Semiología obstétrica: para estimar peso fetal, cantidad de líquido amniótico, tono uterino, y a partir de las 36 semanas la presentación fetal.

Acciones de orientación

Comunicar sobre síntomas y signos fisiológicos y anormales

Es importante destacar los signos de alarma por los cuales debería consultar en forma inmediata, como por ejemplo: genitorragia, hidrorrea, fiebre mayor de 38°C, contracciones uterinas dolorosas, cefaleas intensas, ganancia ponderal deficitaria o excesiva

Informar, orientar y acompañar según los lineamientos pautados en el capítulo de orientación.

Estimular la participación de la usuaria y su pareja en las clases de preparación para la maternidad/paternidad

Solicitud de Paraclínica

- Hemograma
 - Glicemia
 - VDRL-RPR
 - VIH
 - AgHbs
 - Toxoplasmosis (en caso de IgG negativo en la primer rutina)
- Toma de exudado recto vaginal con búsqueda de Estreptococo grupo B a las 35-37 semanas
- Orina
 - Urocultivo
 - Ecografía Obstétrica para control de crecimiento a juicio del técnico tratante

Cuadro 4. Acciones específicas ante resultados paraclínicos en el tercer trimestre

| Examen | Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre | |
|--------------------------|---|---|
| Test de Coombs indirecto | <p>Se solicitará si es Rh negativo y no fue solicitado en el segundo trimestre.</p> <p>De ser negativo administrar entre las 28 y 32 semanas inmunoglobulina anti D 120 mcg IV o 300 mcg IM.</p> <p>En caso de resultado de test Coombs positivo derivar a hemoterapia para valorar si corresponde inmunoprofilaxis anti D</p> <p>NO SOLICITAR si la embarazada ya recibió inmunoprofilaxis en el segundo trimestre.</p> | |
| Hemograma | <ul style="list-style-type: none"> • Sin anemia (Hb >11 g/dl): Comenzar la administración de suplementos de hierro, a todas las embarazadas, desde su primer control con 30 mg de hierro elemental en días alternos. Suministrar este hierro lejos de las comidas y si hay intolerancia, en la noche antes de ir a dormir. La suplementación debe durar durante todo el embarazo. • Anemia (Hb < 11g/dl o Hto < 33%): Indicar 60 mg de hierro elemental diario hasta la normalización de la hemoglobina. Controlar la respuesta al tratamiento realizando nuevamente hemograma al mes de iniciado el tratamiento. | |
| Glicemia en ayunas | VALOR | ACCIONES |
| | < 0.92 g/dL | Resultado normal. |
| | ≥ 0.92 y < 1.25 g/dL | Monitoreo glicémico con glicemia capilar. Si glicemia basal es ≥1.00 g/dL o glicemia posprandial (1 hora) ≥1.40 g/dL derivar a ginecólogo y endocrinólogo |
| | ≥1.25 g/dL | Realizar diagnóstico de Diabetes Gestacional y derivar a ginecólogo y endocrinólogo |
| Urocultivo | <p>Detección de bacteriuria asintomática: cultivo ≥ igual a 100.000 UFC/ml</p> <p>Tratar infección urinaria según antibiograma</p> <p>Recomendar: abundante ingesta de líquidos, correcta higiene vulvoperineal, micción frecuente</p> <p>Si corresponde tratar estreñimiento concomitante con dieta rica en fibras</p> | |
| | | |

| Continuación Cuadro 4. | |
|---|---|
| Examen | Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre |
| Serología para VIH ² | <p>Ante un test de VIH reactivo proceder según Guías Clínicas del MSP (2013)</p> <p>Realizar Notificación Epidemiológica Obligatoria dentro de los 7 días posteriores, según se detalla para sífilis.</p> <p>Referir a consulta con ginecólogo e infectólogo para valoración y tratamiento</p> <p>El inicio de las acciones preventivas, incluyendo el tratamiento antirretroviral, debe realizarse de inmediato, sin necesidad de esperar la confirmación del VIH</p> |
| Serología para Hepatitis B ^{36,37} | <p>De ser AgHbs positivo comunicar al neonatólogo para indicar intervenciones postnatales para disminuir la probabilidad de infección del recién nacido.</p> |
| Serología para Toxoplasmosis | <p>Se solicita de ser IgG negativo en el primer y segundo trimestre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De detectarse anticuerpos Ig M positivo INICIAR TRATAMIENTO DE INMEDIATO con Espiramicina 1 g v.o cada 8 hs y solicitar test de avidéz o IgM por IFI: <ol style="list-style-type: none"> 1. en caso de test de avidéz alto, infección data de más de 4 meses previos. 2. en caso de test de avidéz bajo, infección reciente (menor a 4 meses) 3. en caso de IgM por IFI positivo significa infección reciente • En cualquier caso, derivar a ginecólogo y/o infectólogo para evaluar seguimiento • De ser IgG negativo se informa sobre medidas de prevención: <ul style="list-style-type: none"> - Lavarse las manos antes de manipular alimentos - Lavar las frutas y verduras antes de ingerirlas - Preferir los alimentos cocidos - Evitar las tareas de jardinería, o realizarlas con guantes - Evitar el contacto con heces de gato |

| Continuación Cuadro 4. | |
|------------------------|---|
| Examen | Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre |
| Exudado vaginal | <p>recto De detectarse Estreptococo Grupo B positivo, al diagnosticarse trabajo de parto se comenzará con antibióticos.^{38,39}</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primera elección: Penicilina cristalina 5.000.000UI IV y luego 2.500.000UI IV cada 4 hrs. hasta el nacimiento. - Segunda elección: Ampicilina 2gr IV y luego 1gr IV cada 4hrs hasta el nacimiento. - Ante mujeres alérgicas a la penicilina sin riesgo de anafilaxis, se aconseja Cefazolina 2gr IV y luego 1gr IV cada 4 hrs. - Si existe riesgo de anafilaxis, Clindamicina 900mg IV cada 8hrs. <p>Si no se realizó tamizaje, se tratarán en forma profiláctica a todas las mujeres embarazadas con riesgo de presentar infección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de parto de pretérmino • Rotura Prematura de Membranas Oculares de más de 18hrs • Fiebre durante el trabajo de parto • Infección Urinaria a EGB • Antecedente obstétrico de recién nacido con infección a EGB <p>En caso de cesárea de elección con membranas íntegras, no se realizará profilaxis con antibióticos independientemente de que sea portadora o no.</p> |
| Ecografía obstétrica | Control de crecimiento a criterio del técnico tratante. |

Embarazo de 41 semanas

No es recomendable que el embarazo se prolongue más allá de las 41 semanas.

Al cumplir las 41 semanas de amenorrea:

1. Verificar la edad gestacional en base a la FUM confiable y la ecografía precoz. Recordar que cuanto más temprana es la primer ecografía, más correcto será el cálculo de EG, evitando intervenciones innecesarias⁴⁰.
2. De no presentar contraindicaciones, se realizará la maniobra de Hamilton⁴¹ (decolamiento de membranas).
3. Se le ofrecerá a la mujer la oportunidad de inducción farmacológica del trabajo de parto con monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal⁴² lo que ha demostrado mejores resultados perinatales sin aumentar el índice de cesáreas. El uso de misoprostol ha mostrado mayor efectividad que la oxitocina en alguna situaciones.

De no presentar un cuello favorable para la inducción con oxitocina y no presentar contraindicaciones, se ofrecerá la oportunidad de utilizar Misoprostol vaginal (25 mcg cada 4hs intravaginal o 25 mcg. cada 2 hs vía oral.)⁴³. En los últimos años contamos en el país con un sistema de liberación vaginal de dinoprostone. Se trata de una Prostaglandina E₂, cuya indicación es la maduración cervical a término. Tiene como ventajas que se trata de la dosis justa para la maduración cervical, permite la liberación sostenida en 24 hs y su eventual retiro fácilmente en caso de ser necesario.

Si bien la vigilancia de la salud fetal a partir de las 41 semanas es controversial, se recomienda la realización de cardiograma fetal y medición de líquido amniótico por ecografía⁴⁴.

| Cuadro 5. Resumen de acciones en cada consulta por trimestre | | | |
|---|--|--|--|
| Acciones generales | Acciones específicas y de orientación | Paraclínica a solicitar | Indicación de fármacos/suplementos |
| CONSULTA PREVIA AL EMBARAZO | | | |
| <p>Anamnesis completa</p> <p>Valorar: consumo de sustancias, violencia doméstica, vulnerabilidad psicológica y/o social</p> <p>Examen físico general y ginecológico</p> | <p>Valorar VAT vigente</p> <p>Asesoramiento genético si corresponde</p> <p>Interconsulta con especialista en caso de patologías crónicas</p> <p>Valorar PAP vigente</p> <p>Derivación a reproducción asistida si corresponde</p> | <p>Hemograma</p> <p>Glicemia</p> <p>VDRL-RPR, VIH</p> <p>Toxoplasmosis</p> <p>Rubéola y Chagas si corresponde</p> <p>PAP si corresponde</p> | <p>Acido fólico</p> |
| PRIMERA CONSULTA DE CONTROL | | | |
| <p>Abrir historia clínica , Carné Perinatal e Historia SIP</p> <p>Valorar si se trata de un embarazo deseado-aceptado</p> | <p>Anamnesis:</p> <p>Embarazo actual y antecedentes</p> <p>Valorar VAT vigente</p> <p>Examen clínico general, ginecológico y obstétrico si corresponde</p> <p>Control de peso y presión arterial</p> <p>Solicitar consulta con odontólogo y nutricionista</p> <p>Comunicar síntomas y signos fisiológicos, anormales y de alarma</p> <p>Informar, orientar y acompañar</p> | <p>Primera rutina:</p> <p>Grupo ABO, Rh y test de Coombs indirecto</p> <p>Hemograma</p> <p>Glicemia</p> <p>Urocultivo</p> <p>Examen de orina</p> <p>VDRL-RPR, VIH</p> <p>Rubéola y Chagas si corresponde</p> <p>Ecografía obstétrica</p> | <p>Acido fólico hasta las 12-14 semanas</p> <p>Hierro</p> <p>Si corresponde:</p> <p>Progesterona</p> <p>AAS+Calcio</p> |

Continuación Cuadro 5.

SEGUIMIENTO PRIMER TRIMESTRE

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>Actualizar la historia clínica Registrar en Carné Perinatal e Historia SIP</p> | <p>Anamnesis: Descartar posibles patologías intercurrentes Examen físico general y obstétrico si corresponde Control de peso y presión arterial Comunicar síntomas y signos fisiológicos, anormales y de alarma Informar, orientar y acompañar</p> | <p>Primera rutina Translucencia nucal (11 a 14 semanas)</p> | <p>Hierro Si corresponde: Progesterona AAS+Calcio</p> |
|---|---|--|--|

SEGUIMIENTO SEGUNDO TRIMESTRE

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>Actualizar la historia clínica Registrar en Carné Perinatal e Historia SIP</p> | <p>Anamnesis: Descartar posibles patologías intercurrentes Exámen físico: Control de peso y presión arterial Altura uterina Latidos fetales Comunicar síntomas y signos fisiológicos, anormales y de alarma Informar, orientar y acompañar</p> | <p>Test de Coombs indirecto (si es Rh negativo) PTOG (24-28 semanas) Urocultivo Exámen de orina VDRL-RPR y VIH (18-23 semanas) Toxoplasmosis (si IgG negativo, IgM negativo) Ecografía estructural (20-24 semanas)</p> | <p>Inmunoglobulina anti D (si es Rh negativa y NO está aloimmunizada a antígeno D) Hierro Si corresponde: Progesterona AAS+Calcio</p> |
|---|---|--|---|

| Continuación Cuadro 5. | | | |
|--|---|---|---|
| SEGUIMIENTO TERCER TRIMESTRE | | | |
| Actualizar la historia clínica Registrar en Carné Perinatal e Historia SIP | <p>Anamnesis:</p> <p>Descartar posibles patologías intercurrentes</p> <p>Exámen físico:</p> <p>Control de peso y presión arterial</p> <p>Altura uterina</p> <p>Latidos fetales</p> <p>Presentación fetal (36 semanas)</p> <p>Comunicar síntomas y signos fisiológicos, anormales y de alarma</p> <p>Informar, orientar y acompañar</p> <p>Estimular clases de preparación para la maternidad/paternidad</p> | <p>Hemograma</p> <p>Glicemia</p> <p>Urocultivo</p> <p>Exámen de orina</p> <p>VDRL-RPR, VIH</p> <p>AgHbs</p> <p>Toxoplasmosis (si IgG negativo)</p> <p>Exudado recto vaginal. (Busqueda de Estreptococo del grupo B)</p> <p>Ecografía obstétrica (si se considera necesaria)</p> | <p>Hierro</p> <p>Si corresponde:</p> <p>Progesterona (hasta 36 semanas)</p> <p>AAS (hasta 35 semanas)</p> <p>Calcio</p> |

5. DIAGNÓSTICO DE COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO Y ACCIONES ESPECÍFICAS INICIALES.

AMENAZA DE PARTO DE PRETÉRMINO (APP) ⁴⁵

- APP se define como la presencia de contracciones uterinas dolorosas con modificaciones cervicales progresivas antes de las 37 semanas de edad gestacional. Debería excluirse la entidad “APP sin modificaciones cervicales” ya que no existe una entidad clínica llamada APP o riesgo de Parto Pre-término que no incluya modificaciones cervicales ostensibles para su diagnóstico.
- Aquellas mujeres con riesgo de prematuridad se benefician con la indicación de corticosteroides (dexametasona) entre las 24 y 34 semanas de amenorrea. La dosis recomendada es de 6 mg de dexametasona cada 12 hs por un total de 4 dosis. No existe suficiente evidencia para preferir el uso de ciclos únicos o reiterados.
- De disponerse en el futuro en país de betametasona, este sería el fármaco de elección a dosis de 12 mg i.m cada 24 hs por 2 dosis.
- **Uso de agentes uteroinhibidores.** Solo está justificado en aquellas pacientes con diagnóstico de APP y:
 - Necesidad de realizar inducción de la maduración pulmonar (antes de 35 semanas)
 - Necesidad de derivar a centro de referencia 3er nivel con CTI neonatal

- Una vez en centro de 3er nivel y con maduración pulmonar completa su uso NO es recomendable.
- Úteroinhibidores recomendados:
- **Nifedipina e indometacina:** evidencia de alta calidad recomienda el uso de estos 2 fármacos como de primera elección.
 - En embarazos menores de 32 semanas de edad gestacional se recomienda utilizar nifedipina o indometacina; en embarazos mayores de 32 semanas de edad gestacional se recomienda el uso de nifedipina.

Dosis recomendadas:

Nifedipina (liberación inmediata):

-10 a 20 mg. dosis inicial

-10 mg. cada 15 min según actividad contráctil (dosis máxima de 40 mg. en 1a hora) 20 mg. cada 6-8 horas por 48 horas

-Recordar: suspender si PA<90/50

Indometacina:

-Intrarrectal 100 mg. día por 48 horas

-Vía oral 50 mg. inicial, continuar con 25 mg. cada 4-6 hs.

-Recordar: No usar después de las 32 semanas ni por más de 48 horas

- **Atosiban:** existe evidencia limitada para recomendar el uso de Atosiban como tocolítico de primera elección. Por lo tanto, se recomienda restringir el uso de Atosiban para aquellos embarazos mayores de 32 semanas de edad gestacional con contraindicación para el uso de nifedipina y para embarazos menores de 32 semanas con contraindicación para el uso de nifedipina e indometacina. Esta restricción se basa en los datos de eficacia disponibles, su alto costo y el menor tiempo de uso (ausencia de datos de farmacovigilancia).
- **Beta-adrenérgicos:** existe evidencia de alta calidad que **no demuestra mayor eficacia de los agonistas beta adrenérgicos comparados con los demás uteroinhibidores.**
- Dado que los agonistas beta adrenérgicos no han demostrado ser más eficaces y presentan un inadecuado perfil de seguridad **no se recomienda su uso como uteroinhibidores.**

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES (RPMO)

Ante el diagnóstico confirmado de una RPMO antes de las 34 semanas se debe:

- Asegurar el nacimiento en un centro de salud que cuente con centro de cuidados neonatales especializados.
- Iniciar la inducción de la maduración pulmonar fetal con corticoides, ya que la evidencia indica que su uso reduce el riesgo de Síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante, sin aumentar el riesgo de infección en la madre⁴⁶.
- Administrar antibióticos ya que reduce la morbilidad materna y neonatal y retrasa el nacimiento, lo que permite tiempo suficiente para que la profilaxis con corticoides prenatales tenga efecto, así como también la reducción en la incidencia de corioamnionitis. En cuanto a la elección del antibiótico: se recomienda iniciar el tratamiento con Ampicilina 1 g cada 6 horas i/v por 48 hs y luego Amoxicilina 500 mg cada 6 horas v/o completando 10 días o Eritromicina 500 mg cada 6 horas v/o por 10 días⁴⁷.
- La oportunidad para la interrupción del embarazo deberá valorarse en cada caso clínico y en acuerdo con la mujer y su familia.
- De asumir una conducta expectante ante una RPMO se debe administrar una serie de antibióticos por un período de 10 días, no debiendo continuar luego de este período ya que no proporciona ninguna ventaja⁴⁷.
- La combinación de amoxicilina + ácido clavulánico debería evitarse en mujeres que presentan riesgo de parto prematuro debido al mayor riesgo de enterocolitis necrotizante neonatal.

ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO (EHE)

Para el diagnóstico de Estado Hipertensivo del Embarazo se requieren dos tomas de PA anormal (mayores o iguales a

140/90 mmHg) en condiciones basales, separadas 6 hrs. entre sí^{48,49}.

- Ante el diagnóstico de EHE referir a ginecólogo/a

Para el diagnóstico de Preeclampsia:

- Se preferirá la proteinuria de 24 hs a la muestra aislada^{48, 49}. Se considera patológica la proteinuria \geq a 0.3 g en orina de 24 horas (300 mg/24 hs).

- En caso de contar con una muestra aislada de orina realizar de preferencia:

1. Índice proteinuria/creatininuria: el valor de \geq 0.3 mg/dl (o 30 mg/mmol) tiene mejor correlación con la proteinuria en 24 hs. que la cuantificación exclusiva de proteinuria.

2. Tirilla de orina: considerar patológico 1 + o más^{48,49}

3. Proteinuria aislada: no existen recomendaciones en relación a qué valor aislado de proteinuria considerar. Las guías internacionales destacan el índice proteinuria/creatininuria patológica o el valor de la tirilla como las alternativas más válidas a la proteinuria de 24 hs. A los efectos de la práctica clínica, se considera que una muestra aislada de orina que presente una proteinuria de 300 mg/L se correlaciona habitualmente con la proteinuria de 24 hs. Dicha proteinuria deberá reiterarse en 2 ocasiones separada 4 a 6 hs para confirmar el diagnóstico⁵⁰.

- El edema ha dejado de ser un marcador de preeclampsia. El 50-80% de las

embarazadas tienen edemas de MMII. Solo será signo de alarma cuando es de rápida instalación y/o compromete cara o espalda.

- En mujeres hipertensas crónicas sin afectación renal, la evidencia científica no justifica el uso de antihipertensivos si las cifras se mantienen (en forma habitual) por debajo de 160/110mmHg^{48,49}.

Conducta a la paciente con preeclampsia o eclampsia

- Ante casos de preeclampsia severa o eclampsia actuar según las guías de Asistencia de Emergencias Obstétricas y Traslado Perinatal⁵¹.

- Se consideran los siguientes criterios de severidad:

- PA sistólica \geq de 160 mmHg o PA diastólica \geq 110 mmHg

- Instalación de convulsiones o coma (eclampsia)

- Elementos de falla multiorgánica:

- Aparición de síntomas neurológicos, visión borrosa, cefalea persistente e intensa

- Dolor epigástrico

- Síndrome HELLP (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, trombocitopenia o algunos de sus componentes)

- Oliguria

- Deterioro de la función renal

- Edema pulmonar

- El nivel de atención asistencial deberá decidirse según balance riesgo- beneficio, sabiendo que la paciente con síndrome preeclampsia-eclampsia severo cumple con los criterios para ser asistida en una maternidad de alta complejidad (ver página...).
- En caso de requerirse, el traslado deberá hacerse en un móvil con médico y enfermero, y que disponga de equipamiento de reanimación, siempre previa coordinación con el centro receptor para mantener continuidad en la asistencia.

Requerir la compañía de un familiar siempre que sea posible.

Manejo de la HTA severa. En caso de presentar cifras tensionales mayores o iguales a 160/110 mmHg se comenzará el tratamiento antihipertensivo. Se debe evitar descender la presión arterial muy bruscamente porque puede afectar la perfusión feto placentaria. La PA objetivo en esta situación, debe ser entre 140-155 mmHg de PAS y 90-105 mmHg de PAD. Los fármacos indicados son:

- Labetalol:
 - Dosis inicial: 20 mg i/v en bolo.
 - Si no se logra controlar la PA se debe administrar 40 mg i/v a los 10 minutos y dosis de 80 mg en intervalos de 20 minutos (dosis máxima acumulada 300 mg).
 - Contraindicaciones: paciente asmática, o con antecedentes de insuficiencia cardíaca, o con alteraciones

severas de la conducción aurículo-ventricular.

- Hidralazina
 - Dosis: 5 mg i.v. cada 20 minutos hasta 20 mg con control estricto de PA evitando los descensos bruscos.
 - Si bien la hidralazina es probablemente el fármaco de elección y casi la única alternativa en las contraindicaciones del labetalol, actualmente no existe la presentación i/v en nuestro medio.

Prevención y tratamiento de eclampsia. Ante una paciente con síndrome preeclampsia-eclampsia severo deberá realizarse tratamiento para prevenir la aparición de convulsiones y/o tratarlas en caso de eclampsia.

- Se deberá administrar Sulfato de Magnesio:
 - Dosis Carga: 4 a 6 g en 20 minutos por vía intravenosa.
 - Dosis mantenimiento: 1 a 3 g/hora i.v.
 - Dado el estrecho rango terapéutico se deberá controlar estrictamente: nivel de conciencia, la frecuencia respiratoria, la diuresis, el reflejo patelar y eventualmente la magnesemia a las 6 horas (rango terapéutico de 1.7 a 3.5 mmol/L).
 - Si reitera la convulsión, se repetirán 2 g i/v en bolo.
 - La administración de sulfato de magnesio se mantendrá 24 horas después del parto o de la última convulsión. La vía intramuscular se puede utilizar en el caso de no conseguir un acceso

venoso. Se administrarán 5 g i/m en cada glúteo.

- El diazepam y la difenilhidantoina no deben utilizarse en el tratamiento de inicio de la eclampsia ⁵².
- En caso de evolucionar a estado de mal convulsivo se tratará con las drogas convencionales y se descartarán otras causas de estado de mal convulsivo.

DIABETES GESTACIONAL (DG)

Existe controversia a nivel mundial en relación a los valores de la glicemia en ayunas y de la PTOG que son diagnósticos de Diabetes Gestacional.

Sin embargo, a fines de 2013 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó los nuevos criterios para la clasificación y el diagnóstico de la hiperglucemia detectada por primera vez durante el embarazo²⁹.

Estos criterios, consensuados por un grupo de expertos convocado por la OMS, son una actualización de las recomendaciones publicadas por la OMS en 1999.

Según la OMS esta guía:

- toma en consideración la nueva evidencia surgida del estudio Hiperglucemia y Resultados Adversos en el Embarazo (HAPO) ⁵³.

- propone una nueva clasificación para la hiperglucemia detectada por primera vez en el embarazo

- elimina la ambigüedad con respecto a los valores de glucosa en ayunas en plasma en la guía de la OMS 1999.

Para determinar las recomendaciones en el presente manual el MSP promovió instancias de discusión multidisciplinarias entre diversos actores (Facultad e Medicina y Sociedades Científicas).

Considerando las opiniones, el mayor volumen de evidencia apoyando los criterios de la OMS y que las guías del MSP resultan de la adaptación de las guías internacionales, en especial las de la OMS se resolvieron adoptar las recomendaciones de la misma.

Criterios diagnósticos Diabetes

En la primera consulta se realizará una glicemia en ayunas para el diagnóstico de DG.

Factores de riesgo para Diabetes Gestacional:

- Edad materna > o igual a 35 años
- Índice de masa corporal previa al embarazo > 25
- Dislipemia
- Hiperinsulinemia, antecedentes de SPQO
- Antecedente Personal de DG o intolerancia a la glucosa
- Antecedente Familiar de primer grado de diabetes

Diabetes Gestacional:

- Un Valor de glucosa plasmática en ayunas de ≥ 0.92 g/dL (5.5 mmol/L) a 1.25 g/dl (6.9 mmol/L).
- Valores de glucosa plasmática por PTOG (75 gr.) a la hora (60 minutos) \geq de 1.80 g/dL (10 mmol/L) y/o a las dos horas (120 minutos) \geq de 1.53 g/dL (8.5 mmol/L). Los laboratorios a nivel nacional deberán ajustar sus prácticas a éste nuevo criterio, mientras tanto se tomará como principal referencia la dosificación a las dos horas.

Diabetes en el embarazo o diabetes manifiesta:

- Un valor de glucosa plasmática en ayunas \geq de 1.26 g/dL (7 mmol/L).
- Una glicemia al azar \geq de 2.00 g/dL (11.1 mmol/L) con síntomas cardinales.
- Valor de glucosa plasmática (en la PTOG 75 gr.) a los 120 minutos \geq de 2.00 g/dL (11.1 mmol/L)

| Valor de la glicemia en ayunas | Acciones |
|--------------------------------|--|
| < 0.92 g/dL | Resultado normal. Solicitar PTOG en el segundo trimestre |
| ≥ 0.92 y hasta 1.25 g/dL | Realizar diagnóstico de diabetes gestacional. Indicar dieta (nutricionista) y ejercicio. Realizar monitoreo glicémico a los 7-15 días con glicemia capilar basal y posprandial. Si valores basales superan 1 g/dL o posprandiales (1 hora) 1.4 g/dL derivar a ginecólogo o endocrinólogo. |
| ≥ 1.25 g/dL | Repetir glicemia en ayunas, si muestra igual valor realizar diagnóstico de Diabetes manifiesta y derivar a ginecólogo y/o endocrinólogo |

- Historia Obstétrica de: pérdida recurrente de embarazo, macrosomía fetal u óbito de causa inexplicada
- En el presente embarazo: Macrosomía fetal, polihidramnios, malformación fetal, infecciones genitales bajas y/o del tránsito urinario a repetición

DIAGNOSTICO DE SÍFILIS

Actualmente existe un resurgimiento de esta enfermedad en nuestro país, en la región y en el mundo, vinculada directamente con situaciones de mayor vulneración de derechos y pobreza. En base a esta realidad y de acuerdo a recomendaciones de la OMS, se sugieren las siguientes acciones².

- Se debe ofrecer tamizaje con pruebas no treponémicas (VDRL o RPR-Rapid Plasma Reagin-) a la embarazada en el primer control, entre las 18 y 23 semanas y en la rutina del tercer trimestre.
- En usuarias de riesgo realizar tamizaje en cada consulta.
- **En mujeres con VDRL-RPR positivo, indistintamente a la dilución hallada, se aconseja iniciar tratamiento aún sin contar con el resultado de pruebas específicas (TPHA, FTA-abs).**
- Todo test no treponémico “REACTIVO” debe ser seguido de un test treponémico (TPHA, FTA-abs), dado que éste confirma la infección.

Las pruebas rápidas de sífilis están indicadas en poblaciones de difícil captación y en embarazos no controlados, en la consulta de la embarazada (por cualquier causa) que desconoce su estado serológico y en aquellas gestantes que pertenecen a poblaciones con condiciones de vulnerabilidad que hagan sospechar dificultades en el control (usuarias de drogas, escasa comprensión de la importancia de los controles obstétricos, poblaciones marginadas por condiciones socio-económico-culturales, etc). En estas circunstancias está indicado el tratamiento inmediato.

- El tratamiento de la mujer embarazada lúética debe realizarse con Penicilina Benzatínica 2.400.000 UI. El uso de cualquier otra medicación puede ser efectiva para la madre pero no está comprobado científicamente que proteja al feto⁵⁴.
- En el caso de alergia a la penicilina, se deberá internar a la mujer para realizar una desensibilización, y posteriormente realizar el tratamiento con Penicilina Benzatínica ^{2,54}.
 - Si la lúes tiene menos de un año de duración, se indicará dos dosis (una por semana).
 - Si la lúes tiene más de un año de duración, o se desconoce esta variable,

- se indicará tres dosis (una por semana).
- Debe existir un mes libre de tratamiento, para considerar que el recién nacido se encuentra protegido.
- Debe informarse a la mujer, que aún realizando un tratamiento adecuado, existe un pequeño porcentaje de fetos en que el tratamiento no será efectivo.
- Solicitar a la mujer que comunique a su/s contacto/s sexual/es que deben realizarse los estudios para diagnosticar o descartar la infección por sífilis. La institución de la que es usuaria la mujer embarazada DEBE brindar en forma inmediata el tratamiento al/a los contacto/s sexual/es y entrega de preservativos
- **La sífilis, congénita y en adultos, es un evento de notificación obligatoria.** El nuevo decreto de enfermedades y eventos de notificación obligatoria (41/02) de febrero del 2012, establece que ambos eventos deben notificarse ante la sospecha, dentro del plazo de una semana desde que se toma conocimiento del mismo.
- El procedimiento de notificación puede realizarse por cualquiera de las vías disponibles que se citan a continuación:
 - Teléfono: 24091200: disponible las 24 horas del día.
 - Fax: 24085838
 - E-mail: vigilanciaepi@msp.gub.uy
- A partir del corriente año se incorpora también el sistema de notificación on line, a través de la página web del Ministerio de Salud Pública: www.msp.gub.uy
- Al producirse el nacimiento se deberá realizar la auditoria del caso completando el Formulario oficial de auditoria de sífilis gestacional y congénita. Es responsabilidad de la Dirección Técnica de la institución donde se produce el nacimiento, completar el formulario y enviarlo dirigido al Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP: tel: 24088399, 24022424 o al mail redassyrr@gmail.com.

DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN POR VIH²

Se debe ofrecer prueba diagnóstica de VIH en la primera consulta, en el segundo trimestre (18-23 semanas) y en la rutina del tercer trimestre².

Según Ordenanza N° 447/2012 los prestadores con mal control obstétrico deberán contar con test rápidos de Sífilis y VIH en los servicios de primer nivel y servicios de emergencia.

Indicaciones para el uso de test rápidos en la mujer embarazada:

- En el primer control en aquellas usuarias de difícil captación o seguimiento o en el los casos que no se dispone de laboratorio
- En período de pre-parto, parto y puerperio en mujeres sin antecedentes de

control en el último trimestre del embarazo o cuando se carece de dicha información

- Al parto o puerperio inmediato en mujeres con factores de riesgo de transmisión de VIH (independientemente del control del embarazo).
- En aquellas mujeres amamantando que han estado expuesta a situación de riesgo para infección por VIH.

La consejería en la mujer que se realizará la prueba de VIH en el embarazo, debe considerar, en un lenguaje adecuado:

- Significado de la prueba y posibles resultados
- Intervenciones frente a un eventual resultado reactivo
- Promover la realización de la prueba en la pareja
- Estimular las preguntas para evacuar dudas en la mujer
- **PROMOCIÓN ENFÁTICA DEL USO DEL PRESERVATIVO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA⁵**

Frente a un resultado de VIH positivo en una mujer embarazada se recomienda las siguientes acciones sicoeducativas:

- Actitud empática y escucha activa: se debe permitir a la paciente exteriorizar conceptos previos de la mujer en relación a la temática. Brindando la infor-

mación adecuada, con información lo más clara posible. Teniendo en cuenta como se ha desarrollado el diagnóstico de VIH que genera casi siempre una carga importante de angustia y confusión

- Valorar recursos internos y externos: redes familiares y sociales de apoyo con los que cuenta. Trabajar en conjunto con la mujer, a quién COMUNICARÁ o NO el diagnóstico y que reacciones puede esperar en los diferentes ámbitos.
- Reforzar la importancia de los controles y la CORRECTA ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN. Es importante capitalizar el momento del embarazo y el acercamiento de la mujer al servicio de salud para motivarla a continuar con los controles propios de la patología luego de nacido el hijo. Es frecuente que las mujeres controlen el embarazo, realicen el tratamiento para evitar la transmisión al hijo, concurren a los controles del niño, pero no realicen sus propios controles.
- Explicar que la reducción de la carga viral a niveles indetectables a través del Tratamiento Antirretroviral (TARV) es fundamental para reducir el riesgo de transmisión vertical
- Explicar que mejorar o preservar la condición inmunológica mejorará la condición de su propia salud
- Reforzar la importancia del USO DEL PRESERVATIVO aunque la pareja

5. *Se han notificado casos de TV que han ocurrido por adquisición de VIH en el curso del embarazo o lactancia.*

tenga VIH para evitar la reinfección y en caso de no saber la condición de la misma reforzar la importancia de realizar la prueba y captación de la misma.

- Informar acerca de la necesidad de **INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA**. Es importante trabajar precozmente este aspecto con la mujer, ya que de no ser así podría provocar dificultades en el desarrollo de adecuadas conductas de apego. Es importante transmitir que al no amamantar está protegiendo a su hijo y que por lo tanto es un acto de amor. También enseñar y promover otras conductas importantes para favorecer el apego como hablarle, acariciarlo, mirarlo a los ojos y estar especialmente atentas a él/ella durante la alimentación.
- Indagar posibles situaciones de violencia o consumo problemático de sustancia (alcohol, cannabis, cocaína, pasta base de cocaína).
- Desde el comienzo de la intervención es necesario coordinar acciones con trabajador/a social, para valorar la situación de la mujer en este aspecto. Informar y facilitar el usufructo de beneficios sociales.
- La valoración y acompañamiento desde el área de salud mental es necesaria para la elaboración de lo antes expuesto. En caso de no ser posible la participación de rutina de salud mental, atender particularmente síntomas de depresión o malestar psico emocional y realizar consulta con psicología

y o psiquiatría para elaborar acciones conjuntas, paciente y equipo de salud.

Información a ser brindada: consejería post-test

Cuando es necesario extraer una segunda muestra de sangre, se realiza la consejería post test. En esta instancia debe participar personal entrenado y debidamente capacitado para realizar la consejería sobre:

- Comunicar que el primer resultado es “reactivo” o “positivo preliminar”
- Que se requiere de un nuevo examen para llegar al diagnóstico final con certeza
- Que la sensibilidad y especificidad de la prueba es de aproximadamente 99%, pero que existe reactividad inespecífica o “falsos positivos” en los test de tamizaje, por ello es necesario realizar pruebas complementarias (confirmatorias)
- Que es necesario iniciar el TARV sin esperar la confirmación dado que su inicio precoz es una medida fundamental para evitar la transmisión al niño y si el resultado definitivo es negativo se suspenderá.
- Es necesario brindar información clara respecto a la seguridad de los fármacos ARV, haciendo énfasis en que los riesgos de teratogénesis y/o malformaciones son casi inexistentes

- Qué ante el resultado de VIH reactivo es posible que sea necesario realizar cesárea
- Qué ante el resultado reactivo de VIH se deberá suspender la lactancia
- Qué ante el resultado reactivo se deberá realizar seguimiento con exámenes al RN y tratamiento para disminuir la transmisión

Cuando el resultado es “no reactivo”, se informará que la prueba se repetirá entre las 18 y 23 semanas, en el tercer trimestre y en el trabajo de parto sí es necesario

Se promoverá enfáticamente el uso del preservativo durante el embarazo y la lactancia.

25% y un 75%, sobre todo cuando se realiza antes de las 20 semanas. El tratamiento de elección es el metronidazol vía oral, a dosis de 500 mg cada 12 horas por 7 días.⁵⁵ No se recomienda su investigación en mujeres *asintomáticas*, porque en ese grupo de mujeres no se ha demostrado que esta infección empeore los resultados perinatales.

- Chlamydia Trachomatis: La infección sintomática se asocia con RCIU y prematuridad.⁵⁶ No se recomienda su investigación en mujeres asintomáticas ya que la evidencia científica es controversial en cuanto a los efectos adversos de este germen en la mujer embarazada asintomática.

INFECCIONES GENITALES BAJAS

- Vaginosis bacteriana (VB): La VB sintomática se asocia a prematuridad. Algunas evidencias sugieren que el tratamiento de la VB en pacientes con alto riesgo de parto prematuro reduce el riesgo de este resultado entre un

Intervenciones NO recomendadas según la estrategia de medicina basada en la evidencia

A continuación se incluye información sobre prácticas clínicas y uso de paraclínica que aunque puede ser habitual no está recomendado:

| PRACTICAS CLINICAS NO RECOMENDADAS |
|--|
| <p>Pelvimetría</p> <p>No ha demostrado ser efectiva la pelvimetría clínica ni radiológica para detectar desproporción feto pélvica en embarazos normales^{57,58,59}</p> |
| <p>Movimientos fetales</p> <p>La monitorización de rutina de los movimientos fetales en embarazos normales no ha demostrado ser efectiva en prevenir muertes fetales ^{37,57}</p> |
| USO NO RECOMENDADO DE EXAMENES PARACLINICOS |
| <p>Ecografía Obstétrica</p> <p>En embarazos normales, la evidencia científica es clara en que no se han mejorado los resultados perinatales al realizar más de dos ecografías (una en el primer trimestre y otra entre las 18 y 24 semanas). La ecografía en el tercer trimestre, en embarazos normales, ha aumentado la tocurgia sin mejorar los resultados perinatales⁶⁰. No obstante, los estudios de satisfacción de la mujer en aquellos sugieren que ellas prefieren realizarse más estudios ecográficos, por lo que se deja a criterio del médico tratante.</p> |
| <p>Eco-doppler feto-materno-placentario</p> <p>Este examen ha demostrado su eficacia en embarazos que cursan con patologías, en las que se sospecha insuficiencia placentaria, fundamentalmente al diagnosticar RCIU, diabetes gestacional o hipertensión arterial, mediante el registro de la arteria umbilical ^{61,62,63}. Su eficacia en embarazos sin patologías no ha sido demostrada.</p> |
| <p>Cardiotocograma fetal basal (CTG)</p> <p>No se justifica desde el punto de vista asistencial, la solicitud rutinaria de CTG basal para valorar la salud fetal en embarazos normales. Solo ha sido demostrado que mejora los resultados perinatales cuando se sospechan situaciones de hipoxemia fetal aguda o crónica, genitorragia o disminución de movimientos fetales.⁶⁴ Se recomienda su realización para la vigilancia de la salud fetal a partir de las 41 semanas de edad gestacional⁴⁴.</p> |

CAPÍTULO III

TRABAJO DE PARTO Y PARTO.

¿Dónde controlar y asistir un trabajo de parto y parto?

El proceso del parto debe controlarse y asistirse en locales habilitados para tales efectos por el Ministerio de Salud Pública (MSP) según el Documento Técnico de Maternidades ¹

Todo establecimiento donde se asistan partos deberá tener personal calificado y permanente para tales efectos dentro de la institución las 24 horas del día y todos los días del año.

El MSP promueve el nacimiento institucional y humanizado.

| Cuadro 6. Características de las maternidades de baja y alta complejidad | |
|--|--|
| Maternidad de baja complejidad | Maternidad de alta complejidad |
| Destinada a la atención de mujeres con embarazos y partos que inicialmente se cataloguen de bajo riesgo, que pueden garantizar el adecuado seguimiento de la situación clínica materna y fetal | Cumple con los requisitos de la maternidad de baja complejidad y además cuenta con estructura, recursos humanos y organización adecuadas de tercer nivel: Centro de Tratamiento Intensivo neonatal propio, Centro Intensivo obstétrico o polivalente propio o de rápido acceso |
| Estructura | |
| Sala de parto | Sala de parto |
| Sala de parto o de nacer | Sala de parto o de nacer |
| Área de cuidado neonatal de bajo riesgo | Área de cuidado neonatal de bajo riesgo |
| Alojamiento madre-hijo | Área de cuidado intensivo neonatal |
| Laboratorio | Alojamiento madre-hijo |
| Servicio de imagenología | Laboratorio |
| Servicio de hemoterapia | Servicio de imagenología |
| Sistema informático | Servicio de hemoterapia |
| Block quirúrgico | Sistema informático |
| Servicio de traslado materno y neonatal propio o coordinado | Block quirúrgico |
| | Servicio de traslado materno y neonatal propio o coordinado |

| Continuación Cuadro 6. | |
|--|--|
| Recursos Humanos | |
| <p>Obstetra Partera de guardia interna Ginecólogo* de retén Pediatra* de reten. Debe asistir todos los partos Anestesiista* de retén Neonatólogo referente de reten Licenciada de enfermería por turno Auxiliar de enfermería por turno</p> <p><i>(* si el número de partos es mayor de 2 nacimientos por día, estos profesionales deben estar de guardia interna)</i></p> | <p>Obstetra Partera de guardia interna Ginecólogo de guardia interna Pediatra de guardia interna Anestesiista de guardia interna Neonatólogo de guardia interna Licenciada de enfermería por turno Auxiliar de enfermería por turno</p> |
| Condiciones maternas | |
| <p>Mujer sin patologías cursando embarazo mayor de 32 semanas Con patología compensada o controlada Embarazo sin patología malformativa fetal prenatal Cursando embarazo con complicación aguda, que no este en condiciones de ser trasladada a una maternidad de alta complejidad Cesárea de coordinación que cumpla con condiciones neonatales (mas abajo), podálica o gemelar Que requiera: reparación desgarrros vaginales o cervicales, rotura uterina, extracción manual de la placenta o legrado por aborto incompleto</p> | <p>APP menor a 32 semanas con o sin RPM Madre con patología descompensada o potencialmente grave Embarazo múltiple menor o igual a 34 semanas Embarazo menos a las 34 semanas con RCIU Defectos congénitos mayores Incompatibilidad sanguínea grave Hydrops fetal Polihidramnios con repercusión materna u oligoamnios severo Preeclampsia grave o síndrome HELLP Enfermedad endocrino-metabólica descompensada Enfermedad materna grave</p> |

| Continuación Cuadro 6. | |
|---|---|
| Condiciones neonatales | |
| Recién nacido (RN) mayor de 32 semanas y peso mayor de 1500 gramos | Pretérmino menor de 32 semanas |
| Síndrome de Distress Respiratorio (SDR) leve | PEG con score Z mayor a 2DE |
| SDR moderado que no requiera apoyo ventilatorio o CPAP | RN que requiere AVM o CPAP |
| RN procedentes de UCI estables o que requieran alimentación parenteral | RN que requiere ATP y no cumple con criterios de cuidados en maternidad de baja complejidad |
| Pequeño para la Edad Gestacional (PEG) con score Z mayor a 1 Desvío Estándar (DE) | RN que requiere inotrópicos |
| Ictericia que requiere fototerapia | RN con asfixia severa o Síndrome Hipóxico isquémico |
| Defecto congénito sin compromiso vital | RN que requiera exanguinotransfusión |
| | RN que no pueda ser resuelto en maternidades de baja complejidad |

¿Quién puede controlar y asistir a una mujer en proceso de parto?

Las mujeres en proceso de parto deben ser controladas y asistidas por un equipo asistencial multidisciplinario, organizado, competente y eficiente, donde cada integrante conozca su rol en el proceso de atención y legitime las competencias y las funciones de los otros profesionales integrantes del equipo de salud.

La complementación de saberes y el trato ético y humano son indispensables para garantizar una atención de calidad en el trabajo de parto, parto y puerperio. La toma de decisiones en conjunto entre el equipo de salud y la usuaria/pareja es, aparte de un imperativo ético, la mejor estrategia para lograr buenos resultados obstétricos y perinatales y la satisfacción de las mujeres y sus parejas.

El profesional que toma contacto por primera vez con la mujer en trabajo de parto será el encargado/a de valorar a la paciente, incluyendo los factores de riesgo a los que está expuesta. Esta valoración es la base para la toma de decisiones racionales y oportunas tendientes a:

- minimizar dichos riesgos ofreciendo a cada mujer la atención y el nivel de complejidad que requiere
- evitar intervenciones innecesarias
- anticiparse en la medida de lo posible a la ocurrencia de complicaciones

Las Obstetras Parteras y los/as Ginecólogos/as están calificados para controlar

y asistir a aquellas usuarias en proceso de trabajo de parto, parto y puerperio que cursan sin patologías y sin factores de riesgo obstétricos o perinatales.

Los Médicos de Familia, Médicos Rurales y Médicos Generales cuentan con capacitación para la atención del proceso de parto en usuarias sin factores de riesgo, por lo que en ausencia de la Obstetra Partera o Ginecólogo/a tendrán esta responsabilidad.

Las mujeres en proceso de trabajo de parto, parto o puerperio cursando embarazos con patologías o con factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas o perinatales, deben ser controladas y asistidas por un equipo de salud liderado por el Ginecólogo/a, quien tendrá bajo su responsabilidad la toma de decisiones, conductas e indicaciones

Sin perjuicio de lo anterior se promoverá el involucramiento de todo el equipo en la resolución de cada caso clínico tomando en consideración siempre que sea posible, la opinión y preferencias de la mujer

Las siguientes recomendaciones guiarán la asistencia de las mujeres que cursan embarazos, trabajos de parto y partos sin patologías en maternidades de baja complejidad

1. EL PERÍODO DE PREPARTO

Concepto

Decimos que una mujer se encuentra en preparto cuando, cursando un embarazo de término, presenta contracciones uterinas dolorosas acompañadas o no de modificaciones cervicales que no llegan a cumplir las condiciones necesarias para realizar el diagnóstico de trabajo de parto

En este período las mujeres suelen consultar por síntomas fisiológicos y esperables tales como: contracciones uterinas dolorosas o pérdida de limos

Sin embargo el equipo de salud debe estar atento, ya que en el contexto del preparto, la mujer puede consultar por síntomas que se alejan de la normalidad y requieren una cuidadosa evaluación: genitorragia, hidrorrea, disminución de movimientos fetales, cefaleas, fiebre, etc.

Solo luego de realizar una historia y examen clínico completos y habiendo descartado la presencia de factores de riesgo o la ocurrencia de complicaciones obstétrico-perinatales se alentará a la mujer que cursa un embarazo normal y sin patologías a que permanezca en su domicilio durante el preparto (excepto que ella o el profesional que la asiste no lo crea conveniente). A su vez se le recomendará que consulte nuevamente cuando tenga contracciones uterinas regulares cada 5 minutos que no ceden con el reposo y

que se mantienen por más de una hora o cuando aparezca algún síntoma o signo de alarma (genitorragia, hidrorrea, fiebre, disminución o ausencia de movimientos fetales, síndrome hipertensivo o toxiinfectioso, etc.)²

Objetivos de la atención durante el período de preparto

- Cuidado integral de la mujer y del feto
- Valoración de la actividad uterina y de las modificaciones cervicales

Acciones generales

- Registrar la consulta y la evaluación correspondiente en la historia clínica y el Carné Perinatal.
- En esta etapa es fundamental la actividad preventiva y educativa. Informar sobre la evolución normal y esperada de este período, tanto desde el punto de vista fisiológico (pérdida de tapón mucoso, frecuencia y regularidad de contracciones, etc.) como orientación sobre síntomas y signos de alarma
- Entregar a la mujer un resumen adecuado para que se lleve a su domicilio en el caso de ser dada de alta
- Verificar que la mujer una vez que vuelva a su domicilio, tiene acceso real al sistema de salud de presentarse alguno de estos síntomas de alarma

Acciones específicas

Cuidados de la mujer

- Anamnesis:
 - Examen físico general
 - Examen físico abdominal
 - Examen físico genital
- Verificar si tiene o no acompañante.

Cuidados del feto

Se valorará mediante la auscultación de los latidos fetales, según su frecuencia y regularidad y en el caso de tener contracciones uterinas se controlará la frecuencia cardíaca fetal antes, durante y después de ellas. La impresión clínica del tamaño fetal, su situación y presentación y la cantidad del líquido amniótico también integran este ítem.

NO es necesario realizar Cardiotocograma basal fetal (CTG) y Doppler materno feto placentario en embarazos y preparatos sin patologías para asegurar el estado de salud fetal^{3,4,5}.

Control de la evolución del parto

Es importante recordar y explicar a la mujer que no es posible determinar exactamente cuándo se inicia el trabajo de parto, sino que se trata de un proceso dinámico y progresivo.

Por ello en esta consulta es importante valorar la evolución de las contracciones uterinas en cuanto a su frecuencia e intensidad para detectar oportunamente si la mujer está ingresando en trabajo de parto. Se debe evitar el ingreso hospitalario en pre-parto ya que se vincula a mayores tasas de intervencionismo obstétrico.

Esta actividad uterina debe relacionarse con las modificaciones cervicales a través de la exploración genital ya descrita.

El embarazo sin control adecuado en cantidad y calidad durante el parto

Si la mujer presenta un embarazo sin control adecuado y no dispone de las rutinas obstétricas actualizadas, este será un momento adecuado para su ajuste e indicación. La paraclínica que debe tener una mujer embarazada antes del parto según las presentes Normas de Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio es la misma que en la primera rutina, agregando la serología para Hepatitis B (HbsAg) y la búsqueda para estreptococo del grupo B en exudado recto-vaginal.

En algunos casos se podrá obviar alguno de estos exámenes que podrían no tener relevancia dado la proximidad del nacimiento.

El uso de los test rápidos de Sífilis y VIH en caso de estar disponibles es de valor en estos casos.

En el caso de detectar resultados alterados se realizarán las interconsultas y medidas pertinentes.

Es importante corroborar que la vacuna antitetánica se encuentre vigente, de no ser así proceder a administrar el refuerzo. Si nunca ha recibido la vacuna antitetánica (caso excepcional) se debe comenzar la vacunación (repetir a los 2 y 6 meses) y en el momento del parto o cesárea administrar suero antitetánico. Si la mujer no ha sido vacunada contra la Rubéola, deberá ser vacunada en el puerperio.

2. EL TRABAJO DE PARTO

Concepto

El trabajo de parto se define por la presencia de contracciones uterinas regulares de intensidad, frecuencia y duración suficientes como para producir el borramiento y dilatación cervical progresiva. Si bien el proceso del parto es dinámico, en la práctica, en primíparas se diagnostica cuando la dilatación es mayor o igual de 3 cm. y en multíparas cuando la dilatación es mayor o igual a los 4 cm. Este criterio se acompaña de la presencia de contracciones uterinas regulares que suelen ser dolorosas, con una frecuencia de 3 a 5 cada 10 minutos.

Este proceso es un fenómeno continuo en el tiempo, que por motivos estrictamente descriptivos subdividiremos en tres períodos:

- Período de dilatación
- Período de expulsión
- Período de alumbramiento

a. Objetivos de la atención del trabajo de parto

Lograr un parto en óptimas condiciones, sin secuelas físicas ni psíquicas para la mujer.

Acompañar el proceso normal del parto con el mínimo intervencionismo.

Lograr el nacimiento de un recién nacido/a maduro, vigoroso, con un peso adecuado para la edad gestacional, sin sufrir

episodios de hipoxia o traumas vinculados al parto.

Promover una adecuada interrelación madre y recién nacido/a desde los primeros minutos de vida. También con su familia y su padre si así es posible.

b. Acciones generales al ingreso de la mujer en trabajo de parto.

Registrar en la historia clínica y el Carné Perinatal. Completarlos y/o actualizarlos con la información proporcionada por las exploraciones que se recomiendan a continuación:

- Anamnesis completa
- Examen físico general
- Examen físico abdominal
- Examen físico genital

Intervenciones recomendadas según la estrategia de medicina basada en la evidencia

Acompañamiento durante el trabajo de parto y parto

Pocas intervenciones han demostrado ser tan beneficiosas, a tan bajo costo, como el acompañamiento para brindar apoyo emocional durante el trabajo de parto y parto, reduciendo: la duración del trabajo de parto, el dolor, el parto instrumental, el Apgar bajo a los cinco minutos, la experiencia negativa en cuanto

En Uruguay la Ley N° 17386 establece que se debe:

- Proveer cuidado permanente durante el trabajo de parto y no dejar a la mujer sola.
- Estimular la presencia de una persona que la mujer elija para que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto. Proveer acompañantes entrenados y estimular su presencia además de la presencia de la familia, si la mujer lo requiriera.
- Respetar la privacidad de las mujeres y su dignidad en todo momento durante el embarazo, el parto y el puerperio.
- Ser sensible a las necesidades culturales y las expectativas de las mujeres y sus familias.

al parto. Esto, probablemente, se considera más importante que otras condiciones como por ejemplo, las condiciones edilicias.

Higiene vulvo perineal

El parto debe asistirse con guantes estériles y material estéril. Previo al mismo se realiza una desinfección locorregional con soluciones lodadas, Rocal, Clorhexidina, etc.

Alimentación

Es recomendable asegurar un aporte hídrico y calórico adecuado durante el proceso del parto, si la mujer así lo solicita. Generalmente puede mantenerse la hidratación oral y la alimentación con alimentos livianos.

Estado afectivo de la mujer

Es importante estar atentos al estado anímico- emocional y la comodidad de la mujer. Para posibilitar que transite el proceso

del parto de la manera elegida y natural, se recomienda:

- La realización de clases de preparación para la maternidad/paternidad.
- El acompañamiento por la persona que ella considere.
- Estimular a la mujer para que adopte la posición que desee.
- Alentar la deambulación durante el trabajo de parto, si la mujer así lo prefiere.
- Brindar a la mujer toda la información que ella solicite.
- Respetar el derecho de la mujer a la privacidad y confidencialidad.
- Garantizar la continuidad de la atención por personal calificado promoviendo la personalización del control y asistencia del parto.
- Disminución del intervencionismo y la medicalización no justificados.

La rotura de las membranas ovulares

La rotura de la bolsa amniótica suele ocurrir en cualquier momento del trabajo de parto, más frecuentemente luego de alcanzada la dilatación completa. Después de producida es conveniente hacer un tacto vaginal para valorar la dilatación cervical, la altura de la presentación y para comprobar que no se haya producido un prolapso de cordón umbilical o procidencia de miembros. También es importante corroborar la frecuencia cardíaca fetal para descartar compresiones funiculares u otras situaciones que se pueden presentar.

No se aconseja realizar la amniotomía electiva (rotura artificial de membranas) de rutina como forma de acelerar el trabajo de parto.

Solo debe realizarse cuando:

- Se constata una distocia de la dinámica uterina (estimula la frecuencia y la coordinación de las contracciones uterinas y facilita el descenso de la presentación)
- Se requiere realizar el registro cardiotocográfico interno
- Se necesita conocer la calidad del líquido amniótico

El momento ideal para practicar la amniotomía es con la presentación encajada en la pelvis, con el fin de evitar un prolapso del cordón o procidencia de miembros. Deberá utilizarse guantes e instrumental estéril (amniótomo), no reutilizable. Se debe obtener el consentimiento informado oral de la usuaria

Inducción y conducción farmacológica del trabajo de parto

El progreso del trabajo de parto debe ser controlado mediante el partograma. Actualmente se recomienda el partograma del CLAP-OMS, pero se debe advertir que existen controversias respecto a su uso, en especial respecto a los tiempos normales del período de lactante precoz. Existe evidencia que la dilatación entre los 3 y 6 cms. suele avanzar mas lentamente de lo reportado y contenido en el partograma del CLAP. *

Se recomienda prudencia en la interpretación de la evolución de la dilatación en esta etapa del parto de forma de evitar la indicación de fármacos y reducir la tasa de cesáreas. A futuro se debe evaluar cual es la mejor herramienta para evaluar la evolución del parto en la población contemporánea.

Si aquél evoluciona dentro de parámetros normales no deben administrarse fármacos para aumentar la contractilidad uterina (oxitocina, misoprostol, etc.) ya que su utilización no está exenta de riesgos⁶.

La indicación más frecuente de oxitocina es la existencia de distocia de la dinámica uterina que no permite el progreso de la dilatación y/ o el descenso de la presentación, o cuando se debe inducir el trabajo de parto ya que no ha comenzado el mismo en forma natural. La administración de oxitocina se hará por vía endovenosa y en perfusión continua con bomba de infusión, de manera que pueda ser suspendida de forma inmediata en cualquier momento y

que la posibilidad de disparos del goteo sea mínima. Si no se dispone de bomba de infusión, se destinará un integrante del equipo de salud para la atención de esa mujer en forma personalizada. Se diluirá una ampolla de 5 UI en 500cc de suero glucosado al 5% (de tal forma que queda una solución de 10mUI/ml) y se comenzará a 12 ó 24ml/h. Posteriormente se duplicará la dosis cada 20 minutos hasta alcanzar la actividad uterina deseada (existen otras formas admitidas de comenzar la inducción y aumentar la dosis).

Con respecto a la dosis máxima la mayoría de los trabajos utiliza 120 ó 240ml/h (20 ó 40mUI/min)^{6,7,8}.

Otra forma de inducción del trabajo de parto, fundamentalmente cuando el cuello uterino no se encuentra maduro, es mediante el uso de Prostaglandinas⁶. En Uruguay se usa el Misoprostol. La dosis aconsejada para el embarazo de término es de 25 mcg, que se puede administrar intravaginal cada 4 hrs, o vía oral cada 2 hs^{9,10,11}. Dado que cada comprimido presenta 200 mcg, se deberá partir la tableta en 8 pedazos para alcanzar la dosis sugerida.

En el caso de cesárea previa o cicatriz uterina, la utilización de prostaglandinas está contraindicada¹² y el uso de oxitocina es controversial (ver Parto vaginal después de una Cesárea anterior, página).

En los últimos años contamos en el país con un sistema de liberación vaginal de dinoprostona. Se trata de una Prostaglandina E2, cuya indicación es la maduración cervical a término. Tiene como ventajas

que se trata de la dosis justa para la maduración cervical, permite la liberación sostenida en 24 hs y su eventual retiro fácilmente en caso de ser necesario.

Analgoanestesia

La mujer en proceso de parto suele experimentar dolor producido por la dilatación del canal de parto. El umbral del dolor y la vivencia del mismo es individual y varía significativamente entre una mujer y otra. No obstante, éste puede verse disminuido si la mujer se ha preparado adecuadamente para el proceso del parto y es atendida por parte del equipo de salud bajo la modalidad especificada en capítulos anteriores.

A fin de manejar el dolor es importante utilizar diferentes técnicas desde el principio del trabajo de parto, sin esperar al momento en que el dolor es demasiado intenso y con ello se genere excesiva ansiedad en la mujer y sus acompañantes. En todos los casos se procurará la colaboración activa de la mujer y de la pareja y/u otras personas que participan en el parto.

Métodos analgésicos no farmacológicos para reducir el dolor

Existen diferentes técnicas que pueden aplicarse durante el proceso del parto con el fin de disminuir la percepción dolorosa.

- Preparación para el parto, las mujeres informadas, que logran una mayor relajación al disminuir los miedos al proceso perciben una disminución del dolor durante el trabajo de parto y parto.

- Hidroterapia – Parto en agua. La inmersión en agua durante el primer estadio del trabajo de parto ha demostrado disminuir la necesidad de analgésicos sin empeorar los resultados perinatales. Su efecto en el segundo y tercer estadio no ha podido ser evaluado adecuadamente.¹³
- Masajes y contacto físico. El masaje superficial abdominal o dorsal, la presión/masaje y la aplicación superficial de calor o frío suele disminuir la intensidad del dolor haciéndola tolerable.
- Métodos disuasivos. Conversar y deambular durante el trabajo de parto, tener una ventana para mirar el exterior, mirar televisión o escuchar música, son estímulos sensoriales que permiten que la mujer esté menos pendiente del dolor de las contracciones.
- Técnicas de relajación. El estrés provoca una respiración superficial, dándole al cuerpo menos oxígeno. Un ambiente relajado, acogedor y técnicas respiratorias y posturales de relajación permiten una disminución de la tensión muscular y mental. También la visualización de imágenes mentales permite controlar el dolor.
- Música. Si bien la magnitud de esta técnica no es muy significativa, la misma sumada a otra tiene la capacidad de distracción, relajación y reforzamiento de otras conductas como la respiración rítmica.
- Acupuntura y Acupresión Acupuntura técnica china para mejorar el flujo y equilibrio de energía. Acupresión es la aplicación de presión o masaje profundo en los puntos de acupuntura tradicionales.
- Otras: cambio de posiciones, Hipnosis, Tens, Yoga, Reflexología, Aromaterapia, Dígito Puntura, etc.^{13,14,15,16}

Métodos analgésicos farmacológicos para reducir el dolor

Al momento actual todos los fármacos analgésicos de utilización endovenosa (Demerol®, Morfina, etc.) han demostrado asociarse con peores resultados perinatales^{17,18}

Actualmente, las técnicas espinales y más concretamente la analgesia peridural y la técnica combinada intra/peridural son de preferencia. Su seguridad (materna y fetal) y efectividad en cuanto a reducir el dolor, como así también los estudios de satisfacción de las pacientes, han demostrado su utilidad. Esta técnica estará a cargo del médico anestesista.

De estar disponible, resulta recomendable realizar una consulta con anestesista previa al parto, iniciar la analgesia peridural cuando la mujer así lo solicita, una vez iniciado el trabajo de parto.

A continuación se destacan situaciones que requieren intervenciones específicas para disminuir el riesgo de resultados adversos materno - perineales.

INTERVENCIONES NO RECOMENDADAS según estrategia de medicina basada en la evidencia

Rasurado vulvo perineal

No se ha podido demostrar que mediante el rasurado de rutina se disminuyan las infecciones. Cuando esté indicado realizar una episiotomía, pueden recortarse los vellos con tijera en la zona afectada. Cuando se realice una cesárea sólo será preciso recortar con tijera la zona suprapúbica donde se practicará la incisión.

Enema evacuador

Se aconseja solicitarle a la mujer que evacue en forma natural en las primeras etapas del trabajo de parto. Si esto no es posible y cuando se realiza el tacto vaginal, se comprueba que el recto está ocupado, podrá indicarse el enema evacuador, si la mujer lo solicita.

Venoclisis

Esta maniobra se realizará, solamente, si existen inconvenientes para la rápida cateterización en una potencial situación de urgencia (capital venoso de mala calidad), o cuando efectivamente se necesite por indicación precisa.

* Contemporary patterns of Spontaneous Labor with Normal Neonatal Outcomes. Zhang y cols. *Obstet Gynaecol* 2010. December; 116(6): 1281-1287.

3. SITUACIONES ESPECIALES

a. Asistencia de la mujer embarazada con infección por VIH

La mujer VIH positiva tiene un riesgo de 25-40% de transmisión vertical de no recibir intervención médica preventiva. El riesgo es de 8% con monoterapia de AZT, 2% con triterapia y cercana a 0% cuando recibe tratamiento y tiene menos de 1000 copias virales/ml. Es preciso tener en cuenta que la eficacia de AZT para disminuir la transmisión vertical se ha comprobado con cualquier carga viral, por lo

que se aconseja aún con cargas menores de 1000 copias/ml.

En mujeres que llegan en trabajo de parto y se desconoce su condición serológica se indicará una prueba de diagnóstico rápido y de ser positiva se inicia inmediatamente el tratamiento con la finalidad de prevenir la transmisión vertical; posteriormente se confirmará el diagnóstico.

Cuadro 7. Vía de finalización del embarazo en mujeres con VIH¹⁹

| | |
|--|---|
| <p>Escenario 1:</p> <p>Captación tardía (36 semanas o más) o diagnóstico tardío de VIH, con carga viral detectable o desconocida, sin TARV.</p> | <p>Inicio de TARV rápidamente y mantenerlo post nacimiento</p> <p>Información clara a la mujer, sobre el diagnóstico y los beneficios de las intervenciones (TARV, cesárea, suspensión de lactancia)</p> <p>Cesárea programada a las 38 – 39 semanas</p> <p>Realizar AZT i/v</p> <p>Administrar Nevirapina (NVP) 200mg v/o 2 hs o más previo a parto o cesárea</p> <p>Suspender lactancia</p> |
| <p>Escenario 2:</p> <p>36 semanas o más, bajo TARV, con buena respuesta virológica, pero que no está indetectable (es decir más de 50 copias/ml) o se desconoce la carga viral de las 36 semanas</p> | <p>Continuar TARV post parto</p> <p>Información clara a la mujer, sobre el diagnóstico y los beneficios de las intervenciones (TARV, cesárea, suspensión de lactancia)</p> <p>Cesárea programada a las 38 -39 semanas (teniendo en cuenta situación obstétrica y opinión de la mujer).</p> <p>Realizar AZT i/v</p> <p>Suspender lactancia</p> |

| Continuación Cuadro 7. | |
|---|---|
| <p>Escenario 3:</p> <p>36 semanas o más, bajo TARV, CV indetectable (menor o igual a 50copias/ml)</p> | <p>Continuar TARV y seguirlo en el post nacimiento</p> <p>El riesgo de transmisión es menor al 1%, tanto si se realiza parto como si se realiza cesárea. Valorar situación obstétrica y opinión de la mujer. (Si es parto realizar la mínima cantidad de maniobras obstétricas invasivas. Ej: rotura artificial de membranas ovulares, episiotomía, aplicación de fórceps)</p> <p>Información clara a la mujer de beneficios y riesgos de cesárea Vs parto vaginal</p> <p>Realizar AZT i/v</p> <p>Suspender lactancia</p> |
| <p>Escenario 4:</p> <p>Tiene programada realización de cesárea por su condición de VIH, carga viral mayor a 50 copias/ml (no está indetectable) o desconocida que se presenta con RPM y/o trabajo de parto, mayor a 34 semanas</p> | <p>Información clara a la mujer, sobre el diagnóstico y los beneficios de las intervenciones con objetivo de reducir la transmisión vertical</p> <p>En TODAS las situaciones iniciar AZT I/V</p> <p>Valorar situación obstétrica:</p> <p>sí se encuentra en trabajo de parto franco dejar evolucionar parto manteniendo el AZT</p> <p>sí se encuentra al inicio del TDP (dilatación < 4cm) membranas ovulares íntegras, se puede indicar útero-inhibición en espera de completar 3hs de AZT i/v, revalorar y sí la situación se encuentra incambiada realizar cesárea</p> <p>sí la RPM es menor a 2hs y la edad gestacional es > 34 semanas, realizar al menos 1h de AZT i/v y se podrá realizar cesárea</p> <p>sí la RPM es > 2hs, iniciar AZT i/v según pauta dejar evolucionar a parto vaginal (no se justifica cesárea)</p> <p>Si es parto realizar la menor cantidad de intervenciones posible</p> <p>Si está bajo TARV continuarla en el post nacimiento</p> |

Manejo de la medicación ARV durante el trabajo de parto y puerperio inmediato

- En todos los casos desde el inicio del trabajo de parto o 4 hs o más previo a cesárea se debe indicar AZT i/v comenzando con una dosis carga de 2 mg/kg/peso diluido a pasar en 1 hora continuando con 1 mg/kg/peso/hora hasta el clampeo del cordón umbilical
- En aquellas usuarias que no recibieron ARV durante el embarazo con el objetivo de disminuir la TV se puede asociar al AZT i/v una dosis única de Nevirapina (200 mg v/o) por lo menos 2 hs previo a la finalización del embarazo.

- En el puerperio inmediato iniciar TARV en base a tripleterapia de acuerdo a la guía para diagnóstico, monitorización y TARV (NVP o LPV/r según CD4 inicial)
- Supresión de la lactancia con cabergolina (1 mg, dosis única) o bromocriptina (2,5 mg cada 12 hs 14 días)

b. La mujer con Estreptococo del grupo B positivo

Si el exudado rectovaginal detecta la presencia de Estreptococo del grupo B, al diagnosticarse el trabajo de parto se comenzará tratamiento según se indica en el capítulo de control de embarazo.

4. ACCIONES ESPECÍFICAS EN CADA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO.

EL PERÍODO DILATANTE

El período de dilatación se extiende desde el comienzo del trabajo de parto hasta la dilatación completa.

Objetivos de la atención durante el período dilatante:

- Evaluar la progresión de la dilatación cervical.
- Evaluar el bienestar de la mujer y del feto.
- Detectar precozmente alteraciones en la progresión de la dilatación cervical o la salud materna y/o fetal y actuar oportunamente para disminuir el riesgo de complicaciones obstétricas o perinatales.

Controles a realizar en el período dilatante

El trabajo de parto evoluciona de diferentes maneras en cada mujer, pero generalmente lo hace con una velocidad de 1cm. de dilatación cada hora. El uso del partograma (CLAP/OPS) detecta en forma oportuna, progresiones anormales (al atravesar la línea de alarma), que ameritan intervenciones.

Es importante controlar la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas y la progresión de la dilatación cervical, descenso de la presentación e indemnidad de las membranas ovulares

Las contracciones uterinas durante el trabajo de parto suelen acompañarse de dolor, con una duración de 60 segundos aproximadamente y con una frecuencia de 3 a 5 cada diez minutos. Es importante constatar que exista un lapso de tiempo entre las contracciones con tono uterino normal. Estas características permiten la progresión del parto sin efectos adversos en la mujer, ni en el feto.

Los tactos vaginales se restringirán al mínimo imprescindible que permita valorar con seguridad la progresión del parto. Como mínimo son necesarias una exploración al ingreso, una después de que se haya roto las membranas ovulares y otra al aparecer el deseo de pujo.

Recordamos que la disminución de infecciones se logra realizando el menor número posible de tactos vaginales y la utilización de guantes adecuados.

El resultado de esta exploración debe ser trasladado al partograma para corroborar la progresión normal del trabajo de parto.

El líquido amniótico meconial

Aunque se lo considera un factor de riesgo, su ocurrencia es bastante frecuente y el resultado perinatal generalmente normal.

La presencia de meconio espeso debería ser considerada marcador de posible pérdida de bienestar fetal y hace necesaria una evaluación más prudente del bienestar fetal durante el trabajo de parto y el parto.^{20,21}

Vigilancia fetal intraparto

A partir del inicio del período dilatante el control de la salud fetal es muy importante, ya que la mayoría de las sospechas de pérdida de bienestar fetal se observan en estas etapas.

La salud fetal se controla mediante la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y su modificación con las contracciones uterinas (DIPS I, II y variables), valorando la misma antes, durante y posterior a las contracciones.³

La FCF normal durante el período dilatante es de 110 a 160 lpm.

En los casos de bradicardia es importante recordar que el aumento de la frecuencia cardíaca fetal al estimular la cabeza fetal (15 latidos durante 15 segundos), es un buen predictor de ausencia de acidosis.³

El registro de la FCF puede hacerse de manera intermitente mediante estetoscopio de Pinard o ultrasonido (Doptone®), o continuo mediante registro gráfico electrónico. Si se decide realizar registro electrónico, los transductores inalámbricos son los deseables. De no contar con ellos se sugiere ventanas de 20-30 minutos cada hora para que la mujer pueda deambular.

Los estudios aleatorizados, no han podido demostrar que el registro electrónico sea mejor desde el punto de vista de los resultados perinatales, que el registro mediante estetoscopio de Pinard.^{22,23} El cuidado de la salud fetal mediante cardiotocograma fetal continuo presenta menor tasa de convulsiones, pero no

mejora la tasa de parálisis cerebral, mortalidad infantil ni otros parámetros de bienestar neonatal a cambio de un incremento en el número de cesáreas y parto instrumental.^{3, 22, 23}

Cuando se detectan alteraciones de la FCF o cuando el trabajo de parto, por alguna condición, puede afectar la salud fetal, el control tiene que ser electrónico y continuo.^{3, 22} De tener períodos largos de normalidad se sugiere realizar pequeñas interrupciones para que la mujer pueda deambular.

Sospecha de hipoxia fetal intraparto: cuando se realiza este diagnóstico y descartados los accidentes útero-placentarios (rotura uterina, DPPNI), la realización de reanimación fetal intrauterina mediante el uso de betamiméticos ha demostrado ser útil para disminuir el número de registros sospechosos y la actividad uterina^{24,25}. Esta intervención puede además disminuir la necesidad de interrupción de emergencia del embarazo sin aumentar y aun reduciendo los efectos adversos materno-fetales. En estos casos, el uso de oxígeno materno no ha demostrado ningún beneficio fetal²⁶.

EL PERÍODO EXPULSIVO

El período expulsivo comienza con la dilatación completa y finaliza con el nacimiento.

Si la mujer lo desea, se recomienda que en este período deambule y adopte durante las contracciones y los pujos la posición de mayor conformidad. Permitir que

la mujer adopte la posición de su preferencia en este estadio ha demostrado que mejora el confort, disminuye las distocias, el traumatismo vagino-perineal y las infecciones de piel.²⁷ Diferentes estudios demuestran que las posiciones verticales presentan pocas desventajas, en comparación con las horizontales. Los beneficios desde el punto de vista biológico y psicológico son mayores en éstas que en las horizontales.^{28,29}

Objetivos de la atención durante el período expulsivo:

- Evaluar la progresión del descenso de la presentación fetal.
- Evaluar el bienestar de la salud materna y fetal.
- Detectar precozmente alteraciones en el descenso de la presentación o la salud materna y/o fetal y actuar oportunamente para disminuir el riesgo de complicaciones obstétricas o perinatales

Controles a realizar en el período expulsivo

Controles de la mujer

Son los mismos que durante el período de dilatación. Si la vejiga se encuentra distendida y la mujer no puede orinar espontáneamente, es aconsejable realizar una cateterización vesical ya que aquella puede actuar como tumor previo.

Controles del feto

Son discutibles los patrones de FCF durante el período expulsivo que hacen diagnóstico de sospecha de pérdida de bienestar fetal.

Se denomina bradicardia no complicada, durante el período expulsivo, registros de FCF entre 90 y 110 lpm. Si mantienen buena variabilidad y no existen otros factores de riesgo, no se asocian con acidosis fetal ni resultados perinatales adversos.

Los períodos expulsivos no necesitan ser monitorizados electrónicamente en forma continua, salvo alguna condición que pueda afectar la salud fetal, ya que esta modalidad no ha demostrado ser más efectiva que la forma intermitente o la auscultación con estetoscopio de Pinard en forma intermitente.

Control de la evolución del período expulsivo

Se controlarán las contracciones uterinas y el descenso de la presentación. En los casos en que la bolsa amniótica esté íntegra y no progrese el período de expulsión, se realizará una amniotomía, valorando el color y calidad del líquido amniótico. Si la progresión del expulsivo es adecuada, se respetará la indemnidad de la bolsa amniótica.

La duración de este período es controversial, pero en general se considera normal hasta 2 horas en primíparas y hasta 1 hora en multíparas (en el caso de analgesia raquídea peridural se aumenta 1 hora respectivamente)^{30,31}

A partir de este tiempo se hará diagnóstico de período expulsivo prolongado y la atención deberá ser realizada por el Ginecólogo.

EL PARTO

La sala de parto o sala de nacer

La sala donde se realizará el parto tendrá que tener una temperatura no menor a 26°C y una higiene adecuada.

De contar con la tecnología e infraestructura necesaria se alentará a que las instituciones permitan que el nacimiento se produzca en la misma habitación donde se desarrolló el trabajo de parto. Para esta situación, la institución deberá solicitar al MSP la autorización correspondiente.

La posición

Es importante respetar el derecho de la mujer a adoptar la posición que considere más cómoda dentro de las posibilidades de cada centro. Las posiciones más naturales, semisentada, sentada, en cuclillas, deben ser ofrecidas.

Éstas:

- disminuyen el riesgo de alteraciones cardíacas fetales ya que no hay compresión aorta-cava (Efecto Poseiro).³²
- favorecen una mejor acomodación del feto para su paso por el canal de parto, en menor tiempo y con menos uso de oxitocina.

- permiten que el parto espontáneo sea más frecuente y se reduce el índice de episiotomías y desgarros.
- disminuye la presión sobre los pulmones aumentando la relajación, la capacidad respiratoria y favoreciendo la oxigenación materna y fetal
- permiten contracciones uterinas más fuertes y eficientes⁶

La posición de litotomía más frecuentemente utilizada por las instituciones, presenta como ventaja para el personal de salud, el fácil acceso al periné y para la gestante la menor pérdida hemática post parto que en las posiciones verticales. Como desventaja, se destaca la compresión sobre los grandes vasos lo que disminuye el flujo sanguíneo materno-fetal.³³

Los pujos

Cuando la presentación fetal se apoya sobre los músculos del periné, se desarrolla el reflejo del pujo. Si la mujer no ha recibido preparación para el parto, es conveniente que se le explique la mejor forma de aprovecharlos.

En los casos que haya recibido anestesia peridural, este reflejo puede anularse.

Alentar a la mujer para que adopte la posición que ella crea más conveniente para realizar el esfuerzo de pujo y permitir que puje libremente cuando lo desee,

tomando en consideración las ventajas y desventajas mencionadas anteriormente, durante el período expulsivo.

La maniobra de Kristeller no encuentra justificación en ninguna oportunidad por lo tanto está contraindicada.

La episiotomía

En el caso de estar indicada, la incisión tiene que hacerse cuando la presentación abomba en la vulva y aprovechando el acmé de la contracción. Se debe recabar el consentimiento oral de la embarazada antes de proceder a la misma

Indicaciones de la episiotomía

- En los casos de riesgo de desgarro de 2º ó 3er grado.
- Necesidad de acelerar el parto por sospecha de pérdida del bienestar fetal.
- Parto instrumental.
- Parto en Podálica.

Sutura de la episiotomía

La sutura continua de todos los planos (vagina, músculos perineales y piel) ha demostrado mejor confort a la mujer, al disminuir el dolor que la sutura por planos separados.³⁴

El uso restrictivo de la episiotomía

La medicina basada en la evidencia ha demostrado que el uso restrictivo de la episiotomía debe ser la conducta aconsejada durante el período expulsivo de la mayoría de los partos.³⁵ La incidencia de

6. *Descrito por Caldeyro Barcia en 1960, 1978 y 1979, Mendez Bauer en 1975 y 1975, Miller y Roberts en los años 80*

desgarros vagino-perineales de 3er grado, son similares en ambas conductas. Tampoco se ha encontrado diferencias en la aparición posterior de trastornos del suelo pélvico ni incontinencia urinaria.^{35, 36}

La única desventaja demostrada en el uso restrictivo de la episiotomía es el aumento de laceraciones en la zona vulvar anterior, sin embargo la mayoría de ellas no necesitan sutura y el sangrado cesa con la compresión.

Disminuyen el índice de episiotomía:

- Mujer que haya recibido clases de preparación para el parto.
- Protección del periné durante el pujo, que debe ser lento y controlado.
- Postura vertical en el período expulsivo.

Pinzamiento y sección del cordón umbilical

Luego del nacimiento el profesional actuante procederá al clampeo y sección del cordón umbilical, lo cual puede realizarse de diferentes maneras:

- Clampeo y sección precoz (se realiza inmediatamente luego del nacimiento).
- Clampeo y sección oportuna de cordón (Se realiza cuando el cordón pierde su turgencia^{37, 38}). Es de elección ya que se relaciona con menores niveles de anemia neonatal.

Esta última, se debe realizar cuando no existe depresión neonatal, ni otro proble-

ma médico que así lo justifique. Tiene a favor que es un mecanismo más natural y por lo tanto fisiológico, en el cual se produciría una “transfusión sanguínea” al recién nacido que ayudaría a prevenir la anemia infantil y está especialmente indicada en pretérminos.³⁹

Esta conducta puede aumentar la poliglobulia e ictericia neonatal, aunque estas situaciones no se asocian a peores resultados neonatales.⁴⁰

Toma de muestras de sangre de cordón: A todos los recién nacidos se les realiza la toma de muestras de sangre de cordón grupo sanguíneo ABO, Rh y test de Coombs directo, VDRL-RPR y TSH.

Situaciones especiales

El parto instrumental

El parto instrumental consiste en la utilización del Fórceps obstétrico (en cualquiera de sus variedades, hay más de 700 descripciones⁴¹ o del Vacuum extractor, para provocar el parto de la cabeza fetal.

Cuando la indicación es precisa, su utilización puede salvar la vida del feto o prevenir secuelas de gravedad variable.⁴² La mayoría de los expertos concuerdan en que todo obstetra debería estar familiarizado en la utilización de alguna de las variedades de estos instrumentos y toda maternidad debe tener este tipo de instrumental a disposición en forma permanente.^{43,44}

Las indicaciones pueden ser de causa fetal o de la mujer.⁴²

- Fetal: Sospecha de pérdida de bienestar.
- De la mujer: Imposibilidad de ejercer esfuerzos de Valsalva (ejemplo: aneurisma cerebral, enfermedad cardíaca clase III o IV, Miastenia Gravis, Plejias, etc.), agotamiento materno o esfuerzo de pujo ineficaz.

En estas circunstancias, los resultados perinatales son semejantes a haber realizado una cesárea.^{45,46}

Son contraindicaciones para su utilización: presentación no cefálica, desconocimiento de la posición o variedad de la presentación, dilatación no completa, cefálica por encima de tercer plano de Hodge, desproporción cefalopélvica, trastornos de la coagulación fetal u osteogénesis imperfecta.

Complicaciones fetales o en la mujer^{45,46,47}.

Los desgarros perineales pueden ocurrir en una frecuencia de 30%, laceraciones faciales fetales en 1%, cefalohematoma 1%, parálisis faciales 0.5% y hemorragia intracraneana el 0.1%.

Una reciente revisión sistemática que compara el Vacuum con el Fórceps concluye que el primero tiene menor morbilidad materna pero es menos efectivo, y el segundo menor cefalohematoma y hemorragias de retina.⁴⁸

Si bien el parto instrumental se asocia a mayor incidencia de infecciones puerperales, el uso de antibióticos en forma pro-

filáctica no tiene sustento en la medicina basada en la evidencia.⁴⁹

La distocia de hombros

La distocia de hombros es un evento intraparto que en muy pocas situaciones puede prevenirse o sospecharse antes del momento de su ocurrencia.

La incidencia general varía con el peso fetal pero es preciso tener en cuenta que la mayoría de las distocias de hombros se producen en fetos de peso normal.⁵⁰

Los estudios de costo beneficio indican que para prevenir 1 evento de distocia de hombros debería realizarse 100 cesáreas cuando el peso estimado del feto es de 5000g. si la mujer no es diabética, y a partir de los 4500g cuando es diabética.⁵¹

No existen claras evidencias que sostengan o rechacen el uso de maniobras (maniobras de Woods, Zavanelli, cleidotomía y Roberts) para prevenir la distocia de hombros. Aunque una revisión del ACOG recomienda que todo obstetra debería conocer alguna de ellas para practicarla en el momento indicado.^{52,53}

PERÍODO DE ALUMBRAMIENTO

El período de alumbramiento, corresponde al desprendimiento y expulsión de la placenta y de las membranas ovulares. Este período corresponde a uno de los momentos de mayor gravedad potencial de la mujer en el proceso del embarazo.

Las principales complicaciones que podemos observar en este período son:

- Retención de placenta o de restos placentarios.
- Traumatismos del canal del parto.
- Atonía uterina, problemas causados por ciertos anestésicos (halogenados) y otros medicamentos úterorrelajantes.
- Hemorragia uterina.
- Rotura uterina.
- Inversión uterina.

Alumbramiento pasivo, espontáneo o fisiológico

La expulsión de la placenta suele producirse en forma normal antes de los 30 minutos del nacimiento. Cuando ésta se desprende, se observa la salida de sangre oscura incoagulable que sale por la vulva y cesa espontáneamente.

La pérdida hemática no suele superar los 500ml. Si el útero no se contrae realizaremos masaje uterino a través del abdomen hasta que se contraiga y si no lo hace indicaremos uterotónicos.

Alumbramiento activo o dirigido

El alumbramiento activo se realiza administrando una ampolla de 5UI de oxitocina vía intramuscular en el deltoides en el momento que se desprende el hombro anterior, o acelerando el goteo de oxitocina si la misma ya se estaba utilizando.

La pérdida de sangre y la hemorragia postparto se encuentra disminuida en

comparación con el alumbramiento pasivo, sin embargo existe mayor incidencia de náuseas y vómitos ^{54,55}

La OMS recomienda la realización del alumbramiento activo⁵⁶

Alumbramiento manual

Si la placenta no se desprende en forma espontánea luego de sesenta minutos de producido el nacimiento, se realiza diagnóstico de placenta retenida. En este caso, el ginecólogo se hará cargo de la atención de la mujer.

A partir de los 30 minutos la posibilidad de que la placenta se encuentre retenida aumenta considerablemente por lo que en la práctica las acciones de intervención comienzan aproximadamente a ese tiempo.

Cuando se sospecha que podría estar ocurriendo una retención placentaria debe procederse de la siguiente manera:

- realizar controles vitales de la mujer
- colocar una vía venosa periférica
- realizar masaje uterino vía abdominal y ligera tracción del cordón umbilical

Si estas maniobras no son efectivas, se puede proceder a practicar una infusión de 20 a 40cc de suero fisiológico con 10 a 50U de oxitocina por la vena umbilical. ⁵⁷

De no ser efectivas las maniobras anteriores, realizar el alumbramiento manual en block quirúrgico y bajo anestesia. Previo iniciar la maniobra se puede indicar antibióticoterapia profiláctica con una dosis

única de Ampicilina 2g. IV o Cefazolina 1g. IV más Metronidazol 500mg. IV ⁵⁸ (aunque no existen estudios randomizados que avalen esta conducta) ⁵⁹, y posteriormente a la extracción se indicarán uterotónicos.

Siempre comprobar que la placenta se encuentra completa y si existen dudas se procederá a realizar un legrado evacuador complementario de preferencia aspirativo. La placenta deberá ser enviada a estudio anátomo-patológico.

En estos casos, el puerperio deberá ser controlado en forma personalizada y con una frecuencia más alta que los puerperios sin efectos adversos.

Revisión del canal de parto

Esta maniobra se debe realizar siempre que se observe sangrado de características mayores a las habituales, o en los casos de parto instrumental. En los casos de cicatriz uterina anterior, no es necesario corroborar la indemnidad de la cicatriz luego del parto, salvo en el caso de que el sangrado sea excesivo.

En el caso de haberse practicado una episiotomía, el canal se debe revisar antes de la episiorrafia.

En los casos que no se logre una buena exposición se utilizarán valvas ginecológicas.

De ser necesario, para una correcta exposición, sedar a la mujer, se la trasladará a block quirúrgico, bajo control de anestesista.

Los desgarros de 1er grado (mucosos) generalmente no necesitan ser suturados, salvo que el sangrado no se cohíba con compresión.

La cesárea

La medicina basada en la evidencia ha demostrado los beneficios de las siguientes conductas, las cuales se aconsejan:

- Realizar antibióticoterapia profiláctica reduce la endometriitis en 2/3 a 3/4 y la infección de partes blandas. ⁶⁰ Los antibióticos aconsejados son la Ampicilina o las Cefalosporinas de primera generación. ⁶¹

La administración de antibióticos (cefazolina) inmediatamente antes de iniciar la operación es más beneficiosa que en el momento del clampeo del cordón (53% de reducción de endometritis y 50% de reducción total de morbilidad por infección), con iguales resultados neonatales para marcadores de infección. ⁶²

- Dejar sin suturar el peritoneo parietal y visceral acorta el tiempo operatorio y disminuye el dolor postoperatorio con iguales resultados maternos a corto plazo. ⁶³

- No existe evidencia concluyente en cuanto a las distintas técnicas de sutura de la piel. ⁶⁴

- La incisión de Joel-Cohen presenta menor índice de fiebre, dolor, necesidad de analgésicos, pérdida de sangre, tiempo operatorio y días de internación que la incisión de Pfannenstiel. ⁶⁵

Parto vaginal después de una cesárea anterior

Se recomienda el intento de parto vaginal después de una cesárea anterior ya que la morbilidad materna se encuentra disminuida con respecto al nacimiento por cesárea, con morbilidad neonatal equiparable. El 60 a 80% de las mujeres que han tenido una cesárea anterior y que tienen criterios de elegibilidad pueden tener un parto vaginal. Uno de los principales marcadores de éxito para un parto vaginal después de una cesárea anterior es que la mujer haya tenido un parto vaginal previo o que la cesárea haya sido decidida en etapas tardías del período dilatante.

Los criterios de elegibilidad de mayor consenso son los siguientes ^{66, 67}

- Gestación única en presentación cefálica
- Peso fetal estimado inferior a 4.000g.
- Cicatriz uterina previa segmentaria transversa
- Pelvis viable
- Ausencia de otras cicatrices uterinas o de antecedentes de rotura uterina
- Consentimiento de la gestante
- Disponibilidad de asistencia obstétrica continúa.
- Posibilidad de realizar anestesia y cesárea de urgencia

En todos los casos, la valoración tiene que ser individual y tiene que existir el consentimiento informado de la mujer. La decisión final tiene que ser tomada conjuntamente por la gestante y el médico,

después de analizar los beneficios y riesgos de la vía vaginal y de la cesárea.

Estos trabajos de parto y deben ser conducidos por el Ginecólogo y con monitorización electrónica continua de la FCF.

Cuando el tiempo transcurrido entre una cesárea y un parto vaginal es menor a 24 meses, el riesgo de rotura uterina aumenta 2-3 veces.⁶⁸

La inducción con oxitocina de estas mujeres es controversial ya que la incidencia de rotura uterina (aunque muy poco frecuente) aumenta significativamente al compararse con el trabajo de parto espontáneo.⁶⁹ El uso de oxitocina al menos duplica la incidencia de rotura uterina con respecto al trabajo de parto espontáneo (87/10.000 y 36/10.000 respectivamente).⁷⁰ Merece una especial consideración la conducción del trabajo de parto con oxitocina cuando la mujer ya ha tenido un parto vaginal previo, ya que existen trabajos que demuestran que no presenta mayores riesgos que el trabajo de parto normal.^{71,72}

En las mujeres con cicatrices uterinas de cualquier índole el uso de prostaglandinas para la inducción del trabajo de parto está contraindicado.^{11,12}

Anticoncepción post evento obstétrico

- Inserción de DIU

Es posible insertar un DIU inmediatamente después de producido el alumbramiento. La técnica es de fácil realización y de seguridad comprobada (no aumenta la

tasa de infecciones y la expulsión es menor al 12% al año).⁷³

Esta maniobra está contraindicada en los casos de sospecha de infección ovular o en situaciones que elevan el riesgo de infección (por ejemplo: rotura prematura y prolongada de membranas ovulares, fiebre durante el trabajo de parto, etc.).⁷⁴

A los 30 días se realiza un control.

- Ligadura tubaria

En aquellas mujeres que habiendo tenido un parto vaginal, deseen esterilización definitiva y que tengan problemas con la continuidad de sus controles, se aconseja practicar la ligadura tubárica previo al

alta. Esta podrá realizarse en block quirúrgico y bajo control de anestesista, por vía laparoscópica o laparotómica (pequeña incisión mediana infraumbilical a la altura del fondo uterino)

En aquellas mujeres que hayan decidido en forma informada la ligadura tubárica, y tengan indicación de cesárea, la misma se realizará en el mismo acto quirúrgico

En todos los casos la ligadura tubaria se realizará según Ley 18.426 (los formularios de consentimiento informado se pueden bajar libremente de la página web del M.S.P. www.msp.gub.uy).

5. RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Este capítulo se encuentra basado en el “Manual Clínico AIEPI Neonatal en el contexto del continuo materno-recién nacido-salud infantil”⁷⁰ realizado en conjunto por OPS-CLAP y el MSP.

Introducción

El nacimiento es una bellísima experiencia y también el momento de mayor riesgo en la vida de todo ser humano. Son los minutos de oro donde el organismo debe adaptarse a cambios fisiológicos radicales.

Los objetivos en la atención del recién nacido son:

Tener siempre como prioritario el bienestar del recién nacido y su familia.

Se deben tener presente las preferencias que manifiestan los padres y el derecho de contar con el acompañante que la mujer elija en el momento del nacimiento protegido por ley en Uruguay.

Es importante interferir lo mínimo posible con la adaptación normal a la vida extra uterina.

No se debe separar al recién nacido de su madre en el caso que no existan riesgos para la salud de ambos y promover el vínculo con su familia.

Promover el contacto piel a piel en el momento del parto mejora la adaptación a la vida extra uterina, disminuye la incidencia de hipotermia e hipoglicemia.

Se debe promover que se inicie la lactancia materna en la primera hora de vida.

Realizar la profilaxis de la Enfermedad Hemorrágica, la Oftalmia Neonatal y el screening neonatal.

La internación es un período fundamental para educar a la familia en el cuidado del recién nacido.

En la mayoría de los nacimientos la intervención excesiva no está recomendada entendiéndose como perjuicio al recién nacido y su familia.

En el 90% de los recién nacidos la transición a la vida extrauterina se realiza sin necesidad de intervención del equipo de salud donde el cuidado es solo observar para detectar anomalías y prevenir complicaciones. Pero el 10% de los casos puede ser necesario maniobras para apoyar la transición, y en el 1% se requiere reanimación avanzada. Debe tenerse en cuenta que por el número de nacimientos este es uno de los momentos de riesgo para la vida y el desarrollo y se requiere en estas situaciones personal capacitado en reanimación neonatal avanzada en todos los nacimientos que se produzcan en Uruguay.

Lugar del nacimiento

El lugar de nacimiento puede ser muy variable de acuerdo a las distintas culturas. Dado que hasta un 10 % de los recién

nacidos pueden requerir alguna maniobra de reanimación y/o estabilización, el nacimiento debe realizarse en un medio hospitalario que cuente con todos los recursos materiales, profesionales y técnicos para poder asistir de forma óptima a aquellos neonatos que requieran medidas de reanimación, hasta que en nuestro país se fortalezca el sistema de traslado perinatal.

La clave para lograr una atención exitosa efectiva y de calidad es la **preparación y anticipación** en relación a los recursos humanos así como de los materiales que se requieran y contar con ellos en el momento oportuno.

Objetivos de la atención

Trato amable y respetuoso: jerarquizar los derechos del recién nacido y de los padres, respetando sus gustos y preferencias. Para ello, lo ideal es tomar contacto antes del nacimiento con la familia explicando cómo se van a ir sucediendo las distintas etapas y como se desarrollará la adaptación a la vida extrauterina. El ambiente debe ser cálido y tranquilo. Proveer atención de manera personal, presentarse por el nombre, no conversar con los colegas mientras se realizan procedimientos respetar la privacidad de la mujer que puede estar a la vista de otras mujeres o acompañantes, son situaciones cotidianas que deben ser tenidas en cuenta.

Apoyo a padres adolescentes: las embarazadas y sus parejas adolescentes

merecen una atención especial, por un equipo multidisciplinario sensibilizado en la temática de embarazo adolescente.

Recursos humanos: En todo nacimiento debe estar presente por lo menos una persona cuya UNICA responsabilidad sea la atención del RN, que debe ser un neonatólogo, o un pediatra general, junto al equipo de enfermería capacitado/a entrenada/o para realizar la atención inmediata, evaluar al RN y si es necesario iniciar una reanimación, es decir estar capacitado/a en reanimación en sala de partos.

Sector de atención inmediata: Un sector ubicado en la sala de nacer, de partos y/o cesáreas, con buena iluminación, sin corrientes de aire, paredes lavables y sobre todo con tamaño adecuado para el trabajo de varias personas y equipos. Debe tener un sistema de control de temperatura ambiental para mantener entre 26°C y 28°C, y 36°C en el área específica para maniobras, una fuente de oxígeno y otra de aire medicinal, y un sistema de vacío.

Equipos: Cuna radiante, reloj de pared con segundero, balanza pediátrica, tallómetro, flujómetro de oxígeno y de aire medicinal, mezclador de gases (Blender), neopuff, oxímetro de pulso (saturómetro), sistema de regulación de la presión de vacío (vacuum), carro de paro con: tijeras estériles para cordón, bolsas autoinflables de tamaño neonatal: 250 y 500 ml, máscaras anatómicas de 3 tamaños, laringoscopio, palas rectas, pequeña, mediana y grande.

Materiales: Guantes estériles, compresas estériles, campos amplios hechos

con tela absorbente (toalla), aspirador tipo pera de goma, sonda orogástrica, clamp umbilical, jeringas de 1cc, 5 cc, 10 cc y 20 cc, ampollas de vitamina K, gasas estériles, desinfectante (Clorhexidina 1%), pulseras identificadoras, almohadillas con tinta para sello para impresión plantar del RN, colirio antibiótico (eritromicina) o nitrato de plata 1%, tubos endotraqueales N° 2,5; 3; 3,5 y 4, ampollas de adrenalina, ampollas y frascos de solución fisiológica, catéteres umbilicales, aspirador de tubo endotraqueal, sondas de aspiración de 8, 10 y 12 French, solución de dextrosa 10%, ampollas y frascos de agua destilada estéril y bicarbonato de sodio.

Pasos previos de la atención inmediata: En todo momento se deben observar las medidas universales de control de infecciones, tendientes a proteger tanto al neonato y a la madre como a los trabajadores de salud. Siempre efectuar un correcto lavado de manos y antebrazos con antiséptico y usar guantes estériles, usar además sobretúnicas estériles.

Un aspecto prioritario en el abordaje de la salud materno infantil es la continuidad de la atención identificando que factores preconceptionales y conceptionales pueden influir en el resultado del producto de la gestación.

Es por ello que se debe conocer detalladamente la historia obstétrica, entrevistando a la madre, identificando los distintos factores de riesgo:

enfermedades maternas previas, antecedentes obstétricos, antecedentes de

la gestación actual, edad gestacional, controles del embarazo en cantidad, patologías propias del embarazo, ecografías obstétricas, situaciones de riesgo maternas y fetales durante la gestación, estado de colonización recto-vaginal por estreptococo del grupo B, resultado de tamizajes prenatales: serología para HIV y hepatitis B, toxoplasmosis, VDRL, grupo sanguíneo materno.

Cuidados rutinarios a todos los recién nacidos: La adaptación neonatal inmediata en el momento del parto es un conjunto de modificaciones de cuyo éxito depende fundamentalmente el adecuado paso de la vida intrauterina a la vida en el ambiente exterior.

Para ello, se requieren cuidados rutinarios que todo recién nacido debe recibir.

Estos cuidados incluyen:

- **Contacto piel a piel temprano madre-hijo:** Apenas concluido el parto, el recién nacido sano debe ser entregado a su madre permitiendo la interacción entre ambos, idealmente con la presencia del padre y/o el acompañante que la mujer elija. Debe favorecerse el contacto piel a piel entre ambos, mientras se mantiene la vigilancia de la madre y el recién nacido y demorar las rutinas habituales que se realizan en el neonato.

Considerando ser lo menos invasivos posible, respetando la intimidad de un momento significativo en la vida de las mujeres y sus familias. Se inician las

medidas de secado, fundamentalmente del polo cefálico y estimulación del recién nacido. Todas las medidas iniciales pueden realizarse sobre el vientre de la madre. Se estimula y se seca. Se muestra el sexo del recién nacido a la madre y al padre o acompañante, así como si hubiera malformaciones externas. No está determinado cuanto tiempo debería ser este contacto inicial. Se debe hallar un punto medio, útil, práctico y considerar los deseos de los padres y las posibilidades que permiten la institución, pero siempre debe iniciarse en la misma sala de partos y lo antes posible.

En caso de cesáreas con anestesia regional es posible y conveniente acercar el recién nacido a la madre para que lo pueda ver, besar y tocar, durante un tiempo prudencial, lo cual puede ser altamente reconfortante.

Todo esto promueve el apego madre-hijo. Este contacto precoz evita la hipotermia, favorece el vínculo madre-padre-hijo, la involución uterina y el inicio y mantenimiento posterior de la lactancia materna.

- **Evitar maniobras intempestivas en la recepción del RN:** No se deben aspirar nariz y boca de los recién nacidos vigorosos de rutina pues no hay evidencias de que esto sea necesario para favorecer la adaptación al medio extrauterino.

Si bien existe en nuestro país una conducta rutinaria adoptada durante dé-

casas de realizar el pasaje de sondas oro-gástrica y rectal para ver su permeabilidad, hay que señalar que no hay evidencias científicas que sustenten la necesidad de estas maniobras en forma rutinaria, sólo sería necesario si hay antecedentes o sintomatología que lo justifiquen.

Todo recién nacido debe ser observado en forma estrecha por enfermería para documentar en los registros de la historia clínica la tolerancia a la vía oral, la presencia de vómitos o de dificultad respiratoria que orientarán a atresia de esófago. Estos signos clínicos deben ser informados al médico para que valore al recién nacido. La eliminación de meconio antes de las 48 horas de vida es signo clínico fundamental para descartar patología intestinal.

- **Valorar el test de Apgar.** El valor del test de Apgar al minuto y a los 5 minutos de vida permiten valorar como se realiza la adaptación neonatal a la vida extra uterina. Está valoración puede realizarse cuando el neonato es colocado en el vientre materno favoreciendo el vínculo de la diada. Las maniobras de reanimación cuando son necesarias se deben iniciar lo más precozmente posible por lo cual el Apgar al minuto no es un elemento que se deba tener en cuenta para realizar reanimación neonatal. La diferencia entre el Apgar del minuto y del quinto minuto permite valorar como se está realizando la adaptación extra uterina

y en caso de reanimación valorar las respuestas del recién nacido a estas maniobras. El Apgar no es un buen predictor de desarrollo neonatal. Un valor menos de 7 a los 5 minutos se asocia a aumento de la mortalidad. Si este valor es menor a 7 a los 5 minutos podría ser adecuado realizarlo a los 10 minutos de vida. Cuanto mayor tiempo es bajo el Apgar peores resultados se observarán en el desarrollo pero el test de Apgar no predice desarrollo neurológico.

- **Realizar el pinzamiento del cordón umbilical.** El pinzamiento habitual es el que se realiza cuando la palpación de las arterias umbilicales se interrumpe y existe perfusión satisfactoria de la piel. Debe realizarse entre 1 y 3 minutos después del nacimiento. Con esta simple medida, logramos que el recién nacido aumente su volemia en casi un 30%. La ligadura tardía del cordón permite que los depósitos de Hierro sean mayores durante el primer año de vida, siendo ésta una importante medida para la prevención de la anemia ferropénica, de altísima prevalencia en nuestro medio. El obstetra tomará las muestras del screening de cordón (TSH, Grupo sanguíneo ABO-Rh y test de Coombs directo, VDRL-RPR). Al realizar el pinzamiento del cordón debe tenerse precaución de no comprometer la piel del recién nacido y dejar una distancia prudencial (2 cm.) para facilitar la manipulación e higiene. Existen situaciones en las

cuales se debe ligar el cordón a una distancia mayor de 5 cm. como en el prematuro o el niño grave para que se pueda realizar cateterismo umbilical en forma adecuada.

Cuidados proporcionados posteriormente

- **Examen Físico.** El primer examen físico del recién nacido por parte de un médico se debe realizar en las primeras doce horas de vida si la adaptación a la vida extrauterina se produce espontáneamente y sin dificultades. Está dirigido a evaluar la presencia de malformaciones congénitas y a detectar complicaciones vinculadas a la transición. Se realizará en forma sistematizada en sentido céfalo caudal. El examen físico inicial debe ser somero, rápido pero orientado a evaluar la eficiencia con la que se está realizando la transición a la vida extra uterina especialmente el aparato respiratorio y cardiovascular.
- **Determinar la edad gestacional.** La edad gestacional es importante para determinar el pronóstico del recién nacido y poder instituir el tratamiento y la referencia oportuna a un nivel de mayor complejidad. Recuerde que a menor edad gestacional, mayor es el riesgo de morbilidad y mortalidad. Los mejores métodos para valorar en forma adecuada la edad gestacional son la fecha de última menstruación cierta segura y confiable coincidente con una ecografía precoz. En el caso de que no

se cuente con estos datos o la discordancia entre el aspecto del recién y la edad gestacional calculada sea importante existen métodos para estimar la edad gestacional. En un recién nacido cercano al término el método de Capurro es un método adecuado que toma parámetros somáticos para su estimación. En los recién nacidos prematuros el método de Ballard que utiliza parámetros somáticos y neurológicos tiene menor error de estimación.

- **Tomar medidas antropométricas.** La toma de medidas de peso, talla y perímetro cefálico deben de realizarse en todos los recién nacidos. Debe realizarse en las primeras 12 h de vida, NO siendo necesario que sea inmediatamente al nacimiento, pudiendo retrasarse en beneficio del contacto con la madre. Estos datos deben registrarse en la historia clínica.
- **Administrar vitamina K1.** La administración profiláctica de vitamina K1 debe realizarse de rutina en todos los recién nacidos. Se ha demostrado que previene el sangrado temprano por deficiencia (enfermedad hemorrágica del recién nacido) y también evita el sangrado posterior.

Todo neonato debe recibir vitamina K 1mg v/o o administrada por vía i/m. La vía más eficaz para prevenir la Enfermedad Hemorrágica del recién nacido es la administración de 1mg de vitamina K por vía intra muscular en el cuádriceps.

- **Realizar profilaxis ocular:** La profilaxis ocular evita las infecciones oculares en el recién nacido que pudieron ser transmitidas en su paso por el canal del parto. Se administra nitrato de plata al 1% ocular para prevenir la oftalmia gonocócica.

Se aplican en ambos ojos dentro de la primera hora del nacimiento, abriendo los párpados con los dedos y aplicando las gotas o ungüento en el ángulo interno del párpado inferior. No se debe lavar los ojos del recién nacido porque no se produce el efecto deseado, puede con una gasa seca limpiar

el excedente de nitrato de plata en la piel alrededor de los ojos.

- **Inicio precoz de la lactancia materna:** La lactancia materna debe iniciarse en ese primer momento, o dentro de los primeros 30 minutos de vida del niño, con el apoyo necesario del Equipo de Salud.
- **Identificar al recién nacido:** El procedimiento de identificación del recién nacido tiene importancia singular en todas las instituciones que atienden partos y nacimientos. Esto es una norma legal nacional.

En suma: Es importante mantener en la recepción del recién nacido esta secuencia de eventos:

- 1° Contacto con la madre en caso de cesárea y ubicarlo sobre el vientre (en parto vaginal).
- 2° Demorar 2 minutos o esperar el cese de latidos para la sección del cordón.
- 3° Ubicación bajo fuente de calor, secado, cambio toallas, posición.
- 4° Evaluación inicial, test de APGAR al 1er y 5to minuto.
- 5° Sección y asepsia del cordón.
- 6° Aplicación de vitamina K1.
- 7° Antropometría (la misma podría postergarse hasta 12 horas de vida promoviendo el apego precoz).
- 8° Examen físico completo, evaluación de la edad gestacional.
- 9° Profilaxis ocular.
- 10° Identificación. Entrega en brazos a la madre y colocación a pecho directo, estimular la participación del acompañante.
- 11° Confección de la historia clínica.
- 12° Traslado al alojamiento conjunto con la madre

Referencias Bibliograficas

M. Sanchez Luna, CR Pallas Alonso, F. Botet Mussons, I. Echániz Urcelay, J.R.

Castro Conde, E. Narbona. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr (Barc.)* 2009; 71(4):349-361

Miguel Martell, Gerardo Martinez. Semiología del crecimiento intrauterino. Cap. 6. Semiología Pediátrica. Ed. Oficina del libro, Fefmur

Miguel Martell, Maria Jose Moll, Ximena Moratorio. Semiología del crecimiento en el primer año de vida. Cap. 7. Semiología Pediátrica. Ed. Oficina del libro, Fefmur

González-Salazar F, Cerda-Flores RM, Robledo-García JA y col. Breastfeeding counseling and early mother-child contact are associated with exclusive maternal breastfeeding. A hospital-based-control study. *Gac Med Mex.*2005;141:99-103.

Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, Noda M. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results un early recognition of own mother´s milk odour. *Acta Paediatr.*2004;93:1560-1562.

OPS/OMS. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia. Ginebra, OMS, 1998

Ministerio de Salud. Guía para la atención del parto normal en Maternidades Centradas en la Familia, Buenos Aires, el Ministerio, 2004

American Academy of Pediatrics (AAP) and The American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). Guidelines for Perinatal care. 4th Ed. Washington, AAP-ACOG, 1997

American Academy of Pediatrics (AAP) - American Heart Association (AHA). Texto de Reanimación Neonatal. 4Ed. (Versión en español). AAP-AHA, 2002

Practical Guidelines for Neonatal Management: Immediate Attention for Healthy Full-Term Newborn Dr. José Lacarrubba, Dra. Lucia Galván, Dra. Norma Barreto, Dra. Eddy Adler, Dra. Elizabeth Céspedes

CAPÍTULO IV

ASISTENCIA DEL PUERPERIO

El puerperio es el período que transcurre desde el alumbramiento hasta que la mayoría de las modificaciones producidas por el embarazo vuelven a su estado pre-concepcional.

Desde un punto de vista clínico podemos distinguir entre:

- Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 horas posteriores al parto.
- Puerperio precoz: comprende desde el día uno hasta el día diez después del parto.
- Puerperio tardío: se extiende desde el día once después del parto hasta el día cuarenta y dos.
- Puerperio alejado: a partir de los cuarenta y dos días.

Éste es un periodo de gran exigencia para la mujer, desde el punto de vista biológico, psicológico y social, en el que se pueden presentar múltiples complicaciones graves tales como:

- Procesos hemorrágicos
- Procesos infecciosos
- Procesos tromboembólicos
- Procesos hipertensivos
- Cambios y trastornos psicológicos

Es importante recordar que todos los datos concernientes al nacimiento y a la evolución puerperal deben ser trasladados al Carné Perinatal del SIP (CLAP-OPS) (Anexo), y completar el Certificado de Nacido Vivo. Estos dos instrumentos deben ser llenados en forma completa sin ninguna excepción.

Acciones específicas en cada período puerperal

a. PUERPERIO INMEDIATO

Las primeras dos horas

Control estricto de la pérdida sanguínea, pulso, presión arterial y la persistencia del globo de seguridad de Pinard (útero bien contraído que llega a ser leñoso inmediatamente por debajo del ombligo).

Si el útero está blando y con contornos poco nítidos se puede realizar maniobras de expresión para expulsar la sangre y coágulos, y colocar una bolsa de hielo en el hipogastrio a la vez que se indican uterotónicos. El masaje continuo del útero es inútil y puede llegar a ser nocivo.

No es rara la aparición de escalofríos (palidez cutáneo-mucosa acompañada de chuchos de frío y castañeteo de dientes), sin ninguna connotación patológica.

Luego de estas dos horas se controlarán diariamente hasta el alta los signos vitales: bienestar, temperatura, pulso y presión arterial, controlando la involución uterina y las características de los loquios

Manejo del dolor

Luego del parto la mujer que ha parido siente una sensación de alivio y bienestar.

El dolor en el puerperio inmediato después de un parto normal puede ser a causa de la episiotomía y los entuertos (contracciones uterinas). El tratamiento del dolor se realizará mediante la administración de antiinflamatorios no esteroides (AINE) por vía parenteral u oral, según la intensidad del cuadro. Alternativamente, podrá utilizarse el paracetamol o ibuprofeno sólo o asociado con codeína, aunque ésta última puede favorecer el estreñimiento, ya de por sí frecuente en el puerperio.

Si el periné ha sido dañado o reparado puede presentar dolor considerable y requerir analgésicos, hielo y complementos para mejorar el confort en la posición sentada (anillos de polyfom, goma o inflables). Si el dolor es muy importante debe controlarse en busca de infección o hematomas.

Hay que tener en cuenta que no tiene que administrarse de forma rutinaria ningún tipo de medicación cuya indicación no

haya sido cuidadosamente valorada, ya que puede pasar al recién nacido a través de la leche materna.

Deambulación

La puérpera deberá deambular tan pronto pueda en las primeras 24 horas.

Hidratación y alimentación

Después de un parto sin anestesia o con anestesia local, la ingesta de líquidos y la dieta normal se iniciarán a demanda de la puérpera.

Después de un parto vaginal con anestesia peridural, se iniciará la ingesta hídrica de forma inmediata y, si la tolerancia es adecuada, se continuará con una dieta normal.

Después de una anestesia general, se iniciará la ingesta hídrica a las 4 horas y seguirá una ingesta progresiva, según la tolerancia.

La puérpera tendrá que seguir una dieta equilibrada y rica en fibra.

Continuar la administración de suplementos de hierro, a todas las mujeres en lactancia durante los primeros 6 meses con 30 mg de hierro elemental en días alternos. Suministrar este hierro lejos de las comidas y si hay intolerancia, en la noche antes de ir a dormir.¹

Se debe informar que el 30% de los casos de obesidad se relacionan al embarazo. A los seis meses la mujer debe tener el peso que tenía antes de quedar embarazada.

Higiene perineal y general

La región perineal deberá higienizarse con un simple lavado externo, con agua potable y jabón neutro, una vez al día. No es necesario agregar al agua soluciones desinfectantes. Las duchas vaginales no son útiles ni beneficiosas. La episiorrafia debe mantenerse limpia.

Para la higiene corporal se procederá al baño de ducha y se evitará el de inmersión y las irrigaciones vaginales.

Control de la episiorrafia

En el caso de habérsela realizado se debe observar al menos una vez antes del alta.

Control de loquios e involución uterina

En las primeras 48 horas después del parto su aspecto y color es sanguinolento. Recién al tercer día se vuelven serosanguinolentos, a la semana son serosos y suelen desaparecer a los 15 días. Los loquios sospechosos de proceso infeccioso son turbios, achocolatados, purulentos y/o fétidos. Cuando el útero es sensible, suele ser anormal. Un útero blanduzco, doloroso, al que cuesta delimitar, que no se contrae al excitarlo y que es más voluminoso de lo que corresponde debe ser considerado como patológico.

Es importante educar a la mujer puérpera para detectar la posibilidad de infección puerperal y consultar rápidamente ante su sospecha.

El útero subinvoluciona a razón de 2cm. por día.

Transito urinario

Se vigilará desde un comienzo la diuresis espontánea

En los dos o tres primeros días del puerperio puede haber poliuria, sobre todo en las mujeres que tenían edemas.

Las anomalías en el funcionamiento vesical son frecuentes pudiéndose observar retención aguda de orina o incontinencia urinaria que suelen desaparecer en los primeros días pero en ocasiones puede durar durante varios meses. Se debe alertar de esta situación y brindar posibilidades terapéuticas comenzando por modificación comportamental y ejercicios de piso pélvico.

Transito digestivo bajo

Puede observarse incontinencia rectal para gases y más raramente para materias, que también suele desaparecer en pocos días. De no ser así derivar con especialista.

Las deposiciones ocurren habitualmente al tercer día y se ven facilitadas con una profusa hidratación, alimentos y deambulación.

Debe valorarse la posibilidad de presencia de hemorroides y sus complicaciones. En el caso de trombosis se hará consulta con cirujano y extracción de la trombosis. En etapas anteriores son útiles las pomadas antihemorroidales.

Control de las mamas

Se vigilará el estado de turgencia de las mamas, la secreción de calostro y de le-

che, la ausencia de signos inflamatorios y presencia de grietas en el pezón. La ducha diaria es suficiente para la higiene de las mamas. No se recomienda limpiar los restos de leche porque hidratan la aréola y previenen la formación de grietas.

Se debe informar a la mujer que el organismo tiende por naturaleza a producir tanta leche como el bebé necesita, por eso cuanto más seguido se dé de mamar (o se extraiga leche mecánicamente) más leche se producirá.

Mastitis: puede ser ocasionada por defectos en la expresión láctea, lo cual mejora con una correcta expresión, compresas frías o calientes (lo que más calme el dolor) y analgésicos comunes. No es necesario suprimir la lactancia.

En ocasiones ocurre la infección con *Staphylococcus aureus* y requiere tratamiento con antibióticos. A continuación se detallan los antibióticos que más aceptación tienen: ²

Eritromicina 250-500 mg. cada 6hrs.

Flucloxacilina 250 mg. cada 6hrs.

Dicloxacilina 125-500 mg. cada 6hrs.

Amoxicilina 250-500 mg. cada 8hrs.

Cefalexina 250-500 mg. cada 6hrs.

Si se sospecha la presencia de gérmenes anaerobios o no mejora con los antibióticos anteriores agregar Clindamicina 600 mg. cada 6hrs.

En el caso de abscedación se indica drenaje quirúrgico bajo anestesia.

Promoción del contacto mujer - hijo/a y del amamantamiento

Seguir las Normas de la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño para la alimentación infantil: incentivar la exclusividad del amamantamiento a demanda desde el nacimiento y evite cualquier suplemento para el recién nacido que contenga agua, glucosa, o sustitutos de leche materna.

Ofrecer el alojamiento conjunto para todas las mujeres y recién nacidos las 24hrs. del día.

Incentivar el contacto piel a piel durante la estadía postparto en el hospital.

Permitir la libre visita de los miembros de la familia que la mujer elija durante el post parto.

Es ideal ofrecer comodidades para que un miembro de la familia pueda acompañar a la mujer durante la noche.

Valoración del estado emocional

La mujer durante el puerperio pasa, normalmente, por una serie de cambios psicológicos y emocionales relacionados, entre otras cosas, con el cansancio físico, el nuevo rol de mujer-madre, las expectativas que tenía con respecto a este rol, preocupación por su capacidad como madre y por el bienestar del recién nacido y molestias puerperales.

Se debe diferenciar:

El "Baby blues", se caracteriza por cambios de humor, elementos de tristeza, llanto, inseguridad. El mismo oscila en-

tre un 50% y 80% de las puérperas, de acuerdo a diferentes autores. Comienza unos días luego del nacimiento, y suele tener un componente neuroendocrino, además de lo psicosocial. Es transitorio y suele tener una resolución espontánea.³

Depresión puerperal grave, se debe diferenciar de la anterior. Suele extenderse en el tiempo y además de la tristeza, presenta dificultades en relación a disfrutar del hijo, sentimientos de culpa, entre otros. De acuerdo a la OMS es un cuadro que se presenta en entre 10% y 15% de las puérperas.

Psicosis puerperal, es un trastorno menos frecuente (1-3/1000). Es un cuadro delirante agudo de inicio precoz, con sintomatología florida y riesgo para la mujer y el recién nacido. Requiere tratamiento con Psiquiatra.⁴

Es importante identificar el estado emocional de la mujer para apoyar y poder brindar una derivación oportuna a un profesional de salud mental especializado.

Prevención de la Aloinmunización Rh

A las mujeres Rh negativas no aloinmunizadas al antígeno D, con recién nacido Rh (D) positivo, se recomienda administrar inmunoglobulina anti D 300 mcg. IM 0 120 mcg IV inmediatamente después del parto (idealmente en las primeras 72 horas, pero si bien disminuye su eficacia, se puede administrar con fines profilácticos hasta 4 semanas después).⁵

Ante sospecha de hemorragia feto-materna mayor, se recomienda ajustar la dosis según test de Kleihauer Betke, citometría de flujo o similar.⁶ En embarazo múltiple se recomienda administrar 300 mcg IV^{7,8}.

El alta hospitalaria

La mayoría de las veces el alta hospitalaria se indicará a partir de las 48hrs. en un parto normal y a partir de las 72hrs. en una cesárea.

Es importante informar a la mujer y su entorno sobre:

Signos de alarma ante los cuales se debe consultar rápidamente.

Sexualidad y anticoncepción

Cronograma de consultas puerperales.

Asegurarse que exista una situación familiar adecuada y continente luego del alta, si ésta no existiera realizar los arreglos necesarios para un seguimiento intensivo.

Facilitar contactos en la comunidad y fuentes de soporte local para todas las mujeres.

Evacuar todas las dudas que la mujer y su pareja presenten.

b. PUERPERIO PRECOZ Y TARDÍO

Una de las complicaciones más importantes que pueden ocurrir en el puerperio precoz y tardío son las infecciosas.

Seguimiento y prevención de infecciones

La mujer en el puerperio precoz y tardío puede postergar su salud a favor de la de su recién nacido/a, o por retomar las actividades hogareñas y de su familia, de tal forma que si no está bien informada, puede minimizar los síntomas infecciosos y consultar en forma tardía, en etapa de sepsis.

Los síntomas sospechosos o de alarma son: fiebre, chuchos de frío persistentes, malestar general y decaimiento, loquios fétidos, rubor y dolor mamarios, dolor abóminopelviano que no cede con analgésicos comunes, tos con expectoración mucopurulenta, síndrome urinario bajo y alto, etc. Frente a esta sintomatología, se debe estimular de la consulta precoz.

Se alienta a los equipos de salud a que ofrezcan a las mujeres la posibilidad de prolongar la internación hospitalaria luego del parto en aquellos casos donde se sospeche que la mujer presente riesgo aumentado de desarrollar estos cuadros infecciosos, o cuando se dude sobre la accesibilidad al sistema de salud para realizar una consulta precoz ante los síntomas de alarma.

En el caso de las mujeres que no reciben la visita de puerperio domiciliario, es importante establecer un plan de visitas a la consulta ginecológica con el fin de hacer una valoración global de su estado de salud y de recuperación, así como dar asesoramiento en aquellos temas que se crean necesarios en función de la situación de cada mujer (lactancia, anticoncepción, sexualidad, etc.). Una alternativa

eficaz es hacer coincidir los controles programados puerperales con los del recién nacido, de tal forma de alterar lo menos posible la dinámica familiar.

Sexualidad

Es importante informar detenidamente los aspectos concernientes a la sexualidad en el puerperio.

Luego del nacimiento, el deseo sexual puede verse disminuido. Este aspecto tiene implicancias físicas (loquios, molestias perineales por episiorrafia, etc) pero también aspectos psicoemocionales, vinculados a las exigencias en cuanto al cuidado del recién nacido y expectativas de inclusión familiar y social de cada mujer. Este aspecto suele no tener un espacio específico donde evacuar dudas, lo que lleva en la mayoría de los casos a retrasar aún más el reinicio de una sexualidad placentera. Es vital alentar e interrogar sobre este aspecto de la vida de la mujer para lograr un adecuado asesoramiento libre de mitos y miedos infundados.

Comenzar la actividad sexual coital mientras aún se tengan loquios, puede elevar el riesgo de infecciones uterinas, por lo que se sugerirá abstenerse durante este tiempo. Posteriormente, la mujer decidirá cuándo recomenzar la actividad coital, recordando que es conveniente haber elegido un método anticonceptivo en forma previa, ya que si bien es raro que la mujer en lactancia ovule en los primeros tres meses de puerperio, esta posibilidad puede ocurrir.

Prevención de las infecciones de transmisión sexual - ITS

El riesgo de contraer ITS luego del parto está en relación con el inicio de las relaciones sexuales. Es de importancia la prevención del VIH-SIDA ya que la primo-infección en la mujer que está dando de mamar expone al lactante a un alto riesgo de transmisión vertical. Es por ello que resulta de importancia:

- Recomendar el uso de preservativos masculinos o femeninos en las mujeres que están amamantando. Se debe incluir esta recomendación en los materiales educativos y de promoción de la lactancia materna.
- Proveer de preservativos masculinos y/o femeninos a las mujeres en lactancia y sus parejas.
- Orientar sobre conductas de riesgo para las ITS.
- Evaluar para VIH y sífilis a sus parejas sexuales durante el embarazo.

Métodos anticonceptivos (MAC) reversibles

Ninguna mujer debe egresar luego de un parto o cesárea sin haber recibido una consejería completa sobre los métodos disponibles para la prevención de embarazos no planificados.

Para que la mujer pueda elegir un MAC es importante informarle sobre los métodos existentes, cuáles son sus ventajas y desventajas, como se usan y cuál es el momento más adecuado para iniciarlos después del nacimiento. A su vez, se deberá valorar con ella si presenta contraindicaciones para el uso de algún MAC, cuales ha usado y cuál ha sido su experiencia

En la tabla que sigue se resumen algunas características de los métodos más utilizados durante esta etapa.⁹

| Nombre y efectividad del método | Ventajas | |
|---|--|--|
| <p>DIU (Dispositivo intrauterino)</p> <p>La T de Cobre 380 A tiene una duración de 10 a 12 años, con una efectividad anticonceptiva del 99,8 %</p> | <p>Método de larga duración, reversible.</p> <p>No requieren acciones diarias ni interfiere con la relación sexual.</p> <p>Pueden usarse durante la lactancia.</p> <p>Efecto rápidamente reversible.</p> <p>No interactúan con otros medicamentos.</p> <p>Bajo costo.</p> | |
| <p>Pastillas anticonceptivas</p> <p>Si la mujer esta amamantando están contraindicados los anticonceptivos hormonales combinados ya que interfieren con la producción de leche, tanto en cantidad como en calidad.</p> <p>El ACO de elección es el de gestágenos solo o minipíldora. Junto con la lactancia su efectividad alcanza el 99%.</p> | <p>Método reversible, se pueden utilizar en forma ininterrumpida, disminuye la dismenorrea, regulariza los ciclos menstruales, disminuye la incidencia de enfermedades benignas de la mama y de quistes funcionales del ovario, disminuye la incidencia de cáncer de endometrio y de ovario, menos acné e hirsutismo</p> | |
| <p>Preservativo masculino</p> | <p>No tiene riesgos ni contraindicaciones médicas.</p> <p>Son de fácil acceso, bajo costo, y protegen de las ITS.</p> | |
| <p>Preservativo femenino</p> | <p>Sin contraindicaciones. No depende de la colaboración del varón. Protege contra el embarazo y protegen de las ITS</p> | |
| <p>Implantes subdérmicos con progestágenos</p> <p>Pequeños cilindros o cápsulas de plástico, que liberan levonogestrel.</p> <p>La probabilidad de embarazo es menor de 0,01 %</p> | <p>Método de larga duración, reversible.</p> <p>No requieren acciones diarias ni interfiere con la relación sexual.</p> <p>Pueden usarse durante la lactancia.</p> <p>No requiere controles adicionales</p> <p>Jadelle: efectividad durante 5 años</p> | |

| Desventajas | ¿Cuándo se inicia el método y como se usa? |
|--|---|
| <p>Pueden generar aumento del sangrado menstrual.</p> <p>Aparición o aumento del dolor durante la menstruación.</p> <p>No protegen contra las ITS.</p> | <p>La T de Cobre 380A se puede colocar en diferentes momentos:</p> <p>Post-alumbramiento.</p> <p>Post-parto inmediato (en las primeras 48 horas post-parto).</p> <p>A las 4 semanas post-parto o entre los 30 y 40 días después del parto o cesárea. La inserción en este momento se asocia con el menor índice de expulsión del DIU.</p> <p>Requiere control al mes de insertado, a los 3 y 6 meses y luego una vez por año.</p> |
| <p>No previenen las ITS, requieren adhesión y organización para el suministro correcto, pueden provocar efectos secundarios leves (sangrados entre una menstruación y la otra, dolor de cabeza, náuseas, vómitos).</p> <p>Aumenta la incidencia de embarazos gemelares en el mes inmediato al abandono de la anticoncepción.</p> | <p>Se inicia a las 6 semanas post-parto</p> <p>Se toma todos los días, a la misma hora y sin descanso entre paquetes.</p> <p>La efectividad de la minipíldora disminuye con el cese de la lactancia exclusiva.</p> |
| <p>Requieren motivación por parte de la pareja para su uso correcto.</p> | <p>Se puede usar cuando se reinician las relaciones sexuales.</p> <p>Se recomienda su asociación con cualquiera de los otros métodos.</p> |
| <p>Requieren motivación por parte de la pareja para su uso correcto.</p> | <p>Se puede usar cuando se reinician las relaciones sexuales.</p> <p>Se recomienda su asociación con cualquiera de los otros métodos.</p> |
| <p>Cambios en los patrones de sangrado: sangrado escaso y de menor duración, sangrado irregular que dura más de 8 días, sangrado infrecuente o amenorrea.</p> | <p>Mujer amamantando: insertar en cualquier momento entre 6 semanas y 6 meses post-parto.</p> <p>Mujer que no está amamantando con menos de 4 semanas después del parto puede insertarse los implantes en cualquier momento.</p> |

CAPÍTULO V

TRASLADOS PERINATALES ¹

El traslado in-útero

Es importante recordar que en aquellos casos en que se indique el traslado de la mujer embarazada a un centro de atención de mayor complejidad para la asistencia del parto, siempre que sea posible, el traslado intraútero muestra mejores resultados para el recién nacido. La mujer deberá ser trasladada en una ambulancia con tecnología acorde al riesgo y acompañada por personal competente.

En el caso de que esto no sea posible y el recién nacido/a se encuentre en un lugar distinto a donde está su madre, es deseable que la mujer sea transportada tan pronto como sea posible en condiciones de estabilidad con el fin de mantener la proximidad madre-hijo/a.

Una vez coordinado el traslado la mujer debe ser enviada junto a un completo resumen de su historia clínica realizado con letra clara, firma y contrafirma legible y número de teléfono para intercambio de información.

A su egreso, la mujer deberá regresar a su lugar de origen con un exhaustivo resumen de alta con las mismas conside-

raciones que se hizo para el resumen de traslado inicial.

4 situaciones o escenarios en los que está indicado el traslado perinatal ²

Patología que complica el embarazo y requiere internación de la mujer embarazada para tratamiento y prevención de complicaciones en el recién nacido

Necesidad de trasladar a la mujer embarazada antes de la interrupción del embarazo

Traslado de la mujer y/o el recién nacido a un centro de mayor complejidad luego del nacimiento (cuando no se realizó el traslado oportuno)

Patología fetal que requiere atención especializada, específica e inmediata post-nacimiento

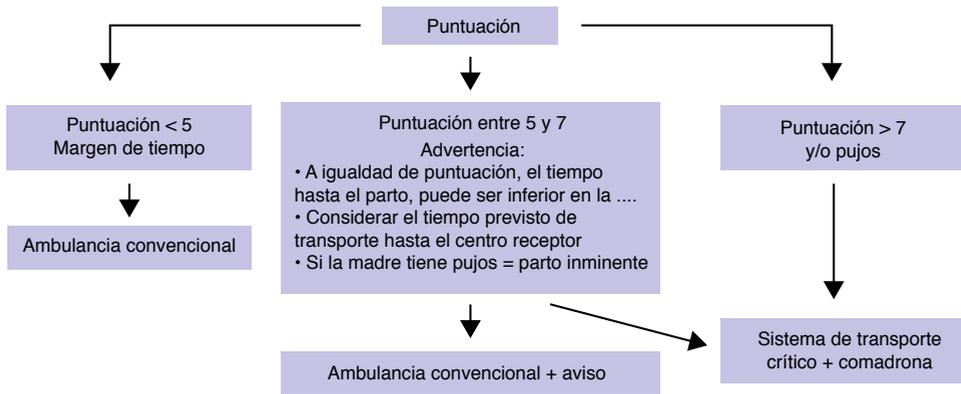
Estas situaciones son dinámicas, pudiendo requerir evolutivamente la reclasificación

(Ver figura 1) para decidir la oportunidad y condiciones del traslado

Figura 1. Algoritmo para la toma de decisiones en el trabajo de parto.

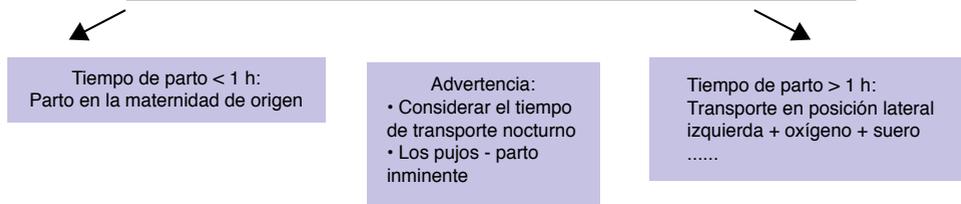
Nombre de la madre: _____
 Centro maternal de referencia: _____

| Puntuación | 0 | 1 | 2 | Total |
|-------------------------------|---------|---------------|---------|-------|
| Paridad | 1 | 2 | ≥ 3 | |
| Duración del parto | < 3 h | 3 - 5 h | > 6 h | |
| Duración de las contracciones | < 1 min | 1 min | > 1 min | |
| Intervalo entre contracciones | > 5 min | 3 - 5 min | < 3 min | |
| Rotura de la bolsa | no | recientemente | > 1 h | |



Si se realiza una exploración cervical en el centro emisor el tiempo de parto debe ser estimación con mayor precaución

| Dilatación cervical | Primipara | Secundipara | Multipara |
|---------------------|-----------|-------------|-----------------|
| 5 cm | 4 h | 3 h | 1 h 30 min |
| 7 cm | 2 h | 1 h | 30 min |
| 9 cm | 1 h | 50 min | Algunos minutos |
| Dilatación completa | Parto | | |



Indicaciones de traslado in-útero

Amenaza de parto prematuro, en gestaciones menores de 32 semanas, con o sin RPM

Embarazo múltiple menor de 34 semanas

Embarazo menor de 34 semanas con RCIU

Defectos congénitos mayores que requieren tratamiento inmediato

Incompatibilidad sanguínea grave con compromiso de la salud fetal

Hydrops fetal

Polihidramnios con repercusión materna u oligoamnios severo

Preeclampsia grave o síndrome HELLP

Enfermedad endocrino-metabólica descompensada a pesar del tratamiento instituido

Enfermedad materna grave que requiere manejo especializado (Ej. Cardiopatía, trasplantada, patología autoinmune)

Portadora obligada o probable de hemofilia con feto de sexo masculino

Emergencias obstétricas que contraindican el traslado in-útero

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

Sangrado con repercusión hemodinámica materna

Mujer con riesgo de vida inminente

Parto inminente

Sospecha de hipoxia fetal intraparto

Procidencia de cordón o extremidades

ANEXOS

*Estar color significa ALERTA (en indicar inmediatamente riesgo en padecer un problema)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|
| HISTORIA CLINICA PERINATAL CLAP/SMR - OPS/OMS NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ TELER.: _____ | | FECHA DE NACIMIENTO día mes año | | ETNIA blanca <input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> mestiza <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> | | ALFA BETA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> | | ESTUDIOS primario <input type="checkbox"/> secundario <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> | | ESTADO CIVIL casado <input type="checkbox"/> unión libre <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> | | Lugar del control prenatal: _____ Lugar del parto: _____ | |
| ANTECEDENTES FAMILIARES: TBC <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> hipertensión <input type="checkbox"/> preeclampsia <input type="checkbox"/> eclampsia <input type="checkbox"/> otra cont. médica grave <input type="checkbox"/> PERSONALES: grupo sanguíneo <input type="checkbox"/> genito-urinario <input type="checkbox"/> infertilidad <input type="checkbox"/> cardiopat. <input type="checkbox"/> nefropatía <input type="checkbox"/> violencia <input type="checkbox"/> VIH+ <input type="checkbox"/> | | OBSTETRICOS gestas previas: _____ abortos: _____ vaginales: _____ nacidos vivos: _____ ULTIMO PREVIO: normal <input type="checkbox"/> <2500g <input type="checkbox"/> >4000g <input type="checkbox"/> emb. ectópico <input type="checkbox"/> cesáreas: _____ Antecedentes de gemelares: no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> | | gestas previas: _____ abortos: _____ vaginales: _____ nacidos vivos: _____ muertos 1° sem: _____ nacidos muertos: _____ después 1° sem: _____ | | vivos: _____ muertos 1° sem: _____ nacidos muertos: _____ después 1° sem: _____ | | FIN EMBARAZO ANTERIOR día mes año _____ meses de 1° a 6: _____ | | EMBARAZO PLANEADO no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> FRACASO METODO ANTICONCEP. no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> método: _____ | | | |
| GESTACION ACTUAL PESO ANTERIOR: _____ TALLA (cm): _____ FUM: _____ EPO: _____ FUMACT: _____ FUMAPAS: _____ DROGAS: _____ ALCOHOL: _____ VIOLENCIA: _____ ANTRIBIOTICA: _____ ANTITETANICA: _____ EX. NORMAL: _____ | | ECGONFIABLE: _____ FUMACT: _____ FUMAPAS: _____ DROGAS: _____ ALCOHOL: _____ VIOLENCIA: _____ ANTRIBIOTICA: _____ ANTITETANICA: _____ EX. NORMAL: _____ | | FUMACT: _____ FUMAPAS: _____ DROGAS: _____ ALCOHOL: _____ VIOLENCIA: _____ ANTRIBIOTICA: _____ ANTITETANICA: _____ EX. NORMAL: _____ | | FUMACT: _____ FUMAPAS: _____ DROGAS: _____ ALCOHOL: _____ VIOLENCIA: _____ ANTRIBIOTICA: _____ ANTITETANICA: _____ EX. NORMAL: _____ | | FUMACT: _____ FUMAPAS: _____ DROGAS: _____ ALCOHOL: _____ VIOLENCIA: _____ ANTRIBIOTICA: _____ ANTITETANICA: _____ EX. NORMAL: _____ | | FUMACT: _____ FUMAPAS: _____ DROGAS: _____ ALCOHOL: _____ VIOLENCIA: _____ ANTRIBIOTICA: _____ ANTITETANICA: _____ EX. NORMAL: _____ | | | |
| CERVIX Insp. vaginal: _____ PAP: _____ COLP: _____ | | GRUPO Rh: _____ Inmuniz. anti D: _____ | | TOXOPLASMOSSIS <20sem IgG: _____ >20sem IgG: _____ 1° consulta IgM: _____ | | Hb <20 sem 1° trim: _____ 2° trim: _____ 3° trim: _____ | | Fe/FOLATOS Fe: _____ Folic. _____ | | VIH - Diag - Tratamiento Prueba VIH: _____ Tratamiento: _____ | | SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento Prueba Sifil. no reponómica: _____ Tratamiento: _____ | |
| CHAGAS PALLIDISMO MALARIA: _____ BACTERIURIA: _____ GLUCEMIA EN AYUNAS: _____ | | PALLIDISMO MALARIA: _____ BACTERIURIA: _____ GLUCEMIA EN AYUNAS: _____ | | PALLIDISMO MALARIA: _____ BACTERIURIA: _____ GLUCEMIA EN AYUNAS: _____ | | PALLIDISMO MALARIA: _____ BACTERIURIA: _____ GLUCEMIA EN AYUNAS: _____ | | PALLIDISMO MALARIA: _____ BACTERIURIA: _____ GLUCEMIA EN AYUNAS: _____ | | PALLIDISMO MALARIA: _____ BACTERIURIA: _____ GLUCEMIA EN AYUNAS: _____ | | | |
| CONSULTAS ANTERIORES día mes año edad gest. peso PA altura uterina presión arterial FCF (pm) movim. fetales protei. orina signos de alarma, exámenes, tratamientos N° CIP próxima cita | | | | | | | | | | | | | |
| PARTO FECHA DE INGRESO: _____ CONSULTAS PRE-NATALES: _____ | | ABORTO HOSPITALIZADO: _____ | | HOSPITALIZADO CORTICOIDES ANTENATALES: _____ | | INICIO ROTURA DE MEMBRANAS: _____ | | ANTEPARTO EDAD GEST. al parto: _____ | | PRESENTACION TAMANO FETAL ACORDE: _____ | | ACOMPANANTE TDP: _____ | |
| CARNÉ hora min posición de la madre PA pulso contr. / FC dilatación altura present. variedad posic. meconio FCF/dips. | | hora min posición de la madre PA pulso contr. / FC dilatación altura present. variedad posic. meconio FCF/dips. | | hora min posición de la madre PA pulso contr. / FC dilatación altura present. variedad posic. meconio FCF/dips. | | hora min posición de la madre PA pulso contr. / FC dilatación altura present. variedad posic. meconio FCF/dips. | | hora min posición de la madre PA pulso contr. / FC dilatación altura present. variedad posic. meconio FCF/dips. | | hora min posición de la madre PA pulso contr. / FC dilatación altura present. variedad posic. meconio FCF/dips. | | | |
| ENFERMEDADES HTA previa: _____ HTA inducida: _____ preeclampsia: _____ eclampsia: _____ cardiopatía: _____ nefropatía: _____ diabetes: _____ | | | | | | | | | | | | | |
| NACIMIENTO MUERTO: _____ VIVO: _____ | | MUERTO: _____ VIVO: _____ | | MUERTO: _____ VIVO: _____ | | MUERTO: _____ VIVO: _____ | | MUERTO: _____ VIVO: _____ | | MUERTO: _____ VIVO: _____ | | | |
| RECIEÑACIDO SEXO: _____ PESO AL NACER: _____ LONGITUD: _____ | | SEXO: _____ PESO AL NACER: _____ LONGITUD: _____ | | SEXO: _____ PESO AL NACER: _____ LONGITUD: _____ | | SEXO: _____ PESO AL NACER: _____ LONGITUD: _____ | | SEXO: _____ PESO AL NACER: _____ LONGITUD: _____ | | SEXO: _____ PESO AL NACER: _____ LONGITUD: _____ | | | |
| DEFECTOS CONGENITOS VIH en RN: _____ TAMIZAJE NEONATAL: _____ | | | | | | | | | | | | | |
| EGRESORRN día mes año hora min | | día mes año hora min | | día mes año hora min | | día mes año hora min | | día mes año hora min | | día mes año hora min | | | |
| EGRESOMATERNERO día mes año hora min | | | | | | | | | | | | | |

*Estar color significa ALERTA (en indicar inmediatamente riesgo en padecer un problema)

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992

| PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP) | | PATOLOGIA NEONATAL | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| 30 GESTACION MULTIPLE | O30 | 50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS | P22.0 |
| 51 HIPERTENSION PREVIA | O10 | 51 SINDROMES ASPIRATIVOS | P24 |
| 01 Hipertensión previa esencial complicando EPP | O10.0 | 52 APNEAS POR PREMATUREZ | P28.3,P28.4 |
| 02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP | O10.1 | 03 OSTIOS DSR | O25.0, P29.3, P23, P25, P22, P27 |
| 52 PRECLAMPSIA | O13 | 01 Ductus arterioso persistente | O25.0 |
| 04 Hipertensión transitoria del embarazo | O13.0 | 02 Persistencia de la circulación fetal | P29.3 |
| 05 Preclampsia leve | O13.1 | 03 Neumonía congénita | P23 |
| 06 Preclampsia severa y moderada | O13.2 | 04 Neumotorax e enfisema intersticial | P25 |
| 53 Hipertensión previa con proteinuria sobreagregada | O11 | 05 Targuinea transitoria | P22.1 |
| 54 ECLAMPSIA | O15 | 06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal | P27 |
| 55 CARDIOPATIA | Z67 | HEMORRAGIAS | |
| 56 DIABETES | O24 | 07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido | P53 |
| 57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa | O24.0 | 55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal | P26 |
| 58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa | O24.1 | 56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia) | P51 |
| 59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo | O24.4 | HIPERBILIRUBINEMIAS | |
| 07 Test de tolerancia a la glucosa anormal | R73.0 | 08 Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh | P55.0 |
| 60 INFECCION URINARIA | O23.0,O23.4 | 09 Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO | P55.1 |
| 08 Bacteriuria asintomática del embarazo | R82.7 | 10 ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino | P59.0 |
| 61 OTRAS INFECCIONES | O98,B06,B50-B54,A60 | 58 HEMATOLOGICAS (excluyendo F50-F59) | P60,P61 |
| 62 Infecciones del tracto genital en el embarazo | O23.5 | 11 Policitemia neonatal | P61.1 |
| 09 Sífilis complicando EPP | O98.1 | 12 Anemia congénita | P61.3 |
| 10 Gonorrea complicando EPP | O98.2 | 13 Otras afecciones hematológicas | D57.0-D57.2, D57.8 |
| 11 Malaria | B50-B54 | INFECCIONES | |
| 12 Infección herpética anogenital (herpes simplex) | A60 | 14 Diarrea | G00 |
| 63 Hepatitis viral | O98.4 | 15 Meningitis | P38 |
| 64 TBC complicando EPP | O98.0 | 16 Onfalitis | P39.1, A54.3 |
| 80 Rubéola complicando EPP | B06.0, B06.8 y B06.9 | 17 Conjuntivitis | P39.4, L00 |
| 65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP | O98.8 | 19 Infecciones de la piel del recién nacido | P36 |
| 77 Chagas | O98.6 | 18 Septicemia | (resto del P35-P39) |
| 78 Toxoplasmosis | O98.6 | 20 Entanosis necrotizante (ECN) | P77 |
| 66 RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO | P05 | 49 Tétanos neonatal | A33 |
| 67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO) | O60 | 60 Sífilis congénita | A50 |
| 13 Incompetencia cervical | O34.3 | 69 Síndromes congénitas virales | P35 |
| 68 DESPROPORCION CEFALOPELVICA | O64, O65, O69 | 60 Síndromes de Rubéola congénita (SRC) | P35.5 |
| 14 Parto obstructo por malposición y anomalía de la presentación del feto | O64, O65, O69 | 69 Citomegalovirus (CMV) | P35.1 |
| 15 Parto obstructo debido a anomalía pélvica materna | O65 | 70 Toxoplasmosis congénita | P37.1 |
| 16 OTRAS PARTOS OBSTRUCTOS POR CAUSA FETAL | O66 | 39 HIV positivo | R75 |
| 69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE | O66 | 19 Otras infecciones del periodo perinatal | (resto de P60-P61) |
| 17 Mola hidatiforme | O01 | NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES) | |
| 18 Aborto espontáneo y aborto retenido | O02.1, O03 | 33 Hidrocefalia adquirida | G91 |
| 19 Embarazo ectópico | O06, O04 | 34 Leucomalacia periventricular y cerebral | P91.1,P91.2 |
| 20 Aborto inducido y terapéutico | O06, O04 | 35 Trauma obstétrico con lesión intracraneal, del SNC y del sistema nervioso periférico | P10,P11,P14 |
| 21 Amenaza de aborto | O20.0 | 36 Hemorragia intracranéa no traumática | P52 |
| 70 HEMORRAGIA DEL 2º Y 3º TRIMESTRE | O20.0 | 37 Convulsiones | P90 |
| 22 Placenta previa con hemorragia | O44.1 | 71 Encefalopatía hipóxico isquémica | P21 |
| 23 Desprendimiento prematuro de placenta | O45 | 38 Otras afecciones del estado cerebral | P91 |
| 24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación | O46.0 | METABOLICANUTRICIONAL | |
| 25 Ruptura uterina antes o durante el parto | O71.0, O71.3 | 43 Síndrome de "Trió de diabetes" | P70.0, P70.1 |
| 26 Laceración obstétrica del cuello del útero | O71.3 | 44 Hipoglucemia | P70.3, P70.4, E16.2 |
| 71 ANEMIA | O80 | 46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales | P75-P78 |
| 72 Anemia por deficiencia de hierro | D50 | 68 OTRAS PATOLOGIAS RN | |
| 73 Anemia fisiológica | D50 | 40 Retropalpa de la prematuraz | H35 |
| 74 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS | O41.1 | 41 Hernia inguinal | K40 |
| 75 INFECCION PUERPERAL | O85,O86 | 65 Síndrome de daño por frío | P80.0 (excluye hipotermia leve P80.8) |
| 29 Sepsis puerperal | O85 | ANOMALIAS CONGENITAS | |
| 30 Infección mamaria asociada al nacimiento | O91 | 120 Anencefalia | O00.0 |
| 74 HEMORRAGIA POSTPARTO | O72 | 121 Espina bífida/Meningocele | O05,O07.0 |
| 31 Placenta retenida | O72.0, O72.2 | 122 Hidranencefalia | O04.3 |
| 32 Útero atónico | O72.1 | 123 Hidrocefalia | O03 |
| 33 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado | O70.0, O70.1 | 124 Microcefalia | O02 |
| 34 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado | O70.2, O70.3 | 125 Holoprosencefalia | O04.2 |
| 75 OTRAS PATOLOGIAS MATERNAS | (resto de O00-O99) | 127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central | O04,O06 |
| 35 Placenta previa sin hemorragia | O21 | 128 Tronco arterioso | O00.0 |
| 36 Hipertensión gravídica | O21 | 129 Trasposición grandes vasos | O20.3 |
| 37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo | O26.8, O99.8 (condiciones en N00-A99) | 130 Tetralogía de Fallot | O21.3 |
| 38 Dependencia de drogas | F10-F19 | 131 Ventriculo único | O00.4 |
| 39 Sufriemento fetal | O68 | 132 Doble tracto de salida de vent. derecho | O21.1 |
| 40 Polihidramnios | O40 | 133 Canal atrió-vent. completo | O21.2 |
| 41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas) | O41.0 | 134 Atresia pulmonar | O22.0 |
| 42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical | O69 | 135 Atresia tricuspíde | O22.4 |
| 43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio | O74 | 163 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo | O23.4 |
| 44 Embolismo obstétrico | O88 | 137 Coartación de aorta | O25.1 |
| 45 Falsa de cierre de la herida de cesárea | O90.0 | 138 Retorno venoso pulmonar anómalo total | O26.2 |
| 46 Falsa de cierre de la episiotomía | O90.1 | 139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias | O24,28,34 |
| 47 SIDA | B20-B24 | 140 Paladar hendido | O35 |
| 76 HIV positivo | R75 | 141 Fístula traqueo-esofágica | O39.1 |
| 48 Neoplasia maligna del cuello uterino | C53 | 142 Atresia esofágica | O39.0,O39.1 |
| 49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria | C50 | 143 Atresia de colon y recto | O42.0,O42.1,O42.2,O42.9 |
| INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION | | 144 Ano imperforado | O42.3 |
| 01 Cesárea previa | 14 Posición transversa | 145 Onfalocoele | O79.2 |
| 02 Sufriemento fetal agudo | 15 Ruptura prematura de membranas | 146 Gastrosquisis | O79.3 |
| 03 Desproporción cefalo-pélvica | 16 Infección ovular (sospechada o confirmada) | 147 Atresia duodenal | O41.0 |
| 04 Alteración de la contractilidad | 17 Placenta Previa | 148 Atresia yeyunal | O41.1 |
| 05 Parto prolongado | 18 Aborto placentar | 149 Atresia ileal | O41.2 |
| 06 Fracaso de la inducción | 19 Ruptura uterina | 150 Otras anomalías gastrointestinales | O40,43,45 |
| 07 Descaño detenido de la presentación | 20 Preclampsia y eclampsia | 151 Genitales malformados | O50-56 |
| 08 Embarazo múltiple | 21 Herpes anogenital | 152 Agenesia Renal bilateral | O60.1 |
| 09 R.C.U.I. | 22 Condilomatosi genital | 153 Ríñones poli o multiquísticos o displásicos | O61.1,O1.9 |
| 10 Parto de pretérmino | 23 Otras enfermedades maternas | 154 Hidronefrosis congénita | O62.0 |
| 11 Parto de postérmino | 24 Muerte fetal | 155 Extrofia de la vejiga | O54 |
| 12 Presentación podálica | 25 Madre exhausta | 156 Otras anomalías neurológicas | O63.6 |
| 13 Posición posterior | 26 Otras | 157 Trisomía 13 | O91.4, O91.5, O91.6 |
| MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO | | 158 Trisomía 18 | O91.0, O91.1, O91.2 |
| 01 Lidocaina o similar | 16 Inhibidores de Prostaglandinas | 159 Síndrome de Down | O90 |
| 02 Aminas simpaticomiméticas | 17 Antagonistas del calcio | 160 Otras anomalías cromosómicas | O92,O99 |
| 03 Gases anestésicos (perflorano-fluorano-ox. nitroso) | 18 Sulfato de magnesio | 126 Labio hendido | O36 |
| 04 Barbitúricos | 19 Hidralazina | 161 Policitemia | O69 |
| 05 Relajantes musculares | 20 Beta bloqueantes | 162 Sindactilia | O70 |
| 06 Diazepóxidos | 21 Otros antihipertensivos | 163 Displasia esquelética | O77,78 |
| 07 Meperidina | 22 Sangre y derivados | 164 Pes equinovarico /talovagius (Pie Bot) | O66.8 |
| 08 Espasmolíticos | 23 | 165 Hernia Diafragmática | O79.0 |
| 09 Oxitocina | 24 Corticoides | 166 Hidrops fetalis | P56,P53.2 |
| 10 Prostaglandinas | 25 Cardiotónicos | 167 Oligamnios severo | O11.2 |
| 11 Betadérmicos (Fenilciclinas-cefalosporinas) | 26 Diuréticos | 168 Otras anomalías musculoesqueléticas | O68,74,75,79 |
| 12 Amnoglicosidos (gentamicina-amicacina) | 27 Aminoflida | 169 Anomalías tegumentarias | O62.84 |
| 13 Entromicina | 28 Insulina | | |
| 14 Metronidazol | 29 Interferón | | |
| 15 Betametazona | 30 Otros | | |
| | 31 Antirretrovirales | | |
| | 32 Sulfadoxina-Pirimetamina | | |
| | 33 Cloroquinas | | |

| CARNE PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS | | | | | | | | | | FECHA DE NACIMIENTO | | ETNIA | | ALFA BETA | | ESTUDIOS | | ESTADO CIVIL | | Lugar del control prenatal | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|--|--|------------------------|--|-------------------|--|
| NOMBRE APELLIDO | | | | | | | | | | dia mes año | | blanca indígena mestiza negra otra | | ninguno primaria secundaria universitaria | | casado unión estable soltero otro | | Lugar del parto | | | | | | | | | | | |
| DOMICILIO | | | | | | | | | | EDAD (años) | | | | | | | | Lugar del parto | | | | | | | | | | | |
| LOCALIDAD | | | | | | | | | | TELEF. | | | | | | | | N° identificación | | | | | | | | | | | |
| FAMILIARES PERSONALES | | | | | | | | | | OBSTETRICOS | | gestas previas | | abortos | | virginales | | nacidos vivos | | viven | | FIN EMBARAZO ANTERIOR | | | | | | | |
| no si -TBC- diabetes -hipertensión -pre eclampsia -eclampsia -otra cond. médica grave | | | | | | | | | | gruñga genitourinaria infantil cardíaca nefropatía violencia VIH | | ULTIMO PREVIO | | normal <2500g amb ectópico | | Sesopt consecutivo partos cesáreas | | nacidos muertos | | muertos 1° sem después 1° sem | | EMBARAZO PLANEADO | | no si | | | | | |
| GESTACION ACTUAL | | | | | | | | | | EGCONFIABLE | | FUMACT | | FUMAPAS | | DROGAS | | ALCOHOL | | VIOLENCIA | | ANTIRUBECOLA | | ANTITETANICA | | EX. NORMAL | | | |
| PESO ANTERIOR TALLA (cm) | | | | | | | | | | Eco <20 s | | 1° trim 2° trim 3° trim | | | | | | | | embarazo no gestación | | vigente no si | | DOSIS 1° 2° | | ODONT. MAMAS | | | |
| CERVIX Inap. Visual PAP COLP. | | | | | | | | | | GRUPO Rh | | TOXOPLASMOIS | | Hb <20 sem | | Fe/FOLATOS | | Hb 20 sem | | VIH - Diag - Tratamiento | | SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento | | Prueba | | Tratamiento | | Tto. de la pareja | |
| normal anormal no se | | | | | | | | | | normal anormal no se | | >20sem IgG >20sem IgG | | g g | | No si | | No si | | No si | | No si | | No si | | No si | | No si | |
| PALIDISMO/CHAGAS BACTERIURIA | | | | | | | | | | GLUCEMIA ENAYUNAS | | ESTREPTOCOCCO B | | PREPARACION PARA EL PARTO | | CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA | | | | | | | | | | | | | |
| normal anormal no se | | | | | | | | | | normal anormal no se | | 105 mg/dl | | No si | | No si | | | | | | | | | | | | | |
| CONSULTAS ANTERIORES | | | | | | | | | | edad gest. | | peso | | PA | | altura uterina | | presen. tación | | movim. fetales | | protei. nuria | | signos de alarma, exámenes, tratamientos | | N° C.U.P. próxima cita | | | |
| PARTO ABORTO | | | | | | | | | | HOSPITALIZ. EN EMBARAZO | | CORTICOIDES ANTERIORES | | ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO | | EDAD GEST. al parto | | PRESENTACION SITUACION | | TAMANO FETAL ACORDE | | ACOMPANANTE | | TDP | | P | | | |
| FECHA DE INGRESO CONSULTAS PRE-NATALES | | | | | | | | | | completo incompleto | | ninguna semana inicio | | Inducido cesar. elect. | | hora min temp. >38°C | | ortica pelviana transverosa | | no si | | partera familiar otro no ninguno | | | | | | | |
| CARNÉ | | | | | | | | | | vivo | | hora min día mes año | | MULTIPLE fetos | | HTA previa HTA inducida embarazo | | infec. ocular infec. urinaria amonaza partopreter R.C.I.U. | | HEMORRAGIA | | 1° trim 2° trim 3° trim | | otro | | | | | |
| NACIMIENTO | | | | | | | | | | MUERTO | | INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION | | INDUC OPER | | pre eclampsia eclampsia cardiopatía nefropatía diabetes | | anest. local anest. regional anest. gral. transfusión otros | | medic 1 medic 2 | | | | | | | | | |
| TERMINACION espont. forceps cesárea otra vacuam | | | | | | | | | | INDUC OPER | | NOTAS | | antibiot. analgesia anest. local anest. regional anest. gral. transfusión otros | | medic 1 medic 2 | | | | | | | | | | | | | |
| POSICION PARTO sentada acostada ERSIDROMA | | | | | | | | | | DESGARROS PRE-NATALES | | OCOTIDICOS | | PLACENTA | | LIGADURA CORDON | | ocotidicos en TTP | | antibiot. analgesia anest. local anest. regional anest. gral. transfusión otros | | medic 1 medic 2 | | | | | | | |
| RECIENACIDO SEXO PESO AL NACER LONGITUD | | | | | | | | | | P. CEFALICO | | EDAD GESTACIONAL | | PESO E.G. | | APGAR | | FALLECE en LUGAR del PARTO | | REFERIDO | | PUERPERIO | | dia hora T°C PA pulso invol. uter. loquios | | | | | |
| DEFECTOS CONGENITOS | | | | | | | | | | VIH en RN | | TAMIZAJE NEONATAL | | REANIMACION | | aspiración máscara oxígeno masaje tubo | | no si | | no si | | no si | | | | | | | |
| ENFERMEDADES | | | | | | | | | | Exposición Tto. | | VOR. corion | | TSH Hptatía Bilirub. Tpo IgM | | Antirubecola post parto | | y globulina anti D | | ANTICONCEPCION | | CONSEJERIA | | | | | | | |
| EGRESORRN vivo fallece traslado | | | | | | | | | | EDAD AL EGRESO | | ALIMENTO AL ALTA | | Boca amida | | EGRESO MATERNO | | fallece durante o en lugar de traslado | | Método ELEGIDO | | DIU post. evento DIU natural DIU hormonal ninguno | | | | | | | |
| Nombre Recién Nacido | | | | | | | | | | Responsable | | Responsable | | Responsable | | Responsable | | Responsable | | | | | | | | | | | |

Factores de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se la ubica en la gráfica y se comparan los valores obtenidos con los centiles (P10, P25 y P50) graficados.

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

Cerna Perinatal Mayo 2011 MSP - Uruguay

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Cq Nº 46496

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ASUNTO No.225.-

Montevideo, 20 DIC. 1990

DECRETO

No. 410/90

VISTO: la necesidad de modificar el Sistema Informático Perinatal y del Niño a efectos de lograr mejores condiciones de información asistencial y preventiva;-----

RESULTANDO: I) que dentro del Programa de Atención en Salud a las personas que desarrolla el Ministerio de Salud Pública se encuentra el de Salud Materno Infantil;-----

Ref.5520/90

/MD'A

II) que el Programa de Salud Materno Infantil considera conveniente introducir modificaciones en el Registro Básico de Salud Perinatal introduciendo la Historia Clínica Perinatal Base, Formularios Complementarios y el Carné Obstétrico y Perinatal;-----

CONSIDERANDO: I) lo aconsejado por la Comisión Asesora de la Salud Materno Infantil de aplicar nuevas técnicas del más alto nivel científico con el cometido fundamental de estructurar un Plan de Salud Materno Infantil, brindando al binomio Madre-Hijo, una correcta asistencia del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, que permita un descenso de los índices de morbilidad materna, perinatal y pediátrica;-----

II) que es necesario entonces, modificar los artículos 1 y 2 del Decreto No.468/982 de fecha 17 de diciembre de 1982;

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

DECRETA:

Artículo 1o.- Se establece con carácter obligatorio la Historia Clínica Perinatal base y sus Formularios Complemen-

//

// tarios con las características, contenido y formato que el Ministerio de Salud Pública determine. Estos Registros deberán ser utilizados por todas las Instituciones Públicas y Privadas donde se realice la asistencia Prenatal, del Parto y Neonatal.-----

Artículo 2o.- Se establece con carácter obligatorio el Registro Básico Pediátrico con las características, contenido y formato que el Ministerio de Salud Pública determine. Estos Registros deberán ser utilizados por todas las Instituciones Públicas y Privadas donde se realice la Asistencia Pediátrica.-----

Artículo 3o.- Implántanse, con carácter obligatorio, la utilización del Carné Obstétrico y Perinatal de acuerdo con el contenido y formato que el Ministerio de Salud Pública determine, el que deberá ser llenado por todas las Instituciones Públicas y Privadas donde se asisten embarazos, partos y recién nacidos.

Artículo 4o.- El Carné Obstétrico y Perinatal, es documento público a los efectos de su presentación ante cualquier Organismo Público o Privado.-----

Artículo 5o.- La División Estadística del Ministerio de Salud Pública, será la responsable del envío de los formularios de la Historia Clínica y Carné Obstétrico y Perinatal a todas las Instituciones Públicas y Privadas del País.-----

Artículo 6o.- Así mismo, la División Estadística será la responsable de la recepción de la información de la Historia Clínica Perinatal y Pediátrica, brindando contra la entrega mensual de dicha información, comprobante de haber cumplido con las obligaciones establecidas en el presente Decreto. El referido comprobante será considerado Documento Público, a los efectos de su presentación ante cualquier Organismo Público o Privado. El no cumplimiento de lo establecido en el presente Artículo, aparejará la aplicación de sanciones por parte del Ministerio de Salud Pública.-----

Artículo 7o.- Se creará un Comité Departamental de Historia Clínica Perinatal y Pediátrica cuyos cometidos serán:-----
Programar, ejecutar, coordinar, supervisar, analizar y difundir la información estadística perinatal y pediátrica de cada Departamento. Dicho Comité se integrará de acuerdo a las características de cada Departamento.-----

Artículo 8o.- Deróganse los artículos 1 y 2 del Decreto 468/982- a partir de la puesta en vigencia de este Decreto.-

Artículo 9o.- Comuníquese.-----

Abel

Maria L. Herrera
LACALLE HERRERA

ES-COPIA FIEL
Marybel G. Garaza
MARYBEL G. GARAZA
JEFE DE SECCION
NOTO DE ACUERDOS

*Ministerio de Salud Pública*Montevideo, **14 AGO. 2012**

VISTO: la necesidad de establecer acciones que mejoren la captación y control de embarazo, optimizar los resultados perinatales y reducir la prevalencia de sífilis y sífilis congénita en nuestra población;

RESULTANDO: I) que el país ha presentado un aumento de la prevalencia de sífilis en toda la población, con especial impacto a nivel perinatal;

II) que existe una alta prevalencia de embarazos no controlados y mal controlados en la población asistida por algunos de los prestadores públicos y privados de nuestro país;

CONSIDERANDO: que el control del embarazo y las acciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y educación, son de gran importancia para abatir la sífilis y optimizar los resultados materno perinatales con vistas a obtener los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM);

ATENTO: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido por las Leyes N° 9.202 de 12 de enero de 1934, Orgánica de Salud Pública y N° 18.426 de 1 de diciembre de 2008;

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA**RESUELVE:**

- 1º) Se define la categoría de prestador con mal control obstétrico, como aquellos que presenten una prevalencia de embarazos mal controlados mayor al 15 %.
- 2º) Se define como embarazo mal controlado a aquellos que al momento de nacimiento tenga menos de (5) cinco controles obstétricos realizados según la normativa vigente del Ministerio de Salud Pública.
- 3º) Para realizar un adecuado control obstétrico y de las infecciones de transmisión sexual en los embarazos, las instituciones deberán actuar

conforme a las normativas vigentes de esta Secretaría de Estado, las guías clínicas de dicha Cartera y las guías de procedimiento que se anexan y forman parte integral de la presente Ordenanza.

- 4º) El incumplimiento de las normas a que refiere el artículo anterior, en caso de que el prestador quede incluido en la categoría definida en el artículo primero, lo hará pasible de las sanciones previstas en el Decreto N° 137/006 de 15 de mayo de 2006.
- 5º) Dispónese que a partir del 1º de julio de 2012, todos los prestadores con servicios obstétricos autorizados, deberán comunicar al Servicio de Información Perinatal (SIP) todos los controles obstétricos realizados.
- 6º) Establécese que se podrá requerir el cumplimiento de las guías de procedimiento anexas a esta Ordenanza, para obtener o para mantener la habilitación de los servicios respectivos.
- 7º) Comuníquese. Publíquese en la página web del Ministerio de Salud Pública. Tomen nota la Dirección General de la Salud y el Área de Salud Sexual y Reproductiva del Departamento de Pogramación Estratégica en Salud. Cumplido, archívese.

Ord. N° 447

Ref. N° 001-3-273-2012

CR.-



Dr. JORGE E. VENEGAS
Ministro de Salud Pública

*Ministerio de Salud Pública***GUIA DE PROCEDIMIENTOS PARA REDUCIR LAS INFECCIONES
DE TRASMISION SEXUAL EN LA ETAPA CONNATAL Y
OPTIMIZAR EL CONTROL DE EMBARAZO**

1°.- Se define como prestadores con mal control obstétrico a aquellos con una prevalencia de embarazos mal controlados mayor al 15%. Esta cifra surge de la suma de la prevalencia de embarazos con mal control obstétrico (de 1 a 4 controles inclusive, al momento del nacimiento) más la prevalencia de embarazos no controlados (0 control) al momento del nacimiento.

2°.- El Ministerio de Salud Pública a través del Área de Salud Sexual y Reproductiva y la oficina del Sistema Informático Perinatal (SIP), informarán a cada prestador con una periodicidad de 6 (seis) meses las cifras de control de embarazo de la población que asisten.

3°.- Todos los prestadores de salud deberán:

- Realizar test de embarazo(rápido) o BHCG a toda mujer que lo solicita (por sola voluntad) y en el momento de consulta, tanto en la consulta del Primer Nivel de Atención como en Servicios de Urgencia.
- Iniciar las acciones de control de embarazo, ante la constatación clínica o paraclínica del mismo (incluye test rápido realizado por la institución o que trae la usuaria). Se destaca que el control de embarazo incluye, siempre, las siguientes acciones:
 - a) Registro completo y entrega de carné SIP vigente.
 - b) Registro completo de la historia SIP e Historia Clínica.

- c) Solicitar rutinas de embarazo, ecografía, interconsultas necesarias, etc. (según norma del Ministerio de Salud Pública).
 - d) Realizar test rápido de sífilis y VIH (si corresponde según el prestador).
 - e) Indicar Hierro y Ácido Fólico (si corresponde según pauta).
 - f) Anotar la embarazada en un registro de las gestantes en control obstétrico por la Institución y a utilizar para la cita de las usuarias que faltan al control (si corresponde al prestador).
 - g) Acciones de educación y promoción de salud.
- Disponer la realización de los exámenes paraclínicos de rutina obstétrica dentro de los 7 (siete) días de solicitado y la ecografía obstétrica dentro de los 15 (quince) días de solicitada.
 - Establecer y divulgar, a todo el equipo de salud, los lineamientos de consejería y la ruta crítica de derivación de la usuaria embarazada con estudio de VIH positivo (incluye test rápido).
 - Utilizar el Sistema Informático Perinatal (SIP), tanto en lo que refiere a la Historia Clínica, carné y programa informático, vigente para uso en Uruguay y proceder al cargado de los datos en la base SIP, entregando la misma en forma mensual a la oficina del Sistema Informático Perinatal del Ministerio de Salud Pública.
 - Realizar una auditoría interna de todos los casos de sífilis confirmada (congénita, gestacional, infantil o

Ministerio de Salud Pública

adultos) confeccionando un informe dirigido al Ministerio de Salud Pública siguiendo los lineamientos que éste estipule. La Dirección Técnica Institucional será quien realice la misma, debiendo elevar un informe al Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública en un plazo no mayor a 60 (sesenta) días del diagnóstico o nacimiento.

- Realizar la denuncia obligatoria al Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA) de todos los casos confirmados o sospechosos de Sífilis por los procedimientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública. Esto incluye los resultados positivos del test de sífilis (treponémicos y no treponémicos) desde el laboratorio y de los casos de estudio anátomo-patológicos compatibles con sífilis.
- Contar y disponer fórmulas para lactantes para los hijos de madres VIH positivo.
- Administrarle en forma inmediata el tratamiento a los contactos sexuales infectados a la embarazada con Sífilis, por parte del prestador del que es usuaria la embarazada.
- Promover el uso del preservativo:
 - * Facilitando el acceso y la entrega de los mismos por el personal de salud promoviendo:
 - El uso del doble método (preservativo y otro método anticonceptivo).
 - El uso de preservativo durante el embarazo en el entendido que reduce el riesgo de

infecciones genitales bajas, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y la posibilidad de prematuridad (en usuarias de riesgo).

- Entregando más de quince preservativos por consulta, en casos justificados a criterio del equipo de salud (trabajo sexual, conductas de riesgo, ITS, etc.).
- En la investigación de sífilis durante la realización del carné de salud laboral, ante un resultado positivo no se debe emitir el mismo, hasta que el usuario presente un certificado médico que certifique que se encuentra en evaluación y/ en tratamiento.

Para ello se debe realizar:

a) La derivación por escrito y dejando constancia en la Historia Clínica del usuario a un médico de su prestador de salud.

b) La notificación confidencial y por escrito, dirigida a la Dirección Técnica del prestador de salud del cual es usuario, para que se proceda a la evaluación del usuario. Se dejará copia y constancia de que fue recibida. Una vez comprobado que el usuario está en evaluación y o tratamiento, se debe emitir el carné independientemente de su condición al respecto de la sífilis.

4°.- Se incluye como pautas clínicas obligatorias, para toda la población, sin perjuicio de lo contenido en las guías y normas vigentes:

- Realizar VDRL o RPR en el segundo trimestre entre las semanas 18 (dieciocho) a 23 (veintitrés). Registro del

Ministerio de Salud Pública

resultado del mismo en la Historia Clínica materna y en el sector observaciones del carné del Sistema Informático Perinatal (SIP) (reverso del mismo).

- Realizar estudio de sífilis (test rápido, VDRL o RPR) a toda usuaria en proceso de aborto o embarazo ectópico. Registro del resultado de la Historia Clínica.
 - Tratar a toda embarazada con test de sífilis positivo (treponémico o no treponémico) a excepción de que exista la certeza de un tratamiento previo adecuado y completo de la Sífilis con penicilina benzatínica según la norma. Se debe disponer de este antibiótico en todos los centros de atención primaria.
 - Recoger de la usuaria el consentimiento oral para que se realice test de ITS. En caso de que se niegue a realizarlo deberá consignarlo por escrito en la Historia Clínica y solicitar la firma del usuario o representante legal.
 - Proceder a la evaluación de usuaria/os y los recién nacidos según los algoritmos establecidos por el Ministerio de Salud Pública con respecto a la sífilis y el VIH.
 - Realizar test rápido de sífilis y VIH (si corresponde según el prestador).
- 5°.- Con vista a optimizar el control obstétrico y los resultados maternos perinatales, los prestadores con mal control obstétrico deberán además:
- Contar con test rápidos de embarazo, sífilis y VIH en los servicios de primer nivel y servicios de emergencia.
 - Realizar test rápidos de sífilis y VIH en base a las guías clínicas del Ministerio de Salud Pública.

- Establecer un registro en las embarazadas en control obstétrico. El registro debe incluir al menos: datos patronímicos de la usuaria, datos de contacto, edad gestacional en cada control, fecha de su próximo control y principales detalles del embarazo en curso.
- Establecer un protocolo que permita:
 - a) evaluar dicho registro en forma semanal, de forma de identificar a las embarazadas que han faltado a las citas programadas.
 - b) identificar mediante la articulación con redes comunitarias y de servicios, usuarias embarazadas en situación de no control.
 - c) identificar los usuarios con probable sífilis o VIH positivo.
 - d) establecer intervenciones ante el mal control obstétrico o usuario con sífilis. El mismo debe incluir las acciones incluidas en el anexo adjunto. Contar con un equipo responsable de llevar adelante los protocolos de intervención.
 - e) incluir, en las campañas de promoción dirigidas a los usuarios y personal, el tema de la importancia del control del embarazo y la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Actuar en base al protocolo de intervención ante el mal control obstétrico que se adjunta y forma parte integral de la presente Guía.
- Disponer de los recursos humanos y materiales que permitan establecer equipos responsables de llevar adelante los protocolos de intervención.

*Ministerio de Salud Pública***PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN ANTE EL MAL CONTROL DE
EMBARAZO**

Ante la constatación de una usuaria que no ha controlado el embarazo, ha faltado a las citas programadas o un usuario con probable sífilis no correctamente evaluado o tratado, se debe proceder a:

- Realizar una comunicación telefónica con la usuaria/o y re-coordinar la consulta a la brevedad. De no lograr establecer contacto telefónico en las primeras 72 (setenta y dos) horas hábiles de iniciado el intento de contacto, se debe proceder a realizar una visita domiciliaria. Se dejará constancia en la Historia Clínica de la fecha de las llamadas, nombre del contacto establecido, motivo del no control, fecha re-coordinada y firma del funcionario actuante.
- En caso de no poder realizar contacto telefónico (por no contar con el mismo u otra razón) negativa a concurrir a la consulta re-programada o ausencia a la segunda consulta pautaada se procederá a realizar una visita domiciliaria. Se dejará constancia en la Historia Clínica de: fecha de la visita domiciliaria, nombre del contacto, motivo de la no concurrencia al control, fecha de la nueva consulta re-coordinada y firma del funcionario actuante.
- En caso de no contar con datos reales que permitan el contacto (datos falsos, mudanza, cambio de teléfono, etc.) se debe derivar el caso al Servicio Social de la Institución para la búsqueda de vías de contacto y actuar en consecuencia. Se debe dejar constancia en la Historia Clínica del hecho.

- En casos excepcionales, en donde luego de la visita el usuario/a se niega en forma repetida a realizar la consulta (orientación y consejo mediante) se dejará constancia escrita en la Historia Clínica con fecha, nombre, explicación de la negativa, firma del usuario/a y del técnico actuante. Se deberá entregar folletería que explica la importancia del control y dejar constancia de ello en la Historia Clínica.
- En todos los casos las citas y asignación de hora para el control obstétrico o de un usuario/a con sífilis o VIH se debe de considerar una prioridad asistencial.

Ministerio de Salud Pública

Aquellas Instituciones que aún trabajan con versiones anteriores a la vigente según lo establecido por el Ministerio de Salud Pública, deberán actualizar el programa informático del Sistema Informático Perinatal (SIP). Se puede obtener a través del sitio web www.clap.ops-oms.org/sistemas. La Historia Clínica Perinatal (HCPB) y el Carné Perinatal en formato papel será entregando a las Instituciones médicas de cada Departamento por la Dirección Departamental de Salud del Ministerio de Salud Pública. En caso de necesitar material adicional el pedido se realizará vía mail a: sip@mosp.gub.uy para coordinar el envío de las HCPB y Carné Perinatal.

La base de datos deberá ser enviada a mes vencido antes del día 30 de cada mes de acuerdo a la normativa legal vigente. Como fecha final se tomará el plazo de cierre otorgado por Metas asistenciales correspondiente al trimestre. Vencido el mismo se informará a Metas asistenciales la cantidad de casos enviados a nuestra Unidad para el control del cumplimiento de la Meta 1.



Ministerio de Salud Pública

Montevideo, 17 de Julio de 2012

VISTO: la Ordenanza Ministerial N° 447 de 14 de agosto de 2012;

RESULTANDO: D que por dicha Ordenanza, se define la categoría de prestador con mal control obstétrico, como aquellos que presenten una prevalencia de embarazos mal controlados mayor al 15%;

ID que asimismo se resuelve que, para realizar un adecuado control obstétrico y de las infecciones de transmisión sexual en los embarazos, las instituciones deberán actuar conforme a las normativas vigentes de esta Secretaría de Estado, las guías clínicas de dicha Cartera y las guías de procedimiento que se anexan y forman parte integral de dicha Ordenanza y se aprueba la "Guía de Procedimiento Para Reducir las Infecciones de Transmisión Sexual en la Etapa Connatal y Optimizar el Control de Embarazo" y en el marco de la "Iniciativa para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe", (OMS/OPS/CLAP/UNICEF);

CONSIDERANDO: D que el Área de Salud Sexual y Reproductiva del Departamento de Programación Estratégica en Salud, y la Asesoría Jurídica de la Dirección General de la Salud, solicitan realizar modificaciones en la mencionada Ordenanza, sustituyendo el punto cuarto del literal g del numeral 3° del Anexo de la misma, titulado "Guía de Procedimiento Para Reducir las Infecciones de Transmisión Sexual en la Etapa Connatal y Optimizar el Control de Embarazo", por el siguiente: "Realizar una auditoría interna de todos los casos de Sífilis confirmada (congénita, gestacional, infantil o



adultos) y VIH gestacional e infantil, confeccionando un informe dirigido al Ministerio de Salud Pública, siguiendo los lineamientos que éste estipule. La Dirección Técnica Institucional será quien realice la misma, debiendo elevar un informe al Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública, en un plazo no mayor de 60 (sesenta) días del diagnóstico o nacimiento”;

II) que la Dirección General de la Salud recomienda proceder a la sustitución del punto cuarto del literal g del numeral 3º del Anexo que forma parte integral de la Ordenanza Ministerial N° 447 de 14 de agosto de 2012, titulado “Guía de Procedimiento Para Reducir las Infecciones de Transmisión Sexual en la Etapa Connatal y Optimizar el Control de Embarazo”;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido en las Leyes N° 9.202 de 12 de enero de 1934 (Orgánica de Salud Pública), y N° 18.426 de 1º de diciembre de 2008;

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA
RESUELVE:

- 1º) Sustitúyese el punto cuarto del literal g del numeral 3º, del Anexo de la Ordenanza Ministerial N° 447 de 14 de agosto de 2012, titulado “Guía de Procedimiento Para Reducir las Infecciones de Transmisión Sexual en la Etapa Connatal y Optimizar el Control de Embarazo”, por el siguiente: “*Realizar una auditoría interna de todos los casos de Sífilis confirmada (congénita, gestacional, infantil o adultos) y VIH gestacional e infantil, confeccionando un informe dirigido al Ministerio de Salud Pública, siguiendo los lineamientos que éste estipule. La Dirección Técnica Institucional será quien realice la*



Ministerio de Salud Pública

misma, debiendo elevar un informe al Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública en un plazo no mayor de 60 (sesenta) días del diagnóstico o nacimiento".

- 2º) Comuníquese. Publíquese en la página web de esta Secretaría de Estado. Tomen nota la Dirección General de la Salud y el Área de Salud Sexual y Reproductiva del Departamento de Programación Estratégica en Salud. Cumplido, archívese.

Ord. Nº 367

Ref. Nº 001-3-1760-2013

CR:
T4


Dra. SUSANA MUÑOZ
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA


Dra. SUSANA PIEL
Dra. SUSANA PIEL
DIRECTORA
Área de Salud Sexual y Reproductiva
y Adolescencia - M.S.P.

D

Ministerio de Salud Pública

Montevideo, 14 AGO. 2012

VISTO: la necesidad de establecer acciones que mejoren la captación y control de embarazo, optimizar los resultados perinatales y reducir la prevalencia de sífilis y sífilis congénita en nuestra población;

RESULTANDO: I) que el país ha presentado un aumento de la prevalencia de sífilis en toda la población, con especial impacto a nivel perinatal;

II) que existe una alta prevalencia de embarazos no controlados y mal controlados en la población asistida por algunos de los prestadores públicos y privados de nuestro país;

CONSIDERANDO: que el control del embarazo y las acciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y educación, son de gran importancia para abatir la sífilis y optimizar los resultados materno perinatales con vistas a obtener los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM);

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido por las Leyes Nº 9.202 de 12 de enero de 1934, Orgánicas de Salud Pública y Nº 18.426 de 1 de diciembre de 2008;

**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA
RESUELVE:**

- 1º) Se define la categoría de prestador con mal control obstétrico, como aquellos que presenten una prevalencia de embarazos mal controlados mayor al 15 %.
- 2º) Se define como embarazo mal controlado a aquellos que al momento de nacimiento tenga menos de (5) cinco controles obstétricos realizados según la normativa vigente del Ministerio de Salud Pública.
- 3º) Para realizar un adecuado control obstétrico y de las infecciones de transmisión sexual en los embarazos, las instituciones deberán actuar

- En casos excepcionales, en donde luego de la visita el usuario/a se niega en forma repetida a realizar la consulta (orientación y consejo mediante) se dejará constancia escrita en la Historia Clínica con fecha, nombre, explicación de la negativa, firma del usuario/a y del técnico actuante. Se deberá entregar folletería que explica la importancia del control y dejar constancia de ello en la Historia Clínica.
- En todos los casos las citas y asignación de hora para el control obstétrico o de un usuario/a con sífilis o VIH se debe de considerar una prioridad asistencial.



| FORMULARIO AUDITORIA DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA | | | |
|---|-------|-------|----------------------|
| FECHA: / / | | | |
| DATOS UNIDAD NOTIFICADORA | | | |
| Centro/Hospital donde se asistió el nacimiento: | | | |
| Ciudad/Departamento: | | | |
| Responsable de la auditoría: | | | |
| Teléfono: | | Mail: | |
| DATOS DE LA USUARIA | | | |
| Iniciales: | Edad: | CI: | Nº historia clínica: |
| Teléfono: | | | |
| Dirección al alta de la paciente: | | | |
| Antecedentes de sífilis previo al embarazo: | | | |
| No () si () Recibió tratamiento: no () si () año: | | | |
| Recién Nacidos con sífilis congénita: si () no () s/d () | | | |

| DATOS DEL EMBARAZO ACTUAL | |
|---|--|
| Código de la/s institución donde efectuó el control: | |
| Teléfono de contacto: | |
| Responsable/s del control - Nº CJP: | |
| Nº de Controles: 0* () 1 a 4 () 5 o + () sin dato () | |
| Especifique edad gestacional 1er control: | |
| Otras ITS: no () si () cual: | |
| Momento de primera prueba de sífilis: en embarazo, especifique EG: semanas parto () puerperio: () | |
| Técnica utilizada en la primera prueba: prueba rápida () RPR () VDRL () | |
| Resultado: reactivo () no reactivo () | |



| | | |
|--|--|--|
| Diagnóstico de sífilis en el embarazo actual | | |
| Momento del diagnóstico : si es en el embarazo, especifique EG sem. parto () puerperio: () | | |
| Método diagnóstico utilizado : VDRL () RPR: () Títulos: Prueba Rápida: () | | |
| Se realizó TPHA/FTA abs: si () resultado: positivo () negativo () No se realizó TPHA/FTA abs () | | |
| Se informó a la paciente del diagnóstico de sífilis: si () no () s/dato () | | |
| Se notificó a MSP: si () fecha: / / no se notificó: () sin dato: () | | |
| Se realizó tratamiento: no () si () Tratamiento Indicado: | | |
| Tratamiento realizado en embarazo () en puerperio: () | | |
| Completó tratamiento: si () ¿cuántas dosis recibió?: No completo tratamiento () causa: | | |
| Edad gestacional última dosis: | | |
| Si no se realizó tratamiento, ¿qué acciones se adoptaron? | | |

| | | |
|---|----------|------------|
| ¿Se suministraron preservativos? si: () no: () causa: | | |
| Controles serológicos realizados: | | |
| EG: | Técnica: | Resultado: |
| EG: | Técnica: | Resultado: |
| Puerperio: | Técnica: | Resultado: |
| Médico tratante: | | Tel: |

| | | |
|--|--|--|
| CONTACTOS | | |
| Se estudiaron: si () no () s/dato () | | |
| Diagnóstico de sífilis: positivo () negativo () s/dato () | | |
| Se trataron: si () no () s/dato () | | |



Si tenía indicación y no se trataron, ¿qué acciones se adoptaron?

| FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO | |
|---|--|
| Fecha: / / | EG: |
| Vivo: () | Anatomía patológica placenta: si* () no () |
| Aborto: () | Anatomía patológica: si* () no () |
| Óbito: () | Necropsia: si* () no () |
| * Adjuntar copia de informe | |
| Diagnóstico del RN: | |
| Escenario 1: () Escenario 2: () Escenario 3: () Escenario 4: () | |
| Evolución del RN: vivo sano: () vivo con patología: () muerte neonatal: () | |
| VDRL/RPR en cordón: no reactivo () reactivo, títulos () | |
| VDRL/RPR sangre periférica: no reactivo () reactivo, títulos () | |
| Se indicó tratamiento al RN: | |
| Sí: () ATB: | dosis: duración: |
| No se indicó tratamiento al RN: () | |

141

ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES

¿El diagnóstico fue oportuno?

¿El tratamiento fue adecuado y completo?

¿Se trataron los contactos adecuadamente?

¿Se adoptaron acciones preventivas (consejería, entregaron preservativos, etc) cual?

En los casos de sífilis congénita, ¿qué acciones o intervenciones fallaron en la prevención de la transmisión de la sífilis?



Recomendaciones planteadas:

Escenario 1: SC confirmada o altamente probable

1. Niño con examen físico compatible con sífilis congénita, o,
2. Títulos de anticuerpos no treponémicos que cuadruplican los títulos maternos, o,
3. Prueba de campo oscura positivo en algún fluido

Escenario 2. SC probable.

1. Niño con examen físico normal y/o
 - Títulos de anticuerpos iguales o superiores a los maternos
 - Madre no tratada
 - Madre no tratada o inadecuadamente tratada (incluye tratamiento antibiótico diferente a la penicilina, tratamiento realizado 4 semanas o menos antes del parto, tratamiento no documentado).

Escenario 3: Bajo riesgo de SC.

1. Niño con examen físico normal y:
 - VDRL con títulos de anticuerpos iguales a los maternos
 - Madre tratada durante el embarazo, apropiado a la etapa de la infección y administrado en un tiempo mayor a 4 semanas del parto (bien tratada)
 - Madre sin evidencia de reinfección o recaída.
- No se requiere evaluación ni tratamiento del niño.

Escenario 4. Muy bajo riesgo de SC

1. Niño con examen físico normal, y,
 - Títulos de anticuerpos iguales o más bajos que los maternos
 - La madre recibió un tratamiento adecuado antes o durante el embarazo
 - Los títulos serológicos maternos permanecieron bajos y estables antes o durante el embarazo hasta el parto (VDRL < 1/2; RPR < 1/4).



| FORMULARIO AUDITORIA DE MUJERES EMBARAZADAS o PUERPERAS CON INFECCION VIH | |
|---|----------------------------|
| FECHA : / / | |
| Institución responsable de la auditoria (donde se asistió parto/cesárea/aborto): | |
| Teléfono de la Institución: _____ | |
| Departamento: | |
| Responsable de la auditoria: | |
| Teléfono: _____ mail: | |
| DATOS de la USUARIA | |
| Iniciales: _____ | Edad: _____ años |
| CI: _____ / _____ | Nº historia clínica: _____ |
| Teléfono de contacto: _____ | |
| DATOS DEL EMBARAZO | |
| Código SIP de la/s institución donde efectuó el control: _____ | |
| Teléfono de contacto de la institución donde se efectuó el control: _____ | |
| Responsable/s del control N° CJP: _____ | |
| Nº de gestas previas: () Hijos previos VIH+: si () no () | |
| Nº de Controles: 0 () 1 a 4 () 5 o + () Edad gestacional (EG) en 1er control: _____ sem | |
| Tolerancia: Amenaza de Aborto: si () no () | |
| otras ITS: no () si () cual: | |
| Intolerancia digestiva: si () no () | |
| Amenaza de parto prematuro: si () no () | |
| Uso de preservativos: si () no () se desconoce () | |
| VIH de la pareja: positivo () negativo () se desconoce () | |



DIAGNOSTICO DE VIH

Momento de diagnóstico de VIH

| |
|---|
| 1- VIH conocida previo al embarazo? No: () si () fecha de diagnóstico: / / |
| Bajo Tratamiento Antirretroviral al diagnóstico de embarazo: SI () NO () |
| 2- En los casos que se realizó el diagnóstico en el embarazo: |
| Pruebas de VIH realizadas en el embarazo ELISA ó prueba rápida: |
| Primer prueba EGsem resultado: reactivo/repetic () negativo () se uso prueba rápida si () no () |
| Segunda prueba EGsem resultado: reactivo/repetic () negativo () se uso prueba rápida si () no () |
| Tercer prueba EGsem resultado: reactivo/repetic () negativo () se uso prueba rápida si () no () |
| Fecha del resultado de confirmación de VIH+: EG sem. |
| 3- Diagnóstico en el trabajo de parto o parto: SI () NO () |
| 4- Diagnóstico en puerperio: Si () no () |
| Fecha de notificación a la usuaria del resultado de VIH+: / / |

TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL EN EL EMBARAZO (TARV)

| |
|--|
| Recibió TARV en el embarazo: si () no () |
| Momento inicio del TARV: |
| Previo al embarazo: () |
| En el embarazo: EG en que inicio el TARV: semanas |
| TARV recibido (especifique el plan): |
| Adherencia: optima: () buena () mala () se desconoce () |
| Se realizó test de resistencia: no () si () |
| Valor de CD4 (población linfocitaria) al inicio del TARV: _____ cel/ml se desconoce: () |
| Ultima carga viral previo al nacimiento: valor: _____ copias/ml A que EG:.....sem. |
| Se desconoce valor de carga viral: () |
| Continuó con TARV en el post parto: si () no () |



| FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO | | |
|--|------------------|--------|
| FECHA: / / | EG:semanas | Apgar: |
| Vía de finalización: PV*: () Episiotomía: si () no () Desgarros si () no () | | |
| Cesárea Coordinada: () Causa: | | |
| Cesárea de urgencia: () Causa: | | |
| Forceps: Si () No () | | |
| RPM*: no () si () horas de evolución: | | |
| Recibió AZT i/v: si () no () | | |
| Se administró Nevirapina v/o: si () no () | | |
| * PV: parto vaginal - RPM: rotura prematura de membranas | | |

| EVOLUCION DEL RECIEN NACIDO (RN) | |
|---|-----------------------------|
| Iniciales del RN: _____ | CI: _____ / _____ |
| Recibió TARV: no () si () cual: | |
| Recibió lactancia: no () si () | |
| Institución responsable del seguimiento vinculado al VIH: | |
| 1ra PCR: fecha: / / | Resultado: pos () neg () |
| 2da PCR: fecha: / / | Resultado: pos. () neg () |

| CONCLUSIONES |
|---|
| QUE INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA LA DISMINUCION DE LA TRANSMISIÓN NO SE APLICARON EN ESTE CASO (describirlas) |
| 1- EN LA CAPTACION DEL EMBARAZO: |
| 2- EN EL DIAGNOSTICO: |
| 3- EN EL TRATAMIENTO |
| 4- EN LA FINALIZACION DEL EMBARAZO: |
| 5- EN EL RECIEN NACIDO: |

**FORMULARIO AUDITORIA DE :
MUJERES EMBARAZADAS CON INFECCION VIH
SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA**

OBJETIVO GENERAL:

- Monitoria la aplicación de la Ordenanza Ministerial N° 447 del 14 de agosto del 2012 y 367 del 4 de junio 2013 .

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Identificar causas que inciden en la transmisión vertical del VIH. Evaluar la aplicación de las pautas de atención de mujeres con VIH embarazadas
- Identificar causas que inciden en la sífilis congénita.

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO

- Se debe realizar auditoria interna en todos los casos de mujeres embarazadas o puerperas con diagnóstico de VIH+ y/o de sífilis confirmada gestacional y/o congénita. Completando el formulario adjunto.
- El responsable de la auditoria será la Dirección técnica Institucional responsable de la asistencia del parto/cesárea o aborto.
- El formulario se debe confeccionar con los datos que figuran en la historia clínica.
- La Institución donde se asista la finalización del embarazo será la responsable de enviar al Ministerio de Salud Pública el formulario de auditoria completo con una copia de historia SIP en un plazo no mayor a los 60 días de producido el parto/ cesárea o aborto.
- En caso que el control del embarazo no se haya efectuado en la misma institución que se asiste la finalización del mismo, será necesario que el responsable de enviar el formulario solicite los datos requeridos del embarazo, a la institución que efectuó el control.
- Se debe completar todos los datos que se solicitan, en caso de preguntas abiertas aclarar si no corresponde la respuesta o se desconocen los datos.
- El informe debe ir dirigido al Programa ITS-VIH/Sida -Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública: tel: 24088399, 24022424

mail ppits-sida@msp.gub.uy

correo: MSP : 18 de Julio 1892, 4to piso anexo B

Ministerio de Salud Pública

Montevideo, 15 FEB. 2011

VISTO: la necesidad de actualizar las pautas nacionales referentes al control inmunohematológico e inmunoprofilaxis anti D en el embarazo;

RESULTANDO: I) que la enfermedad hemolítica feto-neonatal (EHFN), continua siendo un problema que compromete la salud feto-neonatal en nuestro país;

II) que la incidencia de la enfermedad en los países desarrollados ha disminuido en mérito a dos factores fundamentales: el control de embarazo y el uso de inmunoprofilaxis anti D;

III) que en nuestro país la incidencia de EHFN por anti D, continúa encabezando la lista de especificidades de anticuerpos que pueden ocasionar la patología mencionada;

CONSIDERANDO: I) que el informe elaborado por el equipo de expertos integrado por delegados de la Facultad de Medicina, la Escuela Universitaria de Tecnología Médica, el Área de Salud del Banco de Previsión Social, el Servicio Nacional de Sangre y el Departamento Obstétrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell, dependiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, con el cometido de promover la actualización de las pautas de control inmunohematológico e inmunoprofilaxis anti D, con el objetivo de disminuir la incidencia de esta patología en nuestro país, han elevado un proyecto para la actualización de las "Normas de Control inmunohematológico e inmunoprofilaxis anti D", titulado "RECOMENDACIÓN PARA LA 1- PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HEMOLÍTICA FETO NEONATAL EN LA GESTACIÓN" y 2- "INMUNOPROFILAXIS ANTI D";

II) que resulta oportuno y conveniente la aplicación de dicha Recomendación en nuestro país, de acuerdo a la infraestructura que posea cada servicio para los diagnósticos correspondientes;

III) que la Dirección General de la Salud y el Departamento de Programación Estratégica en Salud, no formulan objeciones al respecto;

ATENTO: a lo dispuesto por el Artículo 44 de la Constitución de la República y 2º y concordantes de la Ley N° 9.202 "Orgánica de Salud Pública" de 12 de enero de 1934;

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA
RESUELVE:

- 1º) Apruébase la "RECOMENDACIÓN PARA LA 1- PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HEMOLÍTICA FETO NEONATAL EN LA GESTACIÓN", y 2- "INMUNOPROFILAXIS ANTI D", con carácter obligatorio en todo el territorio nacional, contenida en el Anexo, que se adjunta y forma parte integral de la presente Ordenanza.
- 2º) Comuníquese. Publíquese en la página web de esta Secretaría de Estado. Tome nota la Dirección General de la Salud y el Departamento de Programación Estratégica en Salud: Cumplido archívese.

Ord. N° 99.

Ref. N° 001-3-2504/2010

NM

DL



Dr. DANIEL OLESKER
Ministro de Salud Pública



**"RECOMENDACIÓN PARA LA
1- PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA
ENFERMEDAD HEMOLITICA
FETO NEONATAL EN LA GESTACION"
2- INMUNOPROFILAXIS ANTI D"**

ACTUALIZACION 2010

Facultad de Medicina

Clínica Ginecotocológica A

*Ex Prof. Dr. J. E. Pons
Prof. Agda. W. Lauría*

Clínica Ginecotocológica C

*Prof. Dr. J. Alonso
Dr. P. Putti*

Clínica Ginecotocológica B

*Prof. Dr. R. Medina
Prof. Agda. E. Consejo*

Cátedra y Departamento de Medicina Transfusional

*Ex Prof. Dr. Jorge Decaro
Prof. Agda. Dr. I. Rodríguez
Ex Prof. Dr. A. Arago*

Escuela Universitaria de Tecnología Médica

Carrera de Técnicos en Hemoterapia
Director Dr. N. Bentancor

MSP - Servicio Nacional de Sangre

*Dr. A. Miller
Dra. A. Pereira
T.T. M. Gularde*

Área de la Salud del B.P.S. – Servicio de Hemoterapia

Dr. J. Decaro

Jefe del Servicio de Medicina Prenatal de la

Unidad de Perinatología de B.P.S.
Dr. Pablo Putti

MSP - Departamento Obstétrico
Centro Hospitalario Perla Rossell
Obstetra Rosario Ceriani

Coordinadoras:

*Dra. E. Citrin
Dra. A. Tiscomia*

I- INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Hemolítica Feto-neonatal (EHFN) continúa siendo un problema de salud en nuestra población y es por tanto una necesidad y obligación abordar este tema con el fin de disminuir su incidencia y optimizar su diagnóstico y tratamiento.

Las conclusiones del Taller Nacional para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Enfermedad

Hemolítica Perinatal por conflicto Rh (D) realizado en 1982 fueron adoptadas como Normas Nacionales por el Ministerio de Salud Pública. En octubre de 2004 se realizó un Taller Multidisciplinario para la revisión de dichas normas estableciéndose la formación de un comité de expertos que ha redactado la siguiente recomendación para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Hemolítica Feto-Neonatal producida por aloinmunización materna.

Dicho documento fue elaborado como recomendación, con el objetivo de uniformizar criterios, en forma flexible, de manera tal que puedan adaptarse a la mayoría de los centros de asistencia a embarazadas, tendiendo a disminuir la incidencia y la morbilidad de la EHFN, siendo ahora adoptadas como normas oficiales por el MSP

II- DIAGNÓSTICO DE ALOINMUNIZACIÓN MATERNA

El diagnóstico de aloinmunización por antígenos eritrocitarios requiere conocer antecedentes de exposición a los mismos y estudios inmunohematológicos que deben evaluarse desde el primer control obstétrico.

La **historia clínica** debe investigar antecedentes de exposición a eritrocitos alogénicos por diferentes vías:

- 1- **Antecedentes obstétricos y de exposición a eritrocitos alogénicos**
 - Cuantos embarazos tuvo y si son del mismo progenitor
 - Tolerancia de cada embarazo (especificar motivos)
 - Maniobras invasivas
 - En caso de ser Rh negativo, si recibió inmunoprofilaxis antenatal y en puerperio
 - Finalización de embarazos (término o pretérmino)
 - Evolución de los recién nacidos: peso al nacer, ictericia, necesidad de fototerapia, transfusiones neonatales o exsanguinotransfusión.
 - Abortos embarazos ectópicos y enfermedades trofoblásticas gestacionales, y si recibió inmunoprofilaxis en estas ocasiones
 - Transfusiones de hemocomponentes
 - Transplantes o injertos de órganos o tejidos
 - Drogadicción endovenosa compartiendo jeringas

2- En el embarazo actual

Determinar los eventos inmunizantes como genitorragia, maniobras invasivas o traumatismos.

Explorar si ha recibido inmunoprofilaxis antenatal

La evaluación **paraclínica inmunohematológica**, de toda paciente embarazada en el primer control de embarazo debe incluir, independientemente de estudios realizados en embarazos previos:

- 1- Grupo sanguíneo en sistema ABO y Rh (D) según técnicas de aglutinación habituales (lámina, tubo, microplaca, inmunoprecipitación en gel (gel) y realizadas por técnicas en

hemoterapia de acuerdo al decreto 385/00. Cada paciente debe tener al menos 2 estudios concordantes en grupo ABO y Rh (D).

2- Investigación de anticuerpos irregulares. Este estudio debe ser realizado por personal técnico en hemoterapia, de acuerdo a protocolos estandarizados. Puede realizarse en tubo (menor sensibilidad), o en gel de acuerdo al manual de procedimiento operativo de cada servicio. Se recomienda utilizar eritrocitos fenotipados que representan los antígenos más frecuentes de la población. La alternativa de utilizar un pool de eritrocitos del grupo 0 (en sistema ABO) no asegura una completa representatividad de los antígenos eritrocitarios, pudiendo dar falsos negativos.

En caso de detectar anticuerpos irregulares positivos, se debe proseguir con la identificación de él o los mismos enfrentando el suero materno a un panel celular tipificado que permita definir la especificidad del/los anticuerpos presentes. Se recomienda el envío de la muestra al laboratorio de referencia, Laboratorio de Inmunohematología del Servicio Nacional de Sangre. Teniendo en cuenta la especificidad identificada y la historia clínica referida, el médico hemoterapeuta deberá hacer diagnóstico de aloinmunización.

En caso de que la embarazada sea Du deberá informarse como Rh positivo y si es DVI debe considerarse como Rh negativo para su control y seguimiento durante la gestación.

El diagnóstico de aloinmunización materna, incluye efectuar controles para descartar presencia de autoanticuerpos (autocontrol y/o test de Coombs directo). En caso de resultado positivo de estos controles habrá que valorar posibilidad de patologías autoinmunes o anticuerpos antifosfolípidos antes de definir aloinmunización materna.

III- DIAGNÓSTICO DE PROBABILIDAD DE EHFN

El diagnóstico de probabilidad de EHFN depende de:

- **Especificidad del aloanticuerpo** detectado ya que la posibilidad de desarrollar enfermedad hemolítica feto neonatal (EHFN) no es la misma para todos los sistemas eritrocitarios y dentro de ellos para los diferentes antígenos. Esta probabilidad debe ser informada por médico hemoterapeuta.

- **La expresión del antígeno eritrocitario en el feto Grupo Sanguíneo Fetal**

Se recomienda determinar el antígeno D fetal en los casos de aloinmunización anti D.

Las alternativas para esta determinación son:

- a- en plasma materno por Real Time PCR, entre las 12 a 15 semanas de gestación
- b- en muestra de líquido amniótico a partir de semana 16 de amenorrea (5 ml).
- c- en caso que se realice punción de vellosidad corial motivado por investigación de otras patologías, esta muestra también es válida para diagnóstico de Rh fetal.

En los casos b y c, se utilizan técnicas de biología molecular (PCR). Hasta la fecha en nuestro país se realiza sólo la determinación del Rh (D) y el resultado puede ofrecerse a las 48 horas. Esto limita la indicación de este estudio sólo a las pacientes aloinmunizadas por anti D.

IV- MONITOREO INMUNOHEMATOLÓGICO DE LA GESTANTE.

En el caso de **gestantes con Anticuerpos irregulares negativos** en el primer control si es:

- **Rh positivo**

-no debe repetir investigación de Anticuerpos irregulares, en esta gestación.

- **Rh negativo**

La frecuencia de repetición de la investigación de Anticuerpos Irregulares dependerá de las técnicas disponibles

-Si se realiza técnica en tubo, debe repetirse la investigación de Anticuerpos Irregulares y grupo sanguíneo Rh a las 20, 24, 28, 32 semanas de amenorrea, siempre que mantenga resultados negativos y/o hasta recibir inmunoprofilaxis antenatal según pauta. Luego de recibir inmunoprofilaxis antenatal no debe repetirse el estudio hasta 8 semanas después de realizada.

Si se realiza técnica en gel o microplaca debe repetirse sólo una vez la investigación de Anticuerpos Irregulares y grupo sanguíneo Rh entre las 25 a 28 semanas

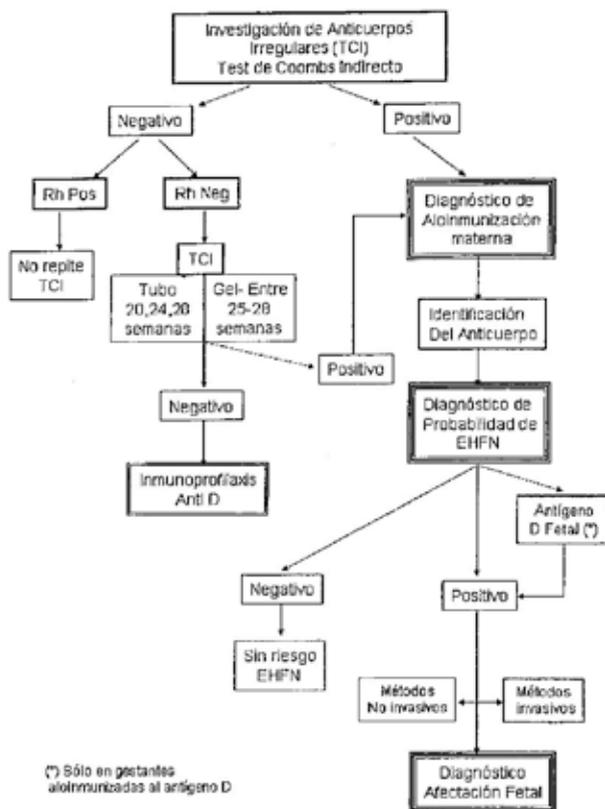
En el caso de **gestantes con Anticuerpos Irregulares positivos (aloimmunizada) con diagnóstico de probabilidad de EHFN** debe evaluarse la afectación fetal con estudios no invasivos y si estos no están disponibles, con estudios invasivos.

Desde el punto de vista inmunohematológico, si no existen eventos inmunizantes en el embarazo actual, no se requieren nuevos estudios de identificación de anticuerpos.

Respecto a la utilidad de la titulación de anticuerpos, existe consenso en que no tienen correlación directa con la afectación fetal. Sin embargo, se discute su utilidad para recomendar maniobras invasivas.

Algunos opinan que siempre debe realizarse la titulación de los anticuerpos siendo de utilidad para definir la edad gestacional de la primer amniocentesis. En este caso se sugiere realizar la técnica en tubo comparando en paralelo la muestra fresca con una muestra anterior de la misma paciente, conservada a menos 20°C. Otros en cambio, opinan que la Indicación de la amniocentesis no depende de la titulación de anticuerpos.

ALGORITMO DIAGNOSTICO DE EHFN EN EL EMBARAZO



V- FLUJOGRAMA DE DIAGNOSTICO DE AFECTACION FETAL Y DE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HEMOLÍTICA PRENATAL POR ALOINMUNIZACIÓN MATERNA.

Métodos no invasivos

Ecografía

Las ecografías se realizarán en forma seriada, la primera al inicio de la gestación y luego de acuerdo al criterio médico. Los signos más precoces de afectación fetal aparecen en general entre las 18 y 20 semanas de embarazo, aunque pueden observarse a edades gestacionales más tempranas.

Doppler

Trabajos recientes, validan la medición de la velocidad pico flujo sanguíneo sistólico de la arteria cerebral media fetal (middle cerebral artery peak systolic velocity), como técnica no invasiva de referencia para la valoración de anemia fetal. De acuerdo al resultado de este estudio:

- a- si hay evidencia de anemia fetal, coordinar la realización de la cordocentesis para medir hematocrito y eventual transfusión intrauterina.
- b- Si no hay evidencia de anemia fetal, se valorará repetir estudio, de acuerdo a la situación clínica. Como referencia se sugiere repetir cada 15 días

Este estudio tiene valor hasta la primer Transfusión Intrauterina (TIU). Una vez que se comienza a realizar TIU, la determinación de la velocidad pico flujo sanguíneo sistólico, pierde valor para determinar anemia fetal y no corresponde su repetición.

Cardiotocograma Basal

El CTB se utiliza como método de evaluación complementario de la salud fetal, a partir de las 32 semanas de embarazo, aunque se recomienda realizar registros más tempranamente a los efectos de documentar la vitalidad fetal.

Métodos invasivos

Amniocentesis

Cuando no sea posible realizar medición de pico flujo sanguíneo de la arteria cerebral media por Doppler fetal, la alternativa es la realización de amniocentesis con fines diagnósticos de afectación fetal.

La decisión de la oportunidad de la primer amniocentesis se realiza de forma individual. Con informe de aloinmunización materna con probabilidad de EHFN, la primer amniocentesis puede ser realizada, ya a partir de las 16 semanas de gestación; así como cuando existe por ejemplo el antecedente de un hijo anterior hidrópico, un óbito fetal anterior, o signos ecográficos de hidropesía actual.

La obtención de LA por esta técnica, brinda información útil para realizar diferentes diagnósticos de utilidad en el tratamiento de la EHFN: el grupo Rh (D) fetal, si no fue posible realizarlo previamente en plasma materno, y sobre todo permite evaluar la gravedad de la afectación fetal por aloinmunización. El análisis espectrofotométrico del líquido amniótico (DO 450 nm) determina los niveles de bilirrubina. Además a partir de la 28 semanas y de acuerdo al grado de afectación fetal se puede solicitar la determinación del índice lecitina/esfingomielina y la presencia de fosfatidilglicerol con el fin de valorar la madurez pulmonar fetal.

Para la interpretación de los resultados de DO 450 nm se utilizan las gráficas de Queenan de acuerdo a la edad gestacional:

- Zonas bajas (no afectado o indeterminado) repetir en 15 días
- Pendiente horizontal o descendente repetir en 1 mes con controles mediante técnicas no invasivas.
- Pendiente ascendente o si en la 1ª amniocentesis la determinación cae en zona Rh positivo (afectado) o riesgo de muerte debemos pasar a la realización de la cordocentesis.

Cordocentesis

Es un procedimiento invasivo fetal, teniendo morbimortalidad materno-fetal. Previo a este procedimiento, brindar una completa información sobre esta técnica a los padres, así como sus riesgos y beneficios, que conductas serán adoptadas luego de ésta y como un requisito esencial, su consentimiento escrito.

Permite obtención de sangre fetal para diversos diagnósticos: grupo sanguíneo fetal y Coombs directo, confirmando el diagnóstico de EHFN intrauterina, determinación de hemoglobina y hematocrito para valorar la gravedad del proceso hemolítico posibilitando, en el mismo acto, si es necesario la realización de terapéutica fetal.

Los parámetros diagnósticos más prácticos para el manejo de esta patología fueron fundamentalmente los relacionados al hematocrito. Por lo cual fueron considerados esencialmente 3 parámetros, los mismos son:

- Valor de hematocrito en la primera cordocentesis
- Cociente hematocrito/edad gestacional
- Cálculo de la caída semanal del hematocrito
- Otros parámetros que podemos evaluar con la cordocentesis son el recuento de reticulocitos, las características de los glóbulos rojos, la bilirubina en sangre fetal y los gases en sangre.

Según resultado de hematocrito fetal:

a) Hto menor a 30% (anemia fetal severa), es indicación de transfusión intrauterina de glóbulos rojos carentes del antígeno que produce EHFN, colectados en bolsas con anticoagulante CPD-A (no SAGMA), leucorreducidos (log 4) e irradiados, con pruebas cruzadas con suero materno negativas. El objetivo del tratamiento transfusional intrauterino es alcanzar un Hematocrito fetal de 40%.

Se recomienda administrar gammaglobulina polivalente intravenosa humana a altas dosis. De acuerdo a la edad gestacional y peso fetal estimado se calculará la dosis (500 mg/Kg de peso fetal estimado).

El seguimiento de la anemia fetal luego de la primer TIU es con determinación de hematocrito por cordocentesis. Se sugiere su repetición a los 7 días para calcular la caída semanal del Hto. y definir la necesidad de nuevas TIU. Se sugiere que la última cordocentesis sea a las 32 semanas de gestación.

Llegados a las 35 semanas de edad gestacional o con evidencia de madurez pulmonar fetal, se interrumpirá el embarazo.

b) Hto entre 30 y 40% se administrará sólo gammaglobulina polivalente intravenosa humana.

Se continuará con seguimiento de salud fetal mediante técnicas no invasivas y se realizará nueva cordocentesis en 3 semanas aproximadamente.

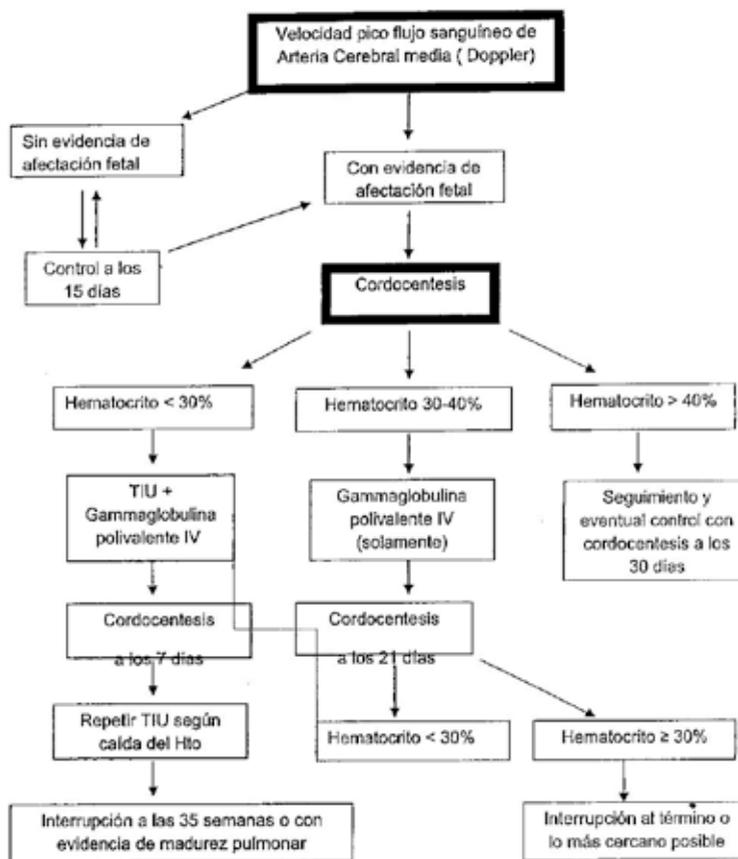
Si en esta nueva determinación encontramos un Hto. inferior a 30% continuamos con el esquema arriba mencionado.

Si por el contrario encontramos un Hto. igual o superior a 30% una vez comprobada la madurez pulmonar fetal, se procederá a interrumpir la gestación, lo más cercano al término posible.

c) Hto mayor 40% Se plantea que estamos frente a un feto con enfermedad hemolítica leve, y no se realiza tratamiento intrauterino. Se debe realizar seguimiento estricto de la salud fetal y dependiendo de la edad gestacional, eventualmente una nueva cordocentesis a los 30 días para revalorar la situación fetal.

Cuando llegue al término de la gravidez se procederá a la interrupción del embarazo.

FLUJOGRAMA RECOMENDADO PARA CONTROL Y TRATAMIENTO EN GESTANTE CON DIAGNOSTICO DE PROBABILIDAD DE EHFN



FLUJOGRAMA ALTERNATIVO DE CONTROL Y TRATAMIENTO- (SOLO SI NO SE DISPONE DE DOPPLER PARA MEDIR VELOCIDAD PICO FLUJO SANGUINEO DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA)



(Footnotes)

- 1 En algunos casos y según el criterio clínico se considera iniciar la evaluación con 2 o más AE.
- 2 Existe evidencia que la ecografía realizada antes de las 7 semanas presenta un error de 4 días para el cálculo de EG, y sería el mejor método para el cálculo de la misma^{32, 33,34}. Sin embargo, hasta que no exista un control de calidad de las ecografías se considerará el criterio habitual.

VI- INMUNOPROFILAXIS ANTI D EN LA GESTANTE Y/O PUERPERA Rh (D) NEGATIVO

Se ha determinado en 2 estudios clínicos de la colaboración Cochrane que la administración de gamma globulina anti D disminuye la inmunización contra el antígeno D de 13% a 1-2% cuando se administra en el puerperio únicamente. Este riesgo desciende a 0,1% si además se realiza profilaxis prenatal entre las 28 y 32 semanas de embarazo. Para la administración intramuscular se recomienda la inyección de la gamma globulina anti D en la zona deltoidea.

La gamma globulina anti D previene sólo la inmunización por el antígeno D del sistema Rh, no previene la inmunización por otros antígenos. Para realizar la profilaxis de la aloinmunización a otros antígenos, se sugiere disminuir y/o evitar las transfusiones de hemocomponentes en el sexo femenino.

A - INMUNOPROFILAXIS ANTENATAL EN PACIENTES RH(D) NEGATIVO SIN ANTICUERPOS ANTI D

(1) Esquema sugerido de administración de gamma globulina anti D en el primer trimestre. En el primer trimestre (hasta las 13 semanas), la dosis a administrar en caso de genitorragia del primer trimestre o maniobras invasivas, está en el rango de los 50 (250 UI) a 120 (600 UI) mcg por vía IM o IV para evitar la aloinmunización materna anti D.

(2) Esquema sugerido de administración de gamma globulina anti D en el embarazo no complicado

Una dosis de 300 mcg i/m o 120 mcg i/v entre las 28 y 32 semanas. Se recomienda dosis única a las 30 semanas.

(3) Esquema sugerido de administración de gamma globulina anti D en las complicaciones del embarazo o luego de maniobras invasivas. Hasta las 13 semanas de embarazo la recomendación es la misma que en el punto (1), 50 mcg (250 UI) a 120 mcg (600 UI) de IgG anti D IM o IV. Después de las 13 semanas la dosis se sugiere administrar en caso de maniobras invasivas o genitorragia una dosis de entre 240 mcg (1200 UI) a 300 mcg (1500 UI) IM o 100 mcg (500 UI) a 120 mcg (600 UI) IV.

B- INMUNOPROFILAXIS POSPARTO

(4) Esquema sugerido de administración de gamma globulina anti D en el puerperio cuando el recién nacido es Rh (D) positivo y la madre no tiene anticuerpos anti D. Se sugieren varios esquemas de administración de gamma globulina anti D en el puerperio. La dosis varía de acuerdo a la vía de administración.

Se sugiere una dosis de 100 mcg (500 UI) a 120 mcg (600 UI) IV

O

Una dosis de entre 240 mcg (1200 UI) a 300 mcg (1500 UI) IM

Puede ser necesaria una dosis mayor de anti D en algunas situaciones clínicas con HFM importante y/o en pacientes obesas, cuando se administra por vía IM.

La dosis de gamma globulina anti D debe administrarse lo antes posible después del nacimiento o evento inmunizante (genitorragia o maniobra invasiva), en todos los casos antes de las 72 horas para asegurar la máxima eficacia. Si se ha omitido la administración de gamma globulina anti D dentro del plazo óptimo de 72 horas, igualmente debe suministrarse, aunque después de las 72 horas el grado de protección es menor.

15/1534

Ministerio de Salud Pública

Montevideo, 11 FEB 2014

VISTO: la situación planteada con la persistencia de la sífilis congénita y la dificultad para disminuir la misma; -----

RESULTANDO: I) que pese a las medidas tomadas por el Ministerio de Salud Pública, como el aumento del control precoz del embarazo, la aplicación de test de diagnóstico en el primer, segundo y tercer trimestre y el aumento de tratamientos a mujeres, persiste la mencionada enfermedad;

II) que en la mayoría de los casos en que el niño recién nacido contrae sífilis por vía transplacentaria se constató que se realizó el control durante el embarazo y a pesar de ello se verificaron contagios; -----

III) que tratándose de una infección de transmisión sexual es de presumir que las re infecciones se dan por las relaciones sexuales no protegidas con su pareja sexual; -----

CONSIDERANDO: I) que entre los cometidos que el Artículo 2º de la Ley Nº 9.202 de 12 de enero de 1934 (Orgánica de Salud Pública) asigna al Ministerio de Salud Pública está el de adoptar todas las medidas que estime necesarias para mantener la salud colectiva, y específicamente, para evitar la propagación del los males venéreo-sifilíticos;-----

II) que de acuerdo a lo establecido en el Artículo 4º inciso d1 de la Ley Nº18.426 de 1º de diciembre de 2008, corresponde al Ministerio de Salud Pública “promover la participación comprometida de los hombres en la prevención de la salud de las mujeres, así como en la maternidad y paternidad responsables”; -----

001-3-4956/2013

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto y a lo dispuesto por el Artículo 2º de la Ley Nº 9202 (Orgánica de Salud Pública) de 12 de enero de 1934 y por el Artículo 4º inciso d.1 de la Ley Nº 18.426 de 1º de diciembre de 2008;-----

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

D E C R E T A:

Artículo 1º.- A toda mujer embarazada se le recomendará que concurra acompañada por su pareja sexual al menos a una consulta en el primer trimestre y a otra en el tercer trimestre de su embarazo a efectos de informar a ambos sobre las buenas prácticas durante el mismo, así como sobre la transmisión vertical de la Sífilis, enfatizándose la importancia de que la pareja se realice las pruebas serológicas pertinentes.-----

Artículo 2º.- En el control del embarazo se realizará el asesoramiento o consejería correspondiente a la sífilis, diagnóstico y prevención.-----

Artículo 3º.- Una vez que la mujer embarazada tenga un test reactivo para sífilis, se agotarán las instancias sanitarias pertinentes enmarcadas en la confidencialidad de la atención para que la pareja sexual de la mujer concurra para el diagnóstico, así como la búsqueda de contactos y tratamiento correspondientes según las normas vigentes (Guía clínica para la eliminación de sífilis congénita y

Ministerio de Salud Pública

transmisión vertical del VIH) y las que dicte el Ministerio de Salud Pública.-----

Artículo 4°.- Lo dispuesto en el presente Decreto es sin perjuicio de la normativa vigente respecto a la notificación obligatoria y sistemas de información del Ministerio de Salud Pública.-

Artículo 5°.- Derógase el Decreto N° 316/012 de 20 de setiembre de 2012.-----

Artículo 6°.- Comuníquese, publíquese.-----

Decreto Interno N°

Decreto del Poder Ejecutivo N°

Ref. N° 001-3-4956/2013

/IDL.



JOSE MUJICA
Presidente de la República

Referencias Introducción y Capítulo I

1. Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low – risk pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003;(1).
2. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva, World Health Organization, 2006.
3. Mozurkewich E, Luke B, Avni M, Wolf F. Working conditions and adverse pregnancy outcome: A meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 2000;95:623–35.
4. Dolk H, Nau H, Hummler H, Barlow S. Dietary vitamin A and teratogenic risk: European Teratology Society discussion paper. *European Journal Obstetrics and Gynecology Reproductive Biology* 1999;83:31–6.
5. van den Broek N et al. Vitamin A supplementation during pregnancy for maternal and newborn outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, Issue 11. Art. No.: CD008666. DOI:10.1002/14651858.CD008666.pub2.
6. Haver D, Saeed M, Bhutta Z. Suplemento de piridoxina (vitamina B6) en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4.
7. Rumbold A, Crowther C. Suplemento de vitamina C durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4.
8. De-Regil LM et al. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, (2): CD008873. DOI: 10.1002/14651858.CD008873.pub2.
9. Rumbold A, Crowther C. Suplementos de vitamina E en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4.
10. British Medical Association, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. *British National Formulary*. London: March 2003. p439–40.
11. Kramer M, McDonald S. Ejercicio aeróbico durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4.
12. Castles A, Adams E, Melvin C, Kelsch C, Boulton M. Effects of smoking during pregnancy: Five meta-analyses. *American Journal of Preventive Medicine* 1999;16:208–15.
13. Tamosiunas G, Pagano E, Artagveytia P. Una introducción al perfil farmacológico

- y terapéutico de la marihuana. Arch Med Interna 2013; 35(3):113-116
14. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Alcohol consumption in pregnancy. Guideline No. 9. 1999.
 15. Zhou FC, Kane CJ, Smith SM Proceedings of the 2009 annual meeting of the Fetal Alcohol Spectrum Disorders Study Group. Alcohol. 2012 Feb; 46(1):101-5. Epub 2011 May 28.
 16. Clarke M, Hopewell S, Juszczak E, Eisinga A, Kjeldstrøm M. Medias de compresión para la prevención de la trombosis venosa profunda en pasajeros de líneas aéreas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4.
 17. Ohnson H, Pring D. Car seatbelts in pregnancy: the practice and knowledge of pregnant women remain causes for concern. BJOG 2000;107:644–7.

Referencias Capítulo II

1. Revised ACIP recommendation for avoiding pregnancy after receiving a rubella-containing vaccine. MMWR—Morbidity and Mortality Weekly Report 2001;50:1117.
2. Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud Departamento de Programación Estratégica en Salud. Área Salud Sexual y Reproductiva. Guía Clínica para la eliminación de la Sífilis Congénita y transmisión vertical del VIH. MSP, 2013
3. CDC. Sexually transmitted diseases. Treatment guidelines for pregnant women. 2006. <http://www.cdc.gov/std/treatment/2006/specialpops.htm#specialpops1> Accessed: 20 de Diciembre de 2006
4. Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Suplementación periconcepcional con folato y/o multivitaminas para la prevención de los defectos del tubo neural (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4.
5. Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low – risk pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003;(1).
6. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gattes S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 10. Art. No.: CD000934; DOI: 10.1002/14651858.CD000934.pub2
7. Ordenanza Ministerial 447/12. Control de embarazo e ITS. Protocolo de inter-

- vención ante el mal control de embarazo. MSP. Agosto, 2012
8. Ley 18987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo
 9. Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). MSP, 2012
 10. Guía técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). MSP, 2012.
 11. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. 2003.
 12. Carla E. Ransom, Amy P. Murtha. Progesterone for Preterm Birth Prevention. *Obstet Gynecol Clin N Am* 39 (2012) 1–16.
 13. ACOG Committee Opinion no. 419 October 2008 (replaces no. 291, November 2003). Use of progesterone to reduce preterm birth. *Obstet Gynecol* 2008;112(4):963–5.
 14. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered to be at risk of preterm birth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 Issue 7. Art. No.: CD004947
 15. World Health Organization 2011. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. En: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preeclampsia_eclampsia/en/ Último acceso: 21/11/2013.
 16. Ayala DE, Ucieda R, Hermida RC. Cronotherapy with low-dose aspirin for prevention of complications in pregnancy. *Epub* 2012 Sep 24, 30(1-2) 2600-79.
 17. Bujold E, Roberge S, Lacasse Y, Bureau M, Audibert F, Marcoux S, Forest JC, Giguère Y. Prevention of pre-eclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2010 Aug;116(2 Pt 1):402-14.
 18. Roberge S, Villa P, Nicolaidis K, Giguère Y, Vainio M, Bakthi A, Ebrashy A, Bujold E. Early administration of low-dose aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. *Fetal Diagn Ther*. 2012;31(3):141-6.
 19. American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes 2013. *Diabetes Care*, Volume 36, Supplement 1, January 2013
 20. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. IASPG. Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. *Diabetes Care*, Volume 33, Number 3, March 2010.

21. Consenso Latinoamericano de Diabetes y Embarazo. ALAD. La Habana, Cuba. 2007. En: <http://www.alad-latinoamerica.org/DOCConsenso/DIABETES%20Y%20EMBARAZO.pdf>. Último acceso: 20/3/2014.
22. Trombofilia y embarazo. Pautas de diagnóstico y tratamiento. Rev Med Urug 2011; 27(4): 236-264
23. Ordenanza Enfermedad Hemolítica Perinatal. Recomendación para la 1. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hemolítica fetoneoatal en la gestación y 2. Inmunoprofilaxis anti D. MSP, 2011.
24. RCOG. The Use of Anti-D Immunglobulin for Rhesus D Prophylaxis. Green-top Guideline No. 22. Marzo 2011. En: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG22AntiDJuly2013.pdf>. Acceso: 21/11/2013
25. Recomendaciones para la prevención de la deficiencia de hierro. MSP 2013 (en proceso de validación).
26. RAMSEY M, JAMES D, STEER P, WEINER C, GORNIK B. Normal values in pregnancy. 2nd ed. London: WB Saunders; 2000.
27. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Dowswell T, Viteri FE. Daily oral iron supplementation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD004736. DOI: 10.1002/14651858.CD004736.pub4.
28. Iron Deficiency Anaemia. Assessment. Prevention and Control. A guide for programme managers. UNICEF/ONU/WHO. WHO/NHD/01.3
29. World Health Organization. Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy. WHO/NMH/MND/13.2 Geneva: World Health Organization; 2013.
30. Durlach R, Kaufer F, Carral L. Consenso argentino de toxoplasmosis congénita. MEDICINA (Buenos Aires) 2008; 68: 75-87
31. Deborah M. Feldman, Diane Timms, Adam F. Borgida, Toxoplasmosis, Parvovirus, and Cytomegalovirus in Pregnancy. Clin Lab Med 30 (2010) 709–720.
32. Savitz D, Terry J, Dole N, Thorp J, Siega-Riz A, Herring A. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002;187:1660–6.
33. Hoffman CS. Comparison of gestational age at birth based on last menstrual period and ultrasound during the first trimester. Paediatr Perinat Epidemiol. 01-NOV-2008; 22(6): 587-96
34. Verburg BO New charts for ultrasound dating of pregnancy and assessment of fetal growth: longitudinal data from a population-based cohort study. Ultrasound Obstet Gynecol - 01-APR-2008; 31(4): 388-96

35. Nicolaides K, Falcón O. La ecografía de las 11–13+6 semanas. Fetal Medicine Foundation, Londres, 2004. En: <http://www.fetalmedicine.com/fmf/FMF-spanish.pdf>
36. World Association of Perinatal Medicine (WAPM). Recommendations and Guidelines for Perinatal Medicine. J. Carrera, Ed. EGS. Barcelona, Spain, 2007.
37. Antenatal Care. NICE clinical guideline 62. National Institute for Health and Clinical Excellence 2008.
38. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease Revised Guidelines from CDC, 2010. MMWR 2010;59 (No. RR-10):
39. RCOG. The Prevention of Early-onset Neonatal Group B Streptococcal Disease. Green-top Guideline No. 36 2nd edition. July 2012
40. Caughey AB, Nicholson JM, and Washington AE. First- vs second-trimester ultrasound: the effect on pregnancy dating and perinatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:703.e1-703.e6
41. Boulvain M, Fraser W, Marcoux S, et al. Does sweeping of the membranes reduce the need for formal induction of labour? A randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998;105:34–40.
42. Crowley P. Intervenciones para prevenir o mejorar el resultado del parto a término o postérmino (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4.
43. FIGO. Misoprostol, dosis recomendadas, 2012. En: http://www.figo.org/files/figo-corp/Misoprostol%20Dosis%20Recomendadas_2012.pdf. Último acceso:18/11/2013
44. Delaney M, Roggensack A. Guidelines for the Management of Pregnancy at 41+0 to 42+0 Weeks. SOGC Clinical Practice Guideline. *J Obstet Gynaecol Can* 2008;30(9):800–810
45. Clínica Ginecotocológica A, B y C. Departamento de Farmacología y Terapéutica. Facultad de Medicina. UdeLaR. Recomendaciones para el uso racional de los uteroinhibidores en la práctica clínica. AGO 2012; Volumen 50, Número 2: 99–164.
46. Harding JE, Pang J, Knight DB, Liggins GC. Do antenatal corticosteroids help in the setting of preterm rupture of membranes? *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:131–9.
47. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(2):CD001058.
48. Hypertension in Pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstetrics*

- & Gynecology Vol. 122, No. 5, November 2013
49. Royal College Of Obstetricians And Gynecologists. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. NICE Clinical Guideline. Agosto 2010.
 50. Noboa O, Pérez M coord. Estados Hipertensivos del Embarazo. Hipertensión Arterial, 3er Consenso Uruguayo. 2005. En: <http://www.surhta.com/PDF/3er%20CONSENSO%20HA.pdf>. Último acceso: 17/12/2013
 51. Guía de Asistencia de Emergencias Obstétricas y Traslado Perinatal. MSP. 2013 (en proceso).
 52. Duley L, Henderson-Smart D, Chou D. Sulfato de magnesio versus fenitoína para la eclampsia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 7. Art. No.: CD000128. DOI: 10.1002/14651858.CD000128
 53. HAPO Study Cooperative Research Group. The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2002;78:69–77. [PubMed:12113977]
 54. Walker G. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy [protocol]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001;(2).
 55. Centers for Disease Control, Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010;59(RR-12):1–116.
 56. Fitzgerald M, Welch J, Robinson A, Ahmed-Jushuf I. Clinical guidelines and standards for the management of uncomplicated genital chlamydial infection. International Journal of STD and AIDS 1998;9:253–62.
 57. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva, World Health Organization, 2006.
 58. Enkin M, Et A. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. University Press. Oxford: Oxford University, 1996.
 59. Pattinson R. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001;(3). 2001.
 60. Bricker L, Neilson J. Ecografía de rutina para la última etapa del embarazo (después de 24 semanas de gestación) (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4.
 61. Chien P, Arnott N, Gordon A, Owen P, Khan K. How useful is uterine artery Doppler flow velocimetry in the prediction of preeclampsia, intrauterine growth retardation and perinatal death? An overview. BJOG 2000;107:196–208.

62. Bricker L, Neilson J. Ecografía Doppler en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4.
63. Neilson JP, Alfirevic Z. Ecografía Doppler para la evaluación fetal en embarazos de alto riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
64. Rosalie M Grivell, Zarko Alfirevic, Gillian ML Gyte, Declan Devane. Cardiotocografía prenatal para la evaluación fetal (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

Referencias Capítulo III

1. Ordenanza Ministerial 693/12. Documento Técnico de Maternidades. MSP, 2012.
2. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva, World Health Organization, 2006.
3. The Use of Electronic Fetal Monitoring: The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2001. ISBN 1-900364-49-2
4. Neilson JP, Alfirevic Z. Ecografía Doppler para la evaluación fetal en embarazos de alto riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
5. Rosalie M Grivell, Zarko Alfirevic, Gillian ML Gyte, Declan Devane. Cardiotocografía prenatal para la evaluación fetal (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
6. WHO recommendations for induction of labour. Geneva, World Health Organization, 2011.
7. Clark SL, Simpson KR, Knox GE, et al. Oxytocin: new perspectives on an old drug. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:35.e1-35.e6.
8. Chauhan SP, Ananth CV. Induction of labor in the United States: a critical appraisal of appropriateness and

- reducibility. *Semin Perinatol.* 2012 Oct;36(5):336-43. doi: 10.1053/j.semperi.2012.04.016
9. Faundes A. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. *FLASOG* 2005:33-46.
 10. Hofmeyr G, Gülmezoglu A. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2007.* Oxford: Update Software.
 11. FIGO. Misoprostol, dosis recomendadas, 2012. En: [http://www.figo.org/files/figo-corp/Misoprostol Dosis Recomendadas_2012.pdf](http://www.figo.org/files/figo-corp/Misoprostol_Dosis_Recomendadas_2012.pdf). Último acceso: 18/11/2013
 12. Vause S, Macintosh M. Evidence based case report: use of prostaglandins to induce labour in women with a Caesarean section scar. *BMJ* 1999;318():1056-1058.
 13. Cluett E, Nikodem V, Mccandlish R, Burns E. Immersion in water in pregnancy, labour and birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2007.* Oxford: Update Software.
 14. Birnbach. Anestesia Obstetrica. Cap I Pag. 3 a 28. Mecanismos del dolor en el trabajo de parto. Cap X Pag. 161 a 173. analgesia epidural para el trabajo de parto. Cap. XI pag 175 a 203 Alternativas no farmacologicas para analgesia. Cap. XIV pag 228 a 233
 15. Harper B. Opciones para un parto suave. Editorial Lasser Tress Mexicana Edición 2002.
 16. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para la mujer durante el parto. *Cochrane Plus* número 4. 2007 Oxford, Update Software Ltd. Fecha de modificado el artículo 18/04/2007.
 17. WHO. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors. Section 1: Anaesthesia and Analgesia. 2003.
 18. Sosa CG, Buekens P, Hughes JM, Balaguer E, Sotero G, Panizza R, Piriz H, Alonso JG. Effect of pethidine administered during the first stage of labor on the acid-base status at birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006 Dec;129(2):135-9. Epub 2006 Jan 6.
 19. Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud Departamento de Programación Estratégica en Salud. Área Salud Sexual y Reproductiva. Guía Clínica para la eliminación de la Sífilis Congénita y transmisión vertical del VIH. MSP, 2013.
 20. Ziadeh S, Sunna E. Obstetric and perinatal outcomes of pregnancies with term labour and meconium stained amniotic fluid. *Arch Gynecol Obstet* 2000;264:84-87.
 21. Bhat R, Vidyasagar D. Delivery Room Management of Meconium-Stained Infant *Clin Perinatol* 39 (2012) 817–831

22. Thacker SB, Stroup D, Chang M. Monitorización electrónica continua de la frecuencia cardíaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
23. Devane Declan, Lalor Joan G, Daly Sean, McGuire William, Smith Valerie. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2009, Art. No. CD005122. DOI: 10.1002/14651858.CD005122.pub2
24. L. Briozzo, A. Martínez, F. Nozar, V. Fiol, J Pons, J Alonso. Delayed delivery versus emergency delivery in cases of nonreassuring fetal status during labor. A randomized controlled trial. Journal of Obstetrics and Gynecology Research. Vol. 33 Issue 3 Page 266-271. June 2007.
25. Kulier R, Hofmeyr G. Tocolytics for suspected intrapartum fetal distress (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
26. Fawole B, Hofmeyr G. Maternal oxygen administration for fetal distress (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
27. Gupta J, Hofmeyr G, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub2.
28. Ojeda Lazo, Eliana. "Parto vertical, riesgos y beneficios" presentado en el "III Congreso Internacional de Obstetricia" 20 y 23 de agosto de 2012. Ciudad de cusco, Perú.
29. Gallego Vallejo, M "Posición materna y parto. Resultados perinatales" Publicación científica del CLAP N° 0862, Montevideo Uruguay Año 1980.
30. Halpern S, Leighton B, Ohlsson A, Barret J, Rice A. Effect of epidural vs. opioid analgesia on the progress of labor: a meta analysis. JAMA. 1998;280:2105-10.
31. ACOG Practice Bulletin N° 49. Dystocia an augmentation of labor. 2003.
32. Lugones Botell, M; Ramirez Bermudez, M "El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura" Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Vol 38, oct 2011
33. Riquelme, R, Gutierrez, M; Lagares, F; Lorite, C, Moore, T; Ruiz, C "Influencia de las posiciones de la mujer sobre distintos parámetros en el proceso del parto" (Revisión España) Matronas Profesión 2005, cap. 6, N. 4 pag. 9 a 12

34. Kettle C, Hills R, Ismail K. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
35. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software
36. Liljestrand J. Episiotomy policies in vaginal births: RHL commentary (last revised: 20 October 2003). The WHO Reproductive Health Library, No 9, Update Software Ltd, Oxford, 2006. www.rhlibrary.com.
37. Fescina R, De Mucio B, Ortíz EI, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. CLAP/SMR. OPS/OMS 2012. <http://new.paho.org/clap>
38. Recomendaciones para la prevención de la deficiencia de hierro. MSP 2013 (en proceso de validación).
39. Hutton E, Hassan E. Late vs Early Clamping of the Umbilical Cord in Full-term Neonates Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials JAMA. 2007;297:1241-1252.
40. Rheen P, Brabin B. A practical approach to timing cord clamping in resource poor settings. BMJ 2006;333:954-958 (4 November), doi:10.1136/bmj.39002.389236.BE.
41. Gei A, Belfort M. Forceps-assisted vaginal delivery. Obstet Gynecol Clin North Am 1999;26:345-70.
42. Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K. Dystocia abnormal labor and fetopelvic disproportion. In: Williams Obstetrics. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2001. 425-50.
43. Guidelines for operative vaginal birth. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada Clinical Practice Guidelines N° 148. J Obstet Gynaecol Can 2004;26(8):747-53.
44. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Operative vaginal delivery. Guideline No. 26. 2005.
45. Johnson J, Figueroa R, Garry D, Elimian A, Maulik D. Immediate maternal and neonatal effects of forceps- and vacuum-assisted deliveries. Obstet Gynecol 2004;103(3):513-8.
46. Johanson R, Rice C, Doyle M, Arthur J, Anyanwu L, Ibrahim A. A randomised prospective study comparing the new vacuum extractor policy with forceps delivery. Br J Obstet Gynaecol 1993;100:524-
47. Wen S, Liu S, Kramer M, Maroux S, Ohlsson S. Comparison of maternal and infant outcomes between vacuum extraction and forceps deliveries. Am J Epidemiol 2001;153(2):103-7.
48. Johanson R, Menon V. Vacuum extraction versus forceps for assisted va-

- ginal delivery (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2008.
49. Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyanjanjarassri K, Islam M. Antibiotic prophylaxis for operative vaginal delivery (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2008.
50. Geary M, Mcparland P, Johnson H, Stronge J. Shoulder dystocia - is it predictable?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 1995;62:15-8.
51. Rouse D, Owen J. Prophylactic cesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by means of ultrasonography- a faustian bargain?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1999;181:332-.
52. Athukorala C, Middleton P, Crowther C. Intrapartum interventions for preventing shoulder dystocia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
53. Fetal macrosomia. In: Practice Bulletin No. 22 American College of Obstetricians and Gynecologists, 2000.ç
54. Prendiville W, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
55. Cotter A, Ness A, Tolosa J. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
56. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva, World Health Organization 2012.
57. Carroli G, Bergel E. Umbilical vein injection for management of retained placenta (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
58. Mathai M, Sanghvi H, Guidotti R. Manual removal of placenta. In: *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors* Geneva: World Health Organization, 2000:77-80.
59. Chongsomchai C, Lumbiganon P, Lao-paiboon M. Prophylactic antibiotics for manual removal of retained placenta in vaginal birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
60. Smaill F, Hofmeyr G. Antibiotic prophylaxis for cesarean section (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
61. Hopkins L, Smaill F. Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
62. Constantine M, Longo M, Wen T, Hankins G, Saade G. Timing of perioperative antibiotics for cesarean section: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197:S77.

63. Bamigboye A, Hofmeyr G. Closure versus nonclosure of the peritoneum at caesarean section (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
64. Alderdice F, Mckenna D, Dornan J. Techniques and materials for skin closure in caesarean section (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
65. Mathai M, Hofmeyr G. Abdominal surgical incisions for caesarean section (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
66. ACOG Practice Bulletin, No. 5, July 1999. Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery.
67. Martel M, Mackinnon C. Clinical Practice Obstetrics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Guidelines for vaginal birth after previous Caesarean birth. *J Obstet Gynaecol Can* 2004 Jul; 26(7):660-83.
68. Bujold E, Mehta S, Bujold C, Gauthier R. Inter delivery interval and uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1199-202.
69. Lydon-Rochelle M, Holt V, Easterling T, Martin D. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *New England Journal of Medicine* 2001;345:3-8.
70. Landon M, Leindecker S, Spong C, Hauth J, Bloom S, Varner M. The MFMU Cesarean Registry: factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005;193:1016-23.
71. Arulkumaran S, Gibb D, Ingemarsson I, Kitchener H, Ratnam S. Oxytocin augmentation in dysfunctional labour after previous caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1989;96:939-41.
72. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after previous caesarean birth. Green Top Guideline N° 45. 2007.
73. Muthal-Rathore A. Immediate post-partum insertion for intrauterine devices: RHL commentary (last revised: 27 August 2004). The WHO Reproductive Health Library, No 9, Update Software Ltd, Oxford, 2006. www.rhlibrary.com.
74. Grimes D, Schulz K, Van Vliet H, Stanwood N, Lopez L. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD003036. DOI: 10.1002/14651858.CD003036.
75. Levcovitz E, Fescina R, Fernández Galeano M, Durán P, ed. Manual Clínico AIEPI Neonatal en el contexto del continuo materno-recién nacido-salud infantil. Uruguay 2013. Montevideo: OPS; 2013.

Referencias Capítulo IV

1. Recomendaciones para la prevención de la deficiencia de hierro. MSP 2013 (en proceso de validación).
2. Eleventh Model List of Essential Drugs. In: The Use of Essential Drugs. Ninth report of the WHO Expert Committee (including the revised Model List of Essential Drugs). World Health Organization (Technical report Series No. 895), Geneva 2000.
3. Defey, D. Mujer y Maternidad. Tomo II. Montevideo, Rocaviva. 1995
4. Corbo, G; Defey, D; D'Oliveira, N. De-Presiones Maternas. Depresión Materna en el primer año postparto; un tema oculto. Estudio de prevalencia. Montevideo, OIT/Cinterfor 2011
5. Ordenanza Enfermedad Hemolítica Perinatal. Recomendación para la 1. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hemolítica fetoneoa-
tal en la gestación y 2. Inmunoprofilaxis anti D. MSP, 2011.
6. Crowther C, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software
7. David M, Smidt J, Chen FCK, Stein U, Dudenhausen JW. Risks factors for fetal-to-maternal transfusion in Rh D-negative women-results of a prospective study on 942 pregnant women. J Perinat Med 2004;32:254-257
8. Adeniji AO, Mabayoje VO, Raji AA et al. Feto-maternal haemorrhage in parturients: Incidence and its determinants. J Obstet Gynecol 2008;28:60-63.
9. Guías en salud sexual y reproductiva. Capítulo: Anticoncepción. Métodos reversibles e irreversibles. MSP. Área Salud Sexual y Reproductiva. 2013.

Referencias Capítulo V

1. Guía de Asistencia de Emergencias Obstétricas y Traslado Perinatal. MSP. 2013 (en proceso).
2. Ordenanza Ministerial 693/12. Documento Técnico de Maternidades. MSP, 2012