



MANUAL NACIONAL DE NORMAS DE CUIDADOS PRECONCEPCIONAL, PRENATAL, PARTO, NACIMIENTO Y PUERPERIO, SEGUROS E INCLUSIVOS





Autoridades

Dr. Julio Mazzoleni Insfrán
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. Julio Rolón Vicioso
Viceministro de Salud Pública

Dra. Patricia Veiluva Argüello
Directora General de Programas de Salud

Dr. Jorge Sosa Franco
Director de Salud Sexual y Reproductiva



TESÁI HA TEKO
PORAVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

■ TETÁ REKUÁI
■ GOBIERNO NACIONAL

*Paraguay
de la gente*

La presente publicación forma parte de las acciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en el marco del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2019 - 2023 y del fortalecimiento de una atención humanizada y con enfoque de derechos.

Están autorizadas la reproducción y la divulgación por cualquier medio del contenido de este material, siempre que se cite la fuente.

Este texto no tiene fines de lucro, por lo tanto no puede ser comercializado en el Paraguay ni en el extranjero.

CON EL APOYO DE:



Personas que contribuyeron a la elaboración y validación de este Manual, Primera Edición

Equipo Técnico Redactor de la Primera edición

Por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Dra. Fanny Corrales
Dra. Nathalia Meza
Dra. Gladys Mora
Dr. Daniel Ramalho
Lic. Sandra Recalde
Dr. Rubén Darío Ortiz
Lic. Damián Sedliak
Dr. Jorge Daniel Sosa

Por la OPS

Dr. Bernardo Sánchez
Dr. Miguel Dávila

Por el UNFPA

Dra. Adriane Salinas Bomfim

Por UNICEF

Dra. Raquel Escobar Argaña

Equipo de Validación

Dirección General de Programas de Salud
Dirección General de Atención Primaria de la Salud
Dirección Nacional de Obstetricia
Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia - DIRSINA
Dirección de Salud Indígena
Instituto de Previsión Social
Cruz Roja Paraguaya
UNA – FCM – Cátedra de Ginecoobstetricia
Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia
Sociedad Paraguaya de Pediatría
Asociación de Obstetras del Paraguay
Instituto Andrés Barbero
Organización Nueve Lunas
Hospital Militar Central
Hospital Policial Rigoberto Caballero
Hospitales del MSPBS

Personas que contribuyeron en el proceso de actualización y validación de la Segunda edición de este Manual

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Dra. Patricia Veiluva A.; DGPS
 Dr. Jorge Sosa F.; DSSR
 Dra. Gladys Mora; DGPS
 Dra. Cynthia Díaz V.; DSSR
 Dr. Rubén Ortiz; DSSR
 Lic. María E. León; DGPS
 Dra. María L. Aguilar; DGPS
 Dr. Diego Núñez; DSSR
 Dra. Mía Park; DGPS
 Lic. Laura Barreto; DSSR
 Lic. Aida Abdala; DSSR
 Dr. Antonio Cuasihumán; DSSR
 Lic. Liliana López; DSSR
 Lic. Nancy González; DSSR
 Lic. Julia Medina; DSSR
 Dra. Zully Suarez; DIRSINA
 Dra. María Irrazabal; DIRSINA
 Dra. Aurea Ortellado; DIRSINA
 Dra. Mirian Ortigoza; DIRSINA
 Dra. Blanca Villalba; DIRSINA
 Fátima Morelli; Prog. Nacional de Prevención de la Fibrosis Quística
 Lic. Susana Quiñonez; DSM
 Lic. Ana Vera; DSM
 Lic. Elvira Ríos; DSM
 Abog. Claudia Sanabria; DGénero
 Lic. María E. León; DGénero
 Lic. Sandra Recalde; DNO
 Dr. Thadeo Teixeira; DGHE
 Dr. Gustavo Ortiz; DGPE
 Lic. Liz González; DGPromoción
 Lic. Cindy López; DAPS
 Lic. Damián Sedliak; DAPS
 Lic. Estefanía Cuevas; DIGIES
 Dra. Katia Peralta; DGVS
 Dra. Mirian Godoy; PRONASIDA
 Dra. Nathalia Meza; D de Calidad
 Dr. Pablo Balmaceda; DINASAPI
 Lic. Beatriz Martínez; DINASAPI
 Dra. Gloria Medina; DS Bucal
 Lic. Rosalba Canela; INAN
 Lic. Celia Musi; INAN
 Lic. Carolina Bonzi; INAN
 Lic. Guillermo Alamanni; PAI
 Dra. Adela Chamorro; SENEPA

Bioquím. Raquel Aguilar; Coordinación de Laboratorios de RS
 Lic. Ana M. Peña; III RS
 Lic. Elodia Vysokolan; IX RS
 Dra. Romina Benítez; X RS
 Lic. Silvia Palma; XVIII RS
 Dra. Gladys Vázquez; HNI
 Prof. Dra. Raquel Segovia; HNI
 Dr. Rubén Ruttia; HGSP
 Dr. Jorge Zaván; HGL
 Dr. Cesáreo Saldívar; HGBO
 Dra. Lilia Benítez; HGBO
 Lic. Luz Torres; HG Pediátrico "Niños Mártires de Acosta Ñu"
 Dr. Adrián Villar; HRVH
 Dra. Marlene Noguera; HMIST
 Lic. Zunilda Rojas; HMILP
 Lic. Rosa González; HMILP
 Dra. Eva Barrios; HMIL
 Dra. Gabriela Fernández; HDÑ

Otras Instituciones

Dra. Fanny Corrales; SOGIA
 Prof. Dr. Ramón Bataglia A.; FCM-UNA
 Dra. Carolina Ruiz; IPS
 Dr. Roger Gómez; IPS
 Dr. Avelino Thompson; CRP
 Dr. Rodolfo Pérez; H Policial Rigoberto Caballero
 Dra. Karina Domínguez; HMilitar Central
 Lic. Sandra López; AOP
 Lic. Hivalia Rodríguez; INEPEO
 Lic. Mirian Escobar; INEPEO

Por el UNFPA

Dra. Adriane Salinas Bomfim

Por el Proyecto ASSIST USAID

Lic. Graciela Ávila
 Dra. Carolina Vera

Por UNICEF

Dra. Sonia Ávalos

Por la OPS

Dr. Juan Seclen



Contenido

Introducción	8
Los principios de las mejores prácticas para los cuidados del embarazo, del parto y del nacimiento	11
Marco Jurídico	12
Cambio de paradigma en el enfoque de atención y calidad de los servicios	14
Atención preconcepcional	15
Clasificación del riesgo preconcepcional	15
Promoción y educación en la salud preconcepcional	17
Indicaciones para el consejo genético	18
Atención prenatal	19
Definición	19
Objetivos de la atención prenatal	19
Atención prenatal eficaz	19
Atención prenatal eficiente	20
Criterios para clasificar a las mujeres para el componente básico del modelo de atención prenatal	21
Procedimientos	22
Objetivos y actividades propuestas para la atención prenatal	22
Consulta prenatal generalidades	25
Filiación, antecedentes personales, familiares y obstétricos	30
Datos de la gestación actual	30
Estado de inmunización de la gestante	34
Preparación para el parto	48
Consejería para la lactancia materna	50
Consulta prenatal	51
Estrategia del consultorio de primera consulta	59
Visitas de control	60
Atención del parto y del nacimiento	61
Principios generales	61
Parto intercultural	63
Trabajo de parto	64
Tiempos del trabajo de parto	64
Diagnóstico del período y la fase del trabajo de parto	64
Recomendaciones	65
Criterios de internación	66
Parto vaginal	68
Atención del parto normal	68
Manejo del dolor durante el parto normal	69
Asistencia durante el periodo de dilatación (primer periodo)	70

Definición	70
Recomendaciones	70
Profilaxis intraparto para pacientes con estreptococo grupo b	71
Control del progreso del trabajo de parto - uso del partograma	72
Asistencia durante el periodo expulsivo. (Segundo periodo)	75
La primera hora de vida del recién nacido sin riesgos	78
Asistencia durante el alumbramiento (tercer periodo)	80
Manejo activo tercer periodo del trabajo de parto	81
Puerperio	82
Puerperio inmediato	83
Puerperio mediato	84
Control ambulatorio del puerperio	85
Cuidados del recién nacido luego de la primera hora de vida y hasta el alta	86
Cuidados en sala de recepción del recién nacido	86
Durante el alta del recién nacido	89
Signos de alarma en el recién nacido	90
Anexos	91
Anexo 1- clasificación de las prácticas clínicas durante el parto, el nacimiento y el puerperio inmediato según medicina basada en evidencia científica (MBE)	92
Anexo 2 - orientación para personas acompañantes	105
Anexo 3 - código rojo	106
Anexo 4 - escala de alerta precoz neonatal	107
Anexo 5 - detección de depresión posparto	108
Anexo 6 - resoluciones cone; comité, primera consulta	110
Anexo 7 - aspectos jurídicos	122
Derecho a la vida	122
Calidad de vida	122
Derecho a la salud	122
Derechos sexuales y reproductivos	123
Inclusión y no discriminación	123
Omisión de auxilio	124
Secreto profesional y derecho a la privacidad y confidencialidad	125
Derechos laborales de la mujer embarazada	126
Anexo 8 - el prenatal de la pareja	126
Anexo 9 - Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo	128
Glosario	138
Bibliografía	139



Introducción

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social reafirma su compromiso continuo en la atención de la salud de la mujer en edad fértil, que incluye, tanto el periodo preconcepcional, el embarazo, el parto, y el puerperio, así como la atención al recién nacido, que debe ser de calidad, segura e inclusiva.

La reducción de la mortalidad materna y neonatal es una prioridad a nivel mundial y nacional, por lo tanto, mejorar la calidad de la atención en los establecimientos y servicios de salud es una urgencia.

En los años 2015, 2016 y 2017; la razón de mortalidad materna fue de: 81,8; 86,4 y 67,3 respectivamente. Por su parte, en el mismo periodo, la tasa de mortalidad neonatal registrada fue de 10,4; 9,7 y 9,4. Las causas principales de la muerte materna, son; la hemorragia, la toxemia y el aborto, todas ellas prevenibles.

Cabe resaltar que toda mujer es protagonista de su embarazo, trabajo de parto y parto, lo que implica por parte del sector de la salud, el respeto a sus tradiciones, lenguaje y otros factores de su cultura.

Pilares de la atención de la salud materna y neonatal

- Derechos sexuales y reproductivos.
- Seguridad de la mujer y del recién nacido.
- Medicina basada en la evidencia científica.
- Calidad y calidez en la atención del parto.
- Alivio del dolor.
- Tecnología mal aplicada y su impacto en la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.
- Riesgo y complicaciones de cesárea.

Principios de las mejores prácticas para los cuidados del embarazo, del parto y del nacimiento

- Respeto a los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos y los derechos del niño.
- Respeto a la interculturalidad.
- Visión del proceso del embarazo y el parto como un hecho fisiológico, trascendente, íntimo y personal.
- Embarazo y parto liderados por la mujer, con autonomía y libertad, en una atmósfera de intimidad, respeto, seguridad y confidencialidad.
- Principio de no intervención rutinaria e innecesaria en el proceso natural del parto.
- Respeto a la elección de la mujer sobre las personas que la acompañarán durante la atención del embarazo y el parto.
- Ambiente adecuado para los cuidados prenatales, parto y puerperio.

Marco Jurídico

Una de las grandes deudas que el país tiene con las mujeres y sus recién nacidos, es el avance en la reducción de la mortalidad materna y neonatal. El derecho universal e inclusivo de toda mujer a recibir cuidados preconceptionales y prenatales, y tener partos, nacimientos y puerperios seguros; y de todo recién nacido a un nacimiento en iguales condiciones contribuirá a disminuir las muertes prevenibles y a asegurar el ejercicio de las garantías establecidas en los marcos legales vigentes en el país, así como también aportará al desarrollo sostenible.

Todo lo mencionado arriba se encuentra garantizado en la Constitución Nacional (CN), en los Convenios Internacionales con rango de Ley; en el Código de la Niñez y la Adolescencia; en el Código Sanitario; en la Ley 4313 de Aseguramiento Presupuestario de los Programas de Salud Reproductiva y de Aprovechamiento del kit de partos, y en la Ley 5.777 de Protección Integral de la Mujer.

Cabe destacar que, además de los instrumentos citados, el Estado es signatario de otros de carácter internacional como: la Convención sobre los Derechos del Niño (1990), el Programa de Acción del Cairo (1994), y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer, más conocida como Convención de Belém do Pará (1994). La Plataforma de Acción de Beijing, adoptada por la Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y el Protocolo de San Salvador (1998).

Tabla 1- Obligaciones y Derechos en todas las maternidades

Obligaciones del personal de salud	Derechos de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio
Conocer, promover y garantizar los derechos del binomio (madre e hijo), en los servicios de salud.	Ser la protagonista de su embarazo, parto y posparto.
Respetar la dignidad y el derecho del binomio, a la privacidad y a la confidencialidad.	Recibir un trato digno, con respeto a su privacidad y confidencialidad.
Brindar atención integral, calificada e inclusiva a la mujer, conforme a las normas vigentes, en el continuo de la atención de la salud de la mujer en edad fértil, desde el periodo preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y la atención al recién nacido.	Recibir atención integral e inclusiva por parte de personal de salud calificado y entrenado, en el servicio de salud de su preferencia.
Registrar toda la información recabada en forma clara y precisa.	Ser acompañada durante las visitas preconcepcionales; prenatales, parto y puerperio, y durante todo el tiempo que permanezca internada por la/s persona/s que elija.
Facilitar la participación de la persona elegida por la mujer, durante las consultas preconcepcionales; prenatales, el parto y el puerperio.	Recibir atención diferenciada, de acuerdo a sus necesidades específicas. Egresar del servicio de salud con su recién nacido, siempre que ambos reúnan las condiciones médicas para el alta. En ningún caso pueden ser retenidos por falta de pago de los servicios.
Ser sensible y receptivo a las necesidades de la mujer y su entorno. No juzgar las decisiones que adopten en lo que respecta a su atención.	Recibir toda la información que solicite sobre su embarazo, parto o puerperio, de forma clara y sencilla.
Informar a la mujer sobre el estado, tanto de su salud, como la del recién nacido y sobre el tipo de procedimiento que se le va a realizar. Conversar con ella y su entorno sobre los temas que le preocupan en un ambiente en el que se sienta protegida.	Recibir información, ayuda y apoyo para la lactancia materna exitosa y mantener contacto piel a piel con su recién nacido inmediatamente al nacer y durante toda la primera hora.
Brindar información, ayuda y apoyo para el amamantamiento y garantizar el contacto piel a piel con su recién nacido inmediatamente al nacer.	Gozar de libertad de expresión.
Respetar el derecho de toda mujer a expresar sus opiniones acerca del servicio que se le presta.	Tener el respaldo emocional y económico que corresponde a una paternidad responsable.
Promover la participación del padre en todo el proceso.	Ejercer el derecho a la licencia de maternidad y de lactancia según establece la ley vigente Ley N°5508/2015.
Realizar los certificados de reposo cuando fuere necesario a fin de garantizar el bienestar materno fetal.	No realizar trabajos insalubres o peligrosos que la pongan en riesgo a ella o a su bebé. No ser despedida de su trabajo a partir del momento en que se notifica al empleador, así como tampoco durante su embarazo, parto o puerperio.
Ofrecer servicios de planificación familiar post evento, de manera oportuna, y durante la atención prenatal, a fin de que llegado el momento la decisión sea libre e informada (Manual nacional de normas de Planificación Familiar para Mujeres y Hombres).	Decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos. Acceder a planificación familiar post evento de manera oportuna si lo ha solicitado.
Otorgar gratuitamente el certificado de nacido vivo.	Recibir gratuitamente en el servicio el certificado de nacido vivo y la información necesaria para obtener la cédula de identidad antes de recibir el alta.

↘ Cambio de paradigma en el enfoque de atención y calidad de los servicios

La función del Estado es promover y garantizar el cumplimiento de lo contemplado en la Constitución Nacional, a través del ejercicio de los derechos establecidos en el Art. 55 De la maternidad y la paternidad responsables; en el Art. 61 De la planificación familiar y de la salud materno infantil, así como en el Art. 66 De la educación y la asistencia de los pueblos indígenas; en el Art. 68 Del derecho a la salud y en el Art 69 Del Sistema Nacional de Salud; por lo que se propone un cambio de paradigma en la atención de este periodo de vida de las mujeres y sus recién nacidos, promoviendo la participación activa de la mujer como protagonista de su parto, y el de su entorno familiar como corresponsable, tanto de su bienestar, como el del recién nacido.

Los estándares de los cuidados obstétricos y neonatales esenciales están definidos en la Guía para la Organización de los cuidados Obstétricos y Neonatales esenciales (CONE), la cual está avalada por la Resolución Ministerial SG N°461. En esta guía se establecen las capacidades, roles y responsabilidades del personal de los establecimientos de salud, así como la infraestructura necesaria para que los servicios prestados sean de calidad, incluyendo, no solo la atención y la provisión de los insumos necesarios, sino también todo lo relacionado a la vigilancia de la salud y a la morbilidad materna y neonatal.

Debe tenerse en cuenta los beneficios que brinda la atención integral para la maternidad, tanto para la mujer y su familia, así como para el niño y el equipo de salud.¹

Atención preconcepcional

Es el conjunto de intervenciones que deben realizarse antes de planificar un embarazo, con el propósito de identificar y modificar los factores de riesgo biopsicosocial de los futuros progenitores, y determinar así su condición de salud.

El objetivo de realizar una consulta en esta etapa es que la persona tome decisiones informadas para ejercer o no su derecho a tener hijos. En caso de hacerlo, debe tener la mejor preparación a fin de que su decisión sea acompañada y la misma beneficie a su salud y a la del niño. Se deberá prevenir, diagnosticar y tratar las dolencias que puedan afectar a la futura gestación, evitándolas o disminuyendo su impacto, en la medida de lo posible.

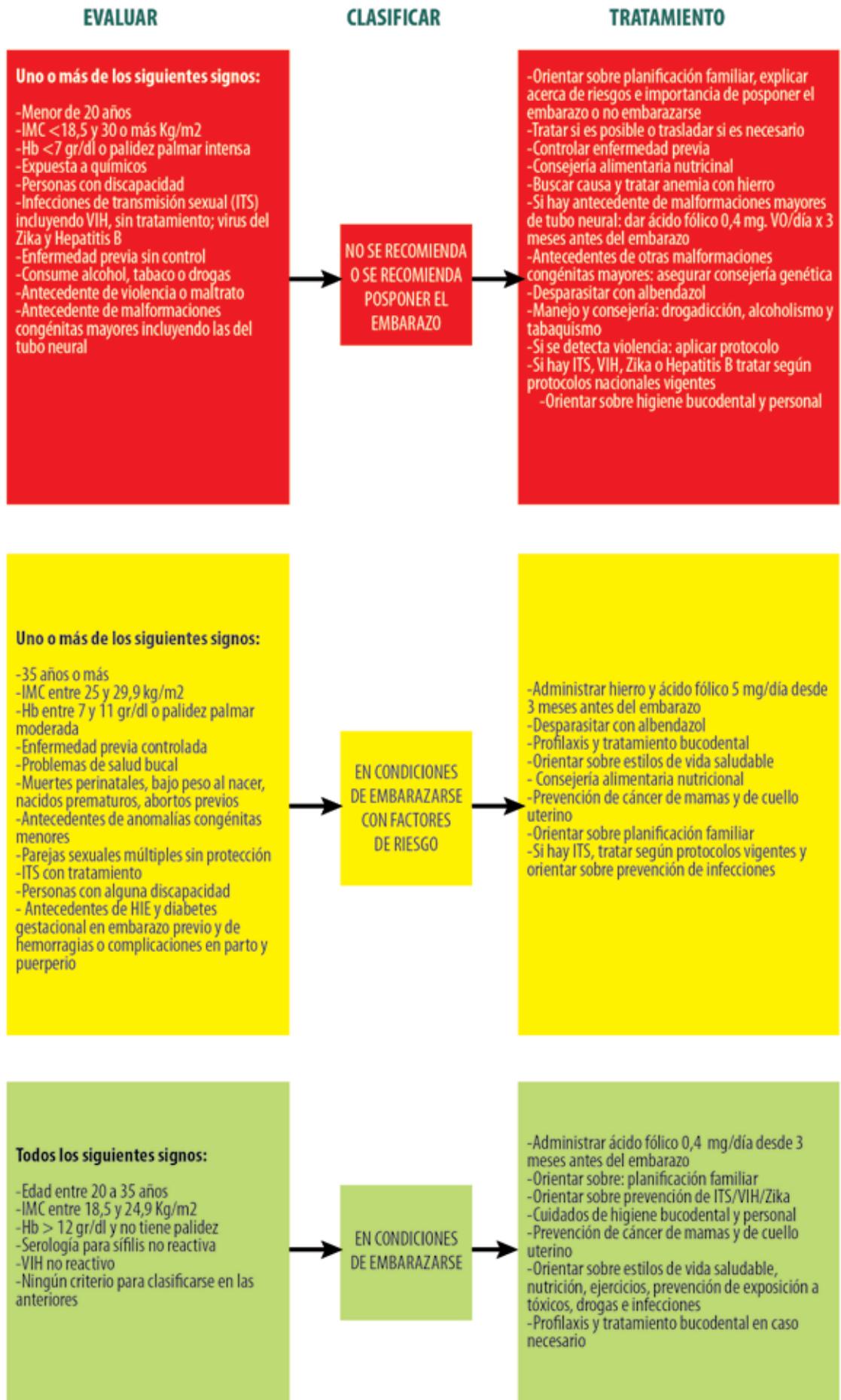
Las acciones deben incluir la valoración del riesgo preconcepcional, junto con actividades preventivas, de educación y promoción para la salud.

➤ Clasificación del riesgo preconcepcional

La finalidad de la Evaluación del riesgo; es conocer aquellos factores que pueden dificultar o facilitar la concepción y el posterior desarrollo del embarazo y la maternidad para así poder incidir en ellos precozmente.

Clasificar significa tomar una decisión sobre la gravedad de la enfermedad. Para cada uno de los síntomas principales evaluados, se seleccionará una categoría o nivel, el cual corresponderá a la gravedad o mayor riesgo. Las clasificaciones no son diagnósticos precisos de enfermedades, sino rangos que se emplean para la determinación de la acción o el tratamiento apropiado.

Cada cuadro en el gráfico siguiente: "Evaluar y clasificar" enumera signos clínicos de enfermedades y sus clasificaciones. Los cuadros se dividen en tres columnas denominadas: "Evaluar signos", "Clasificar como" y "Tratamiento". Los cuadros de clasificación también comprenden filas de tres colores, rojas (superior), amarillas (medio) y verdes (inferior), utilizando los colores del semáforo para clasificar la gravedad de la enfermedad.²



Considerando la alta prevalencia de problemas de salud mental se recomienda la búsqueda de síntomas según el protocolo de manejo clínico de personas con depresión y ansiedad³, y orientación a los referentes de salud mental. En el caso de las patologías específicas, promover la atención multidisciplinaria.

Pruebas de laboratorio recomendadas:

- Hemoglobina y hematocrito
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- Glicemia
- Sedimento de orina
- TSH
- Serología
 - Rubeola
 - Sífilis
 - Toxoplasma
 - Virus de hepatitis B
 - VIH
- Prueba de Papanicolaou
- Cultivo de orina

➤ Promoción y educación en la salud preconcepcional

- Orientar sobre la importancia de planificar el momento en el que la mujer se encuentra mejor preparada y en mejores condiciones para un embarazo.
- Orientar acerca del virus del zika y sus vías de transmisión (vectorial, sexual, vertical, sanguínea) y las medidas de prevención: Recordar que si su pareja presenta síntomas se recomienda posponer el embarazo.
- Identificar signos de violencia, o abuso, trabajar con el acompañamiento del trabajador/a social.
- Informar a la población sobre la importancia de la atención prenatal precoz, periódica y completa.
- Cuando hay sospecha de infertilidad, tanto de la mujer, como del varón se debe derivar al especialista.
- Informar sobre prácticas sexuales seguras para prevenir infecciones de transmisión sexual, VIH, sífilis, hepatitis B y virus del zika
- Recomendar vacunación:
 - Vacunas de virus vivos atenuados: evitar la gestación en los 3 meses siguientes a la vacunación contra el sarampión, la rubéola, la parotiditis y la varicela. Las mismas están contraindicadas durante el embarazo.
 - Vacuna de virus muertos: se puede aplicar en cualquier momento.
 - Vacuna Tdpa: toda persona adolescente perteneciente a la cohorte de 10 años, y todo personal de blanco deberá recibir 1 sola dosis de la suspensión de la vacuna. Posteriormente y cada 10 años deberán aplicarse la vacuna antidiftérica (Td).
 - Vacuna antitetánica y vacuna antidiftérica (Td). Se puede iniciar la vacunación en la consulta preconcepcional si corresponde según el calendario de vacunación. Si hay gestación, comenzarla en el segundo trimestre.
 - Vacuna antigripal en forma anual.

- Recomendar periodo intergenésico con un intervalo mínimo de 2 años, y para las que tuvieron aborto, esperar 6 meses para iniciar un embarazo.
- Orientar sobre maternidad y paternidad responsable y paridad satisfecha.
- Informar sobre nutrición adecuada. Además, indicar la suplementación con ácido fólico, la cual debe iniciarse tres meses antes del embarazo y continuar hasta las 10 a 12 semanas de gestación en base a una dosis diaria de 0,4 mg cuando no hay factores de riesgo y de 5 mg si los hay. El objetivo es evitar la ocurrencia de defectos congénitos del tubo neural.
- No recomendar el uso de multivitamínicos, ya que supone un riesgo por exceso de vitamina A y D.⁴
- Si hay anemia, investigar la causa y tratarla. Si el nivel de hemoglobina está por debajo de 7g/dl se considera anemia grave, y requiere tratamiento inmediato, incluso se recomienda la postergación del embarazo. Dosis de tratamiento recomendada: 300 mg de sulfato ferroso, (que contiene 60 mg de hierro elemental), cada 12 horas, alejada de las comidas, hasta dos meses de haberse normalizado el hematocrito y la hemoglobina en mujeres adultas.⁵

Orientación ambiental y laboral:

- No utilizar fármacos sin consulta previa con el médico.
- Evitar consumo de alcohol, tabaco (fumador/a activo/a o pasivo/a) y otras drogas.
- Valoración del riesgo ambiental y laboral: agrotóxicos, agroquímicos, plomo y mercurio, etc., y la manipulación o inhalación de estas sustancias tóxicas en el trabajo o en el hogar.
- Reducir situaciones de estrés en trabajos con más de 10 horas/día y permanencia de pie más de 6 horas/día.
- Evitar labores que impliquen mucho esfuerzo físico.
- Ejercicio: es aconsejable la realización rutinaria de ejercicio suave o moderado evitando, en periodo perigestacional, el ejercicio enérgico ya que está relacionado al nacimiento de niños de bajo peso.⁶

■ Indicaciones para el consejo genético

Se debe valorar para el consejo y los estudios genéticos las siguientes situaciones:

- Historia de embarazos patológicos previos: abortos recurrentes o muerte fetal.
- Hijos o historia familiar con alteraciones genéticas.
 - cromosómicas: por ejemplo, Síndrome de Down.
 - estructurales: como los defectos del tubo neural.
 - metabólicas: muerte neonatal o infantil, o genitales ambiguos, etc.
 - hematológicas: anemias y alteraciones de la coagulación, hemofilia, etc.
 - enfermedades neurológicas: por ejemplo distrofia muscular.
 - retraso mental: como el Síndrome del cromosoma X frágil.
 - fibrosis quística.

4 Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

5 Fuente: Capítulo 13 Carencia de hierro y otras anemias nutricionales. <http://www.fao.org/docrep/006/006/w0073s0h.htm>

6 Capitán Jurado, M; Cabrera Vélez, R; La Consulta Preconcepcional en la Atención Primaria. Madrid, España, MEDIFAN, VOL 11 n° 4, abril 2001

Atención prenatal

■ Definición

Es aquella que comprende un conjunto de acciones ejecutadas por el equipo de salud, y que, ejercidas con la participación activa de la embarazada y su entorno, en forma precoz, continua e integral, apunta a que tanto la madre, como su pareja y su hijo tengan mejores posibilidades de salud, disminuyan los riesgos que pueden surgir durante el embarazo, el parto y el puerperio, y reciban una preparación adecuada para el parto y la crianza del recién nacido.

■ Objetivos de la atención prenatal

- Promover y mantener la salud física, mental y social de la madre, su pareja y el feto, proporcionando orientación sobre hábitos de vida saludable y el proceso de parto.
- Detectar condiciones biopsicosociales que requerirán un control más frecuente y multidisciplinario.
- Detectar y manejar las complicaciones que puedan presentarse durante el embarazo, ya sean de tipo médico, quirúrgico u obstétrico.
- Realizar preparación integral para la maternidad y el desarrollo infantil temprano, basados en la Guía técnica PIM/DIT.
- Preparar a la madre para amamantar con éxito, experimentar un posparto normal y cuidar bien al niño o la niña desde el punto de vista físico, psicológico y social.
- Promover la participación de la embarazada, su pareja y su entorno afectivo durante todo el proceso.
- Mejorar el acceso a la atención de grupos vulnerables (indígenas, personas con discapacidad, víctimas de violencia, con condiciones socioeconómicas desfavorables y adolescentes).

■ Atención prenatal eficaz

- La atención a la mujer embarazada debe estar a cargo del personal de salud calificado y entrenado, desde el inicio, hasta el final de la gestación.
- Preparación para el parto, el cuidado del recién nacido, la lactancia materna exclusiva y para identificar oportunamente posibles complicaciones.
- Promoción de la salud y prevención de las enfermedades:
 - Toxide tetánico, vacuna antigripal, suplementación nutricional, riesgo del uso del tabaco y el alcohol, ITS, VIH, virus del zika, etc.
- Detección y manejo de enfermedades existentes:
 - Portadoras de VIH, sífilis, virus del dengue y zika, chikungunya, hepatitis B, tuberculosis y otras enfermedades coexistentes (por ejemplo, hipertensión, diabetes, anemia e hipotiroidismo).
- Detección temprana y manejo de las complicaciones.

■ Atención prenatal eficiente

La atención prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos. La misma debe ser:

1. **Precoz:** la primera visita debe realizarse tempranamente; en lo posible dentro de las primeras 12 semanas. Esto permite ejecutar, de manera oportuna, las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud. Además torna factible la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso.
2. **Periódica:** la frecuencia de las atenciones prenatales varía según el grado de detección de problemas o enfermedades identificadas. El mínimo de consultas recomendadas es de 4, para las mujeres que no presentan factores de riesgo o complicaciones durante su embarazo.
 - 1ra consulta: antes de las 12 semanas
 - 2da consulta: entre las 22 y 26 semanas
 - 3ra consulta: entre las 27 y 32 semanas
 - 4ta consulta: entre las 36 y 38 semanas
3. **Completa:** los contenidos mínimos de la atención prenatal deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; utilizando como hoja de ruta la Historia Clínica Perinatal Básica y registrando los hallazgos en la misma.
4. **De amplia cobertura:** en la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas), mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal.

En general, para realizar una atención prenatal eficaz y eficiente no se precisa instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorios sofisticados; pero sí se requiere el examen físico completo incluyendo signos vitales, el uso sistemático de la historia clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo criterioso de estudios complementarios sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado.

Desde la primera consulta prenatal, el profesional de salud conversa y examina a la mujer para detectar problemas que podrían necesitar un tratamiento o control más estricto. Para brindar una atención prenatal de calidad, se debe destinar al menos 40 minutos para la primera consulta prenatal⁷ y al menos 20 para los siguientes controles, lo que debe considerarse a la hora de asignar pacientes por turnos, contemplando el tiempo necesario para garantizar la calidad de atención.

Todos los servicios de salud deben contar con consultorios de primera consulta prenatal funcionando, e implementar el algoritmo de la primera consulta prenatal, acorde a la Resolución Ministerial SG N° 083 del año 2015. (Anexo 6)

Criterios para clasificar a las mujeres para el componente básico del modelo de atención prenatal⁸

El factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que al estar presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir daño, tanto la madre como el feto, o ambos.

El enfoque de riesgo no logra predecir quién desarrollará complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, pero permite identificar a las embarazadas que presentan condiciones que requieren tratamiento y atención especializada por parte del médico ginecoobstetra.

Para clasificar a la embarazada, debe utilizarse la siguiente tabla. Si responde sí a alguna de las 18 preguntas, no es elegible para el componente básico del modelo de atención prenatal de la OMS, por lo que debe ser derivada para atención especializada. Es obligatorio registrar todos los hallazgos en la Historia Clínica Perinatal Básica.

TABLA 2- CRITERIOS PARA CLASIFICAR A LAS MUJERES PARA EL COMPONENTE BÁSICO

Instrucciones: responda las siguientes preguntas y registre en la Historia Clínica Perinatal Base todos los hallazgos

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	No	Sí
Muerte fetal o muerte neonatal previas		
Antecedente de 3 o más abortos espontáneos consecutivos		
Peso al nacer el último bebé < 2.500 g		
Peso al nacer el último bebé > 4.500 g		
Internación por hipertensión o preeclampsia en el último embarazo		
Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical)		
Antecedentes genéticos desfavorables		
EMBARAZO ACTUAL	No	Sí
Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple		
Menos de 16 años de edad o mayor de 40 años de edad		
IMC < 18,5 o > 29,9		
Isoinmunización Rh (-)		
Hemorragia vaginal		
Masa pélvica		
Presión arterial diastólica de 90 mmHg o más durante el registro de datos		
Peso materno pregravídico < 45 k		
Escaso o exagerado incremento del peso materno		
Restricción del crecimiento intrauterino o macrosomía fetal		
Amenaza de aborto o de parto pre término		
Oligoamnios o polihidramnios		

⁸ Adaptado del Estudio de Control Prenatal de la OMS dirigido por UNPDP/UNFPA/OMS/ Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana (PRH) del Banco Mundial, 2001 y del CLAP/SMR 1562, Noviembre 2007

HISTORIA CLÍNICA GENERAL	No	Si
Diabetes mellitus insulino dependiente		
Nefropatía		
Hemoglobina menor de 10 g/l		
Cardiopatía		
Cualquier otra enfermedad o afección severa. (TBC, Lupus) Por favor, especifique en la Historia Clínica Perinatal Base		
Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical)		
Consumo de drogas (incluido consumo excesivo de alcohol)		
Talla materna <145 cm		

➤ Procedimientos

■ Objetivos y actividades propuestas para la atención prenatal

Los objetivos específicos y las actividades que se proponen para la atención prenatal de calidad tratan de acompañar la diagramación presentada en la Historia Clínica Perinatal Básica y el Carné (incluido en “Mi libreta de control prenatal”) del CLAP/SMR del 25/04/2017. Esta historia debe ser la hoja de ruta seguida por el personal de salud para brindar una atención de calidad a la gestante, su pareja y a su futuro hijo.

Tabla 3- Cronograma de actividades en las consultas prenatales

A- TAREAS PREVIAS A LA CONSULTA	PRIMERA CONSULTA	CONSULTA CONTROL
1- Verificar que el consultorio cuente con el equipamiento necesario para la atención prenatal según la Guía para la Organización de los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE) en la red integrada de servicios de salud- Mejoramiento continuo de la calidad de atención materna neonatal.	X	X
B- DURANTE LA CONSULTA	PRIMERA CONSULTA	CONSULTA CONTROL
1. respetar los derechos y llenar las expectativas de la gestante y su acompañante.	X	X
2. Preguntar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base los datos de identificación o filiación de la gestante.	X	
3. Preguntar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base los antecedentes familiares, personales y obstétricos.	X	
4. Evaluar y registrar criterios para clasificar a las mujeres para el Componente Básico.	X	
5. Preguntar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base los datos de la gestación actual.	X	
6. Calcular y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base la edad gestacional.	X	X
7. Valorar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base: peso, presión arterial y talla.	X	X
8. Calcular y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base el incremento de peso materno en relación a la edad gestacional a partir de las 13 semanas de gestación.	X	X
9. Verificar el registro de la presión arterial en la Historia Clínica Perinatal Base.	X	X
10. Calcular y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base la altura uterina en relación a la edad gestacional a partir de las 13 semanas de gestación.	X	X
11. Evaluar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base la presentación fetal a partir de las 28 semanas de gestación.	X	X
12. Evaluar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base los latidos fetales.	X	X
13. Evaluar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base la motilidad fetal.	X	X
14. Evaluar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base los signos de alarma en el embarazo, incluyendo los síntomas del zika.	X	X
15. Evaluar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base, otro síntoma o acontecimiento específico que refiera la gestante o su acompañante.	X	X
16. Evaluar y registrar la solicitud y resultados de exámenes y estudios rutinarios y/o complementarios en la Historia Clínica Perinatal Base y en la Libreta de control prenatal o el carné perinatal solicitados a la mujer y su pareja (incluye análisis de laboratorio, ecografía, etc.).	X	X
17. Realizar examen físico completo, incluyendo evaluación de examen genital, tiroides y mamas.	X	X
18. Realizar toma de muestra para PAP.	X	
19. Realizar, previa consejería, test rápido para sífilis, VIH, y consejería sobre zika.	X	X
20. Evaluar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base las patologías o situaciones de riesgo (ejemplos: violencia/abuso, adolescencia, discapacidad intelectual, etc.), el plan terapéutico y/ o intervención instaurada.	X	X
21. Orientar y registrar sobre los cuidados que debe tener la gestante durante su embarazo, preparación para lactancia materna y los signos de alarma.	X	X
22. Entregar y orientar sobre el uso de Mi libreta de control prenatal.	X	
23. Ofrecer preservativos y asesorar sobre el uso correcto para la prevención de la transmisión sexual del zika y medidas tales como uso de repelentes, mosquiteros y ropas apropiadas.	X	X
24. Orientar sobre la importancia de espaciar los nacimientos y brindar asesoría sobre planificación familiar.		
C- AL FINAL DE LA CONSULTA	PRIMERA CONSULTA	CONSULTA CONTROL
1. Explicar la importancia de los controles prenatales periódicos en el servicio de salud y la importancia del parto institucional.	X	X
2. Asesorar sobre el llenado e importancia del formulario PREPARANDO MI PARTO incluido en Mi libreta de control prenatal.	X	X
3. Aconsejar a la gestante que invite a una persona de su elección a la próxima consulta para que esta se involucre y la apoye.	X	X
4. Interconsulta odontológica.	X	
5. Programar la próxima visita de la gestante.	X	X
6. Evaluar los hábitos alimentarios de la paciente.	X	X

Estándar CONE de Proceso del Prenatal	Indicador
A toda gestante desde la primera atención prenatal se le registra en la historia clínica perinatal base (HCPB) y se le realizan las actividades de acuerdo a la norma.	Porcentaje de gestantes a quienes en su primera atención prenatal se les realiza y registra en la historia clínica las actividades de acuerdo a la norma.

➤ Tareas previas a la consulta

- **Objetivo:** Controlar previamente que se cuenta con lo mínimo necesario para la consulta⁹.
- **Tarea del Cronograma de Actividades en la Consulta:** 1- Verificar que el consultorio cuente con el equipamiento necesario para la atención prenatal según Estándar 1 de la “Guía para la Organización de los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales en la red integrada de servicios de salud”.

Estándar CONE de Estructura del Prenatal	Indicador
El establecimiento de salud cuenta con los recursos requeridos para los CUIDADOS Obstétricos y Neonatales Ambulatorios de acuerdo a la norma.	Porcentaje de recursos con que cuenta el establecimiento de salud para los CUIDADOS Obstétricos y Neonatales Ambulatorios.

Consulta prenatal, generalidades

- **Objetivo:** Adecuada interacción personal calificado y entrenado – gestante.

Estándares CONE de Proceso del Prenatal	Indicadores
A toda gestante desde la primera atención prenatal se le realiza y registra en la historia clínica, las actividades de acuerdo a la norma.	Porcentaje de gestantes a quienes en su primera atención prenatal se les realiza y registra en la historia clínica, las actividades de acuerdo a la norma.
Toda gestante que en la primera atención prenatal cuenta con inspección y/o evaluación odontológica.	Porcentaje de gestantes que en la primera atención prenatal cuenta con inspección y/o evaluación odontológica.
Toda gestante cuenta antes del cuarto mes con resultados de análisis de laboratorio y otros métodos auxiliares de diagnóstico de acuerdo a la norma.	Porcentaje de gestantes que antes del cuarto mes, cuentan con resultados de análisis y otros métodos de diagnósticos de acuerdo a la norma.
Todas las gestantes del Establecimiento con CONE- A que no acuden a una cita programada de atención prenatal, en la semana inmediata posterior reciben visita de seguimiento.	Porcentaje de gestantes de establecimiento con CONE-A que no acude a una cita programada de atención prenatal y en la semana inmediata posterior recibe visita de seguimiento.
Las gestantes que acuden para atención en el establecimiento y son víctimas de violencia basada en género (VBG), reciben atención según la norma.	Porcentaje de gestantes que acude para atención en el establecimiento, víctimas de violencia basada en género y que reciben atención según la norma.
Al menos un integrante de la familia (además de la gestante) del área de influencia del establecimiento con CONE- A, reconoce los signos y síntomas de alarma en el embarazo parto o puerperio según protocolo.	Porcentaje de familias del área de influencia del establecimiento con CONE- A, con al menos un integrante (además de la gestante), que reconoce los signos y síntomas de alarma en el embarazo, parto y puerperio.
Las comunidades del área de influencia del establecimiento con CONE- A, tienen una organización comunal para la vigilancia efectiva de la salud y morbilidad materna y neonatal.	Porcentaje de comunidades del área de influencia del establecimiento con CONE- A que tiene una organización comunal para la vigilancia efectiva de la salud y morbilidad materna y neonatal.
Toda gestante que presenta una emergencia obstétrica y acude al establecimiento con CONE- A, es identificada, compensada y trasladada, según ESCALA DE ALERTA PRECOZ- CÓDIGO ROJO.	Porcentaje de gestantes que presenta una emergencia obstétrica y acude al servicio con CONE- A, y son identificadas, compensadas y trasladadas, según ESCALA DE ALERTA PRECOZ- CÓDIGO ROJO.
Las gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo: pre-eclampsia severa y eclampsia que acuden al establecimiento con CONE- B, son identificadas, compensadas, tratadas y/o trasladadas según la norma.	Porcentaje de gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo: pre eclampsia severa y eclampsia que acude al establecimiento CONE- B que son identificadas, compensadas, tratadas y/o trasladadas según la norma.
Las gestantes con hemorragia obstétrica moderada o severa que acuden al establecimiento con CONE- B, son identificadas, compensadas, tratadas y/o trasladadas según la norma.	Porcentaje de gestantes con hemorragia moderada o severa que acude al establecimiento CONE- B, que son identificadas, compensadas, tratadas y/o trasladadas según la norma.
Las gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo: preeclampsia severa y eclampsia que acuden al establecimiento con CONE- B, son identificadas, compensadas, tratadas y/o trasladadas según la norma.	Porcentaje de gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo: preeclampsia severa y eclampsia que acude al establecimiento CONE- B que son identificadas, compensadas, tratadas y/o trasladadas según la norma.

Las gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo: preeclampsia severa y eclampsia que acuden a establecimientos con CONE- C, reciben tratamiento según la norma.	Porcentaje de gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo: preeclampsia severa y eclampsia que acuden a establecimientos con CONE- C, que reciben tratamiento según la norma.
Las gestantes con hemorragia obstétrica severa o shock hipovolémico que acuden a establecimientos con CONE- C, reciben tratamiento según la norma.	Porcentaje de gestantes con hemorragia obstétrica severa o shock hipovolémico que acuden al establecimiento con CONE- C, que reciben tratamiento según la norma.
Las gestantes y puérperas con sepsis que acuden a establecimientos con CONE- C, reciben tratamiento según la norma.	Porcentaje de gestantes y puérperas con sepsis que acude a establecimientos con CONE- C, que reciben tratamiento según la norma.

Estándares CONE de Resultados del Prenatal	Indicadores
Las gestantes que acuden para atención prenatal a la consulta externa del establecimiento con CONE- A, están satisfechas con la atención recibida.	Porcentaje de gestantes que acude para atención prenatal a la consulta externa de establecimientos con CONE- A, y que están satisfechas.
Las gestantes que acuden para atención prenatal a la consulta externa de establecimientos con CONE- B, están satisfechas con la atención recibida.	Porcentaje de gestantes que acude para atención prenatal a la consulta externa de establecimientos con CONE- B, y que están satisfechas.
Las gestantes que acuden para atención prenatal a la consulta externa de establecimientos con CONE- C, están satisfechas con la atención recibida.	Porcentaje de gestantes que acude para atención prenatal a la consulta externa de establecimientos con CONE- C, y que están satisfechas.

- **Tarea del Cronograma de Actividades en la Consulta: Actividad 1** - Respetar los derechos y llenar las expectativas de la embarazada y su acompañante.

La forma en cómo el personal de salud interactúa con la embarazada y su entorno es muy importante. Para que esta relación sea de calidad, conviene tener presente algunos aspectos que enriquecerán esta interacción (Tabla Recomendaciones iniciales para la consulta prenatal). Es necesario asegurar la comodidad, privacidad, e iluminación del espacio de consulta. Se debe contar con recursos humanos con preparación profesional adecuada (personal calificado según OMS).

Tabla 4- Recomendaciones iniciales para la consulta prenatal
Saluda a la mujer y a su acompañante
La llama por su nombre a ella y a su acompañante
Asegura que el ambiente de la visita sea cómodo
Asegura la privacidad en el consultorio
Proporciona lugar para cambiarse de ropa
Garantiza verbalmente la confidencialidad (ej. informa a la mujer que lo que ella le dice no se lo dirá a otra persona, generalmente en la primera consulta)
Respeto su entorno sociocultural incluyendo sus prácticas tradicionales que no sean nocivas
Invita a la mujer y a su acompañante a que pregunten y expresen sus opiniones y desacuerdos
Pone atención mientras la mujer y su acompañante hablan (ej. contacto visual, gestos, hacer preguntas)
Permite que se expresen sin interrupciones
Utiliza la Tabla de Criterios para clasificar a las mujeres para el componente básico
Anota todos los datos en la Historia Clínica Perinatal Básica y el Carné Perinatal

Para el siguiente paso, es necesario contar con un registro **de datos** (Fig. 1, 2 y 3) que funcione para planificar las actividades de la atención prenatal y guíe al profesional para ofrecer un servicio eficaz y eficiente. Para ello se dispondrá del sistema informático perinatal, la Historia Clínica Perinatal (HCPB) y el Carné Perinatal (la misma HCPB) incluido en la libreta de la embarazada.

El personal de salud en servicio debe seguir todos los pasos citados a continuación para la consulta prenatal y es quien debe registrar toda la información obtenida en la Historia Clínica Perinatal Base en forma completa, correcta y legible, como estipula la Resolución Ministerial SG N° 866

FIGURA 1. ANVERSO DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL

HISTORIA CLINICA PERINATAL-CLAP/SMR-OPS/OMS

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ TELEF.: _____

FECHA DE NACIMIENTO: día mes año

ETNIA: blanca indigena mestiza negra otra

ALFA BETA: si no

ESTUDIOS: ninguno primaria secund. univers. años en el nivel mayor

ESTADO CIVIL: casada unión estable soltera otro vive sola Lugar control prenatal: si no

ANTECEDENTES

FAMILIARES: TBC diabetes hipertensión preeclampsia eclampsia otra cond. medica grave

PERSONALES: cirugia genito-urinaia infertilidad cardiopat. nefropatia violencia VIH+

OBSTETRICOS: gestas previas abortos vaginales nacidos vivos viven nacidos muertos muertos 1° sem. después 1° sem.

ULTIMO PREVIO: n/c <2500g normal ≥4000g emb. ectópico partos cesáreas

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año menos de 1 año

EMBARAZO PLANEADO: si no

FRACASO METODO ANTICONCEP.: no usaba barrera DIU hormo. enier. natural genica

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: Kg. TALLA (cm): FUM: día mes año

EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s. no si

FUMA ACT. FUMA PAS. DROGAS ALCOHOL VIOLENCIA

VACUNAS: tétanos/difteria no si previa durante postparto

EX. NORMAL: ODONT. MAMAS. CERVIX. GRUPO Rh. Inmuniz. TOXOPLASMOSIS. Hb <20 sem. Fe/FOLATOS indicados. Hb ≥20 sem. VACUNAS: tdpap no si previa durante postparto

ODONT. Insp. visual PAP. MAMAS. COLP. PALUDISMO/MALARIA. BACTERIURIA. GLUCEMIA EN AYUNAS. ESTREPTOCOCCO B. PREPARACIÓN PARA EL PARTO. CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA. hepatitis B. hepatitis A. tamizaje hepatitis B no si

CHAGAS: no si no se hizo si no se hizo

VIH - Diag. Tratamiento. SIFILIS: Diagnóstico y tratamiento. Prueba treponémica. Tratamiento. Tto. de la pareja. Prueba treponémica. Tratamiento. Tto. de la pareja.

CONSULTAS ANTENATALES

día mes año edad gest. peso PA altura uterina presen tación FCF (lpm) movim. fetales protei nuria lugar de control signos de alarma, exámenes, tratamientos Iniciales Técnico próxima cita

PARTO

FECHA DE INGRESO: día mes año CONSULTAS PRE NATALES total: CONSULTA 1ª: semanas

HOSPITALIZ. en EMBARAZO: no si días

CORTICOIDES ANTENATALES: completo incompl. semana inicio ninguna n/c

INICIO espontáneo inducido cesar. elect.

ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: no si hora min temp. ≥38°C

EDAD GEST. al parto: <37 sem. ≥18 hs.

PRESENTACION SITUACION: cefálica pelviana transversa

TAMAÑO FETAL ACORDE: si no

ACOMPAÑANTE: pareja familiar otro ninguno

TRABAJO DE PARTO

hora min posición de la madre PA pulso contr./10' dilatación altura present. variedad posic. meconio FCF/dips

NACIMIENTO

MUERTO anteparto parto ignora momento

MULTIPLE: no si orden

TERMINACION: espont. cesárea otra forceps vacuum

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: _____

INDUC. OPER. código _____

POSICION PARTO: sentada acostada cucullas

EPISIOTOMIA: no si

DESGARROS: Grado (1 a 4) no si

OCITOCICOS: prealumb. postalumb. no si

PLACENTA: completa retenida

LIGADURA CORDON: <1 min. 1 a 3 min.

RECIBIDA: no si

oociticos en TDP: no si

antibiot. no si

analgesia no si

anest. local no si

anest. regional no si

anest. geral. no si

transfusión no si

sulfato de Mg preclam. eclam. no si

otros (código) medic 1 medic 2

RECEN NACIDO

SEXO: f m

PESO AL NACER: g no definido <2500g ≥4000g

P. CEFALICO cm: _____

LONGITUD cm: _____

ESTIMADA: no si

EDAD GESTACIONAL: sem. días FUM: _____

PESO E.G. adec. no si

APGAR (min): 1° _____ 5° _____

Lactancia materna inicio precoz no si

REANIMACION: estimulac. no si aspiración no si máscara no si

oxigeno no si

masaje no si

intubación no si

medicación no si

ATENDIDO médico obst. enf. auxil. estud. empir. otro Nombre

NEONATO

POSTPARTO

tiempo Temp °C P.A. pulso involución uterina sargado Responsable

Fallece en Sala de parto no si

Madre RN no si

REFERIDO: aloc. no si con. no si neona. no si tolog. no si hosp.

DEFECTOS CONGENITOS: menor no si mayor no si

ENFERMEDADES: código _____

TAMIZAJE NEONATAL: VIH en RN: Expuesto no si Tto. no si s/d no si no se hizo

VDRL: Tto. no si no se hizo

Audic. no si

Cha gas no si

Bili rub no si

Toxo Igm no si

Hb patia no si

Cardiov no si

Metabólicas: no realizado realizado

ALIMENTO AL ALTA: lact. excl. no si parcial no si artificial

Boca arriba no si

BCG no si

INMUN. HEPATITIS B no si

Meconio 1° día no si

PESO AL EGRESO: g _____

EGRESOR RN: vivo fallece traslado fallece durante o en lugar de traslado no si lugar _____

EDAD AL EGRESO: días completos <1 día

ALIMENTACIÓN: lact. excl. no si parcial no si artificial

Meconio 1° día no si

RESPONSABLE: _____

Id. RN: _____

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)
 Descripción de códigos en el reverso
 HCP NEAR, MISS ANVERSO ESPAÑOL, 25-04-2017

La Historia Clínica Perinatal contempla las siguientes secciones:

- Datos de referencia o de filiación de la gestante.
- Antecedentes, personales, familiares y obstétricos.
- Gestación actual.
- Consultas antenatales.
- Internación por evento obstétrico.
- Enfermedades.
- Nacimiento. Recién nacido. Enfermedades. Tamizaje neonatal.
- Egreso recién nacido.
- Posparto.
- Morbilidad. Intervenciones.
- Variables para identificar casos de Near Miss.
- Puerperio.
- Egreso materno. Anticoncepción.

➤ Filiación, antecedentes personales, familiares y obstétricos

- Objetivo: Conocer información relevante de la gestante
- Tarea del Cronograma de Actividades en la Consulta:
- Actividad 2 a 4 - *Pregunta y registra en la HCPB los datos de filiación de la gestante, los antecedentes familiares, personales y obstétricos (Fig. 4).*

FIGURA 4

El fragmento de la HCPB muestra las siguientes secciones:

- HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS:** Incluye campos para nombre, apellido, domicilio, localidad y teléfono.
- FECHA DE NACIMIENTO:** Campos para día, mes y año, con una opción para edad (< de 15 o > de 35 años).
- ETNIA:** Opciones de blancos, indígenas, mestiza, negra y otra.
- ALFA BETA:** Opciones de sí o no.
- ESTUDIOS:** Opciones de ninguno, primaria, secund., univers., años en el mayor nivel, y estado (est. no. o sí).
- ANTECEDENTES:**
 - FAMILIARES:** TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra cond., médica grave.
 - PERSONALES:** cirujía genito-cirinal, infertilidad, cardiopat., nefropatía, violencia.
- OBSTETRICOS:**
 - gestas previas (partos, cesáreas)
 - abortos (3 espont., consensuados)
 - último previo (normal, <2500g, >4200g)
 - Antecedente de gemelares (sí/no)
- ESTADO ACTUAL:** nacidos vivos (viven, muertos), nacidos muertos.
- FIN EMBARAZO ANTERIOR:** día, mes, año, meses de lacto.
- EMBARAZO PLANEADO:** sí/no.
- FRACASO METODO ANTICONCEP.:** métodos como barrera, DIU, hormo, emar, natural, otros.

CLAP/SMR del 25/04/2017- Fragmento de HCPB

➤ Datos de la gestación actual

- **Objetivo:** Contar con una hoja de ruta que guíe al prestador para planificar las actividades en la **GESTACIÓN ACTUAL**.
- **Tarea del Cronograma de Actividades en la Consulta:** Actividades 5,6,7,8,16,17,18,19,20,21,22,23,24- *Pregunta y registra en la HCPB los datos de la GESTACIÓN ACTUAL (Fig.5)*

FIGURA 5

GESTACION ACTUAL		dia mes año	EG CONFIABLE por	FUMA ACT.	FUMA PAS.	DROGAS	ALCOHOL	VIOLENCIA	VACUNAS	si pre-emb.	si dur-emb.	si pos-emb.	dia mes año	nº total dosis
PESO ANTERIOR	TALLA (cm)	FUM.	Eco <20 s.	1º trim	no si	no si	no si	no si	tétanos/difteria	no	no	no		
Kg	1	PP.	no	2º trim	no si	no si	no si	no si	tdap	no	no	no		
EX. NORMAL	CERVIX	GRUPO	Rh	Inmuniz	TOXOPLASMOSIS	Hb <20 sem	FOLATOS	Hb ≥20 sem	influenza	no	no	no		
ODONT.	Insp. VISUAL	normal	+	no	<20sem IgG	no	indicados	no	rubeolla	no	no	no		
MAMAS	PAP	anormal	+	si	≥20sem IgG	no	no	no	hepatitis B	no	no	no		
	COLP	no se hizo	+	si	1ª consulta IgM	<11.0 g/dl	no	<11.0 g/dl	hepatitis A	no	no	no		
CHAGAS	PALUDISMO/MALARIA	BACTERIURIA	GLUCEMIA EN AYUNAS	ESTREPTOCOCCO B	PREPARACIÓN PARA EL PARTO	CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA	tamizaje hepatitis B	no	si					
no se hizo	no se hizo	sem. <20	<20 sem	35-37 semanas	no si	no si	no							
no se hizo	no se hizo	normal	mg/dl	+	no	no	no							
		anormal	mg/dl	no se hizo	no	no	no							
		no se hizo												
VIH - Diag. Tratamiento	Prueba solicitada	TARV en emb.	Prueba result	TARV en emb.	SIFILIS	Prueba treponémica	Prueba treponémica	Tratamiento	Tto. de la pareja	Prueba treponémica	Prueba treponémica	Tratamiento	Tto. de la pareja	
Si	+	Si	+	Si	Diagnóstico y tratamiento	no treponémica	treponémica	no si sid n/c	no si sid n/c	no treponémica	treponémica	no si sid n/c	no si sid n/c	
No	-	No	-	No	<20 sem	+	-	no si sid n/c	no si sid n/c	+	-	no si sid n/c	no si sid n/c	
n/c	n/c	n/c	n/c	n/c		no	no	no si sid n/c	no si sid n/c	no	no	no si sid n/c	no si sid n/c	

CLAP/SMR del 25/04/2017- Fragmento de HCPB

Peso anterior

Cuando el peso pregravídico es conocido o la primera consulta ocurre en el primer trimestre (el peso determinado se asume como pregravídico). Se calcula el índice de masa corporal (IMC) (dividiendo el peso en K entre la talla en metros al cuadrado). Esto permite estimar los rangos de aumento adecuado de peso según el IMC previo al embarazo. Como se ve en la Tabla la ganancia adecuada dependerá de la IMC inicial.

TABLA 5 - ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGRAVÍDICO - INICIAL

Categoría de Peso	IMC (k/m2)	Aumento total de peso (K)
Bajo peso	12,0 - 18,4	12.5 - 18.0
Peso normal	18,5 – 24,9	11.5 – 16.0
Sobrepeso	25,0 – 29,9	7.5 – 11.5
Obesidad	30,0 o más	6.0

CLAP/SMR N° 1562

Muchas gestantes desconocen su peso habitual previo al embarazo. En estos casos se puede controlar el aumento por los incrementos semanales, aceptando como normal un aumento promedio de 400 g semanales en el segundo trimestre y de 300 g semanales en el tercer trimestre.

Cuando la madre no sabe su peso pregravídico y la captación es tardía, existe otra manera de conocer si el peso alcanzado hasta ese momento es adecuado para esa edad gestacional. Para esto se puede utilizar la tabla que describe los valores de peso alcanzado a esa edad gestacional según la talla. En la intersección de cada semana de amenorrea con la talla materna se presentan los percentiles 10 y 90 del peso gravídico esperable para esa edad gestacional.

TABLA 6- PESO PARA LA TALLA SEGÚN EDAD GESTACIONAL

Altura Uterina y Peso Materno				Peso para la Talla según Edad Gestacional												
Evaluación Clínica del Crecimiento Fetal y de la Nutrición Materna				Talla en cm												
				Sam	Perc.	140	143	146	149	152	155	158	161	164	167	
						142	145	148	151	154	157	160	163	166	169	
13	10	38.6	40.0	41.3	42.8	42.8	42.2	45.6	47.2	49.0	52.2					
	90	51.3	53.1	54.9	57.0	58.8	60.7	62.7	65.1	67.2	69.4					
14	10	39.5	40.9	42.3	43.8	45.2	46.7	48.3	50.1	51.8	53.4					
	90	52.7	54.5	56.4	58.5	60.3	62.3	64.4	66.8	69.0	71.2					
15	10	40.4	41.8	43.3	44.9	46.3	47.8	49.4	51.3	53.0	54.6					
	90	53.1	55.0	56.9	59.0	60.8	62.8	64.9	67.4	69.6	71.8					
16	10	41.3	42.8	44.2	45.9	47.3	48.9	50.5	52.4	54.1	55.9					
	90	53.6	55.5	57.3	59.5	61.4	63.4	65.5	68.0	70.2	72.5					
17	10	42.4	43.7	45.2	46.9	48.4	49.9	51.6	53.6	55.3	57.1					
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1					
18	10	42.7	44.2	45.7	47.4	48.9	50.5	52.2	54.1	55.9	57.7					
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1					
19	10	43.6	45.1	46.1	48.4	49.9	51.6	53.3	55.3	57.1	58.9					
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.8	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1					
20	10	44.5	46.1	47.6	49.4	51.0	52.6	54.4	56.4	58.3	60.2					
	90	51.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7					
21	10	45.4	47.0	48.6	50.4	52.0	53.7	55.5	57.6	59.5	61.4					
	90	54.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7					
22	10	45.9	47.5	49.1	50.9	52.5	54.2	56.1	58.2	60.1	62.0					
	90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.2	72.0	74.3					
23	10	46.3	47.9	49.6	51.4	53.0	54.8	56.6	58.8	60.7	62.6					
	90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3					
24	10	46.8	48.4	50.1	51.9	53.6	55.3	57.2	59.3	61.3	63.2					
	90	55.4	57.3	59.3	61.5	63.4	65.5	67.7	70.3	72.6	74.9					
25	10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9					
	90	55.8	57.8	59.8	62.0	64.0	66.1	68.5	70.8	73.2	75.5					
26	10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9					
	90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1					
27	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5					
	90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1					
28	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5					
	90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8					
29	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5					
	90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8					
30	10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.1	63.1	65.1					
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4					
31	10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.1	63.1	65.1					
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4					
32	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7					
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4					
33	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7					
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4					
34	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7					
	90	59.9	59.7	61.7	64.0	66.0	68.2	70.5	73.2	75.6	78.0					
35	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3					
	90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6					
36	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3					
	90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6					
37	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3					
	90	58.6	60.6	62.7	65.0	67.1	69.3	71.6	74.3	76.8	79.2					
38	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1					
	90	59.0	61.1	63.2	65.5	67.6	69.8	72.1	74.9	77.3	80.7					
39	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1					
	90	59.5	61.1	63.7	66.0	68.1	70.3	72.7	75.5	77.9	81.4					

Incremento del Peso Materno en kg		Semanas	Altura Uterina** en cm	
Percentil 25	90		10	90
0.4	3.5	13	8.0	12.0
1.2	4.8	14	9.0	14.0
1.3	4.9	15	10.0	15.0
1.8	5.1	16	12.0	17.0
2.4	6.4	17	13.0	18.0
2.6	7.0	18	14.0	19.0
2.9	8.1	19	14.0	20.0
3.2	8.2	20	15.0	21.0
4.1	8.6	21	16.0	22.0
4.4	9.2	22	17.0	23.0
4.7	10.5	23	18.0	23.0
5.1	10.8	24	19.0	24.0
5.6	11.3	25	20.0	25.0
5.9	11.6	26	20.0	26.0
6.0	11.7	27	21.0	27.0
6.2	11.9	28	22.0	27.0
6.9	12.7	29	23.0	28.0
7.3	13.5	30	24.0	29.0
7.6	13.9	31	24.0	30.0
7.9	14.5	32	25.0	30.0
8.1	14.7	33	26.0	31.0
8.2	15.0	34	26.0	32.0
8.2	15.4	35	27.0	33.0
8.2	15.7	36	28.0	33.0
8.2	15.7	37	29.0	34.0
8.2	15.9	38	30.0	34.0
8.2	16.0	39	31.0	35.0
8.2	16.0	40	31.0	35.0

* Fescina R.H. y col. Bol. Of. Sanit. Panam. 95:156,1983 / 96:377,1984
Acta Obstet. Gynecol. Scand 62: 221, 1987

**Las medidas de la AU fueron obtenidas desde el borde superior del pubis hasta el fondo uterino desplazando la cinta métrica entre los dedos índice y mayor.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
 Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAPSMR
www.clap.ops-oms.org
 Dirección Postal CC 627
 C.P. 11000 - Montevideo - Uruguay

Embarazadas de bajo peso, desnutridas, ingresar al Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI).

↘ Talla

La talla deberá medirse en el primer control. La técnica consiste en que la gestante se ubique de pie, sin calzado, con los talones juntos, con su espalda lo más cercana al tallímetro, bien erguida, con los hombros hacia atrás y con la vista al frente.

Recordar que una mujer gestante con talla <145 cm debe ser referida para atención con especialista, según los criterios para clasificar a las mujeres para el componente básico del modelo de atención prenatal.

↘ Fecha de última menstruación (FUM)

Es necesario interrogar por única vez en forma precisa y tranquila, acerca del primer día y el mes de la última menstruación. En las mujeres con ciclos menstruales regulares y que no han usado en los últimos meses contraceptivo hormonal, estos datos son confiables, a partir de ellos se calculará la edad del embarazo y la fecha probable de parto.

↘ Fecha probable de parto (FPP)

Si no se cuenta con gestograma o calendario obstétrico la fecha probable de parto puede ser determinada mediante el uso de la regla de Wahl.

Regla de Wahl: Al primer día de la FUM agrega 10 días y al mes le resta 3

↘ Confiabilidad de la edad gestacional (EG confiable por FUM, Eco <20s)

Se solicita una evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por FUM o por Ecografía. Cuando la fecha de la última menstruación no está disponible, una posibilidad es estimar la FPP a partir de una ecografía fetal temprana, antes de las 20 semanas.

↘ Interrogatorio sobre tabaquismo (ACTIVO Y PASIVO), drogas, alcohol y violencia

Indagar sobre los estilos de vida que pueden ser riesgosos para la mujer y su futuro hijo. Así como sobre los aspectos vinculados a la violencia contra la mujer. En caso de que se establezcan algunos de estos diagnósticos, la atención deberá ser multidisciplinaria.

↘ Estado de inmunización de la gestante

Vacunas

Indagar el estado de vacunación de la mujer al momento de la primera visita de control prenatal. En este sentido se les debe solicitar la tarjeta de vacunación, el carné perinatal del embarazo anterior o algún otro registro o documento en el cual se pueda verificar el número y el intervalo entre dosis.

ANTIRUBÉOLA: indagar en forma rutinaria sobre el estado de vacunación durante el control prenatal. No se aconsejará la vacunación en la mujer gestante, aunque sí se recomienda aplicar durante el puerperio, a toda mujer que haya llegado al parto sin haberla recibido.

Tdpa:

1. Toda mujer gestante, con antecedente de vacunación con Tdpa hace más de 3 años, debe recibir nueva dosis de Tdpa (desde las 20 semanas).
2. Mujeres gestantes en las que se desconoce su antecedente de vacunación o que no haya iniciado esquema, se considera no vacunada:
 - Si tiene menos de 20 semanas de gestación: aplicar Td ante el primer contacto con la embarazada y continuar luego con Tdpa (esquema Td, Tdpa).
 - A partir de las 20 semanas de gestación: se aplicará 1 dosis de la vacuna Tdpa y se continuará con las dosis de Td que le hagan falta (esquema Tdpa-Td).

La dosis de la vacuna triple bacteriana acelular (Tdpa) puede ser administrada con un intervalo mínimo de 4 semanas con la vacuna doble bacteriana Td (tétanos – difteria).

VACUNA CONTRA LA INFLUENZA: aplicar 1 dosis de vacuna antigripal independientemente de la edad gestacional en la que se encuentre la embarazada.

Exámenes

EXAMEN ODONTOLÓGICO: examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes. En todos los casos derivar al servicio de odontología.

EXAMEN DE MAMAS: realizar el examen para identificar patologías tumorales benignas y/o malignas. Se debe reafirmar la capacidad de la mujer para alimentar a su bebé, fomentando la lactancia materna exclusiva, sin importar el tamaño de las mamas ni la forma de los pezones.

Cervix

INSPECCION VISUAL: llevar a cabo el examen vaginal con espéculo como parte de la evaluación del control prenatal en la primera consulta. Ante cualquier signo sugestivo de alguna infección de transmisión sexual, diagnosticar y tratar según normas del PRONASIDA.

PAPANICOLAU (PAP): este estudio deberá ser realizado en la primera visita de la embarazada, si tiene una citología normal realizada 1 año antes, no será necesario repetirlo.

COLPOSCOPIA (COLP): debe realizarse cuando se tenga una indicación, según las normas del Programa Nacional de Lucha contra el cáncer de cuello uterino; por un proveedor con entrenamiento suficiente.

↘ Grupo Rh

Sobre el punto de perfil inmunohematológico básico para la gestante y teniendo en cuenta el binomio madre-feto, las determinaciones básicas y viables en la actualidad en todo el país para todas las gestantes, son las siguientes:

1. Grupo Sanguíneo y factor Rh
2. Pesquisa de anticuerpos irregulares (PAI) solicitar para:
 - a. Gestantes Rh positivo: en la primera consulta y al tercer trimestre. Una de las exigencias es contar con la PAI antes de eventuales transfusiones (Estándares del Programa Nacional de Sangre, enmarcada en la Ley de Sangre N° 3.441).
 - b. Gestantes Rh negativo: en la primera consulta, y al segundo y tercer trimestre. En el caso de que el resultado sea positivo, se establece el protocolo de controles seriados, con personal de salud de la Unidad de Medicina Transfusional (UMT), o remitir al Programa Nacional de Sangre.
 - c. Para el fenotipo Rh y Kell: en cualquier momento del embarazo y forma parte del perfil pretransfusional de mujeres en edad fértil.
- Todas estas determinaciones deben ser realizadas de manera exclusiva en la Unidad de Medicina Transfusional (UMT). En caso que el servicio sanitario no cuente con profesionales en la citada unidad, dirigirse SIEMPRE al Programa Nacional de Sangre, institución encargada de indicar el Centro Especializado más cercano para su seguimiento.

El Test de Coombs Indirecto “clásico” no diferencia los tipos de anticuerpos en juego y la sensibilidad es muy baja, por lo tanto, la PAI reemplaza al Test de Coombs Indirecto.

↘ Hemograma

Solicitar hemograma, tanto en la primera visita, como después de la segunda mitad del embarazo.

En los controles posteriores buscar signos clínicos de anemia severa (palidez en conjuntiva, palmas, y mucosa oral, cansancio, fatiga, y aumento de la frecuencia cardíaca), en cuyo caso se deberá repetir la prueba.

Se considera anemia cuando la hemoglobina (Hb) está por debajo de 11 g/dL durante el primer o tercer trimestre, o cuando el valor de la hemoglobina durante el segundo trimestre es menor a 10,5 g/dL.

Hierro/folatos indicados

Gestantes no anémicas

- Indicar a todas las embarazadas, 300 mg de sulfato ferroso, (que contiene 60 mg de hierro elemental) por día, desde las 12 semanas y hasta 3 meses después del parto. El tiempo total de suplementación no debe ser menor a 6 meses.
- Indicar 0,4 mg/día de ácido fólico.

Gestantes con anemia moderada (7 a <11 g/dl)

- La anemia requerirá tratamiento de la causa que la provoque, además de:
- Indicar 600 mg de sulfato ferroso por día (equivalente a 120 mg de hierro elemental).
- Indicar 0,4 mg de ácido fólico diariamente.

Gestantes con anemia severa (< 7g/dl)

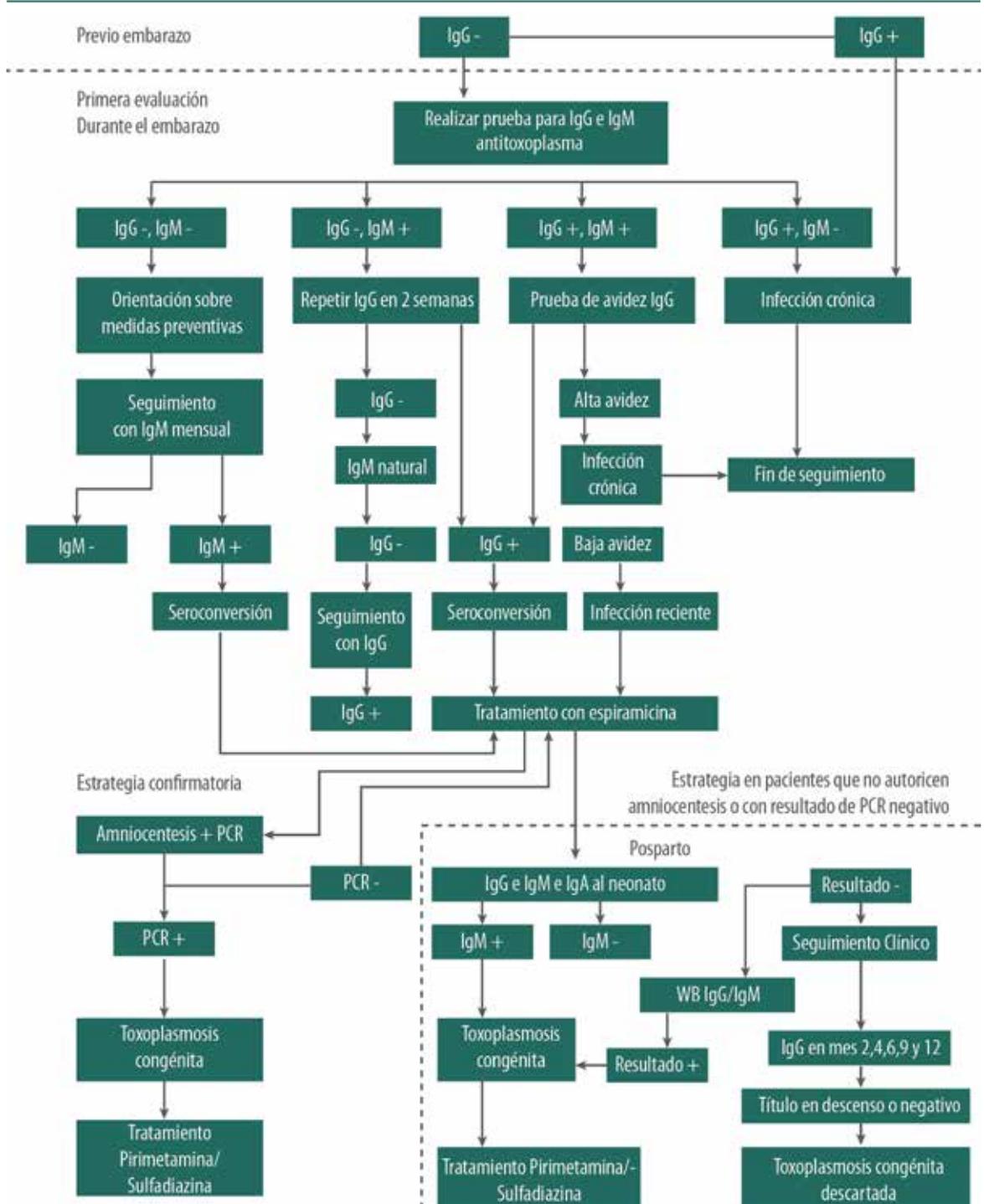
Derivar en forma urgente a un servicio de mayor complejidad y preparado para el manejo correspondiente.

➤ Toxoplasmosis

Es una infección producida por el *Toxoplasma gondii*, este es un parásito protozoario que se adquiere principalmente por la ingestión de carne o productos cárnicos crudos o poco cocinados que contengan los quistes. El agua, la tierra o los vegetales contaminados también son fuente de infección.

Para el diagnóstico de la infección materna se debe solicitar la serología IgG e IgM para toxoplasmosis activa o en busca de la seroconversión. Implementar al comienzo del embarazo medidas educativas y de higiene para la prevención.

FIGURA. 6 FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES ¹⁰



Cuadro de tratamiento en gestantes con infección toxoplásmica contraída durante el embarazo ^{11/12}

Situación clínica	Tratamiento	Dosis	Duración
Infección aguda materna sin confirmación de infección fetal.	Espiramicina	1 g cada 8 h, VO, separadas de las comidas, de preferencia en ayunas.	Hasta el momento del nacimiento. Si se realizara PCR en líquido amniótico y el resultado fuera negativo y se hubiera cumplido por lo menos 4 semanas de tratamiento, se suspenderá el antibiótico.
Si existe hallazgo ecográfico compatible o Si el resultado del Test de Aidez es bajo y presenta resultado positivo del PCR de líquido amniótico (realizado después de las 18 semanas de gestación).	Pirimetamina *	Dosis de carga: 100 mg/día, dividido en 2 dosis, durante 2 días luego, continúa: 50 mg/día VO.	Hasta el final del embarazo.
	Sulfadiazina *	1g (2 Comp. de 500 mg) cada 8 h. VO, en ayunas.	Hasta el final del embarazo.
	Ácido fólico *	5 a 20 mg/día.	Hasta el final del embarazo.

*Si se utiliza este esquema realizar control de hemograma mensual por riesgo de aplasia medular.

*En caso de alergia a alguno de los antibióticos citados remitirse al Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas.

11 Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas, 2018. 1a Edición

12 Adaptado de Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS 3ra. Edición CLAP/SMR

■ Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis

- Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida.
- Usar guantes y lavarse bien las manos después de manipular carne cruda.
- Enjabonar todos los utensilios que estuvieron en contacto con la carne.
- Lavar correctamente los vegetales que se comerán crudos.
- Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Lavarse las manos con agua y jabón después de tocarla.
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos preferentemente con raciones o carne cocida.
- Limpiar los excrementos de los gatos con guante y lavarse las manos con agua y jabón después de hacerlo.

➤ VIH diagnóstico y tratamiento¹³

Es obligatorio ofrecer la prueba de detección de la infección por VIH con consejería a todas las mujeres que acuden a los servicios de atención materno-infantil. El objetivo principal de realizar el tratamiento antirretroviral (TAR) de las gestantes con VIH, es mantener la carga viral indetectable y así evitar la transmisión del VIH de la madre al niño/a. Para cumplir con este objetivo se indica el uso de los medicamentos antirretrovirales durante el embarazo, el parto, la indicación de parto por cesárea, la inhibición de la lactancia materna y la medicación antirretroviral al recién nacido, según normas nacionales del PRONASIDA.

La Ley 3940/09 “Que establece derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por el VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”, garantiza la prevención, el tratamiento y la asistencia a través del PRONASIDA.

■ Los servicios de detección en VIH y aseguramiento deben cumplir con:

- consejería (previo a la prueba y durante la entrega del resultado),
- confidencialidad (se garantiza no revelar a terceros),
- consentimiento informado (garantiza que el usuario conozca y asienta la prueba),
- calidad de resultados (que resultados sean correctos) y,
- conexión a servicios (vincular a la persona diagnosticada a los servicios de atención).

Es importante garantizar el acceso a las pruebas de tamizaje (test rápidos de muestras de sangre o saliva, o prueba de Elisa), si estas son reactivas, deberá seguirse el algoritmo de diagnóstico vigente del PRONASIDA.

Las personas VIH positivas deben recibir asesoramiento sobre derechos, apoyo psicosocial, prevención de ITS, apoyo nutricional, Planificación familiar, conductas, aspectos psicosociales e implicancias médicas del virus, así como atención integral de acuerdo a las normas nacionales.

➤ Sífilis – diagnostico y tratamiento

Es una infección producida por el *Treponema pallidum*. Es de transmisión sexual. Se transmite al feto a través de la vía transplacentaria.

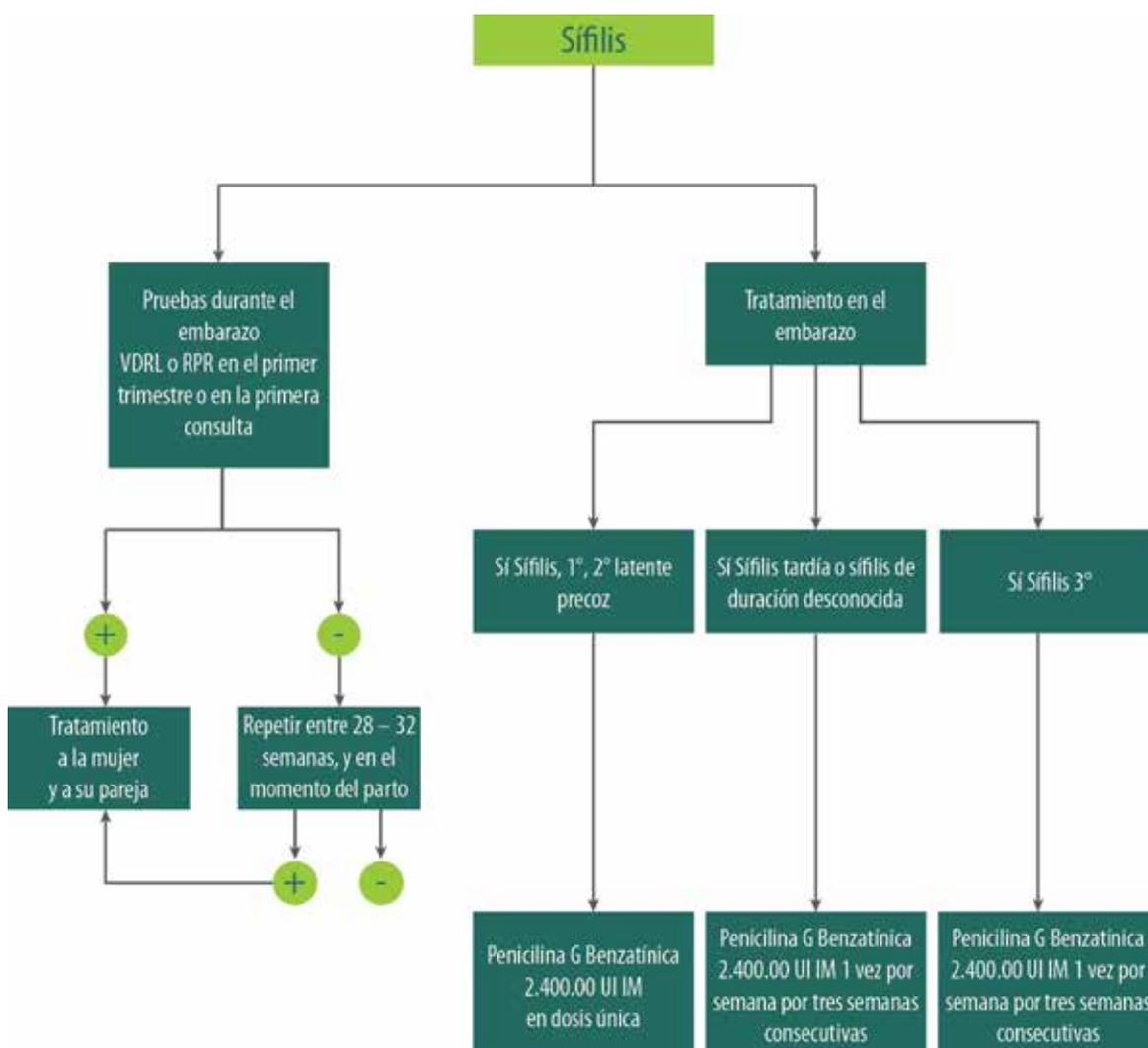
Se debe realizar el tamizaje en la primera consulta prenatal, las pruebas de detección son la VDRL y el test rápido, las que se sugiere realizar en dos oportunidades, una al momento de la captación en la primera visita y otra en el tercer trimestre o en el parto/aborto si no se realizó durante el prenatal.

Si las pruebas son reactivas se debe brindar consejería y tratar a la gestante y a su pareja sexual según el flujograma de manejo (Fig. 7).

Cabe destacar que para la prevención de la sífilis congénita, el tratamiento de la paciente y su pareja debe completarse antes de las 34 semanas de gestación.

Si la prueba es negativa informar cómo prevenir las infecciones de transmisión sexual. En los servicios en los que se cuenta con los recursos suficientes se recomienda la realización de pruebas confirmatorias. Por último, es fundamental registrar, si es o no necesario efectuar el tratamiento y en caso de serlo, si el mismo fue realizado.

FIGURA. 7- FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES¹⁴



- Siempre tratar a la pareja sexual.
- Ofrecer condones para ser utilizados durante el tratamiento.
- La penicilina es el único antibiótico efectivo para prevenir la transmisión vertical de la sífilis, por lo tanto, una embarazada con esta infección que reciba un tratamiento diferente al esquema estipulado, tendrá probablemente un RN con sífilis congénita.
- La incidencia de reacciones alérgicas es poco frecuente, con una incidencia de 1 a 4 por cada 10.000 personas tratadas, y 1 a 2 reacciones anafilácticas graves por cada 100.000 tratamientos. Se estima que solo un 10% de las personas que refieren haber tenido reacciones alérgicas graves a la penicilina permanecen alérgicas.¹⁵

En casos de alergia a la Penicilina, evaluar otros antibióticos según esquema descrito en el Manual Nacional de Normas de Atención de la Principales Patologías Obstétricas

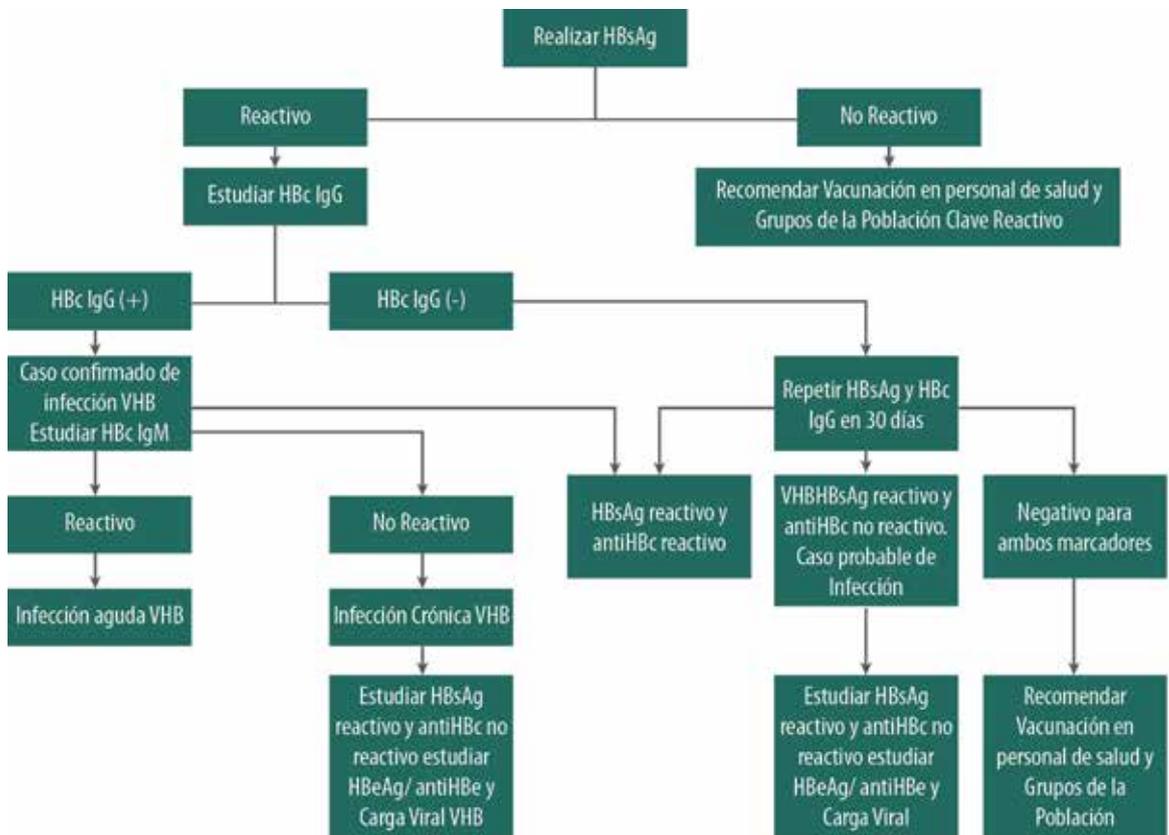
➤ Hepatitis B

Es producida por el virus de la hepatitis B (VHB). El periodo de incubación varía, de 6 semanas a 6 meses. La infección puede ser autolimitada o cronicarse. Puede transmitirse por vía sexual.

Para las personas con hepatitis B aguda no existe tratamiento específico disponible, el tratamiento es de soporte.

Todas las mujeres embarazadas deben realizarse la prueba para HBsAg en la primera visita prenatal (Fig. 8) y durante el parto, si la misma se encuentra en alto riesgo de infección por el VHB. En caso de que tengan HBsAg, se debe comunicar a neonatología y referirla al especialista.

FIGURA. 8 FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES¹⁶



¹⁵ CLAP/SMR N° 1570, Guía clínica para la eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe, 2010

¹⁶ Manual Nacional de Normas de Atención de la Principales Patologías Obstétricas, 2018. 1ª edición

↘ Chagas

Realizar pruebas serológicas para T. Cruzi en los bancos de sangre.

Si la prueba es positiva, informar a la familia sobre los procedimientos y tratamientos a seguir con el recién nacido y derivar a especialista.

El tratamiento quimioterápico está contraindicado durante el embarazo, pero la paciente puede ser sometida a estudios para descartar compromiso cardíaco y garantizarle tanto a ella como al recién nacido, atención obstétrica segura y de calidad.

↘ Virus del zika

El zika se transmite principalmente a través de la picadura de mosquitos del género *Aedes*, especialmente, *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, que han picado antes a una persona infectada. Estos mosquitos son los mismos que propagan los virus del dengue y de la chikungunya.

El virus del zika se transmite a través de:

- La picadura de un mosquito *Aedes* que haya picado antes a una persona infectada.
- De una mujer embarazada infectada al feto durante el embarazo.
- De un hombre o una mujer infectada a sus parejas sexuales.
- Por transfusiones de sangre y por contaminación en el laboratorio.

La infección del zika puede cursar de forma asintomática o presentar síntomas de leves a moderados. En los casos sintomáticos se pueden presentar: exantema maculopapular pruriginoso, fiebre, conjuntivitis no purulenta, cefalea, mialgia y artralgia, astenia, edema en miembros inferiores y menos frecuentemente, dolor retroorbitario, pérdida de apetito, vómitos, diarrea o dolor abdominal. Los síntomas duran de 4 a 7 días y son autolimitados.

Actualmente se reconoce la relación entre la infección por el virus del zika durante el embarazo y las diversas malformaciones del sistema nervioso central del recién nacido. Estas incluyen entre otras a la microcefalia, la cual puede estar presente al momento del nacimiento o desarrollarse de forma tardía, dependiendo de la etapa del embarazo en la que se contrajo el virus. Esta nueva entidad patológica se conoce como el Síndrome Congénito Fetal asociado a la infección por el virus del zika en la mujer embarazada.

Los embarazos en mujeres con zika, pueden resultar en abortos, muertes fetales o muertes al nacer. Los niños que sobreviven pueden presentar diversas manifestaciones, tales como las malformaciones citadas anteriormente que pueden estar presentes al nacer, o desarrollarse de forma tardía. Esto se conoce como Síndrome Congénito Fetal asociado a infección por virus del zika. Además de problemas visuales, auditivos, retraso severo del desarrollo, trastornos neurológicos graves como hipertonía/espasticidad, discapacidad intelectual, convulsiones, retraso del crecimiento, entre otras.

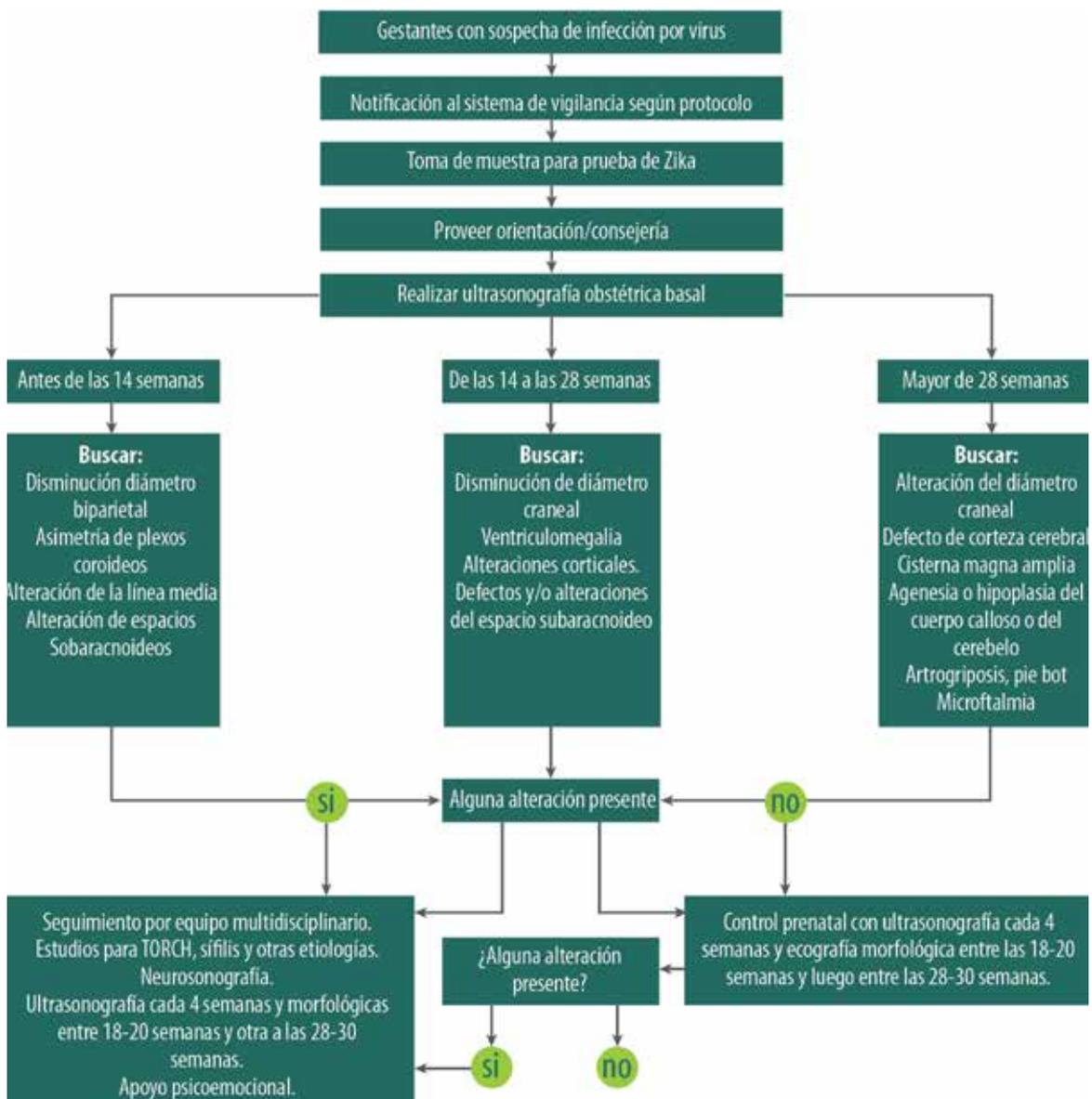
Las embarazadas que han estado expuestas al virus del zika deben ser evaluadas para determinar si presentan infección. El modo más confiable de diagnosticar es utilizando la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real (rRT-PCR). Esta prueba debería ser efectuada en muestra de suero o de orina tomada durante las dos primeras semanas a partir de la aparición de los síntomas. Un resultado positivo en cualquiera de las dos muestras mediante la prueba rRT-PCR es suficiente para confirmar la infección por el virus del zika, y no será necesario realizar otra. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), un resultado negativo en la prueba rRT-PCR no excluye la infección por el virus del zika y el suero debería analizarse mediante la prueba de anticuerpo IgM (serológica).

Hasta el momento, no existe una vacuna para prevenir esta infección, por lo tanto, son las personas las que deben tomar medidas de prevención que apunten, tanto a la eliminación del vector, como a la protección personal, de la vivienda y sus alrededores, como las siguientes:

- Usar repelentes y ropas de color claro que cubran la mayor parte del cuerpo.
- Utilizar correcta y consistentemente el condón o practicar la abstinencia como las únicas medidas de protección personal efectivas para la prevención de la transmisión sexual del virus del zika.
- Emplear ventilador portátil o fijo o aire acondicionado, si estuviera disponible.
- Instalar mallas o telas metálicas en las ventanas y puertas de la casa para prevenir el ingreso de los mosquitos.
- Usar mosquitero para dormir (especialmente durante el día).
- Eliminar la basura y los recipientes que puedan acumular agua donde se cría el mosquito.

Toda embarazada que haya tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja que tuvo o tiene infección por el virus del zika deberá ser observada para descartar que esté infectada, especialmente por el riesgo que representa para el feto.

FIGURA. 9- FLUJOGRAMA. ATENCIÓN DE MUJERES CON CUADRO SOSPECHOSO DE ZIKA



Orina simple

Solicitar examen de orina simple y/o realizar prueba con tira reactiva en todas las gestantes, para evaluar la presencia de glucosuria, proteinuria, leucocitosis y nitritos en:

- la primera consulta antes de las 12 semanas
- entre las 26 y 28 semanas
- entre las 32 y 35 semanas

Además repetir cuando aparece sintomatología urinaria.

Ante el hallazgo de nitritos positivos en orina simple y/o en tira reactiva considerar infección urinaria e iniciar tratamiento. Asimismo, la presencia de albúmina que supera 1 g/L debe llamar la atención.

■ Infección del tracto urinario

Se describen tres síndromes clínicos de infección del tracto urinario (ITU) (Ver cuadro comparativo) y (Fig.10):

- la bacteriuria asintomática (BA), que sin tratamiento se complica con pielonefritis aguda en el 30% de los casos;
- la cistitis, y
- la pielonefritis aguda (PA)

■ Bacteriuria

En mujeres embarazadas sin sintomatología urinaria, debe realizarse tamizaje utilizando el empleo de orina simple y/o tiras reactivas para demostración de gérmenes, de proteínas, nitritos o glucosuria, en orina tomada de forma correcta (chorro medio previa higiene correcta) a realizarse entre las 12 y 14 semanas de gestación a toda mujer embarazada.¹⁷

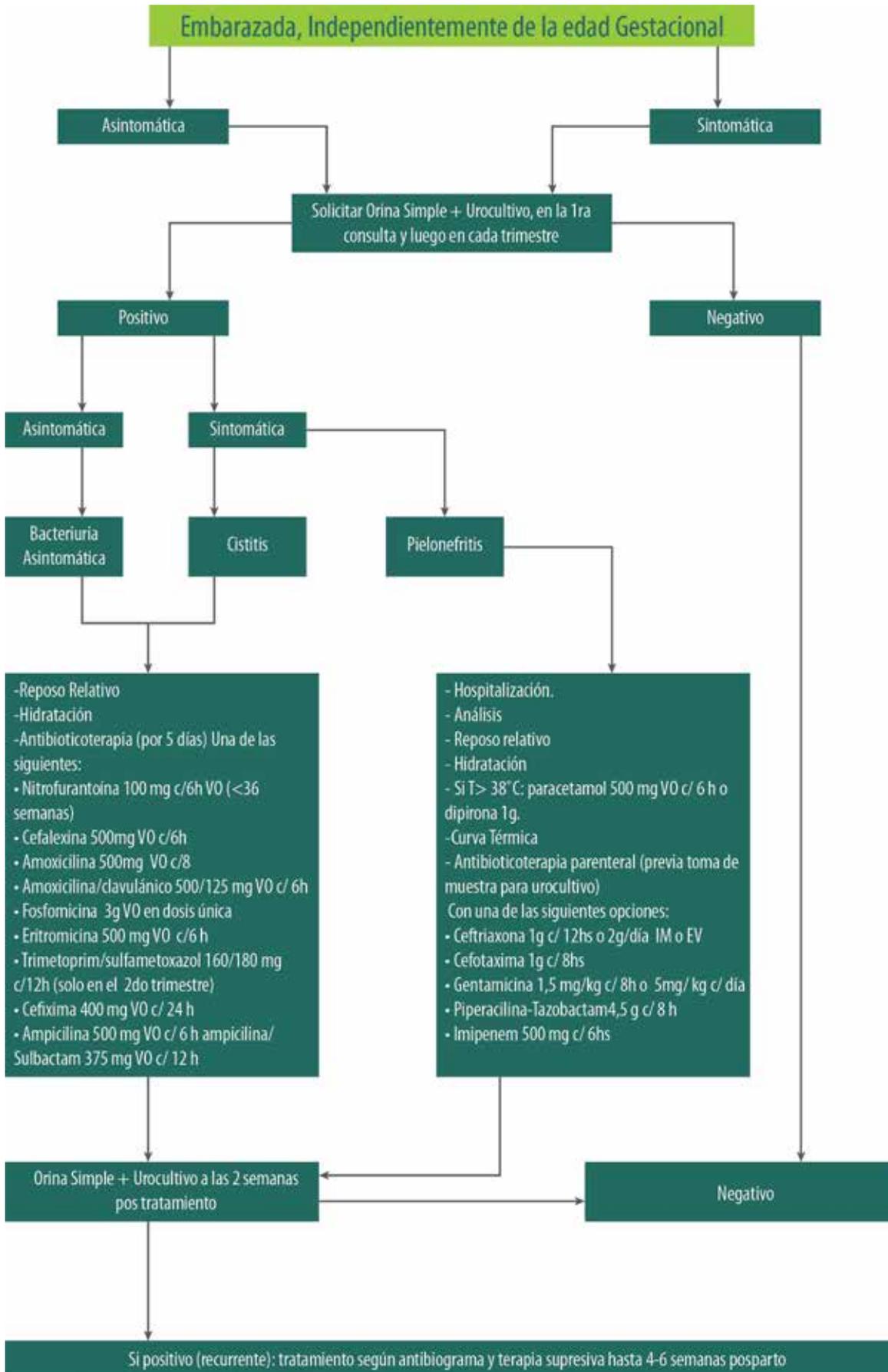
El método con mayor sensibilidad y especificidad para detectar bacteriuria asintomática sigue siendo el urocultivo, que se le debe realizar por primera vez entre las 12 y 14 semanas de gestación a toda mujer embarazada¹⁸ y otro a las 28 semanas. Además, este estudio debe repetirse ante la aparición de sintomatología y/o para seguimiento pos tratamiento.

¹⁷ La combinación de ambos test ofrece resultados positivos mayores a 85% para llegar a un diagnóstico precoz y proporcionar un tratamiento oportuno

¹⁸ El urocultivo realizado a toda gestante entre las 12 a 14 semanas permite detectar el 80% de las bacteriurias asintomáticas

	Bacteriuria asintomática	Cistitis	Pielonefritis Aguda
Signos y síntomas	No hay síntomas.	Dolor abdominal suprapúbico, urgencia miccional, disuria, polaquiuria, nicturia, tenesmo vesical.	Fiebre mayor a 38°C, escalofríos, dolor lumbar, estado general comprometido, cefalea, náusea y vómito, taquicardia, urgencia miccional, disuria, polaquiuria, nicturia. Puño percusión positiva.
Diagnóstico	Orina simple positiva: bacterias presentes y/o tiras reactivas positivas, o urocultivo positivo en el primer trimestre. Urocultivo es positivo con más de 100.000 UFC, de un solo germen, de la toma del chorro medio.	Orina Simple positiva: bacterias, leucocitos más de 10 x campo, eritrocitos pueden estar presentes y/o tiras reactivas positivas o urocultivo positivo. En mujeres sintomáticas: urocultivo es positivo con más de 10.000 UFC, de un solo germen, de la toma del chorro medio. En mujeres sintomáticas con urocultivo negativo, se debe descartar síndrome uretral por Chlamydia trachomatis.	Orina simple positiva: bacterias, leucocitos más de 10 x campo eritrocitos pueden estar presentes y esterasa leucocitaria positiva ,y/o tiras reactivas positivas, o urocultivo positivo. Urocultivo y antibiograma: es positivo con más de 1000 UFC un solo germen, de la toma del chorro medio.
Seguimiento	Repetir urocultivo en la segunda semana pos tratamiento. En caso de ser negativo, realizar control de urocultivo mensualmente (para ver recurrencia).	Repetir urocultivo en la segunda semana pos tratamiento. Realizar control de urocultivo en forma mensual a fin de ver la recurrencia. Si hay infecciones recurrentes, evaluar profilaxis con antibióticos hasta el fin del embarazo o profilaxis pos coital con dosis única de cefalexina 500 mg V/O, siempre que no tenga alergia a este medicamento.	Repetir urocultivo en la segunda semana o cuarta semana. Si hay infecciones recurrentes, evaluar profilaxis con antibióticos hasta el término del embarazo o profilaxis pos coital con dosis única de cefalexina 500 mg V/O.

FIGURA. 10- FLUJograma DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES ¹⁹



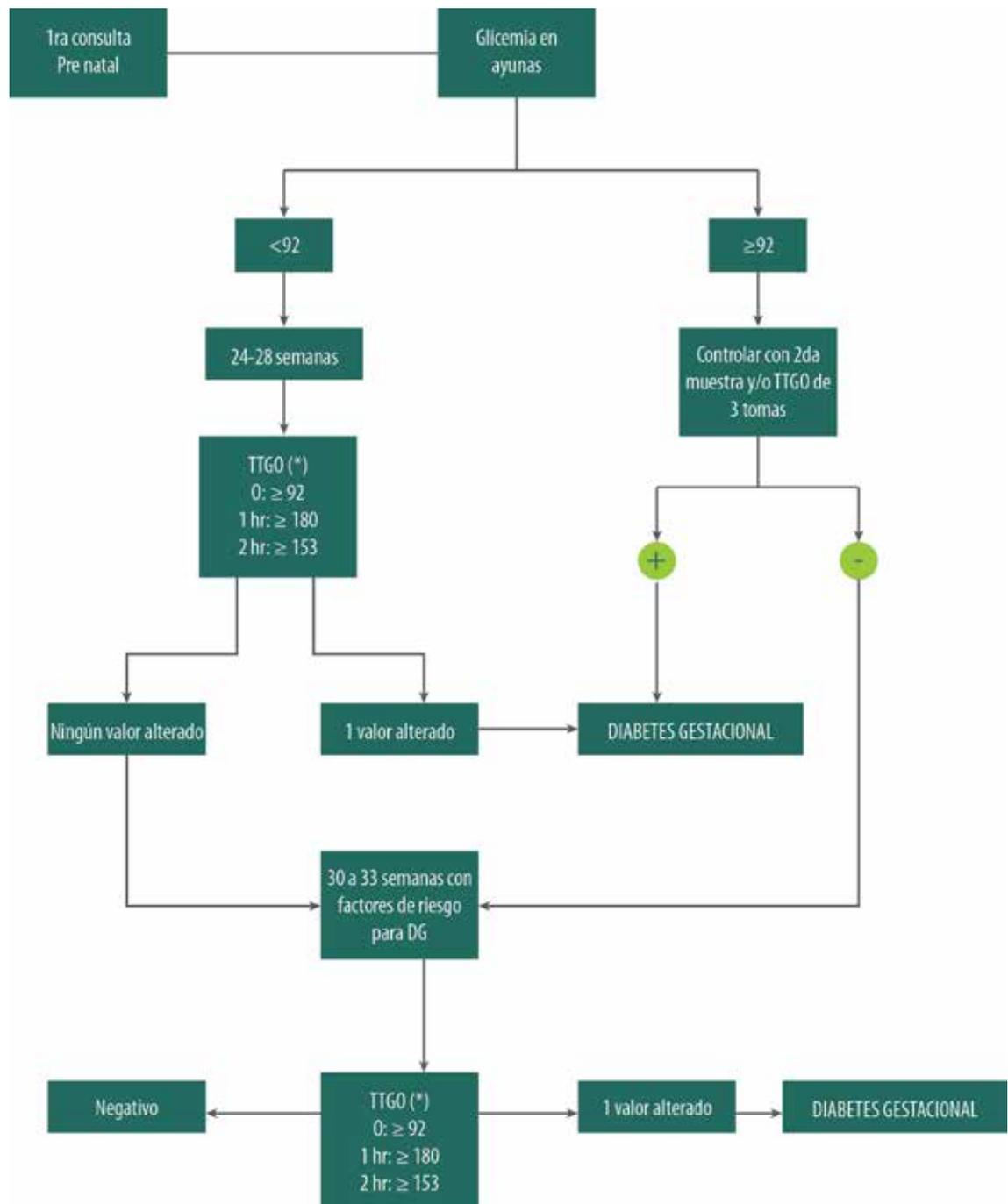
➤ Glucemia en ayunas

Realizar una prueba de glucemia en ayunas en la primera visita prenatal y repetir según esquema.

■ Búsqueda de Diabetes Gestacional

Debe realizarse a toda embarazada, presente o no factores de riesgo, según el esquema de la **Fig. 11**. Sobre todo a aquellas que presenten factores de riesgo para diabetes gestacional, desde la primera consulta.

FIGURA. 11- FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES²⁰



■ Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes gestacional:

- Antecedente de diabetes gestacional en embarazo anterior.
- Edad mayor o igual a 30 años.
- Historia de diabetes en familiares de 1º grado.
- Pacientes con índice de masa corporal de 27 o más al comienzo del embarazo.
- Embarazo anterior con macrosomía fetal (un hijo de 4000 gr o más).
- Abortos recurrentes o muerte prenatal sin causa conocida.
- Síndrome de poliquistosis ovárica.
- Antecedente de bajo a alto peso al nacer de la madre (<2.500 y >4000).
- Antecedente de glucosa alterada en ayunas o intolerancia a la glucosa.
- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Crecimiento fetal disarmónico con circunferencia abdominal mayor de 70 percentil a las 28-30 semanas.
- Glucosuria positiva en la segunda orina de la mañana (con doble vaciado).
- Malformaciones congénitas.
- Signos previos al embarazo de insulinoresistencia.
- DG en embarazo anterior.
- Origen étnico con alta prevalencia de diabetes (latinos, afroamericanos, americanos nativos).

Sería conveniente solicitar anticuerpos anti GAD a pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional, sin factores de riesgo, cuando presenten 2 o más de los siguientes criterios:

- Menores de 25 años.
- Sin antecedentes familiares de diabetes.
- Normal o bajo peso.
- Alteración glucémica que se presenta antes de la semana 20 de gestación.

Las pacientes con diabetes que se embarazaron deben ser derivadas a centros que cuenten con un equipo multidisciplinario. El manejo de esta afección requiere de una atención ginecológica y metabólica especializada, la cual debe estar a cargo de profesionales con experiencia.

↘ Estreptococo B (EGB) 35 - 37 semanas:

Solicitar durante el embarazo la prueba del estreptococo del grupo B (entre las 35 y 37 semanas) a través de la toma mediante hisopado vaginal y rectal. La colonización es transitoria, por lo que el estudio deberá ser efectuado no más de 5 semanas antes del parto. La detección se puede realizar por cultivo o por tiras.

Cabe destacar que el EGB puede atravesar las membranas ovulares sanas, por esa razón la cesárea no previene la transmisión vertical madre-hijo, la medida es realizar profilaxis intraparto.

↘ Preparación para el parto²¹

- Entregar a la mujer la libreta de la embarazada: "Mi Libreta de Control Prenatal" en la primera visita y orientarle sobre su llenado.
- Informar a la mujer y a su familia acerca de los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio.
- Preparar a los padres para cumplir mejor su nuevo rol.
- Ayudar a que la mujer y su acompañante preparen "Mi Plan de Parto incluido en Mi Libreta de Control Prenatal.
- Informar sobre psicoprofilaxis (técnicas de relajación y respiración).
- Contribuir al fortalecimiento de la autonomía y autoestima de la mujer.
- Orientar sobre los signos de alarma durante el embarazo o durante y después del parto y qué hacer si se presentan.
- Sugerir a la mujer y a su acompañante que tengan previsto un medio de transporte en caso de que se presente una complicación durante el embarazo o trabajo de parto.
- Facilitar a la mujer, la identificación y con antelación, a qué servicio de salud acudir ante una emergencia obstétrica y para el parto.

Es conveniente que la mujer y su acompañante visiten el establecimiento de salud donde tendrá el parto, para familiarizarse con el lugar.

➤ Mi Plan de Parto

Durante mi embarazo es fundamental que complete mi plan de parto con los datos solicitados y que responda a todas las preguntas:

1. Nombre del hospital/establecimiento de salud donde quiero tener mi parto:

.....

2. Nombre del hospital/establecimiento de salud al que iré en caso de tener alguna complicación durante el embarazo o parto:

.....

3. Nombre y teléfono de la persona con quien acudiré al establecimiento de salud:

.....

4. Si tengo otros niños, ¿con quiénes se quedarán mientras estoy en el hospital? Nombres y teléfonos de las personas de confianza (familiar, vecino, amigo):

.....

5. ¿Con qué medios de transporte cuento yo y la persona acompañante para trasladarme al establecimiento de salud?

.....

6. ¿Conozco a alguna persona de mi comunidad que podría ayudarme a llegar rápidamente al servicio de salud en el momento que lo necesite (vecino, vecina, familiar, taxista, etc.)?

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

7. Si vivo lejos del establecimiento de salud, ¿Dónde podría hospedarme hasta el término de mi embarazo? Averiguo si hay albergue en el servicio de salud donde decido tener mi parto.

Dirección de lugar:

Teléfono:

8. Recuerdo tener preparado para el momento de mi parto lo siguiente:

Mis ropas y artículos de higiene: camisón, zapatillas, ropa interior, toallas higiénicas nocturnas, toalla, ropa holgada acorde a la estación, cepillo de dientes y pasta dental, jabón, desodorante.

Ropas y artículos de higiene para mi bebé: ositos, batitas, pañales, toalla, gorras, medias y guantes.

- Carné perinatal y mis estudios.
- Cédula de identidad y fotocopia de cédula.

9. Nombres y teléfonos de dos personas que podrían ser donantes de sangre en caso de que necesite:

Nombre:

Teléfono:

Nombre:

Teléfono:

➤ Consejería para la lactancia materna (LM)

El personal de salud debe promover la lactancia materna (LM), asegurándole a la embarazada que la misma no implica problemas de ningún tipo.

Realizar el examen de mamas durante el embarazo puede ser útil para:

- mostrar a la madre cómo aumentan de tamaño sus mamas, el incremento del flujo sanguíneo hacia ellas y los cambios en la sensibilidad, explicando que dichas señales indican que su cuerpo se está preparando para amamantar.
- revisar si existe alguna cirugía previa en tórax o pecho, algún trauma, tumor u otro problema.
- conversar con la mujer sobre la importancia y la utilidad del autoexamen de mamas.

El examen de mamas no tiene por objetivo calificar si las mismas son adecuadas o no para la lactancia pues la evidencia disponible muestra que la forma de los pechos o pezones no influye en la capacidad de amamantamiento. No se necesita la preparación ni del pezón ni del pecho.

Es importante recordar que para una preparación ideal debe dedicarse tiempo para informar y discutir con la embarazada y su acompañante, sobre sus conocimientos, creencias y sentimientos acerca de la lactancia y explicarle las técnicas de amamantamiento, a fin de contribuir a la confianza de la mujer en su habilidad para alimentar a su bebé de forma exclusiva a través de esta vía.

Se debe proporcionar consejería sobre LM, entendiéndose por esta a la entrega reglada y oportuna de las siguientes informaciones en las sucesivas consultas.

1ra consulta	2da consulta	3ra consulta	4ta consulta
Beneficios de la LM exclusiva Discutir las dudas y las preguntas de la mujer	Riesgos y peligros de no amamantar Discutir las dudas y las preguntas de la mujer	Importancia de la buena posición y el agarre. Formas de amamantar Discutir las dudas y las preguntas de la gestante	Los cambios en la leche materna después del parto Importancia del contacto piel con piel y el inicio de la lactancia Derechos del niño Discutir las dudas y las preguntas de la gestante

Las mujeres con VIH necesitan una consejería individual. Se las debe derivar a un especialista para ayudarlas a decidir la mejor forma de alimentar a su bebé, y que esta sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura según cada circunstancia actual y siguiendo las normas de prevención de la transmisión vertical de VIH.

Consulta Prenatal

- **Objetivo:** efectuar las actividades de la **CONSULTA PRENATAL (Fig.12)**
- **Tarea del Cronograma de Actividades en la Consulta:**
Actividades 6 al 16 y 20 al 24- Registra o verifica que estén asentadas en la HCPB, las actividades de la CONSULTA PRENATAL.

FIGURA. 12

CONSULTAS ANTENATALES	dia	mes	año	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presen- tación	FCF (lpm)	movim. fetales	protei- nuria	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales Técnico	próxima cita	

CLAP/SMR del 25/04/2017- Fragmento de HCPB

Actividad 6: Calcular y registrar en la HCPB la edad gestacional de la paciente

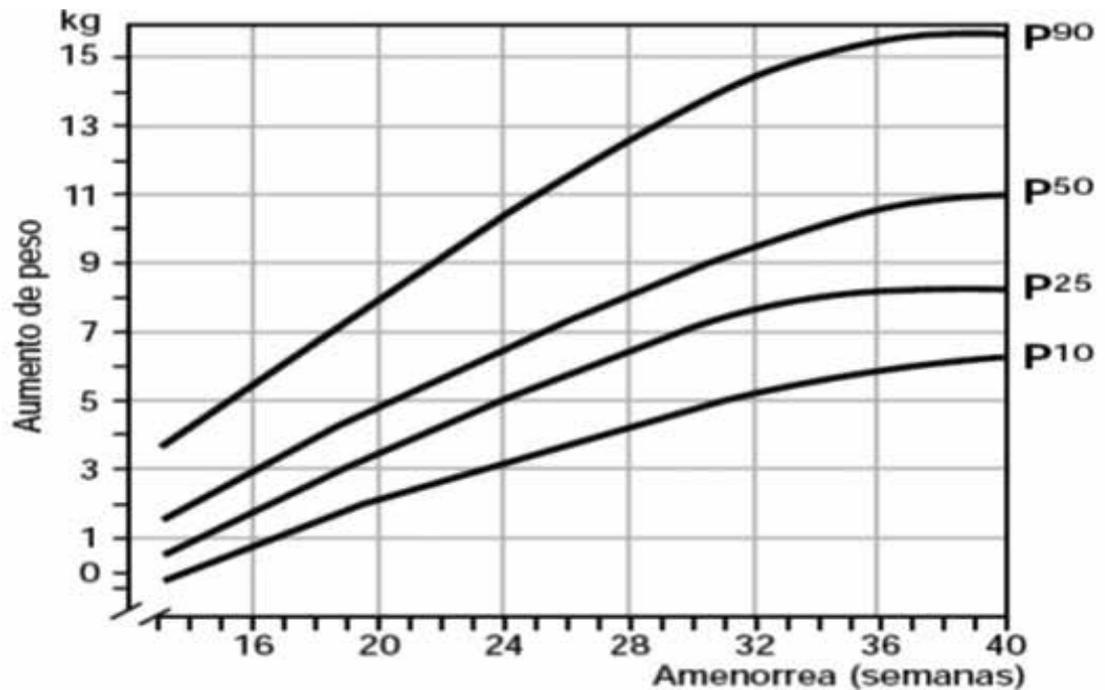
Los métodos habitualmente usados para determinar la edad gestacional son:

- Interrogatorio sobre la amenorrea.
- Evaluación del tamaño del útero, especialmente en el 1er trimestre.
- Antropometría ecográfica.

Actividad 7 y 8: Calcular y registrar en la HCPB el incremento de peso materno en relación a la edad gestacional de la paciente a partir de las 13 semanas de gestación

Se debe tomar el peso en cada control prenatal, con la gestante en ropa liviana y sin calzado. Conviene usar balanzas de pesas las que deberán ser calibradas regularmente. Si la gestante conoce su peso habitual pregravídico, se controlará su incremento, utilizando como patrón de referencia los valores de la figura 13 que también se encuentran graficados en el carné perinatal de CLAP/SMR. Se resta al peso actual el pregravídico y de esta manera se determina el incremento. Complementar la información con la Figura 13 Peso para la Talla según Edad Gestacional de esta norma.

Si el incremento se encuentra fuera de rango, remitir a especialista.

FIGURA. 13- INCREMENTO DE PESO MATERNO EN FUNCIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL

CLAP/SMR del 25/04/2017 - Fragmento de CP

Actividad 9: Verifica el registro de la presión arterial de la paciente en la HCPB

La presión arterial (PA) se deberá controlar en cada consulta y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base.

La técnica para la toma de PA aconseja: tras 5 minutos de reposo, la mujer debe estar relajada, sin prisa y en la posición recomendada; es decir sentada con la espalda bien apoyada, brazo dominante a la altura del corazón, manguito en contacto con la piel. La paciente no debe hablar mientras se realiza la toma.

Factores de riesgo para hipertensión gestacional y preeclampsia:

- Alto riesgo (presentan un de los siguientes factores), administrar Ácido Acetil Salicílico 150 mg, en forma diaria (por la noche), desde la semana 12 hasta las 36 semanas. Además administrar Calcio > 1g/día.
 - historia previa de preeclampsia (en un embarazo anterior)
 - enfermedad renal crónica
 - enfermedad autoinmune (LES, SAF)
 - diabetes tipo 1 o tipo 2
 - hipertensión arterial crónica

- Moderado riesgo (presentan más de un factor) administrar Ácido Acetil Salicílico 150 mg, en forma diaria (por la noche), desde la semana 12 hasta las 36 semanas.
 - primer embarazo
 - edad: adolescentes o mayores de 40 años
 - antecedente familiar de preeclampsia
 - embarazos múltiples
 - intervalo entre embarazos mayor a 10 años
 - IMC >35 Kg/m² en la primera consulta

Los valores que se obtienen difieren según la gestante esté sentada (tabla 1), en decúbito supino o en decúbito lateral.

Tabla 7 - Valores considerados Normales de la Presión Arterial en una Gestante sentada

	LÍMITE SUPERIOR/mmHg	LÍMITE INFERIOR/mmHg
SISTOLICA MENOR DE	140	90
DIASTOLICA MENOR DE	90	55

En caso de registrar valores anormales se debe repetir la toma de presión arterial con la mujer sentada luego de 4 horas de reposo, en decúbito lateral. Si los valores de la segunda medida se encuentran dentro de límites normales, la gestante no deberá ser catalogada como hipertensa y deberá ser citada para control según el cronograma habitual.

Por otra parte los valores alterados de presión arterial diastólica tienen mayor valor pronóstico que los de la sistólica (tabla 7).

CLAP/SMR N° 1562

Tabla 8 - Hipertensión Arterial

Se diagnostica hipertensión en el embarazo si en dos tomas de presión separadas por 4 o más horas:

- Los valores de presión diastólica son de 90 mmHg o mayores.
- Los valores de presión sistólica son de 140 mmHg o mayores.

CLAP/SMR N° 1562

Tabla 9 - Hipotensión Arterial

Se considera hipotensión cuando:

- Los valores de la diastólica son menores a 55 mmHg.
- Los valores de la sistólica son menores a 95 mmHg.

	PREECLAMPSIA SEVERA	PREECLAMPSIA NO SEVERA O SIN ELEMENTOS DE SEVERIDAD (MODERADA)
Diagnóstico	<p>Presión Arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg (rango severo $\geq 160/110$ mmHg) en embarazo >20 semanas (no siempre presente para realizar el diagnóstico).</p> <p>Proteinuria (no siempre presente para realizar el diagnóstico):</p> <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 2+$ (30 mg/dl) en 2 tirillas de orina (tomadas con 6 horas de separación). Muestra aleatoria de orina • ≥ 300 mg (en Orina de 24 horas). • $\geq 0,3$ Cociente Proteinuria/Creatinuria (en una orina simple al azar). • La presencia de proteinuria cambia el diagnóstico, de hipertensión Gestacional al de Preeclampsia. <p>Independientemente a las cifras tensionales, presencia de cualquiera de los síntomas y signos y exámenes de laboratorio (algunas veces presente).</p> <p>SÍNTOMAS Y SIGNOS</p> <p>Si presenta 1 de los siguientes signos o síntomas diagnosticar preeclampsia severa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vasomotores: cefalea (con frecuencia en aumento, que no cede con analgésicos comunes), cambios en la visión (ej.: visión borrosa, fosfenos); tinitus o acúfenos (ej.: zumbido de oído). • Dolor en abdomen superior (dolor en epigastrio o hipocondrio derecho). • Dificultad para respirar (rales a la auscultación pulmonar, debido a fluidos en los pulmones). • Náuseas y vómitos. • Hiperreflexia o clonus. • Oliguria (diuresis menor a 400 ml en 24 horas) • Insuficiencia renal aguda. <p>LABORATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemólisis • Plaquetas < 100.000 mm³ • Disfunción hepática con aumento de transaminasas $>$ doble del rango normal: <ul style="list-style-type: none"> • aspartato aminotransferasa (AST) > 40 UI/L, alanino aminotransferasa (ALT) > 40 UI/L, láctico dehidrogenasa (LDH) > 600 UI/L y bilirrubina aumentada. • Creatinina $> 1,1$ mg/dl o el doble o más de la creatinina sérica de base (en ausencia de otra enfermedad renal). 	<p>En embarazo mayor a 20 semanas, 2 lecturas (tomadas con 4 horas de separación) de: PA sistólica ≥ 140 pero < 160 mm Hg, y/o</p> <p>PA diastólica ≥ 90 pero < 110 mm Hg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proteinuria en tirilla reactiva positiva $++$ • Proteinuria en 24 horas Positiva • Ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad

<p>Manejo</p>	<p>Aplicar protocolo de la estrategia Código Rojo</p>	<p>1) CON GESTACIÓN MENOR A 37 SEMANAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - El objetivo es alcanzar las 37 semanas (siempre que el bienestar materno y fetal permanezcan estables). Realizar esquema de maduración pulmonar fetal entre las 24 y las 34 semanas (ver Protocolo de Patologías Obstétricas). - Mantener la vigilancia porque puede progresar a severa. - Si la PA y los signos de preeclampsia permanecen sin cambios o se normalizaron: controlar a la mujer de manera ambulatoria, 2 veces por semana (monitorear PA, reflejos, condición fetal, signos de severidad). - No dar anticonvulsivantes ni antihipertensivos a menos que esté clínicamente indicado. - Si no se puede dar seguimiento ambulatorio, internarla (Si su PA disminuye a niveles normales o su condición permanece estable, darle de alta y controlarle dos veces por semana la PA, los signos de alarma y el bienestar fetal). <p>2) CON GESTACIÓN MAYOR A 37 SEMANAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interrupción del embarazo por la vía más apropiada.
---------------	---	---

En gestantes con factores de riesgo de hipertensión gestacional y preeclampsia severa. La administración de ácido acetil salicílico en dosis baja diaria de 150 mg a partir de la semana 12 reduce la incidencia de preeclampsia.

■ Uso de Tiras Reactivas para examen de orina:

Procedimiento:

- Limpieza genital de la usuaria y recoger la orina en un colector (desechar el primer chorro).
- Sumergir la tira reactiva en un colector por 2 segundos.
- Sacar la tira y eliminar el exceso de orina.
- Colocar la tira sobre el colector de orina.
- Leer los resultados: a los 60 segundos para glucosa, proteína, nitritos. A los 90 segundos para leucocitos. Tener en cuenta lo que indica el fabricante.

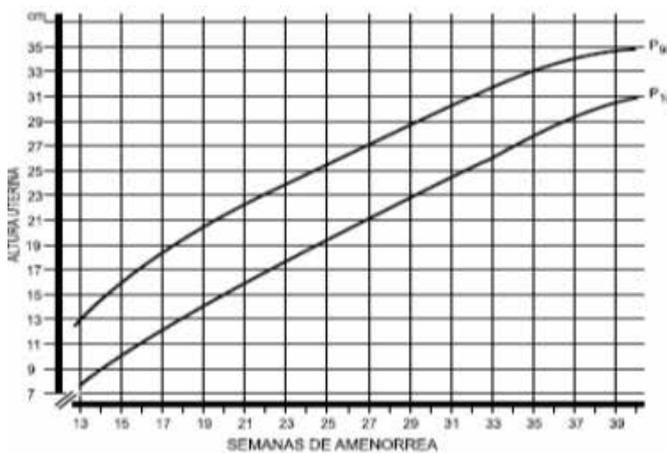
Tener en cuenta:

- Guardar el frasco de las tiras reactivas en un lugar seco y fresco. No en la heladera.
- Una vez abierto el frasco, las tiras son válidas durante 3 meses.
- No tocar el área de prueba de la tira.

Actividad 10: Calcular y registrar en la HCPB la altura uterina en relación a la edad gestacional de la paciente a partir de las 13 semanas de gestación

El CLAP/SMR ha desarrollado curvas de altura uterina en función de la edad gestacional (Fig. 14) en donde los percentiles 10 y 90 marcan los límites de la normalidad. Si la altura uterina se encuentra fuera de rango derivar a especialista.

FIGURA. 14- GRÁFICO DE ALTURA UTERINA EN FUNCIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL Y TÉCNICA DE MEDIDA, CON CINTA ENTRE EL DEDO ÍNDICE Y MAYOR



Patrones normales de la altura uterina en función de la edad gestacional.

Estas curvas fueron diseñadas con poblaciones latino americanas normales empleando como técnica de medida la siguiente:



CLAP/SMR N° 1562- Fragmento de CP

Actividad 11: Evaluar y registrar en la HCPB la presentación fetal a partir de las 28 semanas de gestación

A partir de las 28 semanas se debe determinar la situación y presentación fetal en cada control y realizar las maniobras de Leopold. Los objetivos son determinar:

- Volumen uterino.
- Posición y tamaño fetal.
- Número de fetos.
- Cantidad de líquido amniótico.
- Situación fetal.
- Altura de la presentación.
- Presentación fetal.
- Presencia de contracciones uterinas.

Actividad 12: Evaluar y registrar en la HCPB los latidos fetales

La edad gestacional ideal para detectar latidos es variable y depende principalmente del método que se emplee. Los latidos fetales pueden ser detectados de las siguientes maneras:

- Estetoscopio obstétrico a partir de las 20 semanas.
- Detector Doppler a partir de las 12 semanas.
- Ecografía desde las 6 a 8 semanas.

La frecuencia de los latidos fetales oscila en condiciones normales, entre 120 y 160 latidos por minuto, durante los espacios libre de contracción.

Actividad 13: Evaluar y registrar en la HCPB la motilidad fetal

Rutinariamente a partir de las 20 semanas, interrogar sobre la percepción de movimientos fetales en las últimas 24 horas y si estos tienen una frecuencia normal.

Las formas de verificar los movimientos fetales son:

- Percepción materna.
- Palpación abdominal por un observador.
- Ecografía.

El límite inferior de la normalidad se estima en 10 movimientos en 12 horas o 4 movimientos en una hora.

Actividad 14 y 15: Evaluar y registrar en la HCPB los signos de alarma en el embarazo y otro síntoma o acontecimiento específico que refiera la paciente

La gestante y su acompañante deben estar informados de la edad gestacional, fecha probable de parto y sobre las molestias que son propias de la gestación y de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica, a fin de concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto.

La embarazada y su acompañante deben estar en condiciones de reconocer:

- Sangrado genital.
- Pérdida de líquido por los genitales.
- Contracciones uterinas anormales.
- Hipomotilidad fetal.
- Sensación febril.
- Control de PA en caso de síntomas vasoespásticos.

Ante el hallazgo de cualquiera de estos signos, utilizar la estrategia de código rojo.

Actividad 16: Evaluar y registrar en la HCPB la solicitud de exámenes complementarios de existir la necesidad

Sólo se deben realizar los exámenes y las pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

Actividad 17: Evaluar y registrar en la HCPB el examen genital de la paciente

Los métodos habituales utilizados en el examen genital son:

- Examen de genitales externos.
- Especuloscopia.
- Tacto vaginal, que puede ser reforzado con una mano abdominal. Se evaluaría, el útero/cérvix, la pelvis materna, el móvil fetal, así como la presencia de lesiones, tumoraciones, secreciones o sangre.

Actividad 18 y 19: Realizar y registrar toma de muestra para PAP, test rápido para VIH/sífilis previa consejería

Actividad 20 Y 21: Orientar y registrar sobre:

- Derechos de la embarazada.
- Higiene y vestimenta.
- Nutrición y hábitos fisiológicos y tóxicos (alcohol, tabaco y drogas).
- Cambios físicos y psicológicos.
- Planificación familiar post evento obstétrico.
- Prevención de ITS/HIV/sida y virus del zika.
- Lactancia materna.
- Violencia doméstica, intrafamiliar y basada en género.
- Actividad física, sexual y reposo adecuado.
- Cuidados del recién nacido.

Estas orientaciones serán realizadas con el apoyo del contenido de “Mi libreta de Control prenatal” y del “Manual de atención integral a víctimas en el sistema de salud”

Actividad 22: Orientar sobre el uso de la libreta de la embarazada: “Mi libreta de Control Prenatal”

Estrategia del consultorio de primera consulta²²



↘ Visitas de control

Se actuará según el grado de riesgo con una cronología mínima recomendada de las actividades en las atenciones prenatales.
Frecuencia de las visitas obstétricas
· Recordar: PRIMERA CONSULTA antes de las 12 semanas
· SEGUNDA VISITA: entre las 22 y 26 semanas
· TERCERA VISITA: entre las 27 y 32 semanas
· CUARTA VISITA: entre las 36 y 38 semanas
Se evaluará la necesidad de más visitas según el criterio médico.
Exámenes de rutina en cada visita
· Breve anamnesis (sangrado, leucorrea, vómito, cefalea, edema, movimiento fetal, tránsito intestinal y urinario, etc.)
· Peso
· Tensión arterial
· Altura uterina
· Evaluación de la situación y presentación fetal
· Auscultación fetal
· Evaluación del estado general, presencia de edemas, patología médica acompañante (várices, hemorroides, etc.)
· Examen vaginal (según criterio clínico)
· Evaluación de los hábitos alimentarios
· Análisis de orina
Exploraciones periódicas sistemáticas
· Ecografía obstétrica
a. 8- 14 semanas (edad gestacional, gemelar, patología del huevo, patología ginecológica asociada, etc.)
b. 19- 22 semanas (crecimiento fetal, malformaciones, ubicación placentaria)
c. 32- 36 semanas (crecimiento y nutrición fetal, patología placentaria y funicular, malformaciones, sufrimiento fetal crónico, sexo fetal, biometría fetal, estudio de flujos vasculares, etc.)
Análisis sanguínea y urinaria
a. Semana 32: hemograma y análisis de orina
b. Semana 37: hemograma, pruebas de coagulación, VDRL/HIV
Evaluación del riesgo
Entre las semanas 35 y 38 se hará una evaluación del riesgo de la gestante, parto. Estudio de salud fetal según necesidad

Atención del parto y del nacimiento

Principios generales

Durante la atención del parto, el personal de salud debe reconocer que la mujer es la protagonista de su trabajo de parto y su parto, esto implica el respeto de sus tradiciones, su lenguaje y otros factores de su cultura.

El objetivo de la atención es acompañar el trabajo de parto, identificar de igual manera el grado de riesgo, como las eventuales complicaciones e intervenir oportunamente según las normas vigentes.

Las mujeres en trabajo de parto deben ser tratadas con el máximo respeto, recibir toda la información y participar activamente en la toma de decisiones.

Estándar CONE de estructura para el parto	Indicador
El establecimiento de salud cuenta con los recursos requeridos para los cuidados obstétricos y neonatales completos de acuerdo a la norma.	Porcentaje de recursos con que cuenta el establecimiento de salud para los cuidados obstétricos y neonatales completo.

Estándares CONE de proceso para el parto	Indicadores
Las gestantes en trabajo de parto en servicios CONE- A que no pueden ser referidas, tienen registrado el partograma según la norma.	Porcentaje de gestantes en trabajo de parto en servicios CONE- A que no pueden ser referidas que tienen registrado el partograma según la norma.
Las gestantes en trabajo de parto tienen registrado el partograma según la norma.	Porcentaje de gestantes en trabajo de parto que tienen registrado el partograma según la norma.
Toda gestante que ha tenido su parto en establecimientos con CONE- A, recibe 10 UI de oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del bebé con la seguridad que no se trata de un embarazo múltiple.	Porcentaje de gestantes que han tenido su parto en servicios con CONE A, y que reciben 10 UI de oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del bebé y luego de tener la seguridad que no se trata de un embarazo múltiple.
Toda gestante que ha tenido su parto en el establecimiento con CONE- B, recibe 10 UI de oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del bebé y luego de tener la seguridad que no se trata de un embarazo múltiple.	Porcentaje de gestantes que han tenido su parto en servicios con CONE B, y que reciben 10 UI de oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del bebé y luego de tener la seguridad que no se trata de un embarazo múltiple.
Toda gestante que ha tenido su parto en el establecimiento con CONE- C, recibe 10 UI de oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del bebé y luego de tener la seguridad que no se trata de un embarazo múltiple.	Porcentaje de gestantes que han tenido su parto en servicios con CONE- C, y que reciben 10 UI de oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del bebé y luego de tener la seguridad que no se trata de un embarazo múltiple.
A toda/o recién nacida/o se le realiza y registra en la historia clínica materno perinatal las actividades de atención de acuerdo a la norma, incluyendo ligadura tardía, apego precoz y lactancia materna durante la primera hora de vida.	Porcentaje de recién nacidas/os, a los que se realiza y registra en la historia clínica materno perinatal, las actividades de atención de acuerdo a la norma.

Estándares CONE de resultado para el parto	Indicadores
Las gestantes que acuden para atención del parto en establecimientos con CONE- B, están satisfechas con la atención recibida.	Porcentaje de gestantes que acuden para atención del parto en establecimientos con CONE- B, y que están satisfechas con la atención recibida.
Las gestantes que acuden para atención del parto en establecimientos con CONE- C, están satisfechas con la atención recibida.	Porcentaje de gestantes que acuden para atención del parto en establecimientos con CONE- C, y que están satisfechas con la atención recibida.
Los casos de morbilidad más frecuentes (3 primeros) de la madre y del neonato atendidos en el hospital, tienen un proceso de análisis de acuerdo al reglamento del Comité de Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal.	Porcentaje de casos más frecuentes (3 primeros) de morbilidad materna y neonatal atendidos en el hospital que tienen un proceso de análisis de acuerdo al Reglamento del Comité de Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal.
Las muertes maternas ocurridas en el área de influencia del establecimiento tienen o están en un proceso de investigación epidemiológica de la muerte, de acuerdo al Reglamento del Comité de Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal.	Porcentaje de muertes maternas ocurridas en el área de influencia del establecimiento que tienen o están en un proceso de investigación epidemiológica por el Comité de Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal según el reglamento.

En esta etapa de la atención el equipo de salud debe garantizar:

- El trato respetuoso y amable a la madre, y el respeto a su privacidad.
- El respeto al derecho que tiene la mujer de elegir la posición en la que desea permanecer durante el trabajo de parto y el parto: se le debe incentivar a que adopte la que le resulte más cómoda, ya que esto reduce el dolor, y genera más satisfacción, es importante por eso dar libertad de movimiento durante el preparto.
- El acompañamiento a la mujer durante el trabajo de parto y parto por un familiar o por la persona de su elección (considerar eventualmente la participación de personas voluntarias); que hayan recibido la preparación previa durante el control prenatal.
- Monitoreo de los efectos de la medicación para el dolor en el recién nacido.
- Contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento.
- Apoyo y ayuda al iniciar el amamantamiento.
- La permanencia de la madre junto a su hijo/a.
- La contención emocional de la madre y la comunicación e información sobre el estado de su bebé de manera precisa y oportuna.
- La atención del parto deberá ser atendida por un/a profesional calificado/a.
- El personal de salud que recibe a las embarazadas, es el que determina el grado de riesgo e identifica eventuales complicaciones. Además es el encargado de informar a los familiares o acompañantes sobre la evolución del parto y del nacimiento o sobre cualquier tipo de complicación.
- La gestante puede consultar en cualquier momento, sola o acompañada.

Si es un establecimiento escuela, pedir a la mujer su autorización para el ingreso de estudiantes o pasantes, que no deben ser más de dos por procedimiento

Parto intercultural

Definición

La atención del parto culturalmente adecuado implica, además de la libre elección por parte de la mujer de la posición en la que va a parir, la incorporación de un conjunto de acciones y actitudes dirigidas a incrementar el acceso de comunidades y pueblos indígenas a la atención institucional del parto.

Estas acciones y actitudes pueden resumirse en:

- Mejorar el trato interpersonal, cordial y respetuoso por parte del personal de salud y administrativo. Identificar cuáles son las características culturales locales que deben ser tenidas en cuenta durante la atención del embarazo y del parto y que son necesarias para respetar las tradiciones de todas las mujeres y así satisfacer sus necesidades y requerimientos.
- Permitir el acompañamiento de la pareja, familiares y la partera de la comunidad durante el trabajo de parto y posparto.
- Permitir que la paciente escoja la posición más cómoda para el parto.
- Mejorar las habilidades para comunicarse en el idioma nativo de la mujer y persona acompañante.
- Brindarle confianza tanto a ella como al acompañante de su preferencia, atendiendo sus inquietudes e informándoles de manera adecuada y oportuna sobre su proceso de parto.
- Permitir que se lleven a cabo prácticas tradicionales que la madre considere importante, como por ejemplo: el consumo de bebidas o alimentos especiales, acceso a la placenta por parte de la madre, la familia o comunidad. Respetar que no quiera bañarse.
- Aceptar a los numerosos miembros de la familia o comunidad indígena que habitualmente acompañan a la mujer embarazada.

Trabajo de parto

Definición

Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que tienen por objeto la expulsión del producto de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural o canal del parto.

Tiempos del trabajo de parto

1. Borramiento y dilatación.
2. Expulsión del feto.
3. Alumbramiento de la placenta.

Para los efectos de esta norma se establece que el trabajo de parto se ha iniciado, cuando se presentan contracciones uterinas periódicas y regulares. Dos o más contracciones cada 10 minutos, que duren aproximadamente entre 20 y 40 segundos durante dos horas o más. El trabajo de parto puede dividirse en dos fases según el grado de dilatación:

- Fase latente: con dilatación del cuello uterino de 2 a 3 cm.
 - No se ha establecido una duración estándar de la fase latente del periodo de dilatación y puede variar de una mujer a otra.
- Fase activa: con dilatación del cuello uterino igual o mayor a 4 cm.
 - La fase activa del periodo de dilatación total del cuello uterino, generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos.

Diagnóstico del período y la fase del trabajo de parto

Signos y síntomas	Periodo	Fase
Cuello uterino no dilatado	Trabajo de parto falso No hay trabajo de parto	
Cuello uterino dilatado menos de 4 cm	Primer	Latente
Cuello uterino dilatado de 4 - 9 cm Tasa de dilatación característica de 1 cm por hora o más Comienza el descenso fetal	Primer	Activa
Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm) Continúa el descenso fetal No hay deseos de pujar	Segundo	Temprana (no expulsiva)
Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm) La parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis La mujer tiene deseos de pujar	Segundo	Avanzada (expulsiva)

■ Recomendaciones

Durante la consulta, todo personal del establecimiento de salud debe:

- Brindar una bienvenida cálida que revele la predisposición de acoger.
- Respetar las particularidades culturales y las circunstancias personales y familiares.
- Presentarse y saludar cordialmente a la mujer y a sus acompañante/s (familiares, amigos, partera).
- Lavarse las manos con agua y jabón, secárselas con una toalla limpia y seca.
- Hablar el idioma de la mujer o buscar a alguien que lo haga.
- Estimular a la mujer a que un acompañante permanezca a su lado si lo desea.
- Respetar las pautas culturales de la mujer.
- Asegurar un ambiente adecuado, así como la privacidad y la confidencialidad **durante toda la consulta**:
 - Garantizando que ella permanezca con la bata o ropa que elija.
 - Cubriéndola durante el examen ginecológico.
 - Proporcionándole privacidad con un biombo o cortina que la separe del resto si es necesario.
- Explicarle a ella y a su acompañante el procedimiento y animarles a hacer preguntas.
- Responder con un lenguaje sencillo. Informar sobre los métodos para controlar el dolor, así como sobre sus condiciones clínicas, signos de alarma y los criterios para pasarla a sala de parto.
- Ayudar a la mujer a subirse a la cama o mesa de examen de ser necesario.
- Averiguar y brindarle apoyo si tiene sed, frío/calor, deseo de orinar, etc.
- Solicitar el carné perinatal y/o Mi libreta de Atención Prenatal si lo tiene, y adjuntar a su historia clínica. Verificar que los datos estén completos y en caso contrario preguntar y registrar la información que falta.
- Chequear la presencia de los resultados de serología solicitados durante el prenatal: VIH, VDRL (y actualizarlos de ser necesario), además del grupo sanguíneo.
- Calcular y registrar la edad gestacional y la fecha probable de parto. Confirmar la edad gestacional en caso que no haya una fecha de última menstruación confiable o una ecografía precoz (que haya sido antes de las 20 semanas), con el examen físico, ginecoobstétrico.
- Monitorear la presencia o aparición de signos de alarma utilizando de guía **la hoja de alerta precoz**, y en caso de que se presenten, aplicar las medidas necesarias para estabilizar a la embarazada y derivarla oportunamente de acuerdo a normas vigentes.
- Preguntar a la mujer sobre el motivo de consulta y registrarlo en la historia clínica:
 - Momento en el que empezaron las contracciones más intensas.
 - Características de las contracciones uterinas: frecuencia, tiempo de duración e intensidad.
 - Aspectos del líquido amniótico: si ha perdido líquido: cuándo, qué color y olor.
 - Si ha tenido sangrado vaginal, cantidad, color, olor y el momento de inicio del mismo.
 - Si siente los movimientos del bebé.
 - Medir y registrar signos vitales: presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria y pulso.

- Realizar y registrar el examen físico completo.
 - Evaluar altura uterina y su correlación con la edad gestacional.
 - Identificar la situación y presentación fetal.
 - Evaluar el grado de encajamiento por palpación abdominal y tacto vaginal.
 - Controlar la dinámica uterina (frecuencia y duración de las contracciones durante 10 minutos).
 - Auscultar y registrar la frecuencia cardíaca fetal en un minuto.
 - Ponerse guantes en ambas manos para realizar el examen vaginal (especuloscopia y tacto).
 - Utilizar guantes estériles en casos necesarios.
- Explicar los hallazgos a la mujer y a su acompañante.
- Internar a la paciente si tiene criterios de hospitalización.

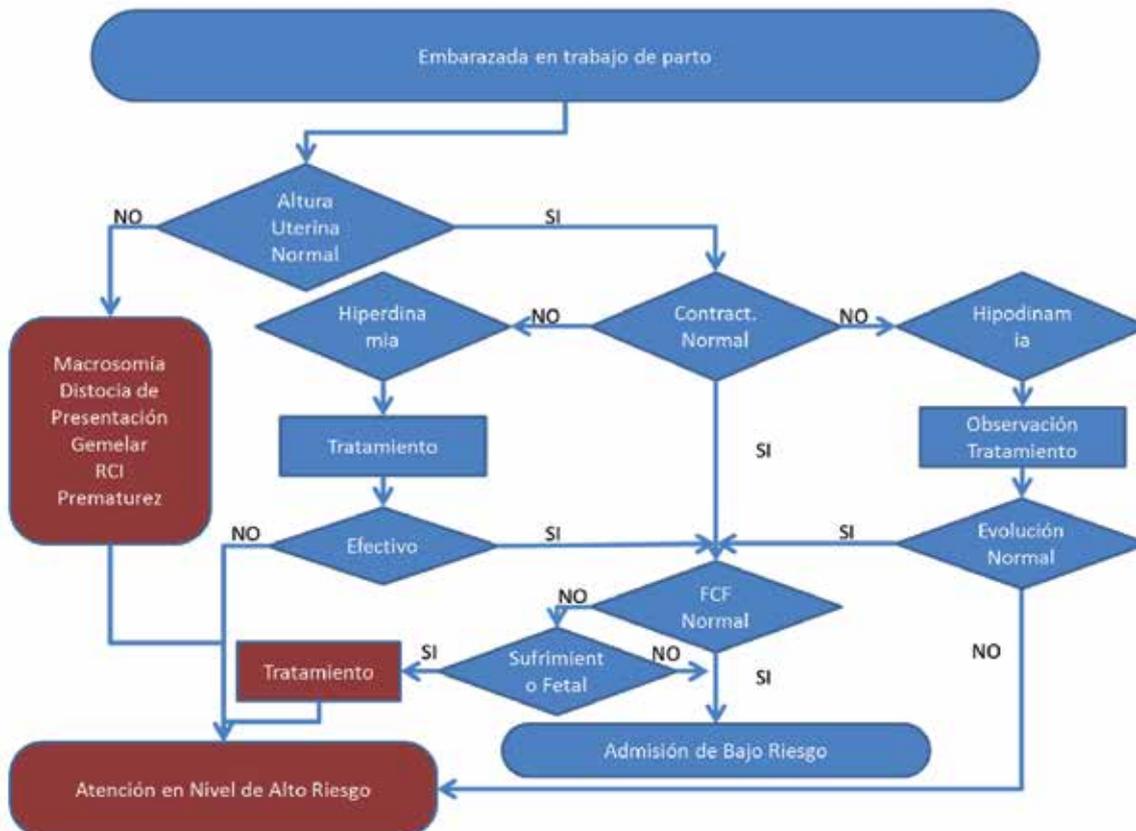
■ Criterios de internación

- Toda mujer embarazada en fase activa del trabajo de parto.
- Toda mujer embarazada con un signo de alarma :
 - Hipertensión arterial.
 - Síntomas vasoespásticos (cefalea, acúfenos, fosfenos y/o epigastralgias).
 - Convulsiones.
 - Alteración de la conciencia.
 - Genitorragia.
 - Pérdida de líquido por la vagina.
 - Contracciones uterinas dolorosas y persistentes.
 - Fiebre.
 - Ausencia de movimientos fetales.
 - Dificultad respiratoria.
 - Vómitos frecuentes y excesivos.
- Toda mujer embarazada de término, en fase latente de trabajo de parto y condiciones socioeconómicas desfavorables:
 - Domicilio alejado.
 - Pobreza extrema.
- En situaciones especiales se recomienda evaluar la necesidad de internación precoz y acompañamiento diferenciado:
 - Adolescentes.
 - Víctimas de violencia de género y/o sexual.
 - Discapacidad física y/o mental.

Los servicios con albergues deben ofrecer hospedaje a toda embarazada que no esté en trabajo de parto y a su acompañante, si es que se encuentran en condiciones socioeconómicas desfavorables y/o en una situación especial que les dificulte el regreso al servicio.

De no indicarse la internación, informar a la embarazada y persona acompañante sobre los signos de alarma para una reevaluación profesional.

Fuente: Adaptado de Guías para el CONTINUO DE ATENCION de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS. Publicación Científica CLAP/SMR N° 1562



Parto vaginal

■ Definición

Es el parto que se inicia espontáneamente, sin signos de alarma materna, ni fetal, manteniéndose como tal hasta el alumbramiento y en el que nace un niño o niña de forma espontánea, con una edad gestacional entre las 37 y 41,6 semanas.

↘ Atención del parto normal

■ Definición

Se refiere a los cuidados y controles que se brindan a una embarazada en trabajo de parto para detectar alguna alteración que necesite intervención médica o quirúrgica.

■ Recomendaciones

Elaborar el plan de atención según hallazgos:

- Atención respetuosa de la maternidad, cuidando la dignidad, confidencialidad y privacidad de la mujer.
- Brindar una comunicación efectiva, con métodos simples y culturalmente aceptables.
- Invitar a la embarazada para que durante el trabajo de parto:
 - Tenga una persona acompañante si las condiciones lo permitan.
 - Consuma líquidos o alimentos livianos cuando lo solicite.
 - Orine regularmente y defeca cuando tenga el deseo de hacerlo.
 - Camine y cambie de posición de acuerdo a su deseo y comodidad durante su trabajo de parto y parto.
- Se aconseja realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.
- Aliviar el dolor según esquema Manejo del Dolor durante el parto, detallado más adelante.
- Asegurar la privacidad durante el trabajo de parto con el mínimo posible de personas. presentes durante el mismo, dentro de un ambiente tranquilo, silencioso y con luz tenue.
- Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto.
- La venoclis y la sonda vesical de rutina son innecesarias.
- No realice enema.
- No realice rasurado.
- No realice episiotomía de rutina.

↘ Manejo del dolor durante el parto vaginal

■ Definición

Son todas las estrategias útiles para atenuar el dolor de la mujer durante el trabajo de parto.

■ Clasificación

- No farmacológico
- Farmacológico

■ Métodos no farmacológicos de alivio del dolor

- Información durante el prenatal, los clubes de madres, y los talleres para padres, sobre técnicas y/o estrategias para disminuir el dolor en el parto.
- Acompañamiento durante el parto: con calidez y respeto, por parte de la persona que ella haya elegido para este momento.
- Adopción de la postura que prefiera: en la cama o fuera de ella, sentarse o caminar sin interferencias.
- Baño o ducha tibia: ofrecerlo en cualquier momento del trabajo de parto.
- Masajes: dados por su acompañante son una buena manera de combatir el dolor y el miedo.
- Ambiente tranquilo: en sala de partos es fundamental para lograr que la mujer se relaje y sienta menos dolor, luces tenues, intimidad y silencio.
- Tener en cuenta para estos puntos, la Guía Técnica PIM/DIT.

■ Métodos farmacológicos de alivio del dolor

- Analgesia epidural es una anestesia que se aplica localmente y es administrada por un proveedor calificado, con el fin de bloquear las terminaciones nerviosas en su salida de la médula espinal.

■ Indicaciones

- Parto instrumentado (fórceps, vaccum).
- Distocias de trabajo de parto.
- Trabajo de parto con dolor mal tolerado.

■ Condiciones

El parto debe transcurrir en un hospital equipado, el proveedor calificado que realizó la anestesia debe estar presente todo el tiempo y la gestante debe ser supervisada en forma continua.

En la atención del parto normal los métodos no farmacológicos deben priorizarse. La analgesia epidural es muy útil en algunos partos, como los distócicos, prolongados o con dolor mal tolerado. Sin embargo, utilizarla de manera rutinaria, medicaliza el parto innecesariamente.

↘ Asistencia durante el periodo de dilatación (primer periodo)

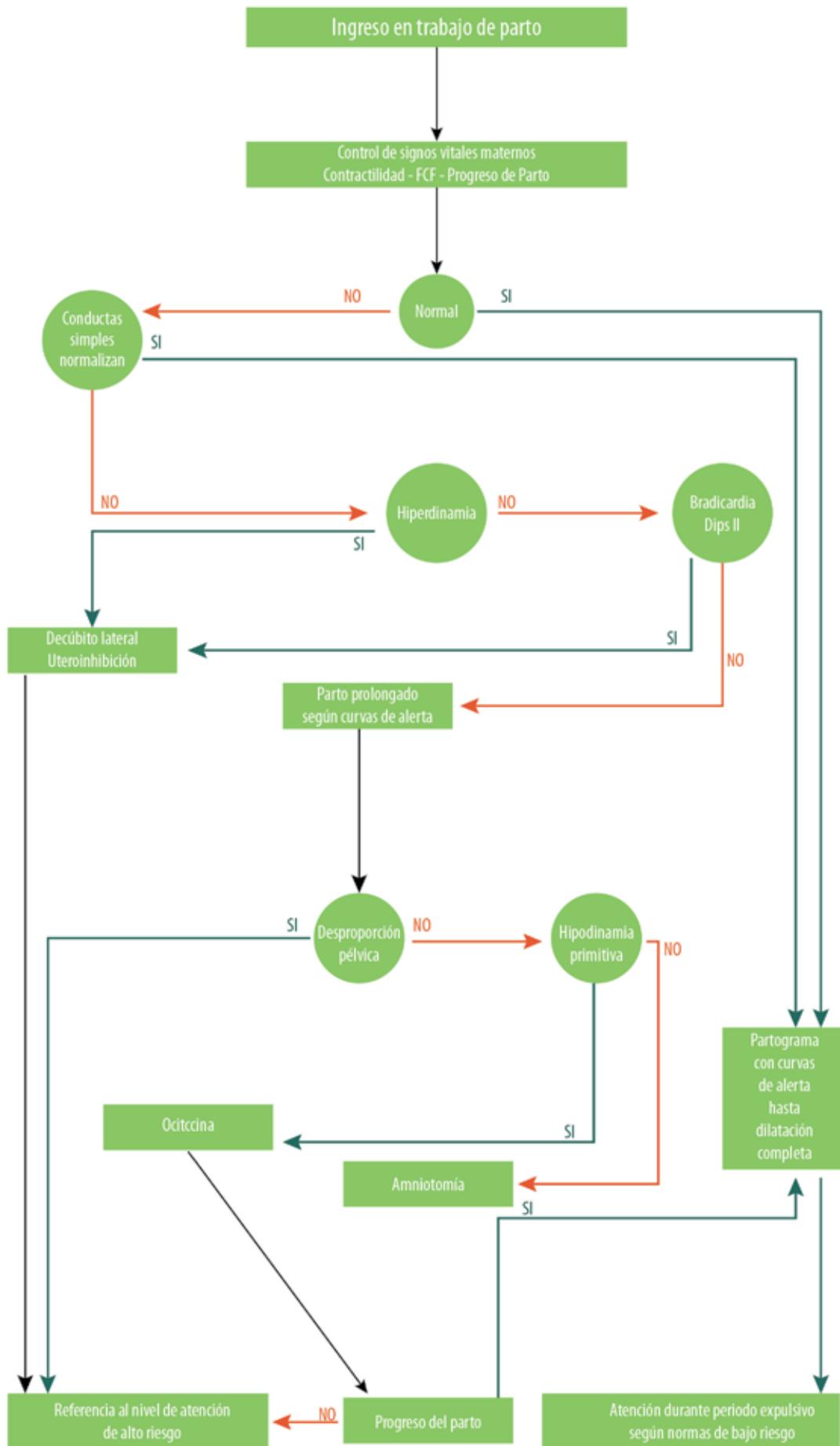
■ Definición

Son los cuidados administrados en la fase activa del trabajo de parto.

■ Recomendaciones

- Explicar a la mujer y a su acompañante, siempre de manera sencilla, los procedimientos a realizar cada vez que sea necesario.
- Tener en cuenta en todos los procedimientos la prevención de infecciones (lavado de manos y uso de guantes) y el manejo de objetos corto punzantes.
- Preguntar a la mujer sobre sus deseos de orinar, defecar o de asearse, invitándola a pasar al sanitario cada vez que necesite.
- Apertura del partograma con 4 cm de dilatación. Medir y registrar los controles en la frecuencia establecida en el mismo.
- Evitar examinarla durante una contracción.
- Restringir el número de tacto vaginal en base a hallazgos clínicos.
- Evitar la venoclisis de rutina.
- No realizar enema.
- Evitar el sondaje vesical de rutina. Realizarlo, solo en base a hallazgos clínicos.
- Permitir a la mujer que se movilice según desee y que adopte la posición que le sea más cómoda.

ESQUEMA DE DECISIONES DURANTE EL PERIODO DE DILATACIÓN



➤ Profilaxis intraparto para pacientes con estreptococo Grupo B

Realizar profilaxis a toda gestante con resultado positivo para la presencia de Estreptococo Grupo B en secreción vaginal o rectal realizada durante la atención prenatal.

- **De elección prioritaria:** penicilina G sódica 5.000.000 UI, endovenosa. Repetir 2.500.000 UI, endovenosa, cada 4 horas hasta que se produzca el parto.
- **De segunda elección:** ampicilina 2 g endovenosa. Luego 1 g endovenosa cada 4 h. hasta que se produzca el parto.
- **En caso de alergia a la penicilina y derivados:** cefazolina/cefalotina 2g endovenosa, luego 1g cada 8 horas hasta el parto, o clindamicina 900 mg endovenosa cada 8 h hasta el parto.
- **En caso de alergia mayor a la penicilina y derivados:** clindamicina igual esquema al anterior.
- **En caso de resistencia del EGB a la clindamicina:** vancomicina 1g endovenosa cada 12 horas hasta el parto.

Fuente: Infección perinatal por Estreptococo del grupo B: Panorama global, en América latina y México

Control del progreso del trabajo de parto - uso del partograma

■ Definición

Es una herramienta para el adecuado control del progreso del trabajo de parto. Debe ser utilizada en todas las unidades de maternidad para manejar el trabajo de parto, y servir de ayuda en la toma de decisiones.

■ Recomendaciones

- Inicie el registro de la dilatación sobre la línea de alerta. El registro gráfico comienza en la fase activa cuando el cuello uterino tiene 4 cm de dilatación en adelante, donde la evolución normal debe mantenerse sobre la línea de alerta o hacia la izquierda.
- Cada 30 minutos evalúe y registre:
- Frecuencia cardíaca fetal. No olvide trazar las líneas que unan la FCF, el progreso de la dilatación y el progreso del descenso de la presentación y pulso materno.
- Contracciones uterinas (número y duración en 10 minutos).
- Pulso materno.
- Cada 2 horas registrar la temperatura.
- Cada 4 horas registrar la presión arterial.
- Al realizar examen vaginal:
- Registrar el estado de las membranas y las características del líquido amniótico.

- Registrar el grado de moldeamiento del cráneo fetal.
- Graficar la dilatación cervical.
- Dibujar el plano de descenso de la cabeza.

Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.

Hay situaciones en las cuales es necesario realizar el examen vaginal con más frecuencia: cuando la intensidad y frecuencia de las contracciones disminuyen, ante la pérdida repentina de líquido amniótico, cuando la embarazada refiere la necesidad de pujar o antes de administrar analgesia

- Registrar cantidad de orina.
- Si los parámetros encontrados son normales continuar con el mismo plan de atención (libre deambulación, hidratación oral, alimentación liviana, cambio de posición, etc.).
- Si los parámetros NO son normales, identificar complicaciones, registrar el diagnóstico y ajustar el plan de atención según los hallazgos para evaluar la vía de terminación del parto. Si es necesaria la referencia, debe efectuarse siempre que el parto no sea inminente.
- Registrar el horario de las observaciones. Como complemento se cargará en la hoja del partograma la hora de nacimiento, la condición, el sexo, el peso, el Apgar y Capurro del RN. Todo ello en el margen derecho de la línea de acción o en el borde derecho del partograma.

Cuando la línea de dilatación se desvía hacia la derecha evaluar las posibles causas del enlentecimiento del trabajo de parto, considerando las otras variables del partograma (dinámica uterina, estática fetal, probable desproporción fetal) y tratar de corregir las causas.

Las 4 horas existentes entre las líneas de alerta y de acción, es un tiempo prudencial acordado para permitir la remisión oportuna al centro de mayor complejidad más cercano para reevaluar y tratar de corregir las causas del enlentecimiento y procurar un parto vaginal.

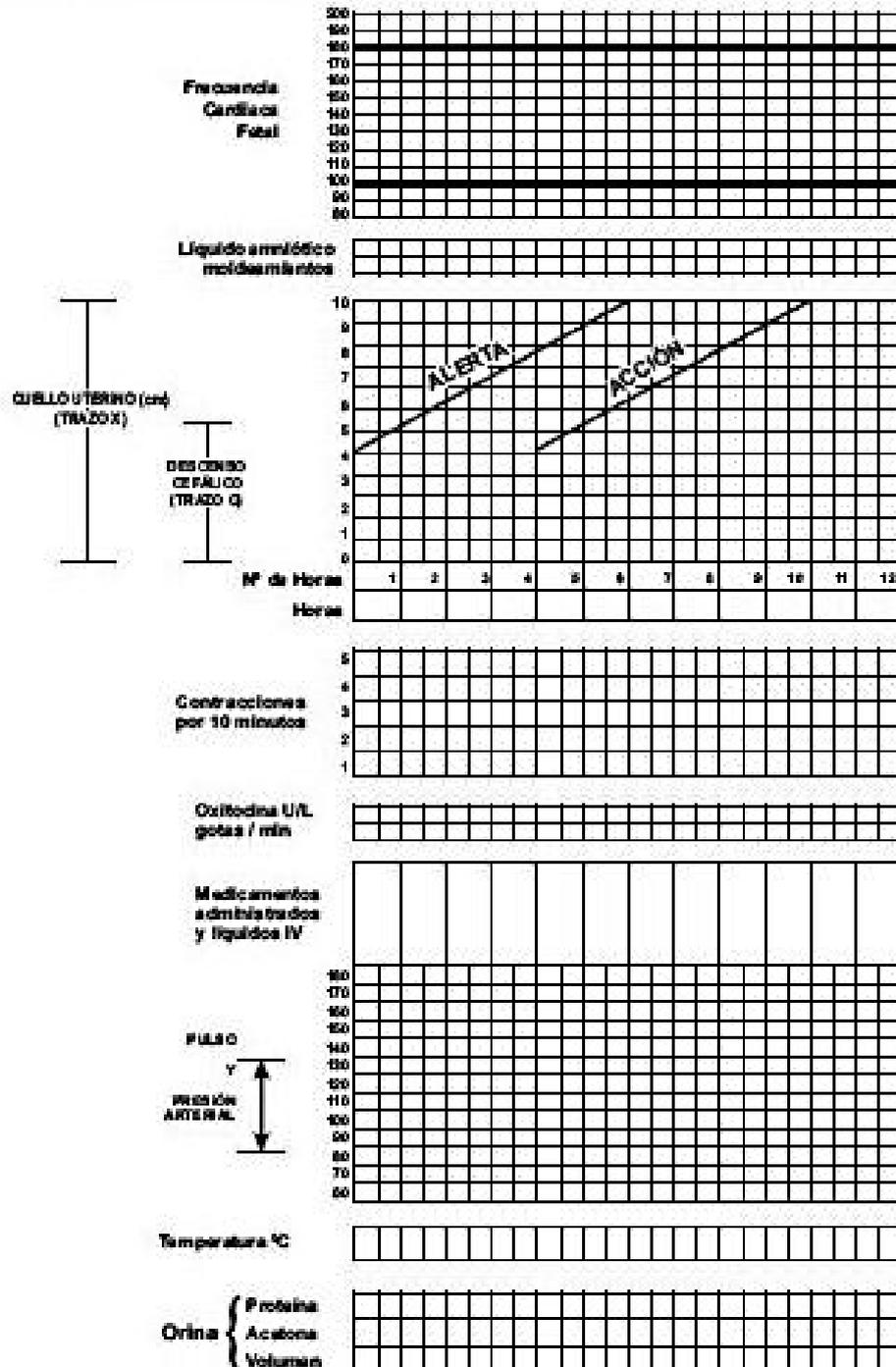
Cuando la dilatación llega a la línea de acción debe realizarse una evaluación final y decidir la vía más segura del parto.



Partograma de la OMS modificado

Nombre _____ Gravidéz _____ Paridad _____ N° de Historia Clínica _____

Fecha de Ingreso _____ Hora de Ingreso _____ Membrana Rotas _____ Hora(s) _____



↘ Asistencia durante el periodo expulsivo (segundo periodo)

■ Definición

Es el periodo que transcurre desde la dilatación completa (10 cm) hasta la expulsión total del feto por el canal de parto. Este periodo puede tener una duración de hasta 2 horas.

La atención de este periodo estará a cargo de un proveedor calificado (obstetra/médico).

La recepción del recién nacido sin riesgo debe ser realizada por la persona que está conduciendo el parto con el acompañamiento del personal destinado al cuidado del recién nacido o el pediatra de guardia en caso de contarse con el mismo.

El resto del equipo debe estar atento ante posibles emergencias obstétricas o neonatales, se comunicará al médico del servicio mientras se hacen las primeras maniobras de resucitación y/o estabilización.

Verificar

- Un ambiente térmico neutro de la sala de parto entre 24 y 28 °C.
- El empleo de instrumentales estériles: 1 tijera y 2 pinzas para el cordón.
- La utilización de ropa limpia y/o estéril: 4 paños (1 bajo el periné materno, 1 para recibir y secar al RN y 2 para envolver al RN). Además, 1 delantal impermeable, gorra, tapa boca y antejo protector y guante.

Comprobar que el equipo de reanimación neonatal básica este accesible y en funcionamiento (cuna radiante, tanque o boca de O2 con blender, bolsa autoinflable neonatal, equipo de aspiración, cánulas y laringoscopio).

Recomendaciones

- Controlar latido cardiaco fetal cada 5 minutos entre contracciones.
- Monitorear los signos vitales de la mujer cada 30 minutos.
- Verificar el descenso y la rotación del polo cefálico.
- Atender a la mujer en su parto preferentemente en el mismo lugar (o cama) donde tuvo su trabajo de parto (no aplica si la sala de trabajo de parto está inaccesible al quirófano o impide la privacidad).
- Dialogar con la mujer en su lengua o buscar a alguien que la sepa.
- Constatar que la mujer esté con ropa limpia.
- Asegurar la limpieza del lugar del parto.
- Atender el parto en la posición que la mujer elija.

- Cuidar el pudor y resguardar la privacidad de la mujer.
- Preparar una jeringa con 10 UI de oxitocina (VIM/VEV), es el recomendado para prevenir HPP. En entornos que no cuenten con oxitocina se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergometrina/metiler-gometrina).
- Permitir a la mujer que puje cuando siente deseo (no forzarla), y evitar la compresión de la pared vaginal posterior, así como el uso de sustancias lubricantes.
- Realizar la amniotomía oportuna.
- Permitir que la cabeza corone espontáneamente protegiendo el periné con la maniobra de Ritgen (colocando los dedos de una mano en el periné para mantener flexionada la cabeza fetal y evitar su salida brusca) evitando que se distienda bruscamente, y alentando a que respire profundamente o que haga pequeños pujos con las contracciones.
- Limpiar la boca y nariz del recién nacido con un paño limpio al exteriorizarse la cabeza.
- Exteriorizada la cabeza, palpar si hay cordón alrededor del cuello y si hay, reducirlo (si está flojo deslizarlo por encima de la cabeza y si está muy apretado pinzarlo y cortarlo antes de desenrollarlo del cuello).
- Permitir la rotación externa espontánea.
- Facilitar la salida del hombro anterior y posterior protegiendo el periné.
- Después que el recién nacido nace secarlo con una sabanita o compresa de campo limpia y seca, no retirar el unto sebáceo, ni secar las manitas. Colocarlo, siempre que esté completamente activo y reactivo, en posición prona en contacto piel con piel sobre el abdomen de la madre, allí puede ser cubierto con una sábana o manta seca y limpia. Para facilitar el apego precoz, el contacto piel a piel debe continuar por lo menos por una hora después del nacimiento.
- Confirmar la hora del nacimiento.
- Pinzar y cortar el cordón en forma oportuna una vez que deje de latir. El momento óptimo para ligar el cordón de los recién nacidos, es cuando la circulación del cordón umbilical ha cesado, está aplanado y sin pulso 3 minutos aproximadamente después del nacimiento). Luego de que las pulsaciones del cordón hayan cesado, proceder a pinzarlo y cortarlo, bajo estrictas técnicas de higiene y limpieza

Realizar la episiotomía ante una presentación podálica, distocia de hombros, fórceps, cicatrización defectuosa de desgarro anterior, sufrimiento fetal y si considera riesgo de desgarro.

No está recomendada la presión fúndica o Maniobra de kristeller, ya que existe evidencia científica que comprueba que puede ser perjudicial tanto para el útero y el periné de la madre, como para el feto.

La primera hora de vida del recién nacido sin riesgos

Ante todo recién nacido de término que este activo y/o tenga llanto vigoroso y que presente buen tono muscular, no es necesario implementar medidas ni maniobras de reanimación. Por tanto, el recién nacido no debe ser separado de su madre.

Estándar CONE de Estructura para atención del recién nacido	Indicador
El establecimiento de salud cuenta con los recursos requeridos para los CUIDADOS Obstétricos y Neonatales Ambulatorios de acuerdo a la norma.	Porcentaje de recursos con que cuenta el establecimiento de salud para los CUIDADOS Obstétricos y Neonatales Ambulatorios.

Estándares CONE de proceso para la atención del recién nacido	Indicadores
A toda/o recién nacida/o se le realiza y registra en la historia clínica materno perinatal las actividades de atención, de acuerdo a la norma, incluyendo ligadura tardía, apego precoz y lactancia materna en la primera hora de vida.	Porcentaje de recién nacidas/os, a quienes se realiza y registra en la historia clínica materno perinatal las actividades de atención de acuerdo a la norma.
Todo neonato que presenta una emergencia y es llevado al establecimiento con CONE- A es identificado, compensado y trasladado de acuerdo a la norma.	Porcentaje de neonatos que presentan una emergencia y son llevados al establecimiento con CONE- A que son identificados, compensados y trasladados de acuerdo a la norma.
Todo neonato que presenta una emergencia y es llevado al establecimiento con CONE- B, es identificado, compensado, tratado y/o trasladado de acuerdo a la norma.	Porcentaje de neonatos que presenta una emergencia y son llevados al establecimiento con CONE- B son identificados, compensados, tratados y/o trasladados de acuerdo a la norma.
Todo neonato que presenta una emergencia y es llevado a un establecimiento con CONE- C es diagnosticado, estabilizado internado y/o trasladado según la gravedad de acuerdo a la norma.	Porcentaje de emergencias neonatales resueltas según protocolo.
Los neonatos que presentan APGAR menor de 7 al minuto son reanimados para lograr un APGAR igual o mayor de 7 a los cinco minutos.	Porcentaje de neonatos que presentan A PGAR menor de 7 al minuto y que al ser reanimados presentan un APGAR igual o mayor de 7 a los cinco minutos.
Los recién nacidos/as internados son manejados según el Protocolo de Atención Neonatal Integral (ANI).	Porcentaje de recién nacidos/as internados que son manejados según el Protocolo de Atención Neonatal Integral. (ANI).
Las muertes neonatales ocurridas en el área de influencia del establecimiento de salud tienen o están en un proceso de análisis epidemiológico de acuerdo al reglamento del Comité de Vigilancia de Morbimortalidad Materna y Neonatal.	Porcentaje de muertes neonatales ocurridas en un establecimiento de salud que tiene o está en un proceso de análisis epidemiológico por el Comité de Vigilancia de Morbimortalidad Materna y Neonatal según el reglamento.

Estándares CONE de resultado para atención del recién nacido	Indicadores
Todos los recién nacidos/as del área de influencia cuentan con identidad.	Porcentaje de recién nacidos/as que cuentan con identidad en el área de influencia.
Los casos de morbilidad más frecuentes (3 primeros) materna y neonatal atendidos en el hospital, tienen un proceso de análisis de acuerdo al reglamento del Comité de Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal.	Porcentaje de casos más frecuentes (3 primeros) de morbilidad materna y neonatal atendidos en el hospital, que tienen un proceso de análisis de acuerdo al reglamento del Comité de Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal.

Estas intervenciones deben ser realizadas por el personal de salud entrenado y calificado que está conduciendo el parto, con el acompañamiento del personal de salud entrenado y calificado para el cuidado del recién nacido, o el pediatra de guardia en caso de contarse con el mismo.

- Favorecer la termorregulación manteniendo el contacto piel con piel por 60 minutos (apego), colocando una gorrita al recién nacido y manteniendo el ambiente con una temperatura entre 26° y 28° C.
- Aspirar las secreciones del RN solo en caso necesario. No es preciso aspirar el líquido amniótico existente en la cavidad nasofaríngea en forma rutinaria. La aspiración aumenta el tono vagal y puede producir bradicardia refleja, enlenteciendo el incremento fisiológico de la saturación sanguínea de oxígeno.
- Incluir primera dosis de hepatitis B.
- Contar la frecuencia cardíaca en los primeros segundos después del nacimiento mediante la observación o la palpación de los pulsos arteriales del cordón umbilical o la auscultación de los latidos cardíacos. El cordón umbilical normal es eréctil con una vena ingurgitada y dos arterias con pulsos visibles por encima de 70 latidos por minuto y que aumenta hasta 120 – 140 o más durante el llanto. El cordón flácido o con pulsos débiles o bradicardia es anormal y con frecuencia se debe a la asfixia fetal.
- Si no inicia la respiración o respira con dificultad debe pedir ayuda, ligar y cortar el cordón rápidamente e iniciar la reanimación.
- Si está respirando normalmente, mantener al RN en contacto piel a piel con el pecho de la madre por lo menos durante 1 hora, manteniéndolo cubierto con una sabanita o compresa limpia
- Ayudar a la madre para que el RN inicie espontáneamente la lactancia, es decir, sin forzar, ni introducir el pecho de la madre en su boca, de manera brusca.

El contacto piel con piel de una manera calmada, entre el RN y la madre, favorece a que este manifieste una serie de conductas prealimentarias, las cuales pueden durar unos minutos, una hora o hasta más de 90 minutos. Estas conductas incluyen:

- Un corto descanso en el estado de alerta para acostumbrarse al nuevo ambiente.
- Llevar las manos a su boca y hacer movimientos de succión, sonidos y tocar el pezón.
- Se focaliza en el área más oscura del pecho, que es como su objetivo,
- Busca el pecho y se mueve hacia él. Encuentra el área del pezón y se agarra con la boca bien abierta.

No debe haber presión sobre la madre o el RN respecto a cuán pronto succiona, saber cuánto dura la primera succión, o si tiene buen agarre o cuanto calostro ingiere el RN. La primera vez que mama el bebé debe considerarse más como un preámbulo que una alimentación.

- Evaluar el Apgar del bebé al minuto y a los cinco minutos.

TEST DE APGAR					
Signo	Frecuencia Cardíaca	Movimientos Respiratorios	Color de la Piel	Tono Muscular	Respuesta Estímulos
Puntuación					
2	Superior a 100 por minuto	Buena Llanto (fuerte)	Normal Rosada	Movimientos activos	Enérgica
1	Inferior a 100 por minuto	Lentos Irregular	Normal (salvo manos y pies cianóticos)	Extremidades flexionadas	Muecas
0	Ausente	Ausente	Cianosis y palidez	Flacidez generalizada	Nula

- Registrar la actividad en la Historia Clínica Perinatal Base.
- Colocar una pulsera de identificación al RN.
- Informar a la madre el estado en el que se encuentra su bebé. Recordar que es un derecho de la mujer y del RN que una persona acompañante de su elección pueda permanecer con ellos, apoyándoles en el primer contacto.
- Dar a conocer a la madre y a los familiares sobre los signos alarma en el RN para pedir ayuda.

Las madres y su familia deberán ser siempre tratadas con cariño, respeto y dignidad.

Sus puntos de vista, creencias y valores en relación al auto cuidado y el cuidado del niño deberán ser contemplados y salvo en aquellos casos que puedan resultar nocivos, se negociará en forma respetuosa con ella y su familia, el cambio necesario en base a información veraz y oportuna.

Observación: ante las siguientes situaciones se debe contar con la participación de un médico y/o personal de salud calificado en reanimación cardiopulmonar y estabilización neonatal del establecimiento:

RN esta flácido o hipotónico o en apnea, no respira, o realiza esfuerzos respiratorios débiles e inefectivos, y/o la frecuencia cardíaca es menor de 100 por minuto, o está cianótico o es un recién nacido prematuro.

↘ Asistencia durante el alumbramiento (tercer periodo)

■ Definición

Es el periodo que se extiende desde la salida del recién nacido hasta la expulsión de la placenta.

Durante este tiempo existe un potencial riesgo de hemorragia para la madre. Esta es una práctica recomendada con el mejor nivel de evidencia y que reduce la hemorragia posparto, importante causa de mortalidad materna en nuestro país.

Manejo activo tercer periodo del trabajo de parto

■ Definición

Consiste en el desarrollo de un esquema de tratamiento profiláctico que incluye drogas uterotónicas, masajes y compresión uterina.

■ Recomendaciones

- Descartar la presencia de un segundo feto por palpación abdominal.
- Administrar 10UI de oxitocina VIM antes de que transcurra un minuto del nacimiento o VEV la cual debe ser administrada durante un minuto.
- Aplicar tracción controlada y sostenida del cordón umbilical al aparecer una contracción y realizar una contra tracción uterina supra púlica hasta la expulsión completa de la placenta y membranas ovulares.
- Controlar la integridad de la placenta y membranas ovulares y registrar hallazgos.
- Aplicar masajes uterinos después de la expulsión de la placenta en el fondo del útero hasta que se contraiga.
- Palpar el útero y confirmar que está contraído cada 15 minutos y repetir el masaje cuando se necesite durante las 2 primeras horas.
- Control del globo de seguridad de Pinard.
- Control del canal del parto y reparación de desgarros.
- Aplicar un método de Planificación Familiar, si la usuaria lo ha decidido con consejería y orientación previa según recomendaciones del Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para mujeres y hombres.

La revisión intrauterina, no debe realizarse de rutina debido a que el riesgo de infección es mayor al beneficio que ofrece, y si fuese necesario en algún caso, se debe realizar bajo anestesia.

Puerperio

■ Definición

Periodo que se inicia pasado el alumbramiento y se extiende por unas 6 semanas, tiempo en el que se revierten todos los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo, con la sola excepción de los mamarios, los cuales se intensificarán a fin de mantener un amamantamiento exitoso.

■ Clasificación

- Inmediato (primeras 24 horas).
- Mediato (2 a 10 días).
- Alejado (11 a 42 días y que finaliza muchas veces con el retorno de la menstruación).
- Tardío (43 días y hasta no más de un año).

Estándar CONE de estructura para atención del puerperio	Indicador
El establecimiento de salud cuenta con los recursos requeridos para los cuidados obstétricos y neonatales básicos de acuerdo a la norma.	Porcentaje de recursos con que cuenta el establecimiento de salud para los CUIDADOS obstétricos y Neonatales básicos.

Estándares CONE de proceso para atención del puerperio	Indicadores
Toda puérpera cuyo parto ha sido atendido en establecimientos de salud, egresa habiendo recibido orientación y consejería sobre los métodos de planificación familiar de acuerdo a la norma.	Porcentaje de puérperas cuyo parto ha sido atendido en el establecimiento de salud, y que egresan habiendo recibido orientación y consejería sobre los métodos de planificación familiar de acuerdo a la norma.
Las puérperas que han tenido su parto, son controladas cada 15 minutos, durante las primeras dos horas, según la norma.	Porcentaje de puérperas que han tenido su parto en establecimientos de salud, y que son controladas cada 15 minutos, durante las primeras dos horas, según la norma.
Mujeres que fueron sometidas a cirugía de cesárea en un servicio de CONE- C que presentan infecciones de herida operatoria.	Porcentaje de mujeres cesareadas en un servicio de CONE- C que presentan infecciones de herida operatoria.

➤ Puerperio inmediato

■ Recomendaciones

a. En las primeras 2 horas:

1. Identificar signos de alarma con la hoja de escala de alerta precoz (ver Anexo N° 4).
2. Control del globo de seguridad de Pinard cada 15 minutos.
3. Trasladar a la madre y al recién nacido pasadas las 2 horas a la sala de puérperas si no se detectan signos de alarma.
4. En caso de alarmas se activará el Código Rojo (ver Anexo N° 3 Cuidados Básicos de una Emergencia Obstétrica).

En este periodo es sumamente importante la vigilancia estricta en las primeras dos horas posteriores al parto en la sala de partos o recuperación, con el propósito de identificar las hemorragias que apeligren la vida.

Crterios de traslado a sala de internación

- Toda puérpera que no presente sangrado, signos o síntomas de infección y signos vitales dentro de límites normales.
- Todo recién nacido cuyos signos vitales se encuentren dentro de los límites normales y sin evidencias de malformaciones congénitas que pongan en riesgo su vida.
- Características de loquios no mal olientes y no hemorrágicos.

b. Luego de las 2 primeras horas controlar cada 6 horas:

- Signos vitales.
- Vigilancia del globo de seguridad de Pinard.
- Control de loquios.
- Control de alteraciones vulvoperineales (hemorroides, retención urinaria, edemas, hematomas y várices).
- Control de miembros inferiores.

En caso de pacientes post quirúrgicas

- Control de herida operatoria.
- Control de diuresis.
- Deambulación precoz.

Higiene materna y perineal

- c. **Colaborar a establecer la lactancia materna exclusiva, la misma deberá ser a demanda; es decir que la frecuencia y la duración será determinada por las necesidades del recién nacido y sus señales de hambre. Es muy importante enseñar las diferentes posiciones para dar de mamar y evaluar el agarre correcto. Las grietas del pezón son el resultado del mal agarre y no de la lactancia frecuente.**
- d. **Orientar y/o iniciar planificación familiar pos evento obstétrico.**
- e. **Ofrecer consejería en compañía de la pareja si la usuaria desea o solicita.**
- f. **Orientar sobre transmisión sexual y entregar preservativo previniendo el zika.**

↘ Puerperio mediato

■ Recomendaciones

- a. **Cada 6 horas:**
 1. Control de signos vitales.
 2. Vigilancia del globo de seguridad de Pinard.
 3. Control de loquios.
 4. Control de alteraciones vulvoperineales (hemorroides, retención urinaria, edemas, hematomas y várices).
 5. Control de miembros inferiores.
 6. Hábitos fisiológicos.
 7. Estado emocional (ver Anexo 5 Escala de Edimburgo). Llevado a cabo por personal capacitado.
- b. **Higiene materna y perineal.**
- c. **Cuidados de las mamas y observar la técnica de amamantamiento, posición y agarre.**
- d. **Verificar que la mujer haya recibido oportunamente la vacuna anti D en los casos que estén indicados.**
- e. **Verificar VDRL y VIH de la madre.**
- f. **En caso de que la mujer haya llegado al servicio de salud sin control prenatal en pleno trabajo de parto deberá recibir una sola dosis de la vacuna Tdpa antes de que sea dada de alta.**
- g. **Orientar e informar durante la internación y al alta sobre:**
 1. signos de alarma en el puerperio.
 2. deambulación precoz.
 3. lactancia materna.
 4. alimentación balanceada.
 5. anticoncepción posparto.
 6. depresión posparto (ver Anexo Nº 5 Escala de Edimburgo).
 7. cuidados del puerperio y del recién nacido.
 8. educación sexual e información sobre violencia doméstica e intrafamiliar.
 9. Inmunización del RN y Test del piecito.

- h. **Evaluar el alta hospitalaria luego de 48 horas según los siguientes criterios:**
 1. Ausencia de hemorragia.
 2. Sin síntomas de infección puerperal.
 3. Signos vitales dentro de límites normales.
- i. **Indicar medicación según criterio médico y obstétrico.**
- j. **Registrar en la HCPB antes del alta y completar los datos faltantes.**

Si se decide el alta precoz, por necesidades del servicio, enfatizar el seguimiento según criterio médico e indicaciones realizadas al alta.

Recomendaciones al alta:

Higiene personal: recomendar baño de ducha (regadera) y no de inmersión, lavado externo con agua y jabón de la región vulvoperineal dos veces al día, no realizar lavados ni duchas vaginales, no usar apósitos de algodón, en caso de hacerlo, cambiarlos varias veces al día. Mantener la episiorrafia limpia y seca.

Relaciones sexuales: aconsejar su reinicio teniendo en cuenta las condiciones físicas y emocionales de la mujer y la desaparición del sangrado y las molestias perineales.

Vigilancia de signos y síntomas de alarma en el recién nacido.

Registrar y entregar el Certificado de Nacido Vivo del niño/a y promover su inscripción en las oficinas del Registro Civil de la institución si lo hubiere, o en la de su localidad en forma inmediata.

Cita: a los 8 días para control del puerperio; vacunación y control del crecimiento y desarrollo del niño. Reforzar orientación en planificación familiar.

↘ Control ambulatorio del puerperio

■ Definición

Es la atención que se realiza luego del alta hospitalaria a fin de controlarla la evolución del puerperio. Debe ser indicada a todas las mujeres cuyo puerperio fue normal y se realizara a los 8 días del alta y a los 40 días posparto.

■ Recomendaciones

a. **Evaluar:**

1. Signos vitales y presencia de signos de alarma.
2. Involución uterina.
3. Loquios y entuertos (a los 8 días del alta).
4. Alteraciones vulvoperineales (hemorroides, edemas, hematomas y várices).
5. Miembros inferiores.
6. Hábitos fisiológicos y estado nutricional.
7. Estado emocional (ver Anexo N° 5 Escala de Edimburgo). Realizado por personal capacitado.
8. Genitales externos e internos (a los 40 días del posparto).
9. Exámenes complementarios según hallazgos clínicos.
10. Alimentación del niño.
11. Higiene materna y perineal.
12. Cuidado de las mamas (observar presencia de grietas, plétora, etc.).

b. **Orientar e informar sobre:**

1. Signos de alarma.
2. Lactancia materna (bajada de leche; agarre, posición para dar de mamar).
3. La importancia de una buena alimentación.
4. Anticoncepción posparto y durante la lactancia.
5. Cuidados del puerperio y del recién nacido.
6. Educación sexual e información sobre violencia doméstica e intrafamiliar.

c. **Vacunación con Tdpa en los siguientes casos:**

1. Las puérperas que nunca recibieron la vacuna Tdpa con recién nacidos menores de 6 meses, deben recibir una dosis de la vacuna.
2. Mujer sin control prenatal que llega al servicio de salud en pleno trabajo de parto deberá recibir una dosis de la vacuna Tdpa antes de ser dada de alta.
3. Las puérperas que hayan tenido parto domiciliario o con parteras empíricas, deberán recibir una dosis única de Tdpa si su recién nacido es menor de 6 meses.

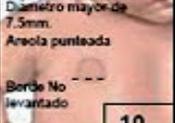
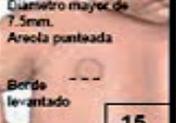
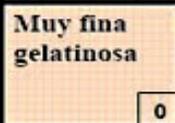
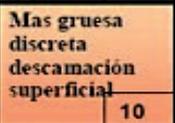
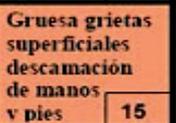
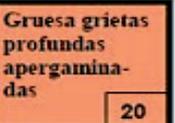
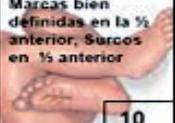
Estas situaciones deben ser registradas en forma diferenciada al momento de levantar los datos de vacunación, teniéndola muy identificada, ya que será una excepción para evitar perder la oportunidad de vacunar a la puérpera.

d. **Registrar todo lo realizado en el Sistema Informático Ambulatorio (SAA).**

Cuidados del recién nacido luego de la primera hora de vida y hasta el alta

Cuidados en sala de recepción del recién nacido

- Luego de una hora de contacto piel con piel con la madre colocar al RN sobre una cuna radiante para realizar el examen físico y los cuidados inmediatos:
- Determinar la edad gestacional según test de Capurro – Balart.
- Aplicar en el muslo derecho la vacuna contra la hepatitis B.

Forma de la OREJA (Pabellón)	 Aplanada, sin incurvación 0	 Borde superior parcialmente incurvado 8	 Todo el borde superior incurvado 16	 Pabellón totalmente incurvado 24	_____
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	 No palpable 0	 Palpable menor de 5 mm 5	 Palpable entre 5 y 10 mm 10	 Palpable mayor de 10 mm 15	_____
Formación del PEZON	 Apenas visible sin areola 0	 Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde No levantado 10	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde levantado 15	_____
TEXTURA de la PIEL	 Muy fina gelatinosa 0	 Fina lisa 5	 Mas gruesa discreta descamación superficial 10	 Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies 15	 Gruesa grietas profundas apergamina-das 20
PLIEGUES PLANTARES	 Sin pliegues 0	 Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	 Marcas bien definidas en la 1/2 anterior, Surcos en 1/2 anterior 10	 Surcos en la mitad anterior 15	 Surcos en mas de la mitad anterior 20

- Realizar antropometría: talla, perímetro cefálico, peso y percentiles.
- Administrar vitamina K 1 mg IM en tercio medio cara anterolateral externa del muslo izquierdo, o 0,5 mg si el RN tiene un peso menor a 1500 g.
- Confirmar visualmente en las primeras horas la presencia del ano y vigilar y registrar la eliminación de meconio durante las primeras 48 h.
- Proceder a la desinfección ocular con ungüento o colirio de eritromicina, tetraciclina o tobramicina, aplicando en el ángulo externo de ambos ojos por única vez al nacer.
- Efectuar el examen físico céfalocaudal con el propósito de descartar malformaciones congénitas que puedan comprometer la adecuada adaptación a la vida extrauterina

- Realizar la impresión plantar del/a recién nacido y la impresión digital materna en la ficha del RN. Completar el carné perinatal.
- Verificar que el recién nacido tenga la pulsera de identificación.
- Puede limpiarse al RN en caso de estar cubierto de sangre, meconio, fetidez de líquido amniótico, contaminación con materia fecal materna o RN hijo de madre HIV con agua estéril y jabón neutro.
- Vestir al RN con ropa limpia y holgada, usar gorro y medias.
- Llevar de vuelta al bebé con la madre y proporcionar información sobre su estado.
- Controlar que la temperatura ambiental oscile alrededor de los 25 grados.
- Apoyar a la madre a desarrollar y conservar la lactancia.
- Mantener el bebé abrigado y en contacto piel a piel con su madre, vigilar regularmente su respiración y temperatura axilar, cada 1 a 2 horas, al menos durante las primeras 12 horas después del nacimiento, y luego cada 6 hasta el alta si la evolución es normal. Realizar examen físico antropométrico y neurológico completo después de las 24 horas de vida y valorar la emisión de orina en las primeras 24 h, expulsión de meconio y tolerancia alimentaria en las primeras 24 a 48 h.
- Limpiar el cordón con clorhexidina hasta que caiga.
- Efectuar diariamente el examen del muñón umbilical en busca de signos de infección tales como: secreción amarillenta, olor desagradable, enrojecimiento y/o tumefacción de la piel alrededor del cordón.
- Evitar el baño inmediato de todos los recién nacidos y durante la primera semana de vida, salvo en caso de fetidez, sospecha de amnionitis. Si la madre tiene VIH realizar una higiene con jabón.
- Administrar la vacuna BCG si el peso del neonato es más de 2.000 g. Si pesa menos se debe informar a las madres el momento en que le corresponde aplicar esta vacuna.
- Llevar a cabo el test del piecito, previo al alta y orientar a la madre cómo dar seguimiento a los resultados del test.
- Pesar al bebé antes del alta.

Criterios de alta del recién nacido
EG ≥ 36 semanas
Regulación de temperatura estando en cuna simple, vestido, con temperatura ambiente
Lactancia materna bien establecida
Ausencia de patología
Serología materna actualizada y tipificación

Durante el alta del recién nacido

- Informar a la madre y al padre cuáles son las señales de peligro para el recién nacido y dónde acudir.
- Orientar sobre cómo mantener la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida, evaluar las mamas y la técnica de amamantamiento.
- Guiar acerca de los cuidados en la casa y la higiene, recordando la importancia del lavado frecuente de las manos y que no es necesario el baño diario al bebé.
- Indicar que la limpieza del periné del bebé con cada cambio de pañal debe ser realizada con aceite comestible vegetal y no con agua ni jabón.
- Asesorar sobre la posición en la que puede dormir el bebé. Debe hacerlo en posición boca arriba y reposar en un colchón duro sin almohadas, sin juguetes rellenos, bolsas de plástico o cuerdas.
- No combatir el colecho. Advertir que en estas circunstancias ni la madre ni el padre deben tomar narcóticos ni bebidas alcohólicas.
- Los integrantes de la familia que habitan la casa no deben fumar.
- El hipo es normal y no requiere tratamiento.
- Orientar sobre cómo estimular al bebé en la casa y sobre el buen trato.
- Informar sobre la prevención de accidentes en la casa.
- Completar y entregar a la madre y al padre la Libreta de Salud del Niño y de la Niña y explicarles cómo utilizarla.
- Completar en la ficha del Sistema Informático Perinatal todos los ítems correspondientes al RN
- Entregar a la madre y al padre el certificado de nacido vivo, y verificar que los datos sean correctos. Verificar en el libro de actas la entrega del certificado del recién nacido vivo donde la madre deberá firmar que lo recibió.
- Aconsejar a la madre y el padre o acompañante para que el recién nacido sea registrado en el Registro Civil.
- Indicar a la madre y al padre que acudan para el control de su bebé a la USF (Unidad de Salud Familiar) o servicio de salud más cercano entre 48 y 72 horas después del alta.
- Comprobar que el recién nacido haya sido registrado en el Registro Civil.
- Animar a la madre y acompañantes a hacer preguntas y responderlas con lenguaje sencillo
- Constatar que la pareja o la mujer si está sola reciba orientación sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar.
- Verificar tipificación del RN y dejar registrado en la historia clínica y la Libreta de Salud del Niño y de la Niña.

↘ Signos de alarma en el recién nacido

Debe ser utilizada la hoja de alerta precoz neonatal para la identificación temprana de los signos de alarma.

- Aumento del esfuerzo y/o de la frecuencia respiratoria más de 60/min (enseñar a los padres a contar las respiraciones en un minuto y explicarles cuál es el patrón respiratorio normal del RN, indicándoles que puede realizar pausas respiratorias pero que éstas no deben ir acompañadas de cambio de coloración de la piel).
- Rechazo o dificultad para la alimentación.
- Irritabilidad no debida a hambre, calor o falta de higiene.
- Llanto débil, letargia, pérdida del tono muscular o flaccidez.
- Piel con cianosis generalizada, palidez marcada o ictericia que abarca manos y /o pies.
- Rush o lesiones vesiculares, pustulosas o ampollares en la piel.
- Problemas en el cordón (sangrado activo o secreción amarillenta, olor desagradable o eritema de la piel que lo rodea o falta de caída más allá de los 10 días).
- Vómitos persistentes, en proyectil o biliosos (enseñarles a diferenciar la regurgitación del recién nacido).
- Diarreas (sobre todo presencia de gleras y/o sangre).
- Temperatura menor a 36.5 ° C o mayor a 37.5° (instruir sobre el uso correcto del termómetro).
- Diuresis disminuida (necesidad de cambiar el pañal menos de cuatro veces por día)
- Distensión abdominal o falta de eliminación de heces en 48 horas.
- Presencia de convulsiones o temblores.

Anexos

Anexo 1

Clasificación de las prácticas clínicas durante el parto, el nacimiento y el puerperio inmediato según Medicina Basada en Evidencia Científica (MBE)

La sigla MBE se refiere a la medicina en la que las decisiones corresponden a un uso racional, explícito, juicioso y actualizado de los mejores datos objetivos y con fundamentos científicos, aplicados al tratamiento de cada paciente.

La MBE promueve un movimiento mundial de mejora de la calidad de la atención médica, potenciada por la demostración de la falta de fundamento de muchas decisiones clínicas y de la enorme variabilidad de la práctica médica.

El uso de prácticas basadas en la evidencia y sistematizadas constituye la base de la seguridad para las mujeres, sus hijos, hijas y sus familias.

La Colaboración Cochrane es una organización internacional que tiene como fin analizar las evidencias a través de revisiones sistemáticas a partir de ensayos clínicos controlados para ayudar a las personas e instituciones a tomar decisiones clínicas y sanitarias bien informadas.

CATEGORÍA A: PRÁCTICAS QUE SON CLARAMENTE ÚTILES Y QUE DEBEN SER PROMOVIDAS²³

Prácticas clínicas	Comentarios, evidencia	Fuentes bibliográficas	Recomendaciones
Acompañamiento durante el trabajo de parto, parto y posparto.	La presencia continua de una persona de apoyo durante el trabajo de parto y parto reduce la duración del proceso, la necesidad de cesárea, o parto instrumental y, la necesidad de medicamentos para el dolor, además colabora a que el recién nacido obtenga una puntuación de Apgar 7 a 10 a los 5 minutos. El apoyo intraparto continuo se asoció con mayores beneficios si la persona acompañante no era parte del personal del hospital y si se iniciaba tempranamente. No se presentaron efectos adversos.	Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. Revisión Cochrane en: La Biblioteca Cochrane, February 16, 2011. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202-207.	Permitir y alentar a todas las mujeres, para que si lo desean, cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso, facilitando que el acompañamiento se inicie desde las etapas más tempranas del mismo. Promover una política institucional que permita a la gestante elegir libremente a la persona que la acompañe de forma continuada durante todo el proceso del parto.

23 OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la Mujer y reproductiva. Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido, focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N°1577

<p>Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto.</p>	<p>La restricción severa de líquidos y alimentos a la madre por tiempo prolongado puede producir deshidratación y cetosis, lo que puede prevenirse con una ingesta moderada. No debe limitarse la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto si la mujer lo desea. Esta restricción no tiene utilidad, y genera incomodidad en las mujeres. NOTA: la aspiración de contenido gástrico durante la anestesia general ante una urgencia es un evento muy poco frecuente.</p>	<p>OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577, 2011.</p>	<p>Permitir la ingesta de líquidos azucarados y alimentos livianos en forma moderada. No realizar hidratación intravenosa para todas las mujeres en trabajo de parto normal, ya que limita sus movimientos y comodidad.</p>
<p>Partograma</p>	<p>Un partograma es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Las mediciones relevantes del partograma pueden incluir estadísticas como la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre. El uso del partograma disminuye las intervenciones innecesarias y las complicaciones perinatales, e identifica las desviaciones del progreso del trabajo de parto normal.</p>	<p>Lavender T, Hart A, Smyth RMD. Effect of partograma use on outcomes for women in spontaneous labour at term. Cochrane Data Base of Systematic Reviews 2008. Issue 4. Art. N°: CD005461.DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub2.</p> <p>OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577, 2011.</p> <p>World Health Organization Maternal and Safe Motherhood Programme. World Health Organization partograph in management of labour. Lancet. 1994; 343: 1399-1404.</p>	<p>Utilizar el partograma durante el trabajo de parto.</p>

<p>Control de la vitalidad fetal.</p>	<p>La auscultación fetal permite valorar el bienestar y la vitalidad del feto. Durante el trabajo de parto y el parto, se examina el estado del bebé por medio de la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal (ritmo del corazón del feto). Aunque no evita que ocurran problemas, la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal puede poner sobre aviso a los proveedores de atención médica de que existen posibles problemas y permitir la toma de medidas para ayudar al bebé. La monitorización de la frecuencia cardíaca fetal también puede ayudar a prevenir tratamientos innecesarios si el ritmo del corazón del feto es normal.</p>	<p>IMPAC Integrated Management of Pregnancy And Childbirth Guía para Obstetras y Médicos, 2000.</p>	<p>Se debe efectuar auscultación fetal intermitente en todos los partos. Debe durar un minuto y ser realizada cada media hora durante el primer estadio del trabajo de parto y luego de cada contracción del periodo expulsivo.</p>
<p>Posición materna no supina durante el periodo expulsivo.</p>	<p>Con la posición vertical se obtienen contracciones uterinas más eficaces. Fuerza de puje mayor. Mejor oxigenación. Menor duración del período de dilatación y expulsión. Menor utilización de drogas y anestesias. Diámetros del canal de parto mayores. Mejor ángulo de encaje de la cabeza del bebé. Menos presión intravaginal. Acción de la gravedad más favorable. El tener los talones sobre un punto de apoyo permite el trabajo de los músculos abductores para abrir el canal del parto. En la posición vertical, la presión de la cabeza del feto se reparte en todo el periné, lo cual disminuye el riesgo de desgarros durante el parto.</p>	<p>Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).</p> <p>Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202-207.</p>	<p>Dejar que las mujeres decidan libremente qué posición adoptar durante el periodo expulsivo. Concienciar a profesionales y readecuar espacios para la atención al parto en las diferentes posiciones.</p>

<p>Contacto precoz madre recién nacido Piel con piel inmediato, durante toda la primera hora de vida, antes de recibir otros cuidados.</p>	<p>Con más de 50 minutos de contacto piel con piel la probabilidad de lactancia espontánea es 8 veces mayor que si el tiempo es inferior. Los recién nacidos que experimentan el contacto piel con piel sobre su madre mantienen la temperatura hasta un grado por encima, que los colocados en una incubadora o cuna térmica. Además, tienen la glicemia más alta, una mejor saturación de oxígeno, y el ritmo cardíaco y respiratorio más estable y con menos llanto, tanto en intensidad como en duración.</p>	<p>Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. <i>Birth</i> 2001; 28: 202-207.</p>	<p>Colocar al recién nacido sobre el vientre materno en contacto piel con piel al nacer. Los únicos procedimientos que se realizarán al recién nacido durante este tiempo de contacto piel con piel, son su identificación y la adjudicación de la puntuación del test de Apgar, siempre que no necesite maniobras de reanimación. También es recomendable en caso de cesáreas, siempre que sea posible, preparar el campo para realizar el contacto precoz. Si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá al padre la posibilidad de que haga el contacto piel con piel con el recién nacido.</p>
<p>Ligadura oportuna de cordón.</p>	<p>El pinzamiento tardío, es decir cuando deja de latir el cordón umbilical incrementa el hematocrito neonatal sin efectos secundarios, disminuyendo la prevalencia de anemia en los primeros meses de vida. Además mejora la oxigenación cerebral en los recién nacidos prematuros durante las primeras 24 horas de vida.</p>	<p>Andersson O, Hellström-Westas L, Andersson D, Domellöf M, Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. <i>BMJ</i>. 2011 Nov 15; 343:d7157. doi: 10.1136/bmj.d7157. McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2008 April 16;(2):CD004074. Organización Panamericana de la Salud: Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cdLactanciaM/cd/masAllaDeLaSupervivencia/M%C3%A1s%20allá%20de%20la%20supervivencia.pdf Chaparro CM, Neufeld LM, Tena Alavez G, Eguia-Liz Cedillo R, Dewey KG. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. <i>Lancet</i> 2006; 367: 1997–2004.</p>	<p>Luego del nacimiento, retrasar el clampeo del cordón umbilical hasta que deje de latir. Existen situaciones en las que el clampeo tardío no está indicado: RN que necesite intervenciones médicas inmediatas. Madres RH negativas con prueba de Coombs indirecta positiva. Mujeres con VIH. Presencia de circular de cordón con imposibilidad de deslizarla. Gemelos con placenta monocorial.</p>

<p>Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto.</p>	<p>Durante este proceso ocurre el sangrado proveniente del útero, con potencial riesgo de hemorragia para la madre. Esta es una práctica recomendada con el mejor nivel de evidencia y que reduce la hemorragia posparto, importante causa de mortalidad materna en nuestro país.</p>	<p>Cotter A, Ness A, Tolosa J. Administración profiláctica de oxitocina para el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en http://www.rhlibrary.com. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).</p> <p>Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. España.</p> <p>World Health Organization, Department of Making Pregnancy Safer. WHO Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Department of making pregnancy Safer. Geneva: WHO; 2007.</p>	<p>Administración de 10 UI de oxitocina inmediatamente después de la salida del hombro anterior o luego del nacimiento). La oxitocina se administra por vía intramuscular. No realizar ninguna maniobra (tracción del cordón) hasta el desprendimiento placentario.- El cordón no deberá pinzarse con latido, lo que se estima en unos 3-5 minutos posparto. Masaje del fondo uterino.</p>
<p>Lactancia materna durante la primera hora de vida.</p>	<p>La lactancia materna debe iniciarse durante la primera hora de vida del niño, pues este hecho favorece el mantenimiento posterior del amamantamiento. La estimulación del pezón por la succión incrementa los niveles de oxitocina materna, lo que produce contracciones uterinas y disminuye la pérdida de sangre posparto. La oxitocina favorece las interacciones madre-hijo precoces (apego). Diversos estudios han demostrado la correlación entre la lactancia precoz y la persistencia de la misma a los tres y seis meses. El amamantamiento inmediato y la ingesta de calostro brinda a los recién nacidos una inmunización pasiva importante a la hora de abandonar el medio intrauterino estéril.</p>	<p>Mary Kroegger, Linda J. Smith. Impact of Birthing practices on Breastfeeding. Protecting the mother and baby conyinuum. Second ed. Jones and Barlett, 2010. Michel Odent. Birth and Breastfeeding: Rediscovering the Needs of Women During Pregnancy and Childbirth. Clairview Books, 2008.</p> <p>Richard L, Alade M: Effect of Delivery romm routines on success of first breast- feed. Lancet 1990; 336:1105-1107.</p> <p>Nils Berman. Restoring the Original Paradigm for Infant Care and Breastfeeding. Leaven Care and Breastfeeding. Leaven. 2001; 37: 106-107.</p> <p>OPS/OMS. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra, OMS, 1998.</p>	<p>Una vez que nace, si el bebé está vigoroso, secarlo (no secar sus manitos), ligar el cordón una vez que deje de latir.</p> <p>Colocar al bebé sobre el abdomen de la madre, para que pueda reptar hacia el pecho e iniciar la lactancia instintivamente.</p> <p>Cubrirlo con una manta limpia y seca.</p> <p>Debe quedar con la madre durante al menos una hora de manera ininterrumpida.</p>

<p>Priorizar la internación conjunta madre-hijo o hija sanas, con la participación de la familia.</p>	<p>Si el recién nacido se encuentra estable debe continuar con su madre hasta su traslado al sector de internación conjunta luego de que se le hayan realizado los procedimientos de rutina recomendados (administración de vitamina K, colirio, examen físico u otros). La interacción precoz y continua en el período crítico que sucede al nacimiento de las personas condiciona pautas de comportamiento recíproco favorables. El RN tiene mecanismos de comunicación esenciales para el establecimiento del necesario vínculo y apego entre padres e hijos.</p>	<p>OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577. 2011. Dr. Larguía M, Dra. Lomuto C, Lic. González M: Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Unicef. Segunda edición, 2007.</p>	<p>Garantizar: -El trato respetuoso y amable hacia la madre y su familia y el respeto a su privacidad. -La permanencia de la madre junto a su bebé y a su familia. -La contención emocional de la madre y la comunicación de información sobre el estado de su bebé, de manera precisa y oportuna.</p>
	<p>La aplicación de una solución antiséptica como el colorante triple (Tween 80, violeta de genciana y sulfato de niflavina) o alcohol ha resultado efectiva, aunque también puede utilizarse la clorhexidina o yodo-povidona. La limpieza del cordón umbilical con antisépticos puede reducir el riesgo de infección, y la aplicación de clorhexidina al muñón en entornos comunitarios se asocia con una reducción del 27% en la incidencia de omfalitis y reducción del 23% en el riesgo de mortalidad.</p>	<p>www.thelancet.com Published online May 20, 2014 http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3 Dr. Saleem, S: Application of 4% chlorhexidine solution for cord cleansing after birth reduces neonatal mortality and omphalitis. Evid Based Med 2013;18:e15 doi:10.1136/eb-2012-100752.</p>	<p>Pinzar y cortar el cordón cuando deja de latir utilizando una tijera estéril y de uso exclusivo. Realizar la ligadura a 2 cm de la piel con un clamp umbilical, si se utiliza hilo de algodón realizar doble ligadura con 2 nudos y 2 vueltas seccionando a 1 cm por encima de la ligadura con tijera estéril o bisturí. Verificar la presencia de 2 arterias y 1 vena y seguidamente realizar la asepsia del muñón umbilical con clorhidrato de clorhexidina al 4% y luego cubrirlo con una gasa estéril y seca.</p>
<p>Retrasar el baño del recién nacido.</p>	<p>La superficie de la piel, el vernix caseoso y el líquido amniótico protegen al recién nacido contra la invasión bacteriana al nacimiento.</p>	<p>www.thelancet.com Published online May 20, 2014 http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3 McCall EM, Alderdice F, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birthweight infants. Cochrane Database of Syst Rev. 2010; Issue 3. Art. No.: CD004210.</p>	<p>Descartar el baño inmediato del recién nacido. Evitar quitar el vernix de la piel. Puede limpiarse al bebé, en caso de estar cubierto de sangre o líquido amniótico con un algodón impregnado con agua estéril y un jabón neutro no antiséptico. En caso de fetidez, sospecha de amnionitis o RN de madres con VIH, higienizar con jabón. Aseo cuidadoso de oídos, narinas y lugares de acumulación de sangre.</p>

CATEGORÍA B: PRÁCTICAS QUE SON CLARAMENTE PERJUDICIALES O INEFICACES Y DEBEN SER ELIMINADAS

Prácticas clínicas	Evidencia disponible	Fuentes bibliográficas	Recomendaciones
Posición rutinaria de litotomía con o sin estribos durante el trabajo de parto y parto.	En la posición de litotomía, al tener las piernas colgando sobre los estribos, la mujer pierde la posibilidad de que sus talones ofrezcan un punto de apoyo que permita el trabajo de los músculos abductores para abrir el canal del parto. Esta posición produce además, una presión de la cabeza del feto en el ángulo inferior de la vulva, lo cual favorece los desgarros.	OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577. 2011.	Facilitar que la gestante pueda deambular libremente de acuerdo a sus necesidades y preferencias, y que adopte la posición que encuentre más cómoda durante el trabajo de parto y parto.
Rasurado del periné.	La evidencia disponible es insuficiente para recomendar el rasurado perineal como método de prevención de infecciones perineales. Su práctica se considera injustificada, debido a que ocasiona (irritación, enrojecimiento, múltiples arañazos superficiales a causa de la maquinilla de afeitarse, ardor y picazón de la vulva). En una de las revisiones realizadas se encontró que las mujeres que no habían sido afeitadas tuvieron menos colonización bacteriana Gram-negativas en comparación con las mujeres que se habían rasurado.	Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software. Disponible en URL: http://www.update-software.com/search/search.asp?zoom_query=perineal+shaving Department of Reproductive Health and Research, WHO (1999). Care in Normal Birth; a practical guide. Geneva: World Health Organization Garforth S, García J. Hospital admission practices. In: Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC (eds.) Effective care in Pregnancy and Childbirth. Oxford: Oxford University Press 1989, 820-826. Iniciativa Mejores Nacimientos. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, N° 7, Ginebra, Update Software Ltd, Oxford, 2004. Vittorio Basevi V, Lavender T: Rasurado perineal sistemático en el ingreso en el trabajo. Revisión de Intervención. Grupo Editorial: Cochrane de Embarazo y Parto. Online Publicado: 23 OCT 2000. Evaluado como hasta a la fecha: 2008. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001236/abstract;jsessionid=5FEB2DCF7A93C747A3D-5D93403E2F517.f04t04	Evitar la práctica rutinaria del rasurado perineal. Opcionalmente, y si se considera necesario al momento de realizar una sutura, se podrá hacer un rasurado parcial del vello pubiano, o según preferencia de la parturienta.

<p>Enema</p>	<p>Es un procedimiento incómodo para la madre y aumenta injustificadamente el gasto sanitario. Es administrado de acuerdo a las preferencias del profesional que asiste el parto, sin considerar la incomodidad que produce en las mujeres y el incremento de los costos en la atención del parto.</p> <p>No existe al momento evidencia suficiente que apoye su uso rutinario durante el trabajo de parto mejore los resultados maternos y neonatales.</p> <p>No reduce la incidencia de infecciones neonatales o de infecciones de heridas perinatales.</p>	<p>WHO/RHR/HRP/RHL/3/00. Oxford: Update Software. World Health Organization The WHO Reproductive Health Library, Issue 4, 2001.</p> <p>Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.</p> <p>Cuervo LG, Bernal María del Pilar, and Mendoza Natalia. "Effects of high volume saline enemas vs no enema during labour – The N-Ma Randomised Controlled Trial" Disponible en URL: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1468428</p>	<p>Desaconsejar el enema como rutina.</p> <p>Aplicar opcionalmente, previa información, si la gestante lo desea por algún motivo.</p>
<p>Episiotomía</p>	<p>La tasa de episiotomía ha aumentado en relación con la institucionalización del parto y su medicalización, aún sin evidencia de su efectividad.</p>	<p>OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577. 2011.</p> <p>Caroli, G; Belizán, J: Episiotomía en el parto vaginal. Revisión Cochrane traducida, en la Biblioteca Cochrane Plus cit. Issue 3 Borgatta L, Pliening SL, and Cohen WR. Asociation of episiotomy and delivery position with deep perineal laceration during spontaneous delivery in nulliparous women. Am J. Obstret Gynecolo. 1989; 160 (2) 294-7.</p> <p>Uso Racional de la Episiotomía. Resumen de Evidencias y recomendaciones. Guía de Práctica Clínica. Secretaría de Salud. México, 2009.</p>	<p>No hacer episiotomías de rutina. Suturar los desgarros solo cuando esté indicado.</p> <p>Promover una política de episiotomía selectiva y no sistemática. No suturar los desgarros leves o cortes menores.</p> <p>Mejorar la formación sobre la protección del periné.</p>

<p>Inserción de vía intravenosa profiláctica e infusión intravenosa de rutina a las mujeres embarazadas en trabajo de parto de bajo riesgo.</p>	<p>No existe indicación de colocación en forma rutinaria de venoclisis a las mujeres durante el trabajo de parto de bajo riesgo. Esta práctica no aporta beneficios, sino por el contrario, interfiere en el proceso natural, y limita la posibilidad de caminar o de adoptar posturas libremente.</p>	<p>OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577. 2011.</p>	<p>Reservar la hidratación parenteral para las gestantes deshidratadas, con vómitos, con conducción anestésica u otras indicaciones precisas que requieran vía endovenosa.</p>
<p>Revisión rutinaria manual del útero después del alumbramiento.</p>	<p>No debe ser realizada de rutina debido a que el riesgo de infección es mayor al beneficio que ofrece.</p>	<p>OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577. 2011.</p>	<p>Se debe enfatizar sobre la revisión de la placenta y las membranas. Pero, no debe ser de rutina debido a que el riesgo de infección es mayor al beneficio que ofrece.</p>
<p>Práctica de cesárea electiva²⁴ (cesárea a demanda).</p>	<p>La cesárea es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbimortalidad materna y fetal mayor que la de un parto normal, así como de secuelas para la madre y el recién nacido.</p> <p>Cesárea a demanda es la realizada por requerimiento, elección o preferencia de la embarazada, programada sin indicación médica.</p> <p>Las tasas de alta natalidad por cesárea pueden asociarse a potenciales complicaciones maternas y neonatales, mayores costos y sobre-medicación de un acontecimiento normal como es el parto.</p>	<p>OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577. 2011.</p> <p>La FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) concluye que "realizar cesárea por razones no médicas es éticamente injustificado".</p>	<p>Informar a la mujer y a su familia sobre los riesgos a los que se expone ella y su RN al realizarse una cesárea electiva. Se debe facilitar, salvo excepciones, la posibilidad de un parto vaginal antes que una cesárea. Implementar programas para la racionalización de las tasas de cesáreas y la disminución de su variabilidad no justificada.</p>
<p>Paso de sondas a través de los orificios corporales del recién nacido: No se indica aspiración sistemática de secreciones si el bebé nació vigoroso; tampoco se recomienda como rutina el lavado gástrico, el paso de sonda orogástrica o nasogástrica, así como tampoco la sonda rectal para confirmar permeabilidad de fosas nasales.</p>	<p>No es necesario el paso de ninguna sonda en el periodo posnatal inmediato ni posteriormente, a no ser que haya algún signo clínico que indique o haga sospechar alguna malformación o patología. No se dispone de ninguna prueba de que el paso de sondas o la aspiración de secreciones de forma rutinaria de la orofaringe conlleve ningún beneficio para el recién nacido.</p>	<p>Clasificación de la Canadian Task Force http://www.ctfphc.org/ American Academy of Pediatrics. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. 5th edition. 2002.</p> <p>UK National Screening Committee. Newborn. http://www.screening.nhs.uk/policies-newborn</p> <p>IMPAC Integrated Management of Pregnancy And Childbirth Guía para Obstetras y Médicos, 2000.</p>	<p>Vigilancia por parte de un profesional durante las dos primeras horas de vida para detectar cualquier problema. El paso de sondas en ningún caso podría sustituir a la vigilancia del recién nacido y en algunas ocasiones podría desestabilizarle. Se debe confirmar de visu en las primeras horas la presencia de ano, y vigilar la eliminación de meconio durante la estancia en la maternidad.</p>

CATEGORÍA C: PRÁCTICAS QUE DEBEN USARSE CON CAUTELA Y CON INDICACIONES MÉDICAS PRECISAS

Prácticas clínicas	Comentarios, evidencia	Fuentes bibliográficas	Recomendaciones
Uso de amniotomía	No existe evidencia que demuestre que la amniotomía temprana tenga beneficios durante el trabajo de parto en cuanto a su acortamiento; además, la rotura artificial precoz de las membranas puede producir la aparición de desaceleraciones en la frecuencia cardíaca fetal, el aumento de la tasa de infecciones y la incomodidad materna por aumento del dolor en presencia de las contracciones.	Rebecca, M.D; Smyth, S; Alldred, K; Markham, C: Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo. Revisión Cochrane traducida, en la Biblioteca Cochrane Plus ct. 2009, N°3. Traducida de The Cochrane Library, 2007. Issue 4. Art CD006167.	No utilizar amniotomía precoz de manera rutinaria. Esta conducta se reservará para parturientas con progreso anormal del trabajo de parto según partograma.
Manipulación activa del feto en el expulsivo.	Existe mucha bibliografía acerca de métodos que protegen el periné durante el nacimiento de la cabeza fetal: los dedos de una mano (generalmente la derecha) cuidan el periné, mientras con la otra mano se presiona sobre la cabeza fetal con el fin de controlar la velocidad de salida, intentando con ello reducir el daño sobre los tejidos perineales.		Los resultados de los metaanálisis que compararon intervención versus ninguna intervención indicaron que esta última reduce el uso de episiotomía. Hay datos razonables para apoyar el uso de compresas calientes aplicadas al perineo de la madre.

CATEGORÍA D: PRÁCTICAS QUE SE UTILIZAN FRECUENTEMENTE EN FORMA INAPROPIADA

Prácticas clínicas	Comentarios, evidencia	Fuentes bibliográficas	Recomendaciones
Control del dolor por analgesia peridural o epidural en forma rutinaria.	La analgesia epidural parece ser el método más eficaz para el alivio del dolor durante el parto. Sin embargo, las mujeres que lo utilizan tienen mayor riesgo de tener un parto instrumental y fracaso de la lactancia materna. Aprovechar los métodos para reducir el dolor durante el trabajo de parto; como el modelo psicoprofiláctico, el cambio de posición, los masajes, la relajación, y la analgesia acupuntural.	Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowter CA. Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Data Base Syst. Revisión 2011, Dec. 7; 12:CD009514. Abun-Somuah, M; Howell, C: Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para 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	No realizar analgesia de rutina. Informar previamente a las mujeres sobre los diferentes métodos para aliviar el dolor, sus beneficios y potenciales riesgos. Explicarles que el cerebro produce sustancias analgésicas (endorfinas), en un parto fisiológico en condiciones de intimidad. Informar sobre los riesgos y las consecuencias de la analgesia epidural tanto para la madre, como para el bebé. Considerar la aplicación de la citada anestesia sin bloqueo motor. Ofrecerles la elección de uno o varios métodos, si lo desean. Si no desean emplear fármacos se le informará sobre la evidencia de otros métodos alternativos disponibles. Permitir que las mujeres estén acompañadas de manera continuada durante todo el proceso.

<p>Monitoreo fetal electrónico en bajo riesgo.</p>	<p>La evidencia indica que el monitoreo electrónico continuo no disminuyó la mortalidad perinatal, pero aumentó la tasa de cesáreas y de partos instrumentales en relación con la auscultación intermitente.</p>	<p>No existe evidencia disponible que fundamente su utilización.</p> <p>Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor (Cochrane Review). The Cochrane Library, 2, 2001. Oxford: Update Software.</p>	<p>El control de vitalidad fetal en partos de bajo riesgo debe ser realizado a través de la auscultación intermitente con la frecuencia indicada en el partograma.</p> <p>La cardiocografía externa debe reservarse para embarazos de riesgo alto o para mujeres con progreso anormal del trabajo de parto.</p> <p>Se sugiere monitoreo electrónico de la FCF intraparto en las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trabajo de parto prolongado. • conducción de trabajo de parto (uso de oxitocina). • dificultad de auscultación de foco fetal.
	<p>La disminución de infecciones se logra realizando el menor número posible de tactos vaginales utilizando los guantes adecuados.</p>	<p>OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577, 2011www.thelancet.com Published online May 20, 2014 http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3</p>	<p>Realizar la cantidad de tactos vaginales necesarios para garantizar el buen control de la evolución del trabajo de parto.</p>
<p>Movilización rutinaria de la mujer en trabajo de parto a una habitación diferente en el comienzo del segundo periodo.</p>	<p>La asistencia del parto en lugares diferentes según se trate del trabajo de parto, parto o puerperio tiene muchas desventajas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - contribuye a aislar a la embarazada de su grupo familiar y de su acompañante. - implica dificultosos e incómodos traslados entre los diferentes sectores involucrados. - exige mayor cantidad de recursos humanos: camilleros, enfermeros y personal de limpieza al no concentrarlos en un solo lugar. - condiciona mayor consumo de ropa, materiales, tareas de limpieza y esterilización. - atemoriza a la futura madre debido a los reiterados cambios y la ambientación hospitalaria. 	<p>OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577. 2011</p> <p>Dr. Larguía M, Dra. Lomuto C, Lic. González M: Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Unicef. Segunda edición, 2007.</p>	<p>Posibilitar a las mujeres en trabajo de parto, las salas TPR, o TPRP (trabajo de parto, parto, recuperación y puerperio), basándose en que, en el nivel de cuidados básicos, el parto no debe ser considerado como un acto médico quirúrgico, sino como un acontecimiento normal de la especie, el cual admite la presencia de la familia, sin traer riesgos de contaminación, permitiendo el fácil acceso a la tecnología de apoyo en el momento requerido.</p>

<p>Alentar a que la mujer que ha completado la dilatación, puje, aunque no tenga deseos de hacerlo.</p>		<p>OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577. 2011.</p>	<p>Esperar a que la mujer tenga deseos de pujar para alentarla.</p>
<p>Parto instrumental de rutina.</p>	<p>El parto instrumental consiste en la utilización del fórceps obstétrico o del vacuum extractor, para provocar el parto de la cabeza fetal. Diferentes componentes de la asistencia al parto han demostrado beneficios en la reducción de partos asistidos, tales como contar con acompañamiento durante todo el proceso de parto o adoptar postura vertical durante el periodo expulsivo.</p>	<p>Johanson RB, Menon V. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). En: The Reproductive Health Library, (10), 2007. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.rhlibrary.com. (Reprinted from The Cochrane Library, Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.) Disponible en: http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000224.html; http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&uid=10796182&cmd=showDetailView&indexed=google</p>	<p>Evitar realizar partos instrumentales salvo indicación por patología y respetar los tiempos de duración del periodo expulsivo.</p>

OTRAS RECOMENDACIONES QUE DEBEN SER APLICADAS POR EL PERSONAL DE SALUD

Prácticas clínicas	Comentarios, evidencia	Fuentes bibliográficas	Recomendaciones
<p>Promoción de la atención del parto de bajo riesgo a cargo de obstetras.</p>	<p>Son los profesionales más idóneos para la atención del embarazo normal y están capacitados para diagnosticar desviaciones de la normalidad que requieran asistencia médica especializada.</p>	<p>OMS. Care in normal birth. A practical guide. Birth, 1997;24:121 Dr. Larguía M, Dra. Lomuto C, Lic. González M: Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Unicef. Segunda edición, 2007.</p>	<p>Licenciados y licenciadas en obstetricia son quienes reciben en los servicios a las embarazadas, determinan el grado de riesgo, identifican eventuales complicaciones y son quienes deben acompañar los partos de bajo riesgo.</p>

■ Enlaces recomendados

Every Newborn Series. The Lancet

<http://www.thelancet.com/series/everynewborn>

Revisiones sistemáticas. Centro Cochrane Iberoamericano

<http://es.cochrane.org/es/inicio>

Biblioteca virtual en salud

<http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=es>

Guías clínicas Trip data base

<http://www.tripdatabase.com/>

Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia IHAN

<http://www.ihan.es/ihan/>

Guía de atención de los niños desde el nacimiento hasta los dos años. UNICEF Sinergias ONG

<http://www.sinergiasong.org/cajasdeherramientas/mildias/inmediatos.html>

Organización Panamericana de la Salud

<http://www.paho.org/hq/?lang=es><http://www.e-lactancia.org>

ANEXO 2

Orientación para personas acompañantes

La persona acompañante debe brindar apoyo durante el trabajo de parto y el parto. Puede ser una madre, hermana, amiga, integrante de la familia, el padre del bebé o alguien del personal de la maternidad.

Es importante que permanezca continuamente con la mujer y le dé el apoyo que incluye:

- animarla para caminar y movilizarse durante el trabajo de parto
- ofrecerle alimento ligero y líquidos
- contribuir a su confianza haciéndole notar sus avances en el proceso
- estar atenta a los signos de alarma que pudieran presentarse

Beneficios del acompañamiento basados en evidencia científica:

- reduce la percepción de dolor severo
- alienta la movilización
- disminuye el estrés
- acelera el trabajo de parto y el parto
- aminora la necesidad de intervenciones médicas
- incrementa la confianza de la madre en su cuerpo y sus habilidades
- aumenta el estado de alerta del recién nacido debido a una menor medicación para el manejo del dolor de la madre
- acorta el riesgo de hipotermia e hipoglicemia del recién nacido por menor estrés, y uso de menos energía
- estimula la lactancia inmediata y frecuente
- favorece el apego fácil con el recién nacido.
- el apoyo continuo reduce levemente la duración del trabajo de parto, aumenta las probabilidades de parto vaginal espontáneo y reduce la necesidad de analgesia intraparto.
- Las mujeres que reciben este apoyo tienen menos probabilidades de manifestar insatisfacción con sus experiencias de parto.

Estas evidencias son suficientes para implementar esta intervención, argumentar a favor de la misma.

ANEXO 3

CÓDIGO ROJO

FECHA:	ESCALA DE ALERTA PRECOZ OBSTETRICA											
	HORA:											
ASPECTO GRAL	Normal											
	Sudorosa											
	Palida											
	Cianotica											
	Icteric											
FRECUENCIA RESPIRATORIA (Respiraciones por minuto)	30 o mas											
	29 a 20											
	19-12.											
	11 o menos											
SATURACION DE O2 (%)	100-92											
	menos de 92											
TEMPERATURA (C°)	40 o mas											
	39-38											
	37-36											
	35											
FRECUENCIA CARDIACA (lat/min)	100 o mas											
	99 a 60											
	59 o menos											
PRESION SISTOLICA (mmHg)	160 o mas											
	159-140											
	139 a 90											
	89 a 71											
	70 o menos											
PRESION DIASTOLICA (mmHg)	110 o mas											
	109-90											
	89 a 60											
	59 a 51											
RESPUESTA NEUROLÓGICA	50 o menos											
	Alerta											
	Desorientada											
	Reacciona solo al dolor											
ORIN O EN LAS ULTIMAS 6 HRS o >30cc/h	Inconciente											
	SI											
PROTEINURIA (Tira reactiva)	NO											
	+ / ++											
SANGRADO GENITAL	+++ o mas											
	Abundante											
	Manchado											
RUIDO GENITAL PURULENTO	Ausente											
	Si											
CEJERA Y ALT. VISUAL Y/O AUDITIVA:	No											
	Si											
CONVULSIONES	Si											
	No											
DOLOR ABDOMINAL	NO											
	SIN IRRADIACION POSTERIOR											
	CON IRRADIACION POSTERIOR											

ANEXO 4

ESCALA DE ALERTA PRECOZ NEONATAL

TESA HA TEKOPORÁVE MOTENONGEHA MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD DIRECCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA UNFPA TETA REKUAI GOBIERNO NACIONAL Isape Ohandvépa Tapa Pyahu Construyendo juntos - Un Nuevo Rumbo	
RESERVA DE APLICACIONES MEDICAS, CONSERVACION DE MUESTRAS,	
RESERVA DE APLICACIONES MEDICAS, CONSERVACION DE MUESTRAS,	
INDICADOR	UNIDAD
ALTA RIESGO DE INFECCION (Riesgo de muerte)	Alta
	Alta moderada
	Baja
RISGO MODERADO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 1 a 10%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 10 a 20%)	Alta
	Baja
	Muy Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 20 a 30%)	Alta
	Baja
	Muy Baja
	Extremadamente Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 30 a 40%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 40 a 50%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 50 a 60%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 60 a 70%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 70 a 80%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 80 a 90%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 90 a 100%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 100 a 110%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 110 a 120%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 120 a 130%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 130 a 140%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 140 a 150%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 150 a 160%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 160 a 170%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 170 a 180%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 180 a 190%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 190 a 200%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 200 a 210%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 210 a 220%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 220 a 230%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 230 a 240%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 240 a 250%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 250 a 260%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 260 a 270%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 270 a 280%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 280 a 290%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 290 a 300%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 300 a 310%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 310 a 320%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 320 a 330%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 330 a 340%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 340 a 350%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 350 a 360%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 360 a 370%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 370 a 380%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 380 a 390%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 390 a 400%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 400 a 410%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 410 a 420%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 420 a 430%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 430 a 440%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 440 a 450%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 450 a 460%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 460 a 470%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 470 a 480%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 480 a 490%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 490 a 500%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 500 a 510%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 510 a 520%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 520 a 530%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 530 a 540%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 540 a 550%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 550 a 560%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 560 a 570%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 570 a 580%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 580 a 590%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 590 a 600%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 600 a 610%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 610 a 620%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 620 a 630%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 630 a 640%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 640 a 650%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 650 a 660%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 660 a 670%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 670 a 680%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 680 a 690%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 690 a 700%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 700 a 710%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 710 a 720%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 720 a 730%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 730 a 740%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 740 a 750%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 750 a 760%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 760 a 770%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 770 a 780%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 780 a 790%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 790 a 800%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 800 a 810%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 810 a 820%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 820 a 830%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 830 a 840%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 840 a 850%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 850 a 860%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 860 a 870%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 870 a 880%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 880 a 890%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 890 a 900%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 900 a 910%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 910 a 920%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 920 a 930%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 930 a 940%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 940 a 950%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 950 a 960%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 960 a 970%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 970 a 980%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 980 a 990%)	Alta
	Baja
RISGO BAJO DE INFECCION (Riesgo de muerte de 990 a 1000%)	Alta
	Baja

ANEXO 5

Detección de depresión posparto²⁵

La Escala de Depresión de Posparto de Edimburgo (EPDS) es una herramienta creada para la identificación de casos en los servicios de atención primaria de la salud. Este instrumento originado en centros de salud de las ciudades escocesas Livingston y Edimburgo, consiste en diez declaraciones cortas. La madre escoge cuál de las cuatro posibles opciones es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior.

La mayoría de las mujeres pueden contestar las preguntas sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que los resultados por encima del 92.3% indican una mayor probabilidad de padecer alguna enfermedad depresiva, las cuales pueden ser de diferentes niveles de gravedad.

No obstante, no se debe dar más importancia a los resultados de la EPDS, que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La serie indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Cuestionario sobre depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) ²⁶	
Nombre: _____	Estado civil: _____
Escolaridad: Primaria.....Secundaria.....Universitaria.....	
Paridad:.....En qué trabaja, profesión u oficio:.....	
Dirección: _____ Teléfono:.....	
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____
Fecha de nacimiento del bebé: _____ Edad gestacional: _____	

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas tanto como siempre no tanto ahora mucho menos no, no he podido	6. Las cosas me oprimen o agobian sí, la mayor parte de las veces sí, a veces no, casi nunca no, nada
2. He mirado el futuro con placer tanto como siempre algo menos de lo que solía hacer definitivamente menos no, nada	7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir sí, la mayoría de las veces sí, a veces no muy a menudo no, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien sí, la mayoría de las veces sí, algunas veces no muy a menudo no, nunca	8. Me he sentido triste y desgraciada sí, casi siempre sí, bastante a menudo no muy a menudo no, nada
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo no, para nada casi nada sí, a veces sí, a menudo	9. He sido tan infeliz que he estado llorando sí, casi siempre sí, bastante a menudo solo en ocasiones no, nunca
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno sí, bastante sí, a veces no, no mucho no, nada	10. He pensado en hacerme daño a mí misma sí, bastante a menudo a veces casi nunca no, nunca

²⁵ The British Journal of Psychiatry, June, 1987, Vol. 150 J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

²⁶ Este cuestionario ha sido adaptado por el Área de Perinatología del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Materno infantil San Pablo tomando como base el publicado en: The British Journal of Psychiatry, June, 1987, Vol. 150 J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

■ Instrucciones de uso:

1. Se pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tiene que contestar las diez preguntas.
3. Se debe evitar la posibilidad que hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. Debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos de lectura sean limitados.
5. La EPDS puede ser usada entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de posparto. La clínica de pediatría, la cita de control de posparto o una visita al hogar son oportunidades convenientes para realizarla.

■ Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les otorga puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para obtener una puntuación total. Un total de 10 o más muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier valor que no sea "0" en la respuesta de la pregunta 10, indica la necesidad de realizar evaluaciones adicionales a la brevedad. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Antes de decidir el tipo de tratamiento recomendado se deben llevar a cabo otra clase de estudios.

ANEXO 6**RESOLUCIONES: CONE; COMITÉ, PRIMERA CONSULTA**

Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 461 - -

POR LA CUAL SE APRUEBA LA GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES ESENCIALES (CONE) EN LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD. MEJORAMIENTO CONTINUO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN MATERNO NEONATAL, EN EL MARCO DE LA MOVILIZACIÓN NACIONAL PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL PARAGUAY.

Asunción, 29 de agosto de 2014

VISTO:

La nota D.G.P.S. N° 479, de fecha 21 de julio de 2014, por medio de la cual la Dirección General de Programas de Salud pone a consideración del Gabinete la "Guía para la organización de los Cuidados Obstétricos y Neonatales (CONE) en la Red Integrada de Servicios de Salud. Mejoramiento continuo en la calidad de atención materno neonatal" con el compromiso de mejorar la calidad de atención materno neonatal en los servicios de salud; y

CONSIDERANDO:

Que existe un marco normativo vigente plasmado en el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR) 2014 - 2018; el Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia y la Movilización Nacional para disminuir la mortalidad neonatal en el Paraguay.

Que los planes y movilización mencionados contemplan ejes de acción que buscan establecer Maternidades Seguras que ofrezcan una regionalización de la atención materna y neonatal.

Que los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) son un conjunto de atenciones a las cuales deben tener acceso todas las mujeres embarazadas, puerperas y los recién nacidos, y son fundamentales para salvar las vidas de madres y recién nacidos.

Que la estrategia CONE está basada en la premisa de que una proporción de mujeres embarazadas, parturientas y recién nacidos desarrollarán complicaciones obstétricas y neonatales que en su mayoría no pueden ser prevenidas y por lo tanto necesitan cuidados obstétricos y neonatales esenciales rápidos y de calidad para salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo.

Que la estrategia CONE consiste en asegurar que todas las madres y recién nacidos tengan acceso, las 24 horas del día, 365 días al año, a los cuidados obstétricos esenciales de calidad. Los CONE llegan a las madres y recién nacidos a través de los servicios que ofrece una red de CONE, que tiene una referencia geo poblacional

Que la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) es el conjunto de servicios organizados para dar respuesta a las necesidades de salud de las personas, garantizando la universalidad con equidad, integralidad, participación e interculturalidad.





Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 461 -

POR LA CUAL SE APRUEBA LA GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES ESENCIALES (CONE) EN LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD. MEJORAMIENTO CONTINUO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN MATERNO NEONATAL, EN EL MARCO DE LA MOVILIZACIÓN NACIONAL PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL PARAGUAY.

29 de agosto de 2014
Hoja N° 2/4

Que las instancias de la RISS son la atención primaria, la atención especializada ambulatoria, la atención especializada hospitalaria, la atención a las urgencias, la atención complementaria (vigilancia de la salud, asistencia farmacéutica, apoyo diagnóstico, rehabilitación, órtesis, prótesis) y el sistema de regulación médica, comunicación y transporte.

Que en el contexto de la RISS, los niveles de CONE pueden ser identificados como: CONE Ambulatorio o primer nivel de promoción, prevención y detección de la complicación; CONE Básico, que asegura partos vaginales seguros y los primeros cuidados fundamentales e inmediatos cuando la complicación ya se ha presentado; CONE Completo, que brinda la asistencia para partos por cesáreas y asegura cuidados obstétricos y neonatales más comprensivos, cuando la complicación se ha presentado; y CONE Intensivo que brinda cuidados intensivos y especializados cuando la madre o el recién nacido así lo requieran.

Que los planes y movilización mencionados contemplan líneas de acción para monitoreos, evaluaciones y controles de calidad que exigen la definición de estándares e indicadores precisos.

Que por Resolución S.G. N° 183/2005 se dispone la realización del Monitoreo y Evaluación de la disponibilidad y la utilización de los Servicios Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) a nivel país, incluyendo instituciones, privadas, policiales, militares y universidades.

Que la Resolución S.G. N° 613/2012 aprueba el desarrollo de una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay.

Que por Resolución S.G. N° 340/2013 se aprueba el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014 - 2018; y se dispone su implementación y ejecución.

Que por Resolución S.G. N° 109/2014 se modifica la conformación del Comité de Ejecución de la Movilización Nacional para la disminución de la Mortalidad Materna y Neonatal, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, creado por Resolución S.G. N° 104/2014.





Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 461.-

POR LA CUAL SE APRUEBA LA GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES ESENCIALES (CONE) EN LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD. MEJORAMIENTO CONTINUO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN MATERNO NEONATAL, EN EL MARCO DE LA MOVILIZACIÓN NACIONAL PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL PARAGUAY.

29 de agosto de 2014
Hoja N° 3/4

Que por Resolución S.G. N° 353/2014 se modifica el Artículo 2° de la Resolución S.G. N° 271/2013, "Por la cual se modifica la denominación de la Comisión Técnica de Maternidad Segura y Salud Neonatal por el de Comisión Técnica de Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal; y se actualiza la conformación de ésta. De igual manera a nivel Regional".

Que la Ley 836/80, Código Sanitario, en el Artículo 3°, dispone: "El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social", y en el Artículo 4°, determina: "La Autoridad de Salud será ejercida por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, con la responsabilidad y atribuciones de cumplir y hacer cumplir las disposiciones previstas en este Código y su reglamentación".

Que en el Artículo 21° de la misma Ley se establece: "Es obligación y derecho de los progenitores el cuidado de su salud y la de su hijo desde el inicio de la gestación", en el Artículo 22°: "El Estado, por su parte, protegerá y asistirá sanitariamente al niño desde su concepción hasta la mayoría de edad", y en el Artículo 23°: "Es responsabilidad de los establecimientos que presten atención obstétrica y pediátrica, la identificación, el cuidado, la seguridad y la custodia del recién nacido mientras dure la internación de la madre o del lactante".

Que el Decreto 21.376/98, en su Artículo 10, numeral 4, establece que son funciones específicas en el área de Regulación y Atención Sanitaria, la de Reglamentar y ejecutar directamente los programas de atención primaria para grupos vulnerables y otras áreas de salud desprotegidas; conforme al desarrollo de una red de servicios y programas, según niveles de atención.

POR TANTO, en ejercicio de sus atribuciones legales;

**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:**

Artículo 1°. Aprobar la "Guía para la Organización de los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en la Red Integrada de Servicios de Salud. Mejoramiento continuo en la calidad de atención materna y neonatal".





Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 461-

POR LA CUAL SE APRUEBA LA GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES ESENCIALES (CONE) EN LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD. MEJORAMIENTO CONTINUO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN MATERNO NEONATAL, EN EL MARCO DE LA MOVILIZACIÓN NACIONAL PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL PARAGUAY.

29 de agosto de 2014
Hoja N° 4/4

- Artículo 2º.** Disponer la aplicación de dicha normativa en el territorio nacional, con carácter obligatorio por parte de los profesionales, en todos los establecimientos de salud del sector público y privado; a partir de la fecha de la firma de presente Resolución.
- Artículo 3º.** Encomendar a la Dirección General de Planificación y Evaluación el monitoreo y la evaluación periódica del cumplimiento de los estándares definidos en la Guía aprobada en el Artículo 1º.
- Artículo 4º.** Encomendar a la Comisión Técnica de Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal, la capacitación, difusión y socialización de dicha herramienta, a los efectos de su posterior aplicación periódica, organizada y sistemática.
- Artículo 5º.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.



DR. ANTONIO CARLOS BARRIOS F.
MINISTRO



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 866.-

POR LA CUAL SE ESTABLECE LA OBLIGATORIEDAD DE LA PRESENTACIÓN DE LAS NOTIFICACIONES DE OCURRENCIA DE LA MUERTE MATERNA, FETAL Y NEONATAL, EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EXITOSAS, REMISIÓN DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS CASOS, REMISIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN, LLENADO CORRECTO DEL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y DEPENDENCIAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.

Asunción, 18 de diciembre de 2014

VISTO:

La necesidad de establecer la obligatoriedad de la notificación, dentro de las 24 horas de la ocurrencia de la muerte materna, fetal y neonatal, las emergencias obstétricas exitosas en el término de una semana, y el informe de la investigación clínica epidemiológica en un plazo máximo de 15 días; con la finalidad de fortalecer la vigilancia de la mortalidad materna y neonatal e implementar acciones que puedan contribuir a la disminución de la mortalidad materna y del recién nacido; y

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 836/80 del Código Sanitario, en el Art. 3° expresa: *“El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social”*; en el Art. 18° De la Reproducción Humana, establece que: *“La reproducción humana debe ser practicada con libertad y responsabilidad, protegiendo la salud de la persona desde su concepción”*; en el Art. 19°, que: *“Corresponde al sector salud bajo la supervisión y control del Ministerio, promover, orientar y desarrollar programas de investigación, información, educación y servicios médico-sociales dirigidos a la familia y todo lo relacionado con la reproducción humana, vigilando que ellos se lleven a cabo con el debido respeto a los derechos fundamentales del sector humano y a la dignidad de la familia”*; y en el Art. 20°, que: *“Los programas de protección familiar deben obedecer a las estrategias del sector salud, en coincidencia con los planes y exigencias del desarrollo económico y social, de acuerdo con los valores y expectativas de la Nación”*.

Que, en concordancia con lo preceptuado por la Constitución Nacional en su Artículo 242 – De los deberes y de las atribuciones de los ministros, el Decreto N° 21376/98, Artículos 19°, 20° numeral 6, dispone que al Ministro de Salud Pública y Bienestar Social compete ejercer la administración general de la institución; en tanto que el numeral 7 del Artículo 20° del mismo Decreto asigna al Ministro, entre otras funciones específicas, la de *“dictar Resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas, dependencias y servicios, reglamenten su organización y determinen sus funciones”*.

POR TANTO, en ejercicio de sus atribuciones legales;





Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 866 - -

POR LA CUAL SE ESTABLECE LA OBLIGATORIEDAD DE LA PRESENTACIÓN DE LAS NOTIFICACIONES DE OCURRENCIA DE LA MUERTE MATERNA, FETAL Y NEONATAL, EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EXITOSAS, REMISIÓN DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS CASOS, REMISIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN, LLENADO CORRECTO DEL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y DEPENDENCIAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.

18 de diciembre de 2014
Hoja N° 2/4

**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:**

- Artículo 1°.** Disponer la notificación obligatoria dentro de las 24 (veinticuatro) horas de la ocurrencia de la muerte materna, fetal y neonatal, a la Dirección General de Vigilancia de la Salud, en los formularios correspondientes para este efecto. Los responsables de la notificación serán los Encargados de Epidemiología del Establecimiento de Salud y de la Región Sanitaria, respectivamente.
- Artículo 2°.** Establecer la notificación semanal obligatoria de las Emergencias Obstétricas Exitosas en la planilla correspondiente llenada por el Encargado de Salud Sexual y Reproductiva de cada Establecimiento de Salud y el de la Región Sanitaria, y remitida a la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, dependiente de la Dirección General de Programas de Salud.
- Artículo 3°.** Remitir la Investigación Clínica Epidemiológica de los casos de mortalidad materna, fetal y neonatal, realizada por el Comité de Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal, del nivel local al regional; y de éste a la Dirección General de Programas de Salud; en un plazo máximo de 15 (quince) días.
- Artículo 4°.** Disponer que en caso de que el evento ocurriese en la comunidad, los responsables de la notificación e investigación serán los Referentes Distritales y Regionales de Salud Sexual y Reproductiva, y de las Unidades Epidemiológicas correspondientes.
- Artículo 5°.** Establecer que los Departamentos de Bioestadística locales remitan copias de los Certificados de Defunción a la Dirección General de Información Estratégica en Salud, vía fax o correo electrónico, dentro de las 72 (setenta y dos) horas de haberse expedido el certificado.





Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 866 - -

POR LA CUAL SE ESTABLECE LA OBLIGATORIEDAD DE LA PRESENTACIÓN DE LAS NOTIFICACIONES DE OCURRENCIA DE LA MUERTE MATERNA, FETAL Y NEONATAL, EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EXITOSAS, REMISIÓN DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS CASOS, REMISIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN, LLENADO CORRECTO DEL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y DEPENDENCIAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.

18 de diciembre de 2014
Hoja N° 3/4

Artículo 6°. Determinar la obligatoriedad del llenado correcto, legible y sin enmiendas, de los formularios del Sistema Informático Perinatal (SIP), en los establecimientos de salud, desde las Unidades de Salud de la Familia a los Hospitales Especializados.

Artículo 7°. Disponer la conformación de los Comités de Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal, Regional y Local, con los Encargados de Epidemiología y del Sistema Informático Perinatal (SIP), de la siguiente manera:

COMITÉ REGIONAL:

- ✓ Director Regional (Coordinador)
- ✓ Administrador
- ✓ Epidemiólogo
- ✓ Jefe de Salud Sexual y Reproductiva
- ✓ Pediatra
- ✓ Coordinador de Programas de Salud
- ✓ Jefe de Enfermería
- ✓ Jefe de Obstetricia
- ✓ Educador
- ✓ Estadígrafo
- ✓ Encargado del Sistema Informático Perinatal

COMITÉ LOCAL:

- ✓ Director (Coordinador)
- ✓ Jefe o Encargado del Área de Pediatría
- ✓ Jefe o Encargado del Área de Gineco-obstetricia
- ✓ Jefe de Enfermería
- ✓ Jefe de Obstetricia
- ✓ Educador
- ✓ Estadígrafo
- ✓ Jefe de Administración y Finanzas
- ✓ Encargado del Sistema Informático Perinatal
- ✓ Epidemiólogo





Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 866.-

POR LA CUAL SE ESTABLECE LA OBLIGATORIEDAD DE LA PRESENTACIÓN DE LAS NOTIFICACIONES DE OCURRENCIA DE LA MUERTE MATERNA, FETAL Y NEONATAL, EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EXITOSAS, REMISIÓN DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS CASOS, REMISIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN, LLENADO CORRECTO DEL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y DEPENDENCIAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.

18 de diciembre de 2014
Hoja N° 4/4

- Artículo 8°.** Responsabilizar del cumplimiento de estas disposiciones a los Directores de Regiones Sanitarias y Directores de Hospitales, dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- Artículo 9°.** Establecer el intercambio de conocimientos y tecnología entre la Dirección General de Programas de Salud y la Dirección General de Vigilancia de la Salud, para el fortalecimiento de la Vigilancia de Mortalidad Materna y Neonatal.
- Artículo 10°.** Disponer que el incumplimiento de los artículos arriba mencionados, en tiempo y forma, hará pasible de sanción, según lo establecido en la Ley N° 1626/00 "DE LA FUNCIÓN PÚBLICA", previa remisión del caso a la Dirección General de Asesoría Jurídica.
- Artículo 11°.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.



ANTONIO CARLOS BARRIOS F.
MINISTRO

/sm



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 083.-

POR LA CUAL SE AUTORIZA EL FUNCIONAMIENTO DE CONSULTORIOS “DE PRIMERA CONSULTA PRENATAL” EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS Y DEPENDENCIAS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, Y SE ESTABLECE LA OBLIGATORIEDAD DE LA REALIZACIÓN DE CONTROLES, ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS EN DICHS CONSULTORIOS.

Asunción, 26 de febrero de 2015

VISTO:

La necesidad de establecer la obligatoriedad de consultorios de atención prenatal para las usuarias que consulten por primera vez; diferenciados en exigencias de productividad con respecto a la continuidad prenatal, conforme a las reglamentaciones vigentes que rigen a la materia; y

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 836/80, Código Sanitario, establece en el Artículo 3° que “El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social; Artículo 7°, que “Los planes, programas y actividades de salud y bienestar social, a cargo de las instituciones públicas y privadas, serán aprobados y controlados por el Ministerio, que debe orientarlos de acuerdo con la política de salud y bienestar social de la Nación”; Artículo 11°, que “El Ministerio debe coordinar los planes y las acciones de las instituciones que desarrollan actividades relacionadas con la salud”; Artículo 14°, que “La salud del grupo familiar es derecho irrenunciable que se reconoce a todos los habitantes del país. El Estado promoverá y realizará las acciones necesarias en favor de la salud familiar”; y en el Artículo 15°, que “Las personas por nacer tienen derecho a ser protegidas por el Estado, en su vida y en su salud, desde su concepción”.

Que el Decreto N° 21.376/98, en el Artículo 10° establece que son funciones específicas en el área de Regulación y Atención Sanitaria: numeral 1) “Definir normas generales y específicas de atención en salud, que permitan el desarrollo de programas y servicios acordes con la eficiencia, eficacia y calidad de las prestaciones en las áreas de prevención y recuperación en salud”; en tanto que el numeral 7 del Artículo 20° del mismo Decreto asigna al Ministro, entre otras funciones específicas, la de dictar Resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas, dependencias y servicios, reglamenten su organización y determinen sus funciones.

POR TANTO, en ejercicio de sus atribuciones legales,

**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:**

Artículo 1°. Autorizar el funcionamiento de Consultorios “De Primera Consulta Prenatal” en todos los establecimientos y dependencias de salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, para las usuarias que consultan por primera vez.

Artículo 2°. Establecer la obligatoriedad de la realización de los siguientes controles, estudios y procedimientos en los Consultorios “De Primera Consulta Prenatal”.





Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 083 -

POR LA CUAL SE AUTORIZA EL FUNCIONAMIENTO DE CONSULTORIOS “DE PRIMERA CONSULTA PRENATAL” EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS Y DEPENDENCIAS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, Y SE DISPONE LA OBLIGATORIEDAD DE LA REALIZACION DE CONTROLES, ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS EN DICHS CONSULTORIOS.

26 de febrero de 2015
 Hoja N° 02/03

- Peso, Talla y presión arterial
- Solicitud de análisis clínicos
- Llenado de la hoja de CLAP
- Test rápido para HIV – VDRL – CHAGAS
- Estudio citológico de Papanicolau
- Examen de mama
- Consejería sobre signos de alarma.

Artículo 3°. Establecer que la usuaria deberá ser derivada para las evaluaciones nutricional y odontológica en la misma fecha de la Primera Consulta Prenatal, y al término de la misma deberá contar con fecha para la próxima consulta, para lo cual se habilitará un sistema de agendamiento (libro o sistema informático).

Artículo 4°. Disponer la implementación del “Algoritmo de Primera Consulta Prenatal”, que forma parte como Anexo de la presente Resolución, en todos los establecimientos y dependencias de salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Artículo 5°. Designar como responsables de la aplicación y cumplimiento de lo establecido en la presente Resolución a la Dirección General de Programas de Salud y a la Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud.

Artículo 6°. Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.

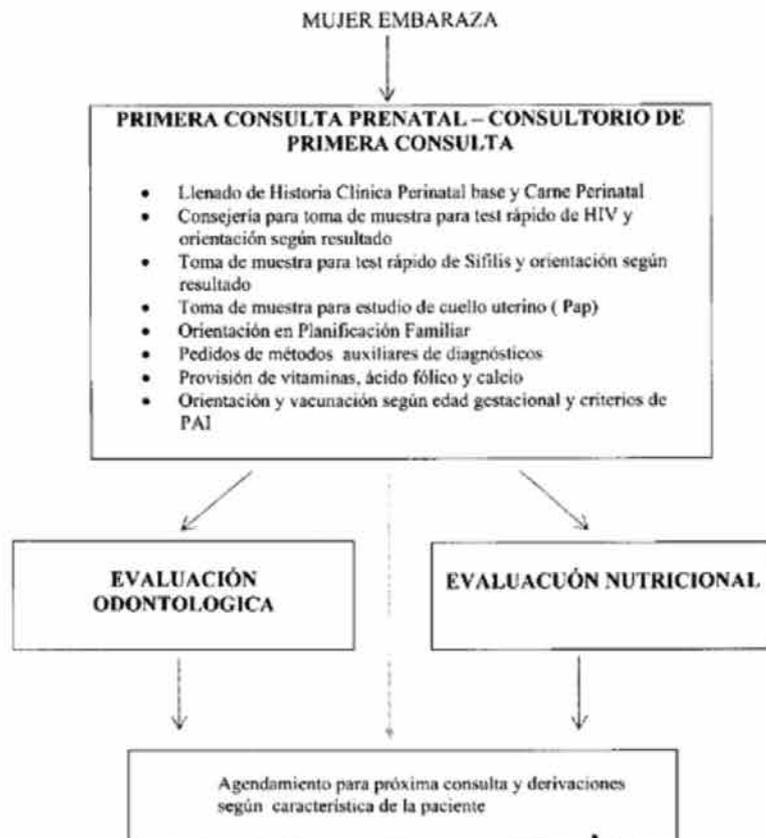


ANTONIO CARLOS BARRIOS F.
MINISTRO



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 083 -

16 de febrero de 2015
 Hoja N° 03/03



ANEXO 7

ASPECTOS JURÍDICOS

■ Derecho a la vida

- Constitución Nacional. Artículos 4, 68 al 72. Del derecho a la vida, donde se estipula que “Toda persona será protegida por el Estado en su integridad física y psíquica...”
- Ley N° 57/90: “Que Aprueba y Ratifica La Convención de las Naciones Unidas Sobre Los Derechos Del Niño”. Artículo 6, en el que se reconoce que “todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida” y se garantizará “en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”.
- Código de la Niñez y la Adolescencia. Artículos 13 y 17.
- Código Sanitario. Artículos 15, 16, 17 y 18.
- Código Penal. Artículos 105 al 109 y 323.

■ Calidad de vida

Asimismo, la Constitución Nacional, en el artículo 6. De la calidad de vida, expresa que “La calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes...”

■ Derecho a la salud

El derecho a la salud está garantizado además en el artículo 69 de la Constitución Nacional, Del Sistema Nacional de Salud, en el que se remarca que “se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas”.

El Estado paraguayo incorpora constitucionalmente los instrumentos de derechos humanos al orden jurídico interno, a través de su ratificación y, entre otras, asume la obligación de armonizar el derecho interno conforme a lo establecido por dichos instrumentos, los cuales tienen un rango superior a las leyes dictadas por el Congreso (art. 137, Constitución Nacional).

El contenido normativo del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, ratificado por Ley 4/92), establece que el derecho a la salud no debe entenderse de manera restringida como el “derecho a estar sano”, sino que incorpora libertades y derechos.

Entre las libertades, garantiza el derecho de toda persona a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, el derecho a no padecer injerencias y a no ser sometida a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. Además, figura el derecho relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a los individuos, igualdad de oportunidades para el disfrute del más alto nivel posible de salud. Por otra parte, interpreta el derecho a la salud con un criterio inclusivo, que: [...] no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como (...) el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (Comité DESC, 2000: párrafo 11).

En tanto, explicita que se debe adoptar medidas para mejorar: la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información (Comité DESC, 2000: párrafo 2).

A todo esto se suma que el Estado paraguayo ha ratificado la Convención para la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), cuyo artículo 12 expresa, que “los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. Los Estados Parte garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

■ Derechos sexuales y reproductivos

A través de la Constitución Nacional y de compromisos internacionales, Paraguay, reconoce los siguientes derechos:

1. a una sexualidad saludable y placentera, a tomar decisiones responsables sobre el ejercicio de la sexualidad y sobre nuestro cuerpo.
2. a información clara, transparente y veraz sobre sexualidad, de acuerdo a las necesidades de cada hombre y mujer en los diferentes momentos de su vida.
3. a información sobre planificación familiar y a acceder a métodos seguros antes de decidir el tipo de tratamiento. 4. a la procreación en condiciones de libertad y sin riesgo para la salud.
4. a servicios de salud de calidad.
5. a condiciones de vida dignas, saludables y que potencien el desarrollo individual y colectivo.

En la Constitución Nacional, Artículo 61, “De la planificación familiar y de la salud materno infantil”, se expresa: “El Estado reconoce el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes, educación, orientación científica y servicios adecuados en la materia. Se establecerán planes especiales de salud reproductiva y salud materno infantil para la población de escasos recursos”.

El acceso a información también está garantizado en el marco legal del país, destacando que las conversaciones eficaces con la mujer y su entorno, en forma respetuosa, por parte del personal sanitario, contribuyen a aumentar su confianza en el sistema de salud, su adhesión a los cuidados prenatales y a partos institucionalizados.

■ Inclusión y no discriminación

El artículo 46 de la Constitución Nacional, “De la igualdad de las personas”, consagra que “todos los habitantes de la República son iguales en dignidad y derechos. No se admiten discriminaciones. El Estado removerá los obstáculos e impedirá los factores que los mantengan o los propicien (...)”.

Para avanzar hacia la meta de construir una sociedad inclusiva, con igualdad de oportunidades, participación, accesibilidad y el ejercicio pleno de los derechos de las personas, se debe dar respuesta a las necesidades específicas de ciertos grupos poblacionales más excluidos y erradicar toda forma de discriminación en el sistema de salud.

Con este objetivo, se incorporan en estas normas, acciones orientadas a mejorar la oferta de servicios a:

- pueblos indígenas, reconocidos en el Capítulo V de la Constitución Nacional;
- adolescentes (artículo 14 del Código de la Niñez y Adolescencia);
- personas con discapacidades.

Cabe destacar que el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), expresa en su artículo 3: “los pueblos indígenas y tribales deberán gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin obstáculos ni discriminación. Las disposiciones de este Convenio se aplicarán sin discriminación a los hombres y mujeres de esos pueblos.”

Asimismo, en el marco del respeto a la diversidad cultural, el artículo 25 del Convenio 169, de la OIT, afirma que “los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental” y que “los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”.

En el Código de la Niñez y la Adolescencia, en su artículo 13, que se refiere al derecho a la salud, se expresa que “el niño o adolescente tiene derecho a la atención de su salud física y mental, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de condiciones a los servicios y acciones de promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud. Si fuese niño o adolescente perteneciente a un grupo étnico o a una comunidad indígena, serán respetados los usos y costumbres médico-sanitarios vigentes en su comunidad, toda vez que no constituyan peligro para la vida e integridad física y mental de éstos o de terceros. En las situaciones de urgencia, los médicos están obligados a brindarles la asistencia profesional necesaria, la que no puede ser negada o eludida por ninguna razón”. El inciso c del artículo 245 de dicho Código, habla del derecho de todo/a adolescente a “recibir los servicios de salud, sociales y educativos adecuados a su edad y condiciones, y a que se proporcionen por personas con la formación profesional requerida”.

Es necesario que el personal de salud incorpore este nuevo paradigma para garantizar el cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes, que a partir de 1989, y de la Convención sobre los Derechos del Niño, son reconocidos/as como sujetos de derecho, que deben ser escuchados/os, no discriminados/os y debe priorizarse en todo momento su interés superior.

El Juramento Hipocrático, en su revisión moderna, obliga al/la profesional a brindar atención libre de discriminación, “no permitir jamás que entre el deber y el enfermo se interpongan consideraciones de religión, de nacionalidad, de raza, de partido o de clase.”

Idéntico principio filosófico contiene la Declaración de Principios Éticos de Médicos del MERCOSUR (1995), que considera a “la medicina como una disciplina al servicio de la salud del ser humano y de la colectividad, debiendo ser ejercida sin discriminación de cualquier naturaleza”, ya que “es derecho del paciente decidir libremente sobre la ejecución de prácticas diagnósticas o terapéuticas siéndole asegurados todos los recursos de la ciencia médica donde sea atendida, sin discriminación de ninguna naturaleza”.

De la misma forma la Constitución Nacional, en su artículo 24, De la libertad religiosa y la ideológica, sostiene que “ninguna confesión tendrá carácter oficial”, de lo que se desprende que la Función Pública no debe responder a los contenidos o preceptos de ninguna religión o credo. Claramente esto explicita que no corresponde al personal de salud juzgar, ni anteponer sus creencias personales durante el ejercicio de su profesión.

■ Omisión de auxilio

La salud es un derecho irrenunciable, como lo expresa el artículo 14 del Código Sanitario, “la salud del grupo familiar es derecho irrenunciable que se reconoce a todos los habitantes del país”, es inherente la obligación de todo personal de salud atender a las personas. Es así que el Código Sanitario establece en su artículo 307 que: Los profesionales, técnicos y auxiliares en ciencias de la salud serán pasibles de la suspensión por un plazo no mayor de 6 meses o la cancelación del registro por un término no mayor de 3 años, cuando los mismos rehúyan prestar sus servicios a un enfermo o lo abandone habiendo estado bajo su cuidado o por su negligencia, sean responsables de la muerte o incapacidad de su paciente, o de la propagación de una enfermedad transmisible que ponga en grave riesgo la salud pública, así como los que expidan certificados, análisis, dictámenes o informes falsos o violen voluntariamente el secreto profesional.”

■ Secreto profesional y derecho a la privacidad y confidencialidad

Toda persona que trabaja en salud está obligada a garantizar la confidencialidad de toda información, conforme lo establece el artículo 147 del Código Penal, que penaliza la revelación de información obtenida durante el acto médico, estipulando hasta un año de privación de libertad, expresado en el párrafo siguiente:

1° El que revelara un secreto ajeno:

1. Llegado a su conocimiento en su actuación como,

a. médico, dentista o farmacéutico; (...)

b. ayudante profesional de los mencionados anteriormente o persona formándose con ellos en la profesión; o

2. respecto del cual le incumbe por ley o en base a una ley una obligación de guardar silencio, será castigado con pena privativa de libertad de hasta un año o con multa.

2° La misma pena se aplicará a quien divulgue un secreto que haya logrado por herencia de una persona obligada conforme al inciso anterior.

(...)En otro artículo, el 33, que aborda el Derecho a la intimidad remarca que “la intimidad personal y familiar, así como el respeto a la vida privada, son inviolables...”, y que “se garantizaran el derecho a la protección de la intimidad, de la dignidad y de la imagen privada de las personas”.

Es importante destacar que la historia clínica, y todo lo conversado durante la consulta, son aspectos amparados por secreto profesional, tal como se destaca en el inciso 5, del artículo 147, del Código Penal que dice:

“Como secreto se entenderá cualquier hecho, dato o conocimiento:

1. de acceso restringido cuya divulgación a terceros lesionaría, por sus consecuencias nocivas, intereses legítimos del interesado; o

2. respecto de los cuales por ley o en base a una ley, debe guardarse silencio.”

La obligación de preservar el secreto profesional y la confidencialidad se aplica también a adolescentes y niñas, como está estipulado en el artículo 14, del Código de la Niñez y la Adolescencia.

Adicionalmente, el Código Penal establece claramente en su artículo 148 que la revelación de secretos privados por parte de funcionarios/as o personas con obligación especial (como es guardar el secreto profesional), será castigada con penas privativas de libertad hasta tres años o con multa.

El Comité CEDAW en su recomendación general número 24 (1999), ha expresado que la falta de confidencialidad es un obstáculo real para que las mujeres accedan a los servicios de salud. Por otra parte, el Juramento Hipocrático expresa claramente que la salud de los/las pacientes debe ser el primer objetivo para el/la médico/a; debe respetar los secretos que se le confíen aun después de morir el/la paciente.

Todo esto también está contemplado en la Resolución Ministerial S.G. N°146, “Por la cual se establece la obligatoriedad de brindar acceso a los servicios de salud a los servicios de salud de calidad y atención sin discriminaciones, con efectivo cumplimiento del deber de confidencialidad y garantía de plena vigencia del secreto profesional en la atención”

■ Derechos laborales de la mujer embarazada

1. Constitución Nacional, art. 89.

2. Código Laboral, arts. 129/136, 153 inciso g, artículo 352 inciso e y artículo 388.

La mujer trabajadora embarazada o que se encuentra amamantando tiene derecho a ser eximida de trabajos insalubres, peligrosos o penosos, a partir de la gestación, cuando exista peligro para la salud de la madre o del niño. Si habitualmente se encuentra empleada en trabajos insalubres, peligrosos o penosos se le debe asignar tareas compatibles con su estado, a cuyo efecto tiene derecho a ser trasladada de puesto sin reducción de su salario.

Toda mujer tiene derecho al permiso de maternidad para la lactancia materna y otros que fueran necesarios para garantizar tanto su bienestar como el de su bebé.

Además, tiene derecho a licencia por todo el tiempo que sea necesario conservando su empleo y derechos adquiridos por virtud del contrato de trabajo, y recibir asistencia médica y prestaciones suficientes, con cargo al régimen de seguridad social, durante el reposo por maternidad y en cualquier periodo adicional entre la fecha presunta y fecha real del parto; ser eximidas de realizar trabajos insalubres o peligrosos durante el periodo de lactancia.

Contar con salas o guarderías donde sus hijos menores de dos años quedarán bajo custodia durante el tiempo de trabajo de su madre (esto solo en caso que el establecimiento cuente con más de 50 trabajadores).

Ninguna mujer durante el embarazo, el puerperio, y el periodo de su descanso de maternidad debe recibir preaviso o ser despedida, por esto es importante que notifique de su estado a su empleador. De producirse el preaviso o el despido, estos serán nulos y darán lugar a una acción judicial para el reintegro en su puesto de trabajo. El empleador que niegue los descansos legales obligatorios o entorpezca los permisos de lactancia, será sancionado con multa de cincuenta jornales mínimos, que se duplicará en caso de reincidencia por cada trabajadora afectada.

ANEXO 8

EL PRENATAL DE LA PAREJA

Realizando el prenatal de la pareja se busca acompañar y preparar al hombre para la paternidad activa y consciente. Así también prevenir y detectar enfermedades, actualizar la libreta de vacunación y promover su participación en las actividades educativas llevadas a cabo en los servicios de salud.

El embarazo es un momento importante, tanto para la mujer como para el varón. Durante este tiempo, se viven emociones intensas y el acompañamiento del personal de salud entrenado y calificado es clave en este proceso. En los servicios de Salud los hombres tienen el derecho de cuidarse al mismo tiempo que acompañan a sus parejas al control prenatal. A esta estrategia se denomina prenatal de la pareja.

Converse con su pareja, hablen sobre sus emociones, y sobre lo que esperan de esta nueva vida. Intercambien ideas con otros padres que ya vivieron la experiencia y aprovechen este momento para cuidarse. Su bebé necesita padres saludables.

FICHA DEL PRENATAL DE LA PAREJA

NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:
DOMICILIO:	EDAD:
CIUDAD:	ETNIA:
TELÉFONO:	ESTUDIOS: Ninguno <input type="checkbox"/> Escolar básica <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/>
CÉDULA DE IDENTIDAD:	ESTADO CIVIL: Casado <input type="checkbox"/> Unión estable <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
OCUPACIÓN:	ALTURA: PESO: IMC:

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

ANTECEDENTES PERSONALES:

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| HIPERTENSION | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| DIABETES | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CIRUGIA ABDOMINAL | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CARDIOPATIA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| INFERTILIDAD | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| TRASTORNOS ALIMENTARIOS | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ACTIVIDAD FISICA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

ANTECEDENTES DE HIJOS PREVIOS:

SI NO EDAD DEL ULTIMO: _____

HABITOS TOXICOS:

FUMA SI NO

ALCOHOL SI NO

DROGAS SI NO

VACUNACION:

Vacuna antitetánica

Hace menos de 10 años más de 10 años

1ª dosis / / 2ª dosis / /

3ª dosis / / Refuerzo (cada 10 años) / /

Hepatitis B Inmunizado 1ª dosis / /

2ª dosis / / 3ª dosis / /

Fiebre amarilla Fecha / /

Vacuna Triple Viral (sarampión, parotiditis, rubéola) Fecha / /

- Orientacion sobre prevencion de infecciones de transmision sexual, vih, sida, sifilis, hepatitis b, zika
- Orientacion sobre consulta nutricional
- Orientacion sobre consulta odontologica
- Orientacion sobre planificacion familiar

Estudios

	RESULTADO	FECHA
GRUPO Rh		
HEMOGRAMA		
GLICEMIA		
VDRL		
VIH		
HEPATITIS B		
HEPATITIS C		
TSH		
COLESTEROL		
TRIGLICERIDOS		
ORINA SIMPLE		

CONSULTA DE CONTROL

Fecha:

Peso: IMC: PA:

Resultados de estudios:

Plan:

ANEXO 9

Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo

En 2016, al inicio de la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la morbilidad y la mortalidad prevenibles relacionadas con el embarazo siguen siendo inaceptablemente altas. Aunque se han realizado progresos considerables, los países tienen que consolidar y acelerar esos avances y ampliar sus agendas para centrarse no solo en la mera supervivencia de sus poblaciones, sino también en mejorar y desarrollar al máximo su salud y potencial.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos del mundo reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal. En el continuo de servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades. Se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas. De modo significativo, la atención prenatal también ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades y brindarles apoyo en un momento decisivo de la vida de una mujer. Al elaborar estas recomendaciones sobre atención prenatal se ha puesto énfasis en la importancia de establecer una comunicación eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales y brindar un apoyo eficaz de tipo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas de una manera respetuosa. Estas funciones de comunicación y apoyo de la atención prenatal son esenciales, no solo para salvar vidas, sino para mejorar la calidad de vida, incrementar la utilización de los servicios de atención de la salud y aumentar la calidad de la atención. Las experiencias positivas de las

mujeres en el marco de la atención prenatal y el parto pueden sentar las bases para una maternidad saludable.

Las presentes recomendaciones constituyen una guía integral de la OMS sobre la atención prenatal sistemática que se ha de brindar a las embarazadas. Su objetivo es complementar las directrices existentes de la OMS sobre la atención de determinadas complicaciones relacionadas con el embarazo. Su finalidad es reflejar y responder a la compleja naturaleza de las cuestiones que rodean la práctica y la prestación de la atención prenatal, así como ir más allá de la prevención de la mortalidad y la morbilidad y priorizar la atención de la salud centrada en la persona y el bienestar, de conformidad a un enfoque basado en los derechos humanos.

El alcance de la presente guía se definió mediante un examen sistemático de los puntos de vista de las mujeres. Dicho examen evidenció que las mujeres desean que la atención prenatal les permita experimentar el embarazo de forma positiva. Una experiencia de embarazo positiva se define como el mantenimiento de la normalidad física y sociocultural, el mantenimiento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido (incluida la prevención o el tratamiento de los riesgos, las enfermedades y la muerte), la realización de una transición efectiva hacia un parto y un nacimiento positivo, y la experiencia de una maternidad positiva (incluida la autoestima, la competencia y la autonomía maternas).

Reconociendo que la experiencia que tenga una mujer de la atención sanitaria es clave para transformar la atención prenatal y crear familias y comunidades prósperas, en la presente guía se abordan las siguientes cuestiones:

- ¿Cuáles son las prácticas basadas en datos objetivos durante la atención prenatal que mejoran los resultados y posibilitan una experiencia positiva del embarazo?
- ¿Cómo se deben llevar a cabo estas prácticas?

Métodos de elaboración de la guía

El objetivo de estas recomendaciones sobre atención prenatal es sentar las bases para la formulación de políticas de atención sanitaria y protocolos clínicos pertinentes. La guía se elaboró mediante procedimientos operativos normalizados, de conformidad con el proceso descrito en el *Manual de la OMS para la elaboración de directrices*. De forma resumida, estos procedimientos incluyen: *i)* la identificación de preguntas y resultados prioritarios; *ii)* la búsqueda y síntesis de pruebas; *iii)* la evaluación de las pruebas; *iv)* la formulación de recomendaciones; y *v)* la planificación de la aplicación, la difusión, la evaluación del impacto y la actualización de la directriz. La calidad de las pruebas científicas que sustentan las recomendaciones se clasificó mediante: la herramienta de Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (GRADE), que se centra en las pruebas cuantitativas, y la herramienta para valorar el grado de confianza que se debe depositar en los hallazgos de síntesis de investigaciones cualitativas, Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research (GRADE-CERQual), que se centra en las pruebas cualitativas. Se utilizaron reseñas sistemáticas actualizadas con el fin de preparar perfiles de pruebas para cuestiones prioritarias. En tres consultas técnicas celebradas entre octubre de 2015 y marzo de 2016, el grupo de elaboración de directrices, que es el grupo internacional de expertos que ha elaborado la presente guía, utilizó el marco DECIDE (Developing and Evaluating Communication Strategies to support Informed Decisions and Practice based on Evidence), que es una herramienta para la adopción de decisiones basadas en datos científicos que incluye criterios sobre los efectos, los valores, los recursos, la equidad, la aceptabilidad y la viabilidad de las intervenciones, para formular y aprobar las recomendaciones.

Recomendaciones

Los paneles encargados de la elaboración de la guía de la OMS formularon 39 recomendaciones relacionadas con cinco tipos de intervenciones: A. Intervenciones nutricionales, B. Evaluación materna y fetal, C. Medidas preventivas; D. Intervenciones ante síntomas fisiológicos comunes; y E. Intervenciones en los sistemas de salud para

mejorar la utilización y calidad de la atención prenatal. Las intervenciones se clasificaron como recomendadas, no recomendadas o recomendadas bajo ciertas condiciones con arreglo a las opiniones del grupo de elaboración de directrices según los criterios de DECIDE, que sentaron las bases sobre las cuales se definieron la finalidad y el contexto —si lo hubiere— de la recomendación. En aras de una comprensión y aplicación correctas, se indica claramente el contexto en que se ha de aplicar cada una de las recomendaciones limitadas a contextos específicos, y los expertos colaboradores proporcionaron observaciones adicionales cuando fue necesario. Los usuarios de la guía deberán tener en cuenta estas observaciones, que se presentan junto con los resúmenes de las pruebas en la versión completa de la guía. Además se identificaron sistemáticamente las recomendaciones sobre atención prenatal incluidas en orientaciones existentes de otros departamentos de la OMS, 10 de las cuales se han incluido en la presente guía para ofrecer a los usuarios finales un documento completo. En el cuadro 1 se resumen las 49 recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo.

De conformidad con las normas de la OMS sobre la elaboración de directrices, estas recomendaciones se examinarán y actualizarán tras la identificación de nuevas pruebas, y se realizarán análisis y actualizaciones sustanciales al menos cada cinco años. La OMS agradecerá las sugerencias sobre la adición de cuestiones adicionales en futuras actualizaciones de la guía.

Los paneles encargados de la elaboración de la guía examinaron las consideraciones relativas a la aplicación de las recomendaciones individuales y del conjunto de la guía. El grupo de elaboración de directrices, apoyándose en las pruebas que apuntan a un aumento de las muertes fetales y a una menor satisfacción de las mujeres con el modelo de cuatro visitas (esto es, la atención prenatal, básica o específica), decidió aumentar el número recomendado de contactos entre la madre y los dispensadores de atención de la salud con el fin de fijar contactos adicionales en determinados momentos que pueden facilitar la evaluación del bienestar y la realización de intervenciones para detectar problemas y mejorar los resultados (véase la recomendación E.7 en el cuadro 1). Las recomendaciones contenidas en la presente guía deberían aplicarse junto con otras actividades de mejora de la calidad. Uno de los productos derivados de la presente guía será un manual de aplicación práctica para los trabajadores sanitarios, que incluirá las recomendaciones sobre atención prenatal y las prácticas clínicas idóneas establecidas. En el cuadro 1 figura la lista resumida de todas las intervenciones evaluadas por los paneles encargados de la elaboración de la guía, a saber, las intervenciones recomendadas, las intervenciones que solo se recomiendan bajo ciertas condiciones (incluida la realización de investigaciones) y las intervenciones no recomendadas.

Cuadro 1: Lista resumida de las recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo

Estas recomendaciones se aplican a las embarazadas y a las adolescentes en el contexto de la atención prenatal rutinaria

A. Intervenciones nutricionales	Recomendación	Tipo de recomendación
Intervenciones alimentarias	A.1.1: Se recomienda brindar asesoramiento a las embarazadas sobre la importancia de una alimentación saludable y la actividad física durante el embarazo, con el fin de que se mantengan sanas y no aumenten excesivamente de peso durante el embarazo. ¹	Recomendada
	A.1.2: En poblaciones desnutridas se recomienda proporcionar a las embarazadas información nutricional sobre la importancia de aumentar la ingesta calórica y de proteínas para reducir el riesgo de dar a luz a niños con insuficiencia ponderal.	Recomendada en contextos específicos
	A.1.3: En poblaciones desnutridas se recomienda que las embarazadas tomen suplementos dietéticos energéticos y proteicos equilibrados para reducir el riesgo de muerte prenatal y de nacimiento de niños de tamaño pequeño para su edad gestacional.	Recomendada en contextos específicos
	A.1.4: En poblaciones desnutridas no se recomienda que las embarazadas tomen suplementos ricos en proteínas para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de hierro y ácido fólico	A.2.1: Para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, el bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario por vía oral de hierro y ácido fólico con entre 30 y 60 mg de hierro elemental ² y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico. ^{3,4}	Recomendada
	A.2.2: Para mejorar los resultados maternos y neonatales se recomienda que las embarazadas tomen intermitentemente un suplemento de hierro y ácido fólico por vía oral con 120 mg de hierro elemental ⁵ y 2800 µg (2,8 mg) de ácido fólico una vez a la semana si la toma diaria de hierro no es aceptable debido a los efectos secundarios; esta recomendación también es aplicable en aquellas poblaciones en las que la prevalencia de anemia entre las embarazadas sea inferior al 20%. ⁶	Recomendada en contextos específicos
Suplementos de calcio	A.3: En poblaciones con una dieta baja en calcio, se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario de calcio (1,5–2,0 g de calcio elemental por vía oral) para reducir el riesgo de preeclampsia. ⁷	Recomendada en contextos específicos

¹ Una dieta sana durante el embarazo es aquella que contiene una cantidad adecuada de energía, proteínas, vitaminas y minerales obtenidos mediante el consumo de diversos alimentos, entre ellos verduras, hortalizas, carne, pescado, legumbres, frutos secos, cereales integrales y fruta.

² El equivalente de 60 mg de hierro elemental es 300 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 180 mg de fumarato ferroso o 500 mg de gluconato ferroso.

³ La ingesta de ácido fólico debería comenzar lo antes posible (preferiblemente antes de la concepción) para prevenir los defectos del tubo neural.

⁴ Esta recomendación sustituye la anterior recomendación de la OMS (1).

⁵ El equivalente de 120 mg de hierro elemental es 600 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 360 mg de fumarato ferroso o 1000 mg de gluconato ferroso.

⁶ Esta recomendación reemplaza la anterior recomendación de la OMS (2).

⁷ Esta recomendación está en consonancia con las recomendaciones de la OMS de 2011 sobre la preeclampsia y la eclampsia (3) y reemplaza la recomendación de la OMS de 2013 sobre los suplementos de calcio (4).

Suplementos de vitamina A	A.4: Solo se recomienda la toma de un suplemento de vitamina A como método para prevenir la ceguera a las embarazadas de zonas donde el déficit de vitamina A sea un problema grave de salud pública. ^{8,9}	Recomendada en contextos específicos
Suplementos de zinc	A.5: Se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de zinc únicamente en el marco de investigaciones rigurosas.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Suplementos de micronutrientes múltiples	A.6: No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de micronutrientes múltiples para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de vitamina B6 (piridoxina)	A.7: No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina B6 (piridoxina) para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de vitamina E y C	A.8: No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina E y C para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de vitamina D	A.9: No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina D para mejorar los resultados maternos y perinatales. ¹⁰	No recomendada
Restricción de la ingesta de cafeína	A.10: Para reducir el riesgo de aborto y de insuficiencia ponderal del recién nacido se recomienda que las embarazadas con una alta ingesta diaria de cafeína (más de 300 mg al día) ¹¹ disminuyan el consumo diario de cafeína durante el embarazo.	Recomendada en contextos específicos

B. Evaluación materna y fetal ¹²	Recomendación	Tipo de recomendación
B.1: Evaluación materna		
Anemia	B.1.1: El hemograma completo es el método recomendado para diagnosticar la anemia en el embarazo. En entornos donde no es posible realizar hemogramas completos se recomienda preferiblemente realizar in situ la prueba de hemoglobina con un hemoglobímetro más que con una escala colorimétrica.	Recomendada en contextos específicos
Bacteriuria asintomática (BA)	B.1.2: El cultivo de muestras de orina tomadas a mitad de la micción es el método recomendado para diagnosticar la bacteriuria asintomática (BA) en embarazadas. En entornos donde no es posible realizar urocultivos, para diagnosticar la BA en embarazadas se recomienda realizar in situ la tinción de Gram a muestras de orina tomadas a mitad de la micción antes que usar tiras reactivas.	Recomendada en contextos específicos

⁸ El déficit de vitamina A es un problema grave de salud pública si $\geq 5\%$ de las mujeres de una población tienen antecedentes de ceguera nocturna en su embarazo más reciente con resultado de nacido vivo en los 3 a 5 años anteriores, o si $\geq 20\%$ de las embarazadas tienen un nivel de retinol en suero $< 0,70 \mu\text{mol/L}$. Para determinar si el déficit de vitamina A es un problema de salud pública es necesario calcular la prevalencia del déficit en una población utilizando indicadores bioquímicos y clínicos específicos de los niveles de vitamina A.

⁹ Esta recomendación reemplaza la anterior recomendación de la OMS (5).

¹⁰ Esta recomendación reemplaza la anterior recomendación de la OMS (6).

¹¹ Esto incluye cualquier producto, bebida o alimento que contenga cafeína (esto es, café filtrado, té, refrescos de cola, bebidas energéticas con cafeína, chocolate y pastillas de cafeína).

¹² El grupo de elaboración de directrices no evaluó la evidencia relativa a las actividades esenciales de atención prenatal, como la medición de la presión arterial, la proteinuria y el peso maternos, y la comprobación de los ruidos cardíacos fetales, ya que estas actividades se consideran parte de una buena práctica clínica.

Violencia de pareja	B.1.3: Para mejorar el diagnóstico clínico y la atención subsiguiente, en las visitas de atención prenatal se debería considerar seriamente la posibilidad de realizar una indagación clínica sobre la posible existencia de violencia de pareja al evaluar afecciones que podrían estar provocadas o agravadas por este tipo de violencia, siempre que haya capacidad para dar una respuesta de apoyo (incluida la derivación cuando proceda) y se cumplan los requisitos mínimos establecidos por la OMS. ^{13 14}	Recomendada en contextos específicos
Recomendaciones extraídas de otras directrices de la OMS que son pertinentes para la evaluación de la atención materna prenatal		
Diabetes mellitus gestacional	B.1.4: Cuando la hiperglucemia se detecta por primera vez en cualquier momento del embarazo, esta debería clasificarse como diabetes mellitus gestacional o diabetes mellitus durante el embarazo, según los criterios establecidos por la OMS. ¹⁵	Recomendada
Consumo de tabaco	B.1.5: Los profesionales de atención de la salud deberían preguntar a todas las embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si consumen o han consumido tabaco y si están expuestas al humo ajeno. ¹⁶	Recomendada
Uso de sustancias	B.1.6: Los profesionales de atención de la salud deberían preguntar a todas las embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si consumen o han consumido alcohol u otras sustancias. ¹⁷	Recomendada
Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis	B.1.7: En entornos de alta prevalencia, ¹⁸ las pruebas y el consejo practicados a instancias del profesional deberían considerarse un componente sistemático del conjunto de servicios sanitarios que se brindan a las embarazadas en todos los centros de atención prenatal. En entornos de baja prevalencia, se puede considerar la posibilidad de ofrecer a las embarazadas pruebas y asesoramiento practicados a instancias del profesional en centros de atención prenatal como componente clave de los esfuerzos destinados a eliminar la transmisión materno-infantil del VIH, así como a combinar las pruebas de detección del VIH con las pruebas de detección de otros virus, de la sífilis y de otras afecciones importantes, según el contexto, y a reforzar los sistemas de atención materna e infantil subyacentes. ¹⁹	Recomendada

¹³ Los requisitos mínimos son: un protocolo o procedimiento operativo normalizado; capacitación sobre cómo preguntar acerca de la violencia de pareja y sobre cómo proporcionar la respuesta mínima o una respuesta ampliada; entorno privado; garantía de la confidencialidad; existencia de un sistema de derivación; y tiempo para que el paciente pueda proporcionar la información apropiada.

¹⁴ Esta recomendación está en consonancia con las directrices clínicas y normativas de 2013 de la OMS (7).

¹⁵ Esta no es una recomendación para el tamizaje de rutina de hiperglucemia durante el embarazo. Esta recomendación se ha extraído y adaptado de la publicación de 2013 de la OMS (8), en la que se afirma que se debería diagnosticar diabetes mellitus gestacional en cualquier momento del embarazo si se cumplen uno o más de los siguientes criterios:

- glucosa plasmática en ayunas de 5,1–6,9 mmol/L (92–125 mg/dL)
- glucosa plasmática \geq 10,0 mmol/L (180 mg/dL) una hora después de la administración de 75 gr de glucosa por vía oral
- glucosa plasmática de 8,5–11,0 mmol/L (153–199 mg/dL) dos horas después de la administración de 75 gr de glucosa por vía oral

La diabetes mellitus durante el embarazo se debería diagnosticar si se cumplen uno o más de los siguientes criterios:

- glucosa plasmática en ayunas \geq 7,0 mmol/L (126 mg/dL)
- glucosa plasmática \geq 11,1 mmol/L (200 mg/dL) dos horas después de la administración de 75 gr de glucosa por vía oral
- glucosa en plasma al azar \geq 11,1 mmol/L (200 mg/dL) en presencia de síntomas de diabetes.

¹⁶ Extraído de las recomendaciones de la OMS de 2013 (9).

¹⁷ Extraído de las directrices de la OMS 2014 (10).

¹⁸ Los entornos de alta prevalencia son aquellos en los que la prevalencia del VIH es superior al 5% en la población que se somete a las pruebas de detección pertinentes. Los entornos de baja prevalencia son aquellos en los que la prevalencia del VIH es inferior al 5% en la población que se somete a las pruebas de detección pertinentes (11). En entornos en los que la epidemia del VIH está generalizada o concentrada, se debería practicar a las mujeres seronegativas una nueva prueba de detección del VIH en el tercer trimestre de la gestación debido al elevado riesgo de infección por el virus durante el embarazo.

¹⁹ Extraído y adaptado de las *Consolidated guidelines on HIV testing services* de la OMS (11).

Tuberculosis (TB)	B.1.8: En entornos donde la prevalencia de la tuberculosis (TB) entre la población general es igual o superior a 100 por cada 100 000 habitantes, se debería considerar la posibilidad de someter a las embarazadas a un cribado sistemático para detectar la TB activa en el marco de la atención prenatal. ²⁰	Recomendada en contextos específicos
B.2: Evaluación fetal		
Estimación diaria del movimiento fetal	B.2.1: La estimación diaria del movimiento fetal, por ejemplo mediante tablas de conteo de 10 patadas del feto, solo se recomienda en el contexto de una investigación rigurosa.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Medición de la altura uterina	B.2.2: Para mejorar los resultados perinatales no se recomienda sustituir la palpación abdominal por la medición de la altura uterina a efectos de evaluar el crecimiento fetal. No se recomienda el cambio de la práctica habitual (palpación abdominal o medición de la altura uterina) en un entorno específico.	Recomendada en contextos específicos
Cardiotocografía prenatal	B.2.3: Para mejorar los resultados maternos y perinatales no se recomienda realizar sistemáticamente a las embarazadas una cardiotocografía prenatal. ²¹	No recomendada
Ecografía	B.2.4: Para calcular la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y embarazos múltiples, reducir la inducción del parto en embarazos prolongados y mejorar la experiencia del parto de las mujeres, se recomienda realizar a las embarazadas una ecografía antes de la semana 24 de gestación (ecografía temprana).	Recomendada
Ecografía Doppler de los vasos sanguíneos fetales	B.2.5: Para mejorar los resultados maternos y perinatales no se recomienda realizar sistemáticamente una ecografía Doppler a las embarazadas. ²²	No recomendada
C. Medidas preventivas	Recomendación	Tipo de recomendación
Antibióticos para la bacteriuria asintomática (BA)	C.1: Para prevenir la bacteriuria persistente, el nacimiento prematuro y la insuficiencia ponderal al nacer se recomienda administrar un tratamiento antibiótico de siete días de duración a todas las embarazadas con bacteriuria asintomática (BA).	Recomendada
Profilaxis antibiótica para prevenir las infecciones recurrentes del tracto urinario	C.2: La profilaxis antibiótica solo se recomienda para prevenir las infecciones recurrentes del tracto urinario en mujeres embarazadas en el marco de una investigación rigurosa.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Administración prenatal de inmunoglobulina anti-D	C.3: Solo se recomienda administrar profilaxis prenatal con inmunoglobulina anti-D a embarazadas Rh negativas no sensibilizadas en las semanas 28 y 34 de gestación para prevenir la aloinmunización anti-RhD en el contexto de una investigación rigurosa.	Recomendada en contextos específicos (investigación)

²⁰ Extraído y adaptado de las recomendaciones de 2013 de la OMS (12).

²¹ La cardiotocografía es un registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas obtenido a través de un transductor de ultrasonido colocado sobre el abdomen de la madre.

²² La ecografía Doppler permite analizar las ondas del flujo sanguíneo en la arteria umbilical (y otras arterias fetales) para evaluar el bienestar del feto en el tercer trimestre del embarazo.

Tratamiento antihelmíntico preventivo	C.4: En zonas endémicas ²³ se recomienda administrar tratamiento antihelmíntico preventivo a las embarazadas que hayan superado el primer trimestre de gestación en el marco de programas de reducción de las infecciones por helmintos. ²⁴	Recomendada en contextos específicos
Vacuna antitetánica	C.5: Para prevenir la mortalidad neonatal por tétanos se recomienda vacunar contra el tétanos a todas las embarazadas, dependiendo de su exposición previa a la vacuna antitetánica. ²⁵	Recomendada
Recomendaciones extraídas de otras directrices de la OMS que son pertinentes para la atención prenatal		
Prevención del paludismo: tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo (TPIe)	C.6: En las zonas de África donde el paludismo es endémico, se recomienda administrar un tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxina-pirimetamina (TPIe-SP) a todas las embarazadas. La administración del tratamiento debería empezar en el segundo trimestre del embarazo, y las dosis deberían espaciarse al menos un mes, con el objetivo de que la embarazada reciba al menos tres dosis. ²⁶	Recomendada en contextos específicos
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para prevenir la infección por VIH	C.7: Se debería ofrecer profilaxis previa a la exposición (PrEP) por vía oral con tenofovir disoproxil fumarato (TDF) a las mujeres embarazadas que corran un riesgo considerable de infectarse por el VIH como opción de prevención adicional en el marco de estrategias de prevención combinadas. ²⁷	Recomendada en contextos específicos
D. Intervenciones ante síntomas fisiológicos comunes	Recomendación	Tipo de recomendación
Náuseas y vómitos	D.1: Para aliviar las náuseas en las fases iniciales del embarazo se recomienda el jengibre, la camomila, la vitamina B6 y/o la acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada
Acidez gástrica	D.2: Para prevenir y aliviar la acidez gástrica en el embarazo se recomienda brindar asesoramiento sobre el régimen alimentario y el modo de vida. Se pueden ofrecer preparaciones de antiácidos a las mujeres con síntomas molestos que no se alivien mediante la modificación del modo de vida.	Recomendada
Calambres en las piernas	D.3: Se puede administrar magnesio, calcio o tratamiento no farmacológico para aliviar los calambres en las piernas durante el embarazo, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada

²³ Zonas donde la prevalencia de helmintiasis transmitidas por el suelo es superior al 20%.

²⁴ De conformidad con la directriz de 2016 de la OMS (13).

²⁵ Esta recomendación está en consonancia con las directrices de 2006 de la OMS (14). El calendario de vacunación depende de la exposición previa a la vacuna antitetánica.

²⁶ Extraído de las directrices de 2015 de la OMS. En dichas directrices también se señala que la OMS recomienda que, en las zonas de África donde la transmisión del paludismo es de moderada a alta, se administre a todas las embarazadas un TPIe-SP en cada visita de atención prenatal programada, comenzando lo antes posible en el segundo trimestre, siempre que las dosis de sulfadoxina-pirimetamina se administren a intervalos de al menos un mes. La OMS recomienda un conjunto de intervenciones para prevenir el paludismo durante el embarazo, entre las que figuran la promoción y el uso de mosquiteros impregnados con insecticida y la administración de TPIe-SP (15). Para que las embarazadas de zonas donde el paludismo es endémico empiecen a recibir TPIe-SP lo antes posible en el segundo trimestre, los encargados de la formulación de políticas deberían velar por que las mujeres entren en contacto con el sistema de salud en la 13.ª semana de gestación.

²⁷ Extraído de las directrices de 2015 de la OMS (16). Se considera que el riesgo de infección por VIH es considerable cuando la incidencia de la infección por VIH en ausencia de PrEP es suficientemente elevada (> 3%) como para que la administración de PrEP sea potencialmente costoeficaz. La administración de PrEP a personas con un riesgo considerable de infección por VIH maximiza los beneficios relativos a los riesgos y los costos.

Lumbalgia y dolor pélvico	D.4: Para prevenir la lumbalgia y el dolor pélvico se recomienda realizar ejercicio regularmente durante el embarazo. Existen varias opciones terapéuticas a las que se puede recurrir, como la fisioterapia, las fajas de sujeción y la acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada
Estreñimiento	D.5: Se pueden administrar suplementos de salvado de trigo o de otras fibras para aliviar el estreñimiento durante el embarazo si la afección no mejora tras la modificación del régimen alimentario, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada
Venas varicosas y edema	D.6: Para tratar las venas varicosas y los edemas durante el embarazo se puede recurrir a opciones no farmacológicas, como las medias de compresión, la elevación de las piernas y la inmersión en agua, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada
E: Intervenciones en los sistemas de salud para mejorar la utilización y calidad de la atención prenatal	Recomendación	Tipo de recomendación
Notas clínicas en manos de la mujer	E.1: Se recomienda que cada embarazada lleve sus propias notas clínicas durante la gestación para mejorar la continuidad y calidad de la atención y su experiencia del embarazo.	Recomendada
Continuidad asistencial impulsada por parteras	E.2: Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras —consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto— se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.	Recomendada en contextos específicos
Atención prenatal en grupo	E.3: La atención prenatal en grupo proporcionada por profesionales sanitarios cualificados puede ofrecerse como alternativa a la atención prenatal individual a mujeres embarazadas en el contexto de una investigación rigurosa, dependiendo de las preferencias de la mujer y siempre que se disponga de la infraestructura y los recursos necesarios para la prestación de atención prenatal en grupo.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Intervenciones comunitarias para mejorar la comunicación y el apoyo	E.4.1: Para mejorar la salud de la madre y el recién nacido se recomienda implantar la movilización comunitaria por medio de la facilitación de ciclos de aprendizaje y acción participativos con grupos de mujeres, particularmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a servicios asistenciales. ²⁸ Los grupos participativos de mujeres representan una oportunidad para que estas hablen de sus necesidades durante el embarazo, en particular de los obstáculos que dificultan su acceso a los servicios asistenciales, y para aumentar el apoyo que se brinda a las embarazadas.	Recomendada en contextos específicos
	E.4.2: Para aumentar la utilización de la atención prenatal y mejorar los resultados de salud perinatal, se recomienda la aplicación de conjuntos de intervenciones que incluyan la movilización de los hogares y las comunidades y las visitas domiciliarias prenatales, especialmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a servicios asistenciales.	Recomendada en contextos específicos

²⁸ Extraído de las recomendaciones de 2014 de la OMS (17).

Delegación de componentes de la prestación de atención prenatal ²⁹	E.5.1: Se recomienda delegar la promoción de comportamientos relacionados con la salud en beneficio de la salud materna y neonatal ³⁰ en un amplio abanico de profesionales, como trabajadores sanitarios no especializados, auxiliares de enfermería, enfermeros, parteras y médicos.	Recomendada
	E.5.2: Se recomienda delegar la distribución de los suplementos nutricionales recomendados y el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo para la prevención del paludismo en un amplio abanico de profesionales, como auxiliares de enfermería, enfermeros, parteras y médicos.	Recomendada
Contratación y retención de personal en zonas rurales y remotas ³¹	E.6: Los encargados de la elaboración de políticas deberían tomar en consideración la aplicación de intervenciones educativas, normativas, financieras y de apoyo personal y profesional para contratar y retener a profesionales sanitarios cualificados en zonas rurales y remotas.	Recomendada en contextos específicos
Programas de contactos de atención prenatal	E.7: Para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia asistencial de las mujeres se recomiendan modelos de atención prenatal con un mínimo de ocho contactos.	Recomendada

²⁹ Recomendaciones extraídas y adaptadas de las directrices de la OMS sobre optimización de la salud materna y neonatal de 2012 (18).

³⁰ Incluida la promoción de los siguientes comportamientos: búsqueda de atención y utilización de los servicios de atención prenatal; preparación para el parto y para hacer frente a complicaciones; dormir bajo la protección de mosquiteros impregnados de insecticida; partos atendidos por personal cualificado; compañía durante el trabajo de parto y el nacimiento; asesoramiento nutricional; suplementos nutricionales; otros suplementos e intervenciones según el contexto; realización de la prueba de detección del VIH durante el embarazo; lactancia materna exclusiva; atención postnatal y planificación familiar; inmunización con arreglo a las directrices nacionales.

³¹ Recomendación extraída y adaptada de las recomendaciones mundiales de política de 2010 de la OMS (19).

Referencias

1. Directriz: Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_ifa_supp_pregnant_women/es/, consultado el 28 de septiembre de 2016).
2. Directriz: Administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico a embarazadas no anémicas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126316/1/9789243502014_spa.pdf?ua=1, consultado el 28 de septiembre de 2016).
3. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/138405/1/9789243548333_spa.pdf?ua=1&ua=1, consultado el 29 de septiembre de 2016).
4. Guideline: calcium supplementation in pregnant women. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376_eng.pdf, consultado el 28 de septiembre de 2016).
5. Directriz: Administración de suplementos de vitamina A en el embarazo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44723/1/9789243501789_spa.pdf?ua=1, consultado el 29 de septiembre de 2016).
6. Guideline: Vitamin D supplementation in pregnant women. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85313/1/9789241504935_eng.pdf, consultado el 4 de octubre de 2016).
7. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<http://apps.who.int/rhl/guidelines/9789241548595/en/>, consultado el 29 de septiembre de 2016).
8. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (WHO/NMH/MND/13.2; http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/, consultado el 29 de septiembre de 2016).
9. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinstobaccosmokeexposure/en/>, consultado el 29 de septiembre de 2016).
10. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/, consultado el 29 de septiembre de 2016).
11. Consolidated guidelines on HIV testing services 2015. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf, consultado el 29 de septiembre de 2016).
12. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (http://www.who.int/tb/publications/Final_TB_Screening_guidelines.pdf, consultado el 29 de septiembre de 2016).
13. Guideline: preventative chemotherapy to control soil-transmitted helminths in high-risk groups. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (en prensa).
14. Maternal immunization against tetanus: Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for maternal and neonatal care 1.1. Ginebra: Departamento de Reducción de los Riesgos del Embarazo, Organización Mundial de la Salud; 2006 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf, consultado el 28 de septiembre de 2016).
15. Guidelines for the treatment of malaria, third edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162441/1/9789241549127_eng.pdf, consultado el 28 de septiembre de 2016).
16. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf, consultado el 29 de septiembre de 2016).
17. WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/, consultado el 29 de septiembre de 2016).
18. WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf, consultado el 28 de septiembre de 2016).
19. Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: Recomendaciones mundiales de política. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (<http://www.who.int/hrf/retention/guidelines/es/>, consultado el 28 de septiembre de 2016).



Organización
Mundial de la Salud



© Organización Mundial de la Salud 2016

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS —ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales— deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la Organización (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual esta se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Se puede solicitar más información a: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza.

Correo electrónico: reproductivehealth@who.int

Sitio web: www.who.int/reproductivehealth

Glosario

- **Acompañamiento durante el parto:** atención personalizada a la mujer en trabajo de parto por parte de una persona de su confianza y elección.
- **Conducir:** acción de guiar las contracciones uterinas a las de un trabajo de parto normal, se propone que sea la propia mujer quien guíe esta acción.
- **Parto humanizado/respetado:** es aquel en el que se respetan los deseos y necesidades de la mujer. La propuesta de humanización del parto y el nacimiento se basa en el respeto a los derechos humanos. Busca cambiar la idea de que el embarazo y el parto son una enfermedad y, sobre todo, es un requisito para un parto saludable y una bienvenida amorosa a las nuevas personas que llegan a este mundo. El parto humanizado no va en contra de la tecnología sino de su mal uso.
- **Parto intervenido:** cuando se utiliza tecnología u otros recursos como la anestesia o las prácticas de rutina como por ejemplo el goteo.
- **Parto natural:** es el que se desarrolla sin la alteración de su fisiología. Es decir, en el cual nada ni nadie interactúa sobre la mujer, como por ejemplo aquel que se da en la mayoría de los mamíferos.
- **Parto normal:** son los partos vaginales en los que no se usa fórceps, el parto normal no es igual al parto fisiológico. Se debe tener en cuenta que una actitud o un comportamiento pueden ser considerados “normal” en una cultura y no en otra.
- **Parto vaginal:** cuando el niño sale por la vagina, inclusive en los casos de partos con fórceps o ventosas. Es muy común en nuestra sociedad que se lo confunda con el “parto natural”.

Bibliografía

Aasheim V, Nilsen A, Lukasse M, Reinar L.: Técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 0.1002/14651858.CD006672.

Abun- Somuah, M; Howell, C: Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para 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>

American Academy of Pediatrics. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. 5th edition. 2002.

Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd.

Andersson O, Hellström-Westas L, Andersson D, Domellöf M: Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. BMJ. 2011 Nov 15; 343:d7157. doi: 10.1136/bmj.d7157.

Barreiro, C. Z: Malformaciones congénitas. Arch. argent. pediatric, Jun 2009, vol.107, no.3, p.199-200. ISSN 0325-0075.

Basevi V, Lavender T: Routine perineal shaving on admission in labour (Cochrane Review).

The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software. Disponible en URL: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001236.html>

Bataglia Doldán V, Bataglia Araújo R, Bataglia Araújo V: Temas prácticos de obstetricia. Primera edición. AGR Servicios Gráficos. Paraguay, 2004.

Berman N: Restoring the Original Paradigm for Infant Care and Breastfeeding. Leaven Care and Breastfeeding. Leaven. 2001; 37: 106-107.

Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, Iniciativa Mejores Nacimientos Nº 7, Ginebra, Update Software Ltd, Oxford, 2004.

Borgatta L, Pliening SL, and Cohen WR: Asociación de episiotomía y posición de entrega con laceración perineal durante el parto espontáneo en mujeres nulíparas. Am J. Obstet Gynecol. 1989; 160 (2) 294-7.

Carroli, G; Belizán, J: Episiotomía en el parto vaginal. Revisión Cochrane traducida, en la Biblioteca Cochrane Plus cit. Issue 3.

Cuervo LG, Bernal María del Pilar, and Mendoza Natalia: Effects of high volume saline enemas vs no enema during labour – The N-Ma Randomised Controlled Trial. Disponible en URL: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1468428>

Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB: Enemas during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO: Principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202-207.

Chaparro CM, Neufeld LM, Tena Alavez G, Eguia-Liz Cedillo R, Dewey KG: Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006; 367: 1997–2004.

Cotter A, Ness A, Tolosa J: Administración profiláctica de oxitocina para el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.rhlibrary.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Cox J, Holden J, Sagovsky R: Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, June, 1987, Vol. 150.

Department of Reproductive Health and Research: *Care in Normal Birth; a practical guide*. Geneva: World Health Organization, 1999.

Evidence-Based Medicine Working Group: Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420-5.

Fescina R, De Mucio B, Ortíz EI, Jarkin D: Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Publicación científica CLAP/SMR N° 1594. Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva. Reimpresión del documento: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Organización Panamericana de la Salud, FLASOG. Paraguay, 2012.

Garforth S, García J: Hospital admission practices. In: Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC (eds.) *Effective care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press 1989, 820-826.

Gupta JK, Hofmeyr GJ: Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J: Continuous support for women during childbirth. Revisión Cochrane en: *La Biblioteca Cochrane*, February 16, 2011.

Johanson RB, Menon V: Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). En: *The Reproductive Health Library*, (10), 2007. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.rhlibrary.com>. (Reprinted from *The Cochrane Library*, Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Disponible en: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000224.html>; http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&uid=10796182&cmd=show_detailview&indexed=google

Kroegger M, Smith L: *Impact of Birthing practices on Breastfeeding. Protecting the mother and baby continuum*. Second ed. Jones and Barlett, 2010.

Larguía M, Lomuto C, González M: *Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia*. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Unicef. Segunda edición, 2007.

Lavender T, Hart A, Smyth RMD: Effect of partograma use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Data Base of Systematic Reviews* 2008. Issue 4. Art. N°: CD005461. DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub2.

McCall EM, Alderdice F, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S: Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010; Issue 3. Art. No.: CD004210.

McDonald SJ, Middleton P: Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD004074.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional. Organización Panamericana de la Salud: Atención prenatal en atención primaria de la salud. Protocolo 1. Paraguay, 2010.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Organización Panamericana de la Salud: Estrategia Nacional de Salud Neonatal 2010 – 2015. ARTES 13. Paraguay, 2011.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Organización Panamericana de la Salud: Manual de Atención Neonatal. Paraguay, 2011.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Organización Panamericana de la Salud: Manual Clínico para profesionales de la salud. Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Paraguay, 2014.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. USAID del pueblo de los Estados Unidos de América. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Organización Panamericana de la Salud: Norma Nacional de Atención Prenatal. Paraguay, 2006.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social: Libreta de la mujer embarazada y del recién nacido. Paraguay, 2012.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. España, 2007.

Odent M: Birth and Breastfeeding: Rediscovering the Needs of Women During Pregnancy and Childbirth. Clairview Books, 2008.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva: Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577, 2011.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud: Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos. (Integrated Management of Pregnancy And Childbirth, IMPAC), 2002.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud: Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia. Ginebra, OMS, 1998.

Organización Panamericana de la Salud: Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cdLactanciaM/cd/masAllaDeLaSupervivencia/M%C3%A1s%20allá%20de%20la%20supervivencia.pdf>

Rebecca, M.D; Smyth, S; Alldred, K; Markham, C: Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo. Revisión Cochrane traducida, en la Biblioteca Cochrane Plus ct. 2009, N°3. Traducida de The Cochrane Library, 2007. Issue 4. Art CD006167.

Richard L, Alade M: Effect of Delivery room routines on success of first breast- feed. Lancet 1990; 336:1105-1107.

Saleem, S: Application of 4% chlorhexidine solution for cord cleansing after birth reduces neonatal mortality and omphalitis. Evid Based Med 2013; 18:e15 doi: 10.1136/eb-2012-100752.

Secretaría de Salud: Uso Racional de la Episiotomía. Resumen de Evidencias y recomendaciones. Guía de Práctica Clínica. México, 2009.

Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowter CA. Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Data Base Syst. Revisión 2011, Dec. 7; 12:CD009514.

Thacker SB, Stroup D, Chang M: Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor (Cochrane Review). The Cochrane Library, 2, 2001. Oxford: Update Software.

The Lancet. Supervivencia neonatal. Salud del recién nacido: una clave para la supervivencia infantil. Serie OPS/FCH/CA/05.7.E. Marzo, 2005.

The Lancet: Every newborn series. Disponible en: <http://www.thelancet.com/series/everynewborn>

UNICEF Sinergias ONG: Guía de atención de los niños desde el nacimiento hasta los dos años. Disponible en: <http://www.sinergiasong.org/cajasdeherramientas/mildias/inmediatos.html>

UK National Screening Committee. Newborn. <http://www.screening.nhs.uk/policies-newborn>

Vittorio Basevi V, Lavender T: Rasurado perineal sistemático en el ingreso en el trabajo. Revisión de Intervención. Grupo Editorial: Cochrane de Embarazo y Parto. Online Publicado: 23 OCT 2000. Evaluado como hasta a la fecha: 2008. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001236/abstract;jsessionid=5FEB2DCF7A93C747A3D5D93403E2F517.f04t04>

World Health Organization: Maternal and Safe Motherhood Programme. World Health Organization partograph in management of labour. Lancet. 1994; 343: 1399-1404.

World Health Organization, Department of Making Pregnancy Safer: Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Department of making pregnancy Safer. Geneva: WHO; 2007.



CON EL APOYO DE:



**PROYECTO ASSIST
DE USAID**
*Aplicando la Ciencia para Fortalecer
y Mejorar los Sistemas de Salud*

