



# Autoridades

**Dr. Antonio Barrios**  
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

**Dra. María Teresa Barán**  
Viceministra de Salud Pública

**Dra. Lida Sosa**  
Directora General de Programas de Salud

**Dra. Karen Díaz**  
Directora de Salud Sexual y Reproductiva



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



DIRECCIÓN GENERAL DE  
PROGRAMAS DE SALUD



DIRECCIÓN DE  
SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA



TETÁ REKUÁI  
GOBIERNO NACIONAL  
Jajapo hande raperá ko'ága guive  
Construyendo el futuro ho'a

CON EL APOYO DE:



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas



Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

La presente publicación es parte de las acciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en el marco del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014 -2018 y del fortalecimiento de una atención humanizada y con enfoque de derechos. Están autorizadas la reproducción y 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.

Personas que contribuyeron a la elaboración y validación de este manual

#### **Equipo Técnico Redactor**

##### **Por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social**

- Dra. Lida Sosa
- Dra. Karen Díaz
- 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. Adrienne Salinas Bomfim

##### **Por UNICEF**

- Dra. Raquel Escobar Argaña

##### **Equipo de Validación**

- Dirección General de Programas de Salud
- Dirección General de Atención Primaria de 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 Gineco obstetricia
- Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia
- Sociedad Paraguaya de Pediatría
- Asociación de Obstetras del Paraguay
- Instituto Andrés Barbero
- Organización Nueve Lunas
- Hospital Militar
- Hospital Rigoberto Caballero
- Hospitales del MSPBS

**Cuidado de Edición:** Carolina Oddone

**Diseño:** chacracreativa / chacracreativa@gmail.com

**Impresión:**

**Tirada:** 3.000 ejemplares

Asunción, Paraguay

**Es propiedad:**

©Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social  
Asunción, Setiembre de 2015

# Contenido

<b>• Introducción</b>	<b>8</b>
Los principios de las mejores prácticas para los cuidados del embarazo, del parto y del nacimiento	8
<b>• Marco jurídico</b>	<b>10</b>
Cambio de paradigma en el enfoque de atención y calidad de los servicios	12
<b>• Atención preconcepcional</b>	<b>13</b>
Clasificación del riesgo preconcepcional	13
Promoción y educación en la salud preconcepcional	15
Indicaciones para el consejo genético	17
<b>• Atención prenatal</b>	<b>18</b>
Definición	18
Objetivos de la atención prenatal	18
Atención prenatal eficaz	18
Atención prenatal eficiente	19
Criterios para clasificar a las mujeres para el componente básico del modelo de atención prenatal	20
<b>• Procedimientos</b>	<b>21</b>
Objetivos y actividades propuestas para la atención prenatal	21
<b>• Consulta prenatal generalidades</b>	<b>24</b>
Filiación, antecedentes personales, familiares y obstétricos	27
Datos de la Gestación Actual	27
Estado de inmunización de la gestante	31
Preparación para el parto	40
Preparación prenatal para la lactancia materna (lm)	42
<b>• Consulta prenatal</b>	<b>43</b>
<b>• Estrategia del consultorio de primera consulta</b>	<b>49</b>
Visitas de control	50
<b>• Atención del parto y del nacimiento</b>	<b>51</b>
Principios generales	51
Parto intercultural	52
<b>• Trabajo de parto</b>	<b>53</b>
Tiempos del trabajo de parto	53
Diagnóstico del período y la fase del trabajo de parto	54
Procedimientos	54
Criterios de internación	55
<b>• Parto normal</b>	<b>57</b>
Atención del parto normal	57
Manejo del dolor durante el parto normal	58

Asistencia durante el periodo de dilatación (primer periodo)	59
Definición	59
Procedimientos	60
<b>• Profilaxis intraparto para pacientes con estreptococo grupo B</b>	<b>61</b>
Control del progreso del trabajo de parto - uso del partograma	61
Asistencia durante el periodo expulsivo. (Segundo periodo)	64
<b>• La primera hora de vida del recién nacido sin riesgos</b>	<b>67</b>
Asistencia durante el alumbramiento (tercer periodo)	69
Manejo activo tercer periodo del trabajo de parto	69
<b>• Puerperio</b>	<b>70</b>
Puerperio inmediato	70
Puerperio mediato	72
Control ambulatorio del puerperio	73
Cuidados del Recién Nacido (RN) luego de la primera hora de vida y hasta el alta	74
Cuidados en sala de recepción del RN	74
Durante el alta del RN	77
Signos de alarma en el RN	78
<b>• Anexos</b>	<b>79</b>
Anexo 1- Clasificación de las prácticas clínicas durante el parto, el nacimiento y el puerperio inmediato según medicina basada en evidencia científica (mbe)	80
Anexo 2- Orientación para personas acompañantes	93
Anexo 3- Código rojo	94
Anexo 4- Escala de alerta precoz neonatal	95
Anexo 5- Detección de depresión posparto	96
Anexo 6- Resoluciones CONE, Comité, Primera Consulta	98
Anexo 7- Aspectos jurídicos	107
Derecho a la vida	107
Calidad de vida	107
Derecho a la salud	107
Derechos sexuales y reproductivos	108
Inclusión y no discriminación	108
Omisión de auxilio	109
Secreto profesional y derecho a la privacidad y confidencialidad	110
Derechos laborales de la mujer embarazada	111
<b>• Glosario</b>	<b>112</b>
<b>• Bibliografía</b>	<b>113</b>

# Introducción

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social reafirma su visión del embarazo y del parto, reconociéndolos como hechos fisiológicos, trascendentes, íntimos y personales, que deben ser seguros e inclusivos.

Asimismo, la reducción de la mortalidad materna y neonatal es una prioridad a nivel mundial y nacional. Mejorar la calidad de la atención en los centros e instituciones de salud, es por lo tanto, una urgencia.

En los años 2013 y 2014, la razón de mortalidad materna fue de 96,3 y 63,9 respectivamente y la tasa de mortalidad neonatal de 10,6 y 10,14 respectivamente; siendo las causas principales de la muerte materna, la hemorragia, la toxemia y el aborto, todas ellas causas prevenibles.

Desde el sector salud, se reconoce que toda mujer es protagonista de su embarazo, trabajo de parto y parto, lo que implica de hecho, el respeto a sus tradiciones, lenguaje y otros factores de su cultura.

## Atendiendo esto, los pilares de esta norma son:

- 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.

## ↘ Los principios de las mejores prácticas para los cuidados del embarazo, del parto y del nacimiento

- Respeto a los derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos.
- Respeto de la cultura, ritual y conocimientos ancestrales.
- Visión del proceso embarazo y 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 de la elección de la mujer sobre las personas que la acompañarán durante el embarazo y el parto. (familia, amigos/as, partera, doula<sup>1</sup>).
- Ambiente adecuado para los cuidados prenatales, parto y puerperio.

<sup>1</sup> Ver definición en glosario.

# Marco Jurídico

Una de las grandes deudas en el país con las mujeres y sus recién nacidos, es avanzar en el logro de la reducción de la mortalidad materna y neonatal. El acceso universal e inclusivo a cuidados prenatales, partos, nacimientos y puerperios seguros no solo contribuirá a disminuir las muertes prevenibles, sino también a garantizar el ejercicio de los derechos establecidos en los marcos legales vigentes del país.

Tabla de Obligaciones y Derechos de la Maternidad y Nacimientos Seguros	
Obligaciones de todo personal que trabaja en los servicios de salud	Derechos de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio
Conocer y garantizar los derechos de la mujer en los servicios de salud.	Ser la protagonista de su embarazo, parto y posparto.
Respetar la dignidad y el derecho de la mujer a la privacidad y a la confidencialidad.	Recibir un trato digno y respetuoso garantizando la privacidad y confidencialidad.
Brindar atención integral, calificada e inclusiva a la mujer y su bebé, conforme a normas nacionales vigentes, durante el embarazo, parto y puerperio, registrando toda la información recabada en forma clara y precisa.	Recibir atención integral e inclusiva por personal de salud calificado en el servicio de salud de su preferencia.
Facilitar el acompañamiento de la mujer por la persona de su elección, durante las consultas pre-natales, parto y puerperio.	Ser acompañada durante las visitas prenatales, parto y puerperio, y durante todo el tiempo que permanezca internada por la/s persona/s de su elección.
Ser sensible y receptivo a las necesidades de la mujer y su entorno. No juzgar las decisiones que ella y su entorno han adoptado hasta ese momento en lo que respecta a su atención.	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. <b>En ningún caso pueden ser retenidos ella o su hijo por falta de pago de los servicios.</b>
Informar a la mujer sobre el estado tanto de su salud, como 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 que solicite sobre su embarazo, parto o puerperio, en forma clara y sencilla.
Brindar información, ayuda y apoyo para el amamantamiento y garantizar el contacto piel a piel con su recién nacido inmediatamente al nacer.	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.
Respetar el derecho de toda mujer a expresar sus opiniones acerca del servicio que se le presta.	Expresar libremente sus opiniones.
Promover la paternidad responsable.	Tener el respaldo emocional y económico que corresponde a una paternidad responsable.
Realizar los certificados de reposo cuando fuere necesario a fin de garantizar el bienestar materno fetal.	Ejercer el derecho a la licencia de maternidad y de lactancia materna según establece la ley vigente. No realizar trabajos insalubres o peligrosos que pongan en riesgo a la mujer o a su bebé. No ser despedida de su trabajo a partir del momento en que se notifica a su empleador, ya sea durante su embarazo, parto o puerperio.
Ofrecer servicios de planificación familiar post evento a las mujeres que lo requieran.	Decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos. Acceder a planificación familiar post evento.
Otorgar gratuitamente el certificado de nacido vivo.	Recibir gratuitamente en el servicio el certificado de nacido vivo, antes de su alta.

El derecho de toda mujer a tener un embarazo, un parto y un puerperio seguros y de todo recién nacido a tener un nacimiento seguro están garantizados en la Constitución Nacional, el Código de la Niñez y Adolescencia, el Código Sanitario, el Código Penal, el Código Laboral, y la Ley de Aseguramiento presupuestario de los programas de Salud Reproductiva y de Aprovisionamiento del Kit de Partos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Además de estos instrumentos, el Estado es signatario de otros como: la Convención sobre los Derechos del Niño (1990), el Programa de Acción del Cairo (1994), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, más conocida como Convención de Belem do Pará (1994), la Plataforma de Acción de Beijing, adoptada por la Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y el Protocolo de San Salvador (1988).

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

Siendo función del Estado promover y garantizar el ejercicio del derecho a la salud (Artículo 68) y a las familias (Artículo 49. De la protección de la familia), así como la maternidad y paternidad responsables (Artículo 55. De la maternidad y de la paternidad) se propone un cambio de paradigma en la atención a este periodo de vida de mujeres y sus recién nacidos, promoviendo la participación activa de la mujer como protagonista de su parto y de su entorno familiar como corresponsables de su bienestar y 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) 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 prestar servicios de calidad, incluyendo no solo la atención, los insumos registros, sino todo lo que hace a la vigilancia de la salud y la morbilidad materna y neonatal.

# Atención preconcepcional

Es el conjunto de intervenciones que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo cuando sea posible.

El objetivo de realizar una consulta en la etapa preconcepcional es lograr el mejor estado de salud posible de los futuros padres, a fin de desarrollar el embarazo en las mejores condiciones. Se deberán 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 de riesgo preconcepcional, junto con actividades preventivas, de educación y promoción para la salud.

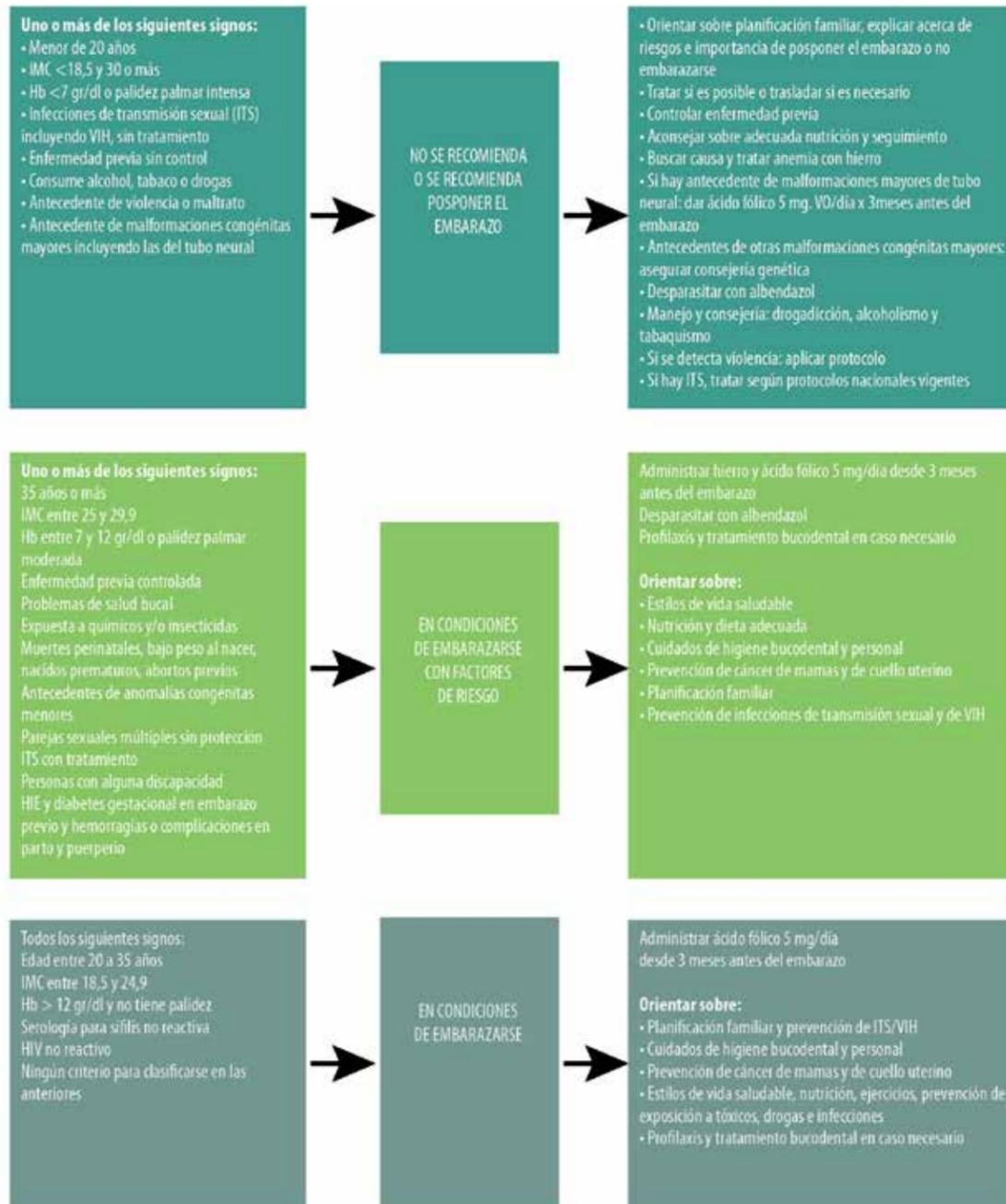
## ↘ Clasificación del riesgo preconcepcional

**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.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Adaptado de AIEPI

**EVALUAR CLASIFICAR TRATAMIENTO**



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 ansiedad<sup>3</sup>, 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 ventaja de planificar el momento más oportuno para el embarazo. .
- Aconsejar sobre medidas de prevención de violencia o abuso, trabajar con el acompañamiento del trabajador/a social.
- Educar a la población sobre la importancia de la atención prenatal precoz, periódica y completa.
- Ante la sospecha de infertilidad, tanto de la mujer como del varón, derivar al especialista.
- Informar sobre prácticas sexuales seguras para prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH.

**Recomendar vacunación:**

- Vacunas de virus vivos atenuados: Evitar la gestación en los 3 meses siguientes a la vacunación de sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, las cuales están contraindicadas durante la gestación.

3 Manejo Clínico de Trastornos Mentales en Atención Primaria de la Salud. MSPBS, Año 2010

- Vacuna de virus muertos no contraindicada.
- 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 Td.
- Vacuna antitetánica y vacuna antidiftérica (Td). Se puede iniciar la vacunación en la consulta preconcepcional si corresponde según calendario de vacunación. Si hay gestación, comenzarla en el segundo trimestre.
- Vacuna antigripal según esquema regular de vacunación del PAI.
- Vacuna contra HPV a adolescentes acorde al esquema regular de vacunación del PAI.
- Recomendar periodo intergenésico con un intervalo mínimo de 2 años, y en las que tuvieron aborto, esperar 6 meses para iniciar un embarazo.
- Orientar sobre maternidad y paternidad responsable y paridad satisfecha.
- Informar sobre nutrición adecuada y suplementación con ácido fólico, que se debe iniciar tres meses antes del embarazo y continuar hasta las 10 a 12 semanas de gestación dosis diaria de 5 mg. Para evitar ocurrencia de defectos congénitos del tubo neural.
- No recomendar uso de multivitamínicos, ya que supone un riesgo por exceso de vitamina A y D.
- Si hay anemia investigar la causa y tratarla. Una hemoglobina por debajo de 7g/dl se considera anemia grave, requiere tratamiento inmediato y se recomienda posponer el embarazo. Dosis de tratamiento recomendada: 300 mg de sulfato ferroso o 60 mg de hierro elemental cada 12 horas alejada de las comidas, hasta dos meses de normalizado el hematocrito y la hemoglobina en mujeres adultas.<sup>4</sup>

#### Orientación ambiental y laboral:

- Evitar consumo de alcohol, tabaco (fumador/a activo/a o pasivo/a) y drogas.
- No utilizar fármacos sin consulta previa con el médico.
- Valoración del riesgo ambiental y laboral: Agrotóxicos, agroquímicos, pesticidas, plomo y mercurio, etc., y evitar la manipulación o inhalación de estas sustancias tóxicas en el lugar de 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 a nacimiento de niños de bajo peso.

## Indicaciones para el consejo genético

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

- Historia de embarazos previos patológicos: 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.**

<sup>4</sup> Fuente: Capítulo 13 Carencia de hierro y otras anemias nutricionales. <http://www.fao.org/docrep/006/006/w0073s0h.htm>

# Atención prenatal

**Definición:** La atención prenatal comprende un conjunto de acciones ejecutadas por el equipo de salud, que ejercidas con la participación activa de la embarazada y su entorno en forma precoz, continua e integral, buscan para la madre y su hijo mejores posibilidades de salud, disminuir los riesgos del embarazo, parto y puerperio, y, obtener 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 y el feto, proporcionando orientación sobre hábitos de vida saludables y el proceso de parto.
- Detectar condiciones biopsicosociales que requerirán un control más frecuente y multidisciplinario.
- Detectar y manejar las complicaciones que se presentan durante el embarazo, ya sean de tipo médico, quirúrgico u obstétrico.
- Desarrollar un plan de preparación para el parto, incluyendo psicoprofilaxis, y para las eventuales complicaciones.
- 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 en todo el proceso.
- Mejorar el acceso a la atención de grupos excluidos (indígenas, con discapacidad, víctimas de violencia, con condiciones socioeconómicas desfavorables y adolescentes).

## Atención prenatal eficaz

- Atención prestada por un personal calificado con continuidad de la atención.
- Preparación para el parto y para posibles complicaciones.
- Promoción de la salud y prevención de las enfermedades:
  - Toxoide tetánico, suplementación nutricional, riesgo del uso del tabaco y el alcohol, ITS, etc.
- Detección y manejo de enfermedades o virus existentes
  - VIH, sífilis, tuberculosis, otras enfermedades coexistentes (por ejemplo, hipertensión, diabetes).
- Detección temprana y manejo de las complicaciones.

## Atención prenatal eficiente

**La atención prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:**

- Precoz.
- Completo.
- Periódico.
- De amplia cobertura.

**1. Precoz:** La primera visita debe realizarse tempranamente; en lo posible en las primeras 12 semanas. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud. Además torna factible la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso.

**2. Periódico:** 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 en 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 de gestación.
- 3ra consulta: entre las 27 y 32 semanas de gestación.
- 4ta consulta: entre las 36 y 38 semanas de gestación.

**3. Completo:** 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. 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 morbi-mortalidad materna y perinatal.

**En general, para realizar una atención prenatal eficaz y eficiente no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorios sofisticados; pero sí se requiere el uso sistemático de la historia clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo con criterio de tecnologías 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 tratamiento o un control más estricto. Para brindar una atención prenatal de calidad, se debe destinar al menos 40 minutos para la primera consulta prenatal<sup>5</sup> y al menos 20 minutos para los siguientes controles, lo que debe considerarse a la hora de asignar pacientes por turnos, considerando 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 3)**

<sup>5</sup> Resolución Ministerial SG N° 083/2015

## Crterios para clasificar a las mujeres para el componente básico del modelo de atención prenatal<sup>6</sup>

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

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

Se debe utilizar la tabla a continuación para clasificar a la embarazada, 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 Base.

**TABLA- 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
1. Muerte fetal o muerte neonatal previas.		
2. Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos.		
3. Peso al nacer el último bebé < 2.500 gr.		
4. Peso al nacer el último bebé > 4.500 gr.		
5. ¿Tuvo una internación por hipertensión o preeclampsia en el último embarazo?		
6. Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cercaje cervical).		
7. Antecedentes genéticos desfavorables.		
EMBARAZO ACTUAL	No	Sí
8. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple.		
9. Menos de 16 años de edad o más de 40 años de edad.		
10. IMC < 18,5 o > 29,9		
11. Isoinmunización Rh (-).		
12. Hemorragia vaginal.		
13. Masa pélvica.		
14. Presión arterial diastólica de 90 mmHg o más durante el registro de datos.		
15. Peso materno pregravídico < 45 kg		
16. Escaso o exagerado incremento del peso materno.		
17. Restricción del crecimiento intrauterino o macrosomía fetal.		
18. Amenaza de aborto o de parto pre término.		
19. Oligoamnios o polihidramnios.		
HISTORIA CLÍNICA GENERAL	No	Si
20. Diabetes mellitus insulino dependiente.		
21. Nefropatía.		
22. Hemoglobina menor de 10 g/l.		
23. Cardiopatía.		
24. Cualquier otra enfermedad o afección severa. (TBC, Lupus) Por favor, especifique en la Historia Clínica Perinatal Base.		
25. Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical).		
26. Consumo de drogas (incluido consumo excesivo de alcohol).		
27. 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 la libreta de la embarazada) del **CLAP/SMR N° 1562**. Esta historia debe ser la hoja de ruta seguida por el personal de salud para brindar una atención de calidad a la gestante y a su futuro hijo.

<sup>6</sup> Adaptado del Estudio de Control Prenatal de la OMS dirigido por UNDP/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.

Tabla- 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 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 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.	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 el carné perinatal. (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 y VIH.	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	
C- AL FINAL DE LA CONSULTA	PRIMER 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 <i>Mi libreta de control prenatal</i> .	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

## ➔ Tareas previas a la consulta

- **Objetivo:** Controlar previamente que se cuenta con lo mínimo necesario para la consulta.<sup>7</sup>
- **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”**

<sup>7</sup> Guía para la Organización de los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales en la red integrada de los servicios de salud (CONE), Resolución Ministerial SG N° 461. Anexo 5





**PESO ANTERIOR:** Cuando el peso pregrávidico es conocido o la primera consulta ocurre en el primer trimestre (el peso determinado se asume como pregrávidico). 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 ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGRAVÍDICO- INICIAL**

Categoría de Peso	IMC (k/m <sup>2</sup> )	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 desconoce su peso pregrávidico y la captación es tardía, existe otra manera de conocer si el peso alcanzado hasta ese momento es adecuado para esa edad gestacional. Para ello 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 grávidico esperable para esa edad gestacional.

**TABLA PESO PARA LA TALLA SEGÚN EDAD GESTACIONAL**

**Altura Uterina y Peso Materno**  
**Evaluación Clínica del Crecimiento Fetal y de la Nutrición Materna**

Desde la semana 13 se presentan los valores correspondientes a los percentiles 10 y 90 de la altura uterina (AU) y del peso materno para la talla y los percentiles 25 y 90 del incremento de peso materno. Los patrones normales fueron confeccionados por el CLAP\*

**Evaluación del Crecimiento Fetal**  
 Debe sospecharse retardo en el crecimiento intrauterino (RCI) cuando los valores del incremento de peso materno son inferiores a los que corresponden al P25 o los de la AU inferiores al P10 de sus correspondientes curvas. Si ambos métodos se utilizan combinados definiendo como sospechosos de RCI, tanto los valores anormales de la ganancia de peso materno o de la AU, la sensibilidad (capacidad de diagnosticar los verdaderos RCI) alcanza el 75%.  
 El incremento de peso materno se calcula restando el peso actual al pregrávidico. Muchas veces no se cuenta con el peso pregrávidico. En este caso debe utilizarse el P 10 de la tabla de peso materno para la talla según la edad gestacional.  
 Los casos con sospecha clínica de RCI, excluidos el oligoamnios, el error de amenorrea, etc., deberán ser confirmados por ecografía para descartar los falsos positivos.  
 Clínicamente se sospechará macrosomía fetal si los valores de la AU superan el P90 del patrón normal; la sensibilidad de este método es de alrededor del 90%. Excluido el polidramnios, el error de amenorrea, el gemelar, etc., la ecografía confirmará el diagnóstico.

**Evaluación de la nutrición materna**  
 Debe sospecharse sub nutrición cuando el incremento de peso es menor que el P25 o el peso para la talla es menor que el P10 de sus respectivos patrones. Si algún valor es mayor que el P 90 de su patrón respectivo debe sospecharse exceso de ingesta o retención hídrica.

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

Incremento del Peso Materno en kg	Altura Uterina** en cm	
	Percentilios 25	Percentilios 90
0.4	3.5	13
1.2	4.8	14
1.3	4.9	15
1.8	5.1	16
2.4	6.4	17
2.6	7.0	18
2.9	8.1	19
3.2	8.2	20
4.1	8.6	21
4.4	9.2	22
4.7	10.5	23
5.1	10.8	24
5.6	11.3	25
5.9	11.6	26
6.0	11.7	27
6.2	11.9	28
6.9	12.7	29
7.3	13.5	30
7.6	13.9	31
7.9	14.5	32
8.1	14.7	33
8.2	15.0	34
8.2	15.4	35
8.2	15.7	36
8.2	15.7	37
8.2	15.9	38
8.2	16.0	39
8.2	16.0	40

\*\*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.

**Peso para la Talla según Edad Gestacional**

Talla en cm

Sam	Perc.	140	143	146	149	152	155	158	161	164	167
13	10	38.6	40.0	41.3	42.8	42.8	42.2	45.6	47.2	49.0	52.2
13	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
14	90	52.7	54.5	56.4	58.5	60.3	62.3	64.4	66.6	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
15	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
16	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
17	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
18	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	46.6	48.4	49.9	51.6	53.3	55.3	57.1	58.9
19	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	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
20	90	51.5	54.4	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
21	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
22	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
23	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
24	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
25	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
26	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
27	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
28	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
29	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	61.6	63.1	65.1
30	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
31	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
32	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
33	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
34	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
35	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
36	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
37	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
38	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
39	90	59.5	61.1	63.7	66.0	68.1	70.3	72.7	75.5	77.9	81.4

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud  
 Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR  
[www.clap.ops-oms.org](http://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).

28

29

**Talla**

La talla deberá medirse en el primer control. La técnica consiste en que la gestante se ubique de pie, sin calzado, con 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 se puede determinar 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 también, acerca de 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

Indagar el estado de vacunación al momento de la primera visita de control prenatal. Es importante solicitar a las gestantes la tarjeta de vacunación, el carné perinatal del embarazo anterior o algún otro registro o documento en donde se pueda verificar el número y el intervalo entre dosis.

**ANTIRUBEOLA:** Indagar en forma rutinaria sobre el estado de vacunación anti rubeola durante el control prenatal. **No se aconsejará la vacunación en la mujer gestante**, pero se recomienda aplicar en el puerperio a toda mujer que haya llegado al parto sin haberla recibido.

**Tdpa:** Deberán de recibir una dosis única de Tdpa a partir de las 20 semanas de gestación **independientemente del estado de vacunación** (con vacuna antitetánica) que presente la gestante.

Cuando se desconoce el antecedente de vacuna antitetánica o que no haya iniciado el esquema se debe considerar a las mujeres embarazadas como no vacunadas.

**Escenarios para aplicación de Tdpa en gestantes**

- **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)

**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)**

- **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). Para un mejor control, a toda mujer gestante de 20 semanas se le deberá aplicar primeramente una sola dosis de Tdpa y continuar luego con la aplicación de las dosis de vacuna Td que falten, de acuerdo al estado vacunal de la embarazada, antes del nacimiento del bebé.

**VACUNA CONTRA LA INFLUENZA:** Aplicar 1 dosis de vacuna antigripal a partir de las 20 semanas.

**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, sin importar el tamaño de las mamas ni la forma de los pezones.**

**CERVIX** Realizar el examen vaginal con espéculo como parte de la evaluación del control prenatal en la primera consulta.

Ante signos sugestivos de infecciones de transmisión sexual, diagnosticar y tratar según normas del PRONASIDA.

**PAPANICOLAU (PAP):** Este estudio deberá ser realizado en la primera visita de las embarazadas, si tiene una citología normal realizada 6 seis meses antes, no será necesario repetirlo.

**COLPOSCOPIA (COLP):** Debe ser realizada *cuando tenga una indicación*, según 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 BASICO para la gestante, 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):
  - a. En el caso de gestantes Rh positivo se solicita en la primera consulta y al tercer trimestre. Una de las exigencias es contar con la PAI antes de transfundir (Estándares del Programa Nacional de Sangre, enmarcada en la Ley de Sangre N° 3.441)
  - b. En el caso de las gestantes Rh negativo: se solicita 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.
- 3. Para el fenotipo Rh y Kell se solicita en cualquier momento del embarazo y forma parte del perfil pre transfusional de mujeres en edad fértil.

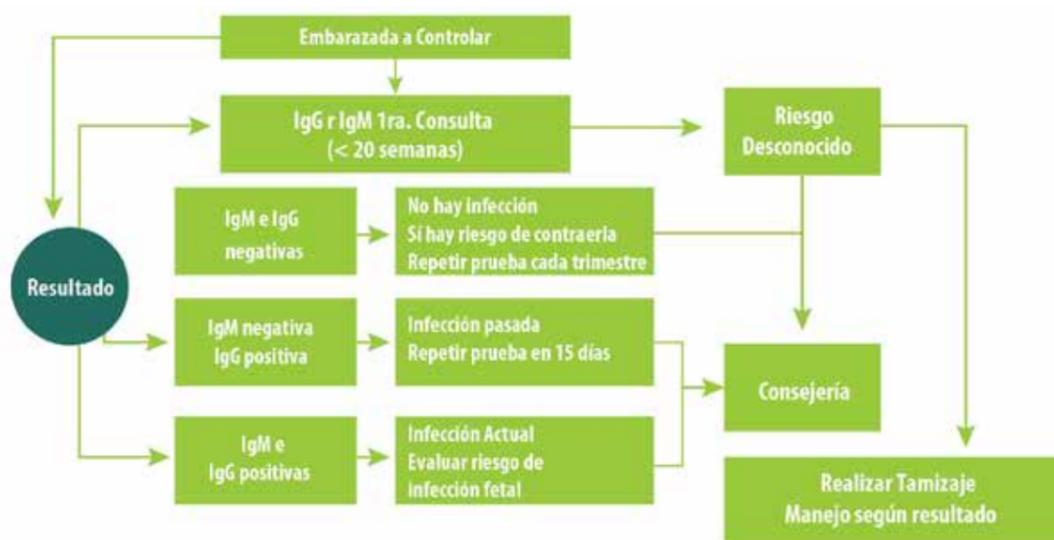
Todas estas determinaciones DEBEN SER REALIZADAS EXCLUSIVAMENTE en la Unidad de Medicina Transfusional. En el caso de lugares en donde la complejidad del servicio sanitario no cuente con profesionales especialistas en la UMT, dirigirse SIEMPRE al Programa Nacional de Sangre, institución encargada de indicar el Centro Especializado más cercano para su seguimiento.

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

## ➤ Toxoplasmosis

Solicitar para el diagnóstico de la infección materna 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.

**FIG. 8 ESQUEMA PARA LA DETECCIÓN, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA TOXOPLASMOSIS EN EL EMBARAZO**



### INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y CONDUCTA<sup>9</sup>

Posibles Resultados		Interpretación	Conducta
IgG	IgM		
Negativa	Negativa	No hay infección. Existe riesgo de contraerla.	Comunicar medidas de protección. Repetir pruebas para Toxo en cada trimestre.
Positiva	Negativa	Infección pasada.	Continuar control en forma habitual. Repetir prueba en 15 días.
Positiva	Positiva	Infección actual.	Evaluar riesgo de infección fetal. Evaluar realización de tratamiento médico.
No se hizo	No se hizo	Riesgo desconocido.	Comunicar medidas de protección y realizar tamizaje.

### CUADRO DE TRATAMIENTO EN GESTANTES CON INFECCIÓN TOXOPLÁSMICA CONTRAÍDA DURANTE EL EMBARAZO<sup>10</sup>

Situación clínica	Tratamiento	Dosis	Duración
<b>Infección aguda materna sin confirmación de infección fetal</b>	Espiramicina	3 g/día repartidos en 3 dosis, separadas de las comidas.	Hasta el final del embarazo o que se confirme infección fetal.
<b>Infección fetal confirmada entre las 12 y 18 semanas</b>	Pirimetamina	Dosis de carga: 100 mg/día oral, dividido en 2 dosis, durante 2 días. Continúa: 50 mg/día oral.	Hasta el final del embarazo.
	Sulfadiazina	Dosis de carga: 75 mg/kg/día oral, divididos en 2 dosis durante 2 días (máximo: 4 g/día). Continúa: 100mg/Kg/día oral dividido en 2 dosis (máximo 4 g/día).	Hasta el final del embarazo.
	Ácido fólico	5 a 20 mg/día.	Durante y hasta 1 semana después de usar la pirimetamina.

### ■ 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.
- Lavar con agua y jabón 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. Y lavar las manos con agua y jabón después de tocarla.
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos preferentemente con raciones o con carne cocida.
- Usar guantes para limpiar las excretas de los gatos y lavarse las manos con agua y jabón después de hacerlo.

<sup>9</sup> Adaptado de CLAP/SMR N° 1562

<sup>10</sup> Adaptado de Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 3ra Edición. CLAP/SMR

## ➤ Infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH)

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, con el fin de que las gestantes con VIH reciban profilaxis antirretrovíricos (**ARV**), decidir la vía del parto y la supresión total del amamantamiento, según normas nacionales del PRONASIDA.

Asegurar: confidencialidad, brindar orientación/consejería y realizar el test únicamente después de obtener consentimiento informado.

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 deberán ser aconsejadas sobre derechos, conductas, aspectos psicosociales e implicancias médicas de la infección por **VIH** y deben recibir atención integral de acuerdo a las normas nacionales.

## ➤ 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), para repetir la prueba.

Se considera anemia 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.

### Fe/FOLATOS indicados

#### En gestantes no anémicas

Indicar a todas las embarazadas, 60 mg de hierro elemental o 300 mg de sulfato ferroso por día, desde el momento en que se sospeche el embarazo y hasta 3 meses pos parto. El tiempo total de suplementación no debiera 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. Al mismo tiempo tratarla con 120 mg de hierro elemental o 600 mg de sulfato ferroso/ día y 0,4 mg de ácido fólico/ día.

#### Gestantes con anemia severa

### Derivar en forma urgente a especialista.

En gestantes con antecedentes de defectos del tubo neural o en tratamiento con medicamentos que inhiben la absorción de ácido fólico indicar 5 mg de ácido fólico desde unos tres meses antes de embarazarse. Presentación disponible en el MSPBS: 5 mg

## ➤ VDRL/RPR

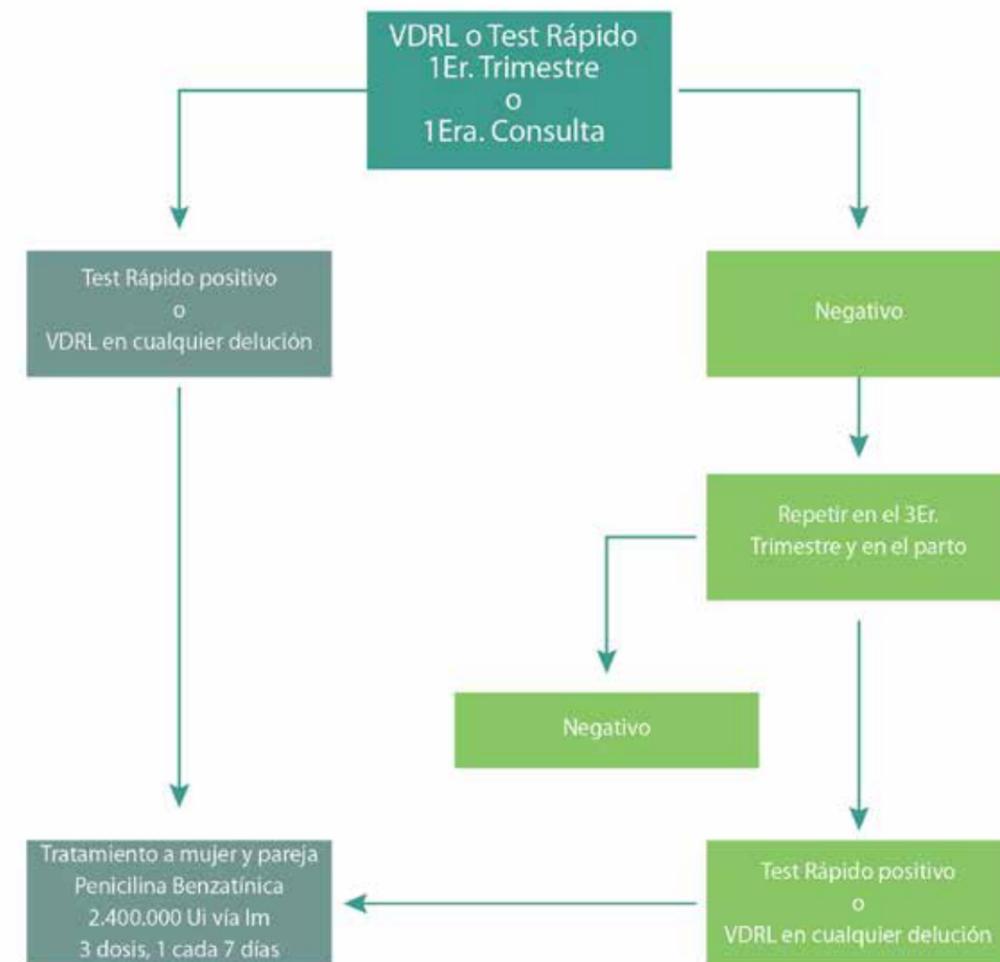
Realizar el tamizaje en la primera consulta prenatal, las pruebas de detección son **VDRL** y el **test rápido**, las que se sugiere realizar en dos oportunidades, una al momento de la captación en la primera visita y otra en el tercer trimestre o en el parto/aborto si no se realizó durante el prenatal.

Con pruebas reactivas brindar consejería, tratar a la gestante y a su pareja sexual según esquema de PRO-NASIDA (ver Fig. 9).

Cabe destacar que para la prevención de la sífilis congénita el tratamiento de la gestante 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 lugares 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 se realizó.

FIG. 9 ESQUEMA PARA LA DETECCIÓN DE SÍFILIS EN EL EMBARAZO



\* Remitir inmediatamente al RN si VDRL en el parto a la madre no tratado cuatro semanas antes

- NUNCA olvidar tratar a la pareja sexual.
- Ofrecer condones para ser utilizados durante el tratamiento
- Para la prevención de la transmisión vertical de la sífilis el único antibiótico efectivo es la penicilina, es decir, una embarazada con sífilis que recibe un tratamiento diferente a la penicilina en el 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 solamente un 10% de las personas que refieren haber tenido reacciones alérgicas graves a la penicilina permanecen alérgicas<sup>11</sup>.

## Chagas

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

Si la prueba es positiva, la familia debe ser informada acerca de los procedimientos y tratamientos a seguir con el recién nacido. Derivar a especialista.

El tratamiento quimioterápico específico durante el embarazo está contraindicado pero la madre infectada podrá ser estudiada para descartar compromiso cardíaco y garantizarle tanto a ella como a su recién nacido, la atención obstétrica segura y de calidad<sup>11</sup>.

## Orina simple

Solicitar 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 o en tira reactiva considerar infección urinaria e iniciar tratamiento. Así mismo la presencia de albúmina que supera 1 g/L debe llamar la atención.

11 CLAP/SMR Nº 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.

## Bacteriuria

Se describen tres síndromes clínicos de infección del tracto urinario (ITU):

- 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).

En mujeres embarazadas sin sintomatología urinaria, debe realizarse tamizaje utilizando el empleo de un sedimento urinario y tiras reactivas para demostración de gérmenes, de proteínas o de nitritos 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.<sup>12</sup>

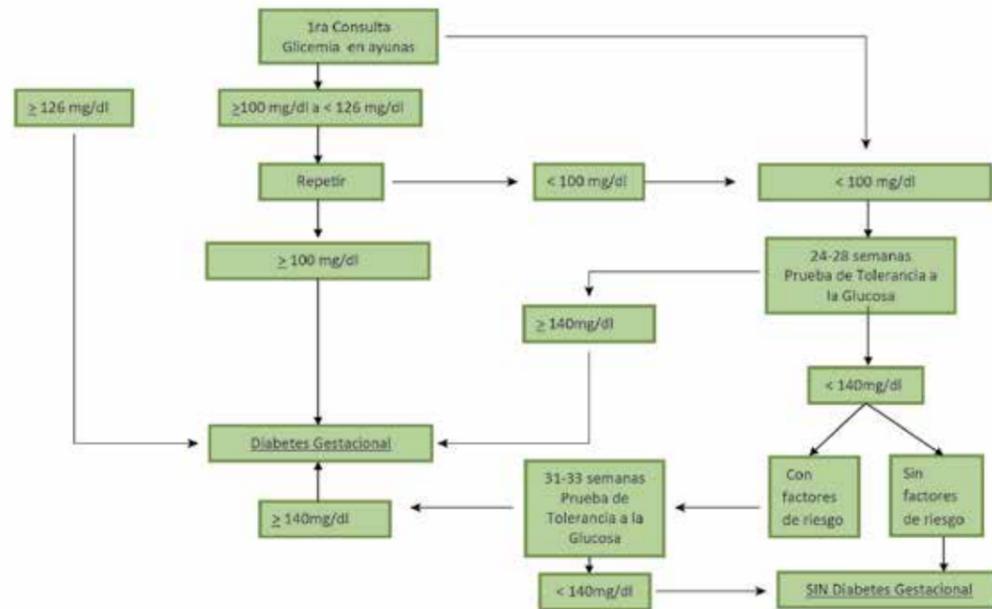
El método con mayor sensibilidad y especificidad para detectar bacteriuria asintomática sigue siendo el urocultivo, que se le debe realizar entre las 12 y 14 semanas de gestación a toda mujer embarazada<sup>13</sup> y otro a las 28 semanas. Además, este estudio debe repetirse ante la aparición de sintomatología y/o para seguimiento pos tratamiento.

	Bacteriuria asintomática	Cistitis	Pielonefritis Aguda
Diagnóstico	Sedimento urinario con bacterias y tiras reactivas positivas, o  Urocultivo en el primer trimestre  En mujeres asintomáticas el resultado se considera positivo cuando el recuento es de 100,000 o más unidades formadoras de colonia/ml.	Sintomatología + Sedimento urinario con nitritos positivo y tiras reactivas positivas, o Urocultivo En mujeres sintomáticas se considera positivo un urocultivo con 10,000 o más unidades formadoras de colonia/ml. En mujeres sintomáticas con urocultivo negativo, se debe descartar síndrome uretral por <i>Chlamydia trachomatis</i> .	Puño percusión positiva Fiebre Sedimento urinario cilindros y hematíes y leucocitos mayor a 10 campo y tiras reactivas positivas, o Urocultivo
Seguimiento	Dos a cuatro semanas después de haber culminado el tratamiento se deberá efectuar un nuevo urocultivo de control. En caso de ser negativo puede ser repetido unas 4 semanas después.	<b>Repetir urocultivo en la segunda semana o cuarta semana.</b> 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.	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.

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

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

## Glicemia en ayunas



**TABLA 5. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MANIFIESTA EN EL EMBARAZO - (IADPSG 2010)**

Medición	Umbral del consenso
Glicemia en ayunas	≥ 126mg/dL (7,0mmol/L)
Hemoglobina A1c	≥ 6.5% (estandarizada DCCT/UKPDS)
Glicemia plasmática casual	> 200 mg/dL (11,1 mmol/L) + confirmación

**Para el diagnóstico debe alcanzarse uno de los parámetros de glicemia en ayunas o hemoglobina A1c. Si la glicemia plasmática casual es el primer criterio encontrado, debe confirmarse con glucemia en ayunas o A1c.**

**Realizar** una prueba de glicemia 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 algoritmo. Sobre todo a aquellas que presenten factores de riesgo para diabetes gestacional, desde la primera consulta.

### Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes gestacional:

- Antecedente de diabetes gestacional en embarazo anterior.
- Edad mayor o igual a 30 años.
- Antecedente de diabetes en familiares de 1º grado.
- Pacientes con índice de masa corporal de 27 o más al comienzo del embarazo.
- Antecedente de macrosomía fetal (un hijo de 4000 gr o más).
- Antecedente de mortalidad perinatal inexplicada.
- Síndrome de poliquistosis ovárica.
- Antecedente de la madre de alto o bajo peso al nacer.
- Glucemia en ayunas mayor de 85 mg/dl.
- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Crecimiento fetal disarmónico con circunferencia abdominal mayor de 70 percentil a la 28-30 semanas.
- Glucosuria positiva en la segunda orina de la mañana (con doble vaciado).
- Malformaciones congénitas.

**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.

Normo o bajo peso.

Alteración glucémica que se presenta antes de la semana 20 de gestación.

**Ante sospecha o diagnóstico de diabetes gestacional derivar para atención de especialista gineco obstetra.**

### 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 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 parto

- 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 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*”<sup>14</sup> 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 la persona acompañante prever 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 con anterioridad del servicio de salud donde consultar 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.**

14 Adaptado de Preparando Mi Parto. MSPBS

## 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: .....

## Preparación prenatal para la lactancia materna (LM)

**El personal de salud debe asegurar a la embarazada que la mayoría de las mujeres amamantan sin problemas. El examen de mamas durante el embarazo puede ser útil para:**

- Mostrar a la madre como aumentan de tamaño sus mamas, que hay mayor flujo de sangre hacia ellas y cambios en la sensibilidad, y cómo estas son señales de que su cuerpo se está preparando para amamantar.
- Revisar si existe alguna cirugía previa en tórax o pecho, algún trauma, tumor u otro problema.
- Hablarle a la mujer sobre el autoexamen de mamas y su utilidad.

El examen de mamas no debe ser utilizado para calificar si las mamas son o no adecuadas para la lactancia, ya que 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 la preparación ideal es dedicar tiempo para informar y discutir con la embarazada y su persona acompañante, sus conocimientos, creencias y sentimientos acerca de la lactancia, explicarle las técnicas de amamantamiento para construir la confianza de la mujer en su habilidad para amantar en forma exclusiva a su bebé.

Se debe proporcionar consejería sobre lactancia materna (LM), entendiéndose por consejería la entrega reglada y oportuna de la siguiente información por consulta.

1ra consulta	2da consulta	3ra consulta	4ta consulta
Beneficios de la LM exclusiva. Discutir las dudas y preguntas de la gestante.	Riesgos y peligros de no amamantar. Discutir las dudas y preguntas de la gestante.	Importancia de la buena posición y del agarre. Formas de amamantar. Discutir las dudas y 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 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.**

**Gestantes adolescentes con menos de 18 años de edad deben ser evaluadas por especialistas según criterios psicossomático-social a fin de identificar si pueden amamantar o no.**

## Consulta prenatal

- **Objetivo:** Efectuar las actividades de la **consulta prenatal**.
- **Tarea del Cronograma de Actividades en la Consulta:**
- **Actividades 6 a 22-** Realiza y registra o verifica que esté registrado en la HCPB las actividades de la Consulta prenatal.

FIG. 13

FAS ANTERIALES	día	mes	año	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presentación	FCF (cm)	movim. fetales	proletruria	signos de alarma, exámenes, tratamientos

CLAP/SMR N° 1562- 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:**

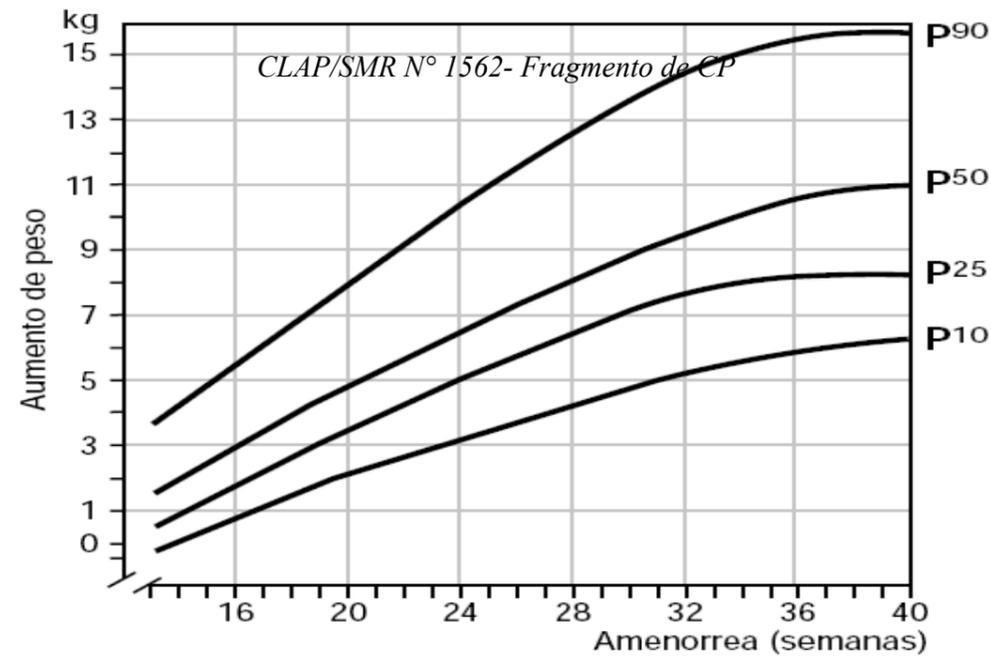
- Interrogatorio sobre la amenorrea.
- Evaluación del tamaño del útero, especialmente en el 1er trimestre.
- Antropometría ecográfica.

**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 14** 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 Tabla 7 Peso para la Talla según Edad Gestacional de esta norma.

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

**Fig. 14. INCREMENTO DE PESO MATERNO EN FUNCIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL**



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

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

**Factores de riesgo para hipertensión gestacional y preeclampsia:**

- Nuliparidad.
- Adolescencia.
- Edad mayor a 35 años.
- Embarazo múltiple.
- Obesidad.
- Historia familiar de preeclampsia- eclampsia.
- Preeclampsia en embarazos anteriores.
- Diabetes mellitus pregestacional.
- Antecedente de trombofilia.
- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedades autoinmunes.

Los valores que se obtienen difieren según la gestante esté sentada (tabla 10), en decúbito supino o en decúbito lateral.

**Tabla 10. Valores considerados Normales de la Presión Arterial en una Gestante sentada**

	LÍMITE SUPERIOR/mmHg	LÍMITE INFERIOR/mmHg
SISTÓLICA menor de	140	95
DIASTÓLICA menor de	90	55

En caso de registrar valores anormales se debe repetir la toma de presión arterial con la mujer sentada luego de una hora 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 11/12).

**CLAP/SMR N° 1562**

**TABLA 11 HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

**Se considera hipertensión cuando:**

- Los valores de presión diastólica son de 90 mmHg o mayores.
- Los valores de presión sistólica son de 140 mmHg o mayores.
- Aumento de la sistólica de 30 mmHg o de la diastólica de 15 mmHg o más, respecto a los valores normales de esa mujer fuera del embarazo.

**CLAP/SMR N° 1562**

**TABLA 12 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.

**CLAP/SMR N° 1562**

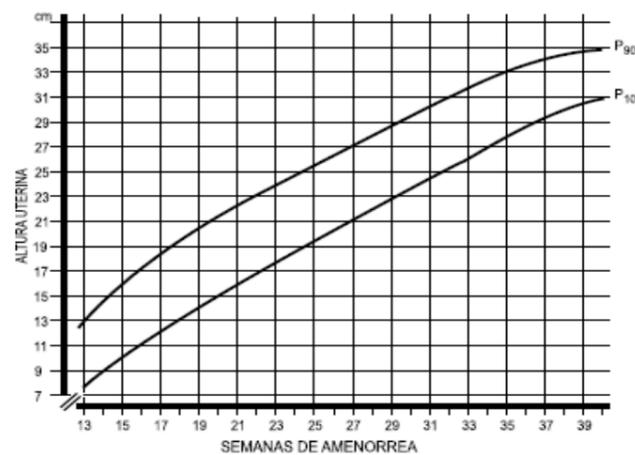
	Preeclampsia severa	Preeclampsia leve
Diagnóstico	Presión arterial 160/110 mmHg o más con o sin signos vasoespásticos o Presión arterial <160/110 mmHg con signos vasoespásticos	Presión diastólica de 90 mmHg a 109 mmHg. Presión sistólica de 140 mmHg a 159 mmHg. Sin signos vasoespásticos.
Manejo	Aplicar protocolo de la estrategia Código Rojo.	No será necesario indicar hipotensores, ni sedantes si la presión arterial diastólica es inferior a 110 mmHg sin signos vasoespásticos. Realizar toma de presión arterial, estudios de rutina (orina buscando proteínas) y valoración del estado fetal dos veces por semana. Derivar para seguimiento con médico gineco obstetra Informar sobre signos de alarma. Si se trata de un embarazo de término se recomienda interrumpir el embarazo. Si se trata de un embarazo pretérmino induzca a la maduración pulmonar con corticoides. En caso de agravación de los síntomas hospitalice a la embarazada y asístala como una preeclampsia severa.

**En gestantes con factores de riesgo de hipertensión gestacional y preeclampsia severa. La administración de ácido acetil salicílico en dosis diaria de 50 a 150 mg durante el 3er trimestre del embarazo reduce la incidencia de preeclampsia.**

**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 (**figura 15**) 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.

**FIG. 15 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 Realizar las maniobras de Leopold. Los objetivos que se persiguen 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/cervix, 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, consejería para VIH/ Sífilis previo test rápido.**

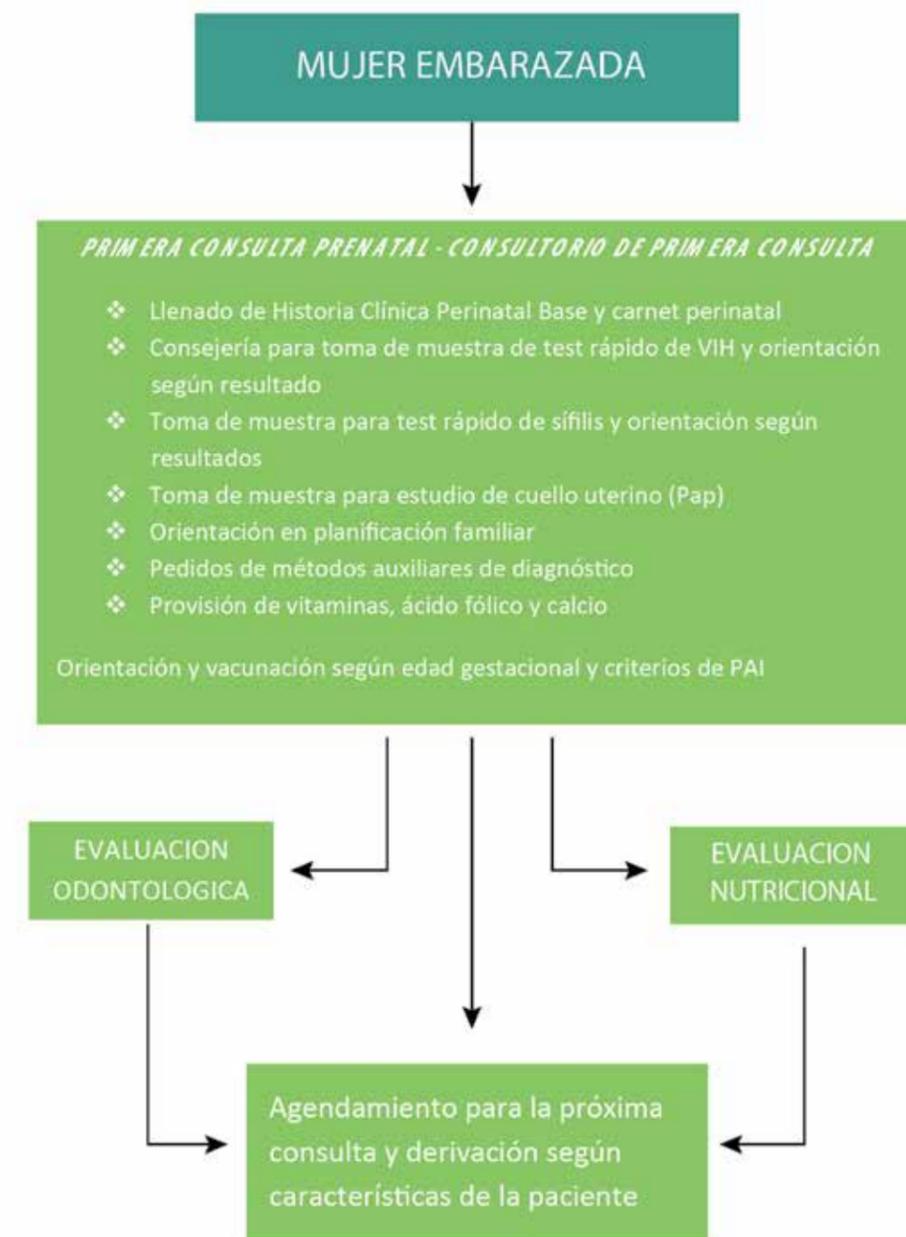
**Actividad 20 Y 21: Orientar y registrar sobre:**

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

Estas orientaciones se realizaran 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 consulta



## ↘ 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 a 26 semanas.

· TERCERA VISITA: entre las 27y 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)

· Revisión de la dieta y de las prescripciones

· 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.).

### - Analítica 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, lo que implica el respeto a sus tradiciones, lenguaje y otros factores de su cultura.

El objetivo de la atención es acompañar el trabajo de parto, identificar el grado de riesgo, 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.

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

- El trato respetuoso y amable a la madre y el respeto de su privacidad.
- El respeto al derecho de la madre a elegir la posición en la que desea permanecer durante el trabajo de parto y el parto: se debe incentivar que las madres adopten la posición que les resulte más cómoda durante el proceso, ya que esto reduce el dolor generando más satisfacción para la madre, es decir dar libertad de movimiento durante el parto.
- 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).
- 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 calificada.
- 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**



**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 mas 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)

## Procedimientos

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

- Brindar una bienvenida cálida que revele una predisposición de acoger, respetar las particularidades culturales y circunstancias personales y familiares. Se presenta y saluda cordialmente a la mujer y a la/s persona/s 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 pueda ayudar. Se asegura que habla el idioma de la mujer o busca a alguien que pueda ayudarlo/a.
- 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, 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 separe a la mujer del resto si es necesario.
- Explicarle a ella y a su acompañante el procedimiento y animarles a hacer preguntas.
- Responder usando un lenguaje sencillo. Informar sobre métodos para control del dolor, 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, factor y grupo sanguíneo.

- Calcular y registrar la edad gestacional y 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, gineco obstétrico.
- 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:
  - Cuándo empezaron las contracciones más dolorosas.
  - Características de las contracciones uterinas: frecuencia, tiempo de duración, intensidad.
  - Características 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 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.
  - Evaluar dinámica uterina (frecuencia y duración de las contracciones durante 10 minutos).
  - Auscultar y registrar la frecuencia cardíaca fetal en un minuto.
  - Ponerse guantes estériles en ambas manos para realizar el examen vaginal (especuloscopia y tacto).
- 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, acufenos, 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, 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 su acompañante, cuando se halle con condiciones socioeconómicas desfavorables y/o una situación especial que le dificulten 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.**

# Parto normal

## Definición

Es un parto vaginal 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

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

### Procedimientos

#### Elaborar el plan de atención según hallazgos

- Invite a la embarazada para que durante el trabajo de parto:
  - Tenga una persona acompañante si lo desea.
  - Consuma líquidos o alimentos livianos cuando lo solicite.
  - Orine regularmente y defecue 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.
- 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.
- No coloque venoclisis, ni sonda vesical de rutina.
- No realice enema.
- No realice rasurado.
- No realice episiotomía de rutina.

# Manejo del dolor durante el parto normal

## Definición

Estrategias útiles para atenuar el dolor durante el trabajo de parto.

### Clasificación

- No farmacológico .
- Farmacológico.
- Métodos no farmacológicos de alivio del dolor
  - Información: durante el prenatal y clubes de madres.
  - Acompañamiento durante el parto: con calidez y respeto, por la persona que ella haya elegido para este momento.
  - Adopción de la postura que la mujer 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.
- Métodos farmacológicos de alivio del dolor
  - Analgesia epidural:

### Definición

- Es una anestesia regional administrada por un proveedor calificado.

### 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, su utilización en forma rutinaria medicaliza el parto innecesariamente.

# Asistencia durante el periodo de dilatación (PRIMER PERIODO)

## Definición

Son los cuidados que se administran en la fase activa del trabajo de parto.

### ESQUEMA DE DECISIONES DURANTE EL PERIODO DE DILATACIÓN

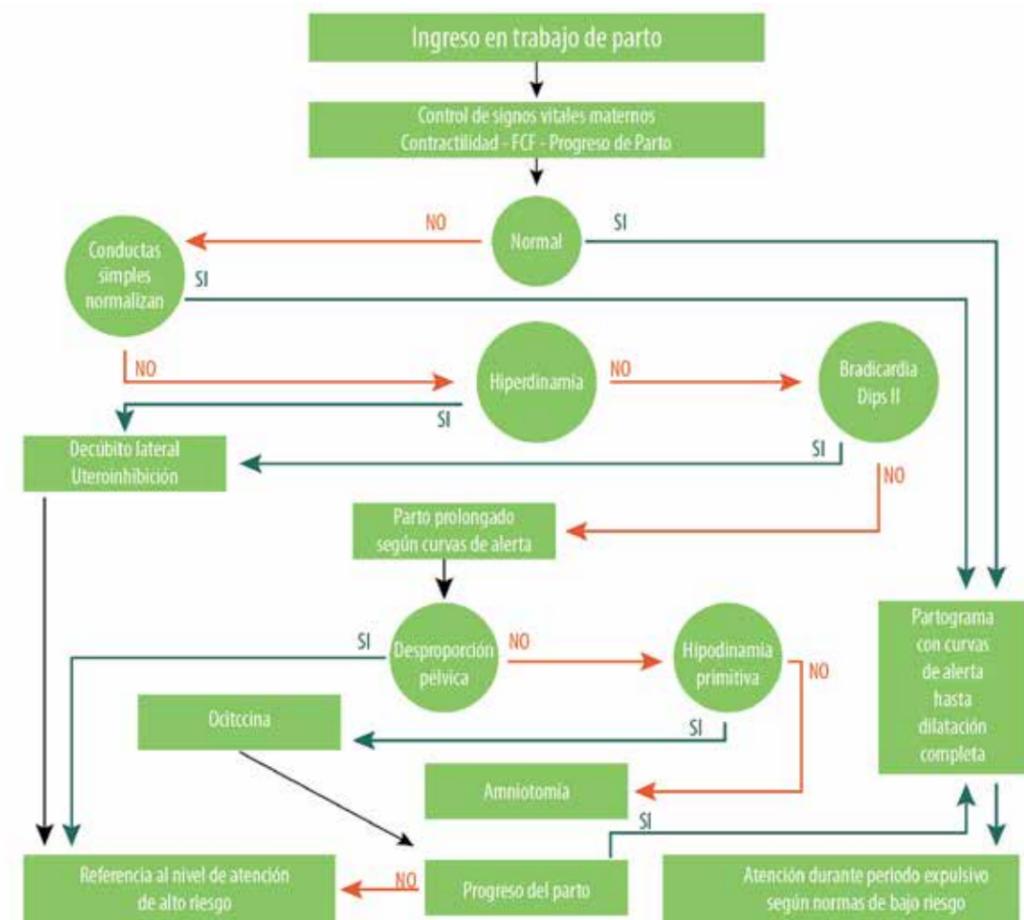


Gráfico extraído de: Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 3ª edición. Fescina, De Mucio, Díaz Rossello, Martínez y Serruya. OPS – CLAP /SMR

**Procedimiento:**

- Explicar a la mujer y a su acompañante los procedimientos en forma sencilla cada vez que sea necesario.
- Tener en cuenta en todos los procedimientos la prevención de infecciones (lavado de manos y uso de guantes) y manejo de objetos corto punzantes.
- Preguntar a la mujer sobre sus deseos de orinar, defecar o de asearse e invitarla 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.
- Aplicar el sondaje vesical en base a hallazgos clínicos.
- Permitir a la mujer que se movilice según desee y que adopte la posición que le sea más cómoda.

# 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 hs. hasta que se produzca el parto.
- En caso de alergia a la penicilina y derivados: cefazolina/cefalotina 2g endovenosa, luego 1g cada 8 hs hasta el parto, o clindamicina 900 mg endovenosa cada 8 horas 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.

## ↘ 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 que sirve de ayuda en la toma de decisiones.

### Procedimientos

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

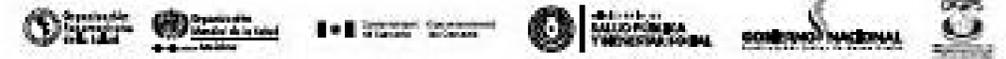
**Hay situaciones en las cuales es necesario realizar el examen vaginal con más frecuencia: cuando la intensidad y frecuencia de las contracciones disminuyen, ante la pérdida repentina de líquido amniótico, cuando la embarazada refiere la necesidad de pujar o antes de administrar analgesia**

- Registrar cantidad de orina cada vez que la mujer 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	Gravidez	Paridad	Nº de Historia Clínica
--------	----------	---------	------------------------

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

**Frecuencia Cardíaca Fetal**

**Líquido amniótico moldeamiento**

**CUELLO UTERINO (cm) (TRAZO X)**

**DESCENSO DE FALDO (TRAZO Q)**

**Nº de Horas**

**Contracciones por 10 minutos**

**Oxitocina U/L gotas / min**

**Medicamentos administrados y líquidos IV**

**PULSO y PRESIÓN ARTERIAL**

**Temperatura °C**

**Orina** { Proteína, Acetona, Volumen

# 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: 3 paños (1 bajo el periné materno, 1 para recibir y secar al RN, 2 para envolver al RN). Además, 1 delantal impermeable, gorra, tapa boca y anteojos protector.

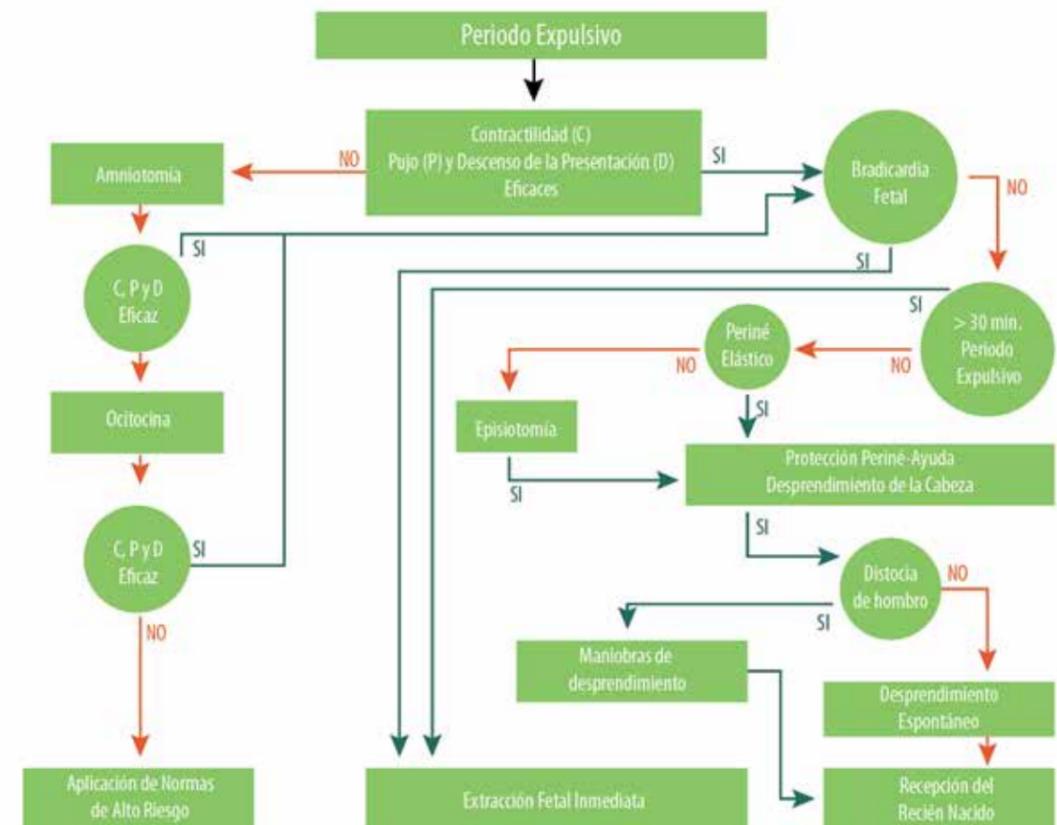
Comprobar que el equipo de reanimación neonatal básica este accesible y en funcionamiento. (cuna radiante, tanque o boca de O2 con blender, bolsa autoinflable neonatal, equipo de aspiración, cánulas y laringoscopio)

## Procedimientos

- 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 ayuda.
- Constatar que la mujer esté con ropa limpia.
- Asegurar la limpieza del lugar del parto.
- Atender el parto en la posición que la mujer escoja.
- Garantizar la privacidad total.

- Preparar una jeringa con 10 UI de oxitocina
- Permitir que la mujer pujan cuando siente deseo (no forzarla)
- 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 de 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 donde 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 (aproximadamente 3 o más minutos después del nacimiento) Luego de que las pulsaciones del cordón hayan cesado, proceder a pinzarlo y cortarlo, bajo estrictas técnicas de higiene y limpieza

## MANEJO DEL PERIODO EXPULSIVO



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.

#### Ventajas del Contacto piel a piel:

- Tranquiliza a la madre y al RN ayudando a estabilizar la frecuencia cardíaca y respiratoria
- Colabora a mantenerlo caliente con el calor que irradia el cuerpo de la madre
- Ayuda con la adaptación metabólica y la estabilización de la glicemia del RN
- Permite la colonización del intestino del RN con las bacterias normales que tiene la madre, siempre que ella sea la primera persona que lo sostenga
- Reduce el llanto el estrés y el gasto energético del recién nacido
- Facilita la instauración temprana de la lactancia materna

## 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.**

Estas intervenciones deben ser realizadas 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.

- Favorecer la termorregulación manteniendo el contacto piel con piel, colocando una gorrita al recién nacido y manteniendo el ambiente con una temperatura entre 24 -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.
- Asegurar y apoyar el inicio de la respiración del RN. Mediante la estimulación con el secado suave. Observar si inicia movimientos respiratorios recordando que la primera respiración puede retardarse unos 30 segundos.
- 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 cardiacos. 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;
- Apoyar que el RN inicie espontáneamente la lactancia.

**Cuando la madre y el RN se mantienen en contacto piel a piel calmados, el RN manifiesta típicamente una serie de conductas pre alimentarias. Pueden tomar unos minutos o hasta una hora o más. Las 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 a la madre ni al RN respecto a cuán pronto succiona, o 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
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 como está 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.

Las madres y las familias 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.

### Procedimiento

- Descartar la presencia de un segundo feto, por palpación abdominal.
- Administrar 10UI de oxitocina IM antes de que transcurra un minuto del nacimiento.
- Aplicar tracción controlada del cordón umbilical al aparecer una contracción y realizar una contra tracción uterina supra púbica 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 posparto, que la usuaria ha decidido con consejería previa.

**La revisión intrauterina no debe realizarse de rutina debido a que el riesgo de infección es mayor al beneficio que ofrece.**

# 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 que se produjeron durante el embarazo, con la sola excepción de los mamaros, los cuales se intensificarán para 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).

## ↘ Puerperio inmediato

## Procedimientos

### A- En las primeras 2 horas:

1. Identificar signos de alarma con la HOJA DE ESCALA DE ALERTA PRECOZ (ver Anexo N°3).
2. Vigilancia de globo de seguridad de Pinard cada 15 minutos.
3. Pasadas las 2 horas trasladar a la madre y al recién nacido a la sala de púerperas 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 realizar 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 apeliñen la vida.

### Criterios de traslado a sala de internación

Toda púerpera 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:

1. 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.

### C- Higiene materna y perineal.

### D- Colaborar a establecer la lactancia materna exclusiva,

la misma deberá ser a demanda; esto significa que la frecuencia y duración de las mamadas es 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.

### E- Orientar y/o iniciar planificación familiar.

## ➤ Puerperio mediato

### Procedimientos

#### 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 Escala de Edimburgo).

#### 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 N° 5 Detección de depresión posparto - 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 criterios:

- Ausencia de hemorragia.
- Sin signos de infección puerperal.
- Signos vitales dentro de límites normales.

#### I. Indicar medicación según criterio médico.

#### 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, cambiar los apósitos 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 controlar 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.

## Procedimientos

### 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 Detección de depresión posparto - Escala de Edimburgo).
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.).

### 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.

### Vacunación con Tdpa en los siguientes casos:

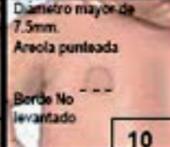
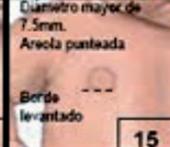
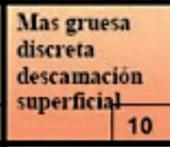
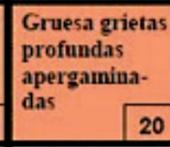
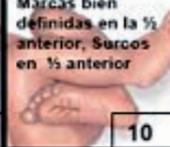
- Las puérperas que nunca recibieron la vacuna Tdpa con recién nacidos menores de 6 meses, deben recibir una dosis de la vacuna.
- Las puérperas que hayan tenido parto domiciliario o con parteras empíricas, deberán recibir una dosis única de Tdpa si su recién nacido es menor de 6 meses.
- Ambas situaciones 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.

**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.
- Realizar antropometría: talla, perímetro cefálico, peso y percentiles.

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

**Otras acciones:**

- Administrar Vit K 1 mg IM en tercio medio cara anterolateral del muslo. Si es prematuro administrar 0,5 mg.
- Confirmar visualmente en las primeras horas la presencia del ano y vigilar la eliminación de meconio durante las primeras 48 hs.
- Proceder a la desinfección ocular con ungüento o colirio de eritromicina, tetraciclina o tobramicina.
- Efectuar el examen físico céfalocaudal con el propósito de descartar malformaciones congénitas que puedan comprometer la adecuada adaptación a la vida extrauterina
- Hacer 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 tiene 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.
- Asegurarse 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 hs, expulsión de meconio y tolerancia alimentaria en las primeras 24 a 48 hs.
- 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. Limpiar el cordón con clorhexidina hasta que caiga.
- 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 mayor de 2.000 grs. Si pesa menos, informar a la madre cuando le corresponde aplicar esta vacuna.
- Realizar el test del piecito previo al alta y orientar a la madre acerca de 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 sobre la 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 sobre los cuidados en la casa, 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 para arriba y reposar en un colchón duro sin almohadas, sin juguetes rellenos, bolsas de plástico o cuerdas
- No combatir el co-lecho. Advertir que en estas circunstancias ni la madre ni el padre deben tomar narcóticos ni bebidas alcohólicas.
- Los miembros 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 explicar cuál es el patrón respiratorio normal del RN, indicando 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.
- Rash 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 PROMOVIDAS<sup>15</sup>

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 trabajo de parto, la necesidad de cesárea, así como el parto instrumental y, la necesidad de medicamentos para el dolor y en el recién nacido obtiene 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, si lo desean, a que cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso de modo ininterrumpido, 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.

<sup>15</sup> 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

Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto	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 disconfort en las mujeres. NOTA: la aspiración de contenido gástrico durante la anestesia general ante una urgencia es un evento muy poco frecuente.	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	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.
Partograma	Un partograma es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Las mediciones relevantes que se incluyen en el 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.	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  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  World Health Organization Maternal and Safe Motherhood Programme. World Health Organization partograph in management of labour. Lancet. 1994; 343: 1399-1404.	Utilizar el partograma durante el trabajo de parto.
Control de la vitalidad fetal	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 <i>monitorización de la frecuencia cardíaca fetal</i> (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 que se tomen las 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.	IMPAC Integrated Management of Pregnancy And Childbirth Guía para Obstetras y Médicos, 2000	Se debe efectuar auscultación fetal intermitente en todos los partos. La auscultación debe durar un minuto y realizarse cada 30 minutos durante el primer estadio del trabajo de parto y luego de cada contracción del período expulsivo.

<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 anestésicos. 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: <a href="http://www.update-software.com">http://www.update-software.com</a>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley &amp; 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 a las mujeres decidir 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 a 50 minutos. Los recién nacidos colocados piel con piel sobre su madre mantienen la temperatura hasta un grado por encima que los colocados en una incubadora o en la cuna térmica. También tienen la glicemia más alta, mejor saturación de oxígeno, ritmo cardíaco y respiratorio más estable y 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.</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>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 con su madre, 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. BMJ. 2011 Nov 15; 343:d7157. doi: 10.1136/bmj.d7157.</p> <p>McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2008 April 16;(2):CD004074.</p> <p>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: <a href="http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cdLactanciaM/cd/masAllaDeLaSupervivencia/M%-C3%A1s%20alla%20de%20la%20supervivencia.pdf">http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cdLactanciaM/cd/masAllaDeLaSupervivencia/M%-C3%A1s%20alla%20de%20la%20supervivencia.pdf</a></p> <p>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.</p>	<p>Luego del nacimiento, retrasar el clameo del cordón umbilical hasta que deje de latir. Existen situaciones en las que el clameo 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 monorrial.</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: <i>La Biblioteca de Salud Reproductiva</i>, 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <a href="http://www.rhlibrary.com">http://www.rhlibrary.com</a>. (Traducida de <i>The Cochrane Library</i>, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley &amp; 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 dentro de la primera hora de vida del niño. Existen evidencias que su implementación 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). Distintos estudios han demostrado correlación entre el amamantamiento precoz y la persistencia del mismo 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 conyinum. 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. Ginebra, OMS, 1998</p>	<p>Una vez que nace, si el bebé está vigoroso, secarlo (no secar sus manitos), ligar el cordón cuando deje de latir, dejar al bebé sobre el abdomen de la madre, para que pueda reptar hacia el pecho e iniciar la lactancia de forma instintiva. Cubrirlo con una manta limpia y seca. 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 halla 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</p> <p>Dr. Largaña 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 noflavina) o alcohol han resultado efectivos, aunque también puede utilizarse la clorhexidina o yodo-povidona. La aplicación de alcohol retrasa la caída. La limpieza del cordón umbilical con antisépticos puede reducir el riesgo de infección, y la aplicación de clorhexidina al muñón del cordón umbilical en entornos comunitarios se asocia con una reducción del 27% en la incidencia de onfalitis y reducción del 23% en el riesgo de mortalidad.</p>	<p><a href="http://www.thelancet.com">www.thelancet.com</a> Published online May 20, 2014 <a href="http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3">http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3</a></p> <p>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 para el corte de cordón. Realizar la ligadura de cordón 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><a href="http://www.thelancet.com">www.thelancet.com</a> Published online May 20, 2014 <a href="http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3">http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3</a></p> <p>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>Evitar el baño inmediato de recién nacidos. 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 realizar una higiene con jabón. Higiene cuidadosa de oídos, narinas y lugares de acumulación de sangre.</p>

**2. CATEGORÍA B: PRÁCTICAS QUE SON CLARAMENTE PERJUDICIALES O INEFACES 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 se pierde la posibilidad de que los talones ofrezcan un punto de apoyo que permita el trabajo de los músculos abductores para abrir el canal del parto. En la posición de litotomía se produce 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 la realización de rasurado perineal a las parturientas para la prevención de infecciones perineales. Su práctica se considera injustificada debido a las molestias que ocasiona (irritación, enrojecimiento, múltiples arañazos superficiales de la maquinilla de afeitar, 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). <i>The Cochrane Library</i> , Issue 2, 2001. Oxford: Update Software. Disponible en URL: <a href="http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001236.html">http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001236.html</a> ; <a href="http://www.update-software.com/Abstracts/AB001236.htm">www.update-software.com/Abstracts/AB001236.htm</a> <a href="http://www.update-software.com/search/search.asp?zoom_query=perineal+shaving">http://www.update-software.com/search/search.asp?zoom_query=perineal+shaving</a> 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: <a href="http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001236/abstract;jsessionid=5FEB2DCF7A-93C747A3D5D93403E2F517.f04t04">http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001236/abstract;jsessionid=5FEB2DCF7A-93C747A3D5D93403E2F517.f04t04</a>	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.

Enema	Es un procedimiento incómodo para la madre y aumenta en forma injustificada el gasto sanitario. Se administra 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. No existe al momento evidencia suficiente que apoye el uso rutinario de enemas durante el trabajo de parto para mejorar los resultados maternos y neonatales. No reduce la incidencia de infecciones neonatales o de infecciones de heridas perinatales.	WHO/RHR/HRP/RHL/3/00. Oxford: Update Software. World Health Organisation The WHO Reproductive Health Library, Issue 4, 2001. Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas during labour. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2007, Issue 3. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.  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: <a href="http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1468428">http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1468428</a>	Desaconsejar la administración rutinaria de enema a la gestante. Aplicar opcionalmente, previa información, si la gestante lo desea por algún motivo.
Episiotomía	La tasa de episiotomía ha aumentado en relación con la institucionalización del parto y su medicalización, aún sin evidencia de su efectividad.	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  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. Association of episiotomy and delivery position with deep perineal laceration during spontaneous delivery in nulliparous women. <i>Am J. Obstret Gynecolo.</i> 1989; 160 (2) 294-7.  Uso Racional de la Episiotomía. Resumen de Evidencias y recomendaciones. Guía de Práctica Clínica. Secretaría de Salud. México, 2009.	No hacer episiotomías de rutina. Suturar los desgarros solo cuando esté indicado. Promover una política de episiotomía selectiva y no sistemática. No suturar los desgarros leves o cortes menores. Mejorar la formación sobre la protección del periné.
Inserción de vía intravenosa profiláctica e infusión intravenosa de rutina a las mujeres embarazadas en trabajo de parto de bajo riesgo	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, interfiere el proceso natural y limita la posibilidad de caminar o de adoptar posturas libremente.	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	Reservar la hidratación parenteral para las gestantes deshidratadas, con vómitos, con conducción anestésica u otras indicaciones precisas que requieran vía endovenosa.

Revisión rutinaria manual del útero después del alumbramiento	No debe ser utilizada de rutina debido a que el riesgo de infección es mayor al beneficio que ofrece.	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	Se debe enfatizar sobre la revisión de la placenta y las membranas. No debe ser utilizada de rutina debido a que el riesgo de infección es mayor al beneficio que ofrece.
Práctica de cesárea electiva <sup>16</sup> (cesárea a demanda)	La cesárea es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbilidad materna y fetal mayor que la de un parto normal, así como de secuelas para la madre y el recién nacido. Cesárea a demanda es la realizada por requerimiento, elección o preferencia de la embarazada, programada sin indicación médica. Las tasas de alta natalidad por cesárea pueden asociarse a potenciales complicaciones maternas y neonatales, mayores costos y sobre-medición de un acontecimiento normal como es el parto.	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  La FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) concluye que "realizar cesárea por razones no médicas es éticamente injustificado".	Informar a la mujer y a su familia los riesgos a los que se expone ella y su RN al realizarse una cesárea electiva. Además 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.
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 indica como rutina el lavado gástrico, ni paso de sonda orogástrica o nasogástrica, sonda rectal ni para confirmar permeabilidad de fosas nasales.	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.	Clasificación de la Canadian Task Force <a href="http://www.ctfphc.org/">http://www.ctfphc.org/</a> American Academy of Pediatrics. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. 5th edition. 2002. UK National Screening Committee. Newborn. <a href="http://www.screening.nhs.uk/policies-newborn">http://www.screening.nhs.uk/policies-newborn</a>  IMPAC Integrated Management of Pregnancy And Childbirth Guía para Obstetras y Médicos, 2000	Vigilancia por 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 <i>de visu</i> en las primeras horas la presencia de ano y vigilar la eliminación de meconio durante la estancia en la maternidad.

<sup>16</sup> Cesárea electiva: toda aquella realizada por razones no médicas.

**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 el discomfort materno 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	Muchos libros de texto describen métodos sobre cómo proteger el periné durante el nacimiento de la cabeza fetal: los dedos de una mano (generalmente la derecha) protegen 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.	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  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: 10.1002/14651858.CD006672	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 utilizan este método tienen mayor riesgo de tener un parto instrumental y fracaso de la lactancia materna. Aprovechar métodos para reducir el dolor durante el trabajo de parto, como lo son el modelo psicoprofiláctico, el cambio de posición, los masajes, la relajación, y la analgesia acupuntural.	Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowter CA. <i>Relaxation techniques for pain management in labour</i> . 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: <a href="http://www.update-software.com">http://www.update-software.com</a>	No realizar analgesia de rutina. Informar previamente a las mujeres sobre los diferentes métodos para el alivio del dolor, sus beneficios y potenciales riesgos. Avisar a las mujeres acerca de la capacidad cerebral de producir sustancias analgésicas (endorfinas) en un parto fisiológico en condiciones de intimidad. Informar sobre los riesgos y las consecuencias de la analgesia epidural para la madre y el bebé. Considerar la aplicación de la anestesia epidural sin bloqueo motor. Ofrecer a las mujeres la posibilidad de elegir uno o varios métodos, si lo desean. A las que 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.
Monitoreo fetal electrónico en bajo riesgo	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.	No existe evidencia disponible que fundamente su utilización.  Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor (Cochrane Review). <i>The Cochrane Library</i> , 2, 2001. Oxford: Update Software.	El control de vitalidad fetal en partos de bajo riesgo debe realizarse con auscultación intermitente con la frecuencia indicada en el partograma. La cardiografía externa deberá reservarse para embarazos de riesgo alto o para mujeres con progreso anormal del trabajo de parto. Se sugiere monitoreo electrónico de la FCF intraparto en las siguientes situaciones: • Trabajo de parto prolongado. • Conducción de trabajo de parto (uso de oxitocina). • Dificultad de auscultación de Foco fetal.

Exámenes vaginales repetidos o frecuentes, especialmente por más de un proveedor de atención	La disminución de infecciones se logra realizando el menor número posible de tactos vaginales y la utilización de guantes adecuados.	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  <a href="http://www.thelancet.com">www.thelancet.com</a> Published online May 20, 2014 <a href="http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3">http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3</a>	Realizar la cantidad de tactos vaginales necesarios para garantizar el buen control de la evolución del trabajo de parto.
Movilización rutinaria de la mujer en trabajo de parto a una habitación diferente en el comienzo del segundo periodo	La asistencia del parto en lugares diferentes según se trate del trabajo de parto, parto o puerperio tiene muchas desventajas: - 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 por los reiterados cambios y la ambientación hospitalaria.	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	Posibilitar a las mujeres en trabajo de parto 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, que admite la presencia de la familia, sin traer riesgos de contaminación, permitiendo el fácil acceso a la tecnología de apoyo en el momento requerido.
Alentar a pujar a una mujer que ha completado la dilatación y que aún no tiene deseos de pujar		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	Esperar a que la mujer tenga deseos de pujar para alentarla.

Parto instrumental de rutina	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.	Johanson RB, Menon V. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). En: <i>The Reproductive Health Library</i> , (10), 2007. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <a href="http://www.rhlibrary.com">http://www.rhlibrary.com</a> . (Reprinted from <i>The Cochrane Library</i> , Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.) Disponible en: <a href="http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000224.html">http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000224.html</a> ; <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&amp;uid=10796182&amp;cmd=showdetailview&amp;indexed=google">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&amp;uid=10796182&amp;cmd=showdetailview&amp;indexed=google</a>	Evitar realizar partos instrumentales salvo indicación por patología y respetar los tiempos de duración del periodo de expulsivo.
------------------------------	---	---	---

**OTRAS RECOMENDACIONES QUE DEBEN SER APLICADAS POR EL PERSONAL DE SALUD**

Prácticas clínicas	Comentarios, evidencia	Fuentes bibliográficas	Recomendaciones
Promoción de la atención del parto de bajo riesgo a cargo de obstetras	Dichos profesionales son los más idóneos para la atención del embarazo normal y están capacitados para diagnosticar desviaciones de la normalidad que requieran asistencia médica especializada.	OMS. Care in normal birth. A practical guide. Birth, 1997;24:121  Dr. Largaía 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	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.

**■ 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 brinda apoyo durante el trabajo de parto y el parto. Puede ser una madre, hermana, amiga, miembro de la familia, el padre del bebé o un miembro del personal de la maternidad.

**Es importante que permanezca continuamente con la mujer para dar el apoyo que incluye:**

- Animarla para caminar y moverse durante el trabajo de parto
- Ofrecer alimento ligero y líquidos
- Construir la confianza de la mujer haciéndole notar lo bien que está realizando su esfuerzo
- 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 5

### Detección de depresión posparto<sup>17</sup>

La Escala de Depresión de Posparto de Edinburgo (EPDS) fue creada para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión posparto. La EPDS se originó en centros de salud de las ciudades escocesas Livingston y Edinburgo. La misma consiste en diez declaraciones cortas. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le 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 las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

#### Cuestionario sobre depresión postnatal Edimburgo (EPDS)<sup>18</sup>

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Escolaridad: Primaria  Secundaria  Universitaria

Paridad \_\_\_\_\_ En qué trabaja, profesión u oficio \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Su 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 Sólo 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

#### Instrucciones de uso:

1. Se le 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 responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. Debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos de lectura sean limitados o que tenga problemas para leer.
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 pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

#### Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan 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 dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se realizarán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

<sup>17</sup> Fuente: The British Journal of Psychiatry, June, 1987, Vol. 150 J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

<sup>18</sup> 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

## 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.

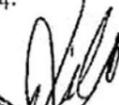
Que los planes y movilización mencionados contemplan líneas de acción para monitoreos, evaluaciones y controles de calidad que exigen la definición de estándares e indicadores precisos.

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 2°.** 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 3°.** 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 1°.

**Artículo 4°.** 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 5°.** 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° 083--

119

27/0

M:5

Urt+no

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 posibiliten 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 REALIZACIÓN 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.

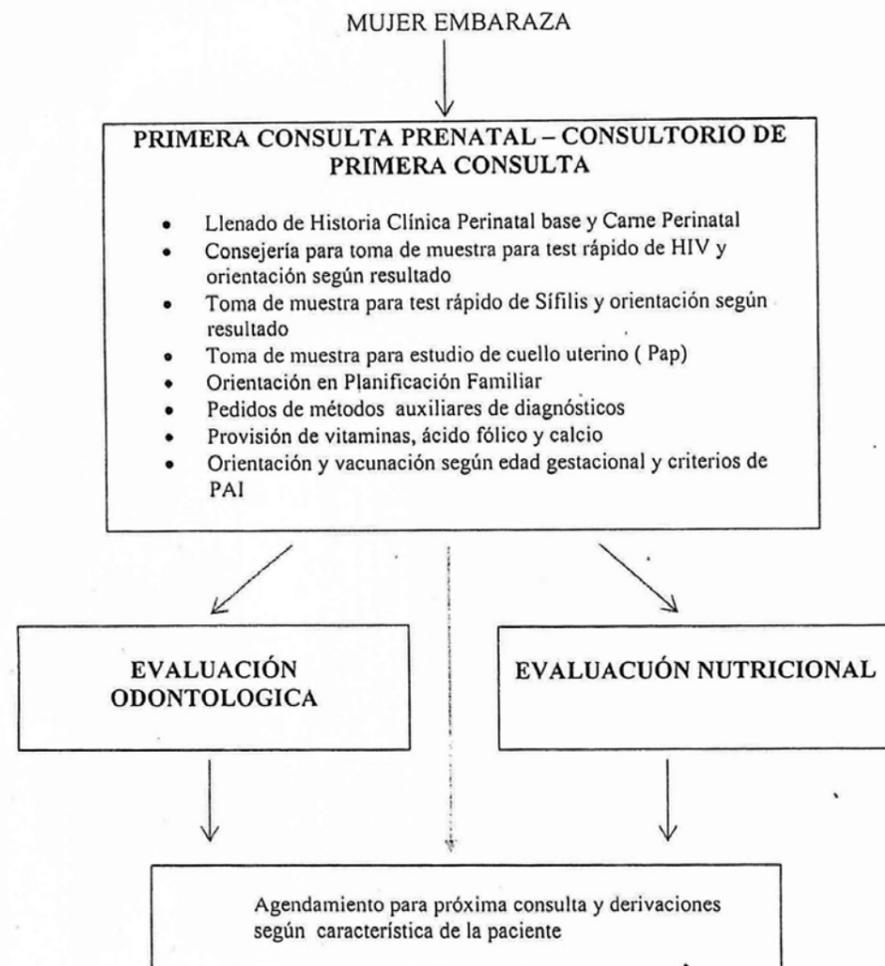


ANTONIO CARLOS BARRIOS F.  
MINISTRO



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

26 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 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, 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).

En cuanto al contenido normativo del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, ratificado por Ley 4/92), el Comité 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 sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. Además figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar 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 [...] 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 deben 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

### Son derechos reconocidos en Paraguay, a través de compromisos internacionales y de la Constitución Nacional:

1. Derecho a una sexualidad saludable y placentera, a tomar decisiones responsables sobre el ejercicio de la sexualidad y sobre nuestro cuerpo.
2. Derecho 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. Derecho a información sobre planificación familiar y a acceder a métodos seguros.
4. Derecho a la procreación en condiciones de libertad y sin riesgo para la salud.
5. Derecho a servicios de salud de calidad.
6. Derecho 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 de todo el equipo de salud, contribuyen a aumentar la confianza que ella deposita en el equipo de salud y a la adherencia a los cuidados prenatales y partos institucionales.

## ■ Inclusión y no discriminación

En el Artículo 46 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 todas 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-sanitarias 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 escuchadas/os, no discriminadas/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 garantizarán 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 parte y están considerados dentro del 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 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.

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 confían aun después de morir el/la paciente.

Todo esto también contempla 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 que se halla embarazada o amamantando tiene derecho a ser eximida de realizar trabajos insalubres, peligrosos o penosos a partir de la gestación, cuando exista peligro para la salud de la madre o del niño. A la mujer que habitualmente se halle empleada en trabajos insalubres, peligrosos o penosos se le asignará tareas compatibles con su estado, a cuyo efecto tiene derecho a ser trasladada de lugar de trabajo sin reducción de su salario.

Toda mujer tiene derecho al permiso de maternidad, para la lactancia materna y los que fueran necesarios para garantizar el bienestar de la madre y del bebé.

Tendrá derecho a licencia por todo el tiempo que sea necesario conservando su empleo y los derechos adquiridos por virtud del contrato de trabajo, y derecho a 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, y puerperio debe recibir preaviso y ser despedida mientras goce de sus descansos de maternidad, siempre y cuando haya notificado de su estado a su empleador. De producirse el preaviso o el despido, éstos serán nulos y darán lugar a interponer acción judicial para reintegro en el 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.

# GLOSARIO

- **Acompañamiento durante el parto:** Atención personalizada a la mujer en trabajo de parto por 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.
- **Doula:** Mujer que brinda apoyo físico y emocional durante el embarazo, parto y posparto.
- **Parto humanizado/respetado:** Es aquel en el que se respetan los deseos y necesidades de la parturienta. 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:** Aquel en el cual se hace uso de la tecnología u otros recursos como la anestesia o las prácticas de rutina (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 interacciona sobre la parturienta, como por ejemplo aquel que se da en la mayoría de los mamíferos.
- **Parto normal:** No hay que confundir "normal" con "fisiológico". Una actitud o un comportamiento pueden ser considerados "normales" en una cultura y no en otra. El término "parto normal" se emplea para referirse a los partos vaginales en los que no se usa fórceps.
- **Parto vaginal:** se da 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".

# BIBLIOGRAFIA

- 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. pediatr., 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: Association of episiotomy and delivery position with deep perineal laceration during spontaneous delivery in nulliparous women. Am J. Obstet Gynecolo. 1989; 160 (2) 294-7.
- Carrolli, 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, Eguía-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=showdetailview&indexed=google>

Kroegger M, Smith L: Impact of Birthing practices on Breastfeeding. Protecting the mother and baby continuum. Second ed. Jones and Bartlett, 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%20alla%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 romm 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.

