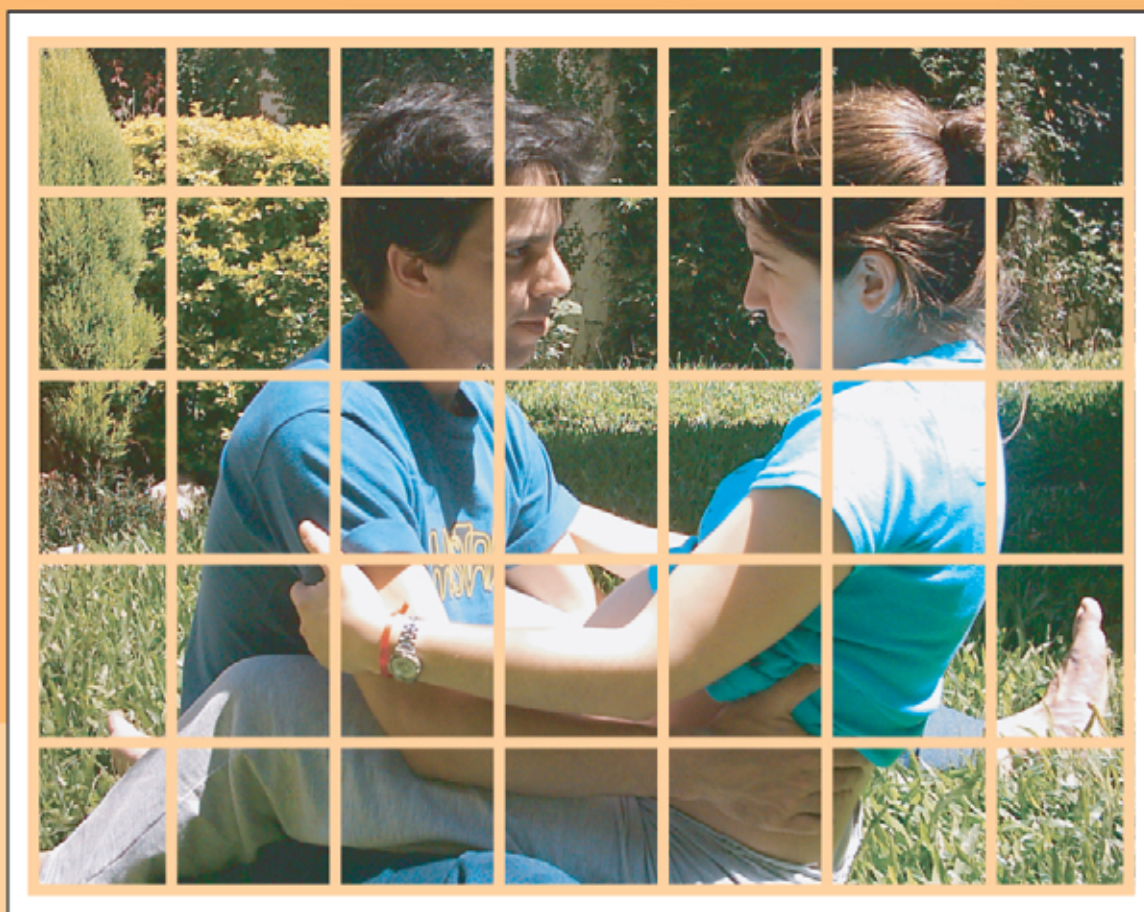


Guía de procedimientos

Para el Control del Embarazo Normal y la Atención del Parto de Bajo Riesgo

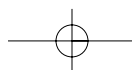


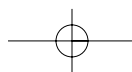
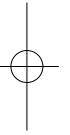
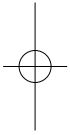
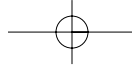
Programa Materno Infantil

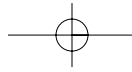
Ministerio de
Salud



Gobierno de la
Provincia
de Buenos Aires

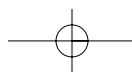
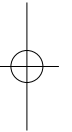
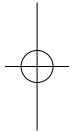


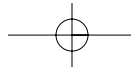




01

Guía de procedimientos Para el Control del Embarazo Normal y la Atención del Parto de Bajo Riesgo





4

• Autoridades

Don Daniel Osvaldo Scioli
Gobernador de la Provincia
de Buenos Aires

Dr. Claudio Zin
Ministro de Salud

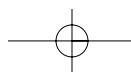
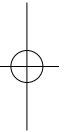
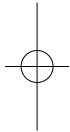
Dr. Alejandro Collia
Subsecretario de Coordinación y
Atención de la Salud

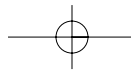
Dr. Carlos A. Lorenzo
Director de Coordinación de
Sistemas Regionales de Salud

Dr. Alejandro Costa
Director de Medicina Preventiva

Dr. Guillermo Reyna
Director de Programas Sanitarios

Dra. Flavia Raineri
Coordinador del Programa Materno
Infantil





•Comisión redactora

Obst. María J. Farinato
Referente Obstétrica del Subprograma de Perinatología

Dra. Ana R. Jiménez Peredo
Referente del Subprograma de Perinatología

Dr. Christian G. Muzio
Referente del Subprograma de Perinatología

Dr. Norberto Santos
Coordinador del Subprograma de Perinatología

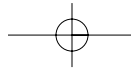
Dr. Marcelo Jaquenod
Referente del Subprograma de Sistemas de Información y Vigilancia
Epidemiológica

Dra. Francisca Stefanic
Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de
Buenos Aires

Dr. Nicolás Qualeta
Dra. Silvia Bassano
Dr. Angel Betular
Dra. Liliana Carrera
Dra. María Franchina
Dra. Teresa Rozenbaum
Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires

Mención especial

En agradecimiento a los Dres. Alejandro Oleiro y Roberto Panno,
quienes fueron impulsores de la realización de la presente guía.



• Programa Materno Infantil - Equipo de nivel Central

Coordinador del Programa Materno Infantil
Dra. Flavia Raineri

Subprograma de Sistemas de Información y Vigilancia Epidemiológica
Dr. Marcelo Jaquenod
Sra. Natalia Cerdá

Subprograma de Perinatología y Lactancia Materna
Dr. Norberto Santos
Obst. María J. Farinato
Dra. Ana R. Jiménez Peredo
Dr. Christian G. Muzio
Dr. Antonio Morilla

Subprograma de Salud Reproductiva y Procreación Responsable
Dra. Marcela Calcopietro
Obst. Patricia Farinella
Sra. Fernanda Basomba

Subprograma de Salud Integral del Niño de 0 a 5 años
Dra. Estela Grad
Dra. Silvina Moggiano
Lic. Verónica Basso
Sr. José Coronilla
Sra. Fernanda Martínez

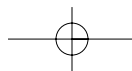
Subprograma de Salud del Niño en Edad Escolar
Dr. Carlos Zabala
Dra. Ana Díaz

Subprograma de Salud Integral del Adolescente
Lic. Susana Tancredi
Lic. Silvia J. Meza

Subprograma de Fortalecimiento de Regiones Sanitarias
Lic. María Susana Méndez

Secretaria
Sra. Andrea Susino

Area Administrativa
Jorge Padula
Carlos Sereno
Yolanda Céspedes
Loana Barletta



• Agradecimientos

Agradecemos la colaboración y el apoyo brindado en la revisión de estas guías.

Consejo Directivo de SOGBA
Dr. Carlos Nicolás Fayanás

Presidente del Consejo Superior del Colegio de Obstétricas de la Pcia. De Bs.As.
Lic. Obstétrica Alicia Cillo

Directores de Salud Municipales
Doctores: Grant Gastón, Lairorico Jorge O.

Jefes de Servicio y de Guardia de Tocoginecología de Hospitales
Doctores: Acosta Estela M., Bressi Norberto, Boiza Edgardo, Celhay Juan Carlos, Colonia Jorge O., Cuevas Aníbal, Gaby Héctor, García Palacios José, Gómez Alberto, Holgado María, Julio Ricardo, Kwiatkowski Leonardo, Lago Jesús José, López Antonio César, Marzano Santiago, Parral Clelia, Peker Beatriz, Soria Liliana, Stagnaro Alba Marta.

Referentes Municipales y de Perinatología del P. M. I.
Doctores: Agurto Tavera José, Duberti Mabel, García Graciela, Morilla Antonio, Sarobe Pablo, Schain Carlos, Yacobitti Alejandro.

Coordinadoras Obstétricas y Capacitadoras Regionales Obstétricas
Aguirre Laura, Bonotti Ana María, Carrizo Graciela, Guerrero Mónica, Iglesias María del Carmen, Salomone Raquel, Rapoport Neri, Salgado Elvira, Sánchez Cyntia, Scribano Mónica, Taus Adriana y Vilar Margarita.

Coordinadoras Obstétricas Municipales y de Hospitales
Ale Nancy, Antonacci Marcela, Arroba Miriam, Beltran Anabela, Cabrera Bessi, Candia Nora, Carrasco Beatriz, Centurión Claudia, Canosa Lucía, Farao Silvana, Farías María E., Fernández Cristina, Giménez Ana, Giménez Miriam, Grimberg Viviana, Jara Mirta, Kigelman Regina, Ledesma Lilia, Lorenzo Claudia, Maidana María del Carmen, Melgarejo Cristina, Mendiguibel Mabel, Napolitano Juana, Noda Blanca, Selva Romero, Ruiz Díaz Alejandra, Santisteban Mirta, Silvestre Liliana, Tesolín Viviana, Verón Alicia, Versace Nora.

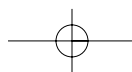
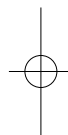
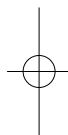
Agradecemos además la colaboración brindada para la edición de esta guía a:

Apoyo Técnico en Comunicación y Diseño: Lic. Teresa Poccioni

Apoyo Técnico Informático del Programa Materno Infantil: Sr. Carlos Sereno

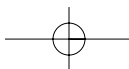
Fotografía Tapa, Contratapa y portadas de algunos capítulos: Sr. Rubén Darío Tavernise

Diseño y diagramación: Dg. Melisa Degiglio

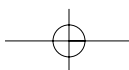
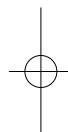
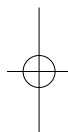


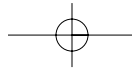
Indice

Introducción.....	10	Evaluación del riesgo.....	43
Capítulo 1		Listado de factores de riesgo que deben ser evaluados en todas las embarazadas.....	43
Concepto de Guía de Procedimientos.....	13	Score aditivo para predecir el riesgo de parir un niño de bajo peso.....	45
Objetivos de la guía.....	15	Score de riesgo del Sistema Informático Perinatal (SIP).....	46
Algunas consideraciones.....	15	Exámenes de rutina.....	47
Capítulo 2		Examen clinico completo.....	47
Concepto de Atención Primaria de la Salud.....	17	Examen ginecológico. Papanicolaou y Colposcopia.....	47
Capítulo 3		Examen mamario y recomendaciones para la lactancia materna.....	47
El Control Prenatal en Embarazo Normal.....	21	Examen odontológico.....	48
Objetivo del control prenatal.....	23	Antropometría de la embarazada.....	49
Diez principios de la OMS en el cuidado perinatal.....	24	Peso corporal.....	49
Acciones a implementar durante el control prenatal.....	24	Talla.....	49
Protocolo de seguimiento.....	26	Evaluación del estado nutricional.....	49
Capítulo 4		Medición de altura uterina.....	51
Actividades.....	27	Detección de las alteraciones en el crecimiento fetal.....	52
Primera consulta.....	29	Factores de riesgo asociados a las alteraciones del crecimiento fetal.....	52
Componente básico.....	29	Tecnologías para medir el crecimiento fetal.....	52
Solicitud de exámenes complementarios.....	29	Medición de tensión arterial.....	53
Interconsultas complementarias.....	30	Clasificación de los cuadros hipertensivos asociados al embarazo.....	53
Consultas siguientes o ulteriores.....	31	Técnica.....	54
Últimas consultas.....	31	Causas de error en la medición de la presión arterial.....	55
Frecuencia de las consultas.....	31	Equipo necesario.....	55
Cronología de actividades.....	32	Consideraciones con la embarazada.....	56
Capítulo 5		Diagnóstico de vitalidad fetal.....	57
Metodología de Actividades.....	33	Solicitud de estudios complementarios de laboratorio.....	58
Diagnóstico de embarazo.....	35	Laboratorio de rutina.....	58
Métodos bioquímicos.....	35	Hemograma completo.....	58
Diagnóstico por imágenes.....	35	Uremia.....	61
Examen clínico.....	35	Glucemia.....	61
Cálculo de amenorrea.....	35	Algoritmo para Diabetes Gestacional.....	63
Gestograma.....	36	Detección de bacteriuria asintomática.....	63
Medición de altura uterina con cinta Métrica obstétrica.....	36	Grupo sanguíneo y factor Rh.....	64
Utilización de registros.....	37	Detección de infecciones genitales.....	65
Historia Clínica Perinatal Base del CLAP (HCPB).....	37	Vaginosis Bacteriana.....	65
Libreta sanitaria materno infantil (LSMI).....	40	Detección de Streptococo β Hemolítico del Grupo B (EGB).....	66
Fichero cronológico.....	40	Detección de enfermedades de transmisión vertical.....	67
Sistema de información.....	41	Detección de sífilis.....	67
Sistema de información perinatal (SIP).....	41	Flujograma para sífilis.....	68
Sistema de información perinatal ambulatorio (SIPA).....	41	Detección de VIH.....	68



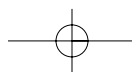
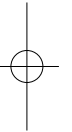
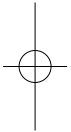
Flujograma para VIH.....	70	Conducta activa.....	110
Detección de Hepatitis B.....	71	Examinar placenta y membrana.....	110
Detección de toxoplasmosis.....	72	Evaluar integridad del canal del parto.....	111
Testeo serológico para toxoplasmosis y embarazo.....	74	Asistencia del post-alumbramiento.....	111
Detección de Chagas.....	74	Capítulo 9	
Circuito analítico para chagas.....	75	Control del Puerperio Normal.....	113
Vacunación.....	76	Puerperio inmediato.....	115
Prevención del tétanos neonatal y puerperal.....	76	Puerperio mediato.....	116
Reducción del Síndrome de Rubéola Congénita.....	76	Puerperio alejado.....	116
Estudio ecográfico.....	78	Puerperio tardío.....	116
Tabaquismo y adicciones.....	79	Capítulo 10	
Preparación integral para la maternidad....	79	Metas en Perinatología.....	117
Fomentar el control puerperal.....	80	Metas del plan federal de salud.....	119
Salud reproductiva y procreación responsable.....	81	Capítulo 11	
Capítulo 6		Indicadores de Calidad.....	121
Concepto de Maternidad Centrada en la Familia.....	85	Del control prenatal.....	123
Declaración de fortaleza, Brasil. Principios para el cuidado perinatal.....	88	De la atención del parto y puerperio.....	124
El nacimiento no es una enfermedad.....	88	Capítulo 12	
LEY 25.929 "Derechos de padres e hijos durante el nacimiento".....	89	Mortalidad y sus Tasas.....	125
Capítulo 7		Definiciones relacionadas con la mortalidad materna.....	127
Control del Parto Normal.....	93	Definiciones relacionadas con la mortalidad infantil.....	127
Objetivos.....	95	Tasas de mortalidad.....	128
Admisión hospitalaria.....	95	Bibliografía Capítulos 1 al 5.....	130
Consulta de admisión.....	96	Bibliografía Capítulos 6 al 8.....	135
Partograma - Curvas de alerta - Prevención del parto prolongado (Schwarcz 1987, 1991).....	97		
Valores para la construcción de la curva de alerta.....	98		
Capítulo 8			
Asistencia de los Tres Períodos del Parto.....	101		
Consideraciones para la asistencia del parto.....	103		
Asistencia del período dilatante.....	103		
Medidas generales.....	103		
Analgesia durante el trabajo de parto.....	104		
Guía de vigilancia de la evolución del primer período del trabajo de parto.....	105		
Asistencia del período expulsivo.....	105		
Preparación para el período expulsivo.....	105		
Controles durante el período expulsivo.....	106		
Atención del período expulsivo.....	106		
Asistencia del período de alumbramiento..	109		
Asistencia del Alumbramiento.....	109		
Manejo o conducta expectante.....	109		

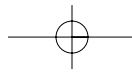




Introducción

"Hay dos maneras de vivir la vida: una es negando que existen los milagros y la otra es creer que la vida misma es un milagro". (Albert Einstein)





Estas guías tienen como objetivo contribuir al cuidado de la salud integral del binomio madre-hijo durante el proceso del embarazo, parto y puerperio considerados de bajo riesgo, apuntando también al apoyo y acompañamiento para el fortalecimiento del vínculo familiar durante el transcurso de dichos períodos.

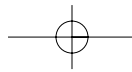
Cabe mencionar que para la confección de las mismas, tomamos como antecedente a aquellas que oportunamente publicaran el Centro de Estudios Latinoamericano de Perinatología (CLAP) y el Ministerio de Salud de la Nación.

El Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires propone reforzar los conocimientos técnico-científicos del equipo de salud perinatal e incorporar conceptos de gestión del sector salud, para asegurar la accesibilidad y calidad de la atención a la población en función de las necesidades de salud, basándose en la estrategia de Atención Primaria, como la más idónea para el logro de los objetivos propuestos.

Com ese marco conceptual se procura la organización y fortalecimiento del primer nivel de atención, privilegiando la formación de su recurso humano, orientándola a la promoción y prevención de la salud y desarrollando aptitudes para el trabajo en equipo.

Se promueve el manejo de herramientas epidemiológicas como el enfoque de riesgo, a través de la realización de diagnósticos comunitarios de salud y la planificación de las acciones en función de las necesidades locales, desarrollando un sistema de atención de complejidad creciente, escalonado y articulado, con criterios de integridad e integralidad.



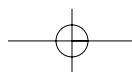
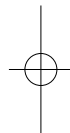
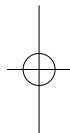


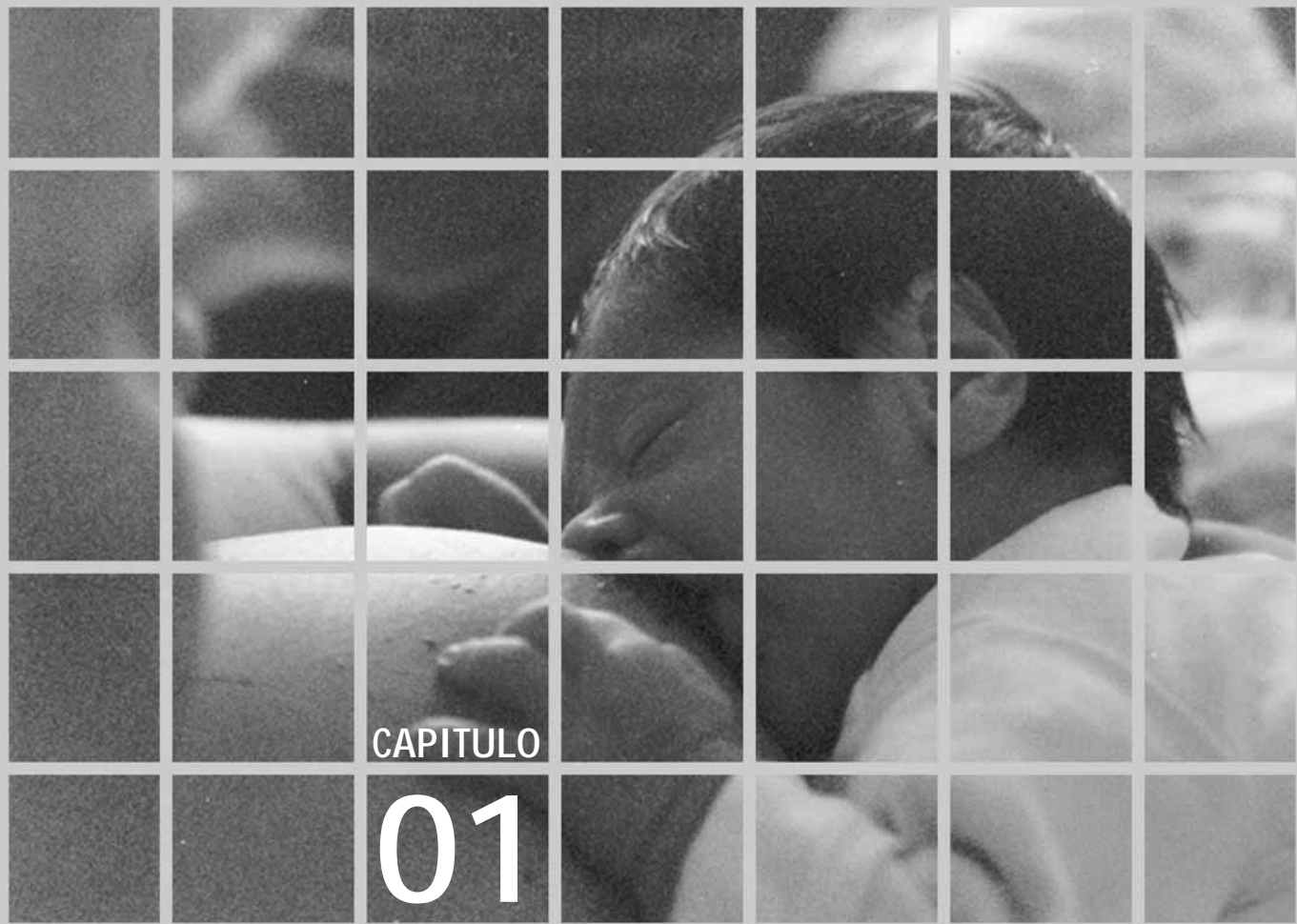
En el segundo nivel de atención, se enfatiza la necesidad de trabajar siguiendo los conceptos de Maternidad Centrada en la Familia. Se propone estimular a los trabajadores de salud para que reflexionen y evalúen sus prácticas actuales, desarrollando el pensamiento crítico en pos de la resolución más eficaz de las problemáticas complejas, y perfeccionando sus capacidades para trabajar en equipo.

Es fundamental que el sistema de atención de la salud compuesto por distintos niveles y que involucra a efectores tanto municipales como provinciales, trabaje articuladamente y en red de acuerdo a las necesidades de complejidad de la situación de salud de la población a la que asiste.

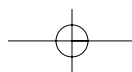
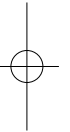
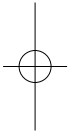
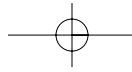
Se impone la transformación de la actual estructura sanitaria preparada para la enfermedad y con una fuerte cultura asistencialista. Para ello es indispensable la participación efectiva de todos los trabajadores de la salud, haciéndose imprescindible su sensibilización en esta filosofía de cambio con la que debemos enfrentar nuestro futuro sanitario.

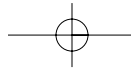
Nos encontramos con el desafío de buscar excelencia y pertinencia, recuperar el verdadero sentido de la práctica profesional en el campo de la salud pública, regocijarnos en el logro de las metas alcanzadas realzando la actividad profesional, para que el derecho a la salud no sea una utopía sino una creciente realidad.





■ Concepto de guía de procedimientos





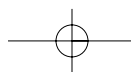
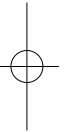
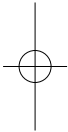
Conjunto de recomendaciones que dan el marco dentro del cual deben realizarse las acciones, sirviendo de secuencia cronológica para asistir a los profesionales y pacientes, desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico.

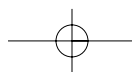
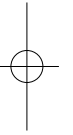
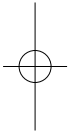
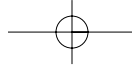
●Objetivos de la guía

- Recomendar la utilización de prácticas que han demostrado ser beneficiosas.
- Sugerir la utilización de prácticas que podrían ser beneficiosas.
- Alertar sobre prácticas que han demostrado ser perjudiciales.

●Algunas Consideraciones

- Identifican la tecnología que debe ser utilizada en cada caso en particular.
- Deciden estrategias para definir aspectos clínicos y toma de decisiones.
- Ayudan a la formación del equipo de salud.
- Consignan pautas consensuadas, por la aplicación del método científico.
- Precisan acciones a realizarse en función de los factores de riesgo.
- Determinan el nivel de atención adecuado.
- Aseguran una adecuada calidad en la prestación de servicios médico-asistenciales.



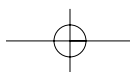
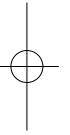
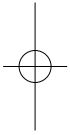
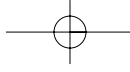


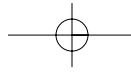


CAPITULO

02

■ Concepto de Atención Primaria de la Salud





Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familia, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación."

En 1978 quedó definida en la Declaración de Alma Ata el concepto de Atención Primaria de la Salud y se la propuso como estrategia para alcanzar las metas de "Salud para todos en el año 2000".

De la definición se desprenden los cuatro principios básicos de APS:

- Accesibilidad y cobertura universales en función de las necesidades de salud.
- Compromiso, participación y autosostenimiento individual y comunitario.
- Acción intersectorial por la salud.
- Costo- eficacia y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles.

Las estrategias de Atención Primaria que surgen de estos principios básicos tienen un carácter dinámico, siendo las principales las siguientes:

- Extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente.
- Organización y participación de la comunidad para su bienestar.
- Desarrollo de la articulación intersectorial.
- Desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas.
- Disponibilidad de generación de productos y equipos críticos.
- Formación y utilización de recursos humanos.
- Financiamiento sectorial y cooperación internacional.

APS resalta dos conceptos fundamentales:

- * El cuidado de la salud más que la mera atención de la enfermedad.
- * La equidad en el acceso a los servicios de salud.

Distribuye la responsabilidad de ese cuidado entre todos los sectores que componen el sistema de salud y el individuo mismo. Este último a través de su participación organizada en la toma de decisiones y su educación para el autocuidado.

El control del embarazo debe enmarcarse dentro de estos conceptos contenidos en la definición de Atención Primaria de la Salud.

Las intervenciones que se realicen deberían ser consistentes con los lineamientos de las estrategias de enfoque de riesgo, método de trabajo en la atención de la salud de las personas y las comunidades basado en el concepto de riesgo. Este se define como la probabilidad que

tiene un individuo o un grupo de individuos de sufrir en el futuro un daño a su salud (OPS 1986).

Este enfoque se basa en la observación de que no todas las personas tienen la misma probabilidad de enfermar o morir y esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidado que va de un mínimo para los individuos de bajo riesgo de presentar un daño, hasta un máximo necesario solo para aquellos con alta probabilidad de sufrir en el futuro alteraciones de su salud.

El concepto de riesgo está indisolublemente vinculado a un daño específico (mortalidad neonatal, perinatal, etc.) y en función de ese daño se analizarán cuales son los factores que se le asocian.

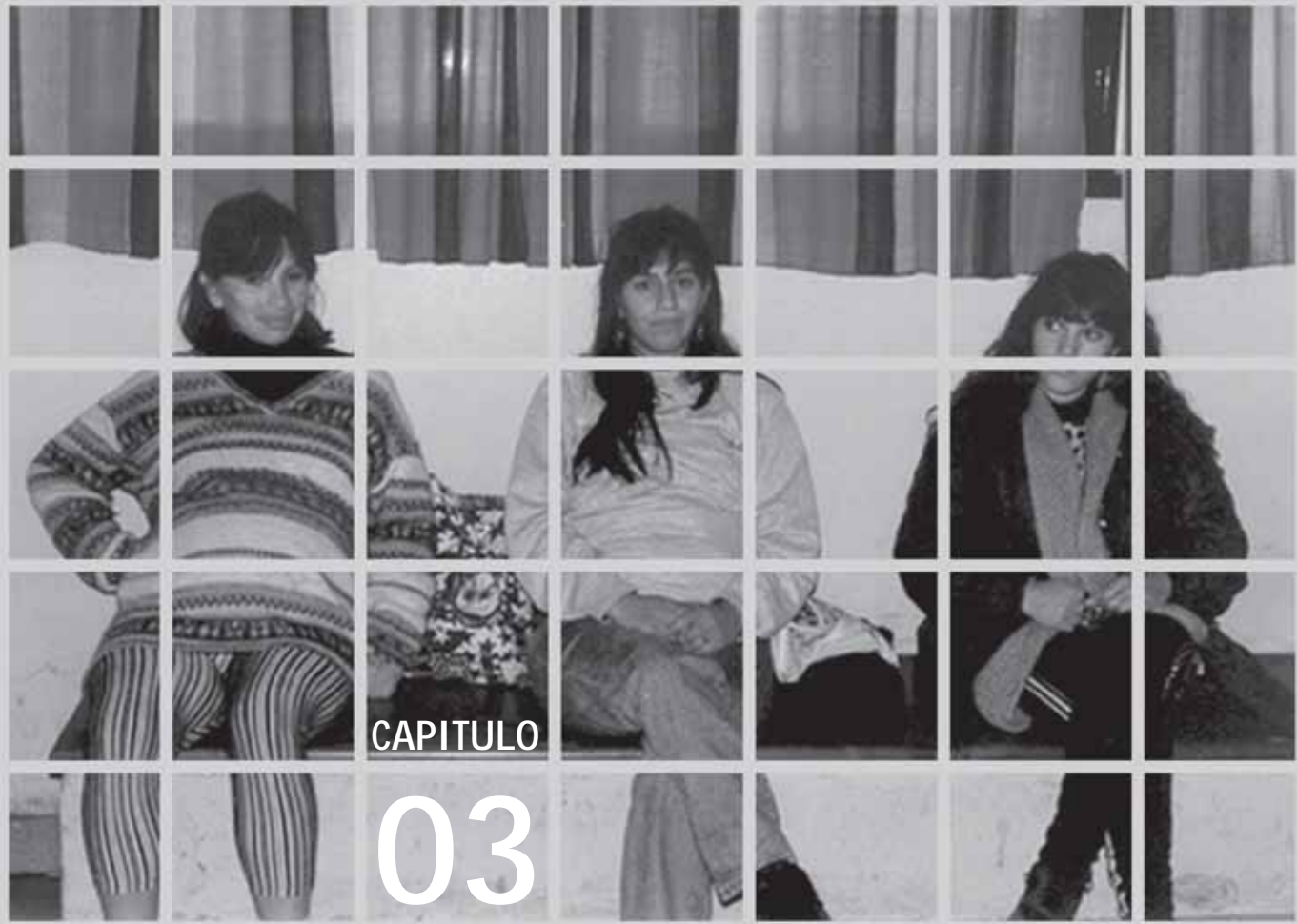
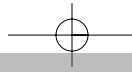
Esto supone cuidados no igualitarios de la salud y requiere que los recursos para proveerlos sean redistribuidos y usados con mayor equidad, de acuerdo a las necesidades de los individuos o grupos y en función del principio de justicia distributiva, que exige dar más a aquellos que tienen mayor necesidad.

El enfoque de riesgo permite:

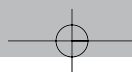
- Establecer problemas de salud prioritarios en base a su magnitud, gravedad, efectividad tecnológica para neutralizarlos, el costo del control y el mayor impacto en la comunidad si se controlan preferentemente los problemas más críticos.
- Detectar los factores de riesgo, entendiendo como tales a las características o atributos cuya presencia se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer el daño.
- Identificar a la población de riesgo.
- Planificar las acciones en base al análisis epidemiológico local, teniendo como ejes los criterios de equidad, eficiencia y efectividad.

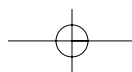
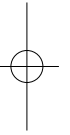
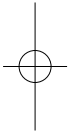
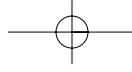
Al equipo de salud le cabe la función de trabajar en equipo e interdisciplinariamente, manifestando compromiso en la tarea, para resolver integralmente los problemas de salud.

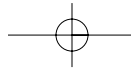




■ El control prenatal en embarazo normal







Se entiende por embarazo normal a aquel que transcurre sin que factores desfavorables (biológicos, psicológicos, socio-demográficos, etc.), y/o patologías maternas previas o adquiridas en el transcurso del embarazo evidentes o no, interfieran en su normal evolución, llegando a término con feto sano, en presentación cefálica y proporción céfalo-pélvica adecuada, posibilitando un parto de bajo riesgo y un puerperio normal.

Control Prenatal es el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

Para alcanzar la calidad en el Control Prenatal el mismo debe reunir los siguientes requisitos básicos:

Ser precoz: debe iniciarse en el primer trimestre de gestación, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo ya que permite al profesional ejecutar acciones de promoción, prevención, y detectar tempranamente factores de riesgo.

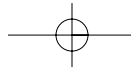
Ser periódico: la frecuencia varía según el riesgo, detectando en forma oportuna aquellos factores que permitan una identificación del mismo y una atención diferencial del embarazo.

Ser Completo: en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo, de las intervenciones requeridas según edad gestacional, como así también de actividades de promoción y prevención de la salud.

Tener amplia cobertura: promoviendo el control de toda la población bajo responsabilidad, (tanto la que demanda como la que no demanda atención) garantizando la igualdad, accesibilidad y gratuidad en la atención.

●1.- Objetivos del control prenatal

- Mejorar la salud y atención de las mujeres que asisten a los servicios públicos de la Provincia de Buenos Aires, garantizando su inclusión y continuidad en el sistema, sobre todo de aquellas identificadas como población de riesgo.
- Propiciar un espacio para una atención integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias, y no solamente el cuidado biológico. (OPS/OMS).
- Fortalecer o estimular la participación en el cuidado de la salud brindando contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y el niño.
- Prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente complicaciones del embarazo.
- Vigilar el adecuado crecimiento y la vitalidad fetal.
- Detectar enfermedades subclínicas.
- Promover estilos de vida saludables.



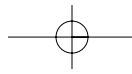
●1.1.- 10 principios de la OMS en el cuidado perinatal

En el año 2001 la Oficina Regional Europea de la OMS dio a conocer los 10 Principios del cuidado Perinatal, que deben tenerse en cuenta a la hora de realizar la atención de un embarazo y parto de bajo riesgo.

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones y aplicando solo la tecnología necesaria.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluyen métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico y tendiente a reducir el uso de tecnología compleja o sofisticada, cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o mejores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa ser avalado por la mejor evidencia científica disponible.
4. Ser regionalizado, basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciario.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como obstétricas, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores, trabajadores sociales, etc.
6. Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias, y no solamente el cuidado biológico.
7. Centrado en las familias, dirigido a las necesidades de la mujer, su hijo y su pareja.
8. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

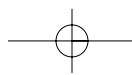
●2.- Acciones a implementar durante el control prenatal

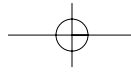
- Categorizar continuamente a la embarazada según riesgo, asegurando su atención y seguimiento, y el tratamiento específico a aquellas que lo requieran.
- Intensificar la captación precoz (control prenatal antes de la semana 14 de gestación).
- Garantizar que las embarazadas tengan acceso a un control de salud mensual, estableciendo un mínimo de 5 controles en el bajo riesgo, utilizando como instrumento de seguimiento el fichero cronológico.
- Asegurar estrategias que permitan la recaptación de las embarazadas que abandonaron el control y de las puérperas que no concurren al mismo.
- Mejorar la calidad de atención, con el uso de tecnologías apropiadas: Balanza con altímetro, Tensiómetro, Gestograma, Cinta Métrica Obstétrica, Estetoscopio de Pinard, Tabla de Atalah,



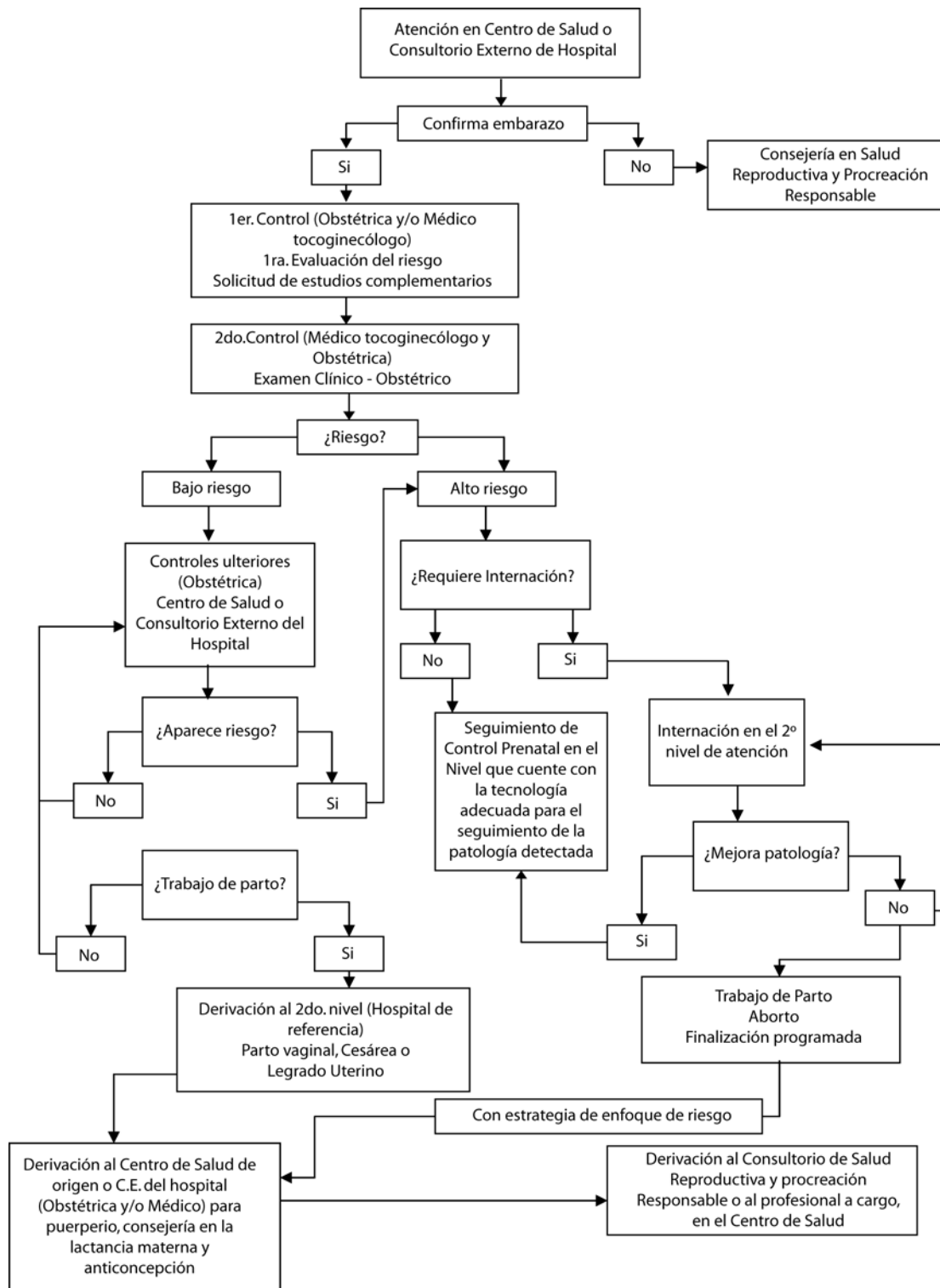
Score de Bortman, Curva de Altura Uterina, Historia Clínica Perinatal y Libreta Sanitaria Materno Infantil.

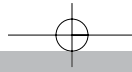
- Facilitar el acceso a los estudios complementarios de diagnóstico (laboratorio, ecografía, etc.) tanto en el 1° como en el 2° nivel de atención.
- Evaluar el estado nutricional materno (Tabla de Átalah y Col.).
- Prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente enfermedades clínicas de la madre y/o complicaciones del embarazo.
- Aplicar estrategias para disminuir las causas reducibles del bajo peso al nacer, la prematurez, la restricción del crecimiento intrauterino, la preeclampsia y las infecciones, entre otras.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para la maternidad, propiciando el acompañamiento en esta instancia de la pareja o familiar que ella elija.
- Recomendar desde el embarazo la lactancia materna y preparar a la madre para la lactancia exclusiva.
- Promover e incrementar la asistencia de púerperas a los controles de salud.
- Realizar asesoramiento en anticoncepción para la prevención de embarazos inoportunos o inesperados, que pueden dar origen a abortos provocados aumentando la morbi-mortalidad materna.
- Monitorear la calidad de atención a través del Sistema Informático Perinatal (SIP) o Sistema Informático Perinatal Ambulatorio (SIPA).
- Realizar una autoevaluación de calidad.





●3.- Protocolo de seguimiento

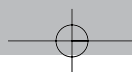


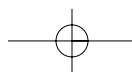
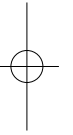
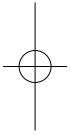
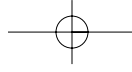


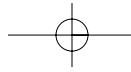
CAPITULO

04

■ Actividades







Permite determinar los métodos necesarios para confirmar el diagnóstico de embarazo, evaluar el estado general y nutricional, factores socio culturales y sanitarios, descartar patologías, determinar una primera calificación del riesgo y así poder definir el tipo de cuidado requerido y el nivel apropiado de atención.

●1.- Primera consulta

Deberá realizarse precozmente (antes de las 14 semanas). De no ser posible, se seguirá la rutina propuesta en esta guía en cualquier edad gestacional a la que concurra la embarazada por primera vez.

Cuando la embarazada concurra a esta consulta espontáneamente, se procurará su atención evitando el rechazo y las oportunidades perdidas de control.

Deberá realizarse un examen físico completo y la transmisión de contenidos de educación para la salud básicos en esta etapa, contemplando no solo los estrictamente médicos, sino considerando los aspectos psicoafectivos, culturales y sociales relacionados con la maternidad (no olvidar: riesgos de alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, violencia familiar etc)., como así también los derechos que asisten a las mujeres en la atención del embarazo y parto.

●1.1.- Componente Básico

- Confirmación del embarazo.
- Cálculo de amenorrea sujeto a confirmación.
- Confección de Historia Clínica Perinatal.
- Confección de Libreta Sanitaria Materno Infantil.
- Evaluación del Riesgo.
- Confección de Fichero Cronológico (obligatorio en el 1° nivel y opcional en el 2° nivel de atención).
- Examen Clínico completo.
- Examen Gineco-Obstétrico.
- Educación para la salud de la embarazada y su futuro bebé.
- Entrega de Leche fortificada.
- Suplementación con hierro + ácido fólico.
- Evaluar esquema de vacunación.
- Asesoramiento acerca de las redes de derivación en caso de emergencia.

●1.2.- Solicitud de exámenes complementarios

- Hemograma

- Uremia
- Glucemia
- VDRL
- VIH (previo consentimiento informado, haciendo extensivo el ofrecimiento a la pareja)
- Serología para Hepatitis B, Toxoplasmosis y Chagas
- Orina Completa
- Urocultivo
- Grupo Sanguíneo y Factor Rh
- Examen ecográfico

●1.3.- Interconsultas complementarias

- Consultorio de cardiología, cuando corresponda.
- Consultorio de odontología.
- Servicio Social de las menores no emancipadas, indocumentadas, migrantes, grupos de riesgo, etc.
- A la especialidad que corresponda de acuerdo a cada caso en particular si se detecta patología.

Tiempo mínimo estimado para la consulta de primera vez: 35 a 40 minutos.



●2.- Consultas siguientes o ulteriores

Están dirigidas, a evaluar el impacto del embarazo en la salud materna y vigilar el normal desarrollo y vitalidad fetales, tratando de detectar permanentemente la aparición de factores De riesgo que pudieran complicar la normal evolución del embarazo.

Se adoptará la estrategia de turno programado, con fecha y horario definido, otorgado luego de cada consulta.

- Permite tanto a los servicios de salud como a las familias organizar más racionalmente sus tiempos y recursos.
- Mejora la accesibilidad a los servicios y estimula la transmisión del concepto que expresa, que la atención de la salud es un derecho de la población y una obligación del Estado.
- Disminuye los tiempos de espera y las filas para obtenerlo, que pueden operar como barreras administrativas a la accesibilidad y a la prevención de la salud materno infantil.

Con respecto al asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, se realizará en la consulta a partir del 3° trimestre del embarazo.

Tiempo mínimo estimado para consultas siguientes o ulteriores: 20 minutos.

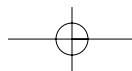
●3.- Ultimas consultas

Se considerarán aquellas realizadas desde la semana 36 en adelante. Además de las acciones llevadas a cabo en las consultas precedentes, se evaluarán las condiciones favorables para el parto y la lactancia.

De ser posible, alrededor de las 36 semanas se realizará el último rastreo ecográfico, para descartar malformaciones, evaluar correcto crecimiento fetal y parámetros tales como cantidad de líquido amniótico, madurez y ubicación placentaria, confirmar modalidad de presentación, etc.

●4.- Frecuencia de las consultas

Menor o igual a 30 semanas	Cada 30 días
De 30 a 36 semanas	Cada 15 días
De 36 a 40 semanas	Cada 7 días
Más de 40 semanas	Derivación



La derivación al 2º nivel sin trabajo de parto, en las embarazadas normales se realizará a las 40 semanas, articulando con el hospital de referencia para que el contacto con el efector se realice dentro de las 48 horas.

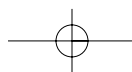


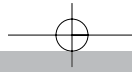
●5.- Cronología de Actividades

	1º trimestre Hasta las 13.6 semanas	2º trimestre 14 a 27.6 semanas	3º trimestre 28 al final
Prueba de embarazo	*		
Cálculo de amenorrea	*	*	*
Uso de la Historia Clínica y L.S.M.I.	*	*	*
Uso del Fichero cronológico	*	*	*
Evaluación del riesgo	*	*	*
Examen clínico completo	*(1)		
Examen mamario y recomendaciones para la Lactancia Materna	*	*	*
Exámen obstétrico	*	*	*
Papanicolaou y Colposcopia	*(6)		
Examen cardiológico (en caso de ser necesario)	*	*	*
Examen odontológico	*(3)		
Medición de peso corporal	*	*	*
Medición de talla	*		
Estado nutricional (Átalah y col.)	*	*	*
Medición de altura uterina (s/edad gestacional)	*	*	*
Medición de tensión arterial	*	*	*
Auscultación con Pinard (a/p 20 sem.)		*	*
Evaluación vitalidad embrionaria	*		
Evaluación del crecimiento y vitalidad fetal		*	*
Ubicación Fetal (situación, presentación, actitud)			*
Detección del Streptococo Hemolitico grupo B (a/p de las 35 semanas. No obligatorio)			*
Detección de sífilis	*	*	*
Detección de VIH c/consent.informado	*		*
Detección de Hepatitis B	*(4)		*
Detectar toxoplasmosis	*	*	*
Detectar chagas	*	*	*
Detectar bacteriuria asintomática Urocultivo	*	*	*
Vacunación Antitetánica (dTa)		*	*
Grupo Sanguíneo y Factor RH	*(5)		
Determinar hemograma (incluír Hb)	*	*	*
Determinar coagulograma			*
Determinar glucemia	*	*	*
Determinar uremia	*	*	*
Orina completa	*	*	*
Detectar Diabetes con PTOG (entre 24 y 28 sem. en Grupo de Riesgo para Diabetes)		*	
Suplementación con ácido fólico + Fe	*	*	*
Entrega de leche fortificada	*	*	*
Estudio ecográfico	*	*	*
Evaluación de la relación feto-pélvica			*
E.C.G. y Riesgo quirúrgico			*
Preparación Integral para la Maternidad	*	*	*
Consejería en anticoncepción			*
Fomentar el control puerperal		*	*

(1), (2), (3), (4) y (5) En caso de consulta tardía, se efectuará en la primera consulta.

(6) Se puede realizar hasta las 28 semanas. En los Centros de Salud que cuenten con el recurso, se realizará colposcopia conjuntamente con el Pap.

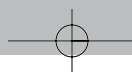


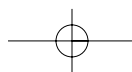
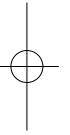
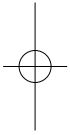
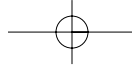


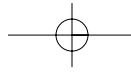
CAPITULO

05

Metodología de Actividades







●1.- Diagnóstico de Embarazo

Se debe pensar en embarazo, en toda mujer con ciclos regulares que presenta un atraso en la aparición de su menstruación o ante la presencia de cualquier cambio de las características habituales del sangrado menstrual, tanto en cantidad, tiempo de aparición y duración.

Lo comprobamos por medio de:

●1.1.- Métodos bioquímicos

- Test de embarazo (Orthotest): en el 1° trimestre sin evidencia clínica (en orina cualitativo).
- Determinación del dosaje de subunidad Beta: de gonadotropina coriónica (HCG) por métodos inmunológicos. Puede ser cuali y/o cuantitativa, lo cual permite tener una idea de la vitalidad embrionaria en períodos del embarazo en que la ecografía no es útil. Es el método más precoz para el diagnóstico de embarazo.

●1.2.- Diagnóstico por imágenes

- Ecografía: por vía transabdominal se debe realizar preferentemente no antes de la 7° semana de amenorrea; por vía transvaginal desde la 5° - 6° semana, preferentemente en caso de ser necesario diagnosticar el sitio de implantación del embarazo (descartar embarazo ectópico).

●1.3.- Examen Clínico

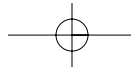
- Examen ginecológico: se constata el aumento del tamaño uterino y la disminución de su consistencia por palpación bimanual. Ésta también permite detectar el latido de la arteria uterina. Por medio de la inspección se observa cianosis vulvar y cervical.
- Auscultación de Latidos fetales: con estetoscopio de Pinard a partir de las 22 a 25 semanas y por efecto Doppler a partir de las 14 semanas, siendo la frecuencia cardíaca fetal, en condiciones basales entre 120 y 160 latidos por minuto.

●2.- Cálculo de amenorrea

La duración normal del embarazo se extiende hasta los 294 días contados a partir del primer día de la última menstruación, es decir 42 semanas de gestación. Se considera embarazo de término a aquel que tiene entre 37 y 42 semanas de amenorrea (FIGO).

La medición del tiempo transcurrido desde la fecha de la última menstruación (FUM), es el método de elección para calcular la edad gestacional y fecha probable de parto en las mujeres con FUM confiable y con ciclos menstruales regulares que no hayan estado últimamente usando anticonceptivos. Se calcula la semana actual por las reglas clásicas de Pinard, Wahl o Naegele.

De ser posible realizar Biometría Ecográfica antes de las 14 semanas para ajustar dicho cálculo, teniendo en cuenta que los márgenes de error del método disminuyen su confiabilidad a partir del segundo trimestre. La evaluación de la edad del gestacional mediante la utilización de la ecografía entre las 7-12 semanas es calculada generalmente por la medida de la longitud embrionaria máxima.



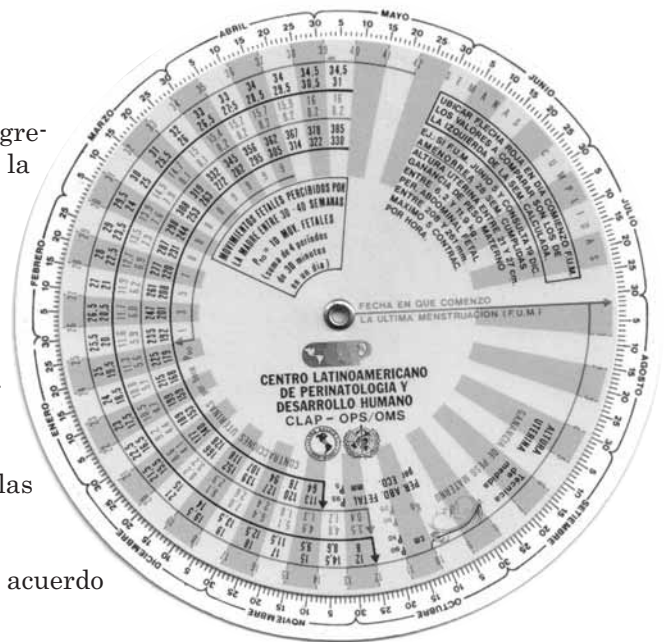
Para las mujeres embarazadas que se presentan en el segundo trimestre, la edad gestacional se puede determinar con la medida del diámetro biparietal, con un margen de error de 10 a 14 días.

De existir discrepancias entre la amenorrea calculada a partir de la fecha de última menstruación y la obtenida por el ultrasonido utilizando la LEM, se deberá utilizar el cálculo de la amenorrea mediante el ultrasonido cuando las diferencias superen el margen de error de la ecografía que a esta edad gestacionales de 7 días. (Savitz DA 2002, Backe 1994, Tunon 1996, Blondel 2002, Neilson 1999).

2.1.- Gestograma

Disco - calendario obstétrico simple, al que se le ha agregado información adecuada para interpretar los datos de la HCPB. Esta tecnología de apoyo:

- Facilita la estimación de la edad gestacional.
- Ayuda a una correcta vigilancia del embarazo.
- Permite la vigilancia del crecimiento fetal, el diagnóstico de macrosómicos o con R.C.I.U, gemelares, etc.
- Verifica la normalidad del peso materno de acuerdo a las semanas de amenorrea.
- Establece la frecuencia de la contractilidad uterina de acuerdo con la amenorrea.
- Recuerda las medidas antropométricas fetoneonatales ecográficas.



3.- Medición de Altura uterina con cinta métrica obstétrica

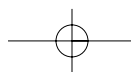
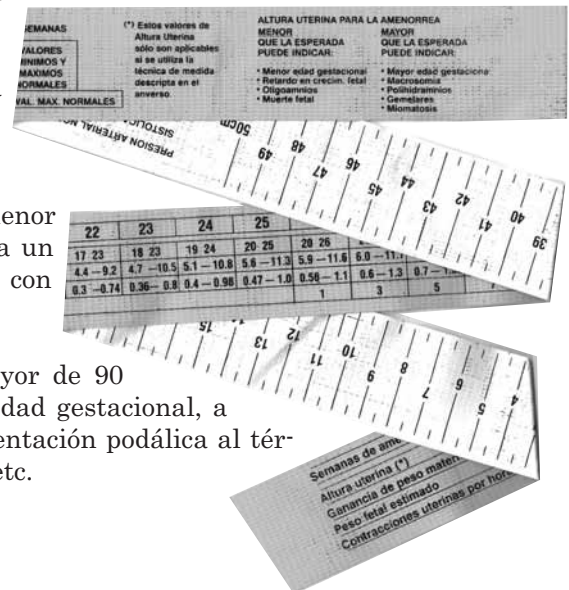
La medición de la altura uterina es un método sencillo y accesible para todos los niveles de atención que puede ser usado como una herramienta de tamizaje.

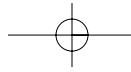
La cinta métrica debe ser flexible e inextensible. Se realiza con la embarazada en decúbito dorsal, el extremo de la cinta en el borde superior del pubis, dejándola deslizar entre los dedos índice y mayor hasta alcanzar con el borde de la mano el fondo uterino.

El valor hallado debe extrapolarse a la curva de altura uterina o percentilarse para verificar su normalidad o la presencia de desviaciones de la misma.

Recordar que los valores que corresponden a percentilo menor de 10 de la curva de altura uterina pueden corresponder a un RCIU si la FUM es confiable y/o ésta ha sido confirmada con diagnóstico ecográfico en el primer trimestre.

Las alturas uterinas correspondientes a percentilo mayor de 90 pueden corresponder, una vez descartados los errores de edad gestacional, a macrosomía fetal, polihidramnios, embarazo gemelar, presentación podálica al término de la gestación y placenta previa, obesidad materna, etc.





Para el diagnóstico de RCIU la altura uterina tiene una sensibilidad del 56% y una especificidad del 91% (Belizan 1978). Para el diagnóstico de la macrosomía fetal la sensibilidad es del 92% y la especificidad del 72% (Schwarcz 2001).

● 4.- Utilización de registros

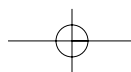
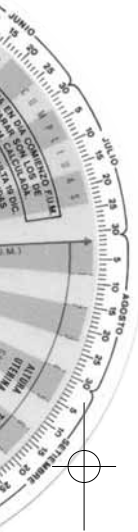
●4.1.- Historia Clínica Perinatal Base del CLAP (HCPB)

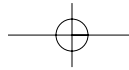
Por Resolución por 3749/05, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires resuelve incorporar la nueva Historia Clínica Perinatal desarrollada y validada por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-OPS/OMS) la que deberá ser de uso obligatorio para la atención de la mujer embarazada y del niño en todos los niveles de atención.

Dicha Historia muestra en el anverso una serie de ítems o módulos de información que responden ordenadamente a las necesidades, y en el reverso incluye las gráficas de las curvas del incremento de altura uterina y evaluación nutricional para el 1° nivel de atención, y códigos de patologías para el nivel hospitalario.

Tiene los siguientes objetivos:

- Normatizar y unificar la recolección de datos de manera que sea posible un análisis comparativo de los mismos.
- Proveer información útil para la normatización (evidencia clínica)
- Facilitar la comunicación intra y extramural.
- Favorecer el cumplimiento de las normas.
- Facilitar la capacitación.
- Identificar a la población asistida.
- Categorizar problemas.
- Servir de base para planificar la atención de la madre y su hijo.
- Formar un banco de datos perinatales.
- Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica.
- Procesar datos localmente.
- Facilitar la monitorización y evaluación de calidad de la atención.





PROGRAMA MATERNO INFANTIL



HISTORIA CLINICA PERINATAL-CLAP-OPS/OMS										FECHA DE NACIMIENTO		RAZA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		CONTROL PRENATAL EN																															
NOMBRE										dia mes año		blanca		ninguno		primaria		casada estable		PARTO EN																															
DOMICILIO										EDAD (años)		indígena		si		secund. univers.		soltera		NUMERO IDENTID																															
LOCALIDAD										< de 15		mezcla		no		años en el mayor nivel		otro																																	
TELEF.										> de 35		negra		si		otro																																			
FAMILIARES										OBSTETRICOS										FIN EMBARAZO ANTERIOR																															
PERSONALES										gestas previas										dia mes año																															
ciropia pelviana										abortos										menor de 1 año																															
infertilidad										vaginales										mas de 5 años																															
no si										nacidos vivos										viven																															
TBC										3 espont. consecutivos										EMBARAZO PLANEADO																															
diabetes										partos										si no																															
hipertensión										cesáreas										FRACASO METODO ANTICONCEP.																															
preeclampsia										nacidos muertos										no barrera DIU hormo natural																															
eclampsia										muertos 1° sem.										usaba																															
otros										después 1° sem.										no si no																															
EG CONFIABLE por FUM										FUMA										ANTITETANICA		ANTIRUBEOLA		EX. NORMAL																											
PESO ANTERIOR										no si cigarrillos por día										vigente si no		previa no sabe		ODONT.																											
TALLA (cm)										si no										DROSIS 1° 2°		embarazo no		MAMAS																											
Kg										pasiva										mes gestación		no		CERVIX																											
BACTERIURIA										VDRL/RPR <20 sem										Hb <20 sem		Fe/FOLATOS indicados		Hb >20 sem		ESTREPTO. B 35-37s																									
GRUPO Rh										SIFILIS confirmada por FTA										Fe Folatos		no si		VERSION EXTERNA																											
PAPANICOLAOU										VDRL/RPR ≥20 sem										<11.0g		no si		no si no																											
CHAGAS										no si										no si		no si		no si no																											
VIH solicitado										no si										no si		no si		no si no																											
COLPOSCOPIA										no si										no si		no si		no si no																											
TOXOPLASMOSIS										no si										no si		no si		no si no																											
signos de alarma, exámenes, tratamientos										Iniciales Técnico										próxima cita																															
dia mes edad gest.										P A										altura uterina		presen. tación		latidos fetales		movim. fetales																									
1																																																			
2																																																			
3																																																			
4																																																			
5																																																			
6																																																			
7																																																			
PARTO ABORTO										HOSPITALIZ. en EMBARAZO										CORTICOIDES ANTENATALES		INICIO		RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO		EDAD GEST. al parto		PRESENTACION		TAMANO FETAL ACORDE		ACOMPANANTE EN TDP																			
FECHA DE INGRESO										CONSULTAS PRE-NATALES										ciclo unico completo		esporádico		no dia mes año		<37 sem.		celíaca		si no		familiar																			
CARNÉ										total										ninguna		inducido		hora min		temp.: 38°C		por FUM por Eco		transversa		ninguno																			
hora min										PA / pulso										contr./10		dilatación		altura present.		variación POSC.		meconio		FC/100		HTA previa		HTA inducida embarazo		infec. urinaria		amenaza parto preter.		R.C.I.U.		rotura prem. de membranas		anemia		diabetes		infección ocular		otras	
NACIMIENTO VIVO										MÚLTIPLE fetos										espor. cesárea		otra		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO		INDUC.		OPER.																							
MUERTO										ocitocicos										placenta		LIGADURA DORDON		antibiot.		anest. region.		anest. genal.		transfusión		otras		especificar		codigo															
POSICION PARTO										DESGARROS										OCITOCICOS		PLACENTA		LIGADURA DORDON		antibiot.		anest. region.		anest. genal.		transfusión		otras		especificar		codigo													
SEXO										PESO AL NACER										PER. CEFALICO		EG CONFIABLE		PESO E.G.		APGAR		REANIMACION		FALLECE en SALA de PARTO		REFERIDO		ATENDIDO		medico obst. enf. auxil. estud. empur. otro		Nombre													
DEFECTOS CONGENITOS										ENFERMEDADES										TAMIZAJE NEONATAL NORMAL		VDRL		TSH		Hepatitis		Audiación		Bilir.		Chagas		Meconio		Boca amiba		hora min		T°C		pulso		P A		invol. uter. loquios					
EGRESO RN										EGRESO MATERNO										ANTIRUBEOLA POST PARTO		ANTICONCEPCION		barrera		ligadura tubaria																									
vivo										viva										vigente		no se informa		DIU		natural																									
fallece										fallece										no si		referida		hormonal		otro																									
fallece después de traslado										fallece después de traslado										no si		referida		hormonal		otro																									
CERTIF. NACIDO VIVO										Nombre Recién Nacido										Responsable		REFERIDA POSTPARTO		si no		Responsable																									

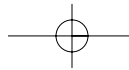
Este color significa ALERTA

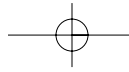
Descripción de códigos en el reverso

HOPESAVIFAM-0504

El color amarillo no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas

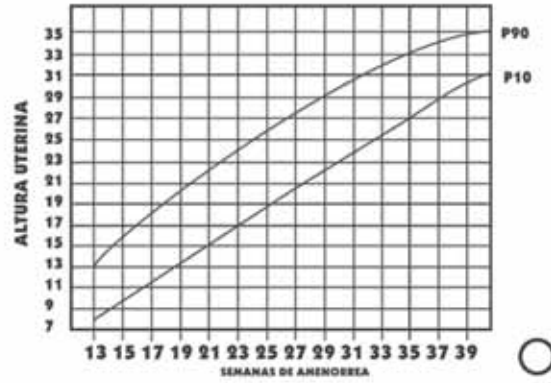
Historia Clínica perinatal frente



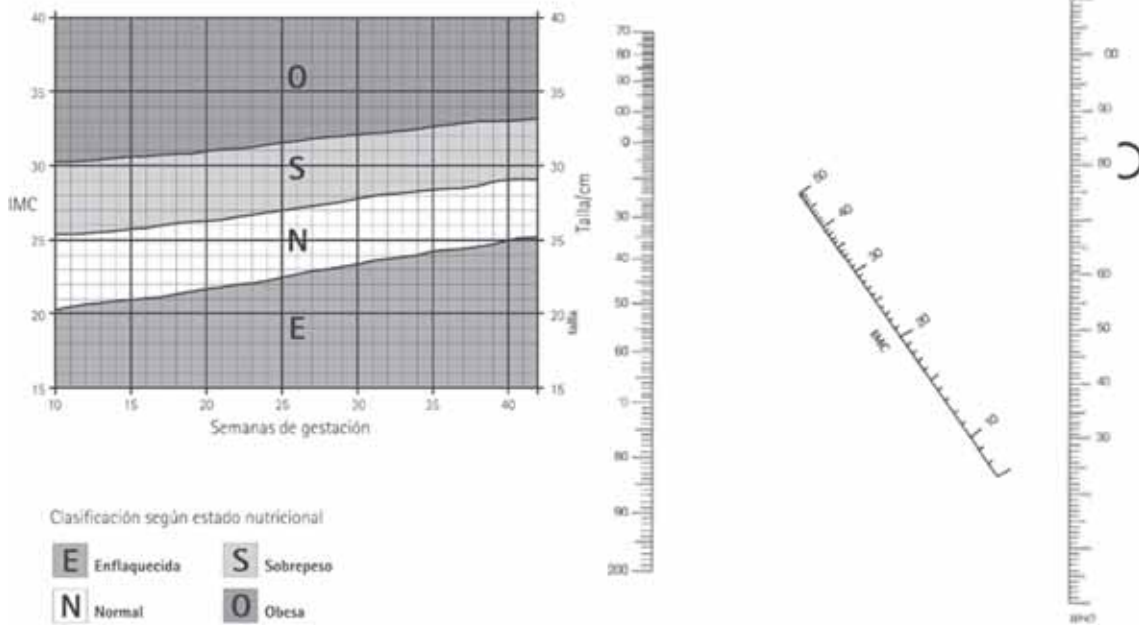


Score de riesgo BPN

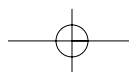
	1	2	3
Edad Materna	17 a 19 años o mayor de 40 años	Menor de 17 años	
Estado Civil	Soltera		
Antecedentes de BPN		Antecedente de un previo BPN	
Hábito de fumar	Fumadora		
Índice de Masa corporal	IMC < 20		
Intervalo intergenésico	< 18 meses		
Pre-eclampsia o eclampsia		Pre-eclampsia o eclampsia	
Sangrado o distensión de membranas			Sangrado o distensión de membranas
Oportunidad de la primer visita		Primer visita durante el 4º o 5º mes	Primer visita después del 5º mes



Gráfica para evaluación nutricional de la embarazada según índice masa corporal



Historia Clínica perinatal dorso



●4.2.- Libreta Sanitaria Materno Infantil (LSMI)

Por Ley 10.108, se distribuye en forma gratuita y obligatoria en todo el territorio de la Provincia de Buenos Aires. Este instrumento se deberá entregar en el primer control prenatal y quedará en poder de la embarazada.

Por Resoluciones 426/97 y 3749/05, se declara de uso obligatorio, la Libreta Sanitaria Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en todas las instituciones donde se realice la asistencia prenatal, del parto y del niño.

Contiene:

- Información básica sobre la evolución del embarazo y parto.
- Datos del nacimiento, crecimiento, desarrollo y cuidados del niño.

Facilita:

- La transmisión de la información considerada básica, desde el primer nivel de atención en Centros de Salud o Consultorios Externos del Hospital y el nivel de referencia en donde se atenderá el parto (hospital, clínica o sanatorio).
- El volcado de los datos de la LSMI a la HCPB, en el momento de la internación.
- Permite además por medio del sistema de advertencia o alerta (casilleros sombreados), evaluar factores de riesgo predeterminados en la consulta de control o en la admisión del hospital de referencia.

La transcripción en la LSMI de los datos de hospitalización durante el embarazo y parto facilitan la contrarreferencia de la madre y el recién nacido a su centro de salud, contribuyendo a un mejor conocimiento y seguimiento por parte del equipo de salud responsable del Primer Nivel de Atención.

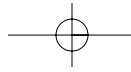
Beneficia al equipo de Salud porque:

- Contiene información que asegura el cumplimiento del módulo básico de prestaciones perinatales.
- Es un excelente instrumento ambulatorio que permite la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales.
- Es un instrumento que contribuye a la calidad de la atención al brindar información que permite trabajar coordinadamente al equipo de salud.

●4.3.- Fichero Cronológico

Es un instrumento de gran utilidad para la programación de la atención, a la vez que refuerza el concepto de la responsabilidad del equipo de salud respecto de las embarazadas bajo programa.

Permite identificar a las embarazadas que deberían concurrir al control de salud y una rápida visualización de las gestantes de riesgo.



Es la herramienta fundamental para la organización de distintas estrategias de captación de estas pacientes.

La forma en que se concrete puede ser el típico fichero o cualquier otro instrumento tal como una carpeta, con divisiones mensuales, sabaneros, o cualquier modalidad que el equipo disponga y le resulte útil.

En caso de deserción al control del embarazo, el rescate se realizará a través de las redes sociales como Co-Madres, Jefas de Hogar etc., debiendo establecerse una fuerte articulación entre el profesional y estas representantes de la comunidad.

También podrán utilizarse otros mecanismos de rescate, adaptados a la realidad local y consensuado con los diferentes actores intervinientes.

●4.4.- Sistemas de Información

Desde su inicio, el Programa Materno Infantil, ha definido como eje fundamental de su trabajo el desarrollo de sistemas de información orientados a colaborar con el equipo de salud local, en las tareas de planificación, monitoreo y evaluación, que permitan una toma de decisiones adecuada a los requerimientos programáticos.

El Sistema de Información Perinatal tiene dos instrumentos para el procesamiento de los datos contenidos en las historias clínicas: Sistema Informático Perinatal (SIP) y Sistema Informático Perinatal Ambulatorio (SIPA).

●4.4.1.- Sistema Informático Perinatal (SIP)

Incorpora la información contenida en la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB -CLAP OPS/OMS) al momento del alta hospitalaria una vez concluido el evento Perinatal (parto, cesárea, aborto).

La carga de las HCPB debe realizarse en una computadora, preferentemente instalada en el mismo establecimiento.

Permite evaluar la calidad de los registros y de la atención perinatal. Brinda además información sobre cobertura, consistencia, llenado, prevalencia de patologías y resultados de la atención.

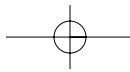
Se puede entonces: evaluar la asistencia, auditar la actividad de los servicios y tomar decisiones para mejorar la situación en cada institución de salud. Permite realizar la planificación local de salud con bases epidemiológicas.

La información recogida a través del SIP corresponde a las actividades realizadas por el 2 nivel de atención y a las variables que se presentan en el evento perinatal, perdiéndose información correspondiente al control de la evolución de la gestación que es de importancia a la hora de evaluar dicho proceso.

●4.4.2.- Sistema Informático Perinatal Ambulatorio (SIPA)

La falta de información sistematizada sobre las actividades asistenciales dirigidas al control obstétrico desarrolladas en el Primer Nivel de Atención generó la necesidad de diseñar una herramienta adecuada que permitiera evaluar dicho proceso y obtener datos acerca de la población que concurre al mismo.

El SIPA brinda indicadores que permiten medir coberturas y logros alcanzados, evaluar



calidad de atención y es una herramienta útil para planificar las actividades de salud perinatal a nivel local.

Por otra parte, permite valorar el esfuerzo realizado desde los ámbitos de atención ambulatoria por parte de los equipos de salud con miras a mejorar la calidad de seguimiento de la mujer durante esta etapa de la vida reproductiva.

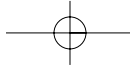
Este desarrollo no compite con el SIP, sino que por el contrario, lo complementa, puesto que el primero procesa fundamentalmente datos hospitalarios del evento "parto" al alta del paciente, por lo tanto, posee abundante información hospitalaria, pero escasa del control prenatal y puerperal en los centros de salud.

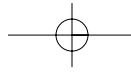
Trimestralmente, el responsable de la atención de la embarazada/ puérpera de cada Centro de Salud vuelca en un protocolo la información resumida de determinados puntos de la atención de la misma al momento de "cerrar" su Historia Clínica. Posee en su reverso un instructivo sobre el llenado de la misma.

Estos protocolos son cargados en un software que procesa la información y permite realizar el análisis de la misma posibilitando la visualización de los avances logrados en la atención desde los servicios de salud del primer nivel.

Sistema Informático Perinatal Ambulatorio Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires																																					
Municipio			Año del Parto			Polít. de Embarazadas																															
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			SIPA																												
Centro Asistencial			Trimestre de Cierre			Embarazadas Bajo Programa																															
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>													
Nº de DNI	Edad	Gesta	Edad Gestacional del 1º Control	Nº Controles x Trimestre		Hemogr. gHb Hemat. %		Laboral		Causa de ZMC	Score de Riesgo	Vitamina D125			VDRL	HIV	Toxi	Chagas	Evolución del parto					Peso del Recién Nacido	Edad Gestal del Recién Nacido	Días con amiel	Etap con amiel	Oxido viral									
				1º	2º	3º	4º	1º	2º			3º	4º	1º					2º	3º	4º	5º	6º					7º	Si	No							

Firma y aclaración del responsable del llenado de la planilla: _____





●5.- Evaluación del riesgo

Riesgo es la mayor susceptibilidad de presentar una enfermedad o daño a la salud que tiene un individuo o grupo de personas expuestos a un determinado factor.

Se entiende por factor de riesgo a aquellos marcadores que se ven asociados a una enfermedad o daño con distinta intensidad y/o frecuencia.

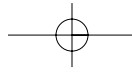
Listado de factores de riesgo que deben ser evaluados en todas las embarazadas

a) Características individuales o condiciones socio-demográficas desfavorables.

- Edad menor de 17 años o mayor de 35 años.
- Ocupación: esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes químicos y biológicos, estrés.
- Desocupación personal y/o familiar.
- Situación inestable de la pareja.
- Analfabetismo, baja escolaridad.
- Desnutrición.
- Obesidad
- Dependencia de alcohol, drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.
- Tabaquismo
- Violencia doméstica.

b) Antecedentes obstétricos

- Muerte perinatal en gestación anterior.
- Antecedente de recién nacidos con malformaciones del tubo neural.
- Amenaza de parto prematuro en gestas anteriores.
- Recién nacido con peso al nacer menor de 2500g. - igual o mayor de 4000 g.
- Aborto habitual o provocado.
- Cirugía uterina anterior.
- Hipertensión.
- Diabetes gestacional en embarazos anteriores.
- Nuliparidad o multiparidad.
- Intervalo intergenésico menor de 2 años.
- Antecedente de alumbramientos prolongados y/o retenciones placentarias con alumbramiento



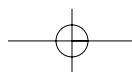
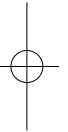
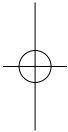
manual y/o legrado uterino en partos anteriores.

c) Patologías del embarazo actual

- Desviaciones en el crecimiento fetal.
- Embarazo múltiple
- Oligoamnios / polihidramnios.
- Ganancia de peso inadecuado.
- Amenaza de parto de pretérmino o gestación prolongada.
- Preeclampsia.
- Hemorragias durante la gestación.
- Ruptura prematura de membranas.
- Placenta previa.
- Diabetes gestacional.
- Hepatopatías del embarazo (colestasis, etc)
- Malformaciones fetales.
- Madre con factor Rh negativo con o sin sensibilización.
- Óbito fetal.
- Enfermedades infecciosas: TBC, Sífilis, HIV, Rubéola, Citomegalovirus, Parvovirus B19, Varicela, Herpes Genital, HPV, Hepatitis A, B y C, Chagas, Toxoplasmosis Aguda, etc.

d) Patologías maternas previas al embarazo.

- Cardiopatías.
- Neuropatías.
- Nefropatías.
- Endocrinopatías.(Hipertiroidismo , Diabetes , etc.)
- Hemopatías.
- Hepatopatías
- Hipertensión arterial.
- Epilepsia.
- Enfermedades infecciosas.



- Enfermedades autoinmunes.
- Ginecopatías (malformaciones congénitas del aparato genital, enfermedades oncológicas, etc.)

Para estratificar a la población se utilizan herramientas como los Scores de Riesgo que combinan la presencia de varios factores asociados al riesgo que se quiere medir, otorgándoles una puntuación derivada de su fuerza de asociación con la patología que se busca prevenir.

El empleo de "Scores de Riesgo" es una herramienta propuesta por la OPS-OMS como alternativa válida para la detección de las embarazadas de riesgo.

Existen infinidad de Scores destinados a seleccionar población de riesgo general o específico.

Un ejemplo de Score para riesgo específico es el de Bortman que apunta a la identificación de factores asociados al Bajo Peso al Nacer, el cual representa uno de los problemas más importantes de Salud Pública dado su gran impacto en la mortalidad neonatal. (Bortman 1998).

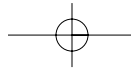
La importancia de la detección oportuna del futuro niño con bajo peso al nacer radica no solo en la posibilidad de instrumentar las acciones de prevención y tratamiento de la patología causal, sino también la posibilidad de realizar la derivación a tiempo de la mujer embarazada al centro que cuente con la infraestructura neonatológica adecuada para su mejor atención.

A continuación se presenta el modelo de score de riesgo para bajo peso al nacer, desarrollado en la provincia de Neuquén y validado en la Provincia de Buenos Aires, con el objetivo de identificar el riesgo en base a información factible de obtener en cada consulta del control prenatal.

Score aditivo para predecir el riesgo de parir un niño de bajo peso			
	1	2	3
Edad materna	17 a 19 años o mayor de 40 años	Menor de 17 años	
Estado Civil (*)	Soltera		
Antecedentes de BPN		Antecedentes de un previo BPN	
Hábito de fumar	Fumadora		
Índice de Masa Corporal (**)	IMC < 20		
Intervalo Intergenésico	< 24 meses		
Pre-eclampsia o eclampsia		Pre-eclampsia Eclampsia	
Sangrado o ruptura de membranas			Sangrado o ruptura de membranas
Oportunidad de la primer visita		Primer visita Durante el 4to o 5to mes	Primer visita Después del 5to mes

(*) Se tiene en cuenta cuando la embarazada está sola, sin un entorno continente.

(**) Dado que en la Provincia de Buenos Aires se evalúa el estado nutricional de la embarazada, a través de la Tabla de Átalah y cols., se sugiere utilizar para este ítem el Canal E de dicha tabla.



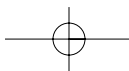
Los resultados del score admiten la siguiente clasificación o categorización del riesgo para bajo peso al nacer:

0-1 puntos	Bajo riesgo
2-6 puntos	Mediano riesgo
7 ó más puntos	Alto riesgo

Otras propuestas analizaron los factores de riesgo para cuatro desenlaces perinatales adversos: bajo peso al nacer, parto pretérmino, muerte fetal y muerte neonatal (CLAP, Sistema Informático Perinatal). Estos instrumentos se desarrollaron bajo estrictas pautas metodológicas y se probaron en poblaciones determinadas por lo que es recomendable validar sus resultados a nivel local.

Score de riesgo del Sistema Informático Perinatal (SIP)

Peso	Factor de riesgo
1	Edad materna <15
2	Edad materna >=35
1	Madre sin pareja
2	Educación ninguna
1	Educación elemental
1	Gestas cero
2	Gestas >=4
4	Intervalo intergenésico corto (<6m)
4	Isoinmunización
1	Aborto previo
4	Muerte fetal previa
3	Muerte neonatal previa
2	BPN previo
1	Habito de fumar
1	IMC >29
4	HTA crónica
3	Diabéticas
4	VDRL+
4	Sin consulta prenatal
2	Consultas prenatales 1-4



La identificación del riesgo individual es imprescindible para la toma de decisiones sobre estudios ulteriores, frecuencia de los controles, atención más específica en el Centro de Salud y la derivación oportuna al segundo nivel, como así también para dirigir mejor las acciones de promoción, prevención, atención y recuperación/ rehabilitación de la salud.

●6.- Exámenes de rutina

●6.1.- Examen Clínico completo

Se tendrá en cuenta que puede ser la primera vez que la mujer se contacte con el equipo de salud, por lo que se pondrá énfasis en la transmisión de los contenidos de educación para la salud como tarea preventiva.

La evaluación clínica general permitirá la detección de probables patologías actuales o previas que puedan complicar la evolución del embarazo o ser agravadas por el mismo, requiriendo un control más especializado.

Dicho examen consiste en:

- Interrogatorio.
- Inspección de piel, mucosas, hidratación, cianosis, etc.
- Inspección de los miembros inferiores (várices, edemas).
- Palpación abdominal, puño percusión lumbar.
- Auscultación cardíaca. Detección de cardiopatías
- Tensión arterial, pulso y temperatura.
- Medidas de talla y peso.

●6.2.- Examen ginecológico. Papanicolaou y Colposcopia

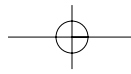
Se realizará PAP preferentemente en la 1° consulta, a todas las embarazadas de menos de 28 semanas que no cuenten con dicho estudio realizado en el último año.

El examen genital incluye inspección vulvar, especuloscopia, toma de Papanicolaou para la pesquisa de las neoplasias cervicales y la colposcopia que puede ser realizada a cualquier edad gestacional. En los casos en que no se disponga de colposcopio debe al menos realizarse un test de Schiller.

Sistemáticamente debe buscarse la presencia e interrogar acerca del antecedente de herpes genital y/o lesiones compatibles con virus HPV, a los efectos de realizar los tratamientos adecuados oportunamente.

●6.2.1.- Examen mamario y recomendaciones para la lactancia materna

Se realizará el examen por personal capacitado a tal fin, tanto en nulíparas como en múltiparas, a efectos de descartar la existencia de alguna patología (tumoral, grandes asimetrías, durezas, hundimientos, retracciones, etc.) que deba ser referida al nivel adecuado. El examen mamario evaluará la existencia de alguna dificultad para la lactancia (pezones planos, umbilicados



etc.), y la presencia de secreciones anómalas por pezón, habida cuenta de las limitaciones que la palpación tiene durante el embarazo en cuanto a diagnóstico precoz con fines oncológicos.

Debe tenerse en cuenta que la lactancia no es un comportamiento instintivo en la especie humana, por lo que se aprovecharán las consultas para motivar a las embarazadas e informarlas acerca de sus beneficios y lo esencial de las técnicas de amamantamiento, desde las primeras consultas prenatales.

El amamantamiento favorece el vínculo madre-hijo, o sea la estrecha relación que se establece entre los dos protagonistas basada, por un lado, en la satisfacción de sus propias necesidades, la del lactante de comer y la de la madre de aliviar sus pechos y por otro, la necesidad de la madre de dar afecto y el bebé de recibirlo.

Se aconsejará iniciar la Lactancia Materna antes de la 1er. hora de vida, a demanda espontánea, en forma exclusiva hasta los seis meses de edad y parcial hasta los dos años.

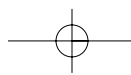
Proponemos la lectura de la "Guía de Procedimientos para la promoción, fomento, apoyo y protección de la lactancia materna en la atención de la madre y el niño", del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

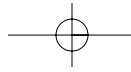


●6.3.- Examen odontológico

Será obligatorio dado que es imprescindible para la detección y tratamiento de caries y en especial de focos sépticos dentarios.

Es indispensable que el profesional al que se realiza la interconsulta conozca que existen medicamentos que pueden ser utilizados durante el embarazo sin riesgos adversos.





●7.- Antropometría de la embarazada

●7.1.- Peso corporal

La medición se efectuará estando la persona con el mínimo de ropa posible y sin calzado, descontando posteriormente el peso de la/s prenda/s usada/s.

Se utilizará una balanza de pie para adultos, que mida incrementos de 100 gr., perfectamente calibrada y colocada sobre una superficie horizontal.

Técnica:

- Colocar a la persona en el centro de la plataforma procurando que no se sujete de ningún lado.
- Se deslizará primero la pesa que mide kilos y luego la de incrementos de 100 gramos para obtener el peso exacto, es decir cuando la barra quede en equilibrio.
- Registrar el dato obtenido en kilogramos y gramos volviendo las pesas a la posición inicial.
- Al concluir trabar la balanza.

●7.2.- Talla

Para la obtención de esta medición antropométrica, se utilizará el tallímetro que poseen las balanzas de pie o una cinta métrica metálica, graduada en centímetros y milímetros adosada a una superficie lisa, sin bordes ni zócalos, haciendo coincidir el "0" de la escala con el suelo. De ser posible contar con un tope móvil que se deslice en ángulo recto sobre la superficie vertical. La verticalidad de la cinta se verificará usando una plomada o un objeto pesado sujeto a un hilo grueso.

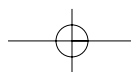
Técnica:

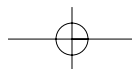
- La medición se efectuará estando la persona sin calzado y sin elementos en la cabeza (gorros, rodete, hebillas, etc.).
- Colocar a la persona de manera que los talones, nalgas y la cabeza estén en contacto con la superficie vertical.
- Los talones deben permanecer juntos.
- La cabeza debe mantenerse erguida.
- Deslizar el tope móvil a lo largo del plano vertical hasta contactar suavemente con el borde superior de la cabeza.
- Retirar a la persona levemente inclinada y efectuar la lectura en centímetros y milímetros.
- Registrar inmediatamente el dato en centímetros completos, redondeando los milímetros.

Es fundamental la medición de la talla, aún utilizando otras alternativas, para poder evaluar el estado nutricional de la embarazada y accionar al respecto.

●8.- Evaluación del estado nutricional

La valoración del estado nutricional de la embarazada y su educación alimentaria, es de suma





importancia, ya que permite favorecer el buen desarrollo de la gestación y su finalización, como así también la salud de la mujer y sus futuros embarazos.

Es importante conocer el peso y la talla de las mujeres antes del embarazo y los estados de déficit (desnutrición) o exceso (obesidad) al inicio, durante y final de la gestación, ya que estos se asocian a patologías durante este período y a un aumento en la morbilidad del recién nacido.

Desde el año 1994, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, está utilizando la Tabla de Rosso Mardones como instrumento para evaluar a mujeres en riesgo nutricional (relación de peso - talla, en función de la edad gestacional), y realizar el seguimiento del incremento de peso materno en cada control prenatal.

Hace unos años se viene planteando que este método sobreestima la proporción de embarazadas de bajo peso, dado que la mayoría de las adolescentes quedan incluidas en el Canal A de la gráfica correspondiente a dicha categoría, aún cuando su estado clínico no condice con la clasificación.

El sobrepeso y la obesidad materna constituyen un importante factor de riesgo durante el embarazo y su incidencia en la población se ha incrementado en los últimos años.

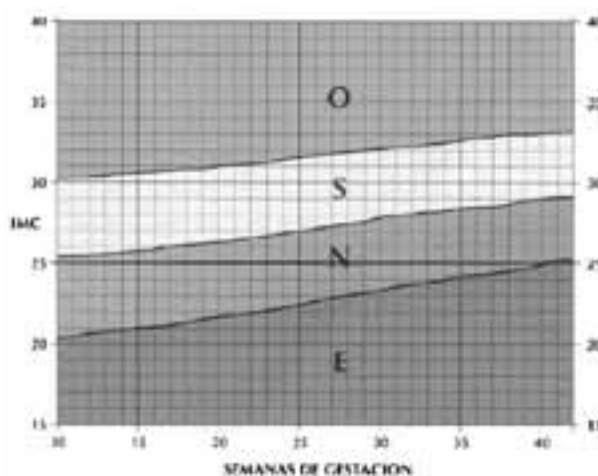
La nueva gráfica propuesta (Átalah y cols.) plantea la evaluación nutricional de la embarazada en base al indicador Índice de Masa Corporal (IMC). Atalah 1997

Desde la edad escolar la evaluación nutricional se realiza tomando en cuenta el IMC debido a su confiabilidad, por lo cual parece consistente continuar la utilización de este indicador para la gestante. Las pruebas de validación de la gráfica de Atalah han demostrado una mayor concordancia de los datos obtenidos.

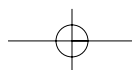
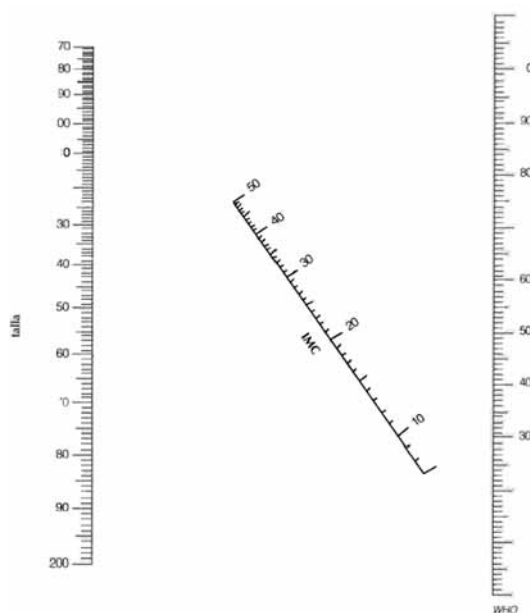
Esta tabla cuenta con:

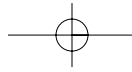
Un Nomograma IMC

- Localizar la talla materna en la columna izquierda.
- Localizar el peso materno en la columna derecha.
- Unir con una regla delgada y transparente ambos puntos.
- Localizar el valor del IMC en la columna central correspondiente a la unión de peso y talla. El valor podrá corresponder a un número entero



CLASIFICACION SEGUN ESTADO NUTRICIONAL
 ■ DEFICIT (A) ■ SOBREPESO (S)
 ■ NORMAL (N) ■ OBESIDAD (O)





(si cae justo en el punto) o al decimal 0.5 si cae entre dos puntos (ej.: 22 o 22,5 no se aceptarán otros decimales como 22,3).

Gráfica de incremento nutricional

- Con el valor de IMC ubique en la gráfica de evaluación nutricional de la embarazada, las semanas de gestación en el eje horizontal y el IMC en el eje vertical, el punto de corte entre ellos, indicará la situación nutricional de la gestante.

●9.- Medición de altura uterina

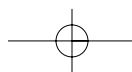
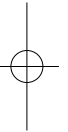
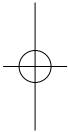
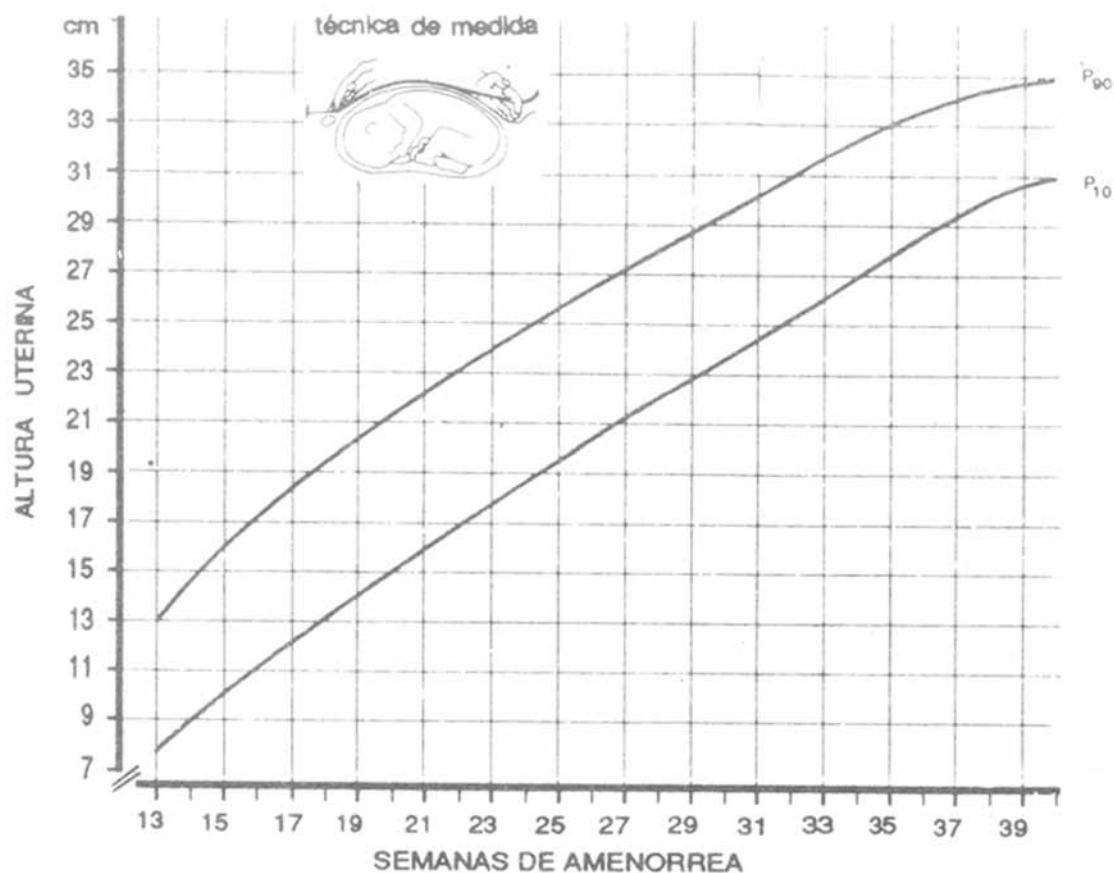
Se debe evaluar el incremento de altura uterina en todas las consultas a partir de las 13 semanas, registrándola en la Historia Clínica Perinatal y elaborar la gráfica.

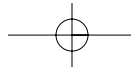
La medición de la altura uterina permite el diagnóstico de las desviaciones de la normalidad en el desarrollo de la gestación tales como la restricción del crecimiento intrauterino y la macrosomía fetal entre otras entidades, como así también realizar un cálculo aproximado de la edad gestacional en caso de amenorreas inciertas cuando no se cuenta con otros recursos de mayor precisión.

Debe practicarse con la embarazada en decúbito dorsal. El extremo de la cinta se fija en el borde superior del pubis dejándola deslizar entre los dedos índice y mayor hasta alcanzar con el borde de la mano el fondo uterino.

Se han desarrollado curvas de incremento de altura uterina en función de la edad gestacional, en donde los percentiles 10 y 90 marcan los límites de la normalidad.

En la determinación del peso fetal la altura uterina tiene un coeficiente de correlación de 0,84.





●10.- Detección de las alteraciones en el crecimiento fetal

Estas alteraciones pueden ser por defecto, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) o por exceso (macrosomía fetal). Un feto presenta retardo del crecimiento intrauterino cuando los parámetros de biometría son menores que los correspondientes al percentilo 10 de su edad gestacional.

Un feto es macrosómico (grande para la edad gestacional) cuando al nacer tiene un peso mayor que el valor del percentil 90 de los patrones de peso neonatal en función de la edad gestacional.

El RCIU presenta una tasa de mortalidad perinatal 8 veces mayor que cuando el peso al nacer es adecuado para la edad gestacional.

●10.1.- Factores de riesgo asociados a las alteraciones del crecimiento fetal

Los factores que se asocian con mayor frecuencia al RCIU:

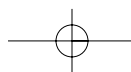
- RCIU en embarazo anterior.
- Hábito de fumar.
- Consumo de alcohol.
- Insuficiente peso materno al inicio del embarazo con insuficiente incremento de peso durante la gestación.
- Hipertensión arterial previa o inducida por el embarazo.
- Embarazo múltiple.
- Anemia severa.
- Placenta previa.
- Diabetes con vasculopatía.
- Infecciones intrauterinas.
- Defectos congénitos.

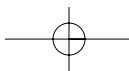
Los factores que se asocian con mayor frecuencia de macrosomía fetal son:

- Diabetes materna no vascular
- Isoinmunización Rh
- Excesivo aumento ponderal materno durante la gestación.

●10.2.- Tecnologías para medir el crecimiento fetal.

- Evaluación del incremento de la altura uterina.
- Evaluación del incremento ponderal materno.





- Antropometría fetal por ecografía.

Una vez detectada la alteración en el crecimiento fetal, la embarazada deberá ser referida a un nivel de mayor complejidad a fin de confirmar o descartar el diagnóstico y continuar el seguimiento adecuado.

●11.- Medición de tensión arterial

La medición de la tensión arterial es un elemento imprescindible en el control de la embarazada ya que la hipertensión es una patología frecuente y potencialmente peligrosa para el binomio madre-hijo, pudiendo derivar en complicaciones que provoquen un aumento de la morbi-mortalidad materna y fetal (Guidotti 2005 - Lapidus 2004).

Se considera hipertensión arterial a:

- Valores diastólicos iguales o mayores de 90 mmHg, en dos controles sucesivos separados al menos por seis horas.
- Valores sistólicos iguales o mayores a 140 mmHg. en iguales condiciones.
- Aumento de 15 mmHg de la presión diastólica respecto a los valores normales previos al embarazo.
- Aumento en 30 mmHg de la presión sistólica respecto a los valores normales previos al embarazo.

Presiones diastólicas borderline de 85 mmHg obligan a una vigilancia más estricta de la embarazada a cualquier edad gestacional.

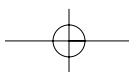
En caso de observarse valores anormales, se volverá a realizar la medición luego de una hora de reposo en decúbito lateral izquierdo. De repetirse dichos valores anormales se referirá a la embarazada al efector correspondiente con el nivel de atención adecuado para su estudio y tratamiento integral.

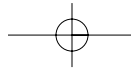
En caso de normalizarse la tensión arterial luego del reposo, se vigilará este parámetro con más frecuencia a fin de confirmar o descartar el carácter episódico de la medición alterada obtenida en primera instancia.

●11.1.- Clasificación de los cuadros hipertensivos asociados al embarazo (Ramsay 1999, NHBPWG 2000, Beevers 2001)

La hipertensión arterial durante el embarazo puede clasificarse en:

- Hipertensión crónica previa: diagnosticada antes del embarazo o durante las primeras 20 semanas de gestación.
- Hipertensión inducida por el embarazo o preeclampsia: aparece después de la semana 20 y se acompaña de proteinuria. Suele normalizarse en un plazo de 30 días posteriores al parto.
- Hipertensión gestacional sin proteinuria: descubierta por primera vez después de las 20 semanas de gestación. El diagnóstico de hipertensión gestacional es confirmado si no se ha desarro-





llado preeclampsia y la T/A ha retornado a lo normal dentro de las 12 semanas del post-parto.

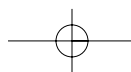
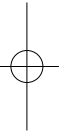
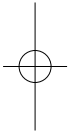
- Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida: la preeclampsia puede ocurrir en mujeres con hipertensión crónica, siendo de peor pronóstico que el que tiene cualquiera de las dos condiciones en forma aislada.

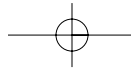
- Eclampsia: es la forma más grave de la hipertensión inducida por el embarazo. Se presenta como un cuadro de convulsiones en asociación con una preeclampsia. Constituye una emergencia obstétrica e implica un elevadísimo riesgo tanto para la madre como para el feto.

●11.2.- Técnica

La tensión arterial se tomará en todas las consultas, de acuerdo a la siguiente técnica:

- Controlar la presión en ambos brazos.
- La paciente debe tener 20 minutos de reposo previo, sentada.
- La embarazada debe estar sentada con el antebrazo apoyado. Brazo libre de ropa a la altura del corazón.
- No retuerza ni doble la manguera ni permita que se aplaste o quede por debajo del manguito.
- Palpe el pulso braquial. El mismo se encuentra en la mitad interna del brazo, frente a la articulación del codo. Si siente el pulso braquial, sabe donde poner su estetoscopio. Con un poco de experiencia, este paso no será necesario. Usualmente se necesita una firme presión para palpar el pulso braquial.
- El pulso radial se toma con los dedos índice y medio. Se encuentra sobre la articulación de la muñeca, en una hendidura, del lado del pulgar.
- Asegúrese de que el estetoscopio encaje en sus oídos firmemente. No oirá los sonidos suaves si el estetoscopio está suelto en sus oídos.
- Si esta usando un aparato de presión sanguínea de mercurio, debe ser vertical.
- Sus ojos deben estar aproximadamente al mismo nivel del extremo superior de la columna de mercurio o la lectura no será precisa.
- Cierre la válvula de control. Tome el pulso braquial o radial.
- Bombee el balón hasta que no se sienta más el pulso.
- Ahora bombee otros 30 mm. No vaya más alto. Recuerde que puede ser doloroso para la paciente y el dolor eleva la presión.
- Coloque el estetoscopio sobre el pulso braquial. Debe usar el pulso braquial para esto, no el radial.
- LENTAMENTE libere la válvula de control hasta que caiga el nivel del mercurio. Se puede ver la pulsación o el rebote del mercurio. Usualmente se puede oír el aire silbando a medida que se escapa de la válvula. Esto es normal.
- Permita que el mercurio caiga lentamente. Para evitar que caiga demasiado rápido frecuentemente es necesario ajustar levemente la válvula.





- **Presión Sanguínea Sistólica:** Deje que la columna de mercurio caiga alrededor de 2-3 mm. por segundo o una marca por segundo (nota: en la mayoría de los aparatos 1 marca 0 división es 2 mm.). Tenga en cuenta el nivel exacto del tope del mercurio en el cual se escucha por primera vez el sonido de los latidos en forma continua. Esto se llama la primera fase o primer ruido de Korotkoff. Este valor corresponde a la presión sanguínea sistólica. Continúe dejando que la columna de mercurio caiga lentamente. **NO** presione demasiado fuerte con el estetoscopio, ya que puede bloquear parcialmente la arteria y esto da lecturas falsamente bajas.

- **Presión Sanguínea Diastólica:** se toma como valor de presión sanguínea diastólica al 5º sonido de Korotkoff que es la desaparición de los sonidos arteriales (López 1994). Desinfe la bolsa completamente y retírela del brazo de la paciente antes de tomar la segunda medición. Registre ambos valores sistólico y diastólico inmediatamente. Si no está seguro de los niveles exactos, hágalo otra vez, esperando 15 segundos para permitir que circule la sangre del brazo. No esperar puede elevar el nivel falsamente.

●11.2.1.- Causas de error en la medición de la presión arterial

Equipo inadecuado

- a) Cámara pequeña para el diámetro del brazo.
- b) Manómetro inexacto.

Lectura inexacta

- a) Colocación inadecuada de la cámara.
- b) Uso de valores erróneos por "pozo auscultatorio" o por asignar la presión arterial diastólica a la atenuación de los ruidos.
- c) Variaciones producidas por ansiedad, arritmias, etc.
- d) Brazo a distinto nivel del corazón.
- e) Brazo sin apoyo.
- f) Paciente acostada en decúbito dorsal.

●11.3.- Equipo necesario

Aunque últimamente han aparecido en el mercado diferentes modelos electrónicos, los dos tipos de tensiómetros más comunes son los de mercurio y los aneroides.

- **El Tensiometro de Mercurio:** Está hecho de un tubo de vidrio transparente (claro) con marcas en la parte externa. Fijado a un estuche, de madera o de metal. La parte inferior del tubo de vidrio se conecta por medio de una manguera de goma a la parte inferior de un contenedor de metal cerrado. La parte superior del contenedor está unida a una larga manguera de goma que se conecta a la bolsa de goma. El reservorio esta lleno de mercurio que puede verse en el fondo del tubo de vidrio.

Cuando no está en uso, el nivel de mercurio en el tubo de vidrio debe estar en el cero de la escala.

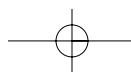
- **Elección del tensiometro**

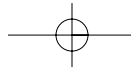
El tensiómetro de mercurio es el instrumento preferido para tomar la presión sanguínea. Puede tener filtraciones durante su traslado.

El tensiómetro aneroides requiere para su calibración conocimientos y herramientas especiales y es más difícil de realizar que la calibración del tensiometro de mercurio.

Cuando se pide un tensiómetro, se deberá tener en cuenta estos puntos.

- **El manguito:** El manguito o puño está formado por una capa exterior con un bolsillo en un extremo. Una bolsa de goma se aloja dentro de este bolsillo. Usualmente salen dos tubos o mangueras del costado.





El material de la capa exterior no debe ser elástico para que no se estire. Es más largo que la bolsa de goma para que pueda rodear la parte superior del brazo y quedar seguro.

- La bolsa de goma: Generalmente se usa la bolsa estándar (o sea, de 11 cm. x 23 cm.). Sin embargo, es probable que brinde resultados imprecisos en mujeres con una circunferencia mayor de 29 cm. medida en la mitad del brazo.

Una bolsa que es demasiado pequeña sobrestimará la presión sanguínea (o sea, puede ser falsamente alta). Una bolsa que es demasiado grande subestimará la presión sanguínea (o sea, puede ser falsamente baja).

Si solo tiene manguitos estándar, con una bolsa interior de 11 x 23 cm., pida manguitos más grandes. Tenga ambos a mano.

Cuando tenga solo un manguito pequeño y una paciente con brazo grande (> 29 cm.):

* Ponga el centro de la bolsa de goma sobre el interior de la parte superior del brazo, sobre la arteria braquial pulsante.

* Si la bolsa se deforma cuando se bombea aire, usualmente es porque el material también es demasiado pequeño para el brazo. Deje salir el aire y coloque un vendaje de algodón alrededor de todo el manguito para evitar que se deforme.

- El estetoscopio: El estetoscopio deberá estar en buenas condiciones para transmitir apropiadamente los sonidos. Los estetoscopios están provistos de una campana, un diafragma o ambos. Asegúrese de que los audífonos no están bloqueados por suciedad o cera.

Cuando se colocan los audífonos, deberán enfrentarse levemente hacia adelante, NO hacia atrás. Algunos estetoscopios no tienen audífonos curvos.

● 11.4.- Consideraciones con la embarazada

Una precisa medición de la presión sanguínea requiere una atención detallada. La presión sanguínea puede elevarse en las pacientes normales en las siguientes circunstancias:

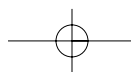
* Temor: El temor eleva la presión sanguínea, por lo que la embarazada debe estar tranquila y relajada.

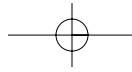
* Frío: Siempre que sea posible, mantenga cálido el consultorio.

* Vejiga llena: Esto puede hacer que la presión suba.

* Ejercicio: Si las pacientes acaban de llegar al consultorio, déjelas descansar por 5 minutos o, preferiblemente, 10 minutos antes de tomarles la presión. Tenga en cuenta que las personas que tienen presiones más altas bajo condiciones estresantes como el temor, el frío, una vejiga llena, el ejercicio, etc. pueden estar en mayor riesgo de desarrollar hipertensión en el embarazo y deberán recibir mayor atención. La lectura de una presión sanguínea anormal debe volver a controlarse después de 10-15 minutos. La paciente deberá estar relajada y cómoda.

* Obesidad: (Circunferencia en la mitad del brazo mayor de 29cm.). Las pacientes con sobrepeso usualmente no tienen presión sanguínea más alta SINO que los manguitos pequeños causan lecturas falsamente altas. Recuerde que la bolsa de goma del interior del manguito deberá ir aproximadamente al 80% alrededor del brazo. (Si no se dispone de un manguito grande, coloque la mitad de la bolsa de goma sobre el lado interno del brazo).





* **Posición de la embarazada:** La posición sentada es la correcta para la medición de la presión sanguínea.

* Se debe evitar la posición recostada de espalda, en las mujeres embarazadas. Tenga en cuenta que en esta posición el útero grávido presiona las grandes venas del abdomen de la madre dificultando que la sangre vuelva al corazón (Efecto Poseiro). La presión cae rápidamente haciendo que la mujer se sienta mareada cuando trata de levantarse. No tome la presión con la paciente parada.

* **Posición del brazo:** El brazo debe estar apoyado para que los músculos estén relajados. Los músculos tensos llevan a una lectura falsamente alta. La altura de la parte superior del brazo debe permitir que el manguito esté al mismo nivel del corazón. Quite toda la ropa ajustada alrededor del brazo, pues puede bloquear parcialmente la arteria y dar una lectura falsamente baja.

Cuando los valores de tensión arterial obtenidos son cercanos a los límites máximos de la normalidad debe tomarse la tensión arterial en ambos brazos, y se tomará como valor de tensión arterial el registro más elevado.

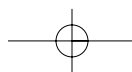
●12.- Diagnóstico de vitalidad fetal

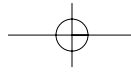
La metodología empleada para diagnosticar la vitalidad fetal dependerá de la edad gestacional al momento de la consulta.

Ecografía: actividad cardíaca desde la 7° u 8° semana de amenorrea.

Percepción de movimientos fetales: comienzo entre las 18 y 20 semanas.

Auscultación de latidos fetales: por medio de estetoscopio de Pinard a partir de las 20 a 25 semanas o ultrasonido desde las 14 semanas de gestación. La frecuencia de los latidos fetales oscila en condiciones normales, entre 120 y 160 latidos por minuto.





●13.- Solicitud de estudios complementarios de laboratorio

●13.1.- Laboratorio de rutina

●13.1.1.- Hemograma completo

Su valoración es fundamental para la detección de la anemia en el embarazo, que se asocia a mayor morbimortalidad materna y fetal en sus casos graves.

Se recuerda que el embarazo produce habitualmente una leucocitosis con neutrofilia, por lo cual la presencia de ella no siempre implica un cuadro infeccioso.

Anemia

Se considera anemia cuando el hematocrito es inferior a 32% y la hemoglobina inferior a 11 gr/dl. Actualmente la OMS redefinió este criterio considerando valores inferiores a 10,5 g/dl a partir del segundo trimestre, manteniendo los valores de 11 g/dl para el primer trimestre.

La incidencia de anemia en la población varía de un 20 a un 30 % de acuerdo al punto de corte de hemoglobina normal utilizado.

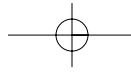
La embarazada se encuentra en situación de riesgo de desarrollar anemia debido a una máxima expansión de la masa de glóbulos rojos entre las semanas 20 y 25, y a una mayor captación de hierro por parte del feto durante el tercer trimestre de embarazo. La suma de los requerimientos para el feto y la placenta, la necesidad de expansión del volumen sanguíneo materno y la previsión de las pérdidas de sangre durante el parto hacen que la necesidad de hierro sea máxima en un breve período de tiempo.

La mujer adulta no embarazada tiene un requerimiento promedio de hierro de 1.36 mg/día. En comparación, las mujeres embarazadas deben recibir durante el segundo y tercer trimestre una cantidad de hierro que garantice la absorción de 5-6 mg de hierro por día, lo que implica un consumo de 50-60 mg/día (considerando una absorción promedio del 10%) (Calvo 2001).

La dieta puede no aportar la suficiente cantidad de hierro como para satisfacer los elevados requerimientos de una embarazada. Si por añadidura, las reservas de este mineral al momento de iniciar el embarazo son insuficientes, la consecuencia natural será que al finalizarlo se encuentre anémica.

Factores que aumentan el riesgo de anemia en la embarazada. (Calvo 2001).

- Multíparas.
- Intervalos intergenésicos cortos (< de 2 años).
- Antecedentes de menstruaciones abundantes (usuarias de DIU).
- Dietas de baja biodisponibilidad de hierro.
- Adolescentes.
- Parasitosis anemizantes.



Prevalencia de anemia en embarazadas en la Argentina

Provincia	Año e institución	% de anémicas (Hb<11g/dl)
Tierra del Fuego (*)	1995 - CESNI	38.6 (3° trimestre)
Chaco (*)	1998 UNICEF - Pcia del Chaco	35.8 (3° trimestre)
Argentina (**)	2005 - ENNyS	32
Gran Buenos Aires (***)	2005 UNICEF - Ministerio de Salud Prov. Bs.As.	24.0

(*) Fuente: Uicich R. y O'Donnell A. Estudios poblacionales sobre la prevalencia de anemia en la Argentina. CESNI 2005.
 (**) Fuente: Datos preliminares - Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.
 (***) Línea de base proyecto "Uniéndonos por la salud de nuestros pibes", UNICEF y Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2005.

En las embarazadas la anemia severa por deficiencia de hierro produce:

- Aumento del riesgo de mortalidad materna posparto.
- Prolongación del período expulsivo (por disminución de la fuerza muscular).
- Aumento del riesgo de prematurez.
- Restricción del crecimiento fetal.
- Cansancio, apatía (dificulta el cuidado de sí misma y del recién nacido).

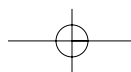
Profilaxis de la Anemia - Suplementación con hierro

Como profilaxis se recomienda la suplementación con compuestos de hierro a toda la población femenina en edad reproductiva .

La suplementación en forma preventiva en embarazadas que no presentan deficiencia de hierro (hemoglobina \Rightarrow 11g/dl): será administrada desde la primera consulta hasta los tres meses de post-parto en una dosis diaria de 60 mg de hierro elemental y 400 microgramos (0.4 mg) de ácido fólico (1 comprimido diario). La suplementación con hierro durante el embarazo previene el bajo nivel de hemoglobina en el nacimiento en un 81% y a las 6 semanas postparto en un 93% (Mahomed K 2006). Aunque la información que existe sobre su impacto en las gestantes o sus hijos, es escasa o nula.

En el caso de detección de anemia por deficiencia de hierro (hemoglobina $<$ 11 g/dl): se duplicará la dosis a dos comprimidos diarios o inyectable, según tolerancia (CDC 1998, Calvo 2001).

Existe extensa bibliografía que respalda la dación semanal o bisemanal de hierro, debido a que la misma presenta menos efectos colaterales e igual efectividad comparada con la dosis diaria. Estudios controlados por Viteri demostraron que la repuesta hematológica de las poblaciones tratadas una a dos veces por semana es semejante a la que recibieron el micronutriente diariamente (Viteri 1999). Estas conclusiones se basan en estudios de absorción de hierro a nivel intestinal.



En todos los casos se estimulará a la consumición de alimentos ricos en hierro y la aplicación simultánea de las otras estrategias preventivas que se resumen a continuación:

- Educación alimentaria en la población a fin de lograr el consumo preferencial de alimentos con alta biodisponibilidad de hierro (hígado, carnes rojas y morcilla, lentejas, etc).
- Acceso de toda la población a una alimentación adecuada.
- Fortificación de alimentos (leche y harina de trigo).
- Desparasitación en poblaciones con alta prevalencia. (No se puede realizar durante el embarazo).

Es necesario realizar un seguimiento de la adhesión al tratamiento para lograr los efectos buscados. La supervisión de la suplementación y la implementación de acciones de promoción en la comunidad sobre la importancia de la anemia y sus consecuencias son estrategias de crucial importancia a ser implementadas y evaluadas a nivel local.

Eventualmente se realizará interconsulta con el servicio de Hematología, ante la no respuesta al tratamiento.

Suplementación con Acido Fólico

La deficiencia de ácido fólico produce anemia megaloblástica y puede tener efectos sobre el peso al nacer, aumentar la incidencia de nacimientos de pretérmino, y defectos del tubo neural.

La suplementación con folato durante el embarazo parece mejorar los niveles de hemoglobina y el estado del folato. En comparación con el placebo o ninguna suplementación con folato, la suplementación con folato se asoció con niveles mayores o iguales de folato sérico (OR 0.18, IC 95% 0.13 a 0.24) y niveles sanguíneos de folato (OR 0.18, IC 95% 0.09 a 0.38). La suplementación con folato se asoció con una reducción en la proporción de mujeres con niveles bajos de hemoglobina en los últimos meses del embarazo (OR 0.61, IC 95% 0.52 a 0.71) (Mahomed K 2006).

La suplementación periconcepcional con folato tiene un efecto protector muy sólido contra los defectos del tubo neural. La suplementación periconcepcional con folato redujo la incidencia de defectos del tubo neural (RR 0.28; IC 95% 0.13 a 0.58) (Lumley 2006). La dosis recomendada diaria es de 400 microgramos por vía oral.

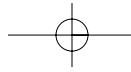
Las mujeres cuyos fetos o neonatos tienen defectos del tubo neural deben recibir asesoramiento acerca del riesgo de recurrencia en un embarazo posterior. Además, se les debe ofrecer suplementación continua con folato. La dosis preventiva recomendada en estos casos para el período periconcepcional es de 2000 mcg / día por vía oral.

Fortificación de alimentos

Leche Fortificada

La leche fortificada es un medicamento en un sostén alimentario. Se encuentra enriquecida con:

Hierro	12 mg.
Zinc	6 mg.
Acido ascórbico	100 mg



Para la prevención de la deficiencia de hierro y fortaleciendo la suplementación farmacológica, luego del control, se entregará la orden para retirar 1 Kg. por mes a toda embarazada y nodriza hasta el 6to. mes del nacimiento de su hijo y dos kilos a las anémicas o que se encuentren en canal E de la tabla para evaluación nutricional.

Harinas Fortificadas

A partir de noviembre de 2003 la harina de trigo destinada al consumo que se comercializa en la Argentina se encuentra adicionada con hierro, ácido fólico, tiamina, riboflavina y niacina (Ley 25.630: Prevención de anemias y malformaciones del tubo neural). En el envase se detallan las proporciones de los nutrientes a que se refiere dicha ley, al igual que en todo otro envase cuyo producto haya sido elaborado con harina de trigo adicionada.

●13.1.2.- Uremia

Se solicita para evaluar el funcionamiento renal. Durante el embarazo se suelen registrar valores menores a los de fuera del mismo dada la mayor depuración renal en este período.

●13.1.3.- Glucemia:

La glucemia durante el embarazo puede presentar algunas variaciones de acuerdo a la edad gestacional. Se presentan con frecuencia valores límites inferiores sobre todo en el primer trimestre del embarazo.

Es fundamental la detección de los cuadros de alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, ya que los mismos se asocian a mayor morbilidad materna y neonatal.

Detección de Diabetes gestacional

La Diabetes gestacional se caracteriza por:

- Elevada morbi - mortalidad perinatal.
- Desarrollo de diabetes mellitus clínica en más de la mitad de los casos de DMG.
- La posibilidad de trastornos para el feto y el recién nacido vinculados a la hiperglucemia del embarazo, tales como obesidad.
- El diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado mejoran los resultados perinatales.

Dadas las implicancias de esta patología para el binomio madre-hijo, deben realizarse todos los esfuerzos para diagnosticarla precozmente.

Para ello deben seguirse con atención todos los signos que orienten a una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono en la gestante, sean éstos signos clínicos obtenidos en el control del embarazo o antecedentes genéticos u obstétricos recabados en la historia clínica de cada embarazada.

A los fines de identificar a la población con mayor riesgo de desarrollar una Diabetes Gestacional, se enumeraron una serie de factores de riesgo y la población gestante que los reuniera se denominó "Grupo de Riesgo Aumentado para Diabetes".

Grupo de riesgo aumentado para Diabetes

Se incluye dentro de este grupo a toda embarazada que cumpla con los criterios detallados,

teniendo en cuenta los siguientes factores de riesgo:

- Antecedentes de diabetes en familiares de 1° grado.
- Edad materna mayor de 30 años.
- Obesidad (índice de masa corporal = peso/ talla² mayor de 27).
- Enfermedades metabólicas.
- Abortos espontáneos.
- Diabetes gestacional en embarazos anteriores.
- Hipertensión en embarazos anteriores.
- Infecciones urinarias reiteradas durante el embarazo actual.
- Antecedentes de fetos con malformaciones congénitas en gestaciones previas.
- Mortalidad perinatal de causa desconocida (recién nacido muerto entre la semana 28 de gestación y 7 días post-parto).
- Antecedentes de macrosomía fetal (recién nacido con peso mayor a 4000 g.)
- Polihidramnios.

En todas las pacientes que se encuentren dentro del Grupo de Riesgo aumentado para Diabetes se realizará una Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa entre las 24 y las 28 semanas.

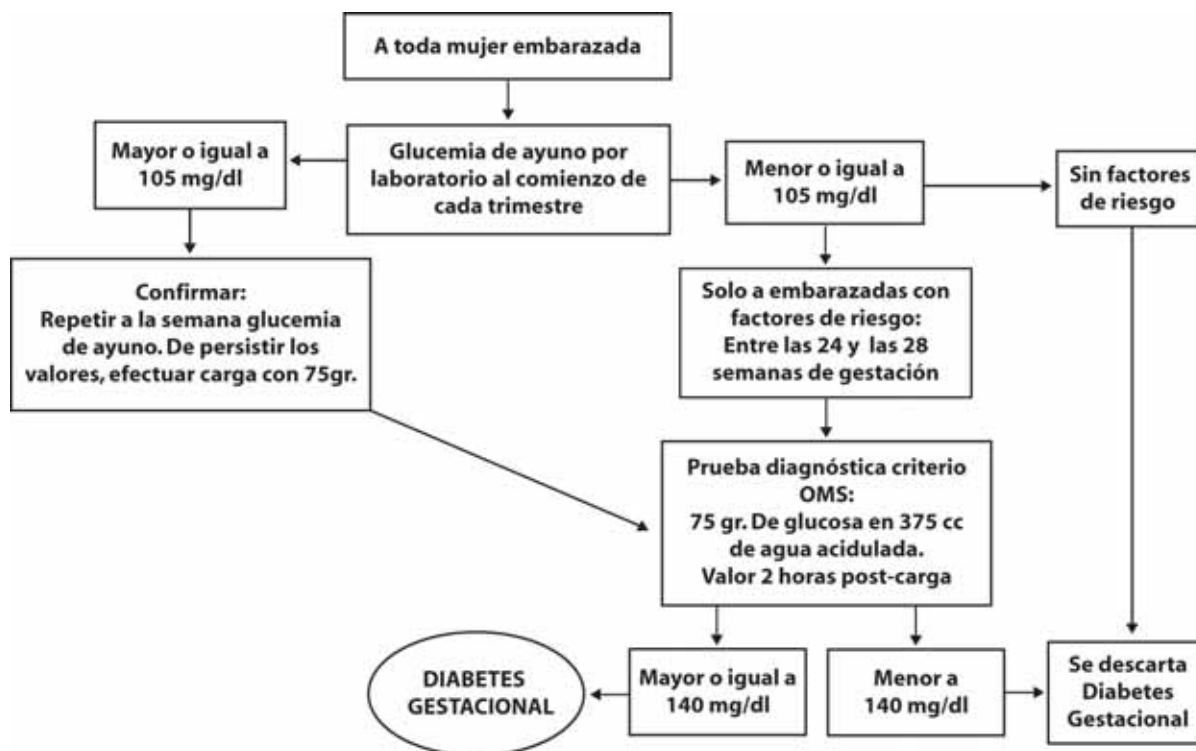
Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa, (PTOG): se realizará preferentemente entre las 24 y las 28 semanas de gestación, a toda embarazada que integre el grupo de Riesgo Aumentado para Diabetes o que presenten glucemias en ayuno mayores o iguales a 105 mg/dl y menores a 126 mg % en plasma,

P75: ingesta oral de 75 g. de glucosa anhidra en 375 cm³ de agua acidulada con jugo de limón, en ayunas. Determinación de glucemia a los 120 minutos. Valor normal, menor a 140 mg/dl.

Los valores mayores o iguales a 140 mg% a la segunda hora se considerarán Diabetes Gestacional.

Realizado el diagnóstico de Diabetes Gestacional, la paciente seguirá su control en Alto Riesgo.

Algoritmo para Diabetes Gestacional



●13.1.4.-Detección de bacteriuria asintomática

Se denomina bacteriuria asintomática a la presencia significativa de bacterias en orina cultivada, sin que existan síntomas clínicos de infección del tracto urinario y aún con sedimento normal.

La frecuencia de las bacteriurias asintomáticas aumenta con la edad materna, la paridad y el bajo nivel socioeconómico.

El diagnóstico se establece mediante el urocultivo cuantitativo. La presencia de gérmenes en orina constituye un hecho patológico o indica contaminación de la muestra.

Esta última se reconoce por la variedad de tipos de gérmenes y su menor cantidad en el urocultivo. La existencia de menos de 10.000 colonias tiene el 98% de probabilidades de constituir una contaminación.

Entre el 5 y 10% de las embarazadas cursan con un recuento de colonias mayor de 100.000 bacterias/ml, siendo la Escherichia Coli el germen más frecuentemente hallado y el cultivo cuantitativo permanece como patrón oro en el diagnóstico.

La presencia de un recuento mayor o igual a 100.000 colonias bacterianas en orina requiere tratamiento antibiótico.

Es bien conocido el papel que desempeña la infección urinaria en el desencadenamiento de la amenaza de aborto y del parto pretérmino. Es por esto que se impone fortalecer todas las medidas necesarias a fin de prevenir cada una de las causas que pudieran resultar en un recién nacido prematuro.

La bacteriuria asintomática en mujeres no embarazadas aumenta la probabilidad de pielonefritis. El tratamiento de la bacteriuria asintomática durante el embarazo evita el desarrollo de pielonefritis aguda en un 75%. (OR 0,25, IC 95% 0,19-0,32) (Smaill F 2007, Vásquez J C 2007).

La eficacia conocida de los antibióticos para controlar la bacteriuria asintomática y reducir la incidencia de pielonefritis, también se asocia con una reducción del 40% de los nacimientos de pretérmino y bajo peso al nacer. (OR 0,60, IC 95% 0,45-0,80) (Smaill F 2007).

Al término del tratamiento, se recomienda hacer cultivo de orina de seguimiento para confirmar la curación.

●13.1.5.-Grupo sanguíneo y factor Rh

Dada su importancia siempre se efectuará la determinación del grupo y factor sanguíneo y el resultado se entregará indefectiblemente a la embarazada aún en el caso de que no consiga dadores de sangre.

El grupo y factor sanguíneo serán solicitados en la primera consulta.

Si la embarazada es Rh positiva, continúa su control según cronograma habitual.

Si es Rh negativa, se solicita el grupo sanguíneo y factor Rh de la pareja (estudio de compatibilidad conyugal).

Si el padre del niño es Rh positivo, se deberá investigar la existencia de anticuerpos maternos específicos (Prueba de Coombs indirecta).

Si la Prueba de Coombs indirecta resulta negativa, se reiterará la misma cada cuatro semanas hasta el parto.

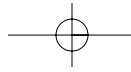
Con prueba de Coombs indirecta positiva, se considera incompatibilidad Rh materno - fetal, por lo que será referida a un nivel de complejidad adecuado.

En el post-parto con prueba de Coombs directa negativa y recién nacido Rh positivo, se aplicará gammaglobulina anti D a la puerpera dentro de las 72 horas del parto (300 ug de gammaglobulina anti D). La aplicación de la gammaglobulina anti D, dentro de las 72 h. del parto, a puerperas Rh negativas no sensibilizadas, con hijo Rh positivo, protege en un 84% la probabilidad de sensibilización (OR=0,16 I.C. 95% 0,07-0,36) (Crowther C A, 2000).

En las embarazadas Rh negativas con parejas Rh positivas cuando presenten episodios de metrorragia durante la gestación, se produzca un aborto o se practiquen procedimientos invasivos como amniocentesis, biopsias coriónicas etc. se deberá evaluar la necesidad de realizar profilaxis con gammaglobulina anti D hiperinmune dado el riesgo de sensibilización que estas situaciones conllevan.

Su utilización durante la gestación fuera de las circunstancias antes señaladas debe ser cuidadosamente evaluada teniendo en cuenta la magnitud de los beneficios reales que se obtendrán en cada caso, dado el alto costo económico de este recurso.

En una revisión sistemática (Crowther CA 2007) se analizaron datos que sugieren una incidencia reducida de la inmunización durante el embarazo (OR 44; IC 95% 0,18 a 1,12) cuando las mujeres reciben anti-D a 28 y 34 semanas de gestación y después del nacimiento de un



lactante Rh positivo (OR 0,44; IC 95%: 0,18 a 1,12) y en 12 meses después del nacimiento de un lactante Rh positivo (OR 0,44; IC 95%: 0,19 a 1,01). Ninguna de estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

En el ensayo que usó la dosis mayor de anti-D (100 ug; 500 UI), había una reducción clara de la incidencia de la inmunización a 2-12 meses después del nacimiento en las mujeres que habían recibido Anti-D a 28 y 34 semanas (OR 0,22; IC del 95%: 0,05 a 0,88). No hubo datos disponibles para el riesgo de la aloinmunización de RhD en un embarazo posterior. No se observó ninguna diferencia en la incidencia de ictericia neonatal. Deben realizarse mayor número de estudios para confirmar la eficacia y la inocuidad de dicha intervención.

●13.2.- Detección de infecciones genitales

●13.2.1.- Vaginosis Bacteriana

Se denomina vaginosis bacteriana a la entidad clínica producida por un desequilibrio en la flora vaginal normal que se manifiesta en los casos sintomáticos por la presencia de prurito, ardor y flujo malolientes característicos, no siendo imprescindible realizar métodos de laboratorio para su diagnóstico en la mayoría de los casos.

Se admite que hay un complejo de microorganismos presentes y responsables de la etiología en el cuadro instalado que es el complejo GAMB (Gardnerella vaginalis, Anaerobios, Mobiluncus, Micoplasma, Ureaplasma etc.).

En una revisión de los estudios del caso-control y de cohorte, encontraron que las mujeres con vaginosis bacteriana tienen aumentada 1.85 veces la probabilidad de presentar un parto prétermo (IC 95% del 1.62 a 2.11). También presentan un aumento en la incidencia de ruptura prematura de membranas (Flynn 1999).

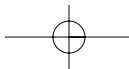
Últimamente se ha responsabilizado a la vaginosis bacteriana como un factor causal del parto prematuro y la ruptura prematura de membranas. En el afán de desarrollar estrategias para disminuir el Bajo Peso se realizaron muchos ensayos clínicos fundados en el rastreo sistemático y tratamiento de las pacientes portadoras.

Los tratamientos ensayados incluyeron distintos esquemas antibióticos. Los usados en las intervenciones fueron el metronidazol oral, la eritromicina, la amoxicilina, la clindamicina y también esquemas locales con óvulos y cremas vaginales de igual composición.

En la revisión sistemática publicada en la biblioteca de Salud Reproductiva de OMS se evaluó la efectividad del tratamiento antibiótico en las pacientes con vaginosis bacteriana (McDonald 2006).

Las conclusiones de dichos estudios fueron las siguientes:

- El tratamiento antibiótico mostró ser efectivo para curar la vaginosis bacteriana durante el embarazo pero no se observó una disminución en la incidencia de parto prematuro ni rotura prematura de membranas sistemáticamente.
- Reduce el riesgo de bajo peso al nacer.
- Se observó una mayor incidencia de partos pretérmino en el grupo tratado con Clindamicina.
- La Amoxicilina no resultó eficaz en el tratamiento de la Vaginosis Bacteriana
- Se recomiendan los tratamientos con Metronidazol cada 12 horas durante 7 días, en lugar de



la dosis única de 2 gr. en un día, dado su mejor tolerancia.

A la luz de los resultados obtenidos en los últimos estudios internacionales, no se recomienda el rastreo sistemático de todas las embarazadas con métodos de diagnóstico de laboratorio para la detección de vaginosis bacteriana. Debería reservarse el tratamiento para aquellos casos que presenten sintomatología, o bien podría intentarse la detección en las pacientes de mayor riesgo para desarrollar un parto pretérmino, pues es en el único grupo en que se observó una leve disminución de la incidencia de bajo peso en los ensayos clínicos realizados (NICE 2003).

●13.2.2.- Detección de Streptococo β Hemolítico del Grupo B (EGB)

Según la literatura internacional, alrededor del 20% (con un rango de 10 a 40%) de las mujeres embarazadas son portadoras del Estreptococo β Hemolítico del Grupo B (*Streptococcus agalactiae*) en vagina y/o recto al final del embarazo. (CDC 2002, CDC 1996, Boyer 1986, Mohle 1993, Scharag 2002, SSS 2004, CLAP 2004).

En Argentina, algunos estudios muestran una incidencia más baja: 5 al 18%. (Carreras 2003, Ribola 2003, D'Amato 2004, Maternidad Martin 2004).

Cuando existe colonización materna, si no se efectúa ninguna medida de prevención, el 50-70% de los neonatos se colonizan durante el parto, pero sólo 1-2% de ellos se enferma. La mortalidad producida por la infección neonatal precoz en los niños que la padecen, oscila entre un 13-50% en Argentina. (Sutich 2004, Sarubbi 2004, NICE 2003).

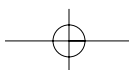
Al inicio del trabajo de parto, se debe investigar la presencia de los siguientes factores de riesgo:

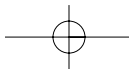
- Hijo previo afectado por infección neonatal por EGB.
- Bacteriuria por EGB detectada durante el presente embarazo.
- Parto prematuro (menor a 37 semanas de edad gestacional).
- Rotura prolongada de membranas igual o mayor a 18 horas.
- Fiebre igual o mayor a 38°C intraparto.
- Cultivo vaginal/rectal positivo para EGB en la actual gesta, en el caso que hubiera sido realizado.

En la embarazada puede ser causa de infección urinaria, corioamnionitis y endometritis, que se relaciona con un nivel alto de colonización genital. En el niño puede manifestarse como infección localizada o sistémica. La mayoría de los casos son de inicio precoz y casi todas las infecciones mortales suceden en el primer día de vida, existiendo casos de inicio tardío.

Es fundamental alertar a las embarazadas para que consulten precozmente ante ruptura prematura de membranas (RPM) o con las primeras contracciones sugestivas de trabajo de parto.

Luego de analizar la bibliografía internacional y nacional, y dadas las controversias y dificultades que se plantean con respecto a este tema, el Ministerio de Salud de la Nación, en





consenso con las Sociedades Científicas, y con la adhesión del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires , recomienda :

- Realizar en todas las instituciones de nuestro país, la estrategia de profilaxis intraparto a mujeres con factores de riesgo de portar EGB. Esta estrategia, de probada e indiscutible eficacia, puede implementarse inmediatamente con los recursos disponibles en la actualidad y disminuirá la infección neonatal precoz por EGB en no menos de un 70%.

- En aquellas instituciones en que existen las posibilidades para realizar un cuidadoso protocolo de investigación, se podrá realizar el cultivo a las embarazadas entre las 35 a 37 semanas de edad gestacional, debiéndose evaluar la prevalencia de las mujeres colonizadas, la relación con presencia/ausencia de factores de riesgo, la incidencia de infección neonatal y la mortalidad por esta causa y finalmente dar a conocer los resultados.

- El cultivo rutinario a todas las embarazadas es difícil de ser implementado en todo el sistema de salud en la actualidad (no sólo en nuestro país, sino en todo el mundo) y aún no está totalmente probada su efectividad, por lo que es importante el desarrollo de investigaciones locales.

En el caso de aquellos efectores que se encuentran en protocolos de investigación de prevalencia de EGB en su población de embarazadas, se seguirá la conducta recomendada inicialmente por el CDC.

Cabe recordar que en las últimas comunicaciones oficiales el CDC recomienda la profilaxis antibiótica sólo en aquellas embarazadas que al inicio de su trabajo de parto presenten factores de riesgo y cultivo positivo para EGB.

●13.3.- Detección de enfermedades de transmisión vertical

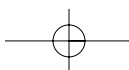
●13.3.1.- Detección de sífilis

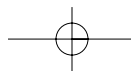
En nuestro país, la prevalencia de infección en mujeres embarazadas que se asisten en hospitales públicos varía de un 1 a 3%, y la seroprevalencia de USR (V.D.R.L) positiva en embarazadas del subsector publico, en Argentina según las regiones geográficas, oscila entre 0,6 al 3% (Etcheverry 2001) esta última para la región del noroeste. La población de riesgo son las personas sexualmente activas y en el área pediátrica, los recién nacidos de madres infectadas.

La detección de sífilis se realiza en los casos asintomáticos con pruebas de tamizaje mediante la utilización de las pruebas no treponémicas, tales como VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (Rapid Plasma Reagin). Estas pruebas presentan falsos negativos en la fase primaria de la infección, en la infección perinatal reciente y ante un exceso de complejo antígeno anticuerpo (fenómeno de prozona). Se observan falsos positivos en colagenopatías, enfermedades autoinmunes, TBC, mononucleosis, endocarditis, abuso de drogas y embarazo. En general, las reacciones falso positivo se producen con títulos bajos. Toda prueba positiva debe ser confirmada por pruebas treponémicas (Hamilton 2003).

Ante una VDRL no reactiva, la misma se debe repetir trimestralmente y/o al momento del parto o post parto inmediato, en caso de que la última VDRL haya sido realizada hace más de un mes del nacimiento.

Con VDRL reactiva, aún con títulos bajos, si se cuenta con el laboratorio adecuado, se realizará la prueba de confirmación mediante las pruebas treponémicas tales como FTA Abs. (Fluorescent Treponema Antibodies Absorption test) o MHA-TP (Microhemoaglutinación para treponema palidum). Falsos positivos se observan en otras enfermedades por espiroquetas:





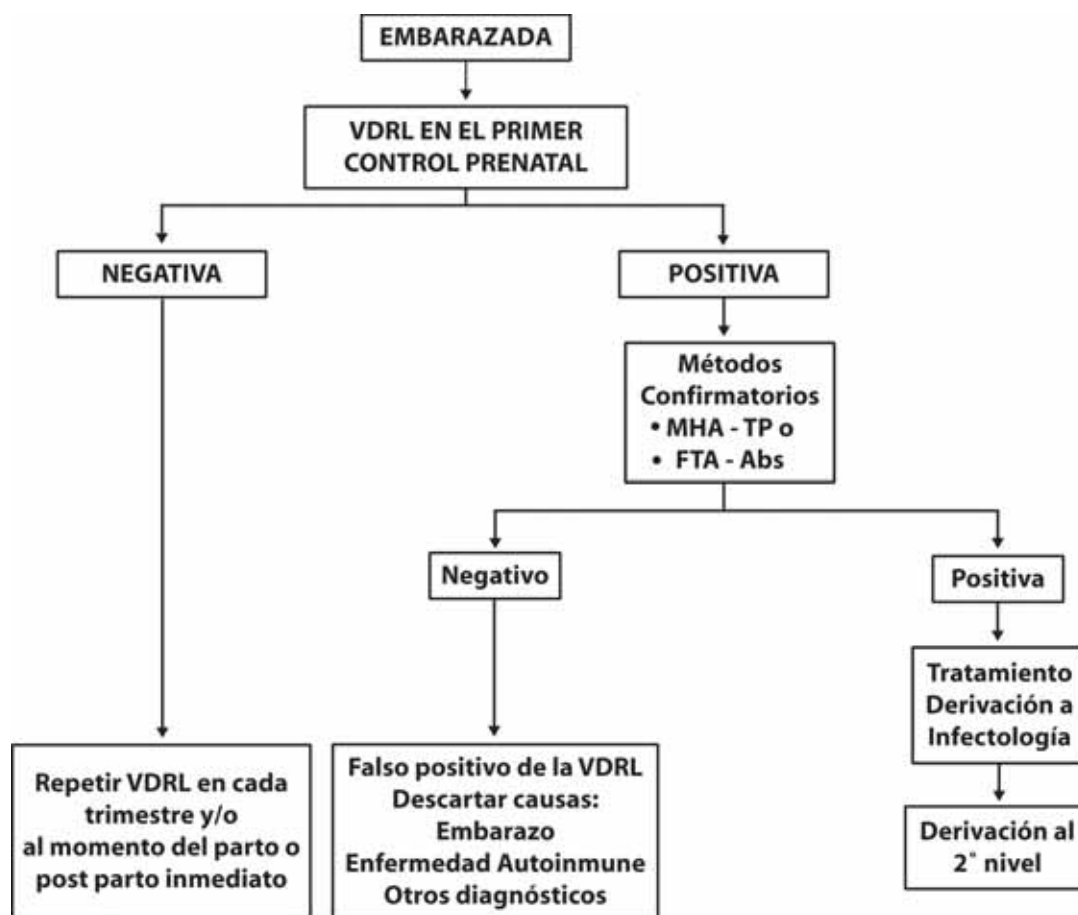
leptospirosis, enfermedad de Lyme, fiebre por mordedura de ratas, frambesia y pinta.

Si no se cuenta con FTA Abs: realizar tratamiento para sífilis.

Si la FTA Abs. es positiva: realizar tratamiento para sífilis e interconsulta con infectología.

Si la FTA Abs. es negativa con VDRL débilmente positiva, descartar collagenopatías.

Flujograma para sífilis

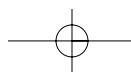


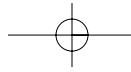
Asegurar seguimiento del cónyuge y cumplimiento del tratamiento al momento del parto.

●13.3.2.- Detección de VIH

La serología para VIH será solicitada en la primera consulta por el profesional actuante (Médico u Obstétrica), si la embarazada accede a realizarla. La ley 25543/02 establece la obligatoriedad del ofrecimiento del test como rutina del control de embarazo, previa asesoría, debiendo la embarazada firmar el consentimiento informado respectivo. El ofrecimiento se hará extensivo a la pareja. La solicitud de serología para VIH permitirá:

- Evaluar el estado serológico de las gestantes.





- Informar a la embarazada sobre los riesgos de la infección o la enfermedad.
- Planificar estrategias de prevención.
- Iniciar la profilaxis en las madres VIH positivas y en sus hijos recién nacidos.

Ya que la realización del análisis es confidencial y voluntaria, la asesoría pretest es el paso más importante para su aceptación. En este paso, se debe explicar a la embarazada la importancia de este procedimiento a los fines de reducir la transmisión vertical de la enfermedad y también concientizar acerca de la inclusión de su pareja sexual en el testeo.

En el pretest es fundamental explicar detalladamente los alcances tanto de un resultado positivo como negativo.

Si la embarazada acepta y el resultado del testeo es negativo se ofrecerá repetirlo en el 3° trimestre del embarazo.

En caso de ser positivo el ELISA, se deberá realizar la prueba confirmatoria de Western Blot. La positividad de la prueba de Western Blot es la que confirma el diagnóstico de VIH luego de haberse realizado una segunda muestra de ratificación de identidad.

La entrega de un resultado positivo del ELISA para HIV debe ser realizada por un profesional habilitado quien explicará a la embarazada acerca de la necesidad de realizar la prueba confirmatoria definitiva que es el Western Blot.

La entrega del resultado positivo del Western Blot debe realizarse de ser posible con un equipo interdisciplinario que contenga y asesore a la embarazada acerca de los riesgos de la transmisión vertical del VIH y de los beneficios y efectos adversos de los distintos esquemas de tratamiento.

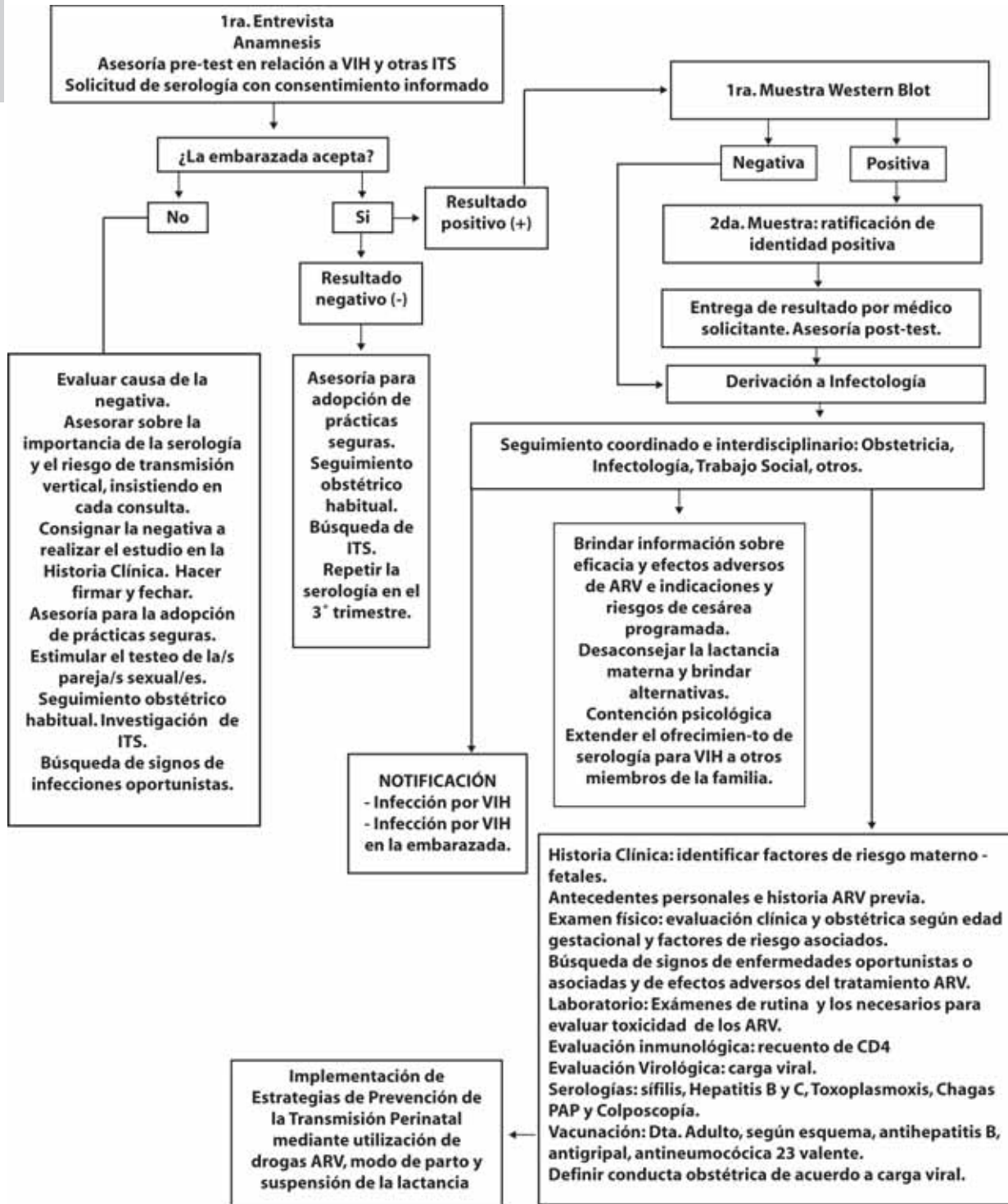
Las embarazadas que presenten Test de ELISA positivo con Western Blot negativo o indeterminado deberán ser referidas al consultorio de Infectología para su seguimiento.

Para el control y tratamiento del HIV la embarazada será referida a un Infectólogo en el nivel de atención que cuente con dicha infraestructura, en tanto que el lugar donde se lleve a cabo el control obstétrico dependerá de la complejidad necesaria para la atención integral de la paciente.

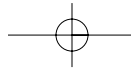
Prevención de la Transmisión vertical

- Realizar actividades de promoción de la salud para mujeres en edad fértil, ofreciéndoles la serología para ella y su pareja en etapa preconcepcional.
- Aumentar la captación precoz de las embarazadas no diagnosticadas y de las ya infectadas.
- Ofrecer serología universal y voluntaria como parte del control prenatal en la primera consulta, realizando asesoría sobre transmisión vertical.
- Diagnóstico temprano de la infección por VIH, asegurando la accesibilidad a los laboratorios a través de turnos programados desde el 1° nivel de atención.

Flujograma para VIH



- Repetir en las embarazadas VIH negativas, la serología en el 3° trimestre, como mínimo.
- Fortalecer el mecanismo de Referencia y Contrarreferencia, a efectos de que la embarazada VIH positiva realice el tratamiento de terapia antirretroviral y continúe su control prenatal.
- Efectuar la elección del modo del parto.



- Realizar Profilaxis ARV durante el parto y al recién nacido, y asesorar a la madre acerca del riesgo de la lactancia, recomendando la alimentación de sustitución para el mismo.

Para información más detallada, se sugiere la lectura de "Recomendaciones para el Tratamiento de la Infección por VIH en la mujer embarazada y para la Reducción de la Transmisión Vertical", del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.



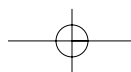
●13.3.3.-Detección de Hepatitis B

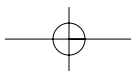
La hepatitis B es infección viral que puede ser asintomática. El virus de la hepatitis B tiene un período de la incubación de 6 semanas a 6 meses. Se excreta en varios fluidos corporales incluyendo sangre, saliva, vaginal y leche materna. Estos líquidos por lo tanto pueden ser altamente infecciosos.

El 85% de los bebés nacidos de madres que son positivas para el antígeno e de la hepatitis B (HBeAg) se convertirán posteriormente en portadores crónicos de HBsAg, comparado con el 31% de los bebés que nacen de madres que son negativas para el antígeno e (HBeAg) (RR 2.8, IC 95% 1.69 a 4.47) (Beasley 1977). Se ha estimado que los portadores crónicos de HBsAg tiene 22 veces más probabilidades de morir de carcinoma hepatocelular o de cirrosis que los no portadores (IC 95% 11.5 a 43.2) (Beasley 1984).

Aproximadamente el 21% de las infecciones por hepatitis B reportados en Inglaterra y País de Gales en niños menores de 15 años es debido a transmisión vertical. (Ramsay 1998, Sehgal 1992, Wong 1984, Zhu 1997, Lo K 1985, Beasley 1983, Nair 1984, Xu 1985).

Para la detección de la Hepatitis B en la embarazada se solicitará el antígeno de superficie para Hepatitis B (HBsAg). Si el resultado es positivo, se determinará la presencia de Antígeno e (HBeAg) como parámetro para evaluar la replicación viral activa.





Si el resultado de la serología es positivo, el recién nacido deberá recibir inmunoglobulina específica contra Hepatitis B y vacunación para Hepatitis B dentro de las doce horas de vida, según el Plan Nacional de Vacunación 2003. Con esta intervención se previene aproximadamente el 95% de la transmisión perinatal.

En caso de que la embarazada esté vacunada contra Hepatitis B, se podrá solicitar la titulación de anticuerpos contra el antígeno de superficie (Anticuerpo HBs), a fin de comprobar inmunidad.

El embarazo no constituye una contraindicación para recibir la vacuna para Hepatitis B a partir del segundo trimestre.

●13.3.4.- Detección de toxoplasmosis

La toxoplasmosis es una zoonosis endémica. Entre el 20 y el 30% de las madres tienen títulos de anticuerpos positivos al iniciarse la gestación. Dos a siete por mil embarazadas presentan enfermedad activa durante la gestación. La tasa de transmisión vertical varía con la edad gestacional, siendo sólo del 10 % en el primer trimestre e incrementándose a casi el 90% cuando la primoinfección se produce en el último trimestre.

Cuando la primoinfección ocurre en etapas muy tempranas del embarazo, puede causar el aborto espontáneo o la muerte fetal intraútero.

La infección congénita (transmisión vertical) puede provocar en el feto coriorretinitis, hidro o microcefalia y calcificaciones intracraneales. Los más propensos a infectarse son los nacidos de madres VIH y toxoplasmosis positivas, por lo que estos niños deben ser evaluados sistemáticamente.

La infección materna cursa en la mayoría de los casos en forma asintomática por lo que su diagnóstico sólo es posible mediante la realización de test serológicos.

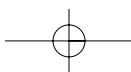
Hay diferentes pruebas serológicas para la detección de la toxoplasmosis en el embarazo, a saber:

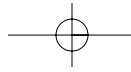
- Reacción de Sabin-Feldman.
- Elisa: para definir seroconversión pero difícil para determinar cuadruplicación.
- Hemaglutinación directa (HAD).
- Aglutinación directa.
- Inmunofluorescencia indirecta.

La interpretación de los resultados puede dar origen a los siguientes escenarios:

IgG positiva preconcepcional: La IgG específica positiva preconcepcional significa que la mujer ha tenido la primoinfección antes del embarazo.

IgG positiva detectada durante el embarazo en valores superiores al punto de corte y sin conocimiento de IgG preconcepcional: Ante esta situación, no podemos saber





si se trata de una infección pasada o una infección reciente, por lo cual debemos solicitar el estudio de muestras pareadas, es decir comparar los resultados serológicos de dos muestras extraídas con dos a tres semanas de diferencia pero analizadas en el mismo momento

Sí los valores de IgG se mantienen estables, estaremos en presencia de una infección pasada; si los mismos se cuadriplican estaremos frente a una infección reciente.

Otra alternativa es solicitar el dosaje de IgM e IgA

Los títulos de IgG elevados con IgM negativa se consideran infección pasada y no se requiere tratamiento.

Con títulos de IgG elevados e IgM positiva, es necesario solicitar una IgA dado que la IgM puede mantenerse positiva hasta un año después de la primoinfección. De resultar positiva también la IgA, se interpreta como infección aguda y se deriva a Infectología para su tratamiento.

Una IgG e IgM positivas con una IgA negativa se interpreta como primoinfección ocurrida con tres meses de anterioridad como mínimo, dado que la IgA se negativiza alrededor de los tres meses de la primoinfección.

IgG negativa en el embarazo: Debe solicitarse serología en cada trimestre e instruir a la paciente sobre los cuidados preventivos

Prevención primaria para toxoplasmosis

- Lavarse bien las manos y los utensillos de cocina luego de manipular carne cruda o vegetales frescos.
- Comer carnes bien cocidas.
- No comer vegetales crudos cuando no se pueda tener la seguridad de que hayan sido bien lavados.
- Comer frutas previamente lavadas.
- Evitar comer huevos crudos y leche no pasteurizada.
- Limpiar adecuadamente las superficies de la cocina donde se apoyaron carnes crudas y los utensillos usados.
- Cuando se realiza trabajos de jardinería, utilizar guantes y luego lavarse las manos.
- No alimentar al gato con carnes crudas.
- Evitar el contacto con gatos jóvenes (de hasta 1 a 1 y medio años de edad)

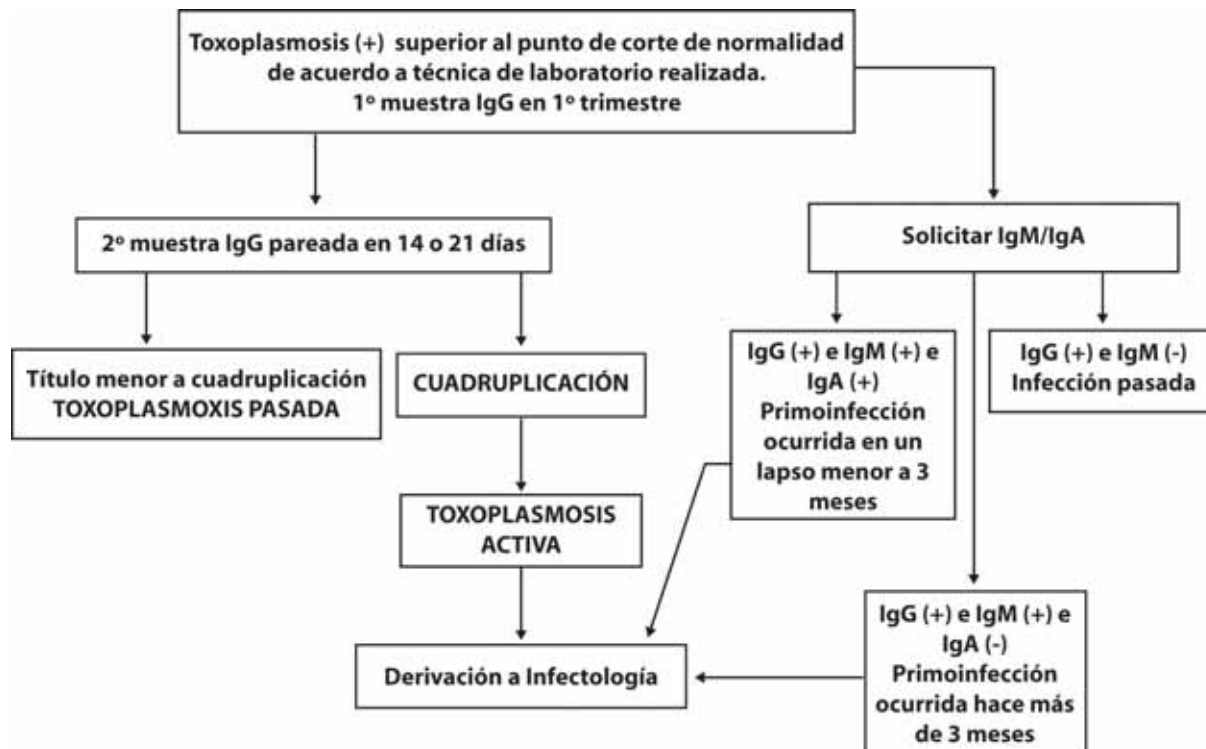
Frente a una paciente en la que se sospecha infección aguda, siendo su IgG negativa debe investigarse la IgM, la cual se positiviza más precozmente.

Luego del parto se realizará control clínico y serológico del recién nacido de madres con diagnóstico de infección aguda durante el embarazo, mediante la determinación de IgM, IgA e IgG que se compararán con los títulos maternos. Dado que sólo los anticuerpos IgG atraviesan placenta, la determinación de IgM e IgA en suero del recién nacido harán el diagnóstico de infección prenatal.

Ante cualquier duda diagnóstica debe realizarse la interconsulta con Infectología.

Siempre se derivará a la embarazada con diagnóstico de toxoplasmosis aguda al especialista en infectología. La precocidad del tratamiento previene en un 70% el daño fetal.

Testeo serológico para toxoplasmosis y embarazo



●13.3.5.- Detección de Chagas

Su detección y denuncia es obligatoria, de acuerdo a la Ley Provincial 13.005/03.

Enfermedad adquirida por transmisión vectorial y no vectorial (por transfusiones, vertical, trasplante de órganos o accidental) que se caracteriza por la aparición de parasitemia, seroconversión y/ o manifestaciones clínicas hasta 4 meses post-exposición.

Se solicitará el testeo de rutina en el primer control prenatal y mediante dos técnicas diferentes. Los pares de reacciones serológicas que pueden solicitarse son:

- Prueba de aglutinación (HAI) - Aglutinación Directa (AD).
- Prueba de aglutinación (HAI) - Enzimo Inmuno ensayo (ELISA).
- Prueba de aglutinación (HAI) - Inmunoperoxidasa (IP).
- Prueba de aglutinación (HAI) - Inmunofluorescencia indirecta (IFI).

La prevalencia de la infección por *Tripanosoma Cruzi* en mujeres varía ampliamente en las diferentes regiones. La enfermedad prenatal no está limitada a áreas rurales y tiene una frecuencia creciente en las zonas urbanas debido a las corrientes migratorias. En la Argentina la

tasa de prevalencia de infección chagásica en mujeres embarazadas oscila entre el 7% y el 32%. La incidencia de la transmisión congénita de madres con serología positiva tiene un rango entre 1,5 a 10.5 %.

El diagnóstico de infección se realiza con dos pruebas positivas, y el descarte con dos pruebas negativas. De contar con una prueba positiva y otra negativa, se solicitará una tercera prueba de desempate, que puede ser un ELISA, si ésta no fue ya solicitada en el primer par de técnicas de diagnóstico.

Si la serología es negativa, dado que la Provincia de Buenos Aires se encuentra dentro del área endémica que se extiende al sur hasta el paralelo que pasa por Carmen de Patagones, y a la intensa afluencia de población que migra desde las provincias más afectadas por la enfermedad, sería recomendable repetir el testeo en el tercer trimestre.

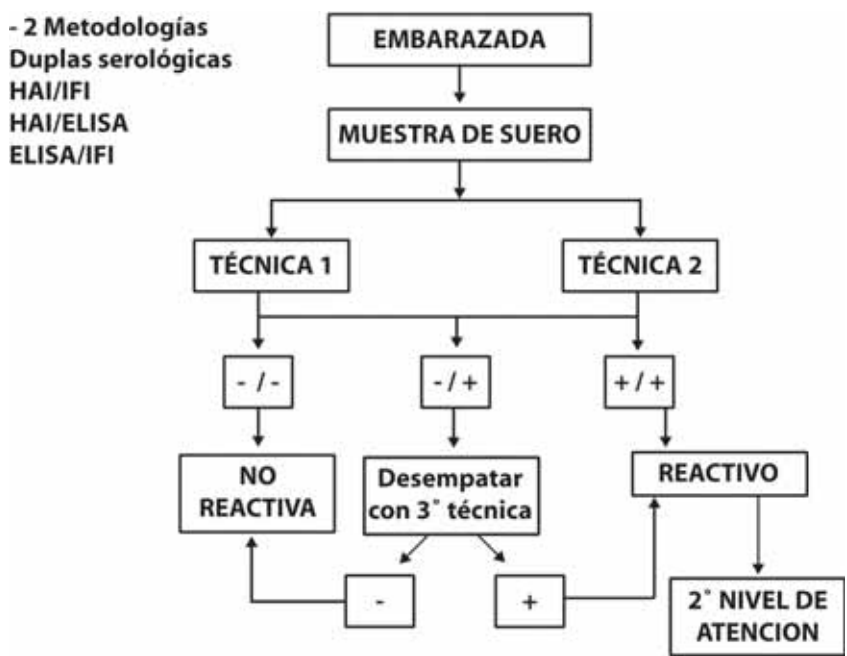
La embarazada que sea diagnosticada como positiva para chagas será derivada al nivel adecuado que permita su evaluación y seguimiento integral, y se le informará de la necesidad del testeo al recién nacido.

*Las embarazadas infectadas No deben realizar tratamiento con drogas tripanomicidas. La transmisión vertical de *Tripanosoma cruzi* no se puede prevenir cuando se detecta la infección en el embarazo.*

Siempre deberá constar en la historia clínica materna y en la Libreta Sanitaria el resultado positivo o negativo para Chagas de la embarazada, ya que los recién nacidos de madres serológicamente positivas deberán estudiarse y en caso de detectarse una parasitemia positiva es necesario iniciar el tratamiento inmediato.

El diagnóstico temprano en el recién nacido y el tratamiento oportuno de la infección prenatal permiten alcanzar la cura en el 99% de los casos.

Circuito analítico para chagas



●14.- Vacunación

El objetivo de la vacunación en la embarazada consiste en conferirle inmunidad activa a la madre y pasiva al niño en su vida intrauterina. Esto último se cumple por pasaje de anticuerpos maternos a la circulación fetal a través de la barrera placentaria.

Como los mecanismos inmunitarios del niño no están maduros en el momento del nacimiento y por consecuencia las defensas no aparecen inmediatamente, resulta de gran utilidad que la madre transmita a través de la circulación placentaria anticuerpos que defiendan al niño en los primeros meses de vida.

Nunca se aplicarán vacunas en los tres primeros meses de gestación, ya que están destinados a la organogénesis y cualquier agente nocivo puede alterar la normal configuración fetal.

●14.1.- Prevención del tétanos neonatal y puerperal

Según Plan Nacional de Vacunación 2002, se indicará a todas las embarazadas, dTa (doble bacteriana adultos) en el 2º trimestre a partir de las 23 semanas de gestación, con una segunda dosis al mes de la primera.

Es una vacuna preparada con toxoide diftérico y tetánico (toxinas modificadas que han perdido su poder tóxico conservando su poder antigénico). La inyección parenteral de vacuna dTa, determina la formación de antitoxinas específicas.

No se vacunará a la embarazada que acredite previamente el esquema completo y el lapso de tiempo transcurrido desde entonces sea menor a 10 años.

Se denomina esquema completo de dTa, a aquel constituido por dos dosis aplicadas con el intervalo de un mes y un refuerzo al año de haberse aplicado la última dosis.

Si el tiempo transcurrido es mayor a 10 años o el esquema de vacunación fue incompleto, se le indicará un esquema completo.

●14.2.- Reducción del Síndrome de Rubéola Congénita

Por el Plan de Vacunación 2003, se aplicará doble viral (rubéola y sarampión), a toda puérpera antes del alta hospitalaria, independientemente que la madre refiera haber padecido la enfermedad, salvo contraindicaciones (Ej.: inmunosupresión severa).

La rubéola es una enfermedad exantemática viral, cuya importancia epidemiológica radica en las consecuencias que el Síndrome de Rubéola Congénita puede producir en el feto o en el recién nacido cuando las madres se infectan durante la gestación.

Durante el primer trimestre de embarazo, los fetos están expuestos a mayor riesgo de muerte intrauterina o aborto espontáneo. Además, hasta el 90 por ciento de los recién nacidos puede presentar malformaciones congénitas de importantes órganos y sistemas, que incluyen defectos aislados o combinados, tales como sordera, cataratas, microftalmia, glaucoma congénito, microcefalia, meningoencefalitis, persistencia del conducto arterioso, defectos del tabique interauricular o interventricular, púrpura, hepatoesplenomegalia, ictericia y osteopatía radiolúcida.

En el marco de la estrategia de rápida eliminación de la rubéola y del Síndrome de Rubéola

Congénita (SRC) la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda la realización de una campaña de vacunación única en adolescentes y adultos, hombres y mujeres, con vacuna Doble viral (sarampión-rubéola). Además del mantenimiento de coberturas mayores al 95% con la vacuna Triple viral (sarampión-rubéola-paperas) según el esquema regular de inmunizaciones.

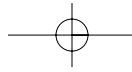
La vacunación es masiva y, por lo tanto, incorpora grandes sectores de la población por lo que, puede suceder que se vacune a mujeres que en ese momento desconocían su condición de embarazadas, pero que al enterarse sientan temor por los supuestos efectos que dicha vacuna pueda causar en su bebé.

En estos casos, es de vital importancia el rol del médico para informar y tranquilizar a estas mamás y a su familia, como así también para asegurar un óptimo control y seguimiento del embarazo, el parto y la atención del recién nacido.

La evidencia de la ausencia de riesgo fetal debido a la cepa vacunal RA 27/3 de la rubéola surge de la información recolectada durante más de 30 años en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y Alemania, sin que se haya detectado ningún caso de SRC. La infección con el virus vacunal de la rubéola, sea que se detecte IgM (+) o se aisle el virus vacunal, se ha informado en nueve casos de la literatura mundial. Ninguno de esos niños tuvo manifestaciones clínicas compatibles con SRC (CDC 2002, Ender 1985, CDC 1989, Tookey 1991).

El conocimiento sobre la seguridad de la vacuna si se administra durante el embarazo ha sido reforzado por países de las Américas, que hicieron campañas de vacunación en mujeres de edad fértil y el posterior seguimiento a las embarazadas que desconocían su condición de embarazo. Del seguimiento efectuado a cerca de 25 mil mujeres en las Américas, no se detectó ningún caso de SRC (FUNASA 2002, OPS 2001, MSECuador 2004). A continuación se muestra el flujograma del seguimiento de la madre y el recién nacido de la madre vacunada durante el embarazo.





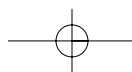
Obtenido de Protocolo para Investigación de Mujeres Vacunadas Contra la Rubéola en la Campaña que Desconocían estar Embarazadas y Evaluación del Recién Nacido. MSN 2004.

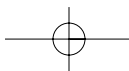
Para mayor información pueden remitirse a la guía de seguimiento propuesta por el Ministerio de Salud de la Nación.

●15.- Estudio ecográfico

Se efectuará en el 1º, 2º y 3º trimestre, en caso de que el profesional lo considere necesario y exista recurso disponible.

- Confirmación de la fecha de parto cuando la ecografía se realiza antes de las 20 semanas.
- Evaluación de la fecha de parto cuando la amenorrea no es confiable.
- Malformaciones fetales.
- Placenta previa.
- Embarazo múltiple.
- Detección de las alteraciones de la cantidad del líquido amniótico.
- Sospecha de algunas enfermedades cromosómicas.
- Muerte fetal.
- Embarazo ectópico.
- Mola hidatiforme.
- Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU).





●16.- Tabaquismo y adicciones

El hábito de fumar incrementa el riesgo reproductivo. El consumo de cigarrillos se asocia con (Clausson 1998, Raymond 1994, Kleinman 1988):

- Restricción de crecimiento intrauterino.
- Muerte fetal y neonatal.
- Complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
- Disminución de la cantidad y calidad de la leche materna.

En promedio, los hijos de fumadoras pesan al nacer hasta 420 gramos menos que los hijos de no fumadoras. El riesgo de bajo peso al nacer se duplica en madres fumadoras, mientras que el porcentaje de prematuridad se incrementa entre 0.8 y 2.5% (MacArthur 2001).

La adicción a bebidas alcohólicas y drogas ilegales no solo tienen graves efectos sobre la embarazada sino también sobre el feto y el recién nacido. Es ampliamente conocido el síndrome alcohólico fetal y el síndrome de abstinencia neonatal en hijos de madre que utilizan drogas ilegales. (Borges 1993, Holzman 1995, Aronson 1997, Abel 1998, RCOG 1999).

Recordar que ante una embarazada que refiera haber usado o que utiliza en la actualidad drogas ilegales en especial por vía endovenosa se deberá solicitar serología para VIH, Hepatitis B Y Hepatitis C.

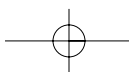
●17.- Preparación Integral para la Maternidad

Es en esencia un espacio de prevención, destinado a la desmitificación de la maternidad, el esclarecimiento de los temores y las dudas, a la preparación para la breve separación del ámbito familiar, los cambios corporales y afectivos que sobrevendrán.

Comprende la ejecución de un conjunto de acciones mediante las cuales se promueven las experiencias de enseñanza - aprendizaje, teniendo en cuenta que la embarazada trae un saber o conocimientos que hay que respetar. Se deben tratar de modificar aquellos que sean equivocados o perjudiciales sin emitir juicios de valor que puedan afectar sus sentimientos. La embarazada iniciará las actividades del curso cuando ella lo requiera sin importar el mes de gestación que curse ni el momento de desarrollo del curso.

El programa se desarrollará en reuniones semanales, a cargo de una Obstétrica o Médico Especialista que coordinará un equipo multidisciplinario y en las cuales se aplicarán técnicas grupales y coloquiales, con lenguaje claro, promoviendo la participación activa de la embarazada y su pareja u otro familiar continente, teniendo en cuenta para la metodología a aplicar, las características del grupo con el que estamos trabajando (adolescentes o adultas, nulíparas o multiparas etc.).

Consideramos de suma importancia que se realice tanto en los Centros de Salud como en los Hospitales para mejorar el acceso de todas las embarazadas a la información integral acerca de la evolución del embarazo, proceso del parto, nacimiento, crianza, y promoción de la lactancia materna.



Proponemos un espacio para el cuerpo. Si ella desea moverse y ejercitarse es importante atender esa demanda con técnicas de relajación y reconocimiento corporal que estimulen el movimiento y ayuden a liberar los temores que la inmovilizan y producen síntomas, aumentando la confianza en sí misma.

Es esencial que el personal dedicado a esta tarea cuente con cualidades como la amabilidad, comprensión y serenidad ya que en ello se basa el éxito del método.

Se brindará preparación y apoyo a los futuros padres en lo referente a las etapas mencionadas, favoreciendo de este modo su capacidad de discernir y actuar con libertad frente a las situaciones que se puedan presentar en los distintos períodos.

Está comprobado que la preparación integral para la maternidad reduce el período de hospitalización, disminuye el uso de medicamentos y reduce el porcentaje de intervenciones quirúrgicas.

Además se manifiesta una notable y significativa mejora en las condiciones de trabajo para los profesionales y el resto del equipo de salud.

Recordemos que el parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana.

De ahí que los cuidados que se provean en estos eventos, serán determinantes y definitivos para las sociedades futuras.

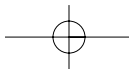


●18.- Fomentar el control puerperal

Es importante que durante las últimas consultas del embarazo, las recomendaciones incluyan conceptos relacionados con la importancia del control puerperal.

Sabemos que la baja prevalencia de control puerperal es expresión de un fenómeno cultural y social más complejo que tiene que ver con la no priorización que las mujeres hacen de su salud y su cuerpo. El equipo de salud puede y debe intervenir modificando esta conducta, brindando información tendiente a la concientización acerca de la importancia de la autovaloración y el autocuidado.

El sistema de atención de la salud es responsable de la eliminación de las barreras de accesibilidad



que dificultan a la población la utilización de los servicios de salud. Para ello es necesaria la correcta articulación e integración del primer y segundo nivel de atención a través de la Referencia y contrarreferencia.

La referencia y contrarreferencia como sistema formal e institucional, constituye un mecanismo para mejorar la integración de los niveles de atención y garantizar la accesibilidad y la continuidad de la misma, priorizando a aquellas embarazadas de riesgo y asegurando una adecuada resolución a sus problemas de salud.



La derivación al segundo nivel para emergencias (Hospital de referencia), interconsulta con especialista o internación, tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

- Se realizará en base a normas consensuadas entre ambos niveles.

- Se implementarán redes para la solicitud de turnos programados para las pacientes derivadas de los Centros de Salud (vía telefónica, fax, derivación personalizada, etc.), favoreciendo el no desplazamiento de la embarazada para solicitarlo, como así también redes de servicios intermedios de exámenes complementarios (laboratorio, Pap y colposcopia, diagnóstico por imágenes) con turnos programados en el efector o en el Hospital.

- La referencia debe acompañarse de la información obtenida en el primer nivel de atención consignando por

escrito el motivo y fundamentos que apoyan la derivación (hoja de referencia y Libreta Sanitaria Materno Infantil).

- Una vez atendida o luego del alta transitoria, el nivel más complejo deberá enviar al servicio de origen (Unidad Sanitaria o Centro de Salud) un informe escrito de lo realizado (hoja de contrarreferencia, resumen de historia clínica del Hospital y Libreta Sanitaria Materno Infantil) que permita el posterior seguimiento en el primer nivel.

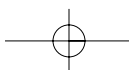
- La puérpera de bajo riesgo será referenciada al Centro de origen y la de mayor riesgo se la citará para su control en el Consultorio Externo de Maternidad o de Puérperas del Hospital.

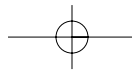
- En cualquier caso debe instrumentarse un mecanismo ágil de comunicación entre los niveles de atención que permita monitorizar la continuidad del control de las embarazadas y puérperas en el nivel de complejidad que garantice su atención integral, haciendo especial hincapié en las que presentan factores de riesgo.

●19.- Salud Reproductiva y Procreación Responsable

El 17 de junio de 2003 se aprobó la Ley 13.066 creando el Programa de Salud Reproductiva y Procreación responsable en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires y su reglamentación con fecha 28 de noviembre del mismo año, el que procura dar respuesta al grave problema de la mortalidad materno-infantil.

Su texto abarca artículos referentes a la concepción, la anticoncepción y la educación sexual.





El rol del equipo de salud, en esta temática, es de gran importancia.

Su función consiste no solo en la entrega gratuita de métodos anticonceptivos, sino que incluye, también:

- Facilitar el acceso de la población a los servicios de salud.
- Brindarles información y consejería.
- Promover el desarrollo de una sexualidad sana, placentera y sin riesgos.
- Asegurar la continuidad del método elegido.
- Detectar el mal uso o abandono del mismo.
- Controlar el estado general de salud de su población bajo programa (control periódico de salud, detección de ITS, en especial VIH/ SIDA).

La Procreación Responsable es un derecho cuyo ejercicio permite, entre otras cosas:

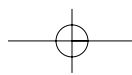
- Elegir el número de hijos que cada pareja decida tener.
- Aumentar los intervalos intergenésicos (mínimo 2 años).
- Disminuir la mortalidad materna.
- Evitar los embarazos no deseados.

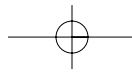
Todas las embarazadas serán informadas sobre la existencia del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, siendo referidas junto a sus parejas luego del parto al consultorio destinado a tal fin, con el objetivo de recibir información y consejería en Planificación Familiar.

Consejería es un proceso que permite tomar una decisión informada, aumenta la satisfacción de usuario y contribuye a la adhesividad y continuidad del método adecuado. Intervienen varios actores, culminando con la prescripción, por parte del médico responsable, del método elegido por la pareja beneficiaria.

En su artículo 2° la Ley 13066 expresa que sus objetivos son los siguientes:

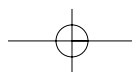
- I. Reconocer el derecho a la salud y a la dignidad de la vida humana.
- II. Respetar las pautas culturales, éticas y religiosas del demandante.
- III. Valorar la maternidad y la familia.
- IV. Asegurar que no se instrumente al servicio de políticas de control demográfico, eugenésicas o que impliquen agravios a la dignidad de la persona.
- V. Disminuir la morbimortalidad materno infantil.
- VI. Contribuir en la educación sexual de la población y en especial de los adolescentes, prevenir y detectar las enfermedades de transmisión sexual, patologías genitales y mamarias.

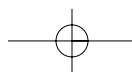
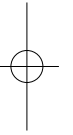
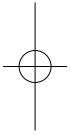
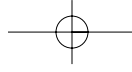


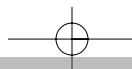


- VII. Garantizar a las mujeres la atención durante el embarazo, parto y puerperio.
- VIII. Prevenir mediante información y educación, los abortos.
- IX. Brindar información respecto de las edades y los intervalos intergenésicos considerados más adecuados para la reproducción.
- X. Promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y el puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable.
- XI. Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente y la asistencia de la adolescente embarazada.
- XII. Capacitar a docentes, profesionales y personal específico en educación sexual, para ayudar a la familia en la educación de los hijos en esta materia.
- XIII. Promover la lactancia materna y posibilitar las condiciones para el amamantamiento dentro de horarios y lugares de trabajo, como también fuera de él.
- XIV. Informar, otorgar y prescribir por parte del profesional médico, de los conceptivos y anticonceptivos, aprobados por el ANMAT, de carácter transitorios y reversibles a ser elegidos libremente por parte de los beneficiarios del programa, los que serán otorgados respetando las convicciones y criterios de los destinatarios. En todos los casos los métodos suministrados serán no abortivos.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, garantiza la accesibilidad de toda la población al Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, sin distinción de sexo, raza, religión o estrato social y la entrega del insumo (anticonceptivos orales, inyectables y preservativos) o colocación del mismo (dispositivo intrauterino) además de su seguimiento y control, en forma gratuita.



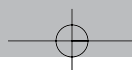


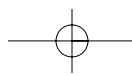
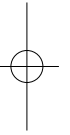
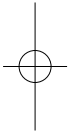
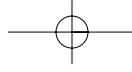


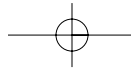
CAPITULO

06

Concepto de Maternidad Centrada en la Familia







Tiene como objetivo general el inducir los cambios necesarios en los servicios de salud estableciendo un programa de capacitación continua que promueva un alto nivel técnico destinado a jerarquizar los servicios materno-perinatales. (Uranga 2004)

Esta capacitación contribuye a aumentar la calidad del conocimiento de los profesionales acerca de propuestas eficaces basadas en las mejores evidencias científicas, pero sin dejar de lado la experiencia de cada profesional.

Las diversas causas que se asocian a la mortalidad y morbilidad materna relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, pueden prevenirse o controlarse con una serie de intervenciones accesibles, simples, con buenos resultados de costo efectividad y sin tener que recurrir a tecnologías complejas y costosas.

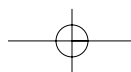
Es imprescindible identificar los problemas que surjan de la atención del parto y puerperio, jerarquizarlos y proponer las soluciones adecuadas, realizando una evaluación continua de las actividades en los servicios por medio de la utilización de indicadores adecuados.

La propuesta incorpora el desarrollo de los siguientes módulos:

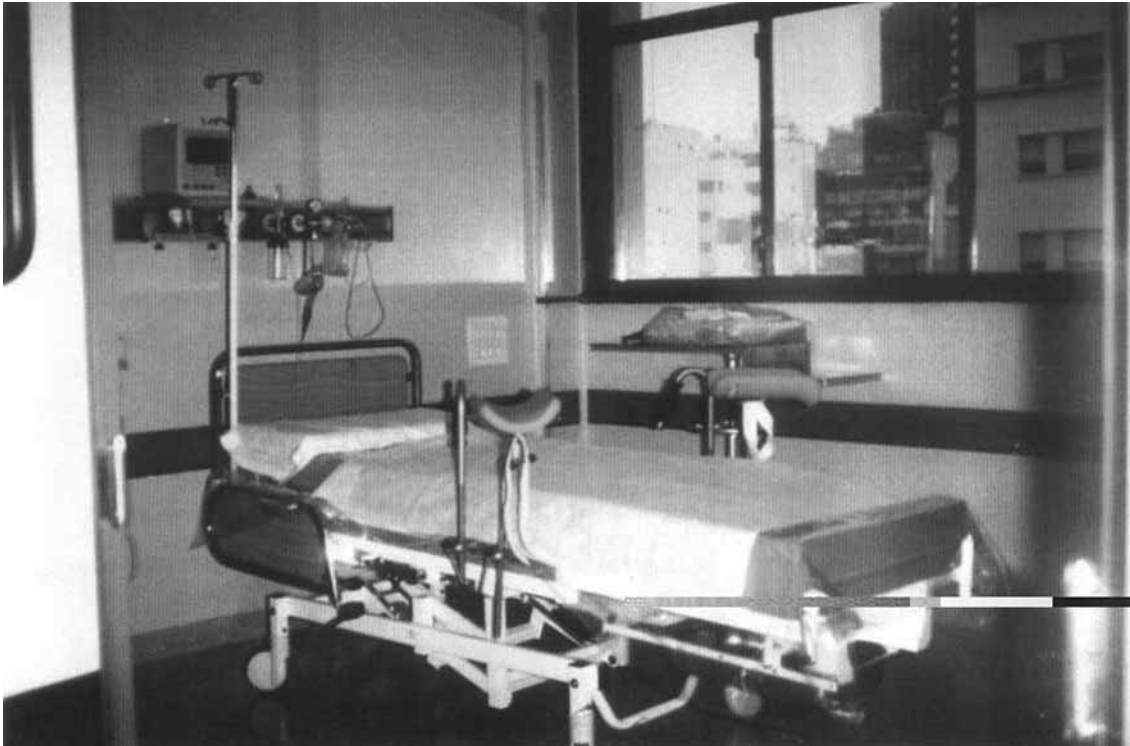
- Iniciativa para la organización de maternidades centradas en la familia.
- Maternidad Segura: revisión de prácticas y procedimientos utilizados en el control prenatal, en el parto y puerperio y en el recién nacido, basados en evidencias científicas y análisis costo-beneficio de las mismas.
- Hogares / residencias para embarazadas en situaciones de riesgo y para madres de recién nacidos con internaciones prolongadas.
- Programación local y participación comunitaria centrada en los objetivos de la propuesta.
- Evaluación sistemática de las actividades, prácticas y procedimientos que se aplican en los servicios.
- Incorporación de sistemas sencillos de información, revisión de indicadores y manejo de listados de riesgo.
- Comités de vigilancia para la mortalidad materna, perinatal e infantil.
- Aplicación del trabajo en red intra e interinstitucional.
- Implementación de sistemas de estímulo, reconocimiento y acreditación institucional: ej. Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño.

Los objetivos específicos están principalmente orientados a:

- Mejoramiento de la calidad, integralidad y cobertura de la atención.
- Organización de los servicios y su vínculo con la comunidad.
- Planta física y equipamiento.
- Comunicación social en el área perinatal y hacia la sociedad.



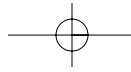
Estas pautas se encuentran ampliadas y bien detalladas, en la "Propuesta para transformar el Modelo de Atención en los Servicios Materno Perinatales", del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.



Declaración de Fortaleza, Brasil. Principios para el cuidado perinatal ¡El nacimiento no es una enfermedad!

Estas 16 recomendaciones de la OMS, tienen por base el principio de que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada; que la mujer tiene un papel central en todos los aspectos de esta atención, incluso participar en el planeamiento, realización y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos para la comprensión e instrumentación de una atención prenatal apropiada (OMS 1985).

- Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que se utilizan en la atención del parto a fin de que cada mujer pueda elegir el que prefiera (deambulación o trabajo de parto horizontal, presencia de familiar, lactancia precoz, etc.).
- Debe darse a conocer entre el público atendido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de parto (porcentaje de cesáreas, de inducciones, episiotomía sistemática, etc.).
- Debe fomentarse la capacitación de Obstétricas Universitarias. Esta profesión deberá encargarse de la atención del embarazo y parto normal, así como del puerperio.
- Las embarazadas no deben ser colocadas en posición horizontal durante el trabajo de parto, se les debe animar a caminar. Cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.
- No se justifica científicamente la ruptura temprana artificial de las membranas por rutina.



- No se justifica el uso rutinario de la episiotomía. Ninguna región geográfica debe tener un índice de episiotomías que supere el 30%.
- No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas preparto.
- Debe evitarse durante el parto, la administración por rutina de fármacos analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.
- No existen pruebas de que la vigilancia electrónica continua del feto durante el trabajo de parto normal tengan efectos positivos en el resultado del embarazo.
- No debe inducirse (iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia. La inducción del trabajo de parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debe tener un índice de trabajos de partos inducidos mayor que el 10%.
- No existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% de los partos sean por cesárea.
- No existen pruebas científicas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior con incisión transversa del segmento inferior. Por lo general, deben favorecerse los partos vaginales después de las cesáreas, donde quiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia.
- El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permite el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido sano justifica la separación de la madre.
- Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de partos.
- Deben identificarse las unidades de atención obstétrica que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento, a fin de que sirvan de modelo para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.
- Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto recién después de una evaluación adecuada.

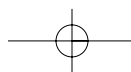
Ley 25.929 "Derechos de padres e hijos durante el nacimiento"

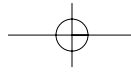
Esta ley fue aprobada por ambas Cámaras del Congreso Nacional Argentino el 25 de agosto de 2004.

"ARTÍCULO 1º: La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación. La obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al programa médico obligatorio.

ARTÍCULO 2º: Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a. A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos, de manera que puedan optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b. A ser tratada con respeto y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad





durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

c. A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

d. Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e. A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f. A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

g. A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

h. A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

i. A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

j. A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

k. A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

ARTÍCULO 3º: Toda persona recién nacida tiene derecho:

a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.

b) A su inequívoca identificación.

c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

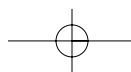
d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquella.

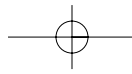
e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

ARTÍCULO 4º: El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.





c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida, siempre que no incida desfavorablemente en su salud.

e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

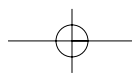
ARTÍCULO 5º: Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación en el ámbito de su competencia; y en las provincias y la Ciudad de Buenos Aires, sus respectivas autoridades sanitarias.

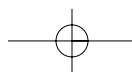
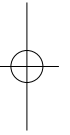
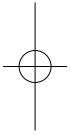
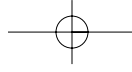
ARTÍCULO 6º: El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de las obras sociales y entidades de medicinas prepagas, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores, y de las instituciones en las que estos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

ARTICULO 7º: La presente ley entrará en vigencia a los sesenta (60) días de su promulgación.

ARTÍCULO 8º: Comuníquese al Poder Ejecutivo."

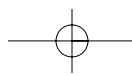
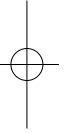
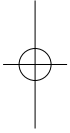
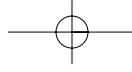
"El respeto por la mujer embarazada y por su hijo antes y después de nacer debería ser la prioridad para una sociedad sana". (Miguel Larguía)

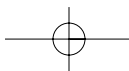






■ Control del parto normal





La OMS considera parto normal a aquél de comienzo espontáneo, que haya cursado un embarazo de bajo riesgo, con una edad gestacional entre 37 y 42 semanas, que no presente complicaciones desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento, con un feto en presentación cefálica y cuya salida se produzca en forma espontánea. Luego de producido el nacimiento, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. (OMS 1996)

●1.- Objetivos

- Asegurar que el parto sea institucionalizado, realizado de manera segura y siguiendo las pautas de Maternidad Centrada en la Familia, evitando el uso rutinario de prácticas y procedimientos que no tengan fundamento científico y la utilización de fármacos innecesarios.
- Permitir el acceso de la persona que la parturienta elija para que realice el apoyo físico y emocional durante el trabajo de parto y parto, siempre que las condiciones lo permitan.
- Respetar el derecho a elegir la posición que le resulte más placentera para parir.
- Respetar su privacidad, confidencialidad y dignidad.
- Lograr que el progreso del parto y la condición materno-fetal se mantengan dentro de límites fisiológicos.
- Fomentar la internación conjunta de la madre y el niño, a fin de fortalecer el vínculo madre-hijo.

●2.- Admisión hospitalaria

Resulta imprescindible que la embarazada concurra al Hospital para realizar la consulta por guardia de Maternidad, munida de la Libreta Sanitaria Materno Infantil y todos los estudios complementarios realizados durante el embarazo.

Debe quedar bien establecido que los estudios pertenecen a la embarazada, por lo tanto no pueden ser retenidos ni en el Centro de Salud, ni en el Hospital.

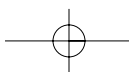
En el momento de la admisión se deberá tener en cuenta si la embarazada tiene Historia Clínica en el Hospital, pues completará de esta manera la información remitida desde el primer nivel.

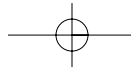
Para ello es necesario que el Hospital establezca el mecanismo que crea más conveniente para asegurar que a cualquier hora del día o de la noche, el profesional tenga acceso a dicha Historia Clínica (Ej.: guardia de admisión del Servicio de Estadística las 24 horas).

Se deberá tener en cuenta que el embarazo, el parto y el período de post parto son eventos claves para la continuidad de la vida y que estas experiencias afectan profundamente a la mujer, al recién nacido y a la familia y tienen efectos importantes y duraderos en la sociedad.

Por ello se recomienda buena predisposición para aceptar la consulta, aún en el caso de creerla innecesaria. Esto facilita poder establecer una buena relación profesional - embarazada - familia si la admisión deriva en internación.

La confianza de la mujer, su capacidad para dar a luz y cuidar a su hijo se ven aumentadas





(Maternidades amigables) o disminuidas (Maternidades expulsoras) por todo el personal que le proporcione o no cuidados, así como por el entorno en donde se produce el parto y el nacimiento.

2.1.- Consulta de admisión

Diagnóstico de Trabajo de Parto

Se hará diagnóstico de trabajo de parto cuando existan:

- Contracciones uterinas persistentes y regulares en reposo, percibidas por la madre o el Equipo de Salud con una frecuencia mínima de 2 contracciones en 10 minutos de más de 30 segundos de duración.
- Dilatación del cuello uterino progresiva en el tiempo y/o mayor o igual a 4 cm.
- Presencia o formación de bolsa de las aguas, cuando las membranas están íntegras.

El inicio de Trabajo de Parto está precedido por una fase de duración variable (período de preparto). Es frecuente que la embarazada consulte en este período. Toda consulta debe ser atendida buscando descartar factores de riesgo que compliquen el resultado perinatal.

Se informará al familiar o acompañante de la evaluación del proceso.

No siempre es posible hacer el diagnóstico de trabajo de parto en la primera consulta. Si hay dudas diagnósticas se debe promover la deambulación durante 60' y evaluar el caso nuevamente.

Evaluación materno-fetal

El orden de las acciones descritas a continuación queda sujeta a las prioridades que cada caso imponga.

Evaluar los antecedentes obtenidos por la anamnesis, valorando el riesgo perinatal y reevaluarlo en cada etapa del proceso.

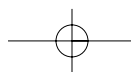
Realizar el análisis de la Libreta Sanitaria, Carnet Perinatal o Historia Clínica Perinatal Base para identificar factores de riesgo y evolución del embarazo.

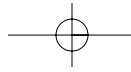
Interrogatorio dirigido a:

- Diagnosticar edad gestacional
- Forma de inicio del trabajo de Parto.
- Horas transcurridas.
- Frecuencia y duración de las contracciones.
- Presencia o antecedente de pérdidas por genitales externos (características de las mismas).

Examen clínico general

- Evaluar signos vitales: Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca materna, Temperatura axilar y rectal.
- Evaluar estado psíquico: lucidez, nerviosismo, hiperemotividad, angustia, etc.





- Estado de hidratación.
- Presencia o no de edemas.

Examen obstétrico de admisión

- Palpación abdominal para determinar volumen uterino, número de fetos, situación, presentación y posición fetal.
- Auscultación fetal, con Pinard o Monitor electrónico, con la determinación de los patrones de contractilidad (tono, frecuencia, intensidad, duración).
- Tacto Vaginal: aséptico y completo evaluando:
 - El canal de parto (canal blando y óseo).
 - Dilatación cervical.
 - Altura y variedad de posición.
 - Valoración en la proporción feto pélvica.
 - El estado de las membranas.

* Se debe hacer hincapié en el hecho de que ante una pérdida de sangre por genitales externos de origen desconocido debe evitarse el tacto vaginal hasta descartar la posibilidad de una placenta previa.

* Constatar todos los datos obtenidos en la historia clínica además de la evolución del trabajo de parto.

* Actualizar si fuera necesario la rutina de laboratorio.

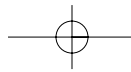
* En aquellas embarazadas que consultan tardíamente al control prenatal o en trabajo de parto y no presentan serología para HIV, se les ofrecerá realizar diagnóstico con test rápido por laboratorio de guardia, permitiendo una intervención terapéutica inmediata. Este test requiere confirmación ulterior por las pruebas habituales (Elisa, Western Blot).

* Confeccionar partograma (curvas de alerta para la dilatación cervical).

●3.- Partograma - Curvas de alerta - Prevención del parto prolongado (Schwarcz 1987, 1991)

La curva de alerta constituye un recurso práctico para evaluar el progreso del parto de un caso individual.

- Marca un límite extremo (percentilo 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo, en una población que incluye el 90% de partos normales.
- Permite alertar precozmente ante aquellos casos que, al traspasar ese límite, están demostrando cierta lentitud que requiere mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia.
- Brinda el tiempo suficiente para permitir la corrección de la anomalía o la referencia oportuna del caso al nivel de complejidad adecuado.



Para la confección de esta curva de alerta se tuvieron en cuenta seis situaciones:

Paridad: nulíparas y múltiparas.

Posición durante el período de dilatación: horizontal 100% en cama o vertical con la parturienta parada, sentada o caminando, 90% a 100% del tiempo de dicha situación.

Estado de las membranas a los 4 a 5 cm de dilatación: rotas o íntegras.

De acuerdo a ello se confeccionaron cinco grupos, ya que se excluyó la posición vertical con membranas rotas.

POSICIÓN	PARIDAD	MEMBRANAS
Vertical	Todas	Íntegras
Horizontal	Múltipara	Íntegras
Horizontal	Múltipara	Rotas
Horizontal	Nulípara	Íntegras
Horizontal	Nulípara	Rotas

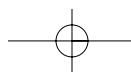
El estudio del comportamiento horario de estos cinco grupos en el proceso de dilatación, permitió establecer cinco patrones normales. Esto permite poder dibujar previamente en la grilla del partograma, la curva de alerta correspondiente a la situación planteada en cada caso en particular.

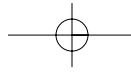
Valores para la construcción de la curva de alerta

POSICIÓN	VERTICAL	HORIZONTAL				
	PARIDAD	Todas	Múltiparas		Nulíparas	
MEMB.OVUL. 4-5 cm	Íntegras	Íntegras	Rotas	Íntegras	Rotas	
	0:15	0:15	0:05	0:30	0:20	De 10 cm a parto
	0:25	0:25	0:10	0:35	0:35	De 9 a 10 cm
	0:35	0:40	0:25	0:40	0:50	De 8 a 9 cm
	1:00	0:55	0:35	1:00	1:05	De 7 a 8 cm
	1:15	1:25	1:00	1:30	1:25	De 6 a 7 cm
	2:10	2:30	2:30	3:15	2:30	De 4-5 a 6 cm

Desde el momento en que la curva de dilatación de la paciente cruce la "línea de Base" (entre 4-5 cm) se marcará la hora "0" de la curva de alerta.

Se eligen en la tabla situada en el ángulo superior izquierdo del partograma (ver figura anterior) los valores horarios correspondientes a la situación planteada por la parturienta, marcando cada centímetro de dilatación en el horario consignado y construyendo así una curva previa dentro de la que deberá transcurrir la de la parturienta.

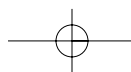
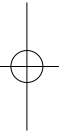
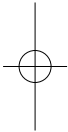
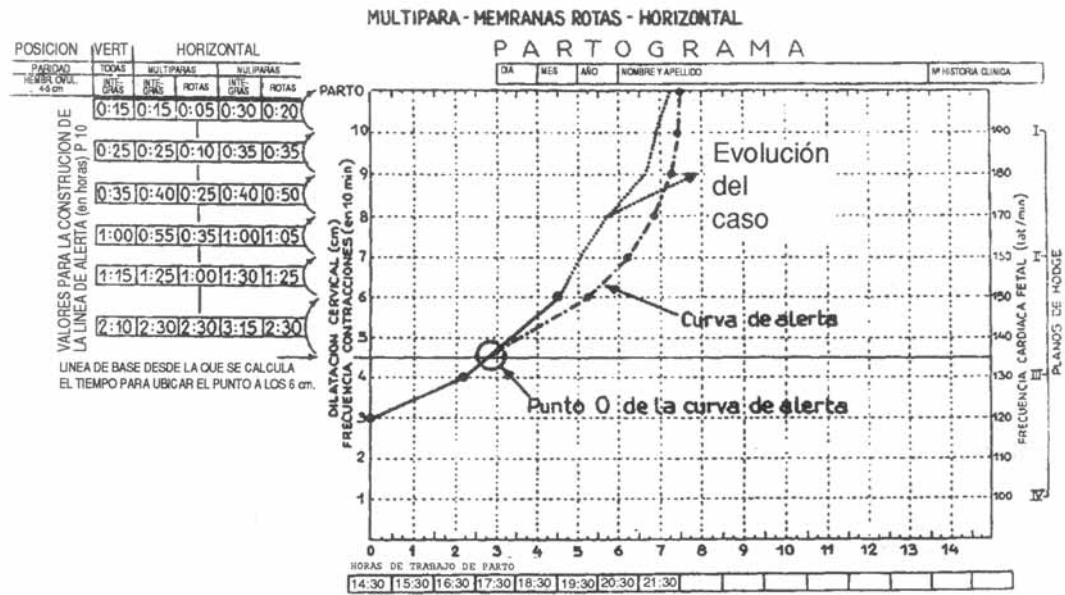


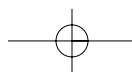
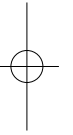
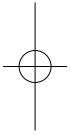
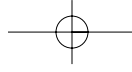


Mientras tanto se seguirán registrando los valores reales de la curva de dilatación comparando su evolución con la curva de alerta.

En caso de modificación de los parámetros (posición o estado de membranas), se comenzará a trazar una nueva curva de alerta con los valores horarios correspondientes a esta nueva situación a partir de la dilatación en que se produjo. Este punto se denomina "punto de cambio".

En un ensayo clínico controlado y aleatorizado la utilización del partograma desarrollado por la OMS redujo la incidencia de parto prolongado mayor a 18 horas y de sepsis puerperal (Kwast 1994).



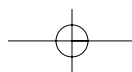
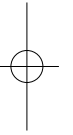
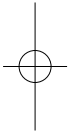
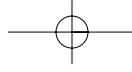


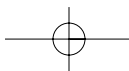


CAPITULO

08

Asistencia de los tres períodos del parto





●1.- Consideraciones para la asistencia del parto

Es preciso recordar que:

- En el 90% de los casos el parto es un proceso normal, natural y saludable. La mujer y el bebé poseen la sabiduría inherente necesaria para el parto.
- Al momento del parto, el bebé es un ser humano alerta y sensible, por lo que debe ser reconocido y tratado como tal.
- Es función indelegable de la Obstétrica (según Propuesta Normativa Perinatal Tomo I y de la OMS), realizar el apoyo psicofísico de la embarazada y la atención y cuidado del trabajo de parto y partos eutócicos o de bajo riesgo.

●2.- Asistencia del período dilatante

Requiere vigilancia continua para evitar desviaciones que afecten el normal desenvolvimiento de la dilatación y descenso de la presentación, así como de la frecuencia cardíaca fetal.

●2.1.- Medidas generales

- Manejar con criterio conservador.
- Deambulación libre si la bolsa está íntegra.
- Se permitirá la ingesta de líquidos azucarados. En algunos centros se prohíbe la ingesta de alimentos y se limita la administración de líquidos durante todo el trabajo de parto. En un ensayo clínico controlado y aleatorizado se demostró que no hubo diferencias en la incidencia de distocias entre las mujeres del grupo sin restricción de alimentos y el asignado al cuidado habitual. Tampoco, hubo diferencias en la incidencia reportada sobre sensación de náuseas o vómitos en este estudio (Tranmer 2005).
- Apoyo psicofísico materno a realizarse por profesional o persona adulta continente. En una revisión sistemática se evaluó esta intervención y se observó que las mujeres que recibieron apoyo personalizado continuo durante el trabajo de parto fueron menos proclives a: recibir analgesia/anestesia regional (6 estudios clínicos, n = 10048; RR= 0.90; IC 95% 0.81 a 0.99); tener partos vaginales instrumentales (14 estudios clínicos; n = 12757; RR = 0.89; IC 95%: 0.83 a 0.96); tener partos por cesárea (15 estudios clínicos, n = 12791; RR = 0.90; IC 95%: 0.82 a 0.99); manifestar insatisfacción o calificar negativamente su experiencia de parto (6 estudios clínicos, n = 9824; RR = 0.73; IC 95%: 0.65 a 0.83); y fueron más proclives a tener partos vaginales espontáneos (14 estudios clínicos; n = 12757; RR = 1.08; IC 95%: 1.04 a 1.13)(Hodnett 2006).
- Incitar a la micción y evacuación intestinal espontáneas.
- No realizar rasurado púbico. En una revisión sistemática se demostró que el rasurado perineal no disminuye la morbilidad febril posparto. Y se demostró que aumenta la colonización de gérmenes gram negativos (Basevi 2007).
- No realizar enema evacuante, en forma sistemática. No se evidenciaron diferencias en las tasas de infección puerperal (OR 0.61, IC 95% 0.36 - 1.04) o neonatal (Cuervo 2007).
- No utilizar venoclisis de rutina, de Dextrosa 5%. La colocación rutinaria de venoclisis con solu-

ciones glucosadas ha sido evaluada en numerosos trabajos (Tarnow-Mordi et al. 1981, Lawrence et al. 1982). El aumento de los niveles de glucosa en la sangre materna se acompañan del aumento de niveles de insulina y esto produce aumento en plasma de los valores de glucosa en el recién nacido y disminución del pH en la sangre arterial en el cordón umbilical. Si la madre recibe más de 25 g de glucosa intravenosa durante el trabajo de parto y parto, se puede producir hiperinsulinismo fetal. Esto puede producir hipoglucemia neonatal y aumentar los niveles de lactato en sangre. El uso excesivo de soluciones endovenosas libres de sales pueden llevar a la hiponatremia, tanto a la madre como al recién nacido.

- No utilizar métodos farmacológicos (ocitócicos, analgésicos, sedantes, espasmolíticos) salvo estricta indicación para corrección de distocia instalada.

●2.2.- Analgesia durante el trabajo de parto

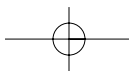
Varias drogas han sido usadas para aliviar el dolor en el parto.

Meperidina: es la más común, pero también se usan derivados de la fenotiazida y las benzodiazepinas. Todas producen un razonable alivio, pero al mismo tiempo ocasionan efectos indeseables en la madre y en el recién nacido (Dickersin 1989). Sobre la madre pueden producir hipotensión, náuseas, vómitos y mareos. Todas las drogas pasan al feto y tienen efectos sobre el recién nacido, desde dificultades en la succión, hipotonía, hasta depresión respiratoria (Mc Allister 1980).

Analgesia epidural: Es ampliamente utilizada como forma de alivio del dolor en el trabajo de parto. En una revisión sistemática se evaluó la analgesia epidural y esta produjo un mejor alivio del dolor que la analgesia no epidural (diferencia de medias ponderada [DMP] -2,60; IC 95%: -3,82 a -1,38). Sin embargo, la analgesia epidural se asoció con un mayor riesgo de parto vaginal instrumental (RR 1,38; IC 95%: 1,24 a 1,53) (Anim-Somuah 2007).

Técnicas no tradicionales: A muchas mujeres les gustaría evitar los métodos farmacológicos o invasivos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y esto puede contribuir a la popularidad de los métodos complementarios para el manejo del dolor. En una revisión sistemática se examinó las pruebas actualmente disponibles, que apoya el uso de tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. Los ensayos de acupuntura mostraron una disminución en la necesidad de alivio del dolor (RR 0,70; IC 95%: 0,49 a 1,00). En las mujeres a las que se les enseñó autohipnosis disminuyó la necesidad de analgesia farmacológica (RR 0,53; IC 95%: 0,36 a 0,79), incluida la analgesia epidural (RR 0,30; IC 95%: 0,22 a 0,40) y estaban más satisfechas con su tratamiento del dolor durante el trabajo de parto, en comparación con los controles (RR 2,33; IC 95%: 1,15 a 4,71). (Smith 2007)

- Durante y después del tacto vaginal, preservar la intimidad de la embarazada.
- Evitar exámenes vaginales repetidos o frecuentes.
- Recurrir a lo enseñado en las clases de Preparación Integral para la Maternidad, si la embarazada asistió al curso.
- Impartir los conocimientos necesarios, a aquellas que no asistieron al Curso de Preparación Integral para la Maternidad.
- Dar a la paciente y familiares tantas explicaciones e información como deseen.
- Permitir la participación en el parto de la pareja o familiar continente, cuando las condiciones lo permitan.
- Posición materna: tiene efecto manifiesto sobre las contracciones uterinas. En decúbito dorsal,



la frecuencia es mayor y su intensidad menor. En posición de pie, sentada o deambulando la intensidad es aún mayor. En decúbito lateral, la frecuencia disminuye y la intensidad suele incrementarse. Diversos estudios demostraron que cuando se permite libertad de movimientos a la parturienta se requiere menos analgesia (Hemminki 1983, Melzack 1991). No hay evidencia concluyente que apoye a incentivar la posición supina durante el primer período del trabajo de parto. La única excepción es cuando las membranas están rotas y la cabeza fetal está móvil. Si las membranas están rotas y la cabeza está descendida se debe ofrecer libertad de movimiento.

●2.3.- Guía de vigilancia de la evolución del primer período del trabajo de parto

- Control de la dilatación cervical, relacionándola con el tiempo de evolución del trabajo de parto.
- Control de las características de las contracciones uterinas: Frecuencia, tono, intensidad y duración, vigilando que las mismas sean acordes a la dilatación existente.
- Auscultación de Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF), deberá realizarse cada 15 minutos, entre contracciones, en su acmé y en la fase de relajación de las mismas. La FCF normal oscila entre 120 y 160 latidos por minuto en situaciones basales. Se sigue recomendando la auscultación intermitente, dado que la monitorización continua no ha demostrado mayores beneficios en el resultado perinatal e incrementa el índice de cesáreas.
- Estado de las membranas: Se sugiere no realizar la amniotomía rutinaria antes de los 6 cm, ya que no existe evidencia de que esta práctica modifique los tiempos de evolución del trabajo de parto. De producirse espontáneamente o en forma artificial la parturienta deberá permanecer acostada en decúbito indiferente o lateral izquierdo.
- Evaluación del descenso de la presentación.

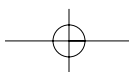
Dejar constancia escrita en la Historia Clínica de cada control y confeccionar partograma.

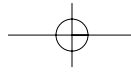
●3.- Asistencia del período expulsivo

Traslado o acompañamiento de la parturienta a Sala de Partos, con dilatación completa (en el caso de las nulíparas o completable (en el caso de las múltiparas) y necesidad espontánea de pujar.

●3.1.- Preparación para el período expulsivo

- Ambientación de la estructura física de Sala de Partos (asepsia, temperatura adecuada: 24°C, circulación restringida, etc.).
- Posición de la paciente de acuerdo a la modalidad optada por ella: posición ginecológica o semi-sentada (cama de partos con respaldo en ángulo 110-120° con apoya pie o posición con respaldo a 90°). El uso de cualquier tipo de posición lateral o vertical, en comparación con las posiciones supina o de litotomía, se asoció con: disminución en la duración del período expulsivo del trabajo de parto (promedio 4,29 minutos, IC 95%: 2,95 a 5,64 minutos), una reducción en los partos asistidos (RR 0,84, IC 95%: 0,73 a 0,98); una reducción en las episiotomías (RR 0,84, IC 95%: 0,79 a 0,91); un aumento en los desgarros perineales de segundo grado (RR 1,23, IC del 95%: 1,09 a 1,39); un aumento en la pérdida sanguínea estimada mayor de 500 ml (RR 1,68, IC 95%:





1,32 a 2,15); se redujo el informe de dolor intenso durante el período expulsivo del trabajo de parto (RR 0,73, IC 95%: 0,60 a 0,90); menos patrones de frecuencia cardiaca fetal anormal (RR 0,31, IC 95%: 0,08 a 0,98)(Gupta 2006).

- Corte con tijera del vello pubiano de considerarlo necesario.
- Asepsia y antisepsia de la región pudenda y perineal.
- Colocación de campos estériles (subglúteos y pierneras).
- Acceso venoso permeable.
- Preparación de la mesa con material adecuado: gasas pequeñas y medianas, pinzas de Kocher (mínimo 3), tijera, pinza diente de ratón, porta agujas, aguja redonda y triangular de distintas curvaturas, material de sutura Catgut simple y cromado 1 o 2.
- Tener siempre en el ámbito de Sala de Partos a disponibilidad una caja de examen de canal de parto y cuello uterino conteniendo espéculos, clamps de cuello uterino, valvas, pinza de Foester, porta agujas largo, etc. y caja de fórceps.

●3.2.- Controles durante el período expulsivo

Dinámica uterina: la misma no debe ser inferior a 5 contracciones en 10' de 45 segundos de duración. Verificar también la efectividad del pujo.

Progreso del descenso y rotación de la presentación.

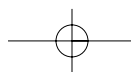
Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) se debe auscultar después de cada contracción: la compresión de la cabeza fetal cuando ésta se encuentra profundamente encajada puede provocar una bradicardia refleja que no suele ser inferior a 100 latidos por minuto. Una frecuencia cardíaca fetal constante inferior a 80-90 latidos por minuto entre pujos debe ser tomada como un signo de alerta.

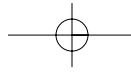
Adecuada ventilación y relajación materna: debe ser asegurada entre contracciones.

Control de signos vitales de la parturienta si los mismos pudieran ser inestables. (T/A, FC materna).

●3.3.- Atención del período expulsivo

- Apoyo psicofísico del equipo de salud asistente durante todo el período expulsivo.
- Lavado de manos y vestimenta adecuada previa a la realización del parto.
- Confirmación mediante tacto vaginal de dilatación completa y presentación ubicada entre III y IV plano de Hodge.
- Pujo espontáneo, no forzarlos ya que provoca agotamiento materno.
- Durante este período, corrección de la dinámica uterina, de ser necesario (hipodinamia, pujo ineficaz) con ocitocina.
- En primíparas y en caso de que exista riesgo de desgarros (periné excesivamente distendido, adelgazado con inminencia de rotura) realizar episiotomía media lateral.





- Realizar protección perineal durante el desprendimiento de la presentación. La misma puede realizarse mediante la tradicional maniobra de Ritgen, recomendada en varios libros de textos de Obstetricia tradicional.

- Actualmente algunos autores recomiendan la política de acompañamiento unimanual del desprendimiento de la cabeza fetal (hand poised). En un ensayo clínico aleatorizado fue evaluada dicha intervención, pero con respecto al punto final del trabajo que fue la tasa de desgarros totales, no fue estadísticamente significativa entre ambos grupos. Aunque sí hubo una reducción no significativa del desgarro de tercer grado y de la tasa de episiotomía en el grupo hand poised (Mayerhofer 2002). Otros piensan que no tocar la cabeza fetal ni presionar el periné (hand off) es mejor que protegerlo y presionar la cabeza fetal (hand on). Un estudio controlado multicéntrico comparando estas dos actitudes demostró un ligero incremento del dolor en el grupo no intervencionista (hand off), no habiendo diferencia entre los dos grupos respecto al riesgo de trauma perineal (Kettle 2000).

- Realizar masaje perineal. El estiramiento y masaje del periné durante el parto ha sido promovido como una forma de relajación sobre el periné y posiblemente la forma de prevenir el desgarro y la necesidad de realizar una episiotomía. En una revisión sistemática se evaluó la utilización de la misma (Beckmann 2007). Esta se asoció con una reducción general de la incidencia del traumatismo que requiere sutura (RR 0,91, IC del 95%: 0,86 a 0,96, NNT 16). Las mujeres que realizaron un masaje perineal tuvieron menor probabilidad de requerir una episiotomía (RR 0,85, IC 95%: 0,75 a 0,97, NNT 23).

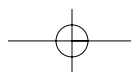
- Evitar la episiotomía rutinaria. En una revisión sistemática se evaluaron los resultados de la episiotomía rutinaria versus la restrictiva (Carroli 2007). La episiotomía restrictiva en comparación con el uso rutinario se asocia con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior (RR: 0,88; IC 95%: 0,84 a 0,92), de la necesidad de sutura (RR: 0,74; IC 95%: 0,71 a 0,77); y menos complicaciones en la cicatrización (RR: 0,69; IC 95%: 0,56 a 0,85). El uso restrictivo de la episiotomía se asoció con un mayor riesgo de trauma perineal anterior. No hubo diferencias en el riesgo de trauma vaginal o perineal severo; incontinencia urinaria; o medidas relacionadas con dolor severo.

- Desprendida la cabeza y efectuada la rotación espontánea, limpieza discreta de mucosidades; liberación por deslizamiento de circular de cordón (de presentarse). Si la tensión no lo permite, seccionar entre 2 pinzas Kocher y cortar.

- Tomar la cabeza entre las dos manos, tracción suave hacia abajo (desprendimiento hombro anterior) luego hacia arriba (desprendimiento hombro posterior).

- Sujetar con una mano luego del descenso del hombro, al neonato.

- Clampeo del cordón umbilical: en la actualidad el momento del clampeo del cordón umbilical en la asistencia del trabajo de parto es controversial. En la práctica cotidiana el pinzamiento o clampeo del cordón umbilical se realiza en los primeros 10-15". El clampeo demorado, no antes del minuto de vida o cuando cesan las pulsaciones, fue el procedimiento usual durante miles de años. No obstante, el tiempo del clampeo ha sido motivo de controversia en los últimos 200 años. Con el clampeo entre 1 y 3 minutos el RN recibe de 80 a 100 ml de sangre, que se transfiere desde la placenta. Este volumen podría contener 40 a 50 mg de hierro (Yao 1971). Los mayores depósitos de Fe al nacer se correlacionan con los existentes a los 6, 9 y 12 meses de vida. Esto podría reducir el déficit de Fe en el lactante. No obstante, predomina la creencia de que el clampeo demorado produce trastornos y es de riesgo para el RN. Los perjuicios más frecuentes serían: policitemia sintomática, hiperbilirrubinemia y problemas respiratorios, todos a causa de la transfusión placentaria. Los efectos sobre la madre han sido evaluados en algunos estudios (Botha 1968, Nelson et al. 1980) y no hay evidencias que el tiempo de clampeo del cordón tenga efectos indeseables sobre la incidencia de hemorragia pos-parto OR 1.22 IC 95%



(0.42-3.53), ni sobre la transfusión feto-materna.

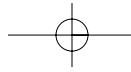
Esta intervención ha sido evaluada en numerosos ensayos clínicos controlados y aleatorizados en recién nacidos de término (Nelson 1980, Oxford Midwives 1991, Geethanath 1997, Gupta 2002, Emhamed 2004, Ceriani Cernadas 2006, Chaparro 2006). En los dos últimos estudios se observó un efecto protector en la anemia del recién nacido. En el estudio de Ceriani Cernadas, el efecto protector sobre el punto final de anemia neonatal (interpretada como el hematocrito neonatal menor a 45% a las 48 horas) fue una reducción de riesgo de 75% (RR 0.25, IC 95%: 0.02 a 0.75). En el ensayo de Chaparro; a los 6 meses de edad, los niños que recibieron un clampeo tardío del cordón umbilical presentaron un mayor volumen corpuscular medio (81.0 fL vs 79.5 fL, $p=0.001$), ferritina (50.7 $\mu\text{g/L}$ vs 34.4 $\mu\text{g/L}$, $p=0.0002$), y hierro corporal total. El efecto del retraso en el clampeo del cordón umbilical fue superior en los recién nacidos de madres con niveles de ferritina bajo en el momento del parto, recién nacidos no alimentados con fórmula o leches suplementadas con hierro y en recién nacidos con un peso entre 2500gr y 3000gr. Un retraso en dos minutos del clampeo del cordón umbilical se asoció con un incremento en los depósitos de hierro en alrededor de 27-47 mg. En recién nacidos pretermino se evaluó esta intervención en una revisión sistemática (Rabe 2006). El máximo retraso en el clampeo del cordón fue de 120 segundos. El clampeo tardío del cordón umbilical comparado con el clampeo precoz se asoció con menos transfusiones por anemia (RR: 2.01, IC 95%: 1.24 a 3.27) o presión arterial baja (RR: 2.58, IC 95%: 1.17 a 5.67) y menor hemorragia intraventricular (RR: 1.74, IC 95%: 1.08 a 2.81).

- Se recomienda el contacto piel a piel de la paciente con el recién nacido, ya que favorece el inicio y la duración de la lactancia. Esta intervención fue evaluada en una revisión sistemática cuyos resultados fueron los siguientes: se observaron efectos positivos estadísticamente significativos del contacto temprano piel a piel en la lactancia a partir de uno a tres meses después del nacimiento (OR 2.15; IC 95%: 1.10 a 4.22) y en la duración de la lactancia (diferencia ponderada de las medias [DPM] 41.99; IC 95%: 13.97 a 70.00) (Anderson 2006).

- Identificación del recién nacido (impresión plantar o digitopalmar del niño asociada con la impresión digital materna), por personal capacitado. De no contar con el mismo, la identificación la realizará la persona que asiste el parto, colocando una pulsera identificatoria al recién nacido y a su madre. Igual consideración es válida para los prematuros extremos.

- Entrega del niño al Neonatólogo o Pediatra, para su atención, evaluación y tratamiento.





●4.- Asistencia del período de alumbramiento

Período del parto durante el cual se eliminan al exterior la placenta y las membranas ovulares.

Comprende:

- Desprendimiento placentario mediante la actividad contráctil uterina.
- Desprendimiento de las membranas ovulares.
- Descenso de la placenta.
- Expulsión placentaria.

●4.1.- Asistencia del Alumbramiento

Alrededor de 515.000 mujeres mueren cada año durante el parto, principalmente en los países en vías de desarrollo. Una proporción sustancial de estas muertes se debe a la hemorragia postparto (OMS 2004). La hemorragia postparto es una de las principales causas de mortalidad materna; la mayoría de los casos ocurre en países en desarrollo (Kwast 1991). En la Provincia de Buenos Aires la hemorragia posparto fue la causa de alrededor del 20% de las muertes maternas de causa obstétrica directa (Dirección de Información Sistematizada.). Por lo tanto la asistencia adecuada de este periodo constituye una prioridad.

En la actualidad existen dos tendencias en el manejo del alumbramiento: la conducta expectante y el manejo activo.

●4.1.1.- Manejo o conducta expectante

Esta técnica contempla la intervención activa en caso de aparecer signos que indiquen una evolución anormal del período del alumbramiento, como una pérdida hemática excesiva, por ejemplo.

- Período de expectación máxima: 30 minutos después de la hora del nacimiento. Pasado este lapso se considerará la necesidad de realizar un alumbramiento manual.
- Vigilar facies y pulso maternos, la cantidad de las pérdidas hemáticas (normales de 300-500 ml.), y las variaciones del tamaño uterino (al final de la expulsión fetal la altura uterina está a nivel umbilical; durante el desprendimiento placentario la misma se eleva, ubicándose por fin a 2 traveses de dedo por debajo del ombligo cuando la placenta está en vagina).
- Evaluar los signos de desprendimiento espontáneo de la placenta: presencia de pérdida hemática, descenso espontáneo de la pinza de Kocher que clampea el extremo materno del cordón umbilical, etc.
- Observar método de desprendimiento Baudeloque-Schultze o Baudeloque Duncan.
- Actuar solo cuando se hayan comprobado todos los signos de desprendimiento espontáneo de la placenta.
- Impedir que la placenta caiga por su propio peso.
- Realizar la extracción retorciéndola sobre su eje o sosteniéndola con la mano mientras se eleva el útero sobre el pubis.

- Corroborar la constitución del Globo de seguridad de Pinard (retracción del útero, garantía de hemostasia).
- Controlar la actividad contráctil que es determinante de ese período.

●4.1.2.- Conducta activa

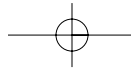
La conducta activa incluye un grupo de intervenciones como:

- Uso profiláctico de ocitocina o derivados del cornezuelo de centeno para favorecer la retracción uterina. En una revisión sistemática se evaluaron el uso profiláctico de ocitocina en el alumbramiento en comparación con el uso de ningún uterotónico (Cotter 2006), para la prevención de la hemorragia postparto. Se demostraron los siguientes beneficios: reducción en la pérdida de sangre superior a 500 ml (RR: 0.50; IC del 95%: 0.43 a 0.59] y la necesidad de usar ocitócicos terapéuticos [RR: 0.50; IC 95%: 0.39 a 0.64). Las prostaglandinas se han utilizado para la hemorragia postparto principalmente cuando fallan otros métodos. Se ha sugerido la utilización de misoprostol, un análogo nuevo y de bajo costo de la prostaglandina E1, como alternativa para el manejo de rutina del alumbramiento. En una revisión sistemática se observó que la administración de misoprostol oral (600 mcg) muestra un índice mayor de pérdida de sangre = 1000 ml., en comparación con los uterotónicos convencionales inyectables (RR 1.34; IC 95%: 1.16 a 1.55) (Gülmezoglu 2006). Los principales efectos secundarios del misoprostol son los temblores y el aumento de la temperatura corporal (> 38° C), y están relacionados con la dosis administrada. Cuando se las compara con los uterotónicos inyectables convencionales, las prostaglandinas inyectables se asocian a una disminución en la pérdida media de sangre en el alumbramiento (diferencia ponderada de las medias: -70 ml, IC 95%: -73 a -67 ml), pero tienen más efectos secundarios.
- El pinzamiento y corte temprano del cordón umbilical.
- La tracción controlada del cordón para la expulsión de la placenta.
- El masaje uterino

Estas intervenciones, la conducta activa y la expectante, fueron evaluadas en una revisión sistemática (Prendiville 2006). Al comparar la conducta expectante versus la activa, se observó que la conducta activa estaba asociada con la disminución de los siguientes riesgos: pérdida de sangre materna (diferencia ponderada de las medias: -79.33 mililitros; IC 95%: -94.29 a -64.37); hemorragia puerperal de más de 500 mililitros (RR: 0.38; IC 95%: 0.32 a 0.46); alumbramiento prolongado (diferencia ponderada de las medias: -9.77 minutos; IC 95%: -10.00 a -9.53). La conducta activa se asoció con un mayor riesgo de náuseas en la madre (RR 1.83; IC 95%: 1.51 a 2.23), vómitos y aumento de la presión arterial (probablemente debido al uso de ergometrina). No se evidenciaron ventajas ni desventajas para el recién nacido.

●4.2.- Examinar placenta y membranas

- Evaluar la ubicación del orificio de rotura (debe estar a no menos de 10 cm. del borde placentario).
- Reconstrucción de la bolsa para evaluar al expulsión íntegra de las membranas.
- Examinar la placenta de ambas caras, evaluando la integridad de la misma o la presencia de defectos que sugieran la retención de restos.



●4.3.- Evaluar integridad del canal del parto

- Sutura de cierre o episiorrafia por planos con anestesia local: deberá utilizarse el mejor material disponible para la reparación del periné. Se realizaron ensayos clínicos controlados y aleatorizados evaluando las diferencias entre los distintos materiales. Los mismos fueron incluidos en una revisión sistemática (Kettle 2007), En comparación con el catgut, los grupos con sutura con ácido poliglicólico tuvieron menos dolor en los primeros 3 días (OR 0.62, IC 95% 0.54 a 0.71). También se observó una menor necesidad de analgesia (OR 0.63, IC 95% 0,52 a 0.77) y menos dehiscencia de las suturas (OR 0.45, IC 95% 0.29 a 0.70). No se encontraron diferencias en lo que respecta al dolor a largo plazo. No se encontraron diferencias en la magnitud de la dispareunia experimentada por las mujeres. También se han evaluado la reparación con suturas continuas versus la sutura con puntos separados para la reparación del periné (Kettle 2007). En comparación con las suturas interrumpidas, la técnica de reparación del periné con suturas subcuticulares continuas se asocia a menos dolor hasta los 10 días posteriores al parto (odds ratio 0.68, IC del 95% 0.53 a 0.86). No se observó ninguna diferencia en la necesidad de analgesia, necesidad de nueva sutura de la herida o en la dispareunia. En base a un solo ensayo, no hubo ninguna diferencia en el dolor a largo plazo y la imposibilidad de reasumir las relaciones sexuales sin dolor dentro de los tres meses del parto.

- Revisar la hemostasia de la sutura y descartar la existencia de otras laceraciones o desgarros que requieran reparación.

- Revisar el canal del parto en busca de hematomas y/o gasas que puedan haber quedado en el interior del mismo.

- Lavado minucioso de genitales externos.

- En Sala de Partos se deben controlar sistemáticamente la pérdida hemática por genitales externos, la altura o retracción uterina y los signos vitales maternos.

●4.4.- Asistencia del post-alumbramiento

Comprende las tres horas siguientes al parto.

Durante este período, en condiciones de normalidad, la madre y el recién nacido deben estar juntos a fin de establecer el vínculo temprano, debiéndose estimular el amamantamiento precoz.

Es importante recordar que la lactancia materna estimula la liberación de ocitocina, y que las contracciones uterinas que provoca reducen el sangrado postparto.

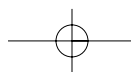
Cuando las condiciones sean estables, deberán controlarse en forma horaria:

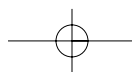
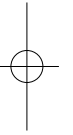
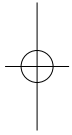
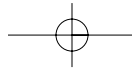
- Tensión arterial y pulso materno.

- Globo de Seguridad de Pinard.

- Pérdidas hemáticas.

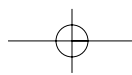
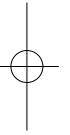
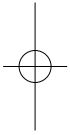
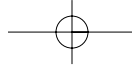
- Episiorrafia.







Control del Puerperio normal



Puerperio es el período que transcurre después del período placentario hasta los 42 o 45 días posteriores al parto, en donde se producen una serie de modificaciones anatómicas y funcionales que por un proceso de involución, restituyen a la mujer a su estado anterior al parto, a excepción de la glándula mamaria que adquiere mayor desarrollo al prepararse para la lactancia. No obstante en la Versión 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) lo extiende hasta los 364 días cumplidos.

Se lo clasifica en:

Puerperio inmediato: Comprende las primeras 24 horas posteriores al parto y transcurre habitualmente durante la internación de la grávida.

Se controlará diariamente hasta el alta:

- Signos vitales: temperatura, pulso y tensión arterial.
- Involución uterina (a razón de 2 cm por día).
- Loquios: características, cantidad y olor de los loquios.
- Diuresis espontánea y catarsis.
- Valorar la presencia de edemas, várices (descartar flebitis).
- Estado de las mamas, descenso del calostro o secreción láctea.

De haber cursado un parto normal, en general, no es necesaria la administración de retractores uterinos orales (Andersen B, 1998).

En caso de dolor o inflamación perineal se utilizarán analgésicos orales, y de ser necesario, se aplicará hielo local intermitente.

Se administrará la vacuna doble viral (rubéola y sarampión) a todas las puérperas. Recordar que quedan excluidas las pacientes HIV positivas.

Se aprovechará para realizar promoción de la Lactancia Materna (posiciones, beneficios de la lactancia materna exclusiva, libre demanda etc.). En la revisión sistemática realizada por Dyson, se incluyeron cinco estudios clínicos en los que mostraron que la educación sobre lactancia tuvo un efecto significativo en el aumento de las tasas de inicio en comparación con la atención de rutina (RR 1.53, IC 95% 1.25 a 1.88) (Dyson 2006).

Se continuará brindando información sobre anticoncepción y planificación familiar. Antes del alta hospitalaria se dejará establecido el contacto de la puérpera con el consultorio de planificación familiar del hospital donde fue asistida o del centro de primer nivel donde controló su embarazo.



El alta hospitalaria de un parto vaginal, con condiciones físicas y emocionales maternas adecuadas, se realizará a las 48 horas postparto. No obstante, en una revisión sistemática que evaluó el alta hospitalaria temprana versus la conducta habitual se concluyó que no existe evidencia de resultados adversos asociados con las políticas de alta postnatal temprana, pero se necesitan más estudios para confirmarlo (Brown 2006).

Puerperio mediato: Corresponde a los primeros siete días posteriores al parto, por ello se recomienda que el primer control puerperal se realice en este período.

La puérpera de bajo riesgo será referenciada al Centro de origen, a fin de que el profesional realice:

- Control de salud materna que comprende:
 - * Estado general (facies, conjuntivas, edemas, várices, reacciones psico-emocionales).
 - * Pulso, temperatura, peso y tensión arterial.
 - * Examen abdominal (involución uterina).
 - * Examen anoperineovulvar (genitales externos, episiorrafia, loquios).
 - * Examen mamario (evaluación de la evolución del proceso de lactancia).
 - * Evaluación de diuresis y catarsis.
 - * Evaluación de pautas alimentarias maternas.
- Registro en la Historia Clínica la fecha y forma de terminación del embarazo, peso del recién nacido etc.,
- Promoción de la Lactancia Materna.
- Consejería sobre anticoncepción y derivación al Consultorio de Salud Sexual y Procreación Responsable, si lo hubiera, o al profesional encargado de dicho programa.

Puerperio alejado: se extiende hasta los 45 días posteriores al parto o hasta la reaparición menstrual, siempre que esté comprendida en este lapso.

En este período se recomienda el 2º control puerperal, con el objeto de evaluar la evolución de la salud materna y brindar asesoramiento sobre Salud Reproductiva y Procreación Responsable, con el objetivo claro de lograr un período intergenésico adecuado y la consulta preconcepcional previa a un nuevo embarazo.

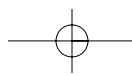
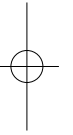
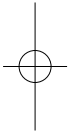
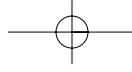
Puerperio tardío: abarca desde los 45 días siendo de duración variable ya que está asociado a la lactancia materna.

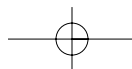


Se debe reforzar el concepto de la prevención en el cuidado de la salud, recordando la necesidad de los controles para la prevención del cáncer genito mamario e informando acerca de los beneficios de la planificación familiar.



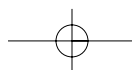
Metas en Perinatología





METAS DEL PLAN FEDERAL DE SALUD	SITUACIÓN DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES 2005	FUENTE
Lograr en 4 años que las jurisdicciones con un tasa de mortalidad materna por debajo de la media nacional en 2002 reduzcan en un 50% su diferencia respecto a la jurisdicción con la tasa más baja.	2,6%	Dirección de Información Sistematizada
Lograr que las tasas de mortalidad neonatal e infantil del país disminuyan en un 25% del año 2002 y que ambas tasa no superen en ninguna jurisdicción los respectivos valores de los promedios nacionales del año 2002.	Neo: 8,3 Infantil: 12.9	Dirección de Información Sistematizada
Eliminar en 4 años el tétanos neonatal y la sífilis congénita en todas las jurisdicciones.	s/d	SIP 2° Nivel de atención
Lograr en 4 años el mantenimiento de la lactancia materna hasta el 6° mes en un 35% de los niños y en forma exclusiva hasra el 4° mes en un 45%	48.5%	Encuesta provincial de Evaluación de la Meta de Lactancia Materna
Disminuir en 4 años la tasa de fecundidad adolescente del país en al menos un 10% respecto al año 2002.	25%	SIPA 1° nivel de atención
Lograr en 4 años que al menos el 60% de las mujeres embarazadas haya tenido un primer control precoz (durante el primer trimestre).	41%	SIPA 1° Nivel de atención
Reducir en 4 años un 30% la prevalencia de anemia por déficit de hierro en la mujer embarazada.	23.5%	SIPA - 1° Nivel de atención (Datos del 74% de las embarazadas bajo programa)

Además de dichas metas el Programa Materno Infantil adhirió a las correspondientes al Pacto Federal en favor de la Madre y el niño, (1997 - 2000), adecuándolas a la realidad sanitaria de la Provincia de Buenos Aires, detallando a continuación aquellas que faltan cumplir.



Asegurar un mínimo de 5 controles prenatales al 80% de las embarazadas.	55%	SIPA - 1° Nivel de atención
Virtual eliminación de la desnutrición severa en las embarazadas	Enflaquecidas 22% Sobrepeso y Obesas 28%	SIPA - 1° Nivel de atención (Tabla de Atalah y col.)
Asegurar un control post-natal a los 10 días del parto al 70% de las púerperas.	31% a los 10 d. 52% tienen control puerperal dentro de los 45 días	SIPA - 1° Nivel de atención
Reducir a menos de 7% la prevalencia de bajo peso al nacer.	8%	Encuesta Antropométrica del Recién Nacido

Los datos del SIPA 2005, corresponde a los suministrados por las profesionales Obstétricas que desempeñan funciones en el 1° nivel de atención en 25 municipios del Conurbano Bonaerense y Región XI.

RS. V: Escobar, Pilar, San Fernando, Tigre y Zárate.

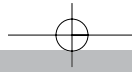
RS. VI: A.Brown, Avellaneda, Berazategui, E. Echeverría, Ezeiza, F. Varela, Lanús, L. de Zamora y Quilmes.

RS. VIIA: 3 de Febrero, Ituzaingó, La Matanza y Morón.

RS. VIIB: Merlo y Luján.

RS. XI: Berisso, Brandsen, Ensenada, La Plata y San Vicente.

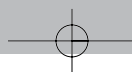
Si bien se reconoce un sesgo en esta información, debido a que no corresponde a la totalidad de los municipios que integran dichas Regiones Sanitarias y teniendo en cuenta la densidad de población de las regiones mencionadas y que en ellas reside el 81,28% de los recién nacidos de la Provincia de Buenos Aires, creemos que dan un panorama de la situación de dichos indicadores.

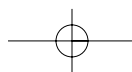
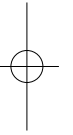
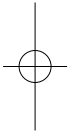
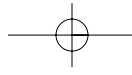


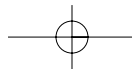
CAPITULO

11

Indicadores de calidad



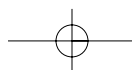




Los indicadores que a continuación se detallan permiten realizar un diagnóstico de situación de la calidad de los servicios de salud que prestamos a nivel local. Para que estos indicadores cobren significado deben compararse con un estándar de referencia que puede ser provincial, nacional o internacional.

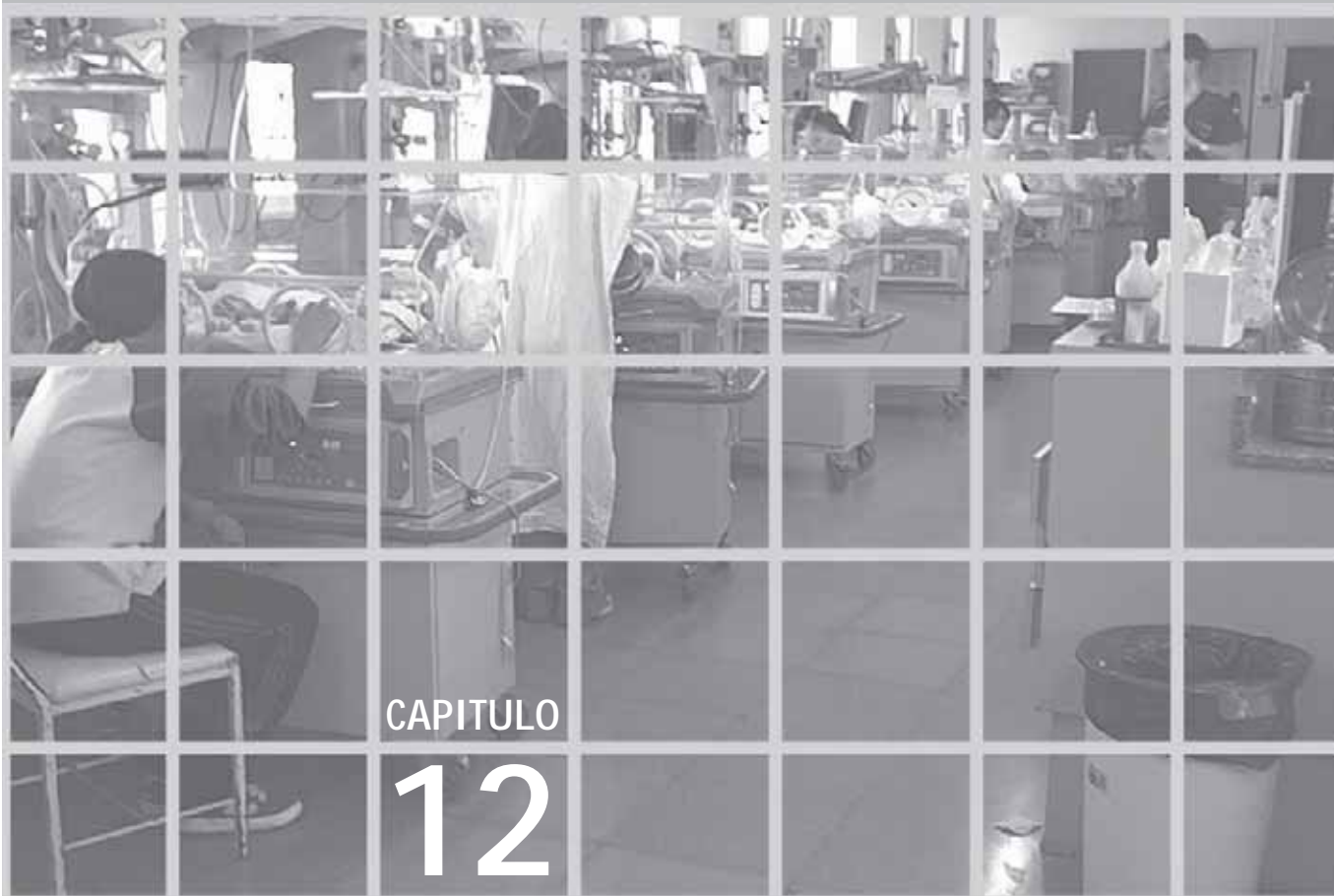
Del control prenatal

INDICADOR	CONSTRUCCIÓN	FUENTE
Cobertura Obstétrica	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de embarazadas bajo programa}}{\text{total de la pob. de emb. del Area Prog.}} \times 100$	SIPA/SIP
Tasa de captación precoz (Embarazadas captadas antes de las 14 semanas)	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de emb. captadas antes de 14 sem.}}{\text{total de embarazadas bajo programa}} \times 100$	SIPA/SIP
Tasa de Adecuación del número de controles	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de emb. con 5 o más cont. Prenatales}}{\text{total de embarazadas bajo prog. SIPA/SIP}} \times 100$	SIPA/SIP
Cobertura de vacunación durante el embarazo	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de emb. con vacunación dta comp.}}{\text{total de embarazadas bajo programa}} \times 100$	SIPA/SIP
Embarazadas VDRL +	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de embarazadas con VDRL +}}{\text{total de embarazadas bajo program}} \times 100$	SIPA/SIP
Embarazadas testeadas para VIH	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de embarazadas testeada. para VIH}}{\text{total de embarazadas bajo programa}} \times 100$	Dpto. de Enferm. Transmis.
Embarazadas con hemoglobina testeada en primero, segundo y tercer trimestre	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de emb. testeada. con Hb 1}^\circ, 2^\circ \text{ y } 3^\circ}{\text{total de embarazadas bajo prog. SIPA/SIP}} \times 100$	SIPA/SIP
Embarazadas anémicas Hb < 11 mg/dl	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de embarazadas anémicas}}{\text{total de embarazadas bajo programa}} \times 100$	SIPA/SIP
Embarazadas con control serológico para Chagas +	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de emb. con serología de Chagas +}}{\text{total de embarazadas bajo programa}} \times 100$	SIPA/SIP
Patologías captadas durante el control prenatal Discriminar para hta, diabetes gestacional	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de emb. con patología en el emb.}}{\text{total de embarazadas bajo programa}} \times 100$	SIPA/SIP

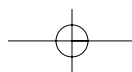
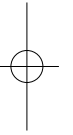
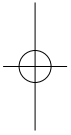
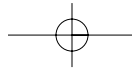


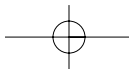
De la atención del parto y puerperio

INDICADOR	CONSTRUCCIÓN	FUENTE
% Episiotomías	$\frac{\text{n}^\circ \text{total de episiotomías}}{\text{n}^\circ \text{total de partos vaginales}} \times 100$	SIP
% Cesáreas	$\frac{\text{n}^\circ \text{de partos con cesárea}}{\text{total de partos asistidos}} \times 100$	SIP
% de partos inducidos	$\frac{\text{n}^\circ \text{de partos inducidos}}{\text{total de partos asistidos}} \times 100$	SIP
Cobertura de vacunación durante el puerperio	$\frac{\text{n}^\circ \text{de emb. con vacunación dviral}}{\text{total de embarazadas bajo proa. SIPA/SIP}} \times 100$	SIPA/SIP
% de puérperas con asesoramiento en Lactancia Materna	$\frac{\text{n}^\circ \text{de puérperas con asesor. en L.M.}}{\text{total de partos asistidos}} \times 100$	SIP/SIPA
% de puérperas con asesoramiento en Procreación Responsable	$\frac{\text{n}^\circ \text{de puérperas con asesor. en MAC}}{\text{total de partos asistidos}} \times 100$	SIP/SIPA



Mortalidad y sus tasas





●1.- Definiciones relacionadas con la Mortalidad materna

Mortalidad materna por causa obstétrica: es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Pueden subdividirse en dos grupos:

- Defunciones obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio debido a intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o a una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
- Defunciones obstétricas indirectas: son las que resultan de enfermedades existentes desde antes del embarazo o enfermedades que evolucionaron durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

La defunción materna tardía: es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días del parto pero antes de un año de la terminación del embarazo.

Mortalidad materna por causa no obstétrica: es la muerte que resulta de causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo o su atención (ej. La ocurrida en una gestante luego de un accidente de tránsito).

- Este registro no será incorporado en la construcción de las tasas de mortalidad materna.

●2.- Definiciones relacionadas con la mortalidad infantil

Nacido Vivo: es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre prescindiendo de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de tal separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimiento efectivo de músculos voluntarios, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no unida la placenta; cada producto de tal alumbramiento se considera nacido vivo.

Defunción: es la desaparición permanente de todo signo de vida, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento con vida (cesación post-natal de las funciones vitales sin posibilidad de resucitar).

Por tanto, esta definición excluye a las defunciones fetales.

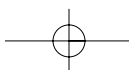
Mortalidad fetal tardía: es la producida antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, desde las 28 semanas hasta el término de la gestación.

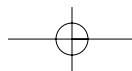
Mortalidad infantil: es la muerte que se produce en menores de un año. La mortalidad neonatal está incluida en estas defunciones.

Mortalidad neonatal: es la muerte de un recién nacido vivo ocurrida a partir de su expulsión del vientre materno hasta los 28 días de vida post natal.

Mortalidad neonatal precoz: es la muerte de un recién nacido vivo, que acontece hasta los siete días de vida postnatal.

Mortalidad neonatal tardía: es la muerte de un recién nacido vivo ocurrida luego de los siete hasta los 28 días de vida posnatal.





Mortalidad perinatal: es la sumatoria de las muertes fetales tardías más las muertes neonatales precoces. Considera como denominador los nacimientos totales vivos y muertos

Mortalidad post- neonatal: es la muerte de un recién nacido vivo ocurrida luego de los 28 días de vida pos natal hasta el año de vida.

●3.- Tasas de Mortalidad

Son proporciones que expresan, para un lugar y período determinados, la frecuencia de resultados adversos, en relación con el total de la población expuesta, en este caso el Servicio de Perinatología.

Tasa de mortalidad materna: se construye con el número de muertes maternas por causa obstétrica como numerador ocurridas en un lugar determinado durante el período de un año, y como denominador el número de recién nacidos vivos en ese mismo lugar durante ese mismo año. Se utiliza una constante (n) para multiplicar el resultado que puede ser 10.000 o 100.000.

Tasa de mortalidad materna en el servicio	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de muertes maternas en el servicio} \times n}{\text{Total de recién nacidos vivos en el serv.}}$	SIP
--	---	------------

Tasa de mortalidad fetal tardía: se construye con el número de muertes fetales tardías ocurridas desde las 28 semanas de gestación hasta el término de la misma, en un servicio durante el período de un año y el número de recién nacidos vivos ocurrido en ese mismo lugar durante ese año.

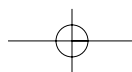
Tasa de mortalidad fetal tardía en el servicio	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de muertes fetales tardías en el serv.} \times n}{\text{Total de recién nacidos vivos en el serv.}}$	SIP
---	---	------------

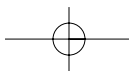
Tasa de mortalidad infantil: se construye con el número de muertes de menores de un año en un lugar determinado durante el período de un año, y como denominador el número de recién nacidos vivos ocurrido en ese mismo lugar durante ese mismo año. Se utiliza una constante para multiplicar el resultado que es 1.000.

Tasa de mortalidad infantil	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de muertes infantiles en el Hospital} \times n}{\text{Total de recién nacidos vivos en el Hospital}}$	SIP
------------------------------------	--	------------

Tasa de mortalidad neonatal: se construye con el número de muertes de recién nacidos vivos ocurridas desde su expulsión del vientre materno hasta los veintiocho días de vida post-natal como numerador, en un lugar determinado durante el período de un año, y como denominador, el número de recién nacidos vivos ocurrido en ese mismo lugar durante ese mismo año. Se utiliza una constante para multiplicar el resultado que es 1000.

Tasa de mortalidad neonatal	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de muertes neonatales en el serv.} \times n}{\text{Total de recién nacidos vivos en el serv.}}$	SIP
------------------------------------	--	------------





Tasa de mortalidad neonatal precoz: se construye con el número de muertes de recién nacidos vivos ocurridas en los primeros siete días de vida post-natal como numerador, en un lugar determinado durante el período de un año, y como denominador, el número de recién nacidos vivos ocurrido en ese mismo lugar durante ese mismo año. Se utiliza una constante para multiplicar el resultado que es 1.000.

Tasa de mortalidad neonatal precoz	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de muertes neonatales prec. en el serv.} \times n}{\text{Total de recién nacidos vivos en el serv.}}$	SIP
---	--	------------

Tasa de mortalidad neonatal tardía: se construye con el número de muertes de recién nacidos vivos ocurridas luego de los primeros siete días de vida y hasta los 28 días de vida post-natal como numerador, en un lugar determinado durante el período de un año, y el número de recién nacidos vivos ocurrido en ese mismo lugar durante ese mismo año. Se utiliza una constante para multiplicar el resultado que es 1.000.

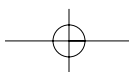
Tasa de mortalidad neonatal tardía	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de muertes neonatales tardía en el serv.} \times n}{\text{Total de recién nacidos vivos en el serv.}}$	SIP
---	---	------------

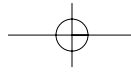
Mortalidad perinatal: es la sumatoria de las muertes fetales tardías más las muertes neonatales precoces. Considera como denominador los nacimientos totales vivos y muertos.

Tasa de mortalidad perinatal	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de muertes neonatales prec. en el serv.} + \text{n}^\circ \text{ de muertes fetales tardías}}{\text{Total de recién nacidos vivos + muertes fetales tardías en el servicio}} \times n$	SIP
-------------------------------------	---	------------

Tasa de mortalidad post-neonatal: se construye con el número de muertes de recién nacidos vivos ocurridas desde los veintinueve días de vida post-natal hasta el año de edad como numerador, en un lugar determinado durante el período de un año, y como denominador el número de recién nacidos vivos ocurrido en ese mismo lugar durante ese mismo año. Se utiliza una constante para multiplicar el resultado que es 1.000.

Tasa de mortalidad post-neonatal	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de muertes post-neonatales en el serv.} \times n}{\text{Total de recién nacidos vivos en el serv.}}$	SIP
---	---	------------





Bibliografía

Capítulos 1 al 5

Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

Schwarcz R, Díaz A. El enfoque de riesgo y la atención materno-infantil. CLAP-OPS. Publicación científica 1007. Pag. 130-134. 1984.

Schwartz R., Díaz G. A., Fescina R., De Mucio B., Belitzky R. y Delgado R. L. Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Publicación científica No.1205. Montevideo, Uruguay, 1990.

Organización Panamericana de Salud. Enfoque de riesgo en la atención Materno-Infantil. N°7. Pag. 9-24.1986.

Abel EL. Fetal alcohol syndrome: the 'American Paradox'. Alcohol and Alcoholism 1998;33:195-201.

Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence October 2003. Pag. 83.

Aronson M, Hagberg B, Gillberg C. Attention deficits and autistic spectrum problems in children exposed to alcohol during gestation: A follow-up study. Developmental Medicine and Child Neurology 1997;39:583-7.

Atalah E, Castillo C, Castro R, Aldea A. Proposal of a new standard for the nutritional assessment of pregnant women Rev Med Chil. 1997 Dec; 125(12):1429-36.

Asociación Argentina de Zoonosis (AAZ). Consenso de Toxoplasmosis Congénita. Reunion de los días 30 de Septiembre y 1 de Octubre de 2005, en Buenos Aires.

Backe B, Nakling J. Term prediction in routine ultrasound practice. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 1994;73:113-8.

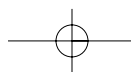
Beasley RP, Hwang LY, Lee GC, Lan CC, Roan CH, Huang FY, et al. Prevention of perinatally transmitted hepatitis B virus infections with hepatitis B virus infections with hepatitis B immune globulin and hepatitis B vaccine. Lancet 1983;2: 1099-102.

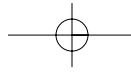
Beasley RP, Hwang L-Y. Epidemiology of hepatocellular carcinoma. In: Vyas GN, Dienstag JL, Hoofnagle JH, editors. Viral hepatitis and liver disease. Orlando, FL: Grune and Stratton; 1984. p. 209-24.

Beasley RP, Trepo C, Stevens CE, Szmuness W. The e antigen and vertical transmission of hepatitis B surface antigen. American Journal of Epidemiology 1977; 105:94-8.

Belizan JM, Villar J, Nardin JC. Diagnosis of intrauterine growth retardation by a simple clinical method: measurement of uterine height. Am J Obstet Gynecol. 1978;131:643-6.

Beevers G, Lip GY, O'Brien E. ABC of Hypertension: The Pathophysiology of Hypertension. British Medical Journal 2001; 322 (7291): 912-6.





Blondel B, Morin I, Platt RW, Kramer MS, Usher R, Breart G. Algorithms for combining menstrual and ultrasound estimates of gestational age: consequences for rates of preterm and post-term birth. *BJOG* 2002; 109:718-20.

Borges G, Lopez-Cervantes M, Medina-Mora ME, Tapia-Conyer R, Garrido F. Alcohol consumption, low birth weight, and preterm delivery in the national addiction survey (Mexico). *International Journal of the Addictions* 1993;28(4):355-68.

Bortman M. Factores de riesgo de bajo peso al nacer. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 3(5), 1998

Boyer KM, Gotoff SP. Prevention of early onset neonatal Group B Streptococcal disease with selective intrapartum chemoprophylaxis. *NEJM*1986;314:1665-1669.

Brocklehurst P, Rooney G. Intervenciones para el tratamiento de la infección genital por *Chlamydia trachomatis* en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 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.)

Calvo E, Longo E. Prevención de la anemia en niños y embarazadas en la argentina actualización para equipos de salud dirección nacional de salud Materno Infanto juvenil. Junio de 2001. Pagina 6.

Carreras S, Bock MJ, Lucino E, Martínez Almudevar J y col. Streptococo B hemolítico y embarazo. Nuestra experiencia (Htal Alvarez). Libro de Resúmenes XXI Jornadas de Obstetricia y Ginecología. SOGIBA 2003.

CDC. Current trends rubella: vaccination during pregnancy-United States, 1971-1988. *MMWR*, 38(17): 289-293, 1989.4.

CDC. Control and prevention of rubella: evaluation and management of suspected outbreaks, rubella in pregnant women and surveillance for congenital rubella syndrome. *MMWR* 50(RR-12):1-23, 2001.

Center for Disease Control and Prevention (CDC). Recommendations to Prevent and Control Iron Deficiency in the United States. *MMWR* 47(RR-3):1-36. Publication date: 04/03/1998

Center for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. *MMWR* 2002;51:1-1.

Center for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease.*MMWR* 1996;45:1-24.

Clausson B, Cnattingius S, Axelsson O. Preterm and term births of small for gestational age infants: A population-based study of risk factors among nulliparous women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998; 105:1011-7.

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP OPS/OMS) Mayo 2004. Dr.Fernando Althabe. Comunicación personal.

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano salud de la mujer y materna salud de la familia y de la comunidad organización panamericana de la salud / Organización Mundial de la Salud. Sistema Informático Perinatal. manual resumido. Publicación Científica del CLAP 1524 Segunda Edición. Pag. 64. Montevideo - URUGUAY agosto 2005.

Crowther CA. Administración de inmunoglobulina anti-D en el embarazo para la prevención de la aloinmunización Rh (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.

Crowther CA, Kierse MJNC. Anti-D administration after pregnancy for preventing Rhesus alloimmunization (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.

Enders, G. Rubella antibody titers in vaccinated and nonvaccinated women and results of vaccination during pregnancy. *Rev Infect Dis*, 7: S103-7, 1985.3.

Forna F, Gülmezoglu AM. Intervenciones para el tratamiento de la tricomoniasis en mujeres (Revisión Cochrane traducida). En: The Cochrane Library, 2006 Número 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd

Flynn CA, Helwig AL, Meurer LN. Bacterial vaginosis in pregnancy and the risk of prematurity: a meta-analysis. *Journal of Family Practice* 1999; 48:885-92.

Galarza P., Callejo R. Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección precoz por *Estreptococo β Hemolítico del Grupo B (EGB)*. Ministerio de Salud de la Nación. 2004.

FUNASA/Programa Nacional de Imunizações /Ministério da Saúde, Brasília, Brasil. Guia para Vigilância e Acompanhamento de gestantes vacinadas inadvertidamente contra rubéola. 10 de maio de 2002.

Guía de Procedimientos para la promoción, fomento, apoyo y protección de la lactancia materna en la atención de la madre y el niño. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 2003

Guidotti R, Jobson D. La detección de la preeclampsia: una guía práctica. Uso y mantenimiento del equipo de presión sanguínea. *O M S / M C H / M S M / 9 2.3*. 2005. Pag. 3.

Gülmezoglu AM. Intervenciones para la tricomoniasis durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, Número 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.)

Hamilton, G. Recomendaciones para la Prevención de la transmisión vertical de Sífilis. Ministerio de Salud de la Nación. 2003.

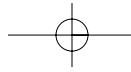
Holzman C, Paneth N, Little R, Pinto-Martin J. Perinatal brain injury in premature infants born to mothers using alcohol in pregnancy. *Pediatrics* 1995;95:66-73.

Kleinman JC, Pierre MB Jr, Madans JH, Land GH, Schramm WF. The effects of maternal smoking on fetal and infant mortality. *American Journal of Epidemiology* 1988;127:274-82.

OPS/INCIENSA/CCSS/CDC. Protocolo de investigación epidemiológica - Seguimiento de mujeres embarazadas inadvertidamente vacunadas contra rubéola en Costa Rica. San José, Costa Rica, Mayo 2001.

Lapidus A. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el Embarazo. Dirección Nacional de salud Materno Infantil - 2004. Pag. 9.

Lo K, Tsai Y, Lee S, Yeh C, Wang J, Chiang BN, et al. Combined passive and active immunization



for interruption of perinatal transmission of hepatitis B virus in Taiwan. *Hepato-gastroenterology* 1985;32:65-8.

López D'Amato FR, Beruti E; Olea CA y col. Estreptococo β hemolítico Grupo B: Prevalencia en nuestra población. Hospital Universitario Austral. Libro de Resúmenes XXII Jornadas de Obstetricia y Ginecología. SOGIBA 2004.

Lopez MC, Belizan JM, Villar J, Bergel E. The Measurement of Diastolic Blood Pressure During Pregnancy: Which Korotkoff Phase Should Be Used? *American Journal of Obstetric & Gynecology* 1994; 170(2):574-578.

Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Suplementación periconcepcional con folato o multivitaminas para la prevención de los defectos del tubo neural (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.rhlibrary.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Chichester, UK

Mahomed K. Suplementación con folato durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 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.)

Mahomed K. Suplementación con hierro y folato en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 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.)

Maternidad Martín, Rosario, Santa Fe. Comité de Control de Infecciones. Años 2002 y 2003. Comunicación personal 2004.

McDonald H, Brocklehurst P, Parsons J. Antibióticos para el tratamiento de la vaginosis bacteriana en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 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.)

MacArthur C, Knox EG, Lancashire RJ. Effects at age nine of maternal smoking in pregnancy: experimental and observational findings. *BJOG* 2001;108:67-73.

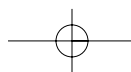
Ministerio de Salud, Quito, Ecuador. Seguimiento a embarazadas vacunadas inadvertidamente o que se embarazaron en el mes siguiente a la vacunación durante la campaña contra rubéola de mayo del 2004. Mayo 2004.

Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para Investigación de Mujeres Vacunadas Contra la Rubéola en la Campaña que Desconocían estar Embarazadas y Evaluación del Recién Nacido. MSN 2004.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Recomendaciones para el Tratamiento de la Infección por VIH en la mujer embarazada y para la Reducción de la Transmisión Vertical", del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 2006.

Mohle -Boetani JC, Schuchat A, Plikaytis BD, Smith JD, Broome C. Comparison of prevention strategies for neonatal Group B Streptococcal Infection. *JAMA* 1993;270:1442-1448.

Nair PV, Weissman JY, Tong MJ, Thursby MW, Paul RH, Henneman CE. Efficacy of hepatitis B immune globulin in prevention of perinatal transmission of the hepatitis B virus. *Gastroenterology* 1984;87:293-8.



National High Blood Pressure Education Program Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000; 183:S1-22.

National Institute for Clinical Excellence and the Neonatal Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Guideline for the NHS in England and Wales Antenatal Care. Routine Care for the pregnant women. October 2003.

Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999; (2).

Ramsay M, Gay N, Balogun K, Collins M. Control of hepatitis B in the United Kingdom. *Vaccine* 1998;16 Suppl:S52-5.

Ramsay L, Williams B, Johnston G, Mc Gregor G, Poston L, Potter J, Poulter N, Russell G. Guidelines For Management Of Hypertension: Report of The Third Working Party of the British Hypertension Society. *Journal of Human Hypertension* 1999; 13(9):569- 92.

Raymond EG, Cnattingius S, Kiely JL. Effects of maternal age, parity and smoking on the risk of stillbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1994;101:301-6.

Ribola L, Di Bartolomeo S, Salvo M y col. Prevalencia de portación vaginal y anorrectal de Streptococo B (SGB) en embarazadas desde las 35 semanas de gestación. 2das. Jornadas Científicas del Hospital Posadas, 2003. <http://www.hospitalposadas.org.ar/docencia/trabajos/06a10.htm>.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Alcohol consumption in pregnancy. Guideline No. 9. London: RCOG; 1999.

Ryan GM, Jr, Abdella TN, McNeeley SG, Baselski VS, Drummond DE. Chlamydia trachomatis infection in pregnancy and effect of treatment on outcome. [see comments.]. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1990;162:34-9.

Sarubbi MA, Dinerstein NA, Paganini H y col. Bacteriemias neonatales por Estreptococo β Hemolítico del Grupo B: trece años de experiencia. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 2000; 19(2):52-59.

Savitz DA, Terry JW Jr, Dole N, Thorp JM Jr, Siega-Riz AM, Herring AH. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;187:1660-6.

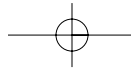
Scharag SJ, Zell ER, Lynfield R et al. A population-based comparison of strategies to prevent early-onset group B streptococcal disease in neonates. *NEJM* 2002;347:233-239.

Schwarz R, Uranga A, Lomuto C, Martinez Inés .El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Ministerio de salud de la nación 2001. Pagina 20.

Sehgal A, Sehgal R, Gupta I, Bhakoo ON, Ganguly NK. Use of hepatitis B vaccine alone or in combination with hepatitis B immunoglobulin for immunoprophylaxis of perinatal hepatitis B infection. *Journal of Tropical Pediatrics* 1992;38:247-51.

SHUB A, SWAIN J & NEWNHAM. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes The *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, September 2006; 19(9): 521-528

Smaill F. Antibióticos para la bacteriuria asintomática en el embarazo (Cochrane Review). La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.



Superintendencia de Servicios de Salud. Grupo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Infección Neonatal precoz por *Streptococo* del Grupo B (EGB). Mayo 2004. Impreso.

Sutich E, Notario R, Salgado C y col. Análisis de factores de riesgo en 7 casos de infección neonatal por *Streptococcus agalactiae*. Sanatorio Ntra. Sra. del Rosario - Centro Médico IPAM. Rosario.

Cátedra de Bacteriología- Fac. Cs. Bioquímicas y Farmacéuticas- UNR. Comunicación personal 2004.

The John Hopkins Study of Cervicitis and Adverse Pregnancy Outcome. Association of chlamydia trachomatis and mycoplasma hominis with intrauterine growth restriction and preterm delivery. *American Journal of Epidemiology* 1989;129:1247-51.

Tooke, P.A.; Jones, G.; Miller, B. H. R.; Peckman, C.S. Rubella vaccination in pregnancy. *Commun Dis Rep CDR Wkly*, R86-8, 1991.

Tunon K, Eik-Nes SH, Grottum P. A comparison between ultrasound and a reliable last menstrual period as predictors of the day of delivery in 15000 examinations. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 1996;8:178-85.

Vazquez JC, Villar J. Tratamientos para las infecciones urinarias sintomáticas durante el embarazo (Cochrane Review). *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.

Viteri FE. Iron supplementation as a strategy for the control of iron deficiency and ferropenic anemia. *Arch latinoam Nutr.* 1999. Sep; 49(3"Suppl 2)15s-22s.

Wong VC, Ip HM, Reesink HW, Lelie PN, Reerink-Brongers EE, Yeung CY, et al. Prevention of the HBsAg carrier state in newborn infants of mothers who are chronic carriers of HBsAg and HBeAg by administration of hepatitis-B vaccine and hepatitis-B immunoglobulin. Double-blind randomised placebo - controlled study. *Lancet* 1984;1:921-6.

Xu Z-Y, Liu C-B, Francis DP. Prevention of perinatal acquisition of hepatitis B virus carriage using vaccine: preliminary report of a randomized, double-blind placebo-controlled and comparative trial. *Pediatrics* 1985;76:713-18.

Young GL, Jewel D. Topical treatment for vaginal candidiasis in pregnancy. (Cochrane Review). In: *the Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.

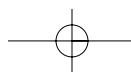
Zhu Q. A preliminary study on interruption of HBV transmission in uterus. *Chinese Medical Journal* 1997;110:145-7.

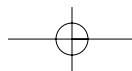
Capítulos 6 al 8

OMS. Tecnología Apropiaada para el parto y nacimiento. Conferencia Internacional de Fortaleza (Brasil). Abril 1985.

Smith H. Better Births Initiative in South Africa. *British journal of midwifery* 2003; 11(8):502-506.
Uranga A, Urman J, Lomito C. GUÍA PARA LA ATENCION DEL PARTO NORMAL EN MATERNIDADES CENTRADAS EN LA FAMILIA. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud, Argentina. 2004.

Ministerio de Salud - Provincia de Buenos Aires. Propuesta para transformar el Modelo de Atención en los Servicios Materno Perinatales. Adaptación de la respectiva propuesta del Ministerio de Salud de la Nación. 2000.





OMS. Care in Normal Birth WHO/FRH/MSM/96.24. 1996.

Schwarz R.L., Díaz A.G., Nieto F. Partograma con curvas de alerta; Guía para la vigilancia del parto. Salud Perinatal. Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. CLAP/OPS-OMS, 1987; 2 (8); 93-96.

Schwarz R, Díaz AG, Fescina R, De Mucio B, Belitzky R, Delgado L. Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo. Publicación Científica. N° 1234, Montevideo, CLAP (OPS/OMS), 1991.

Kwast BE, Maternal health and Safe Motherhood Programme, WHO, Geneva. The Lancet 343: 1399-404, Junio 04, 1994

Andersen B., Andersen L.L., Sorensen T. Methylergometrine during the early puerperium; a prospective randomized double blind study. Acta Obstet Gynecol Scan 1998; 77 (1) 54-57.

Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, Número 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.)

Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.

Basevi V, Lavender T . Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.

Beckmann MM, Garrett AJ . Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.

Botha M.C., The management of the umbilical cord in labour. S Afr J. Obstet Gyneacol 1968; 6: 30-31.

Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Alta hospitalaria postnatal temprana para madres sanas y recién nacidos a término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, Número 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.)

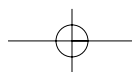
Carroli G, Belizán J . Episiotomía en el parto vaginal (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.

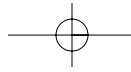
Ceriani Cernadas JM, Carroli G, Otaño L, Pellegrini L et al. Effect of timing of cord clamping on postnatal hematocrit values and clinical outcome in term infants. A randomized controlled trial. Pediatric Research 2004;55:462.

Cotter A, Ness A, Tolosa J. Administración profiláctica de ocitocina para el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, Número 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.)

Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB . Enemas en el trabajo de parto (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.

Chaparro C, Neufeld L, Alavez G, Cedillo R, Dewey. Effect of timing of umbilical cord clamping





- on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial *Lancet* 2006; 367: 1997-2004.
- Dickersin K. Pharmacological control of pain during labour. In: Chalmers et al. (Eds). *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, Oxford University Press 1.
- Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Intervenciones para la promoción del inicio de la lactancia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 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.)
- Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 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.)
- García O, Sarasqueta P, Schwarcz R. Morbimortalidad Materna e Infantil de la Republica Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. 2004.
- Geethanath RM, Ramji S, Thirupuram S, Rao YN. Effect of timing of cord clamping on the iron status of infants at 3 months. *Indian Pediatr* 1997; 34: 103-06.
- Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandinas para la prevención de la hemorragia postparto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 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.)
- Gupta R, Ramji S. Effect of delayed cord clamping on iron stores in infants born to anemic mothers: a randomized controlled trial. *Indian Pediatr* 2002; 39: 130-35.
- Hemminki E., Lenck M., Saarikoski S., Henriksson L. Ambulation vs oxytocin in protracted labour: a pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1985; 20: 199-208.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 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.)
- Kettle C, Johanson RB. Material de sutura sintético absorbible versus catgut para reparaciones del periné (Cochrane Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.
- Kettle C. Pregnancy and childbirth. Perineal care. What effect do intrapartum non surgical interventions have on the risk of perineal trauma? "Hands on" vs. "Hand poised". *BMJ Clinical Evidence* 2000.
URL:http://pco.ovid.com/lrpbooks/cline/textbook/chapters/ch0015/ch00151002_main.htm.
- Kwast B.E., Bentley J. Introducing confident midwives: Midwifery education-Action for safe motherhood. *Midwifery* 1991; 7: 8-19.
- Lawrence G. F., Brown V.A., Parson R.J., Cooke I. D. Feto-maternal consequences of high dose glucose infusion during labour. *Br. J. Obst Gynecol* 1982; 89: 27-32.
- Mayerhofer K, B. Bodner-Adler, K. Bodner, M. Rabl, A. Kaider, P. Wagenbichler, E. Armin Joura, and Peter Husslein. Cuidado Tradicional del periné durante el nacimiento. *The Journal of Reproductive Medicine*. Volumen 47, N° 6, Junio 2002.

Mc Allister C.B. Placental transfer and neonatal effects of diazepam when administered to women just before delivery. *Br J Anaesth.* 1980; 52: 423-427.

Melzack R., Belanger E., Lacroix R. Labor pain, effect of maternal position on front and back pain. *J. Pain symptom. Managem* 1991; 6: 476-480.

Mendelson D.L. The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetrics anaesthesia. *Am J Obstet Gynecol* 1949; 52: 191-205.

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Propuesta Normativa Perinatal. Atención del Embarazo Normal, Parto de bajo riesgo y Atención inmediata del Recién Nacido. 1993. Tomo I.

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Propuesta Normativa Perinatal. Atención del Parto de Riesgo. 1997. Tomo IV.

Ministerio de Salud - Provincia de Buenos Aires. Propuesta para transformar el Modelo de Atención en los Servicios Materno Perinatales. Adaptación de la respectiva propuesta del Ministerio de Salud de la Nación. 2000.

Nelson N.M., Enkin M.W., Saigal S., Bennett K.J., Milner R., Sacket D.L. A randomized clinical trial of Laboyer approach to childbirth. *New Engl J. Med* 1980; 60: 13-16.

O' Driscoll K., Stronge J.M., Minogue M. Active management of labour. *BMJ* 1973; 3: 135-137.

Oxford Midwives Research Group. A study of the relationship between the delivery to cord clamping interval and the time of cord separation. *Midwifery.* 1991;7:167-176.

Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, Número 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.)

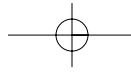
Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. Clampeo precoz versus clampeo tardío del cordón umbilical en prematuros (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.rhlibrary.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
Sadler LC, Davison T, McCowan LM A randomised controlled trial and meta-analysis of active management of labour. *BJOG* 2000 Jul 107 Issue 7 Pages 909-15.

Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.

Tarnow-Mordi W.O., Shaj C.L., Lin D., Gardner D.A. Flynn F.V. Iatrogenic hyponatremia of the newborn due to maternal fluid overload; a prospective study. *B.M.J* 1981; 283: 639-642.

Thacker SB, Stroup D, Chang M. Monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardiaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, Número 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.)

Tranmer J., Hodnett E., Hannah M., Stevens B. Los Efectos de la Ingesta Irrestringida de Carbohidratos sobre el Progreso del Trabajo de Parto. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005 May-Jun.

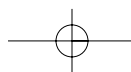
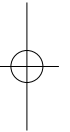
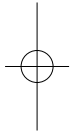


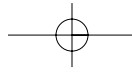
OMS. Maternal mortality in 2000. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Geneva, World Health Organization 2004, (WHO/RHR/01.9).

Yao A.C. et al. Expiratory grunting in the late cord clamped normal infant. Pediatrics 1971; 48:865-870. Dunn et al. Influence of early cord ligation on the transplacental passage of foetal cells. J. Obstet Gynecol Br. Commnwlth. 1966; 73:757-760.

F. Uranga Imaz, F. Uranga Imaz (h.) Obstetricia Práctica. 1986

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Programa Materno Infantil. Manual de a de Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad materna e infantil. 2001





Programa Materno Infantil

Ministerio de
Salud



Gobierno de la
Provincia
de Buenos Aires

