



# Manual Nacional de Normas de Cuidados: Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio; Seguros e Inclusivos

Año 2022 · Tercera Edición



Ministerio de  
**SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL**

 **GOBIERNO  
NACIONAL**

*Paraguay  
de la gente*



# Manual Nacional de Normas de Cuidados: Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio; Seguros e Inclusivos

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL • Año 2022 • Tercera Edición

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

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

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

Edición: Silvana Molinas

Diseño: Reinaldo Vargas Gill

ISBN: 978-99925-294-2-3

Asunción, Paraguay

Es propiedad: © Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Asunción, 2022

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

Autoridades

**Dr. Julio César Borba Vargas**

Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

**Dra. Lida Mercedes Sosa Arguello**

Viceministra de Rectoría y Vigilancia de la Salud

**Dr. Víctor Hernán Martínez Acosta**

Viceministro de Atención Integral a la Salud y Bienestar Social

**Dra. Patricia Veiluva Argüello**

Directora General de Programas de Salud

**Dr. Cesareo Saldivar**

Director de Salud Sexual y Reproductiva

**Dr. Diego Nuñez**

Jefe de Maternidad Segura



## Personas que contribuyeron a la elaboración y validación de este Manual en su Primera Edición

### Equipo Técnico Redactor de la Primera edición

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

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

#### Por la OPS

- Dr. Bernardo Sánchez
- Dr. Miguel Dávila

#### Por el UNFPA

- Dra. Adriane Salinas Bomfim

#### Por UNICEF

- Dra. Raquel Escobar Argaña

### Equipo de Validación

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

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

### Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

- Dra. Patricia Veiluva A.; DGPS
- Dr. Jorge Sosa F.; DSSR
- Dra. Gladys Mora; DGPS
- Dra. Cynthia Díaz V.; DSSR
- Dr. Rubén Ortiz; DSSR
- Lic. María E. León; DGPS
- Dra. María L. Aguilar; DGPS
- Dr. Diego Núñez; DSSR
- Dra. Mía Park; DGPS
- Lic. Laura Barreto; DSSR
- Lic. Aida Abdala; DSSR
- Dr. Antonio Cuasihumán; DSSR
- Lic. Liliana López; DSSR
- Lic. Nancy González; DSSR
- Lic. Julia Medina; DSSR
- Dra. Zully Suarez; DIRSINA
- Dra. María Irrazabal; DIRSINA
- Dra. Aurea Ortellado; DIRSINA
- Dra. Mirian Ortigoza; DIRSINA
- Dra. Blanca Villalba; DIRSINA
- Fátima Morelli; Prog. Nacional de Prevención de la Fibrosis Quística

- Lic. Susana Quiñonez; DSM
- Lic. Ana Vera; DSM
- Lic. Elvira Ríos; DSM
- Abog. Claudia Sanabria; DGénero
- Lic. María E. León; DGénero
- Lic. Sandra Recalde; DNO
- Dr. Thadeo Teixeira; DGHE
- Dr. Gustavo Ortiz; DGPE
- Lic. Liz González; DGPromoción
- Lic. Cindy López; DAPS
- Lic. Damián Sedliak; DAPS
- Lic. Estefanía Cuevas; DIGIES
- Dra. Katia Peralta; DGVs
- Dra. Mirian Godoy; PRONASIDA
- Dra. Nathalia Meza; D de Calidad
- Dr. Pablo Balmaceda; DINASAPI
- Lic. Beatriz Martínez; DINASAPI
- Dra. Gloria Medina; DSBucal
- Lic. Rosalba Canela; INAN
- Lic. Celia Musi; INAN
- Lic. Carolina Bonzi; INAN
- Lic. Guillermo Alamanni; PAI
- Dra. Adela Chamorro; SENEPA

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

#### **Otras Instituciones**

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

#### **Por el UNFPA**

- Dra. Adriane Salinas Bomfim

#### **Por el Proyecto ASSIST USAID**

- Lic. Graciela Ávila
- Dra. Carolina Vera

#### **Por UNICEF**

- Dra. Sonia Ávalos

#### **Por la OPS**

- Dr. Juan Seclen

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

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

- Dra. Patricia Veiluva A.; DGPS
- Dra. Gladys Mora; DGPS
- Dr. Cesáreo Saldivar; DSSR
- Dra. Cynthia Díaz V.; DGPS
- Dra. Mirta Mendoza B; DSSR
- Dra. Andrea Díaz; DSSR
- Dr. Diego Núñez; DSSR
- Lic. Laura Barreto; DSSR
- Lic. Aida Abdala; DSSR
- Lic. Liliana López; DSSR
- Dra. Zully Suarez; DIRSINA
- Dra. María Irrazábal; DIRSINA
- Dra. Mirian Ortigoza; DIRSINA
- Lic. Luz Torres; DIRSINA
- Abog. Claudia Sanabria; Dirección de Género
- Dra. María Dora Lacarrubba; DGPS
- Lic. Sandra Recalde; Dirección de Obstetricia
- Lic. Hernán Mencia; Dir. Obstetricia
- Lic. Estela Oliver; Dir. Obstetricia
- Lic. Sonia Ruiz Díaz; Dir. Obstetricia
- Dra. María del Rocío Aparicio; Programa Nacional de Diabetes (PND) - Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles - DGVS

- Dra. María Cruz Careaga; Programa Nacional de Diabetes (PND) - Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles - DGVS
- Dra. Vidalia Lesmo; Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas - Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA)
- Lic. Cinthia Benítez; PIM
- Dra. Sonia Pereira; PIM
- Lic. Rocío Florentín; PIM

#### **Otras Instituciones**

- Prof. Dr. Ramón Bataglia A.; FCM-UNA
- Dra. Myriam Duarte; IPS
- Dr. Ariel Colmán; IPS
- Dra. Zully Suárez; IPS
- Lic. Ana Liz Samudio; AOP
- Lic. Myriam Díaz; AOP
- Lic. Mariana Gómez; AOP
- Dra. Cynthia Cardozo; SPGO
- Dr. Miguel Porzio

#### **Por el UNFPA**

- Dra. Adriane Salinas Bomfim

# Contenido

<b>Resolución Ministerial</b> .....	10
<b>Introducción</b> .....	15
Pilares de la atención de la salud materna y neonatal .....	16
Principios de las mejores prácticas para los cuidados del embarazo, del parto y del nacimiento .....	16
<b>Marco jurídico</b> .....	17
Cambio de paradigma en el enfoque de atención y calidad de los servicios .....	19
<b>Atención preconcepcional</b> .....	21
Clasificación del riesgo preconcepcional .....	21
Promoción y educación en la salud preconcepcional .....	25
Orientación ambiental y laboral .....	26
Indicaciones para el consejo genético .....	27
Cuidados pre concepcionales en el varón .....	27
<b>Atención prenatal</b> .....	31
Definición .....	31
Objetivos de la atención prenatal .....	31
Atención prenatal eficaz .....	32
Atención prenatal eficiente .....	32
Criterios para clasificar a las mujeres para el componente básico del modelo de atención prenatal .....	33
Procedimientos .....	35
Objetivos y Actividades propuestas para la atención prenatal .....	35
Tareas previas a la consulta .....	38
<b>Consulta prenatal</b> .....	39
Filiación, antecedentes personales, familiares y obstétricos .....	44
Datos de la gestación actual .....	45
Peso anterior .....	45
Talla .....	48
Fecha de Última Menstruación (FUM) .....	48
Fecha Probable de Parto (FPP) .....	48
Confiabilidad de la Edad Gestacional .....	48
Interrogatorio sobre tabaquismo (activo y pasivo), drogas, alcohol y violencia .....	48
Estado de inmunización de la gestante (vacunas) .....	49
Exámenes .....	49
Cérvix .....	50
Grupo Rh .....	50
Hemograma .....	50
Toxoplasmosis .....	51
Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis .....	53
VIH - Diagnóstico y tratamiento .....	54
Sífilis - Diagnóstico y tratamiento .....	54
Hepatitis B .....	56
Chagas .....	57
Virus del Zika .....	61
Orina simple .....	64
Infección del tracto urinario .....	64
Bacteriuria .....	64
Glucemia en ayunas .....	67
Diabetes Gestacional .....	67
Recomendaciones actuales del Grupo técnico de Embarazo y Diabetes - Programa Nacional de Diabetes .....	67
Estratificación de riesgo para Diabetes en el primer control prenatal .....	68
Interpretación del Test de Tolerancia oral a la Glucosa (TTOG) en pacientes de bajo riesgo de Diabetes .....	70

Tratamiento no farmacológico de la Diabetes Gestacional (DG).....	71
Tratamiento farmacológico de la Diabetes Gestacional (DG).....	72
Maduración pulmonar fetal y control glucémico.....	72
Estreptococo B (EGB) 35 - 37 semanas.....	74
Preparación para el parto.....	75
Mi Plan de Parto.....	76
Consejería para la lactancia materna (LM).....	77
Tarea del Cronograma de Actividades en la Consulta.....	78
<b>Estrategia del consultorio de primera consulta.....</b>	<b>87</b>
Visitas de control.....	88
<b>Preparación Integral para la Maternidad (PIM).....</b>	<b>89</b>
Metodología.....	89
<b>Atención del parto y del nacimiento.....</b>	<b>91</b>
Principios generales.....	91
Parto intercultural.....	92
Definición.....	92
Trabajo de parto.....	93
Definición.....	93
Tiempos del trabajo de parto.....	93
Criterios de internación.....	95
Parto vaginal de término.....	96
Definición.....	96
Atención del parto vaginal.....	96
Definición.....	96
Recomendaciones.....	96
Enfoque de riesgo.....	97
Manejo del dolor durante el parto vaginal.....	99
Definición.....	99
Clasificación.....	99
Asistencia durante el Período de Dilatación (primer período).....	100
Definición.....	100
Acciones.....	100
Profilaxis intraparto para pacientes con Estreptococo Grupo B.....	100
Control del progreso del trabajo de parto Uso del Partograma.....	101
Definición.....	101
Acciones.....	101
Asistencia durante el período expulsivo (segundo período).....	104
Definición.....	104
Verificar.....	104
Acciones.....	104
La primera hora de vida del recién nacido sin riesgos.....	106
Abordaje del recién nacido de madre con diagnóstico de Diabetes Gestacional.....	107
La primera hora de vida del recién nacido con malformaciones sin diagnóstico prenatal.....	108
Mortinatos.....	108
Asistencia durante el alumbramiento (tercer período).....	109
Definición.....	109
Manejo activo tercer período del trabajo de parto.....	109
Definición.....	109
Acciones.....	109
<b>Puerperio.....</b>	<b>111</b>
Definición.....	111
Clasificación.....	111
Puerperio inmediato.....	111
Cuidados de la Puérpera.....	111
Cuidados del Recién Nacido.....	111
Acciones.....	112
Puerperio mediato.....	113
Recomendaciones.....	113

Control ambulatorio del puerperio .....	114
Definición .....	114
Recomendaciones .....	114
<b>Cuidados del recién nacido luego de la primera hora de vida y hasta el alta</b> .....	117
Cuidados en sala de recepción del recién nacido .....	117
Cuidados del recién nacido con malformaciones mayores ó 2-3 malformaciones menores .....	119
Durante el alta del recién nacido .....	121
Signos de alarma en el recién nacido .....	122
Lineamientos para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de COVID-19 .....	123
Consideraciones para las embarazadas y sus familias .....	123
Complicaciones Fetales y Neonatales en embarazadas con COVID-19 .....	123
Transmisión Vertical .....	123
<b>Recomendaciones principales en tiempos de COVID-19</b> .....	125
COVID-19. Guía para manejo de mujeres embarazadas y eventos obstétricos .....	125
<b>Manejo durante el embarazo</b> .....	125
Control prenatal durante la pandemia .....	126
Consulta al servicio de urgencias .....	128
Manejo en casos de embarazadas internadas con síntomas graves .....	129
Tratamiento farmacológico COVID-19 en embarazadas .....	131
Alta hospitalaria (en casos en los que no se produjo el parto) .....	131
<b>Manejo del trabajo de parto, el parto y otros procedimientos obstétricos</b> .....	132
Casos con COVID-19 sin síntomas o con síntomas leves a moderados .....	132
Casos críticos .....	132
Manejo durante el trabajo de parto .....	133
Para el parto vaginal .....	133
Para la cesárea .....	134
Para otros procedimientos obstétricos .....	134
<b>Manejo durante el puerperio</b> .....	134
Manejo posparto .....	134
Analgésia .....	134
Lactancia materna .....	134
Alta materna .....	134
Indicación de mantener hospitalización por causa materna .....	135
Anticoncepción en tiempos de COVID-19 .....	135
Métodos anticonceptivos hormonales .....	135
Consideraciones especiales .....	136
Maduración pulmonar fetal con corticoides .....	136
Cribado en embarazadas .....	136
Preeclampsia .....	136
Lactancia materna .....	140
Alternativas diagnósticas de diabetes gestacional en contingencia COVID-19 .....	140
Cómo prevenir la muerte materna durante la pandemia .....	141
<b>Anexos</b> .....	145
Anexo 1 · Clasificación de las prácticas clínicas durante el parto, el nacimiento y el puerperio inmediato según Medicina Basada en Evidencia Científica (MBE) .....	145
Anexo 2 · Orientación para personas acompañantes .....	158
Anexo 3 · Escala de alerta precoz; código rojo .....	159
Anexo 4 · Escala de alerta precoz neonatal .....	160
Anexo 5 · Detección de depresión posparto .....	161
Anexo 6 · Tipos de Insulina recomendados durante el embarazo .....	163
Anexo 7 · Recomendaciones para el control prenatal en pacientes con bajo riesgo y sin complicaciones, durante la pandemia por COVID-19 .....	164
Anexo 8 · Aspectos jurídicos .....	165
Anexo 9 · El prenatal de la pareja .....	170
<b>Bibliografía</b> .....	175

## RESOLUCIÓN MINISTERIAL

"Quincuésimo de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 1078.-

**POR LA CUAL SE APRUEBA LA TERCERA EDICIÓN DEL MANUAL NACIONAL DE NORMAS DE CUIDADOS: PRECONCEPCIONAL, PRENATAL, PARTO, NACIMIENTO Y PUERPERIO, SEGUROS E INCLUSIVOS, Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD.**

Asunción, 10 de diciembre de 2021.-

### VISTO:

Que el Viceministerio de Atención Integral a la Salud y Bienestar Social eleva la Nota DGPS N° 315, de fecha 26 de noviembre de 2021, registrada como expediente SIMESE N° 225.005/2021, por medio de la cual la Dirección General de Programas de Salud solicita la aprobación de la Tercera Edición del Manual Nacional de Normas de Cuidados: Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, Seguros Inclusivos, y la aprobación de la implementación de la Libreta de la Embarazada: Mi Libreta de Control Prenatal en formato App; conforme a la propuesta de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva; y

### CONSIDERANDO:

Que la Constitución de la República del Paraguay vigente, en su Artículo 68 encomienda al Estado paraguayo la protección y promoción como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad, y en su Artículo 69 enuncia que se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

Que asimismo, en su Art. 54 - De la Protección al Niño. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de garantizar al niño su desarrollo armónico e integral, así como el ejercicio pleno de sus derechos protegiéndolo contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso, el tráfico y la explotación. Cualquier persona puede exigir a la autoridad competente el cumplimiento de tales garantías y la sanción de los infractores. Los derechos del niño, en caso de conflicto, tienen carácter prevaleciente; y el Art. 61 - De la Planificación Familiar y de la Salud Materno Infantil. El Estado reconoce el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes educación, orientación científica y servicios adecuados, en la materia. Se establecerán planes especiales de salud reproductiva y salud materno infantil para la población de escasos recursos.

Que la Ley N° 836/1980, Código Sanitario, establece que: "...Art. 3°. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que en adelante se denominará el Ministerio, es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social. Art. 4°. La autoridad de Salud será ejercida por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, con la responsabilidad y atribuciones de cumplir y hacer cumplir las disposiciones previstas en este Código y su reglamento..."

Que el mismo cuerpo legal en su Art. 7° dispone que los planes, programas y actividades de salud y de bienestar social, a cargo de las instituciones públicas y privadas, serán aprobados y controlados por el Ministerio que debe orientarlos de acuerdo a la política de salud y al bienestar social de la Nación; en su Art. 14° establece: "La Salud del grupo familiar es derecho irrenunciable que se reconoce a todos los habitantes del país. El Estado promoverá y realizará las acciones necesarias en favor de la salud familiar"; en su Art. 15 dispone: "Las personas por nacer tienen derecho a ser protegidas por el Estado,

Página 1 de 4



## RESOLUCIÓN MINISTERIAL

"Bicentenario de la Epopeya Nacional 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 1078. -

**POR LA CUAL SE APRUEBA LA TERCERA EDICIÓN DEL MANUAL NACIONAL DE NORMAS DE CUIDADOS: PRECONCEPCIONAL, PRENATAL, PARTO, NACIMIENTO Y PUERPERIO, SEGUROS E INCLUSIVOS, Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD.**

Asunción, 10 de diciembre de 2021.-

en su vida y en su salud, desde su concepción"; en su Art. 16 establece: "Durante la gestación la protección de la salud comprenderá a la madre y al ser en gestación como unidad biológica"; en su Art. 22 establece: "El Estado por su parte, protegerá y asistirá sanitariamente al niño desde su concepción hasta la mayoría de edad"; en su Art. 23 establece: "Es responsabilidad de los establecimientos que presten atención obstétrica y pediátrica la identificación, el cuidado, la seguridad y la custodia del recién nacido mientras dure la internación de la madre o del lactante".

Que se encuentran vigentes los Acuerdos Internacionales como la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, aprobado y ratificado por Ley N° 57/1990; la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), aprobada y ratificada por Ley N° 1683/2001; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, aprobado y ratificado por Ley N° 5/1992, y su Protocolo Facultativo, aprobado y ratificado por Ley N° 400/1994; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales, aprobado y ratificado por Ley N° 4/1992, en su Art. 10, inciso 2 reconoce: "Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto"; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará), aprobada y ratificada por Ley N° 605/1995.

Que la Ley N° 1032/1996, en su Art. 4° dispone: "El Sistema operará mediante la oferta de servicios de salud y de las universidades, subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades, coordinados por el mismo, de acuerdo con las normas de derecho público y privado vigentes", y en su Art. 6° establece: El Estado es responsable de mantener la igualdad de los deberes y derechos de los ciudadanos para lo cual desarrolla el Sistema, como ente integrador y regulador de las instituciones y servicios con el fin de establecer una cobertura integral de la salud, que dé a todos los individuos la posibilidad del pleno acceso a los recursos del mismo".

Que por Resolución S.G. N° 282/2019, se crea el Comité de Ejecución de la Alianza Neonatal y de la Movilización Nacional para la Disminución de la Mortalidad Materna y Neonatal, y se abroga la Resolución S.G. N° 104/2014, por la cual se conforma el Comité de Ejecución de la Movilización Nacional para la disminución de la Mortalidad Materna y Neonatal, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y la Resolución S.G. N° 367/2015, por la cual se establece la creación de la Alianza Neonatal del Paraguay para integrar la Alianza Neonatal de América Latina y el Caribe.

Que por Resolución S.G. N° 431/2014, se aprueba la Guía para la Organización de los Cuidados Obstétricos y Neonatales (CONE) en la Red Integrada de Servicios de Salud. Mejoramiento continuo en la Calidad de Atención Materno Neonatal, en el Marco de la Movilización Nacional para Disminuir la Mortalidad Neonatal en el Paraguay, y por S.G. N° 024/2019, se aprueban los Lineamientos y Ámbitos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social 2019-2023; y se encuadran en el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva vigente, y en la Movilización Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal.


Página 2 de 4

## RESOLUCIÓN MINISTERIAL

"Cincuentenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1970"



Poder Ejecutivo  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 1018.-

**POR LA CUAL SE APRUEBA LA TERCERA EDICIÓN DEL MANUAL NACIONAL DE NORMAS DE CUIDADOS: PRECONCEPCIONAL, PRENATAL, PARTO, NACIMIENTO Y PUERPERIO, SEGUROS E INCLUSIVOS, Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD.**

Asunción, 10 de diciembre de 2021.-

Que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en el marco de la Movilización Nacional para la Disminución de la Mortalidad Materna y Neonatal, prioriza la atención a la madre y al recién nacido como problemáticas principales de Salud Pública a ser abordadas.

Que corresponde a esta Cartera de Estado, en su carácter de ente rector en la materia, dictar las normas de atención que permitan brindar respuestas con abordaje integral para mejorar la calidad de atención. Estas normas se basan en la evidencia disponible, respondiendo a los compromisos internacionales asumidos en torno a la maternidad segura, tanto en la Declaración de Panamá, como en el Consenso de Montevideo.

Que en esta Tercera Edición se actualiza el Manual Nacional de Normas de Cuidados Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, Seguros e Inclusivos, conforme a las nuevas evidencias científicas; de esta manera, fortalecer la implementación de las acciones que resultan fundamentales para regular y mantener su validez; a la vez, se realiza con el fin de incorporar la ampliación del contenido, con un consecuente aumento en optimizar la calidad y seguridad de atención a las usuarias y establecer intervenciones para la mejora continua de atención.

Que en este contexto, la dependencia técnica competente se ha expedido y en atención a las disposiciones legales vigentes, corresponde aprobar la Tercera Edición del Manual Nacional de Normas de Cuidados: Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, seguros e inclusivos, y la Libreta de Control Prenatal; y se dispone su implementación en todos los Establecimientos de Salud y en la formación de profesionales de Salud.

Que en concordancia con lo preceptuado en el Artículo 242 de la Constitución de la República del Paraguay, el Decreto N° 21376/1998, en su Artículo 19, dispone que compete al Ministro de Salud Pública y Bienestar Social ejercer la administración de la Institución; y en su Artículo 20, establece las funciones específicas del Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, en el numeral 6) la de ejercer la administración general de la Institución como Ordenador de Gastos y responsable de los recursos humanos, físicos y financieros, y en el numeral 7) le asigna la función de dictar resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas y servicios, reglamente su organización y determine sus funciones.

Que la Dirección General de Asesoría Jurídica ha emitido su Dictamen A.J. N° 2477, de fecha 06 de diciembre de 2021.

**POR TANTO;** en ejercicio de sus atribuciones legales,

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

**Artículo 1º.** Aprobar la Tercera Edición del Manual Nacional de Normas de Cuidados: Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, Seguros e Inclusivos, conforme al Anexo que forma parte de la presente Resolución.

Página 3 de 4

## RESOLUCIÓN MINISTERIAL

"Bicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 1078-

**POR LA CUAL SE APRUEBA LA TERCERA EDICIÓN DEL MANUAL NACIONAL DE NORMAS DE CUIDADOS: PRECONCEPCIONAL, PRENATAL, PARTO, NACIMIENTO Y PUERPERIO, SEGUROS E INCLUSIVOS, Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD.**

Asunción, 10 de diciembre de 2021.-

**Artículo 2º.** Disponer la implementación del Manual Nacional de Normas de Cuidados: Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, Seguros e Inclusivos, en todos los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud y en la formación de profesionales de salud.

**Artículo 3º.** Aprobar la implementación de la Libreta de Embarazada: Mi Libreta de Control Prenatal, en formato App, versión de aplicación de software diseñada para ejecutar en teléfonos inteligentes o tabletas, y disponer la continuidad de su implementación en el formato impreso.

**Artículo 4º.** Encomendar a la Dirección General de Programas de Salud y a la Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud, el monitoreo del cumplimiento e implementación de los documentos aprobados.

**Artículo 5º.** Comunicar a quienes corresponde y cumplido, archivar.



*[Signature]*  
**DR. JULIO CÉSAR BORBA VARGAS**  
MINISTRO

Dr.  
SIMESE 225005/2021



# Introducción

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social reafirma su compromiso continuo en la atención de la salud de la mujer, poniendo énfasis en la edad fértil, considerando que es privilegiado para cuidar del niño y de la madre. Este periodo incluye, tanto el periodo preconcepcional, el embarazo, el parto, y el puerperio, así como la atención al recién nacido, que debe ser de calidad, segura e inclusiva.

La reducción de la mortalidad materna y neonatal es una prioridad a nivel mundial y nacional, por lo tanto, mejorar la calidad de la atención en los establecimientos y servicios de salud es una urgencia. Así también, el país está comprometido con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que propone la igualdad de género (ODS N° 5) teniendo como meta la eliminación de toda forma de violencia contra la mujer, entre ellas, la violencia contra los derechos sexuales y reproductivos y la violencia obstétrica.

Desde el año 2015 al 2019; la razón de mortalidad materna se redujo de 81,8 a 67,6 por 100.000 nacidos vivos respectivamente. Por su parte, en el mismo periodo, la tasa de mortalidad neonatal registrada se redujo de 10,4 a 8,1 por 1000 nacidos vivos. Las causas principales de la muerte materna siguen siendo: la toxemia, la hemorragia y el aborto, todas ellas prevenibles.

Cabe resaltar que toda mujer es protagonista de su embarazo, trabajo de parto y parto, lo que implica por parte del sector de la salud, el respeto a sus tradiciones, lenguaje y otros factores de su cultura. Las inequidades de género en la construcción cultural han propiciado la escasa atención a estos factores que son relevantes a la hora de apoyar a la mujer, ello implica comprender su visión y generar un entorno que acompañe este proceso, donde ella sea protagonista y su familia, participe con responsabilidad y afecto.

Pero ante la situación mundial marcada por la pandemia del SARS-CoV2 que produce el COVID-19 se plantea un nuevo desafío para la atención de la embarazada, su parto y puerperio dentro de esta nueva infección que prueba a todos los sistemas de salud mundiales, los cuales, no solo amenaza a la salud de la población sino a las economías de los países haciéndolo un rival de mucha importancia. Además, se han publicado innumerables artículos respecto a epidemiología, presentación clínica, hallazgos de laboratorio y eventuales tratamientos del COVID-19. Esto ha generado una abrumadora cantidad de información, pero con poca o nula evidencia sólida al respecto. Pese a ello, existen algunas certezas que han permitido ir delineando lo que a todas luces parece ser una enfermedad compleja y que han permitido también desarrollar estrategias para enfrentarla de la mejor forma.

En esta revisión y adecuación de temas puntuales, se ha recogido de forma resumida y didáctica, aspectos que son relevantes a la hora de enfrentar la atención obstétrica en el contexto COVID-19. Pero, es evidente que esta información podrá modificarse en el futuro a medida que tengamos mejor evidencia y comprensión de lo que ocurre en su evolución, por lo que se debe continuar investigando permanentemente. En esta edi-

ción se han incorporado aspectos prácticos que pretenden ser un recurso útil para ayudar a la toma de decisiones al momento de encarar la atención de la embarazada, el manejo del parto y el puerperio en el contexto del COVID-19. Además, tendremos actualizaciones sobre el protocolo de Diagnóstico de Diabetes Gestacional y también el tamizaje para Chagas.

## Pilares de la atención de la salud materna y neonatal

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

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

- Principio de equidad para la igualdad en todo el proceso de atención en esta etapa.
- Principio de no intervención rutinaria e innecesaria en el proceso natural del parto, respeto a los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos y los derechos del niño.
- Respeto a la interculturalidad.
- Respeto a la elección de la mujer sobre las personas que la acompañarán durante la atención del embarazo y el parto.
- Embarazo y parto liderados por la mujer, con autonomía y libertad, en una atmósfera de intimidad, respeto, seguridad y confidencialidad.

# Marco jurídico

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

El marco jurídico incorpora la protección a la mujer, a la maternidad y al niño, como bienes superiores protegidos por el Estado, la Sociedad y la Familia. En este sentido se expresan las normas de la Constitución Nacional (CN), los Convenios Internacionales ratificados y aprobados en el país con rango de Ley; en el Código de la Niñez y la Adolescencia; la Ley 57/90 que aprueba la Convención sobre los derechos del niño; el Código Sanitario; en la Ley 4313/2011 de Aseguramiento Presupuestario de los Programas de Salud Reproductiva y de Aprovechamiento del kit de partos, y en la Ley 5777/2016 de Protección Integral de la Mujer.

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

Tabla 1 - **Obligaciones y Derechos en todas las maternidades**

<b>Obligaciones del personal de salud</b>	<b>Derechos de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio</b>
1. Conocer, promover y garantizar los derechos del binomio (madre e hijo), en los servicios de salud.	1. Ser la protagonista de su embarazo, parto y posparto.
2. Respetar la dignidad y el derecho del binomio, a la privacidad y a la confidencialidad.	2. Recibir un trato digno, con respeto a su privacidad y confidencialidad.
3. Brindar atención integral, calificada e inclusiva a la mujer, conforme a las normas vigentes, en el continuo de la atención de la salud de la mujer en edad fértil, desde el periodo preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y la atención al recién nacido.	3. Recibir atención integral e inclusiva por parte de personal de salud calificado y entrenado, en el servicio de salud de su preferencia.
4. Registrar toda la información recabada en forma clara y precisa.	4. A no ser separada de su recién nacido, a que lo coloquen en alojamiento conjunto inmediatamente al nacer, con lactancia exclusiva.
5. Facilitar la participación de la persona elegida por la mujer, durante las consultas preconcepcionales; prenatales, el parto y el puerperio.	5. Ser acompañada durante las consultas preconcepcionales; prenatales, parto y puerperio, y durante todo el tiempo que permanezca internada por la/s persona/s que elija.
6. Ser sensible y receptivo a las necesidades de la mujer y su entorno. No juzgar las decisiones que adopten en lo que respecta a su atención.	6. Recibir atención diferenciada, de acuerdo a sus necesidades específicas. Egresar del servicio de salud con su recién nacido, siempre que ambos reúnan las condiciones médicas para el alta. En ningún caso pueden ser retenidos por falta de pago de los servicios.
7. Informar a la mujer sobre el estado, tanto de su salud, como la del recién nacido y/o feto y sobre el tipo de procedimiento que se le va a realizar. Conversar con ella y su entorno sobre los temas que le preocupan en un ambiente en el que se sienta protegida	7. Recibir toda la información que solicite sobre su embarazo, parto o puerperio, de forma clara y sencilla.
8. Brindar información, ayuda y apoyo para el amamantamiento y garantizar el contacto piel a piel con su recién nacido inmediatamente al nacer, si la condición clínica de ambos lo permite.	8. Recibir información, ayuda y apoyo para la lactancia materna exitosa y mantener contacto piel a piel con su recién nacido inmediatamente al nacer y durante toda la primera hora, si la condición clínica de ambos lo permite.
9. Respetar el derecho de toda mujer a expresar sus opiniones acerca del servicio que se le presta.	9. Gozar de libertad de expresión.
10. Promover la participación del padre en todo el proceso.	10. Tener el respaldo emocional y económico que corresponde a una paternidad responsable.
11. Realizar los certificados de reposo cuando fuere necesario a fin de garantizar el bienestar materno fetal.	11. A ser informada sobre el derecho a la identidad del recién nacido. A ser informada sobre el permiso de maternidad y permiso de lactancia en lo atinente al respeto al derecho a la salud

Obligaciones del personal de salud	Derechos de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio
12. Ofrecer servicios de planificación familiar post evento, de manera oportuna, durante la atención preconcepcional y prenatal, a fin de que llegado el momento la decisión sea libre e informada (Manual nacional de normas de Planificación Familiar para Mujeres y Hombres).	12. Ejercer el derecho a la licencia de maternidad y de lactancia según establece la ley vigente Ley N°5508/2015.
13. Otorgar gratuitamente el certificado de nacido vivo. También en caso de óbito otorgar el certificado correspondiente de manera gratuita.	13. No realizar trabajos insalubres o peligrosos que la pongan en riesgo a ella o a su bebé.
14. Otorgar el certificado del concebido no nacido conforme a la ley vigente.	14. No ser despedida de su trabajo a partir del momento en que se notifica al empleador, así como tampoco durante su embarazo, parto o puerperio.
15. Aplicar la norma.	15. Decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos. Acceder a planificación familiar post evento de manera oportuna si lo ha solicitado.
16. Brindar buen trato, calidad y calidez en la atención	16. Recibir gratuitamente en el servicio el certificado de nacido vivo y la información necesaria para obtener la cédula de identidad antes del alta médica.
17. Informar sobre las formas de violencia y detectar situaciones de violencia	17. Recibir buen trato con calidad y calidez
18. Evitar cualquier forma de violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de la mujer	18. Recibir atención ante cualquier forma de violencia
19. Evitar cualquier forma de violencia obstétrica, ya sea debido a la praxis o debida a tratos inhumanos y degradantes	19. Estar protegida contra la violencia obstétrica, violencia contra los derechos sexuales y reproductivos y cualquier otra forma de violencia institucional.

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

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

Los estándares de los cuidados obstétricos y neonatales esenciales están definidos en la *Guía para la Organización de los cuidados Obstétricos y Neonatales esenciales* (CONE), la cual está avalada por la Resolución Ministerial SG N° 461/2014. En esta guía se establecen las capacidades, roles y responsabilidades del personal de

los establecimientos de salud, así como la infraestructura necesaria para que los servicios prestados sean de calidad, incluyendo, no solo la atención y la provisión de los insumos necesarios, sino también todo lo relacionado a la vigilancia de la salud y a la morbilidad materna y neonatal.

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

En la misma línea, las normas ministeriales incorporan la perspectiva de género, que implica tener en cuenta las medidas adicionales necesarias para efectivizar el derecho a la salud de la mujer, incluida la promoción de una vida con calidad y bienestar que incluya relaciones saludables, y la prevención de la violencia por un lado y por otro, detectar y atender las formas de violencia que se presentan.

---

1 Guía técnica de preparación integral para la maternidad con énfasis en desarrollo infantil temprano (PIM/DIT)

# Atención preconcepcional

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

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

Las acciones deben incluir la valoración del riesgo preconcepcional, junto con actividades preventivas, de educación y promoción para la salud. La promoción de la salud incluye pautas con enfoque de género que serán entregadas a la mujer y a los demás miembros de la familia que acompañen el proceso, es decir toda información que beneficie a la toma de decisiones con responsabilidad compartida, e incluso tendientes a deconstruir aquellas ideas preconcebidas culturalmente que pueden afectar al derecho de la persona en esta etapa.

En esta etapa es necesario informar sobre los derechos de la mujer, los derechos del niño, las prestaciones que deben recibir tanto la madre y el niño. Es oportuno informar sobre la responsabilidad compartida y la toma de decisiones.

## Clasificación del riesgo preconcepcional

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

Se deberá levantar la historia familiar de condiciones genéticas, malformaciones congénitas y/o enfermedades genéticas en la familia materna y paterna. A fin de estimar e informar riesgo de recurrencia. También se evaluarán antecedentes personales como edad e infecciones crónicas, antecedentes patológicos personales así como el contexto socio-afectivo en el que vive esa mujer. Ya que todos estos factores pueden afectar al desarrollo del niño por nacer durante su período fetal.

Es relevante detectar cualquier forma de violencia contra la mujer en el periodo prenatal. Para ello se debe aplicar el Manual de atención integral a víctimas de violencia intra familiar y género (MSPBS, 2012) que con-

tiene el flujograma, detalle de la atención a ser proporcionada, así como también el Formulario de Registro. El Formulario de Registro contiene unos indicadores que permiten al profesional de salud, caracterizar la situación y clasificarla de acuerdo al CIE 10. Es posible igualmente relevar todos los detalles que se observan y en los casos que se requiera comunicar a las instituciones pertinentes.

En todos los casos, es necesario dar seguimiento a las situaciones para brindar información, contención y atención integral.

En la etapa prenatal, las formas de violencia contra la mujer, que afectan igualmente en diferentes magnitudes al niño en proceso de gestación, pueden ser:

- Violencia psicológica;
- Violencia emocional;
- Violencia Física;
- Violencia social e institucional.

Estas formas se refieren a las dimensiones que se afectan más directamente con el tipo de violencia ejercido, independientemente de la clasificación legal de la violencia que está recogida en la ley y será objeto de valoración por parte de los otros actores intersectoriales que intervengan según el caso.<sup>2</sup>

La orientación es clave para apoyar a la mujer, se debe tener presente que la persona víctima de violencia entra en un ciclo del cual no puede salir sola, sino con el apoyo del entorno.

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

Cada cuadro en el gráfico siguiente: "Evaluar y clasificar" enumera signos clínicos de enfermedades y sus clasificaciones. Los cuadros se dividen en tres columnas denominadas: "Evaluar signos", "Clasificar como" y "Tratamiento". Los cuadros de clasificación también comprenden filas de tres colores, rojas (superior), amarillas (medio) y verdes (inferior), utilizando los colores del semáforo para clasificar la gravedad de la enfermedad.<sup>3</sup>

Considerando la alta prevalencia de problemas de salud mental **se recomienda la búsqueda de síntomas según el protocolo de manejo clínico de personas con depresión y ansiedad<sup>4</sup>, y orientación a los referentes de salud mental.** En el caso de las patologías específicas, promover la atención multidisciplinaria.

2 El mismo Manual de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y de Género (MSPBS, 2012) incorpora las definiciones legales.

3 Adaptado de AIEPI

4 Trastornos Mentales en la Atención Primaria de la Salud – MSPBS, año 2010

## EVALUAR

## CLASIFICAR

## TRATAMIENTO

### Una o más de las siguientes situaciones:

- Menor de 20 años
- IMC  $<18,5$  y  $>30$  o más  $\text{Kg}/\text{m}^2$
- Hb  $<7$  gr/dl o palidez palmar intensa
- Expuesta a químicos y a radiación.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS) activas, incluyendo VIH, sin tratamiento; virus del Zika y Hepatitis B
- Enfermedad previa sin control
- Consume alcohol, tabaco o drogas
- Antecedente de violencia o maltrato anteriores o actuales
- Antecedentes de malformaciones congénitas mayores por enfermedades crónicas maternas (epilepsia, Lupus, diabetes) si estas no están controladas.

**NO SE RECOMIENDA  
O SE RECOMIENDA  
POSPONER  
EL EMBARAZO**

- Orientar sobre planificación familiar, explicar acerca de riesgos e importancia de posponer el embarazo o no embarazarse
- Tratar si es posible o trasladar si es necesario
- Controlar enfermedad previa
- Consejería alimentaria nutricional
- Buscar causa y tratar anemia con hierro
- Si hay antecedente de malformaciones mayores de tubo neural: dar ácido fólico 5 mg. VO/día desde 3 meses antes de parar el método anticonceptivo ó 3 meses antes de empezar a buscar el embarazo y hasta el 3er mes de gestación.
- En caso de maltrato, brindar contención y dar intervención a otras instituciones. Denunciar
- Antecedentes de otras malformaciones congénitas mayores: asegurar consejería genética
- Desparasitar con albendazol
- Manejo y consejería: drogadicción, alcoholismo y tabaquismo
- Si se detecta violencia: aplicar protocolo
- Si hay ITS, VIH, Zika o Hepatitis B tratar según protocolos nacionales vigentes
- Orientar sobre higiene bucodental y personal

### Una o más de las siguientes situaciones:

- 35 años o más
- IMC entre 25 y 29,9  $\text{kg}/\text{m}^2$
- Hb entre 7 y 11 gr/dl o palidez palmar moderada
- Enfermedad previa controlada
- Problemas de salud bucal
- Muertes perinatales, bajo peso al nacer, nacidos prematuros, abortos previos
- Parejas sexuales múltiples sin protección
- ITS con tratamiento
- Antecedentes de HIE y diabetes gestacional en embarazo previo y de hemorragias o complicaciones en parto y puerperio.
- RH sensibilizada

**EN CONDICIONES DE  
EMBARAZARSE CON  
FACTORES DE RIESGO**

- Administrar hierro y ácido fólico 5 mg/día desde 3 meses antes de parar el método anticonceptivo ó 3 meses antes de empezar a buscar el embarazo y hasta el 3er mes de gestación.
- Desparasitar con albendazol
- Profilaxis y tratamiento bucodental
- Orientar sobre estilos de vida saludable
- Consejería alimentaria nutricional
- Prevención de cáncer de mamas y de cuello uterino
- Orientar sobre planificación familiar
- Si hay ITS, tratar según protocolos vigentes y orientar sobre prevención de infecciones.
- Actualizar vacunas

### Todas las siguientes situaciones

- Edad entre 20 a 35 años
- IMC entre 18,5 y 24,9  $\text{Kg}/\text{m}^2$
- Hb  $>12$  gr/dl y no tiene palidez
- Serología para sífilis no reactiva
- VIH no reactivo
- Ningún criterio para clasificarse en las anteriores

**EN CONDICIONES  
DE EMBARAZARSE**

- Administrar ácido fólico 0,4 mg/día desde 3 meses antes de parar el método anticonceptivo ó 3 meses antes de empezar a buscar el embarazo y hasta el 3er mes de gestación.
- Orientar sobre: planificación familiar
- Orientar sobre prevención de ITS/VIH/Zika
- Cuidados de higiene bucodental y personal
- Prevención de cáncer de mamas y de cuello uterino
- Orientar sobre estilos de vida saludable a ambos progenitores: nutrición, ejercicios, prevención de exposición a tóxicos, drogas e infecciones
- Profilaxis y tratamiento bucodental en caso necesario.
- Vacunas al día.

## PRUEBAS DE LABORATORIO Y OTRAS RECOMENDADAS

- Hemoglobina y hematocrito
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- Glucemia
- Urea, Creatinina.
- TSH
- Perfil lipídico.
- Serología
  - Rubéola
  - Sífilis
  - Toxoplasma
  - Virus de hepatitis B
  - VIH
  - Chagas
- Orina simple y Urocultivo
- Prueba de Papanicolaou

**En esta etapa el profesional de salud debe tener en cuenta que la aplicación de las normas evitan en cierta medida algunas de las formas de la violencia obstétrica.**

La violencia obstétrica se define, según el Art. 6° de la Ley 5777/ 2016 De Protección Integral a la Mujer contra toda forma de violencia, como:

**Violencia obstétrica.** Es la conducta ejercida por el personal de salud o las parteras empíricas sobre el cuerpo de las mujeres y de los procesos fisiológicos o patológicos presentes durante su embarazo, y las etapas relacionadas con la gestación y el parto. Es al mismo tiempo un trato deshumanizado que viola los derechos humanos de las mujeres.

La violencia en general es comprendida como la acción u omisión que causa algún daño al sujeto afectado por la misma. En este sentido, la violencia obstétrica sería la conducta del personal de salud o parteras empíricas que actuando sobre los procesos fisiológicos y patológicos de la mujer en el periodo de embarazo y parto, que produzcan un daño, que provengan de intervenciones innecesarias<sup>5</sup>, no justificadas y sin ceñirse a los protocolos y evidencia científica.

5 Aportes sobre violencia obstétrica para Latinoamérica. Disponible en: [https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/10608/violenciaobstetrica.pdf](https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/10608/violenciaobstetrica.pdf)

## Promoción y educación en la salud preconcepcional

- Informar sobre los derechos del niño.
- Orientar sobre la importancia de planificar el momento en el que la mujer se encuentra mejor preparada y en mejores condiciones para un embarazo. Orientar sobre la salud sexual y no solo la reproductiva. Informar que la persona tiene derecho a decidir cuándo tener hijos, cuantos hijos tener y si no desea tener hijos<sup>6</sup>.
- En caso de ser una mujer con diagnóstico de Diabetes Mellitus orientar sobre la trascendencia de mantener bajo control sus niveles de glucemia; y si se le administrara medicamentos crónicos, consultar con su médico sobre los efectos teratógenos del mismo.
- Orientar acerca del virus del Zika y sus vías de transmisión (vectorial, sexual, vertical, sanguínea) y las medidas de prevención: Recordar que si su pareja presenta síntomas se recomienda posponer el embarazo por 90 días.
- Informar sobre las formas de violencia (verbal, física, psicológica, emocional).
- Identificar signos de violencia, o abuso, trabajar con el acompañamiento del trabajador/a social y del equipo de salud.
- Identificar signos de violencia, o abuso, trabajar con el acompañamiento del trabajador/a social.
- Informar a la población sobre la importancia de la atención prenatal precoz, periódica y completa.
- Cuando hay sospecha de infertilidad, tanto de la mujer, como del varón se debe derivar al especialista.
- Informar sobre prácticas sexuales seguras para prevenir infecciones de transmisión sexual, VIH, Sífilis, Hepatitis B y virus del Zika.
- Recomendar vacunación:
  - Vacunas de virus vivos atenuados: evitar la gestación en los 3 meses siguientes a la vacunación contra el sarampión, la rubéola, la parotiditis y la varicela. Las mismas están contraindicadas durante el embarazo.
  - Vacuna de virus muertos: se puede aplicar en cualquier momento.
  - Vacuna Tdpa: toda persona adolescente perteneciente a la cohorte de 10 años, y todo personal de blanco deberá recibir 1 sola dosis de la suspensión de la vacuna. Posteriormente y cada 10 años deberán aplicarse la vacuna antidiftérica (Td).
  - Vacuna antitetánica y vacuna antidiftérica (Td). Se puede iniciar la vacunación en la consulta preconcepcional si corresponde según el calendario de vacunación. Si hay gestación, comenzarla en el segundo trimestre.
  - Vacuna antigripal en forma anual.
  - Vacuna contra COVID según protocolos del Ministerio de Salud.

6 La maternidad es todavía concebida como un mandato cultural que debe ocurrir necesariamente. Sin embargo es bueno orientar a las personas para que decidan libremente que proyecto de vida desean llevar con responsabilidad para ellas mismas y para los demás. En Paraguay y en Latinoamérica sigue siendo una problemática sentida la ausencia del padre. En contrapartida, los servicios de salud juegan un rol importante para promover la paternidad responsable.

- Recomendar periodo intergenésico con un intervalo mínimo de 2 años, y para las que tuvieron aborto, esperar 6 meses para iniciar un embarazo.
- Orientar sobre maternidad y paternidad responsable y paridad satisfecha.
- Informar sobre nutrición adecuada. Además, indicar la suplementación con ácido fólico, la cual debe iniciarse tres meses antes del embarazo y continuar hasta las 10 a 12 semanas de gestación en base a una dosis diaria de 0,4 mg cuando no hay factores de riesgo y de 5 mg si los hay. El objetivo es evitar la ocurrencia de defectos congénitos del tubo neural. El ácido fólico también previene defectos de hendiduras labiales.
- **Optimización preconcepcional**, En caso de deseo gestacional en pacientes con diagnóstico de Diabetes Pregestacional (Diabetes Mellitus tipo 1, tipo 2 u otros), será imprescindible la remisión de la paciente a un médico entrenado en manejo de Diabetes Mellitus, que deberá evaluar opciones terapéuticas para lograr la optimización metabólica Preconcepcional con el objetivo **de mantener o lograr el peso normal y alcanzar una Hemoglobina glicada inferior a 6% durante al menos 6 meses previos a la gestación.**
- No recomendar el uso de multivitamínicos, ya que supone un riesgo por exceso de vitamina A y D.<sup>7</sup>
- Si hay anemia, investigar la causa y tratarla. Si el nivel de hemoglobina está por debajo de 7g/dl se considera anemia grave, y requiere tratamiento inmediato, incluso se recomienda la postergación del embarazo. Dosis de tratamiento recomendada: 300 mg de sulfato ferroso, (que contiene 60 mg de hierro elemental), cada 12 horas, alejada de las comidas, hasta dos meses de haberse normalizado el hematocrito y la hemoglobina en mujeres adultas.<sup>8</sup>

## Orientación ambiental y laboral

- No utilizar fármacos sin consulta previa con el médico.
- No consumir alcohol, evitar uso de tabaco (fumador/a activo/a o pasivo/a) y otras drogas.
- valoración del riesgo ambiental y laboral: agrotóxicos, agroquímicos, plomo y mercurio, etc., y la manipulación o inhalación de estas sustancias tóxicas en el trabajo o en el hogar.
- Reducir situaciones de estrés en trabajos con más de 10 horas/día y permanencia de pie más de 6 horas/día.
- Evitar labores que impliquen mucho esfuerzo físico.
- Ejercicio: es aconsejable la realización rutinaria de ejercicio suave o moderado evitando, en periodo perigestacional, el ejercicio enérgico ya que está relacionado al nacimiento de niños de bajo peso.<sup>9</sup>
- La cantidad diaria recomendada de calcio elemental en mujeres embarazadas y que están en período de lactancia es de 1000 mg/día. La ingesta de calcio es esencial para el desarrollo esquelético fetal, principalmente en el tercer trimestre. Además, ayuda en la prevención de la preeclampsia en mujeres con niveles de ingesta de calcio bajos en su dieta y con alto riesgo de trastornos hipertensivos. La OMS recomienda complementar a las mujeres embarazadas en riesgo con 1,5-2,0 g/día de calcio elemental.

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

8 Fuente: Capítulo 13 Carencia de hierro y otras anemias nutricionales. <https://www.fao.org/3/w0073s/w0073s0h.htm>

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

## Indicaciones para el consejo genético

Se debe identificar qué madre y/o pareja se beneficiaría de una consejería genética:

- Historia de abortos recurrentes de primer trimestre, abortos de fetos malformados o muertes fetales de causas desconocidas.
- Hijo anterior con condición genética establecida. Aquí la consejería genética implicaría en el cálculo de riesgo de recurrencia según el diagnóstico etiológico de cada condición.
  - En el caso de haber tenido un hijo/a con defectos de cierre del tubo neural y labio leporino sin factores de riesgo (madre no epiléptica, no diabética); se debe indicar el uso de ácido fólico preconcepcional a 5mg/día; el riesgo de recurrencia es de 3% para labio leporino y 4% para espina bífida en el siguiente embarazo. Estos porcentajes varían si alguno de los padres es afecto o ya tuvieron más de un hijo afectado.
  - Hijo/a anterior con condición cromosómica. La consejería dependerá de la alteración cromosómica. En el caso de las Trisomías 21 libres (47 XX/XY,+21), así como de las otras Trisomías libres el riesgo de recurrencia depende de la edad materna. En el caso de alteraciones cromosómicas tipo traslocación, la pareja debe ser enviada a un Genetista para consejería especializada.
  - En el caso de Síndrome de X frágil, toda madre es portadora obligatoria, teniendo un riesgo de recurrencia de 50% de pasar la condición a la prole, si el fruto de esa concepción es femenino, en la mayoría de los casos será portadora, siendo afectada en excepciones y si es varón, en mitad de los casos será afectado.
  - Para las otras condiciones más raras, realizar una Interconsulta en centro especializado para que esa pareja reciba consejería genética especializada.

## Cuidados pre concepcionales en el varón

- Todo varón debe pensar en sus metas con respecto a tener o no tener hijos y en cómo lograrlas, es decir, un plan de vida reproductiva. Junto con su pareja se pueden beneficiar de tener un plan de vida reproductiva basado en sus propios valores personales, metas y recursos.
- Cuando un varón ha decidido tener un hijo con su pareja también debe seguir algunas pautas que faciliten la buena producción de espermatozoides que le permita facilitar el propio embarazo de su pareja y su buena evolución.
- Cerca de un 50% de los varones son los causantes de la infertilidad de una pareja y precisamente por esto es importante que el hombre tome parte activa en el cuidado de salud, de esta manera conseguirá favorecer la concepción.
- **Se debe evitar:**
  - **el consumo de alcohol** pues debilita el semen y ocasiona problemas de erección.
  - **el tabaco y las drogas** hacen que la calidad del semen disminuya, por lo tanto, la fertilidad masculina se reduce considerablemente.
  - **uso de prendas ajustadas que comprimen la región genital**, ya que el aumento de temperatura afecta a la cantidad y calidad de los espermatozoides.

- **permanecer mucho tiempo sentado**, ya que el aumento de temperatura afecta a la cantidad y calidad de los espermatozoides.
  - La **obesidad es una de las causas de la infertilidad masculina**. Algunos estudios apuntan que solo con modificar la dieta se podría mejorar la calidad y movilidad de los espermatozoides hasta en un 50 por ciento.
  - La **exposición a las sustancias tóxicas** y a otros materiales peligrosos en el trabajo o en la casa, como pesticidas, fertilizantes químicos, plomo, níquel, mercurio, cromo, éteres de glicol de etileno, los productos petroquímicos, benceno, percloroetileno, y la radiación pueden reducir la calidad del esperma, cantidad y posiblemente llevar a la infertilidad o aborto involuntario.
- Recomendaciones relacionadas a infecciones de transmisión sexual.
    - solicitar estudios correspondientes para la detección de sífilis y HIV.
    - informar de síntomas que podrían ser ITS.
    - Solicitar examen físico para identificar flujo uretral, masas en testículo o varicocele.
    - Dar consejería para el tratamiento adecuado de casos positivos.
    - Instruir sobre el uso de preservativos en prevención de ITS.
    - Instruir sobre el uso de preservativos durante todo el embarazo para prevenir la transmisión sexual del zika en áreas de circulación.
- Debe conocer sus antecedentes familiares.
    - Realizar un recuento de enfermedades que se presentaron en su familia o hijos anteriores.
- Detección, atención y denuncia de situaciones de violencia intrafamiliar y otras formas de violencia.
    - Los hombres también pueden ser víctimas de distintas formas de violencia, que deben ser detectadas y orientadas por el profesional de salud. Se debe aplicar igualmente el Formulario de Registro que debe estar disponible en el servicio. El mismo ayuda a caracterizar la situación y a clasificarla según el CIE 10. Luego se deberá orientar y acompañar a la persona. En los casos que se detecte una situación que configura un hecho punible o una situación de violencia intrafamiliar, denunciar.
    - Igualmente, si se detecta que el hombre es agresor en situaciones de violencia intrafamiliar o de género, se debe realizar la denuncia correspondiente.
- Mantenerse mentalmente sano. Algunos consejos: mantenerse activo, descanso adecuado, alimentación adecuadamente, mantenimiento de una vida social, diversión sana, gestión de pensamientos, buena comunicación, ejercicios de relajación, ponerse metas y si tiene dudas buscar ayuda profesional.
- **Paternidad activa.**
    - Explicar la importancia y los beneficios del acompañamiento de la pareja durante el embarazo y en los clubes de padres.
    - Recordar la importancia de compartir las labores de la casa y cuidados de los hijos, acompañando en todo el proceso de crianza.
    - Explicar que pueden presentarse cambios de humor que pueden presentarse durante el embarazo dentro de la vida de pareja.
- **Sexualidad durante el embarazo.** El sexo se considera seguro en todas las etapas de un embarazo normal. Durante el embarazo habrá cambios en la vida sexual de la pareja. La comunicación abierta será la clave para lograr una relación sexual segura y satisfactoria durante el embarazo. Muchas embarazadas notan que su deseo de tener relaciones sexuales cambia durante algunas etapas del em-

barazo. Además, muchas mujeres sienten que el sexo se vuelve incómodo a medida que su cuerpo crece. Es posible que necesite experimentar con otras posturas para el sexo, a fin de encontrar las que le resulten más cómodas. Si el embarazo es de riesgo se deberá definir con el profesional de la salud la seguridad de la actividad sexual.

- **Orientación de Planificación Familiar.** En la consulta preconcepcional es un buen momento para definir el número de hijos que desea tener la pareja y sobre todo luego del primer embarazo definir el método que utilizarán para espaciar el mismo y así dar respuesta a la expectativa de la pareja. Las recomendaciones internacionales refieren espaciar los embarazos siguientes, por lo menos 2 años, para la total recuperación de la madre y reducir así las complicaciones que puedan aparecer en los siguientes embarazos.
- **Orientación sobre el derecho a la identidad.** Es un momento oportuno para alentar a los padres a que decidan el nombre de su hijo y a que lo registren inmediatamente después del nacimiento.
- **Vacunación en adultos.: el adulto debe de tener las siguientes vacunas.**
  - Vacuna Td: Tétanos, Difteria.
  - Vacuna SR: Sarampión, Rubeola
  - Vacuna AA: Fiebre Amarilla
  - Vacuna Hepatitis B
- **Interconsulta odontológica.**



---

**Atención preconcepcional en tiempos de COVID 19**  
Ver capítulo específico

---



# Atención prenatal

## Definición

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

## Objetivos de la atención prenatal

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

## Atención prenatal eficaz

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

## Atención prenatal eficiente

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

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

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

Desde la primera consulta prenatal, el profesional de salud conversa y examina a la mujer para detectar problemas que podrían necesitar un tratamiento o control más estricto. Para brindar una atención prenatal de calidad, se debe destinar al menos 40 minutos para la primera consulta prenatal<sup>10</sup> y al menos 20 para los siguientes controles, lo que debe considerarse a la hora de asignar pacientes por turnos, contemplando el tiempo necesario para garantizar la calidad de atención.

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

## Criterios para clasificar a las mujeres para el componente básico del modelo de atención prenatal<sup>11</sup>

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

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

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

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

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

Tabla 2 - **Criterios para Clasificar a las Mujeres para el Componente Básico**

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

<b>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>
1. Muerte fetal o muerte neonatal previas		
2. Antecedente de 3 o más abortos espontáneos consecutivos		
3. Peso al nacer del último bebé < 2.500 g		
4. Peso al nacer del último bebé > 4.000 g		
5. Internación por hipertensión o preeclampsia en el último embarazo		
6. Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical)		
7. Embarazos anteriores con producto de gestación con condición genética desfavorable		
<b>EMBARAZO ACTUAL</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>
8. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple.		
9. Menos de 16 años de edad o mayor de 40 años de edad		
10. IMC < 18,5 o > 29,9		
11. Isoinmunización Rh (-)		
12. Hemorragia vaginal		
13. Masa pélvica		
14. Presión arterial diastólica de 90 mmHg o más durante el registro de datos		
15. Peso materno pregravídico < 45 k		
16. Escaso o exagerado incremento del peso materno		
17. Restricción del crecimiento intrauterino o macrosomía fetal		
18. Amenaza de aborto o de parto pre término		
19. Oligoamnios o polihidramnios, o un Diagnóstico ecográfico de malformación fetal mayor		
<b>HISTORIA CLÍNICA GENERAL</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>
20. Diabetes mellitus previa al embarazo (en tratamiento con antidiabéticos orales o insulina).		
21. Nefropatía		
22. Hemoglobina menor de 10 g/l		
23. Cardiopatía		
24. Cualquier otra enfermedad o afección severa. (TBC, Lupus) Por favor, especifique en la Historia Clínica Perinatal Base		
25. Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical)		
26. Consumo de drogas (incluido consumo excesivo de alcohol)		
27. Talla materna <145 cm		

## Procedimientos

### Objetivos y Actividades propuestas para la atención prenatal

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

TABLA 3 - Cronograma de actividades en las Consultas Prenatales

A. TAREAS PREVIAS A LA CONSULTA	PRIMERA CONSULTA	CONSULTA CONTROL
1. Verificar que el consultorio cuente con el equipamiento necesario para la atención prenatal según la Guía para la Organización de los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE) en la red integrada de servicios de salud- Mejoramiento continuo de la calidad de atención materna neonatal.	X	X
2. En toda paciente en preconsulta prenatal se debe investigar la presencia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre <math>\geq 37.8^{\circ}\text{C}</math>, tos seca, cansancio, expectoración, mialgia, odinofagia, disnea, cefalea, hiposmia/ anosmia, disgeusia/ ageusia y síntomas gastrointestinales.</li> <li>• Antecedente de viaje o contacto con casos confirmados o personas con patología respiratoria con síntomas característicos.</li> </ul> Si no ha presentado síntomas ni antecedentes de riesgo se realizará un control prenatal de rutina	X	X
B. DURANTE LA CONSULTA	PRIMERA CONSULTA	CONSULTA CONTROL
1. Respetar los derechos y cumplir las expectativas de la gestante y su acompañante.	X	X
2. Preguntar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base los datos de identificación o filiación de la gestante.	X	
3. Preguntar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base los antecedentes familiares, personales y obstétricos.	X	
4. Evaluar y registrar criterios para clasificar a las mujeres para el Componente Básico.	X	
5. Evaluar y registrar criterios para clasificar a las mujeres según factores de riesgo para desarrollar Diabetes Gestacional.	X	X
6. Evaluar y registrar criterios para clasificar a las mujeres antecedentes de riesgo de preeclampsia	X	
7. Preguntar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base los datos de la gestación actual.	X	
8. Calcular y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base la edad gestacional.	X	X
9. Valorar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base: peso, presión arterial y talla.	X	X
10. Calcular y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base el incremento de peso materno en relación a la edad gestacional a partir de las 13 semanas de gestación.	X	X
11. Verificar el registro de la presión arterial en la Historia Clínica Perinatal Base.	X	X

12.	Calcular y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base la altura uterina en relación a la edad gestacional a partir de las 13 semanas de gestación.	X	X
13.	Evaluar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base la presentación fetal a partir de las 28 semanas de gestación.	X	X
14.	Evaluar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base los latidos fetales.	X	X
15.	Evaluar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base la motilidad fetal.	X	X
16.	Evaluar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base los signos de alarma en el embarazo, incluyendo los síntomas del zika y otras infecciones virales (CMV, Parvovirus, etc).	X	X
17.	Evaluar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base, otro síntoma o acontecimiento específico que refiera la gestante o su acompañante.	X	X
18.	Evaluar y registrar la solicitud y resultados de exámenes y estudios rutinarios y/o complementarios en la Historia Clínica Perinatal Base y en la Libreta de control prenatal o el carné perinatal solicitados a la mujer y su pareja (incluye análisis de laboratorio, ecografía, etc.).	X	X
19.	Realizar examen físico completo, incluyendo evaluación de examen genital, tiroides y mamas.	X	X
20.	Realizar toma de muestra para PAP.	X	
21.	Realizar, previa consejería, test rápido para sífilis, VIH,, Chagas y consejería sobre zika, CMV y otros virus con efecto teratógeno.	X	X
22.	Evaluar y registrar en la Historia Clínica Perinatal Base las patologías o situaciones de riesgo (ejemplos: violencia/abuso, adolescencia, discapacidad intelectual, etc.), el plan terapéutico y/ o intervención instaurada.	X	X
23.	Orientar y registrar sobre los cuidados que debe tener la gestante durante su embarazo, preparación para lactancia materna y los signos de alarma.	X	X
24.	Entregar y orientar sobre el uso de Mi libreta de control prenatal.	X	
25.	Ofrecer preservativos y asesorar sobre el uso correcto para la prevención de la transmisión sexual del zika y medidas tales como uso de repelentes, mosquiteros y ropas apropiadas.	X	X
26.	Orientar sobre la importancia de espaciar los nacimientos y brindar asesoría sobre planificación familiar durante la consulta prenatal.	X	X
<b>C.</b>	<b>AL FINAL DE LA CONSULTA</b>	<b>PRIMER CONSULTA</b>	<b>CONSULTA CONTROL</b>
1.	Explicar la importancia de los controles prenatales periódicos en el servicio de salud y la importancia del parto institucional.	X	X
2.	Asesorar sobre el llenado e importancia del formulario PREPARANDO MI PARTO incluido en Mi libreta de control prenatal.	X	X
3.	Aconsejar a la gestante que invite a una persona de su elección a la próxima consulta para que esta se involucre y la apoye.	X	X
4.	Interconsulta odontológica.	X	
5.	Programar la próxima visita de la gestante.	X	X
6.	Evaluar los hábitos alimentarios de la paciente.	X	X
7.	Recordar la importancia de lavado de manos, uso de mascarilla facial y distanciamiento social en relación a la pandemia Covid-19	X	X

TABLA 4 - Para evaluación de riesgo de Diabetes Gestacional

ANTECEDENTE DE RIESGO DE DIABETES GESTACIONAL	No	Sí
1. Edad superior o igual a 30 años		
2. Obesidad previa al embarazo según Índice de masa corporal superior o igual 30 Kg/m <sup>2</sup>		
3. Antecedentes familiares de primer grado (Padres, hermanos) de Diabetes Mellitus		
4. Antecedentes personales de Diabetes Gestacional		
5. Antecedentes de Hipertensión arterial, Dislipemia		
6. Antecedentes de Síndrome de Ovarios Poliquísticos (fenotipo hiperandrogénico y en portadoras de Índice de masa corporal superior o igual a 30 kg/dl)		
7. Antecedentes de Macrosomía fetal (peso del recién nacido ≥ 4 kilogramos)		
8. Antecedentes de Óbito fetal.		

La presencia de 2 (dos) o más Factores de riesgo implica un RIESGO ALTO para desarrollar Diabetes Gestacional. Remitirse al capítulo de Diabetes Gestacional.

Si uno de los Factores de Riesgo fuera Obesidad Pregestacional, se deberá indicar seguimiento estrecho de la ganancia ponderal, evitando la ganancia excesiva de peso.

TABLA 5 - Para evaluación de riesgo de Preeclampsia

Antecedente de ALTO riesgo de preeclampsia	No	Sí
1. Trastorno hipertensivo en un embarazo previo		
2. Enfermedad Renal Crónica		
3. Enfermedad Autoinmune como LES o el SAF		
4. Diabetes Tipo 1 o Tipo 2		
5. Hipertensión Crónica		
Antecedente de riesgo MODERADO de preeclampsia	No	Sí
1. Primer Embarazo		
2. Edad Materna ≥40 años		
3. Intervalo de embarazos mayor a 10 años		
4. IMC ≥35 Kg/m <sup>2</sup> en la primera consulta		
5. Historia Familiar de Preeclampsia		
6. Embarazo Múltiple		

\* Con la presencia de 1 antecedente de alto riesgo o dos de moderado riesgo se debe iniciar profilaxis con Aspirina oral. Remitirse al capítulo de preeclampsia.

## Tareas previas a la consulta

Objetivo: Controlar previamente que se cuenta con lo mínimo necesario para la consulta<sup>12</sup>.

Tarea del Cronograma de Actividades en la Consulta:

1- Verificar que el consultorio cuente con el equipamiento necesario para la atención prenatal.

---

12 Guía para la Organización de los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales en la red integrada de servicios de salud. CONE, Resolución Ministerial SG N° 461. Anexo 6

# Consulta prenatal

**Objetivo:** adecuada interacción personal calificado y entrenado – gestante.

## Tarea del Cronograma de Actividades en la Consulta

**Actividad 1** - Respetar los derechos y las expectativas de la embarazada y su acompañante.

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

Tabla 6 - **Recomendaciones iniciales para la consulta prenatal**

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

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

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



Fig. 2 - Reverso de la Historia Clínica Perinatal

MORBILIDAD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS				INFECCIONES				HEMORRABIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>				1º TRIMESTRE no <input type="radio"/> 2º TRIMESTRE no <input type="radio"/> 3º TRIMESTRE / POSPARTO no <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Hipertensión crónica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Sepsis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Placenta previa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Parto abortivo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Rotura uterina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Pre eclampia leve	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Endometritis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Neuritis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Mala tolerancia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Hemorragia posparto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Pre eclampia severa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Infección heptática crónica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Infección aguda	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Embarazo ectópico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Altera uterina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Eclampsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Colombiosis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Infección oportuna	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Placenta previa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Desgarro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
HELLP	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Bacteriemia bacteriemia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Otra infección	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Acidosis placentaria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Restos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Hipertensión gestacional	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>										DPNH	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Defecto de coagulación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Hipertensión crónica + PE subsecuente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
TRASTORNOS METABÓLICOS				OTROS TRASTORNOS				COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
DIABETES MELLITUS				TRASTORNOS TIROIDEOS				Hiperemesis gravídica																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Tolerancia oral a la glucosa anormal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Hipotiroidismo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Hiperemesis gravídica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Parto obstructivo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Polihidramnios	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
D.M. insulino dependiente previo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Hipertiroidismo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Trombosis venosa profunda	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Rotura prolongada de membranas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Sufrimiento fetal agudo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
D.M. no insulino dependiente previo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Crisis tiroideas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Tromboembolismo pulmonar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Oligemias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Resección de Cerebro Intestinal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
D.M. gestacional	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Otro trastorno metabólico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Embolia L.A.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Otro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Estado hiperosmolar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>						Cardiopatía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Cetoacidosis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>						Valvulopatía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Estado hiperglicémico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>						Convulsiones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
								Alteración del estado de conciencia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
INTERVENCIONES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Almorbamiento manual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Via venosa central	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Laparotomía (excluye cesárea)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Trejo antishock no neurótico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Balones hidroestáticos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Uterotónicos para fb. Hemorragia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Administración de hemoderivados	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Ingreso a UCI < 7 días	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Suturas P-lyonch o similares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Ligadura hemostática de los arterias uterinas/hipogástricas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
								Uso de ATE IV (para lbs. de complicación infecciosa)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Embolización	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
VARIABLES PARA IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
CRITERIOS CLÍNICOS / DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA				LABORATORIO				INTERVENCIONES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Cardiovascular	Shock	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Renal	Oliguria resistente a líquidos o diuréticos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Laboratorio	Piquetes > 50,000 por ml	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Administración continua de agentes vasoactivos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Cualquier	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Pericardico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Hemolíticas/coagulables	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Creatinina ≥ 300 micromoles/l o ≥ 3,5 mg/dl	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Hepático	Ictericos en pre-eclampsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Neurólogo	Alteraciones de la coagulación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Bilirrubina > 100 micromoles/l o > 6,0 mg/dl	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Cualquier	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
					Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		pH < 7,1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Respiratorio	Cianosis aguda	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Coma	Inconsciencia prolongada > 12 hs.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Sat Hb < 90% ≥ 1 hora	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Administración ≥ 3 vol de hemoderivados	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Cualquier	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Respiración (apnea) (apnea)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Accidente cerebro vascular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		PaO <sub>2</sub> /PD <sub>2</sub> < 200 mmHg	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ingreso a UCI ≥ 7 días	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Histerectomía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Taquipnea severa FR > 40 rpm	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Periódos generalizados	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Lactato > 5 μmol/L o 45 mg/dl	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Diluido en caso de IRA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Respiración cardio-pulmonar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Braquipnea severa FR < 8 rpm	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>da</th> <th>Temp °C</th> <th>P.A.</th> <th>pulso</th> <th>invol. uter</th> <th>loquios</th> <th>perine</th> <th>lactancia</th> <th>observaciones</th> <th>Responsable</th> <th colspan="2">EGRESO MATERNO</th> <th colspan="2">FECHA</th> <th colspan="4">CONDICIÓN AL EGRESO</th> </tr> <tr> <th>1º</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th>da</th> <th>hr</th> <th>min</th> <th>hora</th> <th>min</th> <th>seg</th> <th>min</th> <th>seg</th> <th>min</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2º</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3º</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5º a 12º</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												da	Temp °C	P.A.	pulso	invol. uter	loquios	perine	lactancia	observaciones	Responsable	EGRESO MATERNO		FECHA		CONDICIÓN AL EGRESO				1º										da	hr	min	hora	min	seg	min	seg	min	2º																			3º																			5º a 12º																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
da	Temp °C	P.A.	pulso	invol. uter	loquios	perine	lactancia	observaciones	Responsable	EGRESO MATERNO		FECHA		CONDICIÓN AL EGRESO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
1º										da	hr	min	hora	min	seg	min	seg	min																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
2º																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
3º																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
5º a 12º																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CONSEJERÍA anticoncepcional</th> <th colspan="2">RESPONSABLE</th> <th colspan="2">ANTICONCEPCION</th> <th colspan="2">TIP DE EGRESO</th> <th colspan="2">CONDICIÓN AL EGRESO</th> <th colspan="2">RESPONSABLE</th> </tr> <tr> <th>anticoncepcional</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>MAC</td> <td><input type="radio"/></td> <td>DIU</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>Otro hormonal (incluye parche AC)</td> <td><input type="radio"/></td> <td>EON mec.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof. acord.</td> <td><input type="radio"/></td> <td>prof.</td></tr></tbody></table>												CONSEJERÍA anticoncepcional		RESPONSABLE		ANTICONCEPCION		TIP DE EGRESO		CONDICIÓN AL EGRESO		RESPONSABLE		anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	MAC	<input type="radio"/>	DIU	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otro hormonal (incluye parche AC)	<input type="radio"/>	EON mec.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof.
CONSEJERÍA anticoncepcional		RESPONSABLE		ANTICONCEPCION		TIP DE EGRESO		CONDICIÓN AL EGRESO		RESPONSABLE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional	anticoncepcional																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	MAC	<input type="radio"/>	DIU	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otro hormonal (incluye parche AC)	<input type="radio"/>	EON mec.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	prof. acord.	<input type="radio"/>	prof.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																

Fig. 3 - Reverso del Carnet Perinatal

## CARNÉ PERINATAL

Lugar de control prenatal \_\_\_\_\_

Lugar del parto \_\_\_\_\_

El embarazo no es una enfermedad pero exige vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.

Es importante que su primera consulta al centro de salud sea lo más pronto posible. Cumpla con las citas y las recomendaciones que le sean dadas.

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Lévelo con Ud. en todo momento y entréquele al equipo de salud toda vez que requiera una atención, ya sea para el embarazo; parto, puerperio; o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

En caso de extravío se ruega dirigirse a:

NOMBRE \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_




Centro Latinoamericano de Epidemiología  
Salud de la Mujer y Reproductiva  
CLAPSMR  
www.clap.ops-oms.org

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Día	Mes	INGRESO		EGRESO	
		Día	Mes	Día	Mes

HOSPITALIZACIÓN

OBSERVACIONES

INCREMENTO DEL PESO MATERNO

ALTURA UTERINA

La información aquí contenida es propiedad de la gestante y no podrá ser difundida a terceros, al amparo de las disposiciones vigentes sobre privacidad de la información médica.

## La Historia Clínica Perinatal contempla las siguientes secciones

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

## Filiación, antecedentes personales, familiares y obstétricos

**Objetivo:** Conocer información relevante de la gestante

### Tarea del Cronograma de Actividades en la Consulta

**Actividad 2 a 4** - Pregunta y registra en la HCPB los datos de filiación de la gestante, los antecedentes familiares, personales y obstétricos (Fig. 4).

Fig. 4

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS				FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		Lugar del control prenatal														
NOMBRE _____ APELLIDO _____				día mes año		<input type="radio"/> blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra		<input checked="" type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secund, univers. <input type="radio"/> otros <input type="radio"/> años en el mayor nivel		<input type="radio"/> casada <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> vive sola		Lugar del parto		N° (fuerza de trabajo)														
DOMICILIO _____ TELEF. _____				EDAD (años)																								
LOCALIDAD _____				<input type="radio"/> < de 15 <input type="radio"/> > de 35																								
ANTECEDENTES	FAMILIARES		PERSONALES		OBSTÉTRICOS		gestas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		FIN EMBARAZO ANTERIOR													
	no	si	no	si	no	si	gestas previas	gestas previas	gestas previas	gestas previas	gestas previas	gestas previas	gestas previas	gestas previas	gestas previas	gestas previas												
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TBC	<input type="radio"/>	genito-urinario	<input type="radio"/>	ULTIMO PREVIO	n/c	<2500g	normal	>4000g	3 espont. consecutivos	partos	cesáreas	nacidos vivos	nacidos vivos	muertos	1 <sup>er</sup> sem.	después	1 <sup>er</sup> sem.	EMBARAZO PLANEADO	no	si	FRACASO METODO ANTICONCEP.	no	si		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	diabetes	<input type="radio"/>	cardiopat.	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hipertensión	<input type="radio"/>	nefropat.	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	preeclampsia	<input type="radio"/>	violencia	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	eclampsia	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	gta cond. medica grave	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>

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

## Datos de la gestación actual

**Objetivo:** Contar con una hoja de ruta que guíe al prestador para planificar las actividades en la **GESTACIÓN ACTUAL**.

### Tarea del Cronograma de Actividades en la Consulta

**Actividades 5, 6, 7, 8, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24** - Pregunta y registra en la HCPB los datos de la **GES-TACIÓN ACTUAL** (Fig.5)

Fig. 5

El formulario 'GESTACION ACTUAL' está dividido en varias secciones:

- GESTACION ACTUAL:** Incluye campos para 'PESO ANTERIOR' (Kg) y 'TALLA (cm)'. Se muestra un ejemplo con un peso de 1 Kg y una talla de 1 m.
- EG CONFIABLE:** Sección para registrar antecedentes de embarazo con resultados de FUM (Eco <20 s.) y FUM (1er, 2er, 3er trim).
- RUMACT, RUM PAS, DROGAS, ALCOHOL, VIOLENCIA:** Sección para registrar consumo de drogas, alcohol y violencia durante el embarazo.
- VACUNAS:** Sección para registrar el estado de vacunación (tétanos/difteria, tétap, influenza, rubeola, hepatitis B, hepatitis A, tamizaje hepatitis B) con opciones de 'si' o 'no' y fechas de aplicación.
- EX. NORMAL:** Incluye 'ODONT' (insp. visual) y 'MAMAS' (PAP, COLP).
- CERVIX:** Sección para registrar el estado del cuello uterino (normal, anormal, no se hizo).
- GRUPO:** Incluye 'Rh' e 'Inmuniz.'.
- TOXOPLASMOSIS:** Sección para registrar resultados de pruebas de IgG (<20 sem, ≥20 sem) e IgM (1ª consulta).
- Hb:** Sección para registrar hemoglobina (<20 sem, ≥20 sem).
- FOLICULOS:** Sección para registrar niveles de Fe y Folatos (<11.0 g/dl, ≥11.0 g/dl).
- CHAGAS:** Sección para registrar resultados de pruebas de Chagas (<20 sem, ≥20 sem).
- PALLIDISMO/MALARIA:** Sección para registrar resultados de pruebas de anemia y malaria.
- BACTERIURIA:** Sección para registrar resultados de pruebas de bacteriuria (normal, anormal, no se hizo).
- GLUCEMIA EN AYUNAS:** Sección para registrar resultados de pruebas de glucemia en ayunas (<20 sem, ≥20 sem).
- ESTREPTOCOCCO B:** Sección para registrar resultados de pruebas de estreptococo B (35-37 semanas, no se hizo).
- PREPARACION PARA EL PARTO:** Sección para registrar el estado de preparación para el parto (no, si).
- CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA:** Sección para registrar el estado de consejería de lactancia materna (no, si).
- VH - Diag. Tratamiento:** Sección para registrar diagnóstico y tratamiento de VIH (<20 sem, ≥20 sem).
- TARV en emb.:** Sección para registrar el uso de TARV durante el embarazo (Si, No, n/c).
- SIFILIS:** Sección para registrar diagnóstico y tratamiento de sífilis (<20 sem, ≥20 sem).
- Pruebas de sífilis:** Sección para registrar resultados de pruebas de sífilis (no treponémica, treponémica).
- Tratamiento de sífilis:** Sección para registrar el tratamiento de sífilis (no, si, sid, n/c).
- Tto. de la pareja:** Sección para registrar el tratamiento de la pareja (no, si, sid, n/c).

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

### Peso anterior

Cuando el peso pregravídico es conocido o la primera consulta ocurre en el primer trimestre (el peso determinado se asume como pregravídico). Se calcula el índice de masa corporal (**IMC**), dividiendo el peso (en Kg) entre la talla (en metros) al cuadrado. Esto permite estimar los rangos de aumento adecuado de peso según el **IMC** previo al embarazo. Como se ve en la Tabla 7 la ganancia adecuada dependerá de la **IMC** inicial.

Tabla 7 - Índice de Masa Corporal Pregravídico - Inicial

Categoría de Peso	IMC (k/m <sup>2</sup> )	Aumento total de peso (K)
Bajo peso	12,0 – 18,4	12.5 – 18.0
Peso normal	18,5 – 24,9	11.5 – 16.0
Sobrepeso	25,0 – 29,9	7.5 – 11.5
Obesidad	30,0 o más	6.0

CLAP/SMR N° 1562

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

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

Tabla 8 - Peso para la Talla según Edad Gestacional

<b>Altura Uterina y Peso Materno</b> <b>Evaluación Clínica del Crecimiento Fetal y de la Nutrición Materna</b>			<b>Peso para la Talla según Edad Gestacional</b> <b>Talla en cm</b>												
Sem	Perc.		140	143	146	149	152	155	158	161	164	167	169		
			142	145	148	151	154	157	160	163	166	169			
13	10		38.6	40.0	41.3	42.8	42.8	42.2	45.6	47.2	49.0	52.2			
	90		51.3	53.1	54.9	57.0	58.8	60.7	62.7	65.1	67.2	69.4			
14	10		39.5	40.9	42.3	43.8	45.2	46.7	48.3	50.1	51.8	53.4			
	90		52.7	54.5	56.4	58.5	60.3	62.3	64.4	66.8	69.0	71.2			
15	10		40.4	41.8	43.3	44.9	46.3	47.8	49.4	51.3	53.0	54.6			
	90		53.1	55.0	56.9	59.0	60.8	62.8	64.9	67.4	69.6	71.8			
16	10		41.3	42.8	44.2	45.9	47.3	48.9	50.5	52.4	54.1	55.9			
	90		53.6	55.5	57.3	59.5	61.4	63.4	65.5	68.0	70.2	72.5			
17	10		42.4	43.7	45.2	46.9	48.4	49.9	51.6	53.6	55.3	57.1			
	90		54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1			
18	10		42.7	44.2	45.7	47.4	48.9	50.5	52.2	54.1	55.9	57.7			
	90		54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1			
19	10		43.6	45.1	46.6	48.4	49.9	51.6	53.3	55.3	57.1	58.9			
	90		54.0	55.9	57.8	60.0	61.6	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1			
20	10		44.5	46.1	47.6	49.4	51.0	52.6	54.4	56.4	58.3	60.2			
	90		51.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7			
21	10		45.4	47.0	48.6	50.4	52.0	53.7	55.5	57.6	59.5	61.4			
	90		54.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7			
22	10		45.9	47.5	49.1	50.9	52.5	54.2	56.1	58.2	60.1	62.0			
	90		54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.2	72.0	74.3			
23	10		46.3	47.9	49.6	51.4	53.0	54.8	56.6	58.8	60.7	62.6			
	90		54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.2	72.0	74.3			
24	10		46.8	48.4	50.1	51.9	53.6	55.3	57.2	59.3	61.3	63.2			
	90		55.4	57.3	59.3	61.5	63.4	65.5	67.7	70.3	72.6	74.9			
25	10		47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9			
	90		55.8	57.8	59.8	62.0	64.0	66.1	68.5	70.8	73.2	75.5			
26	10		47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9			
	90		56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1			
27	10		47.7	49.3	51.0	52.9	54.5	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5			
	90		56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1			
28	10		47.7	49.3	51.0	52.9	54.5	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5			
	90		56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8			
29	10		47.7	49.3	51.0	52.9	54.5	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5			
	90		56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8			
30	10		48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.6	63.1	65.1			
	90		57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4			
31	10		48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.1	63.1	65.1			
	90		57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4			
32	10		48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7			
	90		57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4			
33	10		48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7			
	90		57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4			
34	10		48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7			
	90		59.3	59.7	61.7	64.0	66.0	68.2	70.5	73.2	75.6	78.0			
35	10		49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3			
	90		58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6			
36	10		49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3			
	90		58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6			
37	10		49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3			
	90		58.6	60.6	62.7	65.0	67.1	69.3	71.6	74.3	76.8	79.2			
38	10		49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1			
	90		59.0	61.1	63.2	65.5	67.6	69.8	72.1	74.9	77.3	80.7			
39	10		49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1			
	90		59.5	61.1	63.7	66.0	68.1	70.3	72.7	75.5	77.9	81.4			

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

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

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud  
Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAPSMR  
www.clap.ops-oms.org

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

## Talla

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

Recordar que una mujer gestante con talla <145 cm, tiene enanismo, por lo cual debe ser referida para atención con especialista ortopédico y genetista para identificar tipo de enanismo y recibir consejería genética, según los criterios para clasificar a las mujeres para el componente básico del modelo de atención prenatal.

## Fecha de Última Menstruación (FUM)

Es necesario interrogar por única vez en forma precisa y tranquila, acerca del primer día y el mes de la última menstruación. En las mujeres con ciclos menstruales regulares y que no han usado en los últimos meses contraceptivo hormonal, estos datos son confiables. Y esa fecha es segura si recuerda la fecha exacta del 1er día de la última menstruación.

A partir de ellos se calculará la edad del embarazo y la fecha probable de parto.

Si la FUM no es segura y confiable pero se cuenta con una ecografía de 1er trimestre basarse en la medición de la LEM para el cálculo de EG. No se hace una FUM corregida, lo que corregiremos es la FPP.

## Fecha Probable de Parto (FPP)

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

Regla de *Wahl*: Al primer día de la **FUM** se agregan 10 días y un año, y luego se le restan tres meses.

## Confiabilidad de la Edad Gestacional

Se solicita una evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por **FUM** o por Ecografía. Cuando la fecha de la última menstruación no está disponible, una posibilidad es estimar la **FPP** a partir de una ecografía fetal temprana, antes de las 20 semanas e idealmente en el primer trimestre (hasta la semana 14).

## Interrogatorio sobre tabaquismo (activo y pasivo), drogas, alcohol y violencia

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

## Estado de inmunización de la gestante (vacunas)

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

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

### Tdpa:

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

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

**Vacuna contra la influenza:** aplicar 1 dosis de vacuna antigripal independientemente de la edad gestacional en las mujeres embarazadas, o en período de puerperio (lineamientos operativos 2021 del Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles y Programa Ampliado de Inmunizaciones).

**Vacuna contra el SARS-COV-2 en embarazadas:** remitirse a las recomendaciones que vayan surgiendo desde el MSPyBS, al momento de la publicación de esta norma, a partir de las 20 semanas de gestación.

## Exámenes

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

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

## Cérvix

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

**Papanicolaou (PAP):** este estudio deberá ser realizado en la primera visita de la embarazada, si tiene una citología normal realizada hasta 1 año antes: no será necesario repetirlo durante ese embarazo. No existe restricción en cuanto a edad gestacional para realizar la toma.

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

## Grupo Rh

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

- **Grupo Sanguíneo y factor Rh**
- **Pesquisa de anticuerpos irregulares (PAI) solicitar para:**
  - **Gestantes Rh positivo:** en la primera consulta y al tercer trimestre. Una de las exigencias es contar con la PAI antes de eventuales transfusiones (Estándares del Programa Nacional de Sangre, enmarcada en la Ley de Sangre N° 3441/2008).
  - **Gestantes Rh negativo:** en la primera consulta, y al segundo y tercer trimestre. En el caso de que el resultado sea positivo, se establece el protocolo de controles seriados, con personal de salud de la Unidad de Medicina Transfusional (UMT), o remitir al Programa Nacional de Sangre.
  - **Para el fenotipo Rh y Kell:** en cualquier momento del embarazo y forma parte del perfil pretransfusional de mujeres en edad fértil.

Todas estas determinaciones deben ser realizadas **de manera exclusiva** en la Unidad de Medicina Transfusional (UMT). En caso que el servicio sanitario no cuente con profesionales en la citada unidad, dirigirse **SIEMPRE** al Programa Nacional de Sangre, institución encargada de indicar el Centro Especializado más cercano para su seguimiento.

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

## Hemograma

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

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

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

## HIERRO/FOLATOS INDICADOS

### Gestantes no anémicas

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

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

La anemia requerirá tratamiento de la causa que la provoque, además de:

- Indicar 600 mg de sulfato ferroso por día (equivalente a 120 mg de hierro elemental).
- Indicar 0,4 mg de ácido fólico diariamente.

### Gestantes con anemia severa (< 7g/dl)

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

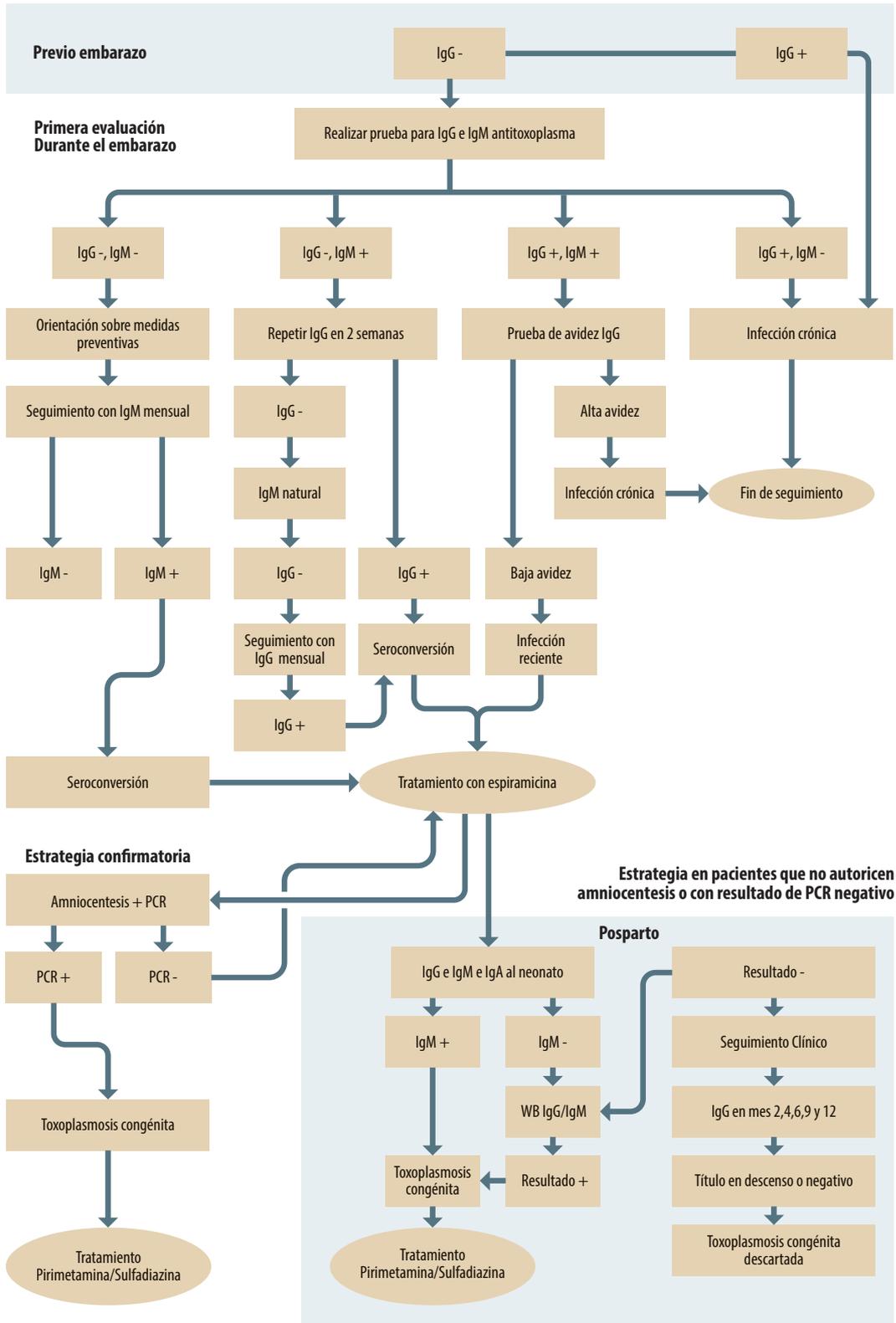
En gestantes con antecedentes de defectos del tubo neural o en tratamiento con medicamentos que inhiben la absorción de ácido fólico, indicar 5 mg de esta vitamina, desde unos tres meses antes del embarazo.

## Toxoplasmosis

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

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

Fig. 6 - Flujograma de Manejo y Toma de decisiones<sup>13</sup>



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

## Cuadro de tratamiento en gestantes con infección toxoplásmica contraída durante el embarazo <sup>14, 15</sup>

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

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

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

## Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis

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

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

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

## VIH - Diagnóstico y tratamiento<sup>16</sup>

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

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

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

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

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

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

## Sífilis - Diagnóstico y tratamiento

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

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

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

La consejería debe incluir informar a la madre del riesgo que implica tener sífilis para el feto. Esto incluye riesgo aumentado de aborto espontáneo, hidrops fetal, exantema papular, coriorretinitis, osteocondritis, dientes de Hutchinson e hipoacusia.

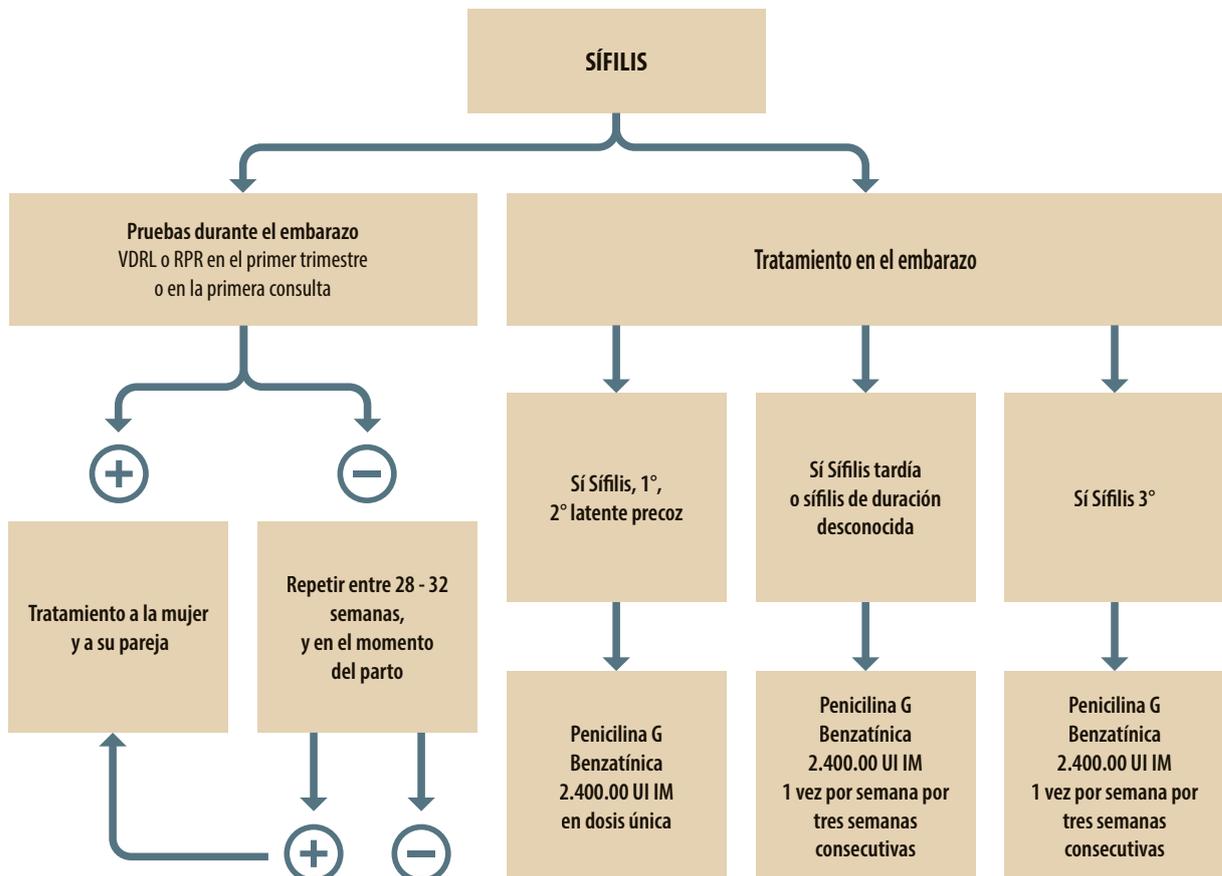
Reforzar importancia de evaluación auditiva y oftalmológica en ese bebé después del nacimiento.

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

<sup>16</sup> Manual de manejo de la infección por VIH y tratamiento antirretroviral en adolescentes y adultos. 2017.

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

Fig. 7 - Flujograma de manejo y toma de decisiones<sup>17</sup>



- Siempre tratar a la pareja sexual.
- Ofrecer condones para ser utilizados durante el tratamiento.
- La penicilina es el único antibiótico efectivo para prevenir la transmisión vertical de la sífilis, por lo tanto, una embarazada con esta infección que reciba un tratamiento diferente al esquema estipulado, tendrá probablemente un RN con sífilis congénita.
- La incidencia de reacciones alérgicas es poco frecuente, con una incidencia de 1 a 4 por cada 10.000 personas tratadas, y 1 a 2 reacciones anafilácticas graves por cada 100.000 tratamientos. Se estima que solo un 10% de las personas que refieren haber tenido reacciones alérgicas graves a la penicilina permanecen alérgicas<sup>18</sup>.

17 Manual Nacional de Normas de Atención de la Principales Patologías Obstétricas, 2018. 1ª Edición

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

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

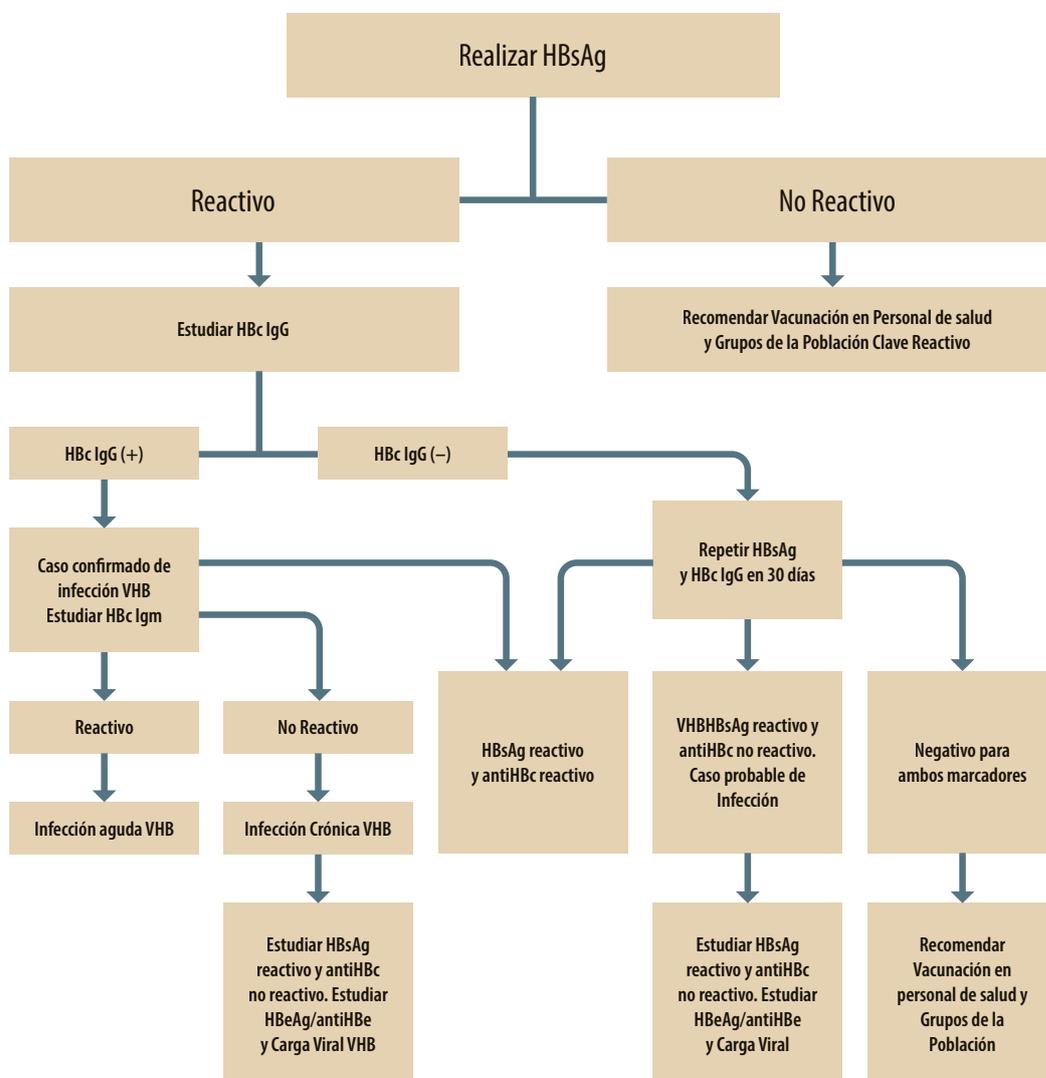
## Hepatitis B

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

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

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

Fig. 8 - Flujograma de Manejo y Toma de decisiones<sup>19</sup>



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

## Chagas

En el Paraguay, **la principal forma de transmisión de *T. cruzi*** es la vía transplacentaria. El parásito permanece circulante en sangre durante toda la vida, en una mujer infectada, pudiendo transmitirse en varios embarazos y en forma sucesiva hasta por tres generaciones seguidas.

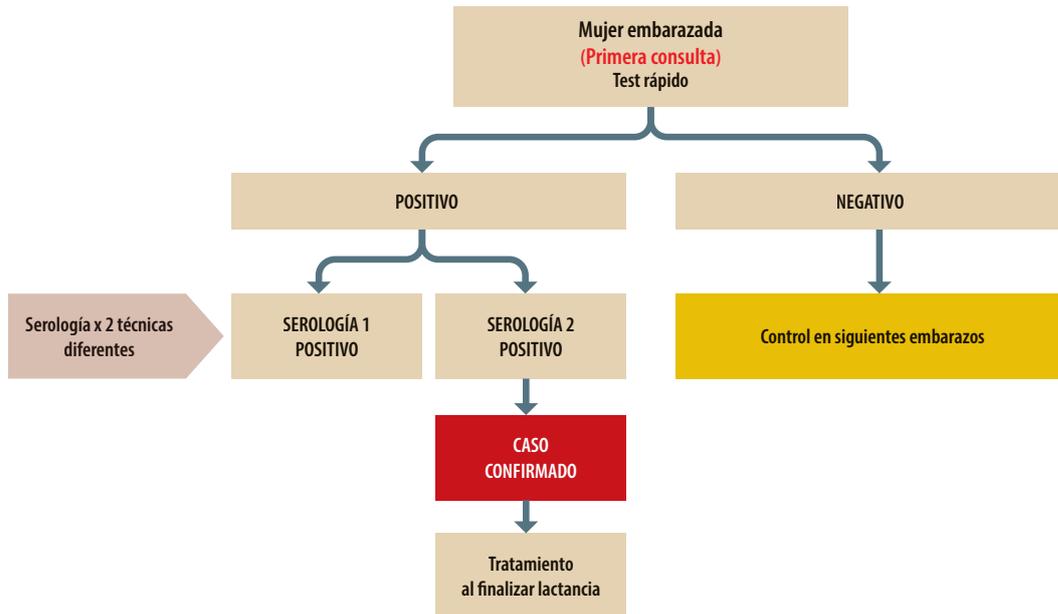
### Control preconcepcional:

Se recomienda el control serológico, para detectar la infección por *T. cruzi*, en todas las mujeres en edad fértil. Una vez confirmada la infección por *T. cruzi*, se deberá evaluar clínicamente a la paciente y se determinará la conducta terapéutica a seguir, según el caso.

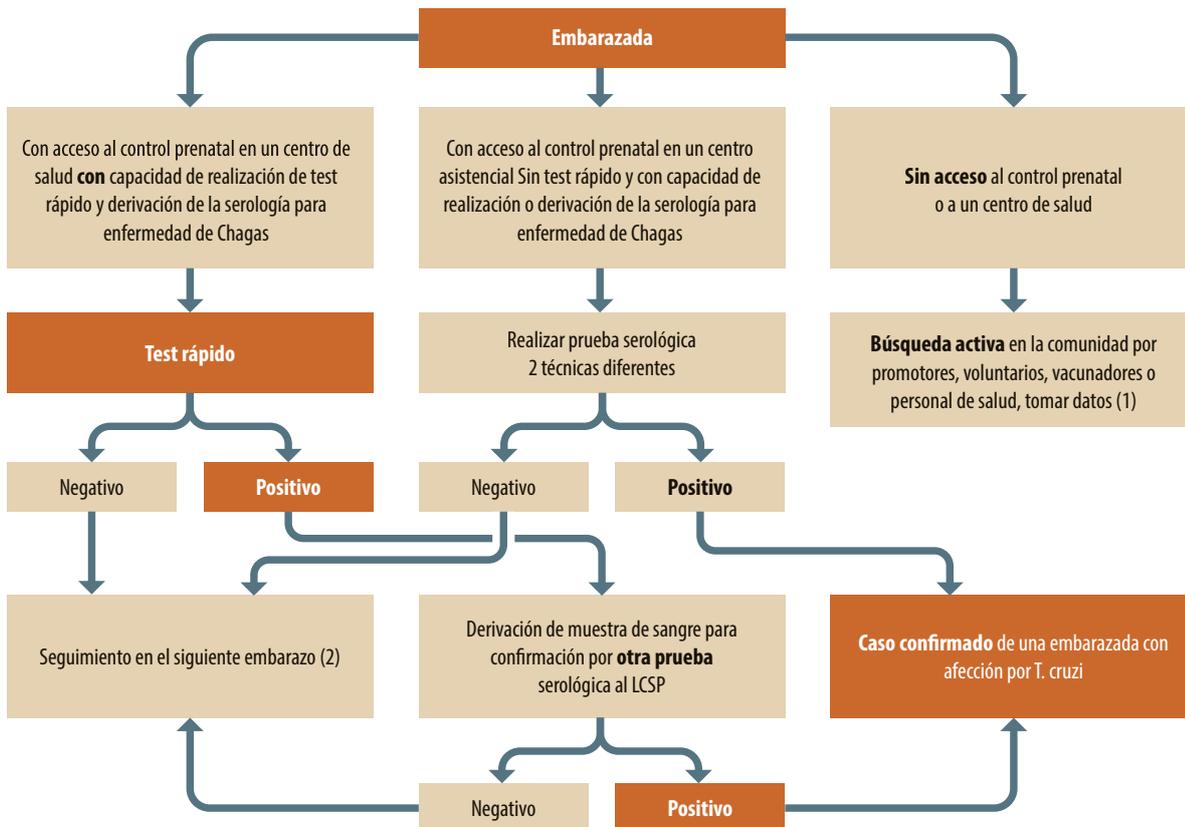
### Control prenatal

<p><b>Cribado de enfermedad de Chagas en mujeres embarazadas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar mediante un test rápido inmunocromatográfico (en los lugares donde cuenta con el mismo) en el primer control prenatal junto con los otros estudios ETMI-PLUS.</li> <li>En los lugares que no cuentan con test rápido, realizar serología directamente (quimioluminiscencia).</li> </ul>
<p><b>Diagnostico serológico confirmatorio</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En caso de que la prueba de cribado sea positiva, se debe realizar (laboratorio de Microbiología) la prueba serológica de confirmación diagnóstica, dos técnicas con antígeno diferente (ELISA- HAI).</li> <li>En caso de discrepancia entre las dos pruebas, el laboratorio realizará una tercera prueba de desempate (IFI) o PCR si se cuenta con esta técnica. El resultado informado por el laboratorio de Microbiología será el resultado definitivo.</li> <li>Los hijos de madres positivas para Chagas son casos sospechosos de Chagas congénito.</li> <li>El diagnostico de los neonatos debe realizarse por examen directo o PCR antes del mes de vida.</li> <li>Realizar extracción de 2 ml de sangre con EDTA para micro hematocrito- (parasitemia) y/o PCR), enviar a un laboratorio con personal capacitado; la lectura debe realizarse antes de la 24 hs de la extracción de la muestra manteniéndola refrigerada.</li> <li>No se recomienda sangre de cordón por posible mezcla con sangre materna.</li> <li>Si cualquiera de los resultados (micro hematocrito o PCR) <b>son positivos confirman la infección</b>. Iniciar tratamiento.</li> <li>Si son negativos no se descarta, se debe realizar pruebas serológicas por dos técnicas diferentes a los 9 meses de edad, si ambas técnicas son positivas se confirma el diagnostico de Chagas congénito. Iniciar tratamiento.</li> <li>Si son negativas no se descarta se repiten el mismo procedimiento de los 9 meses a los 12 meses de edad, si las pruebas serológicas son positivas se confirma el diagnóstico.</li> <li>Si son negativas se descarta el caso de Chagas congénito (alta definitiva del RN).</li> </ul>

## Flujograma de diagnóstico de Chagas en mujeres embarazadas en lugares donde cuentan con test rápido



## Flujograma de diagnóstico de Chagas en mujeres embarazadas en lugares donde no cuentan con test rápido



(1) Se comunicará al Programa Nacional de Chagas, todas las madres que no se hayan efectuado serología para la enfermedad de Chagas y que tengan hijos menores de 12 años, para que se le tome muestras de sangre a la madre y a los hijos para la realización de serología para la enfermedad de Chagas.  
 (2) Si el segundo control serológico para la enfermedad de Chagas diese negativo, se la considerará como una persona NO infectada, por lo que un tercer control, en caso de un tercer embarazo ya no será necesario.

Si la embarazada posee un resultado serológico negativo para la enfermedad de Chagas, deberá realizársele una nueva serología en caso que:

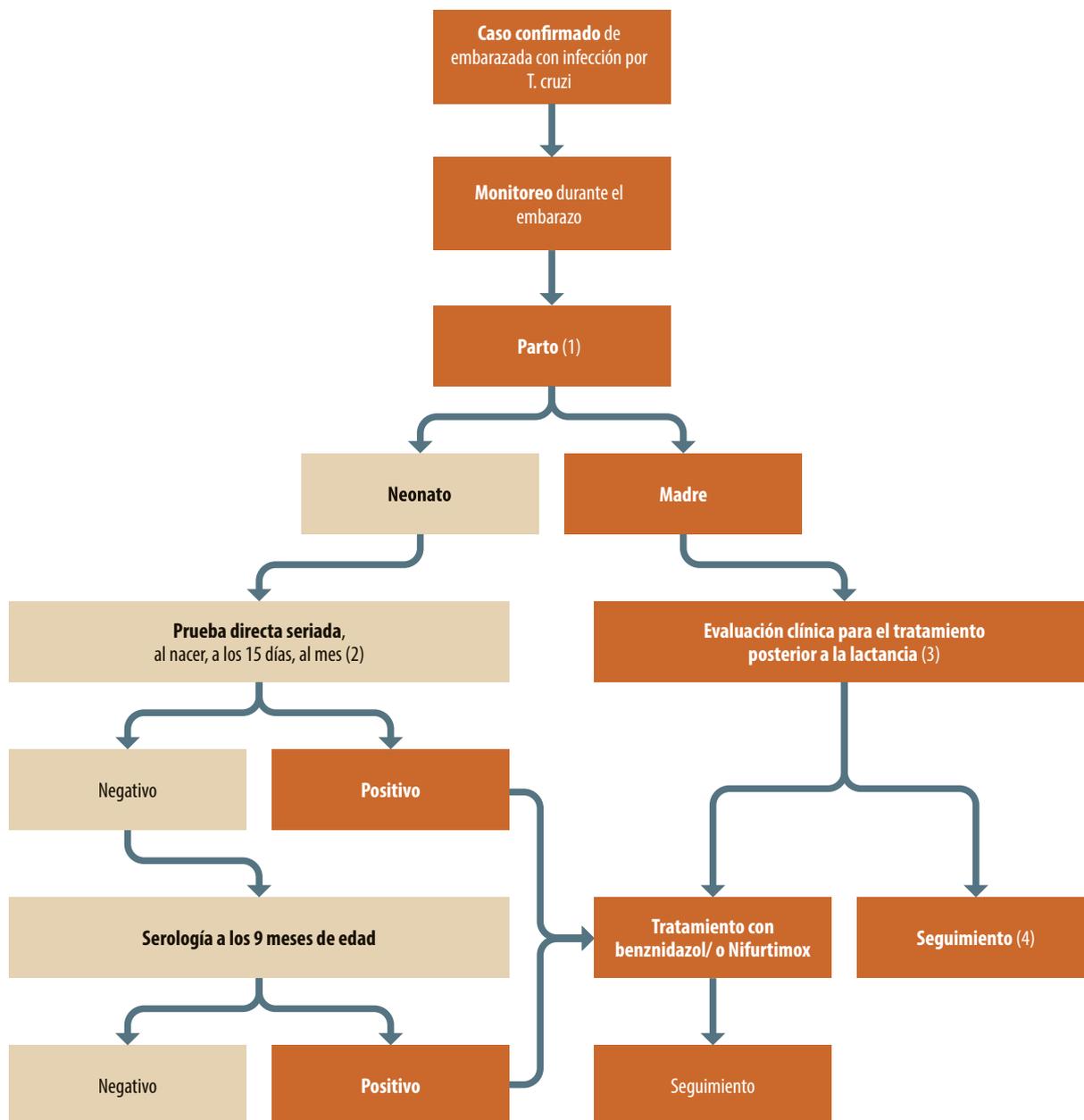
- Haya recibido una transfusión de sangre o haya recibido un trasplante de órgano.
- No tenga o haya extraviado el resultado de su prueba.
- Haya tenido resultados de serología discordantes (positivos y negativos).
- Haya sido tratada específicamente para la enfermedad de Chagas.

### Atención a la mujer embarazada con infección por T. cruzi

<b>Gestación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Informar</b> a la gestante del diagnóstico, el riesgo de transmisión vertical (2-10 %), la necesidad de un seguimiento prenatal y de su recién nacido y el estudio de otros hijos/as si lo tiene.</li> <li>• <b>Solicitar la interconsulta</b> con el Servicio de Medicina Interna/o con Infectología para realizar la evaluación del estado clínico y determinar la etapa de la enfermedad.</li> <li>• <b>Realizar</b> un ECG y una ecocardiografía.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La gestante debe seguir los controles prenatales.</li> <li>• En el caso que la gestante <b>no tenga afectación orgánica</b> el seguimiento del embarazo puede realizarse en su centro de salud habitual.</li> <li>• En el caso de que la gestante presente alguna forma de <b>ECH sintomático</b>, el seguimiento prenatal debe ser realizado en centros de referencia de alto riesgo obstétrico debido a las posibles repercusiones que pueda presentarse en el tercer trimestre y en el parto.</li> <li>• La infección por T. cruzi también está relacionada con un mayor <b>riesgo de prematuridad y aborto</b>.</li> </ul>
<b>Parto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Enfermedad de Chagas no requiere cambios en la conducta obstétrica habitual en el momento del parto; por lo tanto, se actuará según los protocolos vigentes.</li> <li>• Comunicar el nacimiento al Servicio de Pediatría para realizar la evaluación inmediata del recién nacido y el estudio correspondiente para Chagas congénito.</li> </ul>
<b>Post Parto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay ninguna contraindicación para la <b>lactancia materna</b>, porque no se ha demostrado la presencia del parásito en la leche materna.</li> <li>• El objetivo es centrarse en la importancia de la necesidad de <b>seguimiento del RN</b> para completar el diagnóstico de la ECH congénita y, si fuera preciso, su tratamiento, así como la importancia del seguimiento de la mujer en la consulta de Medicina Interna/Infectología para su tratamiento después de finalizar la lactancia.</li> <li>• También debe considerarse la importancia de completar el estudio de sus otros hijos.</li> </ul>

## Atención al neonato hijo de la mujer embarazada con diagnóstico positivo

Remitirse al "Protocolo de manejo de Chagas Congénito".



(1) Se debe informar al neonatólogo la positividad de la madre para evaluación del neonato y realizar las pruebas directas.

(2) Las pruebas directas a los 20 a 30 días del parto, tienen una mejor sensibilidad.

(3) Se debe tomar una decisión compartida, informando a la paciente de los beneficios y potenciales efectos adversos de la medicación. No se recomienda el tratamiento durante la lactancia, pero tampoco su interrupción. En pacientes inmunodeprimidas (coinfección por VIH o con tratamientos inmunosupresores), los beneficios potenciales podrían ser considerablemente mayores. Se debe iniciar el tratamiento una vez que haya finalizado la lactancia.

(4) Los pacientes deben ser seguidos periódicamente, de forma regular y sostenida.

## Virus del Zika

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

El virus del Zika se transmite a través de:

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

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

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

Los embarazos en mujeres con zika, pueden resultar en abortos, muertes en el período perinatal (último trimestre, parto o período neonatal). Los niños que sobreviven pueden presentar diversas manifestaciones, tales como las malformaciones citadas anteriormente que pueden estar presentes al nacer, o desarrollarse de forma tardía. Además de problemas visuales, auditivos, retraso severo del desarrollo, trastornos neurológicos graves como hipertonía/espasticidad, discapacidad intelectual, convulsiones, retraso del crecimiento, entre otras. Se trata de un espectro de manifestaciones y la gravedad depende de varios factores como la susceptibilidad materno-fetal, el trimestre de infección, etc.

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

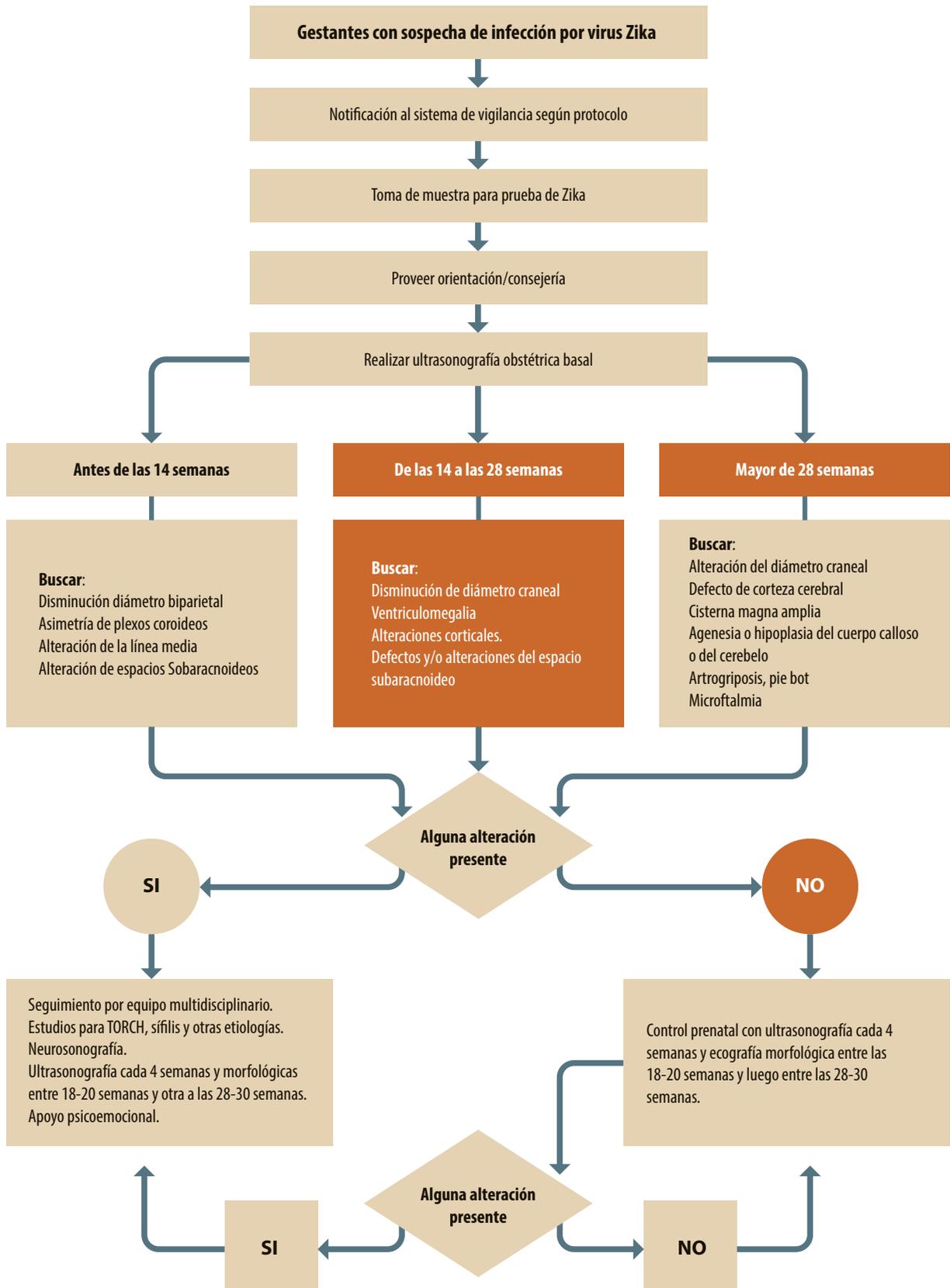
Hasta el momento, no existe una vacuna para prevenir esta infección, por lo tanto, son las personas las que deben tomar medidas de prevención que apunten, tanto a la eliminación del vector, como a la protección personal, de la vivienda y sus alrededores, como las siguientes:

- Usar repelentes y ropas de color claro que cubran la mayor parte del cuerpo.
- Utilizar correcta y consistentemente el condón o practicar la abstinencia como las únicas medidas de protección personal efectivas para la prevención de la transmisión sexual del virus del zika.
- Emplear ventilador portátil o fijo o aire acondicionado, si estuviera disponible.

- Instalar mallas o telas metálicas en las ventanas y puertas de la casa para prevenir el ingreso de los mosquitos.
- Usar mosquitero para dormir (especialmente durante el día).
- Eliminar la basura y los recipientes que puedan acumular agua donde se cría el mosquito.

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

**Fig. 9 - Flujograma. Atención de mujeres con cuadro sospechoso de Zika**



## Orina simple

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

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

Además, repetir cuando aparece sintomatología urinaria.

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

## Infección del tracto urinario

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

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

## Bacteriuria

En mujeres embarazadas sin sintomatología urinaria, debe realizarse tamizaje utilizando el empleo de orina simple y/o tiras reactivas para demostración de gérmenes, de proteínas, nitritos o glucosuria, en orina tomada de forma correcta (chorro medio previa higiene correcta) a realizarse entre las 12 y 14 semanas de gestación a toda mujer embarazada.<sup>20</sup>

El método con mayor sensibilidad y especificidad para detectar bacteriuria asintomática sigue siendo el urocultivo, que se le debe realizar por primera vez entre las 12 y 14 semanas de gestación a toda mujer embarazada<sup>21</sup> y otro a las 28 semanas. Además, este estudio debe repetirse ante la aparición de sintomatología y/o para seguimiento post tratamiento.

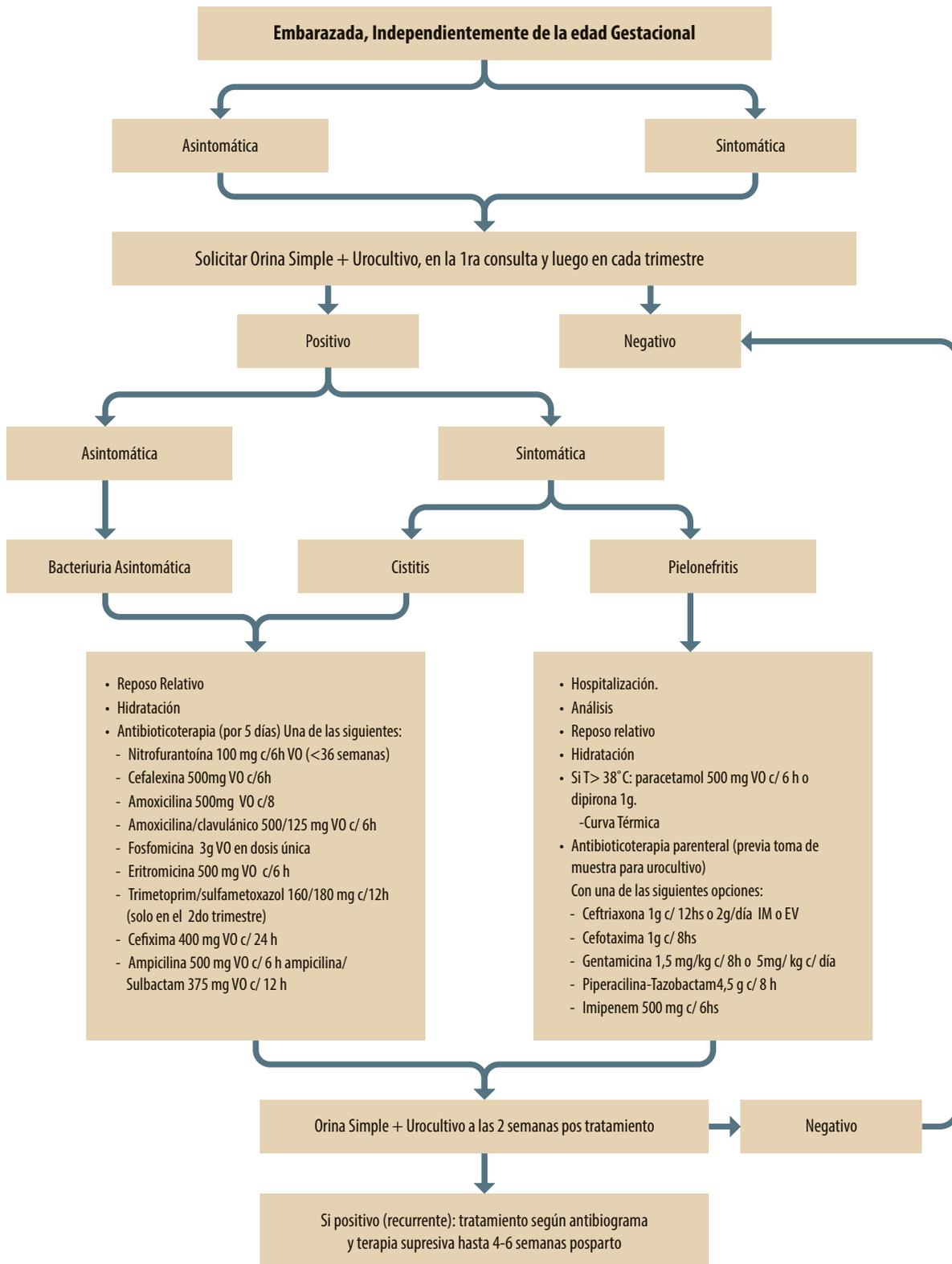
20 La combinación de ambos test ofrece resultados positivos mayores a 85% para llegar a un diagnóstico precoz y proporcionar un tratamiento oportuno.

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

Tabla 9 – Cuadros Clínicos

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

**Fig. 10 - Flujoograma de manejo y toma de decisiones<sup>22</sup>**



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

## Glucemia en ayunas

Solicitar una prueba de glucemia en ayunas de 8 (ocho) horas en la primera visita prenatal. Luego seguir las siguientes recomendaciones elaboradas por el Programa Nacional de Diabetes.

## Diabetes Gestacional

[CIE 10 - Código O24]

Es un tipo específico de Diabetes, que consiste en la hiperglucemia detectada por primera vez durante el embarazo.

### Factores de riesgo clínico para desarrollar Diabetes en el embarazo

- Edad superior o igual a 30 años
- Obesidad previa al embarazo según Índice de masa corporal superior o igual 30 Kg/m<sup>2</sup>
- Antecedentes familiares de primer grado (Padres, hermanos) de Diabetes Mellitus
- Antecedentes personales de Diabetes Gestacional
- Antecedentes de Hipertensión arterial, Dislipemia
- Antecedentes de Síndrome de Ovarios Poliquísticos (fenotipo hiperandrogénico y en portadoras de Índice de masa corporal superior o igual a 30 kg/dl)
- Antecedentes de Macrosomía fetal (peso del recién nacido  $\geq$  4 kilogramos)
- Antecedentes de Óbito fetal.

## Recomendaciones actuales del Grupo técnico de Embarazo y Diabetes - Programa Nacional de Diabetes

Está basada en la estratificación precoz de riesgo estimado para el desarrollo de Hiperglucemia durante el embarazo, teniendo en cuenta la suma de dos aspectos:

### Factores de RIESGO Clínicos Preconceptionales



### Factores de RIESGO Analíticos/bioquímicos (Glucemia venosa)

La valoración de los **Factores de RIESGO Clínicos preconceptionales**. En la anamnesis asentada en la historia clínica perinatal.

La valoración de los **Factores de RIESGO Analíticos/bioquímicos** se hará a través de la glucemia venosa plasmática basal del primer control prenatal,

Tras la valoración de los Factores de riesgo clínico y la Glucemia basal en el primer control prenatal se clasificará a las pacientes en:

1. Riesgo Bajo para Diabetes
2. Riesgo Alto para Diabetes
3. Diabetes Mellitus

## Estratificación de riesgo para Diabetes en el primer control prenatal.

### 1. Riesgo bajo para Diabetes

- Toda gestante con 0 (cero) o 1 (un) factor de riesgo clínico para DG, cuya glucemia basal del primer control prenatal fuera inferior a 92 mg/dl, deberá ser nuevamente evaluada a la semana 24 de gestación con un Test de tolerancia oral a la glucosa, cuyos resultados deberán ser valorados por el Ginecólogo en un plazo no mayor a la semana 28 de gestación.
- Toda gestante con 0 (cero) o 1 (un) factor de riesgo clínico para DG, cuya glucemia basal del primer control prenatal fuera entre 92 a 125 mg/dl, deberá ser reevaluada con una nueva glucemia basal en un plazo NO MAYOR de dos semanas:
  - En caso de que el resultado de glucemia basal fuera  $< 92$  mg/dl, deberá ser nuevamente evaluada a la semana 24 de gestación con un Test de tolerancia oral a la glucosa, cuyos resultados deberán ser valorados por el Ginecólogo en un plazo no mayor a la semana 28 de gestación.
  - En caso de que el resultado de glucemia basal fuera  $\geq 92$  mg/dl, deberá ser considerada como Diabetes Gestacional (CIE 10 O24). Debe ser remitida al siguiente nivel superior de atención según complejidad y disponibilidad del centro, sin necesidad de otras pruebas confirmatorias, para tratamiento multidisciplinario URGENTE.

### 2. Riesgo Alto para Diabetes

- Toda gestante con 2 (dos) o más factores de riesgo clínico cuya glucemia basal del primer control prenatal fuera inferior a 92 mg/dl, deberá ser evaluada con una nueva glucemia basal en un plazo NO MAYOR de dos semanas:
  - En caso de que el resultado de la glucemia basal fuera inferior a 92 mg/dl, deberá ser nuevamente evaluada a la semana 24 de gestación con un Test de tolerancia oral a la glucosa con 75 gramos, cuyos resultados serán valorados por el Ginecólogo en un plazo no mayor a la semana 28 de gestación.
  - En caso de que el resultado de la glucemia fuera igual o mayor a 92 mg/dl, deberá ser considerada como Diabetes Gestacional (CIE 10 O24) y remitida para INTERVENCIÓN, sin necesidad de otras pruebas confirmatorias (ver Tratamiento de la Diabetes durante el embarazo).
- Toda gestante con 2 (dos) o más factores de riesgo, cuya glucemia basal del primer control prenatal fuera de entre 92 a 125 mg/dl, deberá ser considerada como Diabetes Gestacional (CIE 10 O24). Debe ser remitida al siguiente nivel superior de atención según complejidad y disponibilidad del centro, sin necesidad de otras pruebas confirmatorias, para tratamiento multidisciplinario URGENTE.

**Toda gestante, independientemente de la valoración de sus factores de riesgo clínicos preconcepcionales, cuyo resultado de glucemia basal fuera igual o superior a 126 mg/dL, habiendo cumplido para esta prueba la condición de 8 (ocho) horas de ayuno, deberá ser diagnosticada como portadora de Diabetes Mellitus Pregestacional**

En estos casos, no se requiere de pruebas analíticas confirmatorias. Estas pacientes deben ser remitidas en carácter de urgencia al siguiente nivel de atención superior según complejidad y disponibilidad del centro, para tratamiento multidisciplinario.

Toda paciente con diagnóstico de Diabetes Gestacional, deberá ser obligatoriamente registrada según el CIE 10 como O 24, en las herramientas informáticas disponibles tanto en las consultas ambulatorias como durante los ingresos hospitalarios.

### Algoritmo para Diagnóstico de Hiperglucemia en el embarazo.

Estratificación de Riesgo y Manejo Posterior					
Factor de riesgo	Glucemia basal (con 8 horas de ayuno)	Categoría	Manejo		
0 o 1	Inferior a 92 mg/dL 1ra. consulta prenatal	Bajo	TTOG a las 24 semanas		
0 o 1	Entre 92 a 125 mg/dL en 1ra. consulta prenatal	Bajo	Nueva glucemia basal en 2 semanas	Glucemia basal inferior a 92 mg/dL TTOG a las 24 semanas Glucemia basal	TTOG a las 24 semanas
				Glucemia basal igual o superior a 92 mg/dL	Diagnóstico de DG (CIE 10 - O 24)
2 o más	Inferior a 92 mg/dL en 1ra. consulta prenatal	Alto	Nueva glucemia basal en 2 semanas	Glucemia basal inferior a 92 mg/dL	TTOG a las 24 semanas
				Glucemia basal igual o mayor a 92 mg/dL	Diagnóstico de DG (CIE 10 - O 24)
2 o más	Entre 92 a 125 mg/dL en 1ra. consulta	Alto	Diagnóstico de DG (CIE 10 O 24)		
<b>INDEPENDIENTE DEL NÚMERO de Factores de riesgo</b>	<b>Igual o superior a 126 mg/dL en 1ra. consulta prenatal</b>	<b>DM pre gestacional</b>	<p>Código O24.0 en caso de Diabetes Mellitus tipo 1 preexistente en el embarazo.</p> <p>Código O24.1 en caso de Diabetes Mellitus tipo 2 preexistente en el embarazo.</p>		

## Interpretación del Test de Tolerancia oral a la Glucosa (TTOG) en pacientes de bajo riesgo de Diabetes

Se solicitará de forma rutinaria, a toda paciente considerada inicialmente como de Bajo riesgo (ver algoritmo), un TTOG con 75 gramos de glucosa, con 8 (ocho) horas de ayuno, a partir de la semana 24, cuyo resultado deberá ser evaluado antes de la semana 28 de gestación. En caso de que la gestante no pueda concluir el Test por intolerancia a la prueba, no se recomienda repetirlo.

Será considerado como NORMAL, cuando los 3 (tres) parámetros fueron NORMALES:

- En ayunas/basal < 92 mg/dl.
- 1 hora post carga < 180 mg/dl.
- 2 horas post carga < 140 mg/dl.

Será considerado como RIESGO ALTO de Diabetes, si el resultado a las 2 horas fuera IGUAL o SUPERIOR a  $\geq 140$  mg/dl pero INFERIOR a 153 mg/dl., siempre y cuando la glucemia basal/en ayunas fuera < 92 mg/dl y a la 1 hora post carga < 180 mg/dl.

En el caso de obtener un resultado de RIESGO ALTO de Diabetes por TTOG, deberán ser valorados dos parámetros ecográficos de salud fetal:

- Índice de Líquido Amniótico (Phelan), considerado como normal de 5-25 mm, y
- Percentil de crecimiento fetal, considerado como Macrosomía fetal, definido como peso fetal estimado superior al percentil 95.

En caso de que ambos parámetros ecográficos fueran normales, se deberá remitir a la paciente a consulta y seguimiento Nutricional.

En caso de que uno de los parámetros ecográficos fuera positivo, la paciente será diagnosticada con Diabetes Gestacional (CIE 10 O24): Debe ser remitida al siguiente nivel superior de atención según complejidad y disponibilidad del centro, sin necesidad de otras pruebas confirmatorias, para tratamiento multidisciplinario URGENTE (ver Tratamiento de la Diabetes durante el embarazo).

Será considerado como Diabetes Gestacional (CIE 10 O24), cuando se alcance 1 (uno) de los 3 parámetros de la TTOG, por lo tanto, se debe remitir a la paciente para INTERVENCIÓN (ver Tratamiento de la Diabetes durante el embarazo).

Glucemia en ayunas/basal  $\geq 92$  mg/d l; a la 1 hora post carga  $\geq 180$  mg/dl;  
a las 2 horas post carga  $\geq 153$  mg/dl.

En caso de DETECCIÓN de parámetros de riesgo ecográfico y resultado de la prueba de TTGO NORMAL o prueba no concluida por intolerancia al TTGO: Se deberá indicar Glucometría intensiva (pre y post prandial) durante dos semanas y luego remitir al Diabetólogo/Endocrinólogo para evaluación del control glucémico.

## Interpretación del Test de Tolerancia oral a la Glucosa (TTOG)

Interpretación TTOG					
Test realizado entre las 24 a 28 semanas de gestación con carga de 75 gramos de glucosa anhidra	Glucemia en ayunas	Glucemia a la 1 hora	Glucemia a las 2 horas	Diagnóstico	
	< a 92 mg/dL	< a 180 mg/dL	< a 140 mg/dL	NORMAL	
	< a 92 mg/dL	< a 180 mg/dL	≥ a 140 mg/dL pero menor a 153 mg/dL	Alto riesgo de DG: Evaluar parámetros ecográficos de salud fetal (líquido amniótico y percentil de crecimiento)*	Con uno o más parámetros ecográficos positivos es Diagnóstico de DG (CIE 10 - O 24)
	≥ a 92 mg/dL	≥ a 180 mg/dL	≥ a 153 mg/dL	Con uno a tres valores alterados	Diagnóstico de DG (CIE 10 - O 24)

\* Solicitar obligatoriamente ecografía obstétrica entre las 24 y las 28 semanas \*Valoración de líquido amniótico: Índice de Líquido Amniótico (Phelan), considerado como normal de 5-25 mm. \*Percentil de crecimiento fetal: Se define macrosomía fetal como el peso fetal estimado superior al percentil 95 para la edad gestacional.

## Tratamiento no farmacológico de la Diabetes Gestacional (DG)

La primera línea de tratamiento de la DG debe ser indicada al momento del diagnóstico, se basa en modificaciones en el estilo de vida y automonitoreo de la glucemia capilar. Tanto la intervención nutricional como el ejercicio físico adecuado y supervisado, deben ser monitorizados y promovidos en cada visita médica.

- **Plan de alimentación y Diabetes Gestacional:** El plan alimentario deberá ser individualizado, equilibrado, completo preferentemente de bajo índice Glucémico, teniendo en cuenta que debe garantizar el cumplimiento de 3 objetivos; la provisión calórica necesaria (mínimo 175 gramos de Carbohidratos de bajo índice glucémico) para el crecimiento fetal y la salud materna, el mantenimiento de objetivos glucémicos y la adecuada ganancia ponderal de la gestante según su Índice de masa corporal pregestacional.

Tabla 10 - Recomendaciones de ganancia de peso durante el embarazo

Categoría IMC* pregestacional (kg/m <sup>2</sup> )	Recomendación de ganancia TOTAL de peso (kilogramos)	Recomendación de ganancia SEMANAL** de peso (kilogramos)
<b>Bajo peso (&lt; 18.5)</b>	12.5 – 18	0.45 – 0.58
<b>Normo peso (18.5 - 24.9)</b>	11.5 – 16	0.36 – 0.45
<b>Sobrepeso (25 - 29.9)</b>	7 – 11.5	0.22 – 0.31
<b>Obesidad (≥ 30)</b>	5 – 7	0.18 – 0.27

\* Índice de masa corporal, peso/(altura<sup>2</sup>) \*\*Ganancia ponderal durante el segundo y tercer trimestre de embarazo. Adaptado de Weight gain during pregnancy, reexamining the guidelines. Instituto de Medicina (IOM) 2009.

- **Ejercicio durante el embarazo con Diabetes Gestacional:** En toda gestante, es fundamental, la evaluación de riesgo obstétrico y la autorización por parte del médico Gineco-obstetra, previas a la prescripción del mismo. Recomendamos una pauta de ejercicio progresivo en aquellas mujeres de hábito sedentario pregestacional, en forma de caminatas, de 10 - 15 minutos por día, incrementándolas progresivamente en 5 min/semanales hasta llegar a 30 minutos, cuya frecuencia será de 3 a 5 veces a la semana, de intensidad leve a moderada (no superar los 3 km/hora), en condiciones adecuadas de temperatura, y en superficie plana; suspendiendo el mismo de forma inmediata al notar signos/síntomas de alarma. En pacientes que ya desarrollaban algún tipo de ejercicio físico, se aconseja sesiones de ejercicio aeróbico, de hasta 30 minutos por sesión, para completar de 40 a 150 minutos a la semana, separados en no más de 2 (dos) días consecutivos, de intensidad leve a moderada.
- **Glucometría capilar en el embarazo:** El grado de control metabólico y el cumplimiento de los objetivos glucémicos (Tabla 11), será evaluado mediante glucometría capilar, de carácter obligatorio en estas gestantes. Inicialmente, el número de controles recomendados en Diabetes Gestacional será 6 (seis) veces al día, preprandial (inmediatamente antes de la ingesta de las comidas principales, desayuno, almuerzo y cena) y 1 hora postprandial (una hora después de iniciar el primer bocado de la ingesta de las comidas principales, desayuno, almuerzo y cena). Tras dos semanas de glucometría intensiva, se podrá reducir el número de autocontroles a 4 (cuatro) veces al día: 1 (uno) en ayunas y los demás a las 1 (una) hora postprandial (desayuno, almuerzo, cena) según evolución. Se podrá recomendar 3 (tres) autocontroles diarios, en ayunas y dos postprandiales de forma alternada, en el caso de pacientes con buena adherencia terapéutica y adecuado control glucémico con dieta.

Tabla 11 - **Objetivos de Glucemia capilar en embarazadas con Diabetes Gestacional**

Glucemia capilar	WHO*	ADA**	ACOG***
Pre prandial	Inferior a 95 mg/dL	Inferior a 95 mg/dL	Inferior a 95 mg/dL
1 hora post Prandial	Inferior a 140 mg/dL	Inferior a 140 mg/dL	Inferior a 140 mg/dL
2 horas post Prandial	Inferior a 120 mg/dL	Inferior a 120 mg/dL	Inferior a 120 mg/dL

\* WHO, World Health Organization \*\*ADA, American Diabetes Association \*\*\*ACOG, American College of Obstetrics and Gynecologists.

## Tratamiento farmacológico de la Diabetes Gestacional (DG)

En caso de que la glucemia no pueda ser controlada con medidas higiénico dietéticas, se indicará tratamiento con Insulina (ANEXO 6). Se decidirá instaurar dicho tratamiento cuando el 30 (treinta) por ciento de los autocontroles de glucemia capilar en una misma franja horaria, en una a dos semanas, fueran superiores a los objetivos glucémicos.

## Maduración pulmonar fetal y control glucémico

La acción hiperglucemiante de los corticosteroides podría deteriorar el control glucémico en pacientes diagnosticadas de Diabetes durante el embarazo, por lo cual recomendamos monitoreo intensivo de glucemia capilar las pacientes, durante los 5 días posteriores a la administración de los mismos.

En pacientes con buena adherencia terapéutica y adecuado control metabólico, se indicará monitoreo ambulatorio a ser evaluado de forma estrecha por el médico Diabetólogo/Endocrinólogo.

En pacientes con irregular seguimiento médico y/o mal control metabólico, recomendamos ingreso hospitalario para monitoreo intensivo de glucemia capilar las pacientes en conjunto con vigilancia estrecha de parámetros de salud fetal, a cargo del médico Diabetólogo/Endocrinólogo y médico Gineco-obstetra, respectivamente.

**En pacientes diagnosticadas con Diabetes durante el embarazo y tratadas con Dieta se recomienda:**

Glucometría 6 veces al día (pre y postprandial de las comidas principales) e iniciar pauta de Insulina rápida/ultrarápida (Ver tabla 6) de corrección en caso de necesidad.

**En pacientes diagnosticadas con Diabetes durante el embarazo y tratadas con Insulina se recomienda:**

Glucometría 6 veces al día (pre y postprandial de las comidas principales), incrementar dosis de Insulina BASAL en un 20 a 30% e iniciar pauta de Insulina rápida/ultrarápida de corrección en caso de necesidad. (Ver tabla )



---

**Tamizaje de Diabetes Gestacional en tiempos de COVID 19**

Ver capítulo específico

---

## Estreptococo B (EGB) 35 - 37 semanas

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

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

Tabla 12 - **Indicaciones de profilaxis antibiótica intraparto**

<b>Indicaciones de Profilaxis Antibiótica Intraparto para la Prevención de la enfermedad por estreptococo del grupo B de inicio temprano en recién nacidos</b>	
<b>Profilaxis intraparto EGB indicada</b>	<b>No se indica profilaxis intraparto contra EGB</b>
<p><b>Historia materna</b> Recién nacido anterior con enfermedad invasiva por EGB</p>	<p>Colonización con EGB durante un embarazo anterior (a menos que se desconozca el status de colonización en el embarazo actual al inicio del trabajo de parto a término).</p>
<p><b>Embarazo actual</b> Cultivo positivo para EGB obtenido a las 35 0/7 semanas de gestación o más durante el embarazo actual (a menos que se realice una cesárea antes del inicio del trabajo de parto para una mujer con membranas amnióticas intactas) Bacteriuria por EGB durante cualquier trimestre del embarazo actual</p>	<p>Cultivo de EGB vagino-rectal negativo obtenido a las 35 0/7 semanas de gestación o más durante el embarazo actual Parto por cesárea realizado antes del inicio del trabajo de parto en una mujer con membranas amnióticas intactas, independientemente del estado de colonización por EGB o la edad gestacional.</p>
<p><b>Intraparto</b> Estado de EGB desconocido al inicio del trabajo de parto (cultivo no realizado o resultados desconocidos) y cualquiera de los siguientes: Nacimiento a menos de 37 0/7 semanas de gestación. Rotura de la membrana amniótica de 18 horas o más. Temperatura intraparto de 38,0 °C o más (si se sospecha una infección intra-amniótica, la terapia con antibióticos de amplio espectro que incluya un agente que se sabe que es activo contra el EGB debe reemplazar la profilaxis del EGB). Conocido status positivo con EGB en un embarazo anterior.</p>	<p>Cultivo de EGBS vagino-rectal negativo obtenido a las 35 0/7 semanas de gestación o más durante el embarazo actual, independientemente de los factores de riesgo intraparto.</p>

Abreviatura: EGB, estreptococo del grupo B. / Modificado de: ACOG Committee Opinion Number 797, 2019.

Fuente: ACOG Committee Opinion Number 797, 2019. Modificado de Verani JR, McGee L, Schrag SJ. Prevención de la enfermedad estreptocócica perinatal del grupo B: directrices revisadas de los CDC, 2010.

## Preparación para el parto<sup>23</sup>

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

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

<sup>23</sup> Adaptado de Preparando mi Parto, MSPyBS

# Mi Plan de Parto

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

1. Nombre del hospital/establecimiento de salud donde quiero tener mi parto:.....  
.....
2. Nombre del hospital/establecimiento de salud al que iré en caso de tener alguna complicación durante el embarazo o parto:  
.....
3. Nombre y teléfono de la persona con quien acudiré al establecimiento de salud:.....  
.....
4. Si tengo otros niños, ¿con quiénes se quedarán mientras estoy en el hospital? Nombres y teléfonos de las personas de confianza (familiar, vecino, amigo): .....  
.....  
.....
5. ¿Con qué medios de transporte cuento yo y la persona acompañante para trasladarme al establecimiento de salud?.....  
.....
6. ¿Conozco a alguna persona de mi comunidad que podría ayudarme a llegar rápidamente al servicio de salud en el momento que lo necesite (vecino, vecina, familiar, taxista, etc.)?  
Nombre: .....  
Dirección: .....  
Teléfono: .....
7. Si vivo lejos del establecimiento de salud, ¿Dónde podría hospedarme hasta el término de mi embarazo? Averiguo si hay albergue en el servicio de salud donde decido tener mi parto.  
Dirección de lugar:.....  
Teléfono: .....
8. Recuerdo tener preparado para el momento de mi parto lo siguiente:
  - Mis ropas y artículos de higiene: camión, zapatillas, ropa interior, toallas higiénicas nocturnas, toalla, ropa holgada acorde a la estación, cepillo de dientes y pasta dental, jabón, desodorante.
  - Ropas y artículos de higiene para mi bebé: ositos, batitas, pañales, toalla, gorras, medias y guantes.
  - Carné perinatal y mis estudios.
  - Cédula de identidad y fotocopia de cédula.
9. Nombres y teléfonos de dos personas que podrían ser donantes de sangre en caso de que necesite:  
Nombre: .....  
Teléfono: .....  
Nombre: .....  
Teléfono: .....

## Consejería para la lactancia materna (LM)

El personal de salud debe promover la lactancia materna (LM), asegurándole a la embarazada sobre los beneficios de la LM para ella y para su bebe.

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

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

Enfatizar en la consulta que la forma de los pechos o pezones no influye en la capacidad de amamantamiento y no se necesita la preparación ni del pezón ni del pecho.

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

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

Tabla 13 – Consejería en lactancia materna

1ra consulta	2da consulta	3ra consulta	4ta consulta
<ul style="list-style-type: none"><li>· Beneficios de la LM exclusiva</li><li>· Dialogo sobre dudas y aclarar las preguntas de la mujer</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Riesgos y peligros de no amamantar</li><li>· Dialogo sobre dudas y aclarar las preguntas de la mujer</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Importancia de la buena posición y el agarre.</li><li>· Formas de amamantar</li><li>· Dialogo sobre dudas y aclarar las preguntas de la mujer</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Los cambios en la leche materna después del parto</li><li>· Importancia del contacto piel con piel y el inicio de la lactancia en la primera hora de vida,</li><li>· Derechos del niño</li><li>· Dialogo sobre dudas y aclarar las preguntas de la mujer</li></ul>

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



**Lactancia en tiempos de COVID 19**  
Ver capítulo específico

## Tarea del Cronograma de Actividades en la Consulta

**Objetivo:** efectuar las actividades de la **CONSULTA PRENATAL** (Fig.12)

**Actividades 6 al 16 y 20 al 24** - Registra o verifica que estén asentadas en la HCPB, las actividades de la CONSULTA PRENATAL.

Fig. 12

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

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

**Actividad 8: Calcular y registrar en la HCPB la edad gestacional de la paciente.**

Los métodos habitualmente usados para determinar la edad gestacional son:

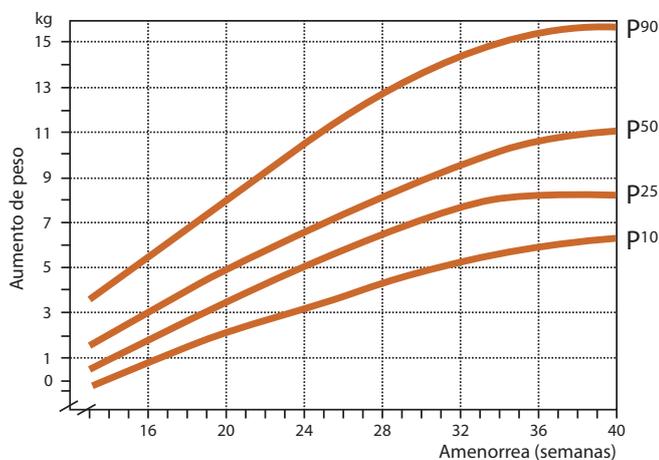
- Interrogatorio sobre la amenorrea.
- Evaluación del tamaño del útero, especialmente en el 1er trimestre.
- Antropometría ecográfica.

**Actividad 9 y 10: Calcular y registrar en la HCPB el incremento de peso materno en relación a la edad gestacional de la paciente a partir de las 13 semanas de gestación.**

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

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

Fig. 13 - Incremento de peso materno en función de la edad gestacional



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

### Actividad 11: Verifica el registro de la presión arterial de la paciente en la HCPB.

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

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

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

- **Alto riesgo (presentan un de los siguientes factores)**, administrar **Ácido Acetil Salicílico 150 mg**, en forma diaria (por la noche), desde la semana 12 hasta las 36 semanas. Además administrar Calcio > 1g/día.
  - historia previa de preeclampsia (en un embarazo anterior)
  - enfermedad renal crónica
  - enfermedad autoinmune (LES, SAF)
  - diabetes tipo 1 o tipo 2
  - hipertensión arterial crónica
  
- **Moderado riesgo (presentan más de un factor)** administrar **Ácido Acetil Salicílico 150 mg**, en forma diaria (por la noche), desde la semana 12 hasta las 36 semanas.
  - primer embarazo
  - edad: adolescentes o mayores de 40 años
  - antecedente familiar de preeclampsia
  - embarazos múltiples
  - intervalo entre embarazos mayor a 10 años
  - IMC >35 Kg/m<sup>2</sup> en la primera consulta

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

Tabla 14 - Valores considerados Normales de la Presión Arterial en una Gestante sentada

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

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

Por otra parte los valores alterados de presión arterial diastólica tienen mayor valor pronóstico que los de la sistólica (tabla 14).

CLAP/SMR N° 1562

---

### Tabla 15 - Hipertensión arterial

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

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

CLAP/SMR N° 1562

---

### Tabla 16 - Hipotensión arterial

**Se considera hipotensión cuando:**

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

Tabla 17 – Clasificación de preeclampsia

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

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

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

Se debe prestar atención a los riesgos fetales de la hipertensión materna no controlada, como la restricción del crecimiento intrauterino, el óbito fetal, las malformaciones transversas de miembros (agenesia de dedos), debidos a los picos hipertensivos que causan hipoperfusión fetal.

## Uso de Tiras Reactivas para examen de orina

### Procedimiento:

- Limpieza genital de la usuaria y recoger la orina en un colector (desechar el primer chorro).
- Sumergir la tira reactiva en un colector por 2 segundos.

- Sacar la tira y eliminar el exceso de orina.
- Colocar la tira sobre el colector de orina.
- Leer los resultados: a los 60 segundos para glucosa, proteína, nitritos. A los 90 segundos para leucocitos. Tener en cuenta lo que indica el fabricante.

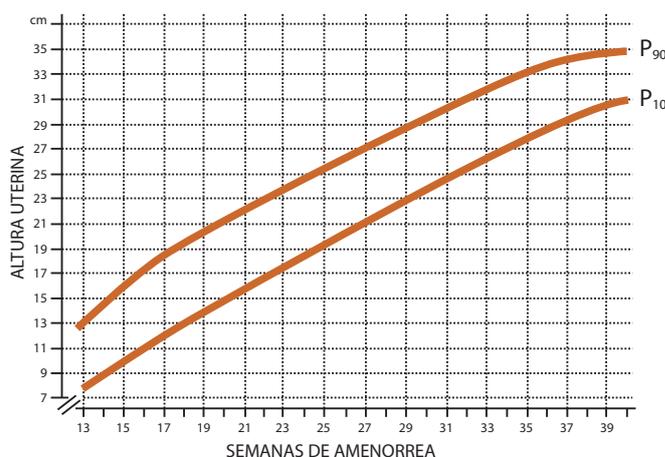
**Tener en cuenta:**

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

**Actividad 12: Calcular y registrar en la HCPB la altura uterina en relación a la edad gestacional de la paciente a partir de las 13 semanas de gestación.**

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

Fig. 14 - Gráfico de Altura Uterina en función de la Edad Gestacional y Técnica de medida, con cinta entre el dedo índice y mayor



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

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



CLAP/SMR N° 1562- Fragmento de CP

**Actividad 13: Evaluar y registrar en la HCPB la presentación fetal a partir de las 28 semanas de gestación.**

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

- Volumen uterino.
- Posición y tamaño fetal.
- Número de fetos.
- Cantidad de líquido amniótico.
- Situación fetal.

- Altura de la presentación.
- Presentación fetal.
- Presencia de contracciones uterinas.

#### **Actividad 14: Evaluar y registrar en la HCPB los latidos fetales.**

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

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

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

#### **Actividad 15: Evaluar y registrar en la HCPB la motilidad fetal.**

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

Las formas de verificar los movimientos fetales son:

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

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

#### **Actividad 16 y 17: Evaluar y registrar en la HCPB los signos de alarma en el embarazo y otro síntoma o acontecimiento específico que refiera la paciente.**

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

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

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

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

**Actividad 18: Evaluar y registrar en la HCPB la solicitud de exámenes complementarios de existir la necesidad.**

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

**Actividad 19: Evaluar y registrar en la HCPB el examen físico y genital de la paciente.**

Los métodos habituales utilizados en el examen genital son:

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

**Actividad 20 y 21: Realizar y registrar toma de muestra para PAP, test rápido para VIH/ sífilis previa consejería.**

**Actividad 22 y 23: Orientar y registrar sobre:**

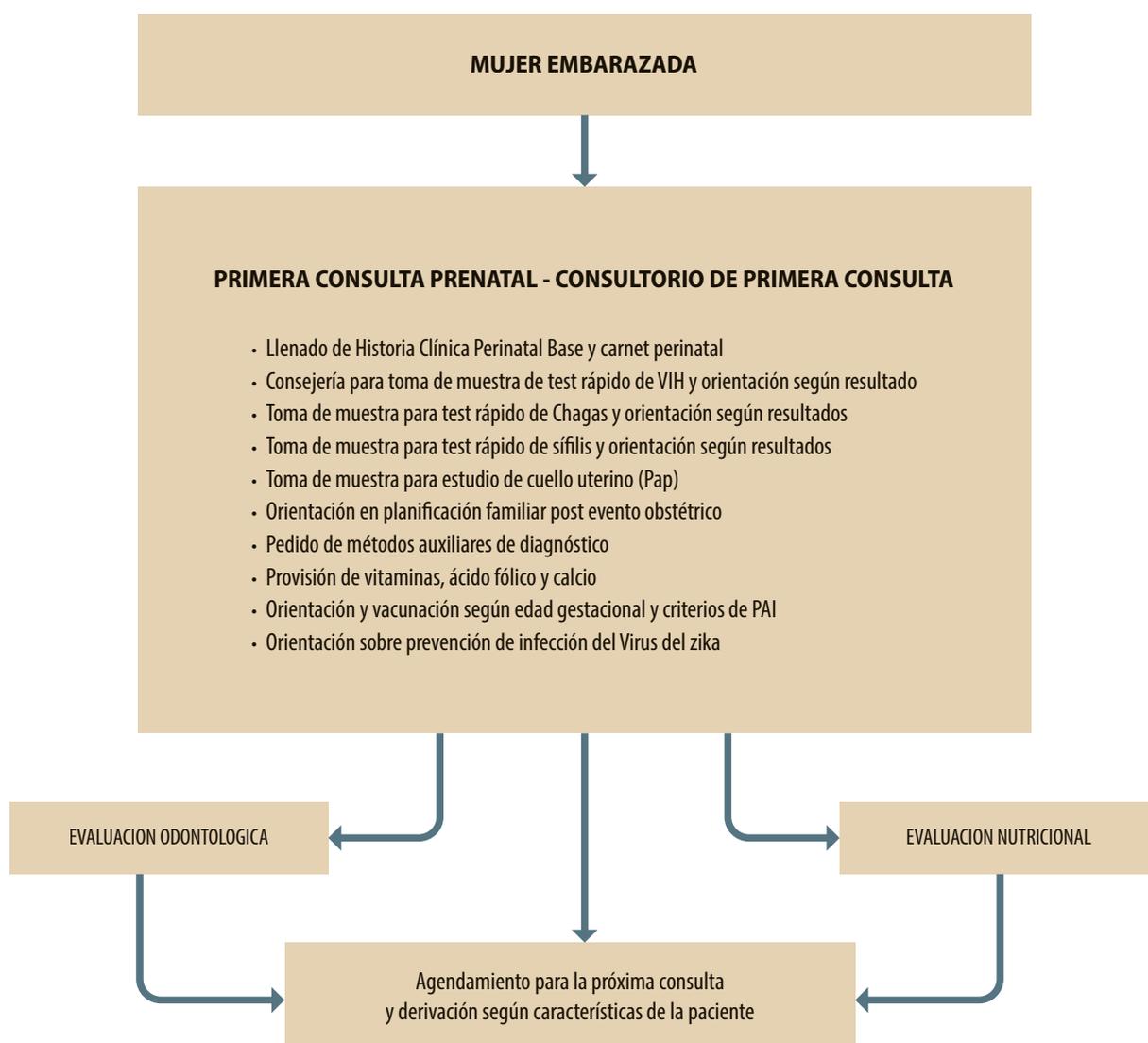
- Derechos de la embarazada.
- Higiene y vestimenta.
- Nutrición y hábitos fisiológicos y tóxicos (alcohol, tabaco y drogas).
- Cambios físicos y psicológicos.
- Planificación familiar post evento obstétrico.
- Prevención de ITS/HIV/sida y virus del zika.
- Lactancia materna.
- Violencia doméstica, intrafamiliar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

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

**Actividad 24: Orientar sobre el uso de la libreta de la embarazada: “Mi libreta de Control Prenatal”.**



# Estrategia del consultorio de primera consulta<sup>24</sup>



24 Resoluciones CONE, COMITE, PRIMERA CONSULTA.

## Visitas de control

Se actuará según el grado de riesgo con una cronología mínima recomendada de las actividades en las atenciones prenatales.

### ● Frecuencia de las visitas obstétricas

- Recordar: PRIMERA CONSULTA antes de las 12 semanas
- SEGUNDA VISITA: entre las 22 y 26 semanas
- TERCERA VISITA: entre las 27 y 32 semanas
- CUARTA VISITA: entre las 36 y 38 semanas
- Se evaluará la necesidad de más visitas según el criterio médico.

### ● Exámenes de rutina en cada visita

- Breve anamnesis (sangrado, leucorrea, vómito, cefalea, edema, movimiento fetal, tránsito intestinal y urinario, etc.)
- Peso
- Tensión arterial
- Altura uterina
- Evaluación de la situación y presentación fetal
- Auscultación fetal
- Evaluación del estado general, presencia de edemas, patología médica acompañante (várices, hemorroides, etc.)
- Examen vaginal (según criterio clínico)
- Evaluación de los hábitos alimentarios
- Análisis de orina

### ● Exploraciones periódicas sistemáticas

- Ecografía obstetricia
  - a. 8- 14 semanas (edad gestacional, gemelar, patología del huevo, patología ginecológica asociada, etc.)
  - b. 19- 22 semanas (crecimiento fetal, malformaciones, ubicación placentaria)
  - c. 32- 36 semanas (crecimiento y nutrición fetal, patología placentaria y funicular, malformaciones, sufrimiento fetal crónico, sexo fetal, biometría fetal, estudio de flujos vasculares, etc.)

### ● Analítica sanguínea y urinaria

- a. Semana 32: hemograma y análisis de orina
- b. Semana 37: hemograma, pruebas de coagulación, VDRL/HIV

### ● Evaluación del riesgo

Entre las semanas 35 y 38 se hará una evaluación del riesgo de la gestante, parto. Estudio de salud fetal según necesidad

# Preparación Integral para la Maternidad (PIM)

Son intervenciones educativas de cuidados a ser realizadas desde la concepción sobre las fortalezas o los factores de riesgo que pudieran presentarse, y una adecuada estimulación prenatal durante el embarazo y así contribuir al logro de una maternidad segura, saludable, inclusiva y al desarrollo del máximo potencial físico, emocional, sensorial y social del niño por nacer a través de actividades que favorezcan una mejor preparación física, psíquica y social durante el embarazo, parto y puerperio, con participación de la pareja y la familia, con enfoque intercultural en el marco de los derechos.

Será implementada en todos los establecimientos que ofrezcan Atención Prenatal independiente del nivel de atención y complejidad de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (RIISS), a través de los “Clubes de Madres”

Las actividades planificadas se distribuyen en 8 (ocho) sesiones, de las cuales 7 (siete) sesiones se realizarán durante el embarazo y 1 (uno) en el puerperio inmediato.

## Metodología

El equipo de salud convocará a participar de las sesiones grupales. La cantidad de participantes idealmente no deberá exceder un máximo de 10 embarazadas con sus correspondientes acompañantes.

Los temas a ser tratados en las diferentes sesiones seguirán un orden secuencial abordando todos los aspectos relacionados al proceso del embarazo, parto y puerperio y el desarrollo del niño.

Será llevado por todos los integrantes del equipo de salud, integrados en forma interdisciplinaria.

Cada sesión realizada en la cual participa la embarazada, se deberá registrar en el área de Observaciones que tiene el Carnet Perinatal. Para aquellas embarazadas que cuenten con “Mi libreta de control prenatal” se registrará en la hoja impresa del carnet perinatal que contiene ese material.



# Atención del parto y del nacimiento

## Principios generales

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

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

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

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

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

- El personal de salud que recibe a las embarazadas, es el que determina el grado de riesgo e identifica eventuales complicaciones. Además es el encargado de informar a los familiares o acompañantes sobre la evolución del parto y del nacimiento o sobre cualquier tipo de complicación.
- La gestante puede consultar en cualquier momento, sola o acompañada.

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



### Atención del Parto en tiempos de COVID 19 Ver capítulo específico

## Parto intercultural

### Definición

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

#### Estas acciones y actitudes pueden resumirse en:

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

# Trabajo de parto

## Definición

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

## Tiempos del trabajo de parto

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

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

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

Tabla 18 · Diagnóstico del período y la fase del trabajo de parto

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

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

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

- Tomar el peso y analizar la tendencia de ganancia durante el embarazo en la hoja de historia clínica perinatal al ingreso de la usuaria.
  - Confirmar que la talla está registrada en la hoja de historia clínica perinatal, si no lo está tomarla y registrarla.
  - Evaluar altura uterina y su correlación con la edad gestacional.
  - Identificar la situación y presentación fetal.
  - Evaluar el grado de encajamiento por palpación abdominal y tacto vaginal.
  - Controlar la dinámica uterina (frecuencia y duración de las contracciones durante 10 minutos).
  - Auscultar (Antes, durante y después de la contracción) y registrar la frecuencia cardíaca fetal en un minuto.
  - Ponerse guantes en ambas manos para realizar el examen vaginal (especuloscopia y tacto).
  - Utilizar guantes estériles o de procedimientos en casos necesarios.
- Explicar los hallazgos a la mujer y a su acompañante.
  - Internar a la paciente si tiene criterios de hospitalización.

## Criterios de internación

- Toda mujer embarazada en fase activa del trabajo de parto.
- Admitir a la sala de observación o de parto a toda mujer embarazada en Trabajo de Parto (Dos o más contracciones cada 10 minutos, que duren aproximadamente entre 20 y 40 segundos durante dos horas o más, con 2 cm o más de dilatación y borramiento en progreso).
- Toda mujer embarazada con un signo de alarma:
  - Hipertensión arterial PAS mayor o igual de 160 mm Hg o PAD mayor o igual de 110 mm Hg
  - Síntomas vasoespásticos (cefalea, acufenos, fosfenos y/o epigastralgias).
  - Convulsiones.
  - Alteración de la conciencia.
  - Genitorragia.
  - Pérdida de líquido por la vagina.
  - Contracciones uterinas dolorosas y persistentes.
  - Fiebre.
  - Ausencia de movimientos fetales.
  - Dificultad respiratoria.
  - Vómitos frecuentes y excesivos
  - Síntomas y signos de complicaciones respiratorias o virales en general (Sospecha de Dengue, Zika, Chikunguña, Fiebre Amarilla, Covid-19)
  - Embarazo de 41 o más semanas de gestación (referirse al Manual de Patologías Obstétricas)
- Toda mujer embarazada de término, en fase latente de trabajo de parto y condiciones socioeconómicas desfavorables:
  - Domicilio alejado.
  - Pobreza extrema.

- En situaciones especiales se recomienda evaluar la necesidad de internación precoz y acompañamiento diferenciado:
  - Adolescentes.
  - Víctimas de violencia de género y/o sexual.
  - Discapacidad física y/o mental.

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

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

## Parto vaginal de término

### Definición

Es el parto que se inicia espontáneamente, sin signos de alarma materna, ni fetal, manteniéndose como tal hasta el alumbramiento y en el que nace un niño o niña de forma espontánea, con una edad gestacional entre las 37 semanas 0 días y las 41 semanas 6 días.

## Atención del parto vaginal

### Definición

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

### Recomendaciones

Elaborar el plan de atención según hallazgos:

- Atención respetuosa de la maternidad, cuidando la dignidad, confidencialidad y privacidad de la mujer.
- Brindar una comunicación efectiva, con métodos simples y culturalmente aceptables.
- Invitar a la embarazada para que durante el trabajo de parto:
  - Tenga una persona acompañante si las condiciones lo permitan.
  - Consuma líquidos o alimentos livianos cuando lo solicite.
  - Orine regularmente y defeca cuando tenga el deseo de hacerlo.
  - Camine y cambie de posición de acuerdo a su deseo y comodidad durante su trabajo de parto y parto.

- Se aconseja realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.
- Aliviar el dolor según esquema **Manejo del Dolor** durante el parto, detallado más adelante.
- Asegurar la privacidad durante el trabajo de parto con el mínimo posible de personas. presentes durante el mismo, dentro de un ambiente tranquilo, silencioso y con luz tenue.
- Se recomienda la auscultación (antes, durante y después de la contracción uterina) mediante un dispositivo Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto.
- La venoclisis y la sonda vesical de rutina son innecesarias.
- No realice enema.
- No realice rasurado.
- No realice episiotomía de rutina.

## Enfoque de riesgo

Desde hace décadas, lo que se conoce como “enfoque de riesgos” ha determinado decisiones acerca de parto, el lugar, su tipo y las personas que lo asisten. Es fundamental alguna forma de evaluación inicial y progresiva de probabilidad de la mujer de tener un parto normal, para evitar y/o identificar el comienzo de complicaciones y las decisiones que habrá que tomar para proporcionar la asistencia adecuada. El examen de los factores de riesgo empieza durante el periodo prenatal. Esto puede ser obtenido de forma simple determinando la edad materna, estatura, paridad, preguntando acerca de complicaciones obstétricas, como muertes fetales intrauterinas previas o cesáreas, y buscando posibles anomalías en el presente embarazo como Pre-eclampsia, embarazo múltiple, hemorragia ante-parto, entre otras. La especificidad de las complicaciones en la historia obstétrica o en el embarazo actual es mucho mayor. Sin embargo, incluso un cuidado antenatal de alta calidad y un buen enfoque de los riesgos no pueden substituir un adecuado seguimiento de la madre y el feto durante el parto. La evaluación de los riesgos no es una medida única que se haga simplemente una sola vez, sino que es un procedimiento continuo durante todo el embarazo y el parto. En cualquier momento pueden aparecer complicaciones que pueden inducir a tomar la decisión de referir a la mujer a un nivel de cuidado más especializado.

Tabla 19 – Clasificación de riesgo durante el parto

<p><b>DETERMINE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO DURANTE EL PARTO</b></p> <p><b>PREGUNTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuándo fue la última menstruación?</li> <li>• ¿Ha tenido contracciones?</li> <li>• ¿Ha tenido hemorragia vaginal?</li> <li>• ¿Le ha salido líquido por la vagina? ¿De qué color?</li> <li>• ¿Ha tenido dolor de cabeza severo?</li> <li>• ¿Ha tenido visión borrosa?</li> <li>• ¿Ha tenido convulsiones?</li> <li>• Antecedente de importancia durante el embarazo</li> </ul> <p><b>REALICE O REVISE LABORATORIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hb, Hto, hepatitis b, VIH</li> <li>• VDRL antes del parto</li> </ul> <p><b>DETERMINE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión arterial</li> <li>• Temperatura</li> <li>• Presencia de contracciones en 10 minutos</li> <li>• Frecuencia cardíaca fetal</li> <li>• Dilatación cervical y presentación</li> <li>• Si hay edema en cara, manos y piernas</li> <li>• Si tiene o ha tenido hemorragia vaginal</li> </ul>	<p><b>Uno de los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo de parto menor de 37 semanas</li> <li>• Hemorragia vaginal</li> <li>• Ruptura prematura de membranas &gt;12 horas</li> <li>• Fiebre o taquicardia materna</li> <li>• Hipertensión no controlada y/o presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa</li> <li>• Disminución o ausencia de movimientos fetales</li> <li>• Cambios en la Frecuencia Cardíaca Fetal &lt;120 ó &gt; 160 por minuto</li> <li>• Presentación anormal</li> <li>• Edema en cara, manos y piernas</li> </ul>	<p><b>PARTO CON RIESGO INMINENTE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir <b>URGENTEMENTE al centro de mayor complejidad acostada del lado izquierdo</b></li> <li>• Prevenir hipotensión</li> <li>• Tratar hipertensión</li> <li>• Si hay trabajo de parto prematuro inhibir contracciones con Nifedipina y administrar corticoide (Betametasona)</li> <li>• RPM administrar la primera dosis de un antibiótico</li> <li>• RPM y embarazo &lt;37 SG administrar Eritromicina 250 mg</li> <li>• Si existe posibilidad administrar oxígeno</li> </ul>
	<p><b>Uno de los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Madre Rh negativa</li> <li>• VDRL, test de VIH o hepatitis B positivos o desconocidos</li> <li>• Gestación con algún riesgo</li> </ul>	<p><b>PARTO DE ALTO RIESGO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir para atención del parto</li> <li>• Si VDRL positivo iniciar tratamiento con P Benzatínica</li> <li>• Si no hay prueba para VIH realice prueba rápida de inmediato</li> <li>• Si la prueba por VIH es positiva siga protocolo de atención de parto y neonato de madre positiva y no inicie lactancia materna</li> <li>• Dar consejería en cuidados del puerperio y lactancia materna</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto sin riesgo inminente o alto riesgo</li> </ul>	<p><b>PARTO DE BAJO RIESGO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indique libre deambulacion durante el trabajo de parto e hidratación oral</li> <li>• Atienda parto normal, con alumbramiento activo y pinzamiento tardío del cordón y apego precoz</li> <li>• Asesoría sobre cuidados del puerperio y lactancia materna</li> <li>• Asesoría sobre signos de alarma del puerperio</li> </ul>

# Manejo del dolor durante el parto vaginal

## Definición

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

## Clasificación

No farmacológico

Farmacológico

### ● Métodos no farmacológicos de alivio del dolor

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

### ● Métodos farmacológicos de alivio del dolor

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

#### Indicaciones

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

#### Condiciones

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

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

## Asistencia durante el Período de Dilatación (primer período)

### Definición

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

### Acciones

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

## Profilaxis intraparto para pacientes con Estreptococo Grupo B

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

- Administrar Penicilina G sódica 5.000.000 UI, endovenosa. Repetir 2.500.000 UI, endovenosa, cada 4 horas hasta que se produzca el parto. El momento óptimo para la profilaxis es cuando se administra como mínimo 4 horas antes del parto.
- La Ampicilina también es terapia aceptable de primera línea. Administrar: Ampicilina 2 g endovenosa. Luego 1 g endovenosa cada 4 horas hasta que se produzca el parto.
- **En caso de alergia a la penicilina y derivados:** cefazolina/cefalotina 2g endovenosa, luego 1g cada 8 horas hasta el parto, o clindamicina 900 mg endovenosa cada 8 h hasta el parto.
- **En caso de alergia mayor a la penicilina y derivados:** Clindamicina, igual esquema al anterior.
- En caso de resistencia del EGB a la clindamicina: Vancomicina 1g endovenosa cada 12 horas hasta el parto.

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

# Control del progreso del trabajo de parto

## Uso del Partograma

### Definición

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

### Acciones

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

Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo. Hay situaciones en las cuales es necesario realizar el examen vaginal con más frecuencia: cuando la intensidad y frecuencia de las contracciones disminuyen, ante la pérdida repentina de líquido amniótico, cuando la embarazada refiere la necesidad de pujar o antes de administrar analgesia.

- Si los parámetros encontrados son normales continuar con el mismo plan de atención (libre deambulación, hidratación oral, alimentación liviana, cambio de posición, etc.).
- **Si los parámetros NO son normales**, identificar complicaciones, registrar el diagnóstico y ajustar el plan de atención según los hallazgos para evaluar la vía de terminación del parto. Si es necesaria la referencia, debe efectuarse siempre que el parto no sea inminente.

- Registrar el horario de las observaciones. Como complemento se cargará en la hoja del partograma la hora de nacimiento, la condición, el sexo, el peso, el Apgar y Capurro del RN. Todo ello en el margen derecho de la línea de acción o en el borde derecho del partograma.

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

Si fuera necesario remitir a la paciente: las 4 horas existentes entre las líneas de alerta y de acción representan un tiempo prudencial acordado para permitir la remisión oportuna al centro de mayor complejidad más cercano, para reevaluar y tratar de corregir las causas del enlentecimiento y procurar un parto vaginal.

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



# Asistencia durante el período expulsivo (segundo período)

## Definición

Es el periodo que transcurre desde la dilatación completa (10 cm) hasta la expulsión total del feto por el canal de parto.

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

La recepción del recién nacido debe ser realizada por al menos un profesional capacitado y entrenado en los primeros pasos de la atención al recién nacido y en la ventilación a presión positiva y cuya única responsabilidad sea el manejo del recién nacido. Si hay factores de riesgo, al menos 2 (dos) profesionales capacitados y entrenados DEBEN ESTAR PRESENTES para tratar al recién nacido.

El resto del equipo debe estar atento ante posibles emergencias obstétricas o neonatales y realizar las primeras maniobras de resucitación y/o estabilización.

## Verificar

- Un ambiente térmico neutro de la sala de parto entre 24 y 28 °C.
- El empleo de instrumentales estériles: 1 tijera y 2 pinzas para el cordón.
- La utilización de ropa limpia y/o estéril: 4 paños (1 bajo el periné materno, 1 para recibir y secar al RN y 2 para envolver al RN). Además, 1 delantal impermeable, gorra, tapa boca y antejo protector y guante.
- Comprobar que el equipo de reanimación neonatal básica este accesible y en funcionamiento (cuna radiante, tanque o boca de O2 con blender, bolsa autoinflable neonatal, equipo de aspiración, cánulas y laringoscopio). Todos los insumos y equipos necesarios para una reanimación neonatal completa deben ser verificados y estar preparados para cada parto, según la lista de verificación estandarizada

## Acciones

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

- Asegurar la limpieza del lugar del parto.
- Atender el parto en la posición que la mujer elija.
- Cuidar el pudor y resguardar la privacidad de la mujer.
- Preparar una jeringa con 10 UI de oxitocina (VIM/VEV), es el recomendado para prevenir HPP. En entornos que no cuenten con oxitocina se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergonovina, ergometrina/metilergometrina).
- Permitir a la mujer que puje cuando siente deseo (no forzarla), y evitar la compresión de la pared vaginal posterior, así como el uso de sustancias lubricantes.
- Realizar la amniotomía oportuna.
- Permitir que la cabeza corone espontáneamente protegiendo el periné con la maniobra de Ritgen (colocando los dedos de una mano en el periné para mantener flexionada la cabeza fetal y evitar su salida brusca) evitando que se distienda bruscamente, y alentando a que respire profundamente o que haga pequeños pujos con las contracciones.
- Limpiar la boca y nariz del recién nacido con un paño limpio al exteriorizarse la cabeza.
- Exteriorizada la cabeza, palpar si hay cordón alrededor del cuello y si hay, reducirlo (si está flojo deslizarlo por encima de la cabeza y si está muy apretado pinzarlo y cortarlo antes de desenrollarlo del cuello).
- Permitir la rotación externa espontánea.
- Facilitar la salida del hombro anterior y posterior protegiendo el periné.
- Después que el recién nacido nace secarlo con una sábana o compresa de campo limpia y seca, no retirar el unto sebáceo, ni secar las manos del RN. Colocarlo, siempre que esté completamente activo y reactivo, en posición prona en contacto piel con piel sobre el abdomen de la madre, allí puede ser cubierto con una sábana o manta seca y limpia. Para facilitar el apego precoz, el contacto piel con piel debe continuar por lo menos por una hora después del nacimiento.
- Confirmar la hora del nacimiento.
- Pinzar y cortar el cordón en forma oportuna no antes de los 1 minutos ni después de los 3 minutos. Pinzarlo y cortarlo, bajo estrictas técnicas de higiene y limpieza

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

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

Administrar 10 UI de oxitocina (VIM/VEV) como parte del tratamiento activo del tercer

período del trabajo de parto con el fin de prevenir la HPP. En un parto de evolución habitual NO realizar go-  
teo de oxitocina tras el alumbramiento.

## La primera hora de vida del recién nacido sin riesgos

Ante todo recién nacido de término o pretérmino tardío que este activo y/o tenga llanto vigoroso y que presente buen tono muscular, se deben implementar los cuidados esenciales: clampeo oportuno, contacto piel a piel (apego) durante 60 a 90 minutos y lactancia materna en la primera hora

Estas intervenciones deben ser realizadas por el profesional de salud entrenado y calificado que está conduciendo el parto, con el acompañamiento del profesional de salud entrenado y calificado para el cuidado del recién nacido,

- Favorecer la termorregulación manteniendo el contacto piel con piel por 60 minutos (apego), colocando una gorrita al recién nacido y manteniendo el ambiente con una temperatura entre 26° y 28° C.
- Aspirar las secreciones del RN solo en caso necesario. No es preciso aspirar el líquido amniótico existente en la cavidad nasofaríngea en forma rutinaria. La aspiración aumenta el tono vagal y puede producir bradicardia refleja, enlenteciendo el incremento fisiológico de la saturación sanguínea de oxígeno.
- Si no inicia la respiración o respira con dificultad debe pedir ayuda, ligar y cortar el cordón rápidamente e iniciar la reanimación.
- Si está respirando normalmente, mantener al RN en contacto piel a piel con el pecho de la madre por lo menos durante 1 hora, manteniéndolo cubierto con una sabanita o compresa limpia
- Ayudar a la madre para que el RN inicie espontáneamente la lactancia, es decir, sin forzar, ni introducir el pecho de la madre en su boca, de manera brusca.
- Evaluar el APGAR del RN al minuto y a los 5 minutos.

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

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

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

Tabla 20 – Test de APGAR. Evaluar el Apgar del bebé al minuto y a los cinco minutos.

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

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

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

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

## Abordaje del recién nacido de madre con diagnóstico de Diabetes Gestacional

Se denomina **Hipoglucemia neonatal (CIE 10 P70)** a un valor de glucemia **igual o inferior a 45 mg/d L en un recién nacido**. Una de las causas frecuentes de hipoglucemia en el recién nacido es la causada por hiperinsulinemia fetal transitoria en hijos de madres con Diabetes, fundamentalmente en aquellas con mal control metabólico.

En estos niños, **la hipoglucemia frecuentemente se produce a las 4-6 horas después del nacimiento**.

Considerando que los hijos de madres con diagnóstico de Diabetes Gestacional (CIE 10 O24), presentan riesgo aumentado de Hipoglucemia neonatal, se recomienda controles de glucemia capilar para el recién nacido según la siguiente pauta:

- Primer control de glucemia capilar, debe ser realizado en la primera hora de vida y periódicamente cada 4 horas durante las primeras 12 horas de vida antes de cada toma de pecho materno.
- Los controles podrán ser suspendidos tras 12 horas de valores de glucemia normales.
- Se deberá recordar a las madres la importancia y los beneficios del pecho materno exclusivo.

En caso de detectarse Hipoglucemia en el recién nacido, éste deberá ser evaluado de forma inmediata por Pediatría. Éste evento deberá ser consignado en la libreta pediátrica del menor. Al alta, deberá acudir a control de niño sano, según esquema habitual.

## La primera hora de vida del recién nacido con malformaciones sin diagnóstico prenatal

Entre los recién nacidos, 2-3% tendrán una malformación mayor detectada al nacimiento o en las primeras semanas de vida. Entre los natimortos, este porcentaje llega a 15-20%.

### Pasos que seguir frente a un recién nacido malformado:

1. Tomar muestra para estudio genético. Esta consiste en 3ml de sangre de cordón umbilical, del lado materno o sangre del bebé en tubo tapa verde – con heparina de litio para cariotipo y 3 ml de sangre de cordón umbilical del lado materno o sangre del bebé en tubo de tapa lila – con EDTA para estudio de microarray o secuenciación. Sanger, Panel de genes o Exoma. Ambos tubos deben ser conservados a 20 grados. Luego de realizar los pasos descritos abajo, se decide cuál tubo procesar. El tubo de tapa verde debe ser procesado en un máximo de 48 horas, sin embargo el tubo de tapa lila puede ser guardado hasta 1 mes.
2. Realizar un examen físico completo y detallado, con registro fotográfico del bebé en cuerpo entero y del rostro de frente y de perfil. Fotografiar pliegues palmares y plantares. Realizar fotografías de cualquier otra alteración que llame la atención. Las fotografías permiten re-analizar alteraciones menores que pueden pasar inadvertidas y discutir el caso con colegas con más experiencia, siempre con el consentimiento de los padres.
3. Tomar medidas de peso, talla, perímetro cefálico y de cualquier alteración que llame la atención. Manos y dedo medio cuando impresiona braquidactilia; distancia intercantal interna y externa cuando impresiona hipotelorismo o hipertelorismo; medida del pene cuando hay alguna alteración tipo hipospadia o impresiona micropene. Colocar estas medidas en tablas semiológicas de acuerdo a la edad gestacional para certificarse que la alteración es real o no.

*Siguientes pasos están en el apartado de cuidados del recién nacido hasta el alta.*

## Mortinatos

Cuando muere un bebe con una anomalía congénita, todas las partes desean un cierre rápido, y por causa de esto, muchas veces la adecuada evaluación del bebé y anamnesis a la madre son descuidados, perdiéndose información valiosa que podría ser esencial para el diagnóstico etiológico. Solo con el diagnóstico se puede realizar una estimativa de riesgo de recurrencia, y realizar la consejería genética que permita a las parejas tomar decisiones reproductivas basadas en la información y no en el miedo.

En estos casos realizar los pasos descritos arriba, y el paso 4 y 5 del apartado de RN malformado de la sección de *Cuidados del Recién Nacido luego de la primera hora y hasta el alta.*

La autopsia es lo más deseable en todos los casos, mientras no se contrapongan con las creencias y deseos de la familia. Ayuda en la detección de malformaciones internas así como de dismorfismos particulares.

Fuente: Stevenson, R. E., & Hall, J. G. (Eds.). (2016). *Human malformations and related anomalies*. Oxford University Press. Capítulo 1. Páginas 1 – 20.

## Asistencia durante el alumbramiento (tercer período)

### Definición

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

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

## Manejo activo tercer período del trabajo de parto

### Definición

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

### Acciones

- Descartar la presencia de un segundo feto por palpación abdominal.
- Administrar 10UI de oxitocina VIM antes de que transcurra un minuto del nacimiento o VEV la cual debe ser administrada durante un minuto.
- Aplicar tracción controlada y sostenida del cordón umbilical al aparecer una contracción y realizar una contra tracción uterina supra púbica hasta la expulsión completa de la placenta y membranas ovulares.
- Controlar la integridad de la placenta y membranas ovulares y registrar hallazgos.
- Si el útero no estuviera contraído: aplicar masajes uterinos después de la expulsión de la placenta en el fondo del útero hasta que se contraiga.
- Palpar el útero y confirmar que está contraído cada 15 minutos y repetir el masaje cuando se necesite durante las 2 primeras horas.
- Control del globo de seguridad de Pinard.
- Control del canal del parto y reparación de desgarros.
- Aplicar un método de Planificación Familiar, si la usuaria lo ha decidido con consejería y orientación previa según recomendaciones del Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para mujeres y hombres.

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



# Puerperio

## Definición

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

## Clasificación

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

## Puerperio inmediato

**Realizar los cuidados durante el puerperio al binomio madre-hijo, y registrarlos en la historia clínica tanto de la madre como del Recién Nacido.**

### Cuidados de la Puérpera

- En el puerperio inmediato: durante las primeras 2 horas, y luego de las primeras horas desde la sala de parto hasta la sala de alojamiento conjunto.
- En el puerperio mediato: en sala de alojamiento conjunto hasta el alta.

### Cuidados del Recién Nacido

- Durante los primeros 60 a 90 minutos.
- Luego de los primeros 60 a 90 minutos: en sala de recepción y en sala de alojamiento conjunto, hasta el momento del alta.

## Acciones

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

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

### Criterios de traslado a sala de internación

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

- b. Luego de las 2 primeras horas controlar cada 6 horas:
  1. Signos vitales.
  2. Vigilancia del globo de seguridad de Pinard.
  3. Control de loquios.
  4. Control de alteraciones vulvoperineales (hemorroides, retención urinaria, edemas, hematomas y várices).
  5. Control de miembros inferiores.

### En caso de pacientes post quirúrgicas

6. Control de herida operatoria.
  7. Control de diuresis.
  8. Deambulación precoz.
- c. Higiene materna y perineal.
  - d. Colaborar a establecer la lactancia materna exclusiva, la misma deberá ser a demanda; es decir que la frecuencia y la duración será determinada por las necesidades del recién nacido y sus señales de hambre. Es muy importante enseñar las diferentes posiciones para dar de mamar y evaluar el agarre correcto. Las grietas del pezón son el resultado del mal agarre y no de la lactancia frecuente.
  - e. Orientar y/o iniciar planificación familiar post evento obstétrico.
  - f. Ofrecer consejería en compañía de la pareja si la usuaria desea o solicita.
  - g. Orientar sobre infecciones de transmisión sexual y entregar preservativos.

# Puerperio mediato

## Recomendaciones

- a. Cada 6 horas:
  1. Control de signos vitales.
  2. Vigilancia del globo de seguridad de Pinard.
  3. Control de loquios.
  4. Control de alteraciones vulvoperineales (hemorroides, retención urinaria, edemas, hematomas y várices).
  5. Control de miembros inferiores.
  6. Hábitos fisiológicos.
  7. Estado emocional (ver Anexo 5 Escala de Edimburgo). Llevado a cabo por personal capacitado.
- b. Higiene materna y perineal.
- c. Cuidados de las mamas y observar la técnica de amamantamiento, posición y agarre.
- d. Verificar que la mujer haya recibido oportunamente la vacuna anti D en los casos que estén indicados.
- e. Verificar VDRL y VIH de la madre.
- f. En caso de que la mujer haya llegado al servicio de salud sin control prenatal en pleno trabajo de parto deberá recibir una sola dosis de la vacuna Tdpa antes de que sea dada de alta.
- g. Orientar e informar durante la internación y al alta sobre:
  1. signos de alarma en el puerperio.
  2. deambulación precoz.
  3. lactancia materna.
  4. alimentación balanceada.
  5. anticoncepción posparto.
  6. depresión posparto (ver Anexo Nº 5 Escala de Edimburgo).
  7. cuidados del puerperio y del recién nacido.
  8. educación sexual e información sobre violencia doméstica e intrafamiliar.
  9. Inmunización del RN y Test del piecito.
- h. Evaluar el alta hospitalaria luego de 48 horas según los siguientes criterios:
  1. Ausencia de hemorragia.
  2. Sin síntomas de infección puerperal.
  3. Signos vitales dentro de límites normales.
- i. Indicar medicación según criterio médico y obstétrico.
- j. Registrar en la HCPB antes del alta y completar los datos faltantes.

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

### Recomendaciones al alta:

- **Higiene personal:** recomendar baño de ducha (regadera) y no de inmersión, lavado externo con agua y jabón de la región vulvoperineal dos veces al día, no realizar lavados ni duchas vaginales, no usar apósitos de algodón, en caso de hacerlo, cambiarlos varias veces al día. Mantener la episiorrafia limpia y seca.
- **Relaciones sexuales:** aconsejar su reinicio teniendo en cuenta las condiciones físicas y emocionales de la mujer y la desaparición del sangrado y las molestias perineales.
- **Vigilancia de signos y síntomas de alarma** en el recién nacido.
- **Registrar y entregar el Certificado de Nacido Vivo** del niño/a y promover su inscripción en las oficinas del Registro Civil de la institución si lo hubiere, o en la de su localidad en forma inmediata.
- **Cita:** a los 8 días para control del puerperio; vacunación y control del crecimiento y desarrollo del niño. Reforzar orientación en planificación familiar.



### Manejo del Puerperio en tiempos de COVID 19 Ver capítulo específico

## Control ambulatorio del puerperio

### Definición

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

### Recomendaciones

a. Evaluar:

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

10. Alimentación del niño.
  11. Higiene materna y perineal.
  12. Cuidado de las mamas (observar presencia de grietas, plétora, etc.).
- b. Orientar e informar sobre:
1. Signos de alarma.
  2. Lactancia materna (bajada de leche; agarre, posición para dar de mamar).
  3. La importancia de una buena alimentación.
  4. Anticoncepción posparto y durante la lactancia.
  5. Cuidados del puerperio y del recién nacido.
  6. Educación sexual e información sobre violencia doméstica e intrafamiliar.
- c. Vacunación con Tdpa en los siguientes casos:
- Las puérperas que nunca recibieron la vacuna Tdpa con recién nacidos menores de 6 meses, deben recibir una dosis de la vacuna.
  - Mujer sin control prenatal que llega al servicio de salud en pleno trabajo de parto deberá recibir una dosis de la vacuna Tdpa antes de ser dada de alta.
  - Las puérperas que hayan tenido parto domiciliario o con parteras empíricas, deberán recibir una dosis única de Tdpa si su recién nacido es menor de 6 meses.
- Estas situaciones deben ser registradas en forma diferenciada al momento de levantar los datos de vacunación, teniéndola muy identificada, ya que será una excepción para evitar perder la oportunidad de vacunar a la puérpera.
- d. Registrar todo lo realizado en el Sistema Informático Ambulatorio (SAA).



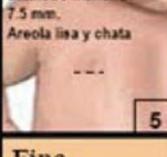
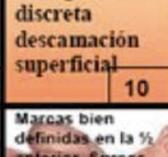
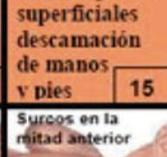
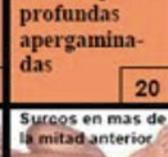
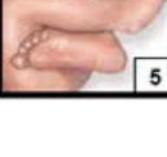
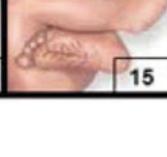
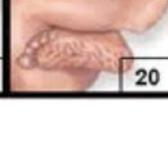
# Cuidados del recién nacido luego de la primera hora de vida y hasta el alta

## Cuidados en sala de recepción del recién nacido

Luego de una hora de contacto piel con piel con la madre colocar al RN sobre una cuna radiante para realizar el examen físico y los cuidados inmediatos:

- Determinar la edad gestacional según test de Capurro / Ballard.
- Aplicar en el muslo derecho la vacuna contra la Hepatitis B.

Tabla 21 – Test de Capurro

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

- Realizar antropometría: talla, perímetro cefálico, peso y percentiles.
- Administrar vitamina K 1 mg IM en tercio medio cara anterolateral externa del muslo izquierdo, o 0,5 mg si el RN tiene un peso menor a 1500 g.
- Confirmar visualmente en las primeras horas la presencia del ano y vigilar y registrar la eliminación de meconio durante las primeras 48 h.
- Proceder a la desinfección ocular con ungüento o colirio de eritromicina, tetraciclina o tobramicina, aplicando en el ángulo externo de ambos ojos por única vez al nacer.
- Efectuar el examen físico céfalo-caudal con el propósito de descartar malformaciones congénitas que puedan comprometer la adecuada adaptación a la vida extrauterina
- Realizar la impresión plantar del/a recién nacido y la impresión digital materna en la ficha del RN. Completar el carné perinatal.
- Verificar que el recién nacido tenga la pulsera de identificación.
- Puede limpiarse al RN en caso de estar cubierto de sangre, meconio, fetidez de líquido amniótico, contaminación con materia fecal materna o RN hijo de madre HIV con agua estéril y jabón neutro.
- Vestir al RN con ropa limpia y holgada, usar gorro y medias.
- Llevar de vuelta al bebé con la madre y proporcionar información sobre su estado.
- Controlar que la temperatura ambiental oscile alrededor de los 25 grados.
- Apoyar a la madre a desarrollar y conservar la lactancia.
- Mantener el bebé abrigado y en contacto piel a piel con su madre, vigilar regularmente su respiración y temperatura axilar, cada 1 a 2 horas, al menos durante las primeras 12 horas después del nacimiento, y luego cada 6 hasta el alta si la evolución es normal. Realizar examen físico antropométrico y neurológico completo después de las 24 horas de vida y valorar la emisión de orina en las primeras 24 h, expulsión de meconio y tolerancia alimentaria en las primeras 24 a 48 h.
- Limpiar el cordón con clorhexidina hasta que caiga.
- Efectuar diariamente el examen del muñón umbilical en busca de signos de infección tales como: secreción amarillenta, olor desagradable, enrojecimiento y/o tumefacción de la piel alrededor del cordón.
- Evitar el baño inmediato de todos los recién nacidos y durante la primera semana de vida, salvo en caso de fetidez, sospecha de amnionitis. Si la madre tiene VIH realizar una higiene con jabón.
- Administrar la vacuna BCG si el peso del neonato es más de 2.000 g. Si pesa menos se debe informar a las madres el momento en que le corresponde aplicar esta vacuna.
- Llevar a cabo el test del piecito, previo al alta y orientar a la madre cómo dar seguimiento a los resultados del test.
- Pesar al bebé antes del alta.

### CRITERIOS DE ALTA DEL RECIÉN NACIDO

- EG  $\geq$  36 semanas
- Regulación de temperatura estando en cuna simple, vestido, con temperatura ambiente
- Lactancia materna eficaz
- Ausencia de patología
- Serología materna actualizada y tipificación

## Cuidados del recién nacido con malformaciones mayores ó 2-3 malformaciones menores

Frente a un recién nacido con alguna malformación es importante distinguir cuál es el proceso que llevó a la alteración observada, ya que esto direccionará el diagnóstico, la correcta selección del examen genético que aumentará las posibilidades de cerrar un diagnóstico.

**Malformación:** proceso que interfiere con la formación normal de una estructura, ocasionado una alteración en la forma de la misma. Puede ser aislada – afectar un único órgano o múltiple – secuencias malformativas – Síndromes malformativos. Las malformaciones aisladas más frecuentes son las cardiopatías congénitas. Puede ser ocasionada por un teratógeno como la diabetes materna no tratada o mal tratada, consumo excesivo de alcohol y algunos medicamentos. Muchas de ellas son genéticas, por aneuploidías (Síndrome de Down, por ejemplo) o por microdeleciones (Sínd. DiGeorge, por ejemplo). Primero se deben descartar causas maternas, teratógenas y luego pensar en una causa genética.

**Disrupción:** ocurre cuando una estructura normalmente formada sufre daño por fuerzas uterinas Ej. Amputación de dedos por brida amniótica, no formación de un miembro por uso de misoprostol o por un accidente vascular. Estas alteraciones son, en su mayoría, por causas ambientales (teratógenos, intentos de abortos) aunque también puede presentarse en algunas condiciones genéticas, como en trombofilias hereditarias.

**Deformación:** estructura originariamente normal que sufre alteración de su forma por fuerza mecánica externa o interna prolongada. Ej. pie equino varo por pérdida de líquido amniótico o por embarazo gemelar. Estas alteraciones no son de causa genética, por lo que su identificación nos orienta a NO solicitar ningún examen genético particular.

**Displasias:** se presentan cuando la estructura celular o disposición del tejido celular que dio origen a ese tejido está alterada. Ejemplo: Acondroplasia, Displasia Tanatófórica, Osteogénesis imperfecta, Riñones poli-quísticos. Las displasias siempre son de causa genética, monogénicas, por lo que su diagnóstico requiere técnicas de secuenciación como Sanger, panel de genes o exoma, según la hipótesis diagnóstica.

La distinción entre estas condiciones sólo puede ser realizada después de un minucioso examen físico y búsqueda de malformaciones ocultas asociadas.

## Pasos que seguir frente a un recién nacido malformado

1. Tomar muestra para estudio genético. Esta consiste en 3 ml de sangre de cordón umbilical, del lado materno o sangre del bebé en tubo tapa verde – con heparina de litio para cariotipo y 3ml de sangre de cordón umbilical del lado materno o sangre del bebé en tubo de tapa lila – con EDTA para estudio de microarray o secuenciación. Sanger, Panel de genes o Exoma. Ambos tubos deben ser conservados a 20 grados. Luego de realizar los pasos descritos abajo, se decide cual tubo procesar. El tubo de tapa verde debe ser procesado en un máximo de 48hs, sin embargo el tubo de tapa lila puede ser guardado hasta 1 mes.
2. Realizar un examen físico completo y detallado, con registro fotográfico del bebé en cuerpo entero y del rostro de frente y de perfil. Fotografiar pliegues palmares y plantares. Realizar fotografías de cualquier otra alteración que llame la atención. Las fotografías permiten reanalizar alteraciones menores que pueden pasar desapercibidas y discutir el caso con colegas con más experiencia, siempre con el consentimiento de los padres.
3. Tomar medidas de peso, talla, perímetro cefálico y de cualquier alteración que llame la atención. Manos y dedo medio cuando impresiona braquidactilia; distancia intercantal interna y externa cuando impresiona hipotelorismo o hipertelorismo; medida del pene cuando hay alguna alteración tipo hipospadia o impresiona micropene. Colocar estas medidas en tablas semiológicas de acuerdo a la edad gestacional para certificarse que la alteración es real o no.
4. Conversar con los padres, en primer lugar, felicitarlos por el bebé recién nacido. Explicarles los hallazgos – alteraciones. Caso no haya diagnóstico prenatal, explicarles las limitaciones técnicas de la ecografía prenatal. Tranquilizarles respecto al estado clínico del bebé cuando este es bueno. Orientarles sobre la necesidad de realizar tamizaje de malformaciones internas y que el resultado de estos exámenes deben ser revisado por el pediatra.
5. Realizar anamnesis detallada sobre patologías maternas, intento de aborto, uso de drogas lícitas – medicamentos, cigarrillo, alcohol e ilícitas. Así como de historia familiar materna y paterna de enfermedades hereditarias, incluir en el histórico familiar a hermanos del paciente, tíos maternos y paternos, medio tíos y sobrinos. En resumen familiares de primer y de segundo grado.
6. Realizar tamizaje de malformaciones internas asociadas. **Solamente se puede decir que una alteración es aislada luego del tamizaje de malformaciones asociadas.** Este tamizaje debe ser post natal- sin importar el número de ecografías prenatales. Toda alteración detectada durante el prenatal debe ser confirmada en la vida postnatal y se deben descartar otras alteraciones.

Estos exámenes deben ser realizados durante la internación si el paciente está inestable o puede ser realizados de forma ambulatoria. En este segundo caso orientar a los padres que los resultados deben ser revisados por el médico pediatra del niño.

- a. Radiografía de cuerpo entero que incluya miembros de frente y radiografía de columna lateral.
  - b. Ecografía transfontanelar.
  - c. Ecografía cardíaca.
  - d. Ecografía abdominal.
  - e. Evaluación oftalmológica – Fondo de ojo
  - f. Evaluación auditiva
7. Las fotos o el paciente, las medidas tomadas, así como el resultado de los exámenes de tamizaje de malformaciones internas deben ser evaluados en su conjunto por un especialista, de preferencia un médico genetista para levantar la hipótesis diagnóstica, solicitar examen adecuado – caso amerite y realizar la consejería pertinente a los padres.

Fuente: Stevenson, R. E., & Hall, J. G. (Eds.). (2016). Human malformations and related anomalies. Oxford University Press. Capítulo 1. Páginas 1 – 20.

## Durante el alta del recién nacido

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



**Manejo del RN en tiempos de COVID 19**  
Ver capítulo específico

## Signos de alarma en el recién nacido

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

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

Para la Atención del recién nacido con covid-19 referirse al material **“Protocolo para Covid-19 Atención Neonatal.” Según las actualizaciones publicadas en el portal del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.** <https://www.mspbs.gov.py>.

# Lineamientos para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de COVID-19

Los Coronavirus son virus ARN monocatenario positivos envueltos, pertenecientes a la familia Coronaviridae COVID-19 pertenece al mismo subgrupo de  $\beta$ -coronavirus

## Consideraciones para las embarazadas y sus familias

***“La evidencia actual está basada en recomendaciones de expertos y en estudios observacionales transversales por lo que es necesario ir actualizando permanentemente la información con la mejor evidencia disponible a la fecha”, por el cual puede ser modificado dependiendo del momento epidemiológico y ante nuevas evidencias.***

La fisiología inmunitaria de las embarazadas las hace más vulnerables a las infecciones virales.

## Complicaciones Fetales y Neonatales en embarazadas con COVID-19

La tasa de aborto no ha aumentado. El parto prematuro aumentó y se debe a interrupciones del embarazo por causa materna y no a parto prematuro espontáneo secundario a la infección viral.

Otras complicaciones descritas son la rotura prematura de membranas, restricción de crecimiento fetal, compromiso del bienestar fetal y muerte fetal.

## Transmisión Vertical

La transmisión vertical de SARS-CoV-2 es posible, aunque sería un evento de muy rara ocurrencia.



# Recomendaciones principales en tiempos de COVID-19

Se tendrá en cuenta el protocolo para COVID-19 denominada

## “GUÍA PARA EL MANEJO DE MUJERES EMBARAZADAS Y EVENTOS OBSTÉTRICOS”

Esta guía se actualiza periódicamente, conforme van apareciendo nuevas informaciones sobre la infección. Está elaborada teniendo en cuenta la evidencia emergente y considerando las guías nacionales e internacionales actualmente disponibles.

**Observación:** La versión presentada en esta norma es la correspondiente a la publicación del 7 de mayo de 2021. Las actualizaciones son publicadas a través del portal del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. <https://www.mspbs.gov.py>.

## COVID-19. Guía para manejo de mujeres embarazadas y eventos obstétricos

Esta guía se encuentra estructurada en 4 partes:

- Manejo durante el embarazo (Control Prenatal)
- Manejo del Trabajo de Parto y el Parto
- Manejo del Puerperio
- Anticoncepción en tiempos de Covid-19
- Consideraciones Especiales

### Manejo durante el embarazo

[Evaluación en Consulta Ambulatoria]

Mientras la mujer embarazada no presente sospecha o confirmación de COVID-19 (ni nexa a un caso positivo de COVID-19) se registrará por las normas vigentes según lo establecido en el Manual Nacional de Normas de Cuidados Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, seguros e inclusivos.

Los establecimientos de salud deben adecuar y reorganizar sus servicios a fin de asegurar la atención de embarazadas, púérperas, recién nacidos y personas usuarias de planificación familiar, con o sin cuadro respiratorio.

## Control prenatal durante la pandemia

### Recomendaciones Generales para la mujer embarazada y su pareja

- Las embarazadas debe evitar permanecer en ambientes donde se aglomeren personas. Evitar eventos sociales y visitas a domicilio. Respetar en los lugares de trabajo las medidas sanitarias vigentes.
- Deben acudir a los controles prenatales (al igual que a otros controles médicos si fuera el caso) y ecográficos planificados. Podrá ingresar solo un acompañante a la consulta utilizando mascarilla quirúrgica, todo el tiempo.
- Durante la consulta/ecografía la paciente deberá usar mascarilla quirúrgica.
- No acudir con niños ni con personas mayores de 60 años a los controles.
- Si debe utilizar el transporte público, tomar las precauciones de uso de mascarilla, distanciamiento físico de al menos 2 metros con otras personas, no tocarse la cara, lavado de manos frecuente con agua y jabón (o uso de alcohol).
- Todas las embarazadas deben hacer un autocontrol de síntomas (conocer los síntomas de alarma para COVID-19) y contactos de riesgo. Si presenta alguno de estos síntomas o se identifica como nexo a un caso positivo de COVID-19 debe comunicarse de inmediato al número de teléfono 154, en donde recibirá las recomendaciones iniciales. Luego debe acudir a los hospitales de cabecera o de referencia, pasando primeramente por el triage de esos establecimientos, en donde debe ingresar con mascarilla quirúrgica (si no posee se le proporcionará una mascarilla quirúrgica en la entrada). Luego de la clasificación realizada en el triage seguirá al área respiratoria en donde será atendida por un personal de salud, que debe utilizar el Equipo de Protección Individual (EPI) correspondiente, y se dispondrá el manejo multidisciplinario.
- Donde se cuente con cobertura en Atención Primaria de la Salud: podrá realizarse atención domiciliaria por el equipo de la Unidad de Salud de la Familia (USF) local, siguiendo las normas de prevención y control de infecciones.

### Consideraciones generales del consultorio de atención prenatal

El personal de salud (con el equipo de protección adecuado) debe: realizar cribado de signos/síntomas y temperatura a la paciente (y al acompañante si fuera el caso), antes de ingresar al consultorio o box destinado al prenatal.

Síntomas y Signos relacionados a COVID-19			
Fiebre	Cansancio	Odinofagia	Anosmia/Hiposmia
Tos persistente	Expectoración	Cefalea	Disgeusia/ Ageusia
Dificultad respiratoria	Mialgias	Síntomas gastrointestinales	Congestión nasal

**Observación:** Si presenta síntomas/signos derivar al servicio de urgencias en donde se realizará una evaluación clínica de la paciente y solicitar RT-PCR (SARS-CoV-2) en hisopado nasofaríngeo (si estuviera disponible).

Aquellas pacientes clasificadas como caso sospechoso deben ser notificadas y categorizadas según la severidad del cuadro clínico.

- Estrategias de agendamiento por vía telefónica o por mensajes.
- Evitar aglomeraciones en las salas de espera, programar citas con horarios estrictos.
- Recomendar a las pacientes conseguir una balanza para control del peso corporal y un aparato para medir la presión arterial (si pudiera).
- En caso de confirmarse COVID-19 de manejo ambulatorio y por Telemedicina, se recomendará a la paciente contar con un Oxímetro de Pulso y un Termómetro para monitorización y registro diario de parámetros que faciliten identificar Signos de Alarma relacionados a los criterios de Internación.

El esquema de controles prenatales de bajo riesgo y sin complicaciones (sin patologías) es como se muestra en el siguiente esquema:

- 1ra consulta: antes de las 12 semanas
- 2da consulta: entre las 22 y 26 semanas
- 3ra consulta: entre las 27 y 32 semanas
- 4ta consulta: entre las 36 y 38 semanas

Complementar las visitas presenciales con teleconsulta (videollamadas, llamadas telefónicas, mensajes, etc.) donde esto sea posible. Esta no reemplaza a la consulta prenatal presencial.

Si presentaran factores de riesgo o complicaciones durante el embarazo, se debe evaluar caso a caso. Se programarán las consultas, de acuerdo a la patología de base y evolución del embarazo, manteniendo los controles necesarios, ya sea presenciales o por telemedicina, con el fin de asegurar un seguimiento adecuado del embarazo.

### **Consideraciones generales para las ecografías obstétricas**

- Reducir los exámenes sin indicación médica.
- Usar EPI correspondiente.
- Mantener las salas de ecografía ordenadas y retirar todos los elementos innecesarios.
- Limpiar a fondo las salas de ecografía al comienzo y fin de la jornada. Incluyendo la computadora, teclado, mouse, ecógrafo, camilla, sillas, picaportes de las puertas, interruptor de luz, etc.
- Antes y después de cada examen:
  - Higiene adecuada de manos con agua y jabón.
  - Limpiar transductores, cables y camilla.
  - Utilizar guantes durante el examen y cambiar luego de cada paciente.
  - Utilizar desinfectantes aprobados para SARS-CoV2.

## Consulta al servicio de urgencias

La paciente que consulte por un cuadro compatible con COVID-19 será ingresada con mascarilla quirúrgica y sin acompañante (a menos que sea estrictamente necesario) a la sala o el box destinado para evaluación de pacientes con sospecha de COVID-19. Se realizará manejo multidisciplinario. Contemplar:

- La valoración clínica inicial.
- Toma de signos vitales: registro en hoja de Escala de Alerta Precoz (EAP).
- Historia clínica: evaluar específicamente factores de riesgo (maternos y fetales).
- Examen físico: incluyendo evaluación respiratoria y saturación de oxígeno.
- RT-PCR COVID-19: mediante hisopado nasofaríngeo (donde esté disponible).
- Exámenes de laboratorio: Hemograma, PCR, función renal y hepática, LDH, pruebas de coagulación, tipificación, Na, K, Ca, Mg, proteínas totales, otros como Dímero D, Ferritina y Procalcitonina según criterio médico.
- Radiografía de Tórax o TAC de tórax: si hay indicación clínica. Se actuará como en los demás adultos, pero utilizando las medidas habituales de protección fetal (delantal abdominal).
- Evaluación Feto-Placentaria: Auscultación de la Frecuencia Cardíaca Fetal. Solicitar ecografía obstétrica, y si la edad gestacional es >28 semanas adicionar Monitorización (donde esté disponible) mediante Registro Basal No Estresante (cardiotocografía). Se sugiere DOPPLER MATERNO FETAL desde las 26 semanas en toda paciente con COVID19 y post COVID19 donde el DIMERO D se encuentre elevado. Esto debido al riesgo aumentado de trombosis y consecuente insuficiencia placentaria.
- Si Dímero D se encuentra elevado y Doppler materno-fetal inicial normal (con heparina iniciada): repetir Doppler cada 2 semanas hasta la normalización del Dímero D o hasta el nacimiento.
- Según la evaluación en el servicio de Urgencias se decidirá: manejo ambulatorio o internación en el hospital.

### Escenario 1: Se decidió manejo ambulatorio

Las pacientes asintomáticas o con síntomas leves pueden ser manejadas de forma ambulatoria con las siguientes recomendaciones:

- Aislamiento domiciliario hasta cumplir con los criterios de fin de aislamiento.
- Hidratación abundante.
- Tratamiento sintomático con Paracetamol (dosis máxima de 1 g c/8 horas vía oral).
- Si se realizó RT-PCR para SARS-CoV-2 y el resultado es negativo: se repetirá a las 72 horas (de forma ambulatoria) en casos de alta sospecha de COVID-19.
- Control cada 3 semanas para biometría fetal. Se debe indicar Doppler de la arteria umbilical si se detecta Restricción del Crecimiento Fetal o en presencia de DIMERO D elevado. En lo posible: se citará en la última hora del día o del turno.

- Orientación en síntomas de alarma para volver a consultar: fiebre persistente o que reaparece después de la semana de los síntomas iniciales, tos persistente, dificultad respiratoria, desaturación, compromiso progresivo del estado general.
- Programar monitoreo vía telefónica para controlar la evolución clínica cada 24 a 48 horas, o según la necesidad que amerite el caso. Registrar los datos de estos controles telefónicos.

## Escenario 2: Se decidió internación en el hospital

Manejo de la embarazada hospitalizada en área destinada para casos de pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19.

Criterios de Internación:

- Dificultad respiratoria.
- Hemoptisis.
- Dolor torácico.
- Signos de deshidratación o hipotensión postural.
- Cuadros gastrointestinales moderados a severos.
- Intolerancia a ingesta líquida.
- Alteración del nivel de conciencia.
- Radiografía o TAC de tórax con imágenes sugerentes de neumonía por SARS-CoV-2.
- Saturación O<sub>2</sub> < 95%.
- Linfopenia.
- Paciente inmunocomprometida o con patología crónica que podría agravarse
- Indicación obstétrica de ingreso
- Sin posibilidad de cuidado, seguimiento o aislamiento correcto en domicilio.
- CURB-65  $\geq$  1 (CURB-65 Evaluación de Gravedad en NAC - Neumonía Adquirida en la Comunidad).

Las embarazadas deben ser manejadas por un equipo multidisciplinario que incluya gineco-obstetra, especialistas en Medicina Interna y/o Enfermedades Respiratorias y/o Infectología. Esto definido según los recursos disponibles y la planificación de cada servicio.

Deben hospitalizarse en áreas destinadas para el manejo de pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19 según la planificación del servicio.

La paciente debe ser aislada en una habitación individual con buena ventilación, o agrupadas con otras pacientes cuando el diagnóstico de COVID-19 se ha confirmado.

## Manejo en casos de embarazadas internadas con síntomas graves

Ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos. Manejo y tratamiento según protocolos de Terapia Intensiva.

Criterios de ingreso a UCI según Quick SOFA score de evaluación de sepsis y ATS/IDSA de evaluación de severidad de NAC.

### Quick SOFA Score

#### Más de 1 criterio de los siguientes:

- Presión arterial sistólica <100 mmHg
- Frecuencia respiratoria > 22 x minuto
- Glasgow <15

### ATS/IDSA Score

NAC severa: 1 criterio mayor ó 3 criterios menores.

#### Criterios de ingreso en UCI: 1 mayor o 3 menores

##### Criterios mayores

- Necesidad de ventilación mecánica invasiva
- Shock con necesidad de vasopresores.

##### Criterios menores

- Frecuencia respiratoria >30
- PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub><250
- Infiltrados multilobares
- Confusión/desorientación
- Uremia (BUN >20mg/DL)
- Leucopenia < 4.000 cél/mm<sup>3</sup>
- Trombocitopenia: plaquetas < 100.000 cél/mm<sup>3</sup>
- Hipotermia /Temperatura central < 36°C
- Hipotensión con necesidad de administración agresiva de fluidos.

### Clasificación de la gravedad

Las pacientes se pueden clasificar según la gravedad de las infecciones respiratorias en casos leves, moderados y severos.

Se utilizarán la escala de gravedad CURB-65 y la escala de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ATS/IDSA, como herramientas de ayuda en la decisión inicial de internación en el hospital y como apoyo al criterio clínico.

Escala de gravedad CURB-65 con puntuación total ≥1	Cada ítem puntúa 1
C	Confusión aguda
U	Urea > 19mg/dl
R	R ≥ 30 RPM
B	Presión sistólica ≤90 mmHg o diastólica ≤60 mmHg
65	Edad ≥ 65 (no aplica en embarazadas)

La identificación temprana de aquellos casos con manifestaciones graves permite la realización de tratamientos de apoyo optimizados de manera inmediata y un ingreso (o derivación), segura y rápida a la unidad de cuidados intermedios o intensivos.

Debe tenerse en cuenta que las pacientes con COVID-19 pueden presentar un rápido deterioro clínico.

**Infección Leve:** Enfermedad no complicada que cursa con síntomas locales en vías respiratorias altas (Tos laríngea, rinorrea). Escala CURB-65=0.

**Infección Moderada:** es la que presenta neumonía leve, confirmada con radiografía/ TAC de Tórax y sin signos de gravedad. SaO<sub>2</sub> aire ambiente >90%. No necesidad de vasopresores ni asistencia ventilatoria. Escala CURB-65 ≤1.

**Infección Grave:** En caso de embarazadas con criterios de infección grave o evolución desfavorable materna de Covid-19 durante la gestación, parto o posparto, la paciente se trasladará de forma consensuada con el equipo multidisciplinario a una unidad de cuidados intensivos.

## Tratamiento farmacológico COVID-19 en embarazadas

Si la paciente cursa con un cuadro grave habrá riesgo tanto para ella como para el feto, por lo tanto, bajo esa perspectiva, las embarazadas son un grupo de pacientes que requiere un enfrentamiento preventivo más acentuado y, si requiere tratamiento, éste se debe administrar.

Hasta la fecha no existe un tratamiento antiviral específico y efectivo comprobado.

Los medicamentos actualmente disponibles podrían utilizarse eventualmente si el equipo de manejo de paciente crítica lo considera necesario y según los protocolos vigentes del MSPyBS, contando con el consentimiento informado de la paciente o, en su defecto, de sus familiares.

Para el tratamiento sintomático se valorará necesidad de soporte respiratorio (si SatO<sub>2</sub> < 92%), aplicación de HBPM con dosis en función del peso materno (durante ingreso y al alta en función de sus factores de riesgo trombótico, y si se encuentra gestante o en puerperio).

La información de drogas en embarazadas se sustenta en estudios observacionales en la mayoría de los casos. A partir de esa información, se debe cotejar el riesgo versus el beneficio.

En caso de pacientes con embarazos menores a 34 semanas que requieran interrupción del embarazo, se debe administrar corticoides para inducción de madurez pulmonar fetal en las mismas dosis y con las mismas indicaciones que en cualquier embarazada en riesgo de parto prematuro.

## Alta hospitalaria (en casos en los que no se produjo el parto)

Se dará de alta a la embarazada con COVID-19 o con sospecha (si no se pudo realizar RT-PCR o el mismo dio resultado negativo) cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Paciente afebril por 48 horas.
- Gasometría normal, sin necesidad de oxígeno adicional.
- Mejoría de síntomas respiratorios y del estado general.
- Exámenes de laboratorio en normalización si estaban previamente alterados (Hemograma, PCR, Hepatograma, LDH, Ferritina, Dímero D).

- Si al ingreso tenía Rx de Tórax/TAC de tórax anormal, controlar que no haya progresión radiográfica.
- Luego de evaluación por especialista en enfermedades respiratorias si existe compromiso pulmonar.

#### **Indicaciones al alta:**

1. Aislamiento domiciliario según protocolo.
2. Indicaciones apropiadas para cada caso.
3. Debe recomendarse deambular, para evitar el riesgo de tromboembolismo venoso.
4. Control mediante consulta telefónica en 48 a 72 horas (o según necesidad).
5. Control cada 3 semanas con biometría fetal y seguimiento según hallazgos.
6. Consulta en Urgencias si aparece agudización o empeoramiento de alguno de los síntomas de infección por COVID-19.
7. Consulta en Urgencias por otra causa obstétrica.
8. La suspensión del aislamiento domiciliario se hará dependiendo de la gravedad del caso, según el protocolo vigente.

## **Manejo del trabajo de parto, el parto y otros procedimientos obstétricos**

Si una paciente que consulta por motivo obstétrico presenta además síntomas de sospecha de COVID-19 (fiebre, tos y dificultad respiratoria, etc.), habrá que proceder con las medidas de aislamiento y procedimientos diagnósticos para la COVID-19 y las medidas de protección correspondientes.

En las gestantes con COVID-19 confirmada, sin criterios de gravedad, con inicio espontáneo del trabajo de parto, o con indicación de finalizar la gestación por causas obstétricas (Rotura Prematura de Membranas, gestación prolongada, sospecha de alteración del bienestar fetal, etc.), la vía del parto dependerá de las condiciones obstétricas y del estado fetal.

**Momento y vía del parto:** la decisión del momento y vía de parto debe ser individualizada, considerando: gravedad del cuadro, comorbilidades existentes, historia obstétrica, edad gestacional y condición fetal.

### **Casos con COVID-19 sin síntomas o con síntomas leves a moderados**

En estos casos, con pacientes estables y buena respuesta al tratamiento (si se instauró alguno) y sin compromiso fetal, el embarazo puede continuar hasta el término. En cuanto a la vía de parto, va a depender del compromiso respiratorio materno y de las condiciones obstétricas, pero en general debe promoverse el parto vaginal.

### **Casos críticos**

En caso de deterioro materno grave el equipo multidisciplinario decidirá la necesidad de finalizar el embarazo. La vía de elección será la cesárea (eventualmente cesárea perimortem). Esta decisión se tomará en función de los riesgos y la gravedad materna. El uso de corticoides no está contraindicado, pero no debería retrasar la interrupción del embarazo.

Para la atención inmediata del recién nacido seguir la Manual de Atención Neonatal 2ª edición.

## Manejo durante el trabajo de parto

Todo el proceso de trabajo de parto y parto, en mujeres con COVID-19 o con sospecha, se realizará en una sala en aislamiento, con la mínima cantidad de personal de salud, y todos los que intervengan deben utilizar equipo de protección individual adecuado según protocolo.

La paciente deberá utilizar mascarilla quirúrgica durante todo el proceso.

Se debe realizar monitorización fetal continua. Se realizará control de signos vitales según hoja de escala de alerta precoz.

La analgesia neuroaxial se podrá realizar según disponibilidad del servicio. La anestesia general debe ser evitada en lo posible.

La atención del parto se realizará en el área donde la paciente se encuentre internada (si existen condiciones) o en un pabellón con sala de partos previamente designado, con el mínimo personal presente, todos ellos con los elementos de protección adecuados.

La recuperación postparto inmediato se realizará en la sala de aislamiento.

El puerperio se realizará en una unidad dispuesta para hospitalización de pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19.

### **Por lo tanto:**

Todo el trabajo del parto y parto vaginal o quirúrgico, o el procedimiento obstétrico que se presente (Ej.: Aspiración Manual Endouterina [AMEU], laparoscopia/laparotomía, etc.) se realizará en una sala de aislamiento o en el quirófano establecido en el protocolo vigente y con la utilización del EPI correspondiente. La colocación del EPI, se realizará fuera de las salas de parto o quirófanos establecidos en un lugar previamente acondicionado.

## Para el parto vaginal

Para la atención del trabajo de parto y parto se deberá utilizar la hoja de alerta precoz y el partograma (si aplica) para control de la evolución del trabajo de parto.

La finalización del evento será determinada de acuerdo a la evolución materno fetal.

Se debe limitar las exploraciones vaginales y las amniotomías.

La analgesia no está contraindicada en gestantes con sospecha o infección confirmada por COVID-19, de preferencia se deberá administrar de forma precoz para minimizar el riesgo de una anestesia general en caso de necesidad de finalización urgente (RCOG).

En una paciente infectada, el momento de mayor riesgo de exposición, de los profesionales al virus, es el relacionado con el contacto directo de gotas provenientes de la vía aérea durante la manipulación de la misma, en la intubación y extubación.

Debería facilitarse que el manejo del trabajo de parto y parto, lo realice el mismo gineco-obstetra u obstetra, para minimizar el riesgo de exposición.

Mientras dure la pandemia solo se permitirá la entrada de un acompañante durante el proceso de trabajo de parto y parto, si el entorno habilitante lo permite.

Los cuidados del Recién Nacido se realizarán en la misma sala donde se atiende el parto.

Se pondrá en conocimiento a la embarazada de los beneficios y riesgos potenciales del contacto piel con piel según la información actualizada. La elección informada será tomada por la misma.

## Para la cesárea

Se tendrá en cuenta las indicaciones obstétricas y fetales habituales. Ante condiciones clínicas maternas desfavorables en cualquier momento del embarazo, trabajo de parto y parto.

Mientras dure la pandemia solo se permitirá la entrada de un acompañante en quirófano, si el entorno habilitante lo permite.

Siempre y cuando sea posible, se realizarán los cuidados del Recién Nacido en la cuna térmica instalada en el quirófano.

## Para otros procedimientos obstétricos

Otras intervenciones quirúrgicas tales como: legrado, laparoscopia, AMEU, se realizarán en el quirófano establecido y con la utilización de EPI correspondiente.

Las muestras de tejidos (placentas, restos ovulares) de las pacientes con infección confirmada o probable, deberán ser consideradas potencialmente infecciosas y trasladadas al laboratorio de Anatomía Patológica con las medidas de protección establecidas.

No se autorizará la entrega de la placenta si la madre la solicitara en este período de pandemia por COVID-19.

# Manejo durante el puerperio

## Manejo posparto

La recuperación posparto o post-anestésica tras cesárea, se realizará en las mismas condiciones de aislamiento y bajo la vigilancia del personal de salud.

## Analgesia

La analgesia posparto de mujeres con COVID-19 se hará de modo similar a cualquier puerpera, de acuerdo al uso habitual del servicio.

Medicamentos paracetamol, AINEs, opioides o tramadol son opciones que pueden valorarse.

## Lactancia materna

Para manejo de la lactancia remitirse al documento de Recomendaciones para la Atención Neonatal durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19, de la Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia (DIRSINA).

## Alta materna

El alta de la madre debe seguir las indicaciones de alta de cualquier persona con COVID-19, considerando que puede transmitir la infección hasta 14 días después de la resolución del cuadro (o 4 semanas tras el inicio de síntomas o PCR negativa). Se mantendrá tratamiento con HBPM (dosis profilácticas).

Entregar por escrito los signos de alarma y las indicaciones de alta, que deberá tener en cuenta para acudir de forma urgente al establecimiento de salud más cercano, así como las fechas, horas, lugar y número telefónico de contacto para los controles.

Orientación/consejería en planificación familiar teniendo en cuenta el post evento obstétrico como actividad principal antes del alta.

## Indicación de mantener hospitalización por causa materna

Si una vez completadas las 48-72 horas de puerperio la paciente tiene indicación de seguir hospitalizada por COVID-19 se mantendrá ingresada en el área correspondiente para su manejo con seguimiento posterior por parte del equipo de Obstetricia como interconsultor, con el fin de minimizar el riesgo de contagio de otras pacientes embarazadas, puérperas y recién nacidos.

## Anticoncepción en tiempos de COVID-19

Hacer los procesos más simples para que las mujeres puedan acceder a los métodos lo más fácilmente posible sin comprometer la seguridad.

Priorizar el acceso a los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARCs), como los implantes anti-conceptivos, los DIU posparto o los inyectables, porque son más efectivos y el acceso a las visitas postparto pueden verse limitadas.

Orientar en el uso correcto y consistente de la anticoncepción de barrera.

Estimular el uso de doble método.

No hay situación o condición alguna en la que la Anticoncepción hormonal de emergencia sea considerada categoría 3 ó 4. Siempre es categoría 1 o 2.

## Métodos anticonceptivos hormonales

- No realizar descansos periódicos, ya que aumenta el riesgo de Trombo Embolismo Venoso (TEV).
- No discontinuar uso de Anticoncepción Hormonal sin consulta con un profesional.
- Consejería sobre riesgo de TEV y sintomatología para detectarla a tiempo.
- Recordar y comunicar que el riesgo de TEV en embarazo y puerperio es mucho mayor que el uso de Anticonceptivos Orales (ACO).
- No iniciar Anticoncepción hormonal en pacientes con DIMERO D elevado hasta su normalización. Sin embargo, si la paciente ya se encuentra usando un Método hormonal, no se aconseja su interrupción independientemente del valor del DIMERO D.
- En caso de optar por un Anticonceptivo hormonal combinado o de monodroga, se sugiere utilizar las que tengan progestágenos con efectos antiandrogénicos o derivados de la espironolactona (drospironona), ya que esto podría tener cierto efecto protector contra las nuevas variantes de COVID, donde las pacientes con estados hiperandrogénicos son más susceptibles de hacer formas graves.
- Insistir con el hábito de ejercicios físicos diarios y alimentación saludable.

## Asintomáticas

Se recomienda la continuación sin modificación de la anticoncepción hormonal en adolescentes infectadas asintomáticas de manejo ambulatorio y sin factores de riesgo.

## Sintomáticas

- **Con sintomatología leve**

Continuar con la Anticoncepción hormonal combinada o cambiar por Anticoncepción solo de gestágenos si hay algún otro factor de riesgo.

- **Con sintomatología respiratoria y/o neumonía**

Retirar Anticoncepción hormonal combinada y administrar Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM) a dosis profilácticas. Si precisa Anticoncepción hormonal cambiar por Anticonceptivos de solo gestágenos y HBPM a dosis profiláctica.

En los casos que se haya retirado o cambiado tratamientos, podrá volverse al tratamiento anterior a la enfermedad, una vez curada la paciente y recuperada la movilidad habitual. Se mantendrá la terapia con HBPM hasta un mínimo de 7 días tras el alta hospitalaria o hasta la movilización completa.

## Consideraciones especiales

### Maduración pulmonar fetal con corticoides

La evidencia actual sugiere que en el contexto de una COVID-19 la administración de corticoesteroides para la maduración pulmonar fetal (betametasona 12 mg / 2 dosis en intervalos de 24 horas), no produce efectos perjudiciales maternos (RCOG). La indicación de su administración no demorará la necesidad de finalización urgente del embarazo por causa materna (ISUOG).

En embarazadas con síntomas leves o asintomáticos se sugiere realizar maduración pulmonar según condición obstétrica pasando la fase viral.

### Cribado en embarazadas

Según el caso, las recomendaciones son las siguientes:

- Ingresos Programados: cesárea programada o inducción programada del trabajo de parto.
- Solicitar RT-PCR de SARS-CoV2 en forma ambulatoria hasta 3 días antes del ingreso (donde esté disponible). Cuando ingrese al hospital, se manejará de acuerdo al resultado del examen.

### Preeclampsia

Los hallazgos de laboratorio para COVID-19 pueden superponerse con los encontrados en el síndrome de HELLP y la preeclampsia con características graves.

Los criterios de diagnóstico para la preeclampsia permanecen sin cambios durante la pandemia, y el manejo debe ser dictado por las pautas establecidas. Sin embargo, es razonable considerar la prueba de PCR para SARS-CoV-2 si un paciente con elevación de las transaminasas y trombocitopenia tiene factores de riesgo adicionales para COVID-19.

## Tromboprofilaxis - prenatal, parto, posparto.

Pautas de tromboprofilaxis en mujeres con infección < 4 semanas del ingreso			
		INGRESO	DOMICILIO
Infección asintomática/leve	Gestante que no requiere ingreso	-----	HBPM profiláctica 10 días
	Gestante ingresada por causa obstétrica	HBPM profiláctica	HBPM profiláctica 10 días
	Puérpera	HBPM profiláctica	HBPM profiláctica 6 semanas postparto
Infección moderada/grave	Gestante <4 factores de riesgo*	HBPM profiláctica	HBPM profiláctica 30 días
	Gestante ≥ 4 factores de riesgo*	HBPM profiláctica	HBPM profiláctica durante gestación y durante 6 semanas postparto
	Puérpera	HBPM dosis ampliada	HBPM profiláctica 6 semanas

\* incluida la infección por Covid-19 como factor de riesgo

Tabla A - **Factores de riesgo trombóticos mayores en el embarazo y puerperio (RCOG 2015).**

- Ingreso hospitalario
- Comorbilidades (Cáncer, Enfermedad cardiaca o pulmonar, Lupus eritematoso sistémico, Enfermedades inflamatorias (intestinal o poliartrópata), Síndrome nefrótico, Diabetes mellitus tipo I con nefropatía, Drepanocitosis)
- Uso de drogas por vía parenteral
- Procedimiento quirúrgico
- Además, en Embarazadas, Síndrome de hiperestimulación ovárica severo (SHO), solo en primer trimestre
- Además, en Puerperio. IMC mayor o igual a 40, Cesárea intraparto, Reingreso hospitalario

Tabla B - Factores de riesgo trombóticos menores en el embarazo y puerperio (RCOG 2015).

- IMC > 30kg/m<sup>2</sup> al inicio de la gestación
- Edad > 35 años
- Paridad >= 3
- Fumadora >10 cigarrillos/día
- Síndrome varicoso grave
- Preeclampsia actual
- Inmovilización >= 3 días
- Historia familiar de ETV por FR no identificable o en relación con estrógenos en familiar de primer grado
- Gestación múltiple
- Infección sistémica
- Viajes de larga duración (>=4 horas)
- Además, en Embarazadas: Técnicas de reproducción asistida (FIV), Deshidratación/Hiperemesis gravídica
- Además, en puerperio: Feto muerto intrauterino, Parto prolongado, Cesárea electiva

### Recomendaciones para la prevención de trombosis.

1. Hidratación adecuada.
2. Fomentar la deambulacion dentro del domicilio.
3. Hacer ejercicios de flexo-extensión y movimientos circulares con los pies varias veces al día.
4. Evitar estancias prolongadas de pie o sentado y evitar cruzar las piernas.
5. Realizar ejercicio suave, como pilates para embarazada o yoga.

Tabla 24 - Atención neonatal durante la emergencia sanitaria por COVID-19

	RN ASINTOMÁTICO		RN SINTOMÁTICO
	MM ASINTOMÁTICA	MM SINTOMÁTICA	MM ASINTOMÁTICA O SINTOMÁTICA
Pinzamiento oportuno	SI	Valorar según la condición clínica del binomio Informar a la madre los beneficios y riesgos para una decisión conjunta	
Apego precoz			
Lactancia en la primera hora			
Vitamina K	SI		
Vacuna contra la hepatitis B	SI		
Baño al nacimiento	NO		
REANIMACIÓN	Según normas del MSPB basadas en la 7ma Edición del Manual PRN con todas las recomendaciones de bioseguridad según nivel de riesgo		
Alojamiento conjunto	SI*	Valorar según la condición clínica del binomio*	
Lactancia materna	Pecho Materno	Valorar según la condición clínica del binomio, valorar el amamantamiento o administración de Leche Materna Extraída de la propia madre (otras opciones leche humana de banco o sucedáneos)	
Test del piecito	SI		
Vacuna BCG			
Tamizaje auditivo			
PCR para SARS COV 2 al nacer y a las 48 hs de vida	SOLO si el test de la madre es positivo	SI	
ALTA	SEGÚN NORMAS DEL MSPBS EN AISLAMIENTO DOMICILIARIO POR 14 DÍAS		CUADRO CLÍNICO SUPERADO 2 RESULTADOS NEGATIVOS SEPARADOS POR 24 HS
CONTROL	DIARIO POR TELÉFONO PRESENCIAL A LAS 48 HS POS ALTA Y A LOS 14 DÍAS DE VIDA		PRESENCIAL A LAS 48 HORAS POS ALTA

\* El recién nacido y la madre pueden permanecer juntos en una sala de aislamiento. Mantener una distancia de 2 metros entre la madre y el RN. La madre debe cubrirse la boca y la nariz con una mascarilla en todo momento y realizar lavado frecuente de manos sobre todo antes y después de tocar al RN ya sea para higienizarlo o alimentarlo. Deberá realizarse higiene y desinfección frecuente de las superficies.

**Para mayor referencia dirigirse al Protocolo para LA ATENCION NEONATAL DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19.**

## Lactancia materna

Si el estado materno y neonatal lo permiten, se recomienda que se promueva la lactancia materna también durante el período de riesgo infeccioso, con medidas estrictas de aislamiento (uso de mascarilla quirúrgica, lavado correcto de manos antes y después del contacto, limpieza de la piel a nivel mamario y de las superficies que puedan estar en contacto).

Una alternativa sería la extracción de leche con un extractor propio o de uso individual con estrictas medidas de higiene. La decisión final sobre el tipo de lactancia deberá consensuarse entre la paciente y los neonatólogos en base a los conocimientos científicos de cada momento y el estado de salud de la madre y el recién nacido.

Si finalmente se decide lactancia artificial, puede mantenerse la producción de leche mediante extracción y rechazo de la misma hasta que la madre este de alta epidemiológico.

En el caso de una puérpera con infección COVID-19 y lactancia establecida, no hay indicación de interrumpir la lactancia, pero sí de aplicar las medidas preventivas de transmisión respiratoria (uso de mascarilla quirúrgica, estrictas medidas de higiene a nivel mamario y de manos).

**Para mayor referencia dirigirse al Protocolo para LA ATENCION NEONATAL DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19.**

## Alternativas diagnósticas de diabetes gestacional en contingencia COVID-19

Las medidas de distanciamiento social exigen el replanteamiento de método de diagnóstico previamente aceptados tales como el Test de tolerancia oral a la glucosa con 75 gramos de glucosa anhidra (TTOG).

El objetivo principal de estas recomendaciones es identificar precozmente el grado de riesgo para el desarrollo de Diabetes Gestacional (CIE 10 O24) durante el embarazo basado en características clínicas preconceptionales.

### Recomendaciones:

1. El diagnóstico de Hiperglucemia en el embarazo, se podrá realizar desde el primer control prenatal, teniendo en cuenta la estratificación de RIESGO que combina factores de riesgo pregestacionales y glucemia venosa plasmática.
2. En caso de que la paciente sea considerada inicialmente de BAJO RIESGO, se deberá realizar una nueva evaluación a la semana 24, cuyo resultado deberá ser evaluado antes de la semana 28.
3. Alternativa diagnóstica al Test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG): proponemos evaluación de glucemia venosa plasmática (GVP) combinada con Hemoglobina glicada (Hbglicada)
  - Glucemia venosa plasmática inferior a 92 mg/dl y Hbglicada inferior a 5.7 %, serán consideradas como normales.
  - Glucemia venosa plasmática superior a 92 mg/dl y/o Hbglicada superior a 5.7%, serán consideradas como Diabetes Gestacional (O24).

**Observación:** Sólo en caso de imposibilidad para realizar estas pruebas, proponemos la toma de muestra de glucemia capilar con la condición de ayuno de 8 (ocho) horas previas.

**Toda gestante con riesgo bajo o alto de diabetes gestacional se deberá realizar:**

- a. Antropometría en cada visita prenatal: control de peso y presión arterial y consignar en la hoja del CLAP.
- b. Recomendación de hábitos saludables:
- c. Solicitar glucemia venosa plasmática en el primer control prenatal: (con 8 horas de ayuno)

## Cómo prevenir la muerte materna durante la pandemia

Tradicionalmente, el retraso en la decisión del paciente de buscar atención en el sistema de salud, retraso en el acceso y retraso en la atención adecuada son determinantes de la muerte materna (Calvello et al. 2015). La pandemia de SARS-CoV-2 tiene el potencial de exacerbar todos estos factores de riesgo, además de contribuir adicionalmente a las muertes por la propia infección viral.

Ante el escenario pandémico, es importante planificar acciones eficaces para reducir las muertes maternas por la infección viral, pero principalmente, dar seguimiento a las estrategias ya implementadas para prevenir la muerte materna no relacionada con Covid-19 (Robertson et al. 2020).

El mantenimiento de la atención prenatal, los exámenes, el control prenatal presencial como mínimo de 4 consultas y los programas de vacunación se vuelven indispensables. La vigilancia de las embarazadas de alto riesgo debería ser aún mayor.

Es fundamental mantener la atención obstétrica apropiada. En presencia de complicaciones obstétricas o trabajo de parto, las embarazadas deben seguir siendo guiadas para buscar atención en los servicios de salud.

El cuidado posparto es otra actividad esencial que no debe ser descuidado, especialmente en situaciones de pacientes de alto riesgo.

Finalmente, también se deben tomar acciones para prevenir la muerte materna por Covid-19, que se pretende lograr con la expansión de las pruebas para Covid-19 en mujeres embarazadas y postparto, así como con el refuerzo de acciones prevención del contagio por SARS-CoV-2 y el correcto manejo de mujeres embarazadas infectadas.

### Recomendación 1

Para la prevención de Covid-19, se deben reforzar los mensajes para que las embarazadas y sus familiares apliquen prácticas de higiene, respeten la distancia y usen una máscara facial en lugares públicos.

### Recomendación 2

Los profesionales de la salud que atienden a mujeres embarazadas deben conocer los síntomas para el diagnóstico precoz de Covid-19. Ante esta sospecha, se recomienda búsqueda sistemática de signos de gravedad mediante el uso de ayudas cognitivas de alerta estandarizadas.

### Recomendación 3

Los profesionales de la salud y los gerentes deben considerar a las mujeres embarazadas y puérperas como grupo de riesgo para el desarrollo de formas graves o mortales de Covid-19, especialmente durante el 3er trimestre de embarazo y en presencia de enfermedades preexistentes.

#### **Recomendación 4**

Para reducir el riesgo de exposición, las mujeres embarazadas de bajo riesgo es importante reforzar algunas consultas con teleconsulta. Las mujeres embarazadas deben recibir orientación clara sobre la secuencia de consultas y adónde ir en caso de emergencia. Las mujeres embarazadas con embarazos de alto riesgo deben realizar consultas presenciales.

#### **Recomendación 5**

En la recepción, antes de ingresar a los establecimientos de salud de todas las mujeres embarazadas deben hacerse triaje para detección de síntomas similares a los de la gripe y contacto previo con un paciente positivo, además de medir su temperatura.

Nota: es importante separar a las embarazadas sintomáticas de las que no presentan síntomas para evitar contagios en la sala de espera

#### **Recomendación 6**

Apuntado al diagnóstico oportuno y la vigilancia y prevención de la mortalidad por Covid-19, el RT-qPCR para la detección de SARS-CoV-2 debe ser solicitada a todas las mujeres embarazadas o en posparto que presenten síntomas similares a los de la gripe, idealmente entre el tercer y séptimo día del inicio de los síntomas.

#### **Recomendación 7**

Apuntado al diagnóstico oportuno y la vigilancia y prevención de la mortalidad por Covid-19, el RT-qPCR para la detección de SARS-CoV-2 para hospitalizaciones electivas, solicite el RT-qPCR 3 días antes.

#### **Recomendación 8**

Mujeres embarazadas o puérperas con síntomas leves, sin signos de gravedad o quienes son contactos asintomáticos deben permanecer aislados y ellos y sus familias deberán ser instruidos sobre las señales de severidad. Las mismas permanecerán al cuidado de USF o Servicio de Salud próximo a su hogar. Se debe crear estrategias de monitoreo remoto cada 24 horas, hasta el décimo día del inicio de los síntomas.

#### **Recomendación 9**

Mujeres embarazadas o puérperas con Covid-19 bajo sospecha o con diagnóstico y que tiene disnea después del suministro de O<sub>2</sub> y síntomas moderados o graves debe ser hospitalizada para el diagnóstico temprano de empeoramiento en hospitales de referencia para Covid-19 u hospitales de maternidad de referencia. Al igual que con los síntomas graves se remitirán a la UCI de referencia para Covid-19.

Mujeres embarazadas o puérperas con formas moderadas o graves de Covid-19 asistida en unidades sin UCI debe tener una transferencia oportuna a centros con este recurso en presencia de baja saturación de O<sub>2</sub> a pesar del suministro de O<sub>2</sub> mediante catéter nasal.

#### **Recomendación 10**

El diagnóstico de Covid-19 no es una indicación de cesárea. La determinación del momento y la vía del parto debe basarse en las condiciones obstétricas, edad gestacional y evaluación individual de la gravedad de la condición materna.

### **Recomendación 11**

Considerando el impacto de los fenómenos tromboembólicos en morbilidad y mortalidad materna, mujeres embarazadas y puérperas con síntomas moderados o enfermedad grave de Covid-19 debe recibir anticoagulación profiláctica.

### **Recomendación 12**

La lactancia debe continuar en mujeres con sospecha o confirmación Covid-19, con el uso de mascarilla y medidas de higiene, siempre que lo desean y son clínicamente estables. Estándares para prevenir el contagio del recién nacido debe mantenerse durante 10 días, a partir del inicio de síntomas o confirmación diagnóstica.

### **Recomendación 13**

El sistema de salud debe garantizar que el suministro y el acceso a los métodos anticonceptivos no se interrumpan durante la pandemia. El uso de los métodos de larga duración debe fomentarse en el momento e iniciarse inmediatamente después del parto.

### **Recomendación 14**

Programas de prevención, diagnóstico y atención sobre Covid-19 debe incluir a los profesionales de la salud que atienden a los pacientes. Transparencia en la divulgación de información, garantizar el equipo de protección personal adecuado y la provisión de cuidados son fundamentales para preservar la salud y el buen rendimiento profesional.



# Anexos

## Anexo 1

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

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

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

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

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

## Categoría A: Prácticas que son claramente útiles y que deben ser promovidas<sup>25</sup>

Prácticas clínicas	Comentarios, evidencia	Fuentes bibliográficas	Recomendaciones
Acompañamiento durante el trabajo de parto, parto y posparto.	La presencia continua de una persona de apoyo durante el trabajo de parto y parto reduce la duración del proceso, la necesidad de cesárea, o parto instrumental y, la necesidad de medicamentos para el dolor, además colabora a que el recién nacido obtenga una puntuación de Apgar 7 a 10 a los 5 minutos. El apoyo intraparto continuo se asoció con mayores beneficios si la persona acompañante no era parte del personal del hospital y si se iniciaba tempranamente. No se presentaron efectos adversos.	Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. Revisión Cochrane en: La Biblioteca Cochrane, February 16, 2011. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202-207.	Permitir y alentar a todas las mujeres, para que si lo desean, cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso, facilitando que el acompañamiento se inicie desde las etapas más tempranas del mismo. Promover una política institucional que permita a la gestante elegir libremente a la persona que la acompañe de forma continuada durante todo el proceso del parto.
Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto.	La restricción severa de líquidos y alimentos a la madre por tiempo prolongado puede producir deshidratación y cetosis, lo que puede prevenirse con una ingesta moderada. No debe limitarse la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto si la mujer lo desea. Esta restricción no tiene utilidad, y genera incomodidad en las mujeres. NOTA: la aspiración de contenido gástrico durante la anestesia general ante una urgencia es un evento muy poco frecuente.	OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577, 2011.	Permitir la ingesta de líquidos azucarados y alimentos livianos en forma moderada. No realizar hidratación intravenosa para todas las mujeres en trabajo de parto normal, ya que limita sus movimientos y comodidad.
Partograma	Un partograma es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Las mediciones relevantes del partograma pueden incluir estadísticas como la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre. El uso del partograma disminuye las intervenciones innecesarias y las complicaciones perinatales, e identifica las desviaciones del progreso del trabajo de parto normal.	Lavender T, Hart A, Smyth RMD. Effect of partograma use on outcomes for women in spontaneous labour at term. Cochrane Data Base of Systematic Reviews 2008. Issue 4. Art. N°: CD005461.DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub2. OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577, 2011. World Health Organization Maternal and Safe Motherhood Programme. World Health Organization partograph in management of labour. Lancet. 1994; 343: 1399-1404.	Utilizar el partograma durante el trabajo de parto.

25 OPS/OMS Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la Mujer y Reproductiva. Guía para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido, focalizada en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577

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

Prácticas clínicas	Comentarios, evidencia	Fuentes bibliográficas	Recomendaciones
<p>Contacto precoz madre recién nacido</p> <p>Piel con piel inmediato, durante toda la primera hora de vida, antes de recibir otros cuidados.</p>	<p>Con más de 50 minutos de contacto piel con piel la probabilidad de lactancia espontánea es 8 veces mayor que si el tiempo es inferior.</p> <p>Los recién nacidos que experimentan el contacto piel con piel sobre su madre mantienen la temperatura hasta un grado por encima, que los colocados en una incubadora o cuna térmica. Además, tienen la glicemia más alta, una mejor saturación de oxígeno, y el ritmo cardíaco y respiratorio más estable y con menos llanto, tanto en intensidad como en duración.</p>	<p>Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida)</p> <p>En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd.</p> <p>Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. <i>Birth</i> 2001; 28: 202-207.</p>	<p>Colocar al recién nacido sobre el vientre materno en contacto piel con piel al nacer.</p> <p>Los únicos procedimientos que se realizarán al recién nacido durante este tiempo de contacto piel con piel, son su identificación y la adjudicación de la puntuación del test de Apgar, siempre que no necesite maniobras de reanimación.</p> <p>También es recomendable en caso de cesáreas, siempre que sea posible, preparar el campo para realizar el contacto precoz.</p> <p>Si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá al padre la posibilidad de que haga el contacto piel con piel con el recién nacido.</p>
<p>Ligadura oportuna de cordón.</p>	<p>El pinzamiento tardío, es decir cuando deja de latir el cordón umbilical incrementa el hematocrito neonatal sin efectos secundarios, disminuyendo la prevalencia de anemia en los primeros meses de vida. Además mejora la oxigenación cerebral en los recién nacidos prematuros durante las primeras 24 horas de vida.</p>	<p>Andersson O, Hellström-Westas L, Andersson D, Domellöf M. Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. <i>BMJ</i>. 2011 Nov 15; 343:d7157. doi: 10.1136/bmj.d7157.</p> <p>McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2008 April 16;(2):CD004074. Organización Panamericana de la Salud: Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. Disponible en: <a href="https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/788/9789275333006.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/788/9789275333006.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a></p> <p>Chaparro CM, Neufeld LM, Tena Alavez G, Eguia-Liz Cedillo R, Dewey KG. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. <i>Lancet</i> 2006; 367: 1997–2004.</p>	<p>Luego del nacimiento, retrasar el clampeo del cordón umbilical hasta que deje de latir.</p> <p>Existen situaciones en las que el clampeo tardío no está indicado:</p> <p>RN que necesite intervenciones médicas inmediatas. Madres RH negativas con prueba de Coombs indirecta positiva.</p> <p>Mujeres con VIH.</p> <p>Presencia de circular de cordón con imposibilidad de deslizarla.</p> <p>Gemelos con placenta mono-corial.</p>

Prácticas clínicas	Comentarios, evidencia	Fuentes bibliográficas	Recomendaciones
Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto.	Durante este proceso ocurre el sangrado proveniente del útero, con potencial riesgo de hemorragia para la madre. Esta es una práctica recomendada con el mejor nivel de evidencia y que reduce la hemorragia posparto, importante causa de mortalidad materna en nuestro país.	<p>Cotter A, Ness A, Tolosa J. Administración profiláctica de oxitocina para el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). <a href="https://www.cochrane.org/es/CD001808/PREG_oxitocina-para-prevenir-la-perdida-de-sangre-excesiva-durante-el-alumbramiento">https://www.cochrane.org/es/CD001808/PREG_oxitocina-para-prevenir-la-perdida-de-sangre-excesiva-durante-el-alumbramiento</a></p> <p>Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. España. World Health Organization, Department of Making Pregnancy Safer. WHO Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Department of making pregnancy Safer. Geneva: WHO; 2007.</p>	<p>Administración de 10 UI de oxitocina inmediatamente después de la salida del hombro anterior o luego del nacimiento).</p> <p>La oxitocina se administra por vía intramuscular.</p> <p>No realizar ninguna maniobra (tracción del cordón) hasta el desprendimiento placentario.-</p> <p>El cordón no deberá pinzarse con latido, lo que se estima en unos 3-5 minutos posparto.</p> <p>Masaje del fondo uterino.</p>
Lactancia materna durante la primera hora de vida.	<p>La lactancia materna debe iniciarse durante la primera hora de vida del niño, pues este hecho favorece el mantenimiento posterior del amamantamiento.</p> <p>La estimulación del pezón por la succión incrementa los niveles de oxitocina materna, lo que produce contracciones uterinas y disminuye la pérdida de sangre posparto.</p> <p>La oxitocina favorece las interacciones madre-hijo precoces (apego).</p> <p>Diversos estudios han demostrado la correlación entre la lactancia precoz y la persistencia de la misma a los tres y seis meses.</p> <p>El amamantamiento inmediato y la ingesta de calostro brinda a los recién nacidos una inmunización pasiva importante a la hora de abandonar el medio intrauterino estéril.</p>	<p>Mary Kroegger, Linda J. Smith. Impact of Birthing practices on Breastfeeding. Protecting the mother and baby conyinium. Second ed. Jones and Barlett, 2010. Michel Odent. Birth and Breastfeeding: Rediscovering the Needs of Women During Pregnancy and Childbirth. Clairview Books, 2008.</p> <p>Richard L, Alade M: Effect of Delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet 1990; 336:1105-1107.</p> <p>Nils Berman. Restoring the Original Paradigm for Infant Care and Breastfeeding. Leaven Care and Breastfeeding. Leaven. 2001; 37: 106-107.</p> <p>OPS/OMS. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra, OMS, 1998.</p>	<p>Una vez que nace, si el bebé está vigoroso, secarlo (no secar sus manitos), ligar el cordón una vez que deje de latir.</p> <p>Colocar al bebé sobre el abdomen de la madre, para que pueda reptar hacia el pecho e iniciar la lactancia instintivamente.</p> <p>Cubrirlo con una manta limpia y seca.</p> <p>Debe quedar con la madre durante al menos una hora de manera ininterrumpida.</p>

Prácticas clínicas	Comentarios, evidencia	Fuentes bibliográficas	Recomendaciones
Priorizar la internación conjunta madre-hijo o hija sanas, con la participación de la familia.	<p>Si el recién nacido se encuentra estable debe continuar con su madre hasta su traslado al sector de internación conjunta luego de que se le hayan realizado los procedimientos de rutina recomendados (administración de vitamina K, colirio, examen físico u otros).</p> <p>La interacción precoz y continua en el período crítico que sucede al nacimiento de las personas condiciona pautas de comportamiento recíproco favorables. El RN tiene mecanismos de comunicación esenciales para el establecimiento del necesario vínculo y apego entre padres e hijos.</p>	<p>OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva.</p> <p>Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577. 2011.</p> <p>Dr. Larguía M, Dra. Lomuto C, Lic. González M: Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Unicef. Segunda edición, 2007.</p>	<p>Garantizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El trato respetuoso y amable hacia la madre y su familia y el respeto a su privacidad.</li> <li>- La permanencia de la madre junto a su bebé y a su familia.</li> <li>- La contención emocional de la madre y la comunicación de información sobre el estado de su bebé, de manera precisa y oportuna.</li> </ul>
Ligadura del cordón umbilical	<p>La aplicación de una solución antiséptica como el colorante triple (Tween 80, violeta de genciana y sulfato de noflavina) o alcohol ha resultado efectiva, aunque también puede utilizarse la clorhexidina o yodo-povidona.</p> <p>La limpieza del cordón umbilical con antisépticos puede reducir el riesgo de infección, y la aplicación de clorhexidina al muñón en entornos comunitarios se asocia con una reducción del 27% en la incidencia de onfalitis y reducción del 23% en el riesgo de mortalidad.</p>	<p><a href="http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3">www.thelancet.com</a> Published online May 20, 2014 <a href="http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3">http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3</a></p> <p>Dr. Saleem, S: Application of 4% chlorhexidine solution for cord cleansing after birth reduces neonatal mortality and omphalitis. Evid Based Med 2013;18:e15 doi:10.1136/eb-2012-100752.</p>	<p>Pinzar y cortar el cordón cuando deja de latir utilizando una tijera estéril y de uso exclusivo.</p> <p>Realizar la ligadura a 2 cm de la piel con un clamp umbilical, si se utiliza hilo de algodón realizar doble ligadura con 2 nudos y 2 vueltas seccionando a 1 cm por encima de la ligadura con tijera estéril o bisturí.</p> <p>Verificar la presencia de 2 arterias y 1 vena y seguidamente realizar la asepsia del muñón umbilical con clorhidrato de clorhexidina al 4% y luego cubrirlo con una gasa estéril y seca.</p>
Retrasar el baño del recién nacido.	<p>La superficie de la piel, el vernix caseoso y el líquido amniótico protegen al recién nacido contra la invasión bacteriana al nacimiento.</p>	<p><a href="http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3">www.thelancet.com</a> Published online May 20, 2014 <a href="http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3">http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3</a></p> <p>McCall EM, Alderdice F, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S. Interventions to prevent hypothermia at birth in pre-term and/or low birthweight infants. Cochrane Database of Syst Rev. 2010; Issue 3. Art. No.: CD004210.</p>	<p>Descartar el baño inmediato del recién nacido.</p> <p>Evitar quitar el vernix de la piel.</p> <p>Puede limpiarse al bebé, en caso de estar cubierto de sangre o líquido amniótico con un algodón impregnado con agua estéril y un jabón neutro no antiséptico.</p> <p>En caso de fetidez, sospecha de amnionitis o RN de madres con VIH, higienizar con jabón.</p> <p>Aseo cuidadoso de oídos, narinas y lugares de acumulación de sangre.</p>

## Categoría B: Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y deben ser eliminadas

Prácticas clínicas	Evidencia disponible	Fuentes bibliográficas	Recomendaciones
Posición rutinaria de litotomía con o sin estribos durante el trabajo de parto y parto.	<p>En la posición de litotomía, al tener las piernas colgando sobre los estribos, la mujer pierde la posibilidad de que sus talones ofrezcan un punto de apoyo que permita el trabajo de los músculos abductores para abrir el canal del parto.</p> <p>Esta posición produce además, una presión de la cabeza del feto en el ángulo inferior de la vulva, lo cual favorece los desgarros.</p>	<p>OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva.</p> <p>Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577. 2011.</p>	<p>Facilitar que la gestante pueda deambular libremente de acuerdo a sus necesidades y preferencias, y que adopte la posición que encuentre más cómoda durante el trabajo de parto y parto.</p>
Rasurado del periné.	<p>La evidencia disponible es insuficiente para recomendar el rasurado perineal como método de prevención de infecciones perineales. Su práctica se considera injustificada, debido a que ocasiona (irritación, enrojecimiento, múltiples arañazos superficiales a causa de la maquinilla de afeitar, ardor y picazón de la vulva).</p> <p>En una de las revisiones realizadas se encontró que las mujeres que no habían sido afeitadas tuvieron menos colonización bacteriana Gram-negativas en comparación con las mujeres que se habían rasurado.</p>	<p>Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7076285/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7076285/</a></p> <p>Department of Reproductive Health and Research, WHO (1999). Care in Normal Birth; a practical guide. Geneva: World Health Organization Garforth S, García J. Hospital admission practices. In: Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC (eds.) Effective care in Pregnancy and Childbirth. Oxford: Oxford University Press 1989, 820-826.</p>	<p>Evitar la práctica rutinaria del rasurado perineal.</p> <p>Opcionalmente, y si se considera necesario al momento de realizar una sutura, se podrá hacer un rasurado parcial del vello pubiano, o según preferencia de la parturienta.</p>
Enema	<p>Es un procedimiento incómodo para la madre y aumenta injustificadamente el gasto sanitario. Es administrado de acuerdo a las preferencias del profesional que asiste el parto, sin considerar la incomodidad que produce en las mujeres y el incremento de los costos en la atención del parto.</p> <p>No existe al momento evidencia suficiente que apoye su uso rutinario durante el trabajo de parto mejor los resultados maternos y neonatales.</p> <p>No reduce la incidencia de infecciones neonatales o de infecciones de heridas perinatales.</p>	<p>WHO/RHR/HRP/RHL/3/00. Oxford: Update Software. World Health Organization The WHO Reproductive Health Library, Issue 4, 2001. Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley &amp; Sons, Ltd. Cuervo LG, Bernal María del Pilar, and Mendoza Natalia. "Effects of high volume saline enemas vs no enema during labour – The N-Ma Randomised Controlled Trial" Disponible en <a href="https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-6-8">https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-6-8</a></p>	<p>Desaconsejar el enema como rutina.</p> <p>Aplicar opcionalmente, previa información, si la gestante lo desea por algún motivo.</p>

Prácticas clínicas	Evidencia disponible	Fuentes bibliográficas	Recomendaciones
Episiotomía	La tasa de episiotomía ha aumentado en relación con la institucionalización del parto y su medicalización, aún sin evidencia de su efectividad.	<p>OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva.</p> <p>Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577. 2011.</p> <p>Carroli, G; Belizán, J: Episiotomía en el parto vaginal. Revisión Cochrane traducida, en la Biblioteca Cochrane Plus cit. Issue 3</p> <p>Borgatta L, Pliening SL, and Cohen WR. Association of episiotomy and delivery position with deep perineal laceration during spontaneous delivery in nulliparous women. Am J Obstret Gynecolo. 1989; 160 (2) 294-7.</p> <p>Uso Racional de la Episiotomía. Resumen de Evidencias y recomendaciones. Guía de Práctica Clínica. Secretaría de Salud. México, 2009.</p>	<p>No hacer episiotomías de rutina.</p> <p>Suturar los desgarros solo cuando esté indicado.</p> <p>Promover una política de episiotomía selectiva y no sistemática.</p> <p>No suturar los desgarros leves o cortes menores.</p> <p>Mejorar la formación sobre la protección del periné.</p>
Inserción de vía intravenosa profiláctica e infusión intravenosa de rutina a las mujeres embarazadas en trabajo de parto de bajo riesgo.	No existe indicación de colocación en forma rutinaria de venoclisis a las mujeres durante el trabajo de parto de bajo riesgo. Esta práctica no aporta beneficios, sino por el contrario, interfiere en el proceso natural, y limita la posibilidad de caminar o de adoptar posturas libremente.	<p>OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva.</p> <p>Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577. 2011.</p>	Reservar la hidratación parenteral para las gestantes deshidratadas, con vómitos, con conducción anestésica u otras indicaciones precisas que requieran vía endovenosa.
Revisión rutinaria manual del útero después del alumbramiento.	No debe ser realizada de rutina debido a que el riesgo de infección es mayor al beneficio que ofrece.	<p>OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva.</p> <p>Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577. 2011.</p>	Se debe enfatizar sobre la revisión de la placenta y las membranas. Pero, no debe ser de rutina debido a que el riesgo de infección es mayor al beneficio que ofrece.

Prácticas clínicas	Evidencia disponible	Fuentes bibliográficas	Recomendaciones
<p>Práctica de cesárea electiva<sup>26</sup> (cesárea a demanda).</p>	<p>La cesárea es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbilidad materna y fetal mayor que la de un parto normal, así como de secuelas para la madre y el recién nacido.</p> <p>Cesárea a demanda es la realizada por requerimiento, elección o preferencia de la embarazada, programada sin indicación médica.</p> <p>Las tasas de alta natalidad por cesárea pueden asociarse a potenciales complicaciones maternas y neonatales, mayores costos y sobre-medicación de un acontecimiento normal como es el parto.</p>	<p>OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva.</p> <p>Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577. 2011.</p> <p>La FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) concluye que “realizar cesárea por razones no médicas es éticamente injustificado”.</p>	<p>Informar a la mujer y a su familia sobre los riesgos a los que se expone ella y su RN al realizarse una cesárea electiva.</p> <p>Se debe facilitar, salvo excepciones, la posibilidad de un parto vaginal antes que una cesárea.</p> <p>Implementar programas para la racionalización de las tasas de cesáreas y la disminución de su variabilidad no justificada.</p>
<p>Paso de sondas a través de los orificios corporales del recién nacido:</p> <p>No se indica aspiración sistemática de secreciones si el bebé nació vigoroso; tampoco se recomienda como rutina el lavado gástrico, el paso de sonda orogástrica o nasogástrica, así como tampoco la sonda rectal para confirmar permeabilidad de fosas nasales.</p>	<p>No es necesario el paso de ninguna sonda en el periodo posnatal inmediato ni posteriormente, a no ser que haya algún signo clínico que indique o haga sospechar alguna malformación o patología. No se dispone de ninguna prueba de que el paso de sondas o la aspiración de secreciones de forma rutinaria de la orofaringe conlleve ningún beneficio para el recién nacido.</p>	<p>American Academy of Pediatrics. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. 5th edition. 2002. IMPAC Integrated Management of Pregnancy And Childbirth Guía para Obstetras y Médicos, 2000.</p>	<p>Vigilancia por parte de un profesional durante las dos primeras horas de vida para detectar cualquier problema. El paso de sondas en ningún caso podría sustituir a la vigilancia del recién nacido y en algunas ocasiones podría desestabilizarlo. Se debe confirmar de visu en las primeras horas la presencia de ano, y vigilar la eliminación de meconio durante la estancia en la maternidad.</p>

26 Cesárea electiva: toda aquella realizada por razones no médicas

### Categoría C: Prácticas que deben usarse con cautela y con indicaciones médicas precisas

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

## Categoría D: Prácticas que se utilizan frecuentemente en forma inapropiada

Prácticas clínicas	Comentarios, evidencia	Fuentes bibliográficas	Recomendaciones
Control del dolor por analgesia peridural o epidural en forma rutinaria.	La analgesia epidural parece ser el método más eficaz para el alivio del dolor durante el parto. Sin embargo, las mujeres que lo utilizan tienen mayor riesgo de tener un parto instrumental y fracaso de la lactancia materna. Aprovechar los métodos para reducir el dolor durante el trabajo de parto; como el modelo psicoprofláctico, el cambio de posición, los masajes, la relajación, y la analgesia acupuntural.	Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowter CA. Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Data Base Syst. Revisión 2011, Dec. 7; 12:CD009514. Abun-Somuah, M; Howell, C: Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto. Revisión Cochrane traducida, en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 número 4. <a href="https://www.cochrane.org/es/CD000331/PREG_analgesia-epidural-para-el-alivio-del-dolor-en-el-trabajo-de-parto">https://www.cochrane.org/es/CD000331/PREG_analgesia-epidural-para-el-alivio-del-dolor-en-el-trabajo-de-parto</a>	No realizar analgesia de rutina. Informar previamente a las mujeres sobre los diferentes métodos para aliviar el dolor, sus beneficios y potenciales riesgos. Explicarles que el cerebro produce sustancias analgésicas (endorfinas), en un parto fisiológico en condiciones de intimidad. Informar sobre los riesgos y las consecuencias de la analgesia epidural tanto para la madre, como para el bebé. Considerar la aplicación de la citada anestesia sin bloqueo motor. Ofrecerles la elección de uno o varios métodos, si lo desean. Si no desean emplear fármacos se les informará sobre la evidencia de otros métodos alternativos disponibles. Permitir que las mujeres estén acompañadas de manera continuada durante todo el proceso.
Monitoreo fetal electrónico en bajo riesgo.	La evidencia indica que el monitoreo electrónico continuo no disminuyó la mortalidad perinatal, pero aumentó la tasa de cesáreas y de partos instrumentales en relación con la auscultación intermitente.	No existe evidencia disponible que fundamente su utilización. Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor (Cochrane Review). <i>The Cochrane Library</i> , 2, 2001. Oxford: Update Software.	El control de vitalidad fetal en partos de bajo riesgo debe ser realizado a través de la auscultación intermitente con la frecuencia indicada en el partograma. La cardiotocografía externa debe reservarse para embarazos de riesgo alto o para mujeres con progreso anormal del trabajo de parto. Se sugiere monitoreo electrónico de la FCF intraparto en las siguientes situaciones: - trabajo de parto prolongado. - conducción de trabajo de parto (uso de oxitocina). - dificultad de auscultación de foco fetal.
Tactos vaginales en trabajo de parto	La disminución de infecciones se logra realizando el menor número posible de tactos vaginales utilizando los guantes adecuados.	OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577, 2011 <a href="https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP1577.pdf">https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP1577.pdf</a>	Realizar la cantidad de tactos vaginales necesarios para garantizar el buen control de la evolución del trabajo de parto.

Prácticas clínicas	Comentarios, evidencia	Fuentes bibliográficas	Recomendaciones
Movilización rutinaria de la mujer en trabajo de parto a una habitación diferente en el comienzo del segundo periodo.	<p>La asistencia del parto en lugares diferentes según se trate del trabajo de parto, parto o puerperio tiene muchas desventajas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contribuye a aislar a la embarazada de su grupo familiar y de su acompañante.</li> <li>- implica dificultosos e incómodos traslados entre los diferentes sectores involucrados.</li> <li>- exige mayor cantidad de recursos humanos: camilleros, enfermeros y personal de limpieza al no concentrarlos en un solo lugar.</li> <li>- condiciona mayor consumo de ropa, materiales, tareas de limpieza y esterilización.</li> <li>- atemoriza a la futura madre debido a los reiterados cambios y la ambientación hospitalaria.</li> </ul>	<p>OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva.</p> <p>Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577. 2011</p> <p>Dr. Larguía M, Dra. Lomuto C, Lic. González M: Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Unicef. Segunda edición, 2007.</p>	<p>Posibilitar a las mujeres en trabajo de parto, las salas TPR, o TPRP (trabajo de parto, parto, recuperación y puerperio), basándose en que, en el nivel de cuidados básicos, el parto no debe ser considerado como un acto médico quirúrgico, sino como un acontecimiento normal de la especie, el cual admite la presencia de la familia, sin traer riesgos de contaminación, permitiendo el fácil acceso a la tecnología de apoyo en el momento requerido.</p>
Alentar a que la mujer que ha completado la dilatación, pujan, aunque no tenga deseos de hacerlo.		<p>OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva.</p> <p>Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577. 2011.</p>	<p>Esperar a que la mujer tenga deseos de pujar para alentarla.</p>
Parto instrumental de rutina.	<p>El parto instrumental consiste en la utilización del fórceps obstétrico o del vacuum extractor, para provocar el parto de la cabeza fetal.</p> <p>Diferentes componentes de la asistencia al parto han demostrado beneficios en la reducción de partos asistidos, tales como contar con acompañamiento durante todo el proceso de parto o adoptar postura vertical durante el periodo expulsivo.</p>	<p>Johanson RB, Menon V. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). En: The Reproductive Health Library, (10), 2007.</p>	<p>Evitar realizar partos instrumentales salvo indicación por patología y respetar los tiempos de duración del periodo expulsivo.</p>

## Otras recomendaciones que deben ser aplicadas por el personal de salud

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

## Enlaces recomendados

- Every Newborn Series. The Lancet  
<http://www.thelancet.com/series/everynewborn>
- Revisiones sistemáticas. Centro Cochrane Iberoamericano  
<http://es.cochrane.org/es/inicio>
- Biblioteca virtual en salud  
<http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=es>
- Guías clínicas Trip data base  
<http://www.tripdatabase.com/>
- Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia IHAN  
<http://www.ihan.es/ihan/>
- Guía de atención de los niños desde el nacimiento hasta los dos años. UNICEF Sinergias ONG  
<http://www.sinergiasong.org/cajasdeherramientas/mildias/inmediatos.html>
- Organización Panamericana de la Salud  
<http://www.paho.org/hq/?lang=es> <http://www.e-lactancia.org>

## Anexo 2

### Orientación para personas acompañantes

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

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

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

#### Beneficios del acompañamiento basados en evidencia científica:

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

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

## Anexo 3

### Escala de alerta precoz; código rojo

FECHA:	ESCALA DE ALERTA PRECOZ OBSTÉTRICA									
	HORA:									
ASPECTO GRAL	Normal									
	Sudorosa									
	Pálida									
	Cianótica									
	Ictérica									
FRECUENCIA RESPIRATORIA (Respiraciones por minuto)	30 o mas									
	29 a 20									
	19 - 12									
	11 o menos									
SATURACIÓN DE O2 (%)	100 - 92									
	menos de 92									
TEMPERATURA (C°)	40 o mas									
	39 - 38									
	37 - 36									
	35									
FRECUENCIA CARDÍACA (lat x min)	100 o mas									
	99 a 60									
	59 o menos									
PRESIÓN SISTÓLICA (mmHg)	160 o mas									
	159 - 140									
	139 a 90									
	89 a 71									
	70 o menos									
PRESIÓN DIASTÓLICA (mmHg)	110 o mas									
	109 - 90									
	89 a 60									
	59 a 51									
	50 o menos									
RESPUESTA NEUROLÓGICA	Alerta									
	Desorientada									
	Reacciona solo al dolor									
	Inconciente									
ORINÓ EN LAS ÚLTIMAS 6 HRS o >30cc/h	SI									
	NO									
PROTEINURIA (Tira reactiva)	+ /+++									
	+++ o mas									
SANGRADO GENITAL	Abundante									
	Manchado									
	Ausente									
FLUJO GENITAL PURULENTO	Si									
	No									
CEFALEA Y ALT. VISUAL Y/O AUDITIVA	Si									
	No									
CONVULSIONES	Si									
	No									
DOLOR ABDOMINAL	NO									
	SIN IRRITACIÓN PERITONEAL									
	CON IRRITACIÓN PERITONEAL									

Referencia: Guía de Código Rojo Obstétrico Neonatal. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

# Anexo 4

## Escala de alerta precoz neonatal

NOMBRE Y APELLIDO DEL/LA RECIÉN NACIDO:		ESCALA DE ALERTA PRECOZ NEONATAL											
FECHA:	HORA:												
ASPECTO GRAL (coloración)	Rosado												
	Rubicundez												
	Palidez												
	Cianosis generalizada												
	Ictericia antes de las 24 horas o por debajo del ombligo												
FRECUENCIA RESPIRATORIA (Respiraciones por minuto)	40 - 60												
	Más de 60 o menos de 30												
ESFUERZO RESPIRATORIO	Regular												
	Apneas												
	Aleteo nasal												
	Quejido Tiraje subcostal												
SATURACIÓN DE O <sub>2</sub> (%)	Menos de 88% (pretérmino)												
	menos de 90% (término)												
TEMPERATURA (CO)	36,5 - 37,5												
	< 36,5												
	> 37,5												
FRECUENCIA CARDÍACA (lat x min)	100 a 160												
	< 100												
	> 160												
LLENADO CAPILAR	< 2 segundos (buen llenado capilar)												
	> 2 segundos (mal llenado capilar)												
RESPUESTA NEUROLÓGICA	Alerta tranquilo												
	Llora fuerte												
	Irritabilidad												
	Convulsión												
	Hipotonía o hipertonia Letárgico o inconciente												
HÁBITOS FISIOLÓGICOS	Presencia de micción (dentro de las 24 hs de nacimiento)												
	Heces oscuras (dentro de las 48 hs de nacimiento)												
	Orina poco (cambio de pañal menos de 3 veces al día)												
	Ausencia de micción > 24 hs y de deposición > 48 hs Chorro de orina débil												
GLICEMIA (tira reactiva)	45 - 150 mg/dl												
	< 45 mg/dl o > 150 mg/dl												
MANIFESTACIONES DE SANGRADO	Equimosis												
	Petequias												
	Hemorragias												
SIGNOS DE INFECCIÓN	Secreción purulenta conjuntival												
	Ombligo eritematoso que no se extiende a piel												
	Pústulas en la piel pocas o localizadas												
	Placas blanquecinas en la boca												
	Pústulas o vesículas en la piel (muchas o extensas)												
	Supuración de oído Secreción purulenta del ombligo y enrojecimiento que se extiende a la piel												
ALIMENTACIÓN	Se alimenta bien												
	Distensión abdominal												
	Vomita todo												
	No puede alimentarse												
ANTECEDENTES MATERNOS	Infecciones intrauterinas (TORCH)												
	Fiebre materna												
	RPM > 18 hs en RNT > 12 hs en RNPT												
	Madre rH negativa												
CONDICIÓN AL NACER	Trauma o lesiones severas debidas al parto												
	Requirieron maniobras de reanimación												
	Anomalías congénitas mayores												
	Peso < 2000 gr												
	Edad gestacional < 35 sem												
	GEG PEG												

Referencia: Guía de Código Rojo Obstétrico Neonatal. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

## Anexo 5

### Detección de depresión posparto<sup>27</sup>

La Escala de Depresión de Posparto de Edimburgo (EPDS) es una herramienta creada para la identificación de casos en los servicios de atención primaria de la salud. Este instrumento originado en centros de salud de las ciudades escocesas Livingston y Edimburgo, consiste en diez declaraciones cortas. La madre escoge cuál de las cuatro posibles opciones es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las mujeres pueden contestar las preguntas sin dificultad en menos de 5 minutos.

El estudio de validación demostró que los resultados por encima del 92.3% indican una mayor probabilidad de padecer alguna enfermedad depresiva, las cuales pueden ser de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se debe dar más importancia a los resultados de la EPDS, que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La serie indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

### Cuestionario sobre depresión postnatal de Edimburgo (EPDS)<sup>28</sup>

Nombre: ..... Estado civil: .....  
 Escolaridad: Primaria ..... Secundaria ..... Universitaria .....  
 Paridad: ..... En qué trabaja, profesión u oficio: .....  
 Dirección: ..... Teléfono: .....  
 Fecha de nacimiento: ..... Edad: .....  
 Fecha de nacimiento del bebé: ..... Edad gestacional: .....

1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	a) Tanto como siempre b) No tanto ahora c) Mucho menos ahora d) No, nada	
2	He disfrutado de mirar hacia adelante	a) Tanto como siempre b) No tanto ahora c) Mucho menos ahora d) Casi nada	
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	a) No, nunca b) No con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo	
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	a) No, nunca b) Casi nunca c) Sí, a veces d) Sí, con mucha frecuencia	
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	a) No, nunca b) No, no mucho c) Sí, a veces d) Sí, bastante	
6	Las cosas me han estado abrumando	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre. d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	a) No, nunca b) No con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo	
8	Me he sentido triste o desgraciada	a) No, nunca b) No con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo	
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	a) No, nunca b) Solo ocasionalmente c) Sí, bastante a menudo d) Sí, la mayor parte del tiempo	
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	a) No, nunca b) Casi nunca c) A veces d) Sí, bastante a menudo	

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

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

**Instrucciones de uso:**

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

**Pautas para la evaluación:**

A las categorías de las respuestas se les otorga puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0).

Se suman todos los puntos para obtener una puntuación total. Un total de 10 o más muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier valor que no sea "0" en la respuesta de la pregunta 10, indica la necesidad de realizar evaluaciones adicionales a la brevedad. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Antes de decidir el tipo de tratamiento recomendado se deben llevar a cabo otra clase de estudios.

## Anexo 6

### Tipos de Insulina recomendados durante el embarazo

Tipos de Insulina	Inicio de acción	Duración	Dosis inicial recomendada por vía subcutánea
<b>Insulinas de acción Lenta o Basales</b>			
Análogos de Insulina Lenta (Detemir)	1-3 horas	16-20 horas	0.1-0.2 UI por kilo de peso/día
Insulina Humana Intermedia (NPH)	30-40 minutos	10-12 horas	0.1-0.2 UI por kilo de peso/día
<b>Insulinas de acción Rápida/Ultrarrápida o Bolus</b>			
Análogos de Insulina Ultrarrápida (Aspart/Lispro)	5-15 minutos	2-4 horas	Pauta individualizada, según necesidad de corrección o bien fija 0.1 UI por kilo de peso/día, dividida en las comidas principales.
Insulina Humana Rápida (Cristalina)	30-60 minutos	6-8 horas	Pauta individualizada, según necesidad de corrección o bien fija 0.1 UI por kilo de peso/día dividida en las comidas principales.

### Pauta de corrección por Vía Subcutánea con Insulina Cristalina/Rápida o con Análogos de Insulina Ultrarrápida en caso de necesidad durante Maduración Pulmonar.

Glucometría Capilar	Corrección con Insulina Cristalina/Rápida	Corrección con Análogos de Insulina Ultrarrápida (Insulina Aspart o Lispro).
Glucemia capilar (GC) PRE Prandial	Si GC 95-110: 2 UI 111-130: 4 UI 131-150: 6 UI 151-180: 8 UI.	Si GC 95-110: 2 UI 111-130: 3-4 UI 131-150: 5-6 UI 151-180: 7-8 UI
Glucemia capilar (GC) 1 hora POST Prandial	Si GC 141-160: 2 UI 161-180: 4 UI 181-200: 6 UI ≥ 201: 8 UI.	Si GC 141-160: 2-3 UI 161-180: 4-5 UI 181-200: 6-7 UI ≥ 201: 8 UI.

Referencia: Programa Nacional de Diabetes. 2020. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

## Anexo 7

### Recomendaciones para el control prenatal en pacientes con bajo riesgo y sin complicaciones, durante la pandemia por COVID-19.

EDAD GESTACIONAL	CONSULTA OBSTETRICA	ECOGRAFIA	ANALISIS/ESTUDIOS/OTROS
antes de las 12 semanas	Tamizaje de riesgo. Tamizaje de diabetes y preeclampsia. Control. Examen físico	Viabilidad. Marcadores. Doppler uterinas. (según disponibilidad del servicio)	Rutina completa. PAP. Vacunación (Anti-influenza). Chagas si no hay test rápidos
entre las 22 y 26 semanas	Tamizaje de riesgo. Control. TTGO	Morfológica del segundo trimestre. (según disponibilidad del servicio)	Vacunación. Orina simple
entre las 27 y 32 semanas	Tamizaje de riesgo. Control.	No necesaria	Rutina completa. PAP. Vacunación (Td, Tdpa)
entre las 36 y 38 semanas	Tamizaje de riesgo. Control.	Crecimiento fetal	Rutina completa. SGB. Presentación fetal

**Preconcepcional:** (Teleconsulta) (Historia, análisis)

**Semana 16:** Control (Teleconsulta)

**Semana 34:** Control (Teleconsulta) Movimientos fetales, Presión Arterial

**Semana 36 al 41:** Presencial. Tamizaje de riesgo. Control. Signos de alarma. Examen Cervical (TV). MFNS. RT PCR SARS-CoV2.

---

**Observación:** los controles por teleconsulta se podrán realizar según la disponibilidad de cada servicio.

---

#### Atención para el cuidado prenatal de las gestantes con alto riesgo obstétrico.

Se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y que, a criterio obstétrico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto.

Referencia: Programa Nacional de Diabetes. 2020. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

## Anexo 8

### Aspectos jurídicos

#### Derecho a la vida

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

#### Calidad de vida

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

#### Derecho a la salud

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

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

El contenido normativo del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, ratificado por Ley 4/92), establece que el derecho a la salud no debe entenderse de manera restringida como el “derecho a estar sano”, sino que incorpora libertades y derechos. Entre las libertades, garantiza el derecho de toda persona a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, el derecho a no padecer injerencias y a no ser sometida a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. Además, figura el derecho relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a los individuos, igualdad de oportunidades para el disfrute del más alto nivel posible de salud.

Por otra parte, interpreta el derecho a la salud con un criterio inclusivo, que: *[...] no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como (...) el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (Comité DESC, 2000: párrafo 11).*

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

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

### Derechos sexuales y reproductivos

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

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

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

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

### Inclusión y no discriminación

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

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

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

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

Cabe destacar que el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), expresa en su artículo 3: *“los pueblos indígenas y tribales deberán gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamen-*

*tales, sin obstáculos ni discriminación. Las disposiciones de este Convenio se aplicarán sin discriminación a los hombres y mujeres de esos pueblos.”*

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

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

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

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

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

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

### **Omisión de auxilio**

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

## Secreto profesional y derecho a la privacidad y confidencialidad

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

1º *El que revelara un secreto ajeno:*

1. *llegado a su conocimiento en su actuación como,*
  - a. *médico, dentista o farmacéutico; (...)*
  - b. *ayudante profesional de los mencionados anteriormente o persona formándose con ellos en la profesión;**o*
2. *respecto del cual le incumbe por ley o en base a una ley una obligación de guardar silencio, será castigado con pena privativa de libertad de hasta un año o con multa.*

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

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

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

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

1. *de acceso restringido cuya divulgación a terceros lesionaría, por sus consecuencias nocivas, intereses legítimos del interesado; o*
2. *respecto de los cuales por ley o en base a una ley, debe guardarse silencio.”*

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

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

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

Todo esto también está contemplado en la Resolución Ministerial S.G. N° 146/2012, *“Por la cual se establece la obligatoriedad de brindar acceso a los servicios de salud a los servicios de salud de calidad y atención sin discriminaciones, con efectivo cumplimiento del deber de confidencialidad y garantía de plena vigencia del secreto profesional en la atención”*

## Derechos laborales de la mujer embarazada

1. Constitución Nacional, art. 89.
2. Código Laboral, arts. 129/136, 153 inciso g, artículo 352 inciso e y artículo 388.

La mujer trabajadora embarazada o que se encuentra amamantando tiene derecho a ser eximida de trabajos insalubres, peligrosos o penosos, a partir de la gestación, cuando exista peligro para la salud de la madre o del niño. Si habitualmente se encuentra empleada en trabajos insalubres, peligrosos o penosos se le debe

asignar tareas compatibles con su estado, a cuyo efecto tiene derecho a ser trasladada de puesto sin reducción de su salario.

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

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

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

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

## Anexo 9

### El prenatal de la pareja

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

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

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

#### Ficha del prenatal de la pareja

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

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** .....

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

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

**ANTECEDENTES DE HIJOS PREVIOS:**

SI  NO  EDAD DEL ULTIMO:.....

**HABITOS TOXICOS:**

FUMA SI  NO

ALCOHOL SI  NO

DROGAS SI  NO

**VACUNACION:**

**Vacuna antitetánica**

Hace menos de 10 años  más de 10 años

1ª dosis / / 2ª dosis / /

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

**Hepatitis B**

Inmunizado  1ª dosis / /

2ª dosis / / 3ª dosis / /

**Fiebre amarilla**

Fecha / /

**Vacuna Triple Viral (sarampión, parotiditis, rubéola)**

Fecha / /

- ORIENTACION SOBRE PREVENCION DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL, VIH, SIDA, SIFILIS, HEPATITIS B, ZIKA
- ORIENTACION SOBRE CONSULTA NUTRICIONAL
- ORIENTACION SOBRE CONSULTA ODONTOLOGICA
- ORIENTACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

## Estudios

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

### CONSULTA DE CONTROL

Fecha:.....

Peso:..... IMC:..... PA:.....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

## Glosario

**Acompañamiento durante el parto:** atención personalizada a la mujer en trabajo de parto por parte de una persona de su confianza y elección.

**Conducir:** acción de guiar las contracciones uterinas a las de un trabajo de parto normal, se propone que sea la propia mujer quien guíe esta acción.

**Parto humanizado/respetado:** es aquel en el que se respetan los deseos y necesidades de la mujer. La propuesta de humanización del parto y el nacimiento se basa en el respeto a los derechos humanos. Busca cambiar la idea de que el embarazo y el parto son una enfermedad y, sobre todo, es un requisito para un parto saludable y una bienvenida amorosa a las nuevas personas que llegan a este mundo. El parto humanizado no va en contra de la tecnología sino de su mal uso.

**Parto intervenido:** cuando se utiliza tecnología u otros recursos como la anestesia o las prácticas de rutina como por ejemplo el goteo.

**Parto natural:** es el que se desarrolla sin la alteración de su fisiología. Es decir, en el cual nada ni nadie interacciona sobre la mujer, como por ejemplo aquel que se da en la mayoría de los mamíferos.

**Parto normal:** son los partos vaginales en los que no se usa fórceps, el parto normal no es igual al parto fisiológico. Se debe tener en cuenta que una actitud o un comportamiento pueden ser considerados "normal" en una cultura y no en otra.

**Parto vaginal:** cuando el niño sale por la vagina, inclusive en los casos de partos con fórceps o ventosas. Es muy común en nuestra sociedad que se lo confunda con el "parto natural".



# Bibliografía

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

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

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

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

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

Basevi V, Lavender T: *Routine perineal shaving on admission in labour* (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.

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

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

Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, *Iniciativa Mejores Nacimientos* N° 7, Ginebra, Update Software Ltd, Oxford, 2004.

Borgatta L, Pliening SL, and Cohen WR: *Association of episiotomy and delivery position with deep perineal laceration during spontaneous delivery in nulliparous women*. Am J. Obstret Gynecolo. 1989; 160 (2) 294-7.

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

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

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

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

Cotter A, Ness A, Tolosa J: *Administración profiláctica de oxitocina para el alumbramiento* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, 9, 2006. Disponible [https://www.cochrane.org/es/CD001808/PREG\\_oxitocina-para-prevenir-la-perdida-de-sangre-excesiva-durante-el-alumbramiento](https://www.cochrane.org/es/CD001808/PREG_oxitocina-para-prevenir-la-perdida-de-sangre-excesiva-durante-el-alumbramiento) Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

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

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

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

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

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

Gupta JK, Hofmeyr GJ: *Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto*. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. <https://www.uv.es/jjsanton/Parto/10Cochrane%20posicionenelexpulsivo.pdf>

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

- Kroegger M, Smith L: *Impact of Birthing practices on Breastfeeding. Protecting the mother and baby continuum*. Second ed. Jones and Barlett, 2010.
- Larguía M, Lomuto C, González M: *Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia*. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Unicef. Segunda edición, 2007.
- Lavender T, Hart A, Smyth RMD: *Effect of partograma use on outcomes for women in spontaneous labour at term*. Cochrane Data Base of Systematic Reviews 2008. Issue 4. Art. N°: CD005461.DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub2.
- McCall EM, Alderdice F, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S: *Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birthweight infants*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010; Issue 3. Art. No.: CD004210.
- McDonald SJ, Middleton P: *Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes*. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2):CD004074.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional. Organización Panamericana de la Salud: *Atención prenatal en atención primaria de la salud. Protocolo 1*. Paraguay, 2010.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Organización Panamericana de la Salud: *Estrategia Nacional de Salud Neonatal 2010 – 2015*. ARTES 13. Paraguay, 2011.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Organización Panamericana de la Salud: *Manual de Atención Neonatal*. Paraguay, 2011.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Organización Panamericana de la Salud: *Manual Clínico para profesionales de la salud. Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*. Paraguay, 2014.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. USAID del pueblo de los Estados Unidos de América. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Organización Panamericana de la Salud: *Norma Nacional de Atención Prenatal*. Paraguay, 2006.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social: *Libreta de la mujer embarazada y del recién nacido*. Paraguay, 2012.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. España, 2007.
- Odent M: *Birth and Breastfeeding: Rediscovering the Needs of Women During Pregnancy and Childbirth*. Clairview Books, 2008.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la mujer y reproductiva: *Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS*. Tercera edición. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577, 2011.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud: *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos. (Integrated Management of Pregnancy And Childbirth, IMPAC)*, 2002.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud: *Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia*. Ginebra, OMS, 1998.
- Organización Panamericana de la Salud: *Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños*.
- Rebecca, M.D; Smyth, S; Alldred, K; Markham, C: *Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo*. Revisión Cochrane traducida, en la Biblioteca Cochrane Plus ct. 2009, N°3. Traducida de The Cochrane Library, 2007. Issue 4. Art CD006167.
- Richard L, Alade M: *Effect of Delivery romm routines on success of first breast-feed*. Lancet 1990; 336:1105-1107.
- Saleem, S: *Application of 4% chlorhexidine solution for cord cleansing after birth reduces neonatal mortality and omphalitis*. Evid Based Med 2013; 18:e15 doi: 10.1136/eb-2012-100752.
- Secretaría de Salud: *Uso Racional de la Episiotomía. Resumen de Evidencias y recomendaciones*. Guía de Práctica Clínica. México, 2009.
- Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowter CA. *Relaxation techniques for pain management in labour*. Cochrane Data Base Syst. Revisión 2011, Dec. 7; 12:CD009514.
- Thacker SB, Stroup D, Chang M: *Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor* (Cochrane Review). The Cochrane Library, 2, 2001. Oxford: Update Software.
- The Lancet. *Supervivencia neonatal. Salud del recién nacido: una clave para la supervivencia infantil*. Serie OPS/FCH/CA/05.7.E. Marzo, 2005.
- The Lancet: *Every newborn series*. Disponible en: <http://www.thelancet.com/series/everynewborn>
- UNICEF Sinergias ONG: *Guía de atención de los niños desde el nacimiento hasta los dos años*.
- Vittorio Basevi V, Lavender T: *Rasurado perineal sistemático en el ingreso en el trabajo*. Revisión de Intervención. Grupo Editorial: Cochrane de Embarazo y Parto. Online Publicado: 23 OCT 2000. Evaluado como hasta a la fecha: 2008.
- World Health Organization: *Maternal and Safe Motherhood Programme*. World Health Organization partograph in management of labour. Lancet. 1994; 343: 1399-1404.

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

DECLARACIÓN DE CONSENSO EN MEDICINA CRÍTICA PARA LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA DEL PACIENTE CON SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA DE COVID-19. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO.AMCI, ACTUALIZACIÓN 17 JULIO 2020.

Gómez-Tabares G1, Barraza-Gerardino M2. COVID-19 y salud reproductiva, REVISTA COLOMBIANA de Endocrinología Diabetes & Metabolismo. Volumen 7, Suplemento 2, junio de 2020. Artículo en revisión.

Alexandre Vivanti, Chistelle Vauloup-Fellous, Sophie Prevot, Veronique Zupan, Cecile Suffee, Jeremy Do Cao, Alexandra Benachi, Daniele DeLuca. Transplacental transmission of SARS-CoV-2 infection. CURRENT STATUS: Under Review. <https://www.researchgate.net/publication/341414417>

Oluş Api, Cihat Sen\*, Marzena Debska, Gabriele Saccone, Francesco D'Antonio, Nicola Volpe, Murat Yayla, Sertac Esin, Sifa Turan, Asim Kurjak and Frank Chervenak. Clinical management of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in pregnancy: recommendations of APM-World Association of Perinatal Medicine. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0265>. Received June 10, 2020; accepted June 11, 2020

Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de covid-19 en Colombia. Ministerio de Salud y Protección social. Bogotá, junio de 2020

Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. Versión 2: 20 de julio, 2020. Gobierno de México.

Balakrishnan Ashokka, FANZCA; May-Han Loh, MMED Anesthesiology; Cher Heng Tan, FRCP; Lin Lin Su, MRCOG; Barnaby Edward Young, MRCP; David Chien Lye, FRCP; Arijit Biswas, FRCOG; Sebastian E. Illanes, MD; Mahesh Choolani, FRCOG. Care of the pregnant woman with coronavirus disease 2019 in labor and delivery: anesthesia, emergency cesarean delivery, differential diagnosis in the acutely ill parturient, care of the newborn, and protection of the healthcare personnel.

*Manual de Recomendações para a Assistência À Gestante e Puerpera frente à Pandemia de Covid-19. Nota Informativa nº 13/2020 - SE/GAB/SE/MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil.*

**Guía Técnica de Manejo Ambulatorio de la Diabetes Gestacional.** Programa Nacional de Diabetes. MSPyBS. Paraguay. Julio 2020

PROTOCOLO: CORONAVIRUS (COVID-19) Y GESTACIÓN PROTOCOLS MEDICINA MATERNOFETAL HOSPITAL CLÍNICA- HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU- UNIVERSITAT DE BARCELONA [www.medicinafetalbarcelona.org](http://www.medicinafetalbarcelona.org) 1/31 **PROTOCOLO: CORONAVIRUS (COVID-19) Y GESTACIÓN (V10 – 5/8/2020)** [www.medicinafetalbarcelona.org](http://www.medicinafetalbarcelona.org).

WHO PANDEMIC <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

Poon, L. C.; Yang, H.; Dumont, S.; Lee, J. C. S.; Copel, J. A.; Danneels, L.; Wright, A.; Costa, F. D. S.; Leung, T. Y.; Zhang, Y.; Chen, D.; Prefumo, F. ISUOG Interim Guidance on Coronavirus Disease 2019 ( COVID -19) during Pregnancy and Puerperium: Information for Healthcare Professionals – an Update. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020, 55 (6), 848–862. <https://doi.org/10.1002/uog.22061>.

WHO <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. minal <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-tecnico/>.

Duran, P.; Berman, S.; Niermeyer, S.; Jaenisch, T.; Forster, T.; Gomez Ponce de Leon, R.; De Mucio, B.; Serruya, S. COVID-19 and Newborn Health: Systematic Review. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2020, 44, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.54>.

Protocolo de atención preconcepcional. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. Año 2014.

M. López, A. Goncé, E. Meler, S. Hernández, T. Cobo, M. Palacio, L. Guirado, P. Ferrer, MD Gómez-Roig, F. Figueras (Medicina Materno Fetal); B. Tena, I. León, A. Caballero, A. Plaza (Anestesiología); Felipe García (Infecciones); MD Salvia, V. Fumadó (Neonatología). Protocolo: Coronavirus (COVID-19) y gestación (V13 8/3/2021). Servei de Medicina Materno-fetal i Servei de Neonatologia. Servei d'Anestesiologia i Reanimació. Secció d'Anestesiologia ICGON-ICNU. Servei de Malalties Infeccioses Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. Fecha del protocolo: 18.3.2020; Actualización: 8.marzo.2021.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19). Embarazo y lactancia. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy-breastfeeding.html>. Abril de 2021.

Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for healthcare professionals. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The Royal College of Midwives. Royal College of Paediatrics and Child Health. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/coronavirus-pregnancy>.

COVID-19 y Embarazo. División de Obstetricia y Ginecología. Departamento de Obstetricia. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2da Actualización: 14 de abril de 2020.

Lineamiento técnico. Abordaje de infección por COVID-19 en el período perinatal de contingencia. Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes". Secretaría de Salud – México. [https://inper.mx/descargas-2019/pdf/LineamientoINPerCOVID19\\_2.pdf](https://inper.mx/descargas-2019/pdf/LineamientoINPerCOVID19_2.pdf)

ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals.

YANG H, WANG C and POON L. C. Novel coronavirus infection and pregnancy. Opinion. Ultrasound Obstet Gynecol 2020. Published online in Wiley Online Library DOI: 10.1002/uog.22006. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32134165/>

Guía provisional de la FIMMF para la Embarazada con Infección por Coronavirus – COVID 19. Fundación Internacional de Medicina Materno Fetal (FIMMF). Bogotá, Colombia. [http://www.ibfan-alc.org/COVID-19/documentos/FIMMF-EMBARAZO\\_COVID-19.pdf](http://www.ibfan-alc.org/COVID-19/documentos/FIMMF-EMBARAZO_COVID-19.pdf)

Boelig RC, Saccone G, Bellussi F, Berghella V, MFM Guidance for COVID-19, American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100106>.

Hollier L. Coronavirus (COVID-19), embarazo y lactancia: un mensaje para los pacientes. Disponible en: <https://www.acog.org>

Boletín FLASOG. Año 3, número 26, abril 2020. Boletín Especial COVID19. Recomendaciones para prevención y tratamiento de COVID-19.

Documento Técnico. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19. Versión de 13 de mayo de 2020. Disponible: <https://www.sehh.es/covid-19/recomendaciones/124012-manejo-de-la-mujer-embarazada-y-el-recien-nacido-con-covid-19>

COVID-19 Anticoncepción & Planificación familiar. Declaración de FIGO - COVID-19 / Anticoncepción / Planificación familiar.

Posicionamiento de la Sociedad Española de Contracepción sobre la atención a la Salud sexual y reproductiva durante el estado de Alarma Sanitaria por la pandemia del COVID-19. 5 de abril 2020.





CON EL APOYO DE:



ISBN: 978-99925-294-2-3



9 789992 529423