

Dirección Nacional de
Maternidad e Infancia

Recomendaciones para la Práctica del **Control preconcepcional, prenatal y puerperal**



Edición 2012

Dirección Nacional de
Maternidad e Infancia

Recomendaciones para la Práctica del
**Control preconcepcional,
prenatal y puerperal**



Edición 2012

AUTORIDADES NACIONALES

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández De Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios

Dr. Máximo Diosque

Subsecretario de Salud Comunitaria

Dr. Guillermo González Prieto

Directora Nacional de Maternidad e Infancia

Dra. Ana María Speranza

Autores

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia

La elaboración de este documento fue coordinada por:

Dr. Ignacio Asprea

Dr. Oscar García

Lic. Obstétrica Carolina Nigri

Área de Ginecología y Obstetricia

Coordinador Médico

Daniel Lipchak, Médico

Coordinadora Obstétrica

Carolina Nigri, Lic. Obstétrica

Equipo

Ignacio Asprea, Médico

Silvana Bermúdez, Lic. Obstétrica

Horacio Crespo, Médico

María Julia Cuetos, Médica

Ingrid Di Marco, Médica

Oscar García, Médico

Graciela López, Lic. Obstétrica

Valeria Peralta, Lic. Obstétrica

Fue discutido, corregido y consensuado con:

- **Área de Nutrición, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación.**
- **Centro Nacional de Genética Médica (ANLIS), Ministerio de Salud de la Nación:** Dra. Rosa Liascovich, Dr. Pablo Barbero, Dr. Boris Groisman, Dra. María Elena Moroni.
- **Universidad de Buenos Aires, Carrera de Licenciatura en Obstetricia.**
Directora: Licenciada Obstétrica Claudia Negri.
- **Federación de Obstétricas de la República Argentina.**
Presidenta: Licenciada Obstétrica María Rodríguez.
- **Asociación de Obstétricas Municipales.**
Presidenta: Licenciada Obstétrica Mirta Rodríguez
- **Consejo Superior del Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires.**
Presidenta: Licenciada Obstétrica Alicia Cillo.

- **Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO)**
Presidente: Dr. Néstor Garello
- **Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia:** Dra. Flavia Raineri, Obst. María J. Farinato, Lic. Obst. Ana María Bonotti.
- **Programa Materno Infantil de la Provincia de Río Negro:** Dra. Alejandra Romero
- **Coordinadora del Comité de Diabetes y Embarazo de la Sociedad Argentina de Diabetes:** Dra. Silvia Gorban de Lapertosa.
- **Hospital Materno Infantil Ramón Sardá:** Dra. Mónica Waisman
- **Sociedad Argentina de Pediatría:** Dra. Vera May

Agradecemos al Programa Nacional de Control de Tabaco del Ministerio de Salud de la Nación, por los aportes relacionados con el consumo de tabaco y exposición al humo de tabaco ambiental. Lic. Mario Virgolini, Dra Paola Morillo.

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia
Subsecretaría de Salud Comunitaria
Ministerio de Salud de la Nación
República Argentina
info@dinami.gov.ar
Primera Edición - Diciembre de 2012
10.000 ejemplares

ÍNDICE DE CONTENIDOS

- 10. Prólogo
- 11. Introducción
- 11. Los usuarios de estas Recomendaciones
- 13. **El control preconcepcional**
- 14. Objetivos
- 14. Introducción
- 15. El asesoramiento preconcepcional
- 16. Hábitos y estilos de vida
 - 16. 1. Actividad física
 - 16. 2. Nutrición
 - 17. 3. Tabaco
 - 18. 4. Consumo del alcohol
 - 18. 5. Consumo de drogas
 - 18. 6. Fármacos
 - 19. 7. Hábitos laborales y ambientales.
- 19. Antecedentes relevantes
- 19. Prevención de infecciones
 - 19. VIH/SIDA
 - 20. Hepatitis B
 - 20. Rubéola
 - 21. Toxoplasmosis
 - 22. Sífilis
 - 22. Enfermedad de Chagas-Mazza
 - 22. Hepatitis C
 - 23. Infecciones bucodentales
- 23. Análisis Bioquímicos
- 23. Vacunación
- 23. Reducción de defectos congénitos
- 24. Enfermedades crónicas
- 25. Examen físico
- 27. **El control prenatal**
- 28. Definición. Características
- 29. Objetivos
- 31. Diez principios de OMS para el cuidado prenatal
- 32. Acciones a implementar
- 32. Enfoque de riesgo perinatal
- 33. Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales
- 33. Identificación de factores de riesgo

- 35. Cronología y desarrollo de actividades en el control prenatal de bajo riesgo
- 37. Actividades específicas.
 - 37. 1. Diagnóstico de embarazo
 - 38. 2. Cálculo de edad gestacional
 - 39. 3. Aplicación de tecnologías apropiadas.
 - 39. 3.1 Gestograma.
 - 40. 3.2 Cinta obstétrica.
 - 41. 3.3 Historia Clínica Perinatal.
 - 45. 3.4 Carné perinatal.
 - 46. 3.5 Fichero cronológico.
 - 46. 4. Evaluación clínica obstétrica.
 - 46. 4.1 Anamnesis.
 - 47. 4.2 Importancia del control de la Tensión Arterial.
 - 49. 4.3 Examen obstétrico: situación, presentación, vitalidad fetal.
 - 50. Maniobras de Leopold para diagnosticar la colocación del feto en el útero.
 - 54. 4.4 Examen ginecológico.
 - 54. 4.4.1 Papanicolaou.
 - 55. 4.4.2 Examen mamario.
 - 55. 4.5 Evaluación nutricional.
 - 59. 4.6 Evaluación odontológica.
 - 60. 5. Detección de Infecciones.
 - 60. 5.1 Detección de infecciones del tracto genital, vaginosis e ITS.
 - 62. 5.2 Detección de infecciones de transmisión vertical.
 - 62. 5.2.1 VIH/SIDA.
 - 64. 5.2.2. Sífilis.
 - 68. 5.2.3 Toxoplasmosis.
 - 71. 5.2.4 Enfermedad de Chagas-Mazza.
 - 74. 5.2.5 Hepatitis en el período perinatal.
 - 76. 5.2.6 Citomegalovirus.
 - 79. 5.3 Enfermedades eruptivas durante el embarazo.
 - 79. 5.3.1 Rubéola.
 - 80. 5.3.2 Varicela.
 - 80. 5.3.3 Sarampión.
 - 81. 5.3.4 Escarlatina.
 - 81. 5.3.5 Parvovirus B19 (Megaloeritema o Quinta Enfermedad).
 - 82. 5.3.6 Virus de Epstein-Barr (Mononucleosis infecciosa).
 - 82. 6. Prevención de la Enfermedad Hemolítica Perinatal (Isoinmunización por RH).
 - 87. 7. Detección de infección urinaria.
 - 89. 8. Detección de diabetes gestacional
 - 91. 9. Detección del Estreptococo. Hemolítico del Grupo B.

- 93. 10. Vacunación en el embarazo.
- 97. 11. Estudios complementarios para evaluar la salud fetal
 - 97. 11.1 Ecografía obstétrica.
 - 98. 11.2 Monitoreo fetal.
- 99. 12. Actividades de educación para la salud.
 - 99. 12.1 Preparación Integral para la Maternidad.
 - 101. 12.2 Recomendaciones nutricionales en el embarazo.
 - 106. 12.3 Promoción de la Lactancia Materna.
 - 107. 12.4 Salud reproductiva y procreación responsable.
 - 108. 12.5 Adicciones y embarazo.
- 113. **El control puerperal**
- 114. Definición. Objetivos.
- 114. Etapas del puerperio
- 115. Puerperio inmediato.
- 120. Puerperio precoz.
- 120. Puerperio alejado.
- 121. Puerperio tardío.
- 121. Patologías puerperales prevalentes.
- 121. Fiebre en el puerperio.
- 121. Endometritis.
- 124. Infección mamaria puerperal.
- 126. Mastitis.
- 128. Absceso
- 131. **Anexos**
- 133. I Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF).
- 133. Ejes conceptuales y principios del modelo MSCF.
- 134. Los 10 pasos hacia una MSCF.
- 137. Actividades para el logro de los objetivos propuestos.
- 144. II Embarazo y Nutrición
- 146. III Gráfica de Alimentación Saludable
- 148. IV Beneficios de la Lactancia Materna
- 153. V Apartado Legal relacionado con la Atención Perinatal
- 153. Ley Nº 25.929 "Derecho de Padres e Hijos durante el nacimiento"
- 155. Ley Nº 25.871 "Derecho a la Salud de la Ley de Migraciones Argentina"
- 156. Ley Nº 26.485 "Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales"
- 158. Bibliografía.

Prólogo

Este documento para el equipo de salud, orienta sobre los mejores cuidados de la mujer que desea lograr un embarazo y de aquella que, ya embarazada, necesita recibir atención profesional, asesoramiento y acceso a los recursos asistenciales a fin de alcanzar el mejor resultado reproductivo posible, para ella y para su descendencia.

Las presentes recomendaciones comenzaron a redactarse en marzo de 2011 y fue elaborada utilizando la mejor bibliografía disponible.

Se inscribe en el marco del derecho de la población a la salud y a beneficiarse de los adelantos científico-técnicos más actualizados. Todas las recomendaciones relativas a los cuidados que se les brindarán durante los contactos con el sistema de salud comprendidos en esta edición privilegian la seguridad de los/as pacientes.

Incorpora la asistencia del proceso reproductivo al paradigma de las “Maternidades Seguras y Centradas en la Familia”.

Se enmarca en el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, de la Mujer y Adolescentes que ordena la tarea de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio a cuyo cumplimiento se comprometió la República Argentina.

INTRODUCCIÓN

En la Argentina, más de 99% de las embarazadas asiste su parto en una institución de salud y son atendidas por personal capacitado. Sin embargo, algo más del 10% de ellas llegan al parto sin haber tenido contacto alguno con el sistema de salud, esto es, sin control prenatal alguno.

De las que se controlan, apenas una cuarta parte (24,3%; Fuente: SIP - 2008), inicia los controles precozmente durante el primer trimestre y menor aún es el número de mujeres en edad fértil que se interesaron en la preparación para emprender el embarazo.

Esta somera descripción refleja la compleja problemática en que se desenvuelven las actividades propias del control prenatal en el contexto amplio del cuidado integral de la salud de la mujer.

Una estrategia organizacional para crear ese contexto es la Regionalización de la Atención Perinatal. Ésta asegura un sistema asistencial coordinado, en un área geográfica determinada, con acuerdos de gestión intra e inter-institucionales, conformando un marco ideal para alcanzar objetivos tales como:

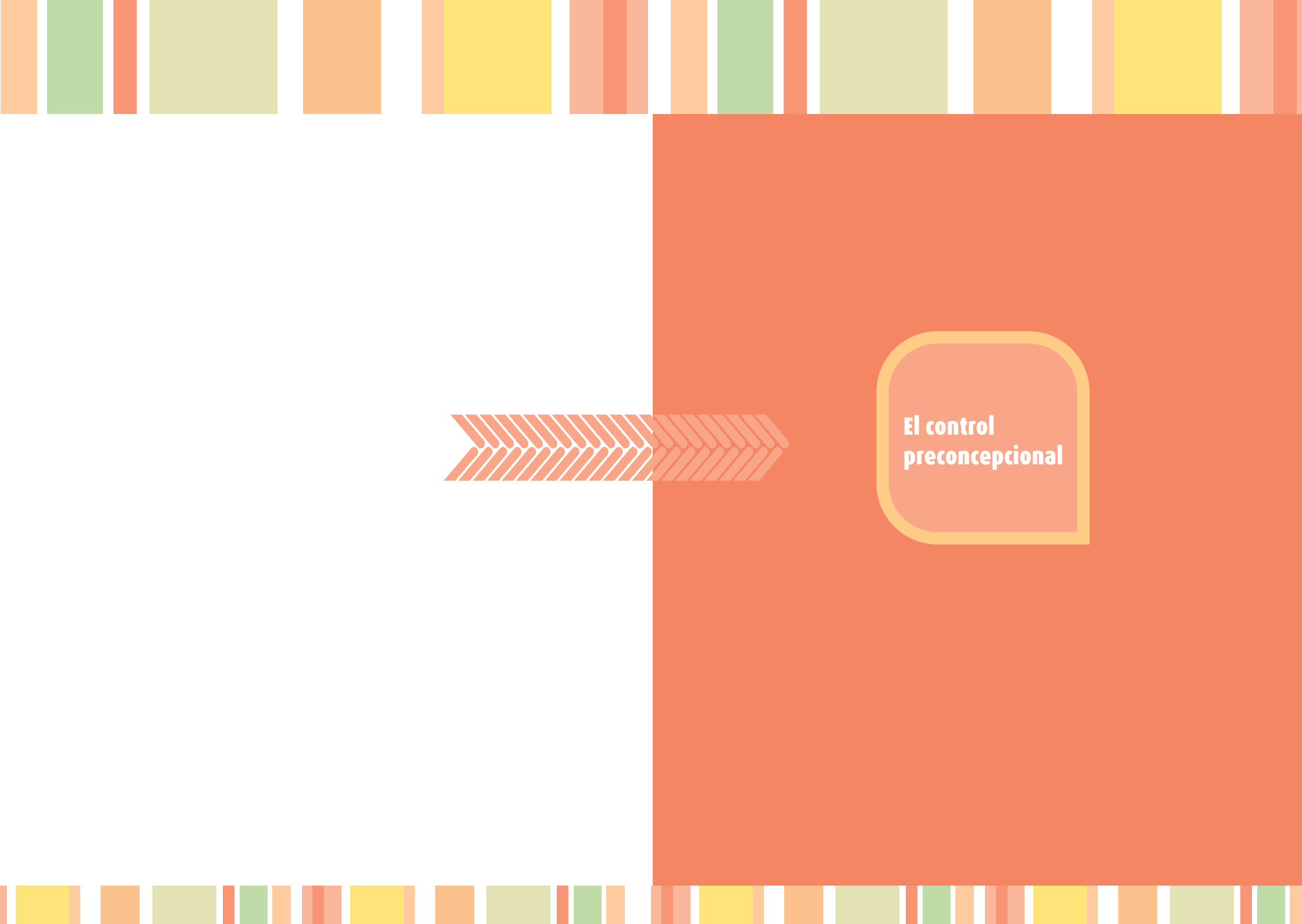
- *Atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos;*
- *Utilización apropiada de la tecnología requerida;*
- *Personal altamente entrenado; y*
- *Costo/efectividad razonable.*

Finalmente, para alcanzar los objetivos del Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, de la Mujer y Adolescentes, el cual ordena la tarea de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, será necesario disponer la capacidad indispensable para asegurar el cuidado de la madre y el recién nacido. En este sentido, contar con una guía basada en las mejores evidencias ayudará al personal a desarrollar las actividades que mejor contribuyan a alcanzar los resultados esperados.

LOS USUARIOS DE ESTAS RECOMENDACIONES

Las presentes recomendaciones están destinadas a los profesionales involucrados en la atención de la embarazada, la puérpera y también de toda mujer que, durante una consulta ginecológica, manifieste encontrarse planificando un futuro embarazo, otorgando a esa consulta la jerarquía de “control preconcepcional”.

En tales términos, son destinatarios de este documento las Licenciadas/os en Obstetricia, Obstétricas/os y los Médicos/as de las siguientes especialidades: Obstetras, Ginecólogos, Generalistas, Médicos de Familia, Enfermeras, Licenciados en Nutrición, Psicólogos, Trabajadores Sociales y todos aquellos con responsabilidad en el planeamiento y conducción de los servicios de maternidad.



**El control
preconcepcional**

El control preconcepcional

Objetivos

Se han elaborado estas recomendaciones para la práctica del cuidado de la salud de la mujer en su etapa preconcepcional, durante el embarazo y el puerperio, unificando criterios y acciones para la promoción, prevención, diagnóstico y referencia oportuna de la paciente al nivel de atención correspondiente.

Este documento debe ser usada en cada provincia, municipio o Institución, tanto pública como privada, para adaptarla a cada realidad local y desarrollar las propias normas de atención. Estará abierta a modificaciones, en la medida que surjan nuevas evidencias científicas.

Introducción

El objetivo del control en la etapa preconcepcional es lograr el mejor estado de salud posible de los futuros padres, a fin de alcanzar el embarazo en las mejores condiciones. Se deberán prevenir, diagnosticar y tratar las afecciones que puedan afectar a la futura gestación, evitándolas o disminuyendo su impacto, en la medida de lo posible.

Las acciones propuestas se basan en la perspectiva de prevención y en la estrategia integral de Atención Primaria de la Salud.

La transmisión de información entre el profesional a los pacientes es clave.

El bienestar de la mujer antes, durante y después de los embarazos, está condicionado en gran medida por su entorno y tiene impacto directo sobre sus hijos. El bienestar con la pareja, con el entorno familiar y social resultan fundamentales para alcanzar los mejores resultados perinatales.

En este contexto, se jerarquiza la etapa reproductiva de la vida de la mujer, tanto para ella misma como para su familia y la sociedad en su conjunto.

Los programas regionales de salud perinatal regionales deben proponerse, entre sus objetivos, mejorar la información y difusión acerca del tema, aumentando la cobertura de controles de mujeres con deseos de embarazo.

La elección del mejor momento para iniciar un embarazo, teniendo en cuenta la importancia del intervalo intergenésico, requieren del intercambio de información que es propio de la consulta preconcepcional.

Es sabida la importancia de las primeras semanas del embarazo. Se trata del período de embriogénesis, del desarrollo de los órganos que sustentarán futuras funciones, del cierre del tubo neural, entre muchas otras adquisiciones. Resulta, pues, fundamental anticipar acciones para transitar esta etapa en las mejores condiciones posibles.

Pese a lo expuesto, la primera consulta no suele ser tan temprana. Lo más frecuente es que los controles se inicien a mediados del 1º trimestre, cuando ya transcurrió la casi totalidad del desarrollo embrionario, perdiéndose así la oportunidad de realizar intervenciones cuya eficacia está sustentada en la mejor evidencia científica disponible.

Los adolescentes constituyen también un grupo etéreo especial que obtendría significativos beneficios con esta modalidad asistencial, ya que el 20% de los embarazos en Argentina ocurre dentro de este grupo.

Estos son solo algunos ejemplos que destacan la importancia del Control Preconcepcional.

El asesoramiento preconcepcional

El equipo de salud con responsabilidad en la atención de la mujer durante esta etapa, debe tener en cuenta los siguientes objetivos y enfocarse en ellos:

- Brindar a cada pareja información sobre Salud Reproductiva de manera clara, para que puedan tomar decisiones adecuadas: planificar el momento, la cantidad de embarazos y el tiempo transcurrido entre éstos, evitando así los intervalos intergenésicos menores a 24 meses.
- Informar acerca de los cuidados que requieren tanto el embarazo como su etapa previa.
- Identificar los factores de riesgo de cada embarazo, incluyendo los antecedentes personales y familiares, así como las conductas poco saludables y los factores ambientales.
- Ayudar a la paciente a reconocer su propio estado de salud previo al embarazo, a realizar cambios en las conductas de riesgo y a llevar a cabo los tratamientos necesarios para lograr un embarazo saludable.
- Identificar a las parejas con riesgo genético aumentado y brindarles información adecuada para que realicen las consultas específicas y tomen decisiones reproductivas adecuadas. (Levitt, 1993).

Esta consejería tiene por objetivo lograr la comunicación y la reflexión necesarias para asumir la responsabilidad de llevar adelante un embarazo y el proyecto de familia esperado. La decisión final será de la pareja adecuadamente informada.

Los cuidados preconcepcionales también incluyen componentes basados en los principios de las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, a saber:

- Respetar la diversidad y las experiencias de las personas.
- Respetar y transmitir los derechos sexuales y reproductivos.
- Tener en cuenta los aspectos: físicos, psicológicos, familiares y socio-económicos.

Hábitos y estilos de vida

1. Actividad física

La realización de ejercicio físico es adecuada y no está contraindicada. Por regla general, el ejercicio y los deportes son saludables, ya que producen bienestar físico y psicológico. El ejercicio aeróbico es conveniente durante la gestación para fortalecer los músculos y activar la circulación venosa. Las actividades físicas recomendadas son: caminatas no extenuantes y ejercicios para fortalecer la musculatura pélvica y dorso lumbar. Todas ellas deberán estar acompañadas por una adecuada hidratación.

2. Nutrición

La futura madre debería conocer su peso habitual y llegar al embarazo con un peso adecuado a su contextura. La sub-nutrición previa al embarazo no corregida, asociada con poca ganancia de peso durante el embarazo, aumenta la morbilidad y la mortalidad neonatal. La desnutrición durante el embarazo se asocia a prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), mortalidad perinatal y defectos del tubo neural.

Por otro lado, la obesidad se asocia con diabetes, hipertensión y macrosomía fetal, la cual también aumenta el riesgo perinatal.

Durante la adolescencia, el problema del déficit de nutrientes adquiere especial importancia pues, en caso de producirse un embarazo, los requerimientos son mayores a los de una mujer adulta.

Es oportuno realizar campañas informativas que prioricen el valor nutricional de la alimentación, previo y durante la gestación, reforzando el uso de alimentos ricos en nutrientes.

La evidencia actual demuestra que más de la mitad de los casos de defectos del tubo neural podrían haber sido evitados si la madre hubiera consumido suficiente Ácido fólico por

lo menos un mes y medio antes del embarazo y hasta cumplidos los primeros 28 días del embarazo.

A nivel individual, se recomienda el uso preconcepcional de:

- A) 0,4 mg/día de Ácido Fólico, para prevenir la ocurrencia de defectos de tubo neural.
- B) 4 mg/día de Ácido Fólico, para prevenir la recurrencia en mujeres con antecedentes de niños con malformaciones del tubo neural.



Tomar Ácido fólico cuando ya se conoce el embarazo, no ayuda a prevenir el defecto del tubo neural.

Debido a la importancia que esta vitamina tiene para el correcto crecimiento del feto, se recomienda la suplementación rutinaria de Ácido fólico oral durante todo el embarazo. En términos poblacionales, la fortificación de alimentos de consumo masivo con Hierro y folatos, como las harinas, ha demostrado ser una intervención nutricional altamente costo-efectiva.

3. Tabaco

El consumo de tabaco materno así como también la exposición al humo de tabaco ambiental, afectan tanto al feto como a la madre. Las mujeres fumadoras tienen mayor riesgo de complicaciones obstétricas (placenta previa, aborto, espontáneo, parto prematuro) y complicaciones del feto y recién nacido (bajo peso al nacer, aumento de la mortalidad perinatal). La buena noticia es que las mujeres que dejan de fumar antes o durante el embarazo, no solo mejoran su salud en general sino que reducen su riesgo de ruptura prematura de membranas, embarazo pretérmino y bajo peso del recién nacido. Por esto, dejar de fumar durante el embarazo es una enorme oportunidad para mejorar la salud de la mujer fumadora.

Estudios en distintos países muestran que, en general, el consumo de tabaco en el embarazo se asocia con algunos factores socio demográficos como: menor nivel socioeconómico, menor educación, ser madre soltera y tener una pareja fumadora. También se observa que existe un sub-registro ya que los médicos no preguntan correctamente (generalmente usan opción sí/no en lugar de opción de respuestas múltiples), las madres “esconden” el consumo y normalmente no se corrobora con laboratorio.

Los profesionales de la salud deben aprovechar cada consulta para averiguar si la mujer fuma o está expuesta al humo de tabaco y para brindar el consejo consistente de que “dejar de fumar es lo mejor que puede hacer por su salud y la de su recién nacido”. Evite dar la opción de “menos de 5 cigarrillos por día está bien” la meta es NINGUN cigarrillo. Si la mujer quiere dejar de fumar, en la web del Programa Nacional de Control del Tabaco hay un listado de

instituciones que brindan tratamiento para dejar de fumar. Además, existe una línea gratuita para dejar de fumar 0800 999 3040 con acceso desde todo el país.

Es importante incorporar el consejo también luego del embarazo ya que se observa que un alto porcentaje de fumadoras que dejó durante el embarazo suele volver a fumar enseguida después del parto. Además, dada la importancia fundamental de la lactancia materna y los beneficios que le aporta al recién nacido, el consumo de tabaco no es una contraindicación para ésta. Existen algunas medidas higiénicas que se pueden tomar para que las mujeres fumadoras puedan amamantar a pesar de no haber dejado de fumar. Estas incluyen dejar pasar media hora desde el último cigarrillo, lavarse bien las manos y colocar un lienzo limpio entre el bebé y la ropa materna.

En la página web del Programa Nacional de Control del Tabaco (http://msal.gov.ar/htm/site_tabaco/pdf/guia-rapida-tabaco-embarazo.pdf) está publicada la Guía de Embarazo, Maternidad y Tabaco: Recomendaciones para el equipo de salud que brinda información adicional para detectar a las embarazadas fumadoras y motivarlas para dejar de fumar.

4. Consumo de alcohol

El consumo excesivo de alcohol antes del embarazo es desaconsejable. Durante la gestación, el alcohol debe evitarse en forma absoluta. Se asocia con muerte intrauterina, restricción en el crecimiento pre y postnatal, bajo peso al nacer, alteraciones del sistema nervioso central y de la conducta. El consumo excesivo de alcohol, en particular en el primer cuatrimestre de la gestación, se asocia con malformaciones fetales. Puede ser responsable de un cuadro de retardo mental, aun en ausencia de malformaciones fetales reconocibles al nacimiento. Las campañas de educación son de extrema importancia, ya que no existe la noción de este riesgo en la población.

5. Consumo de drogas

Cocaína, heroína, metadona, anfetaminas, marihuana, etc. son drogas que se asocian con retardo de crecimiento intrauterino y muerte perinatal. Las mujeres que consumen drogas ilegales deben ser educadas sobre los daños que éstas producen en su descendencia y su propio organismo.

6. Fármacos

El uso habitual de fármacos debe ser evaluado, ya que existen sustancias que deben desaconsejarse por completo en este periodo. Ante la duda sobre el uso o riesgo potencial de un medicamento, puede consultar con la Línea Salud Fetal del servicio de información sobre

agentes teratogénicos del Centro Nacional de Genética Médica www.anlis.gov.ar/inst/Ce-NaGeM/saludfetal/todo.htm.

7. Hábitos laborales y ambientales

La realización de trabajos pesados, la utilización de plaguicidas y solventes orgánicos, y el contacto con material radioactivo deben ser prohibidos durante la gestación.

■ Antecedentes relevantes

- **Familiares:** Enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión o hipotiroidismo, enfermedades hereditarias, cáncer, enfermedades congénitas, retardo mental, recién nacidos muertos (con malformaciones o no), ceguera, sordera, entre otras.
- **Obstétricos:** número de embarazos, duración de los embarazos, vía del parto, abortos, muerte fetal o neonatal, enfermedades congénitas, peso de los recién nacidos.
- **Enfermedades crónicas propias:** hipertensión, diabetes, tiroideopatías, enfermedades del tejido conectivo, renales, respiratorias o infecciones crónicas.
- **Violencia:** se deben pesquisar situaciones de violencia familiar, como factor de riesgo en esta etapa.

■ Prevención de infecciones

VIH/SIDA

Es importante conocer el estado serológico de ambos miembros de la pareja, detectar conductas de riesgo e informar sobre el riesgo de la transmisión vertical. Las mujeres infectadas con el VIH tienen necesidades específicas que deben ser tenidas en cuenta.

Muchas conocen su situación serológica antes de quedar embarazadas. Esto ofrece una oportunidad para abordar situaciones que tienen impacto sobre la futura gestación. Se recomiendan los siguientes temas de asesoramiento preconcepcional en las mujeres VIH positivas:

- **Elegir métodos anticonceptivos apropiados y efectivos** que prevengan la transmisión del VIH a sus parejas sexuales (en caso de parejas sero-discordantes, o sea un miembro seropositivo y otro negativo), protejan a las mujeres de adquirir enfermedades de transmisión sexual e incluso de la posibilidad de adquirir cepas de VIH más virulentas o resistentes (cuando ambos miembros de la pareja sean seropositivos).

- **Transmitir información** sobre factores de riesgo para la transmisión perinatal del VIH, estrategias para disminuir riesgos, potenciales efectos del VIH y su tratamiento sobre el curso y el resultado del embarazo (hiperglucemia, anemia, toxicidad hepática, necesidad de inhibición de la lactancia, entre otras).
- **Brindar información sobre interacción medicamentosa** entre drogas antirretrovirales y anticonceptivos hormonales, que podrían disminuir la eficacia del anticonceptivo o del tratamiento antirretroviral.
- **Aconsejar sobre opciones reproductivas posibles** tales como la inseminación intrauterina o la intravaginal, para prevenir la exposición de una pareja no infectada.
- **En pacientes seropositivas** se informará sobre la importancia de reducir la carga viral para disminuir el riesgo de transmisión vertical y de no discontinuar (o iniciar lo antes posible) el tratamiento antiretroviral manteniendo contactos con el equipo de infectología.

Hepatitis B (HB)

Los factores de riesgo para Hepatitis B son similares a los de VIH/SIDA. El riesgo de transmisión perinatal es alto, principalmente en el momento del parto. Aproximadamente entre el 70% al 80% de los neonatos infectados son portadores crónicos de antígenos HB. Además, la infección fetal se asocia con prematuridad y niños pequeños para su edad gestacional.

Estas razones avalan la importancia de que toda la población, y prioritariamente las mujeres en edad fértil, sean vacunadas contra la Hepatitis B, con 3 dosis de vacuna. Se debe identificar a las mujeres no vacunadas, en especial aquéllas con factores de riesgo, e inmunizarlas aún en el embarazo ya que el tipo de vacuna no lo contraindica.

Rubéola

Alrededor del 15% de todas las mujeres en edad fértil no tienen inmunidad para la rubéola. El ideal es determinar los anticuerpos (IgG específica; niveles ELISA iguales o mayores a 15 UI/ml. se consideran positivos y protectores) en todas las mujeres y vacunar antes de embarazarse a aquéllas susceptibles. En caso de no poder realizar la determinación y no contar con certificado de vacuna, se aconseja vacunar y esperar 30 días para iniciar el embarazo.

A pesar de tratarse de una virosis benigna para la madre, su pasaje transplacentario produce en el feto diferentes formas de embriopatías (presentes en una proporción de los casos que va del 20% al 35%).

Es una infección de alta prevalencia en la edad adulta (entre el 60% y el 80%). Por ello, en la mayoría de las embarazadas en las que se realicen controles serológicos de rutina, las pruebas darán resultado positivo (IgG positivo), reflejo de una afección preexistente al embarazo. No obstante, durante un embarazo, es difícil interpretar los resultados serológicos para diferenciar primoinfección de infección preexistente.

Por ello resulta relevante conocer la situación serológica de la mujer antes del embarazo, destacando así el valor del control preconcepcional.

Se ha comprobado mayor probabilidad de infección en mujeres que están en contacto con niños que usan pañales. La vía de contagio son las manos, al manipular los pañales con orina. Una prevención eficaz es el lavado de manos cada vez que se cambian pañales.

Esta recomendación tiene especial pertinencia para aquellas mujeres que deseen embarazarse y trabajen en guarderías, salas de neonatología o tengan niños pequeños.

Toxoplasmosis

La importancia de conocer el estado serológico de la mujer frente a la Toxoplasmosis antes del embarazo es fundamental, y constituye una de las principales acciones en esta patología. Se debe solicitar dosaje de IgG por técnica de Inmunofluorescencia o ELISA. Una prueba positiva indica inmunidad. Dicho resultado deberá registrarse en la Historia Clínica, informando a la paciente que no será necesario repetir esta prueba en sus futuros embarazos.

En caso de una prueba negativa, se considera susceptible. Entonces deberán explicarse las recomendaciones para evitar el contagio durante el período de búsqueda de embarazo y durante el mismo. Estas son:

- Comer carne bien cocida.
- Evitar comer huevos crudos y leche no pasteurizada
- Lavar bien los vegetales y comer las frutas sin cáscara.
- Evitar el contacto de la piel en forma directa con carne cruda, tierra y hortalizas.
- Utilizar guantes para manipular dichos elementos.
- Evitar el contacto con excreciones de gatos y lavar su lugar de defecación con agua hirviendo.

Sífilis

Como toda enfermedad de transmisión sexual, debe solicitársele la prueba de tamizaje (VDRL) a ella y al compañero sexual.

Otras ETS: Se debe investigar al compañero sexual, igual que en caso de la Sífilis.

Enfermedad de Chagas-Mazza

Conocer su estado serológico, para realizar eventuales controles y tratamiento adecuado.

Hepatitis C

La mujer infectada con el virus de la Hepatitis C frecuentemente estará asintomática, a menos que el progreso de la enfermedad haya afectado la función hepática. Puede sospecharse este problema al detectar elevación de transaminasas. Sin embargo, el examen de elección para el diagnóstico es la determinación de anticuerpos Anti-Hepatitis C. Esta es una prueba altamente sensible y su negatividad descarta la enfermedad.

El consejo reproductivo para la mujer infectada que desee embarazarse deberá incluir:

- **De qué manera el embarazo puede afectar el curso de la enfermedad.** Los estudios preliminares indican que el embarazo no afecta la evolución de la hepatitis C, excepto en mujeres con enfermedad hepática avanzada (mayor riesgo de coagulopatía, trombocitopenia o hipertensión portal).
- **De qué manera esta infección afectará el curso del embarazo.** Se incrementa el riesgo de padecer colestasis del embarazo (complicación frecuentemente benigna, que desaparece de manera rápida y espontánea después del parto).
- **Cómo pueden infectar a su compañero sexual.** La transmisión sexual de la Hepatitis C es poco frecuente en las parejas monógamas. Aunque se ha detectado la presencia de virus en los fluidos genitales femeninos, es rara la transmisión de la mujer a su pareja sexual. No se recomienda el uso de preservativos en estas parejas o en aquéllas interesadas en tener descendencia.
- **Cómo puede reducirse el riesgo de transmisión vertical.** El riesgo de transmisión de la madre al recién nacido se estima en el 6%. Está directamente relacionado con la carga viral materna. El efecto de las variables obstétricas sobre el riesgo de transmisión vertical sigue en estudio, ya que la cesárea no se relaciona con el aumento o la disminución en la transmisión madre-hijo. La Hepatitis C no afecta la decisión para el tipo de parto o vía nacimiento. La lactancia materna tampoco se asocia con la transmisión del VHC; por lo tanto, no debe evitarse.

Infecciones bucodentales

Debe recomendarse realizar un control bucodental previo al embarazo. Si existieran caries u otros procesos infecciosos, debe aconsejarse resolverlos preferentemente antes del embarazo, aunque su resolución durante el mismo no está contraindicada.

Análisis bioquímicos

Conocer algunos parámetros de laboratorio resulta de suma importancia para diagnosticar o prevenir patologías: la evaluación del metabolismo del Hierro, de los Hidratos de Carbono, el funcionamiento renal y hepático, el grupo y factor sanguíneos.

Rutina de laboratorio

Hemograma, Glucemia, Uremia, Creatininemia, Uricemia, Hepatograma, Orina completa.

Vacunación

- Refuerzo de Tétanos y Difteria (Doble Adultos): cada 10 años.
- Rubéola y Paperas (Doble Viral): única dosis, previo estudio serológico negativo. Esperar tres meses antes de buscar un embarazo.
- Hepatitis B: Deberá administrarse a los 11 años de edad, o si presenta factores de riesgo.
- Antigripal si presenta factores de riesgo.

Reducción de defectos congénitos

Los defectos congénitos diagnosticados al nacer muestran una incidencia que oscila entre el 1% al 2%. Si se incluyen malformaciones leves y otras diagnosticadas a lo largo de la vida, esta incidencia aumenta de un 5% a 10%. Este amplio rango depende de la profundidad de los diagnósticos.

Se ha demostrado que las siguientes intervenciones son eficaces para reducir la incidencia de malformaciones:

- Administración de Ácido fólico desde antes de la concepción, hasta la semana 12 de amenorrea.
- Vacunación de todas las mujeres en edad fértil y puérperas que no tengan anticuerpos contra la rubéola, disminuyendo el Síndrome de Rubéola Congénita.

- Asesoramiento e incorporación de programas activos para evitar beber alcohol y consumir drogas, lícitas o ilícitas.
- Información de la edad materna avanzada como principal factor de riesgo demográfico para defectos congénitos. En Argentina, los nacimientos de madres mayores de 40 años representan el 2% del total de nacimientos y dan origen a un tercio de los casos de Síndrome de Down.
- Llevar a toda paciente diabética a niveles de normo glucemia tres meses antes de la concepción.
- Información adecuada a pacientes que reciban drogas con riesgo teratogénico (ácido retinoico, talidomida, anticonvulsivantes, citostáticos –tanto en enfermedades reumáticas como cáncer–, entre otros).

■ Enfermedades crónicas

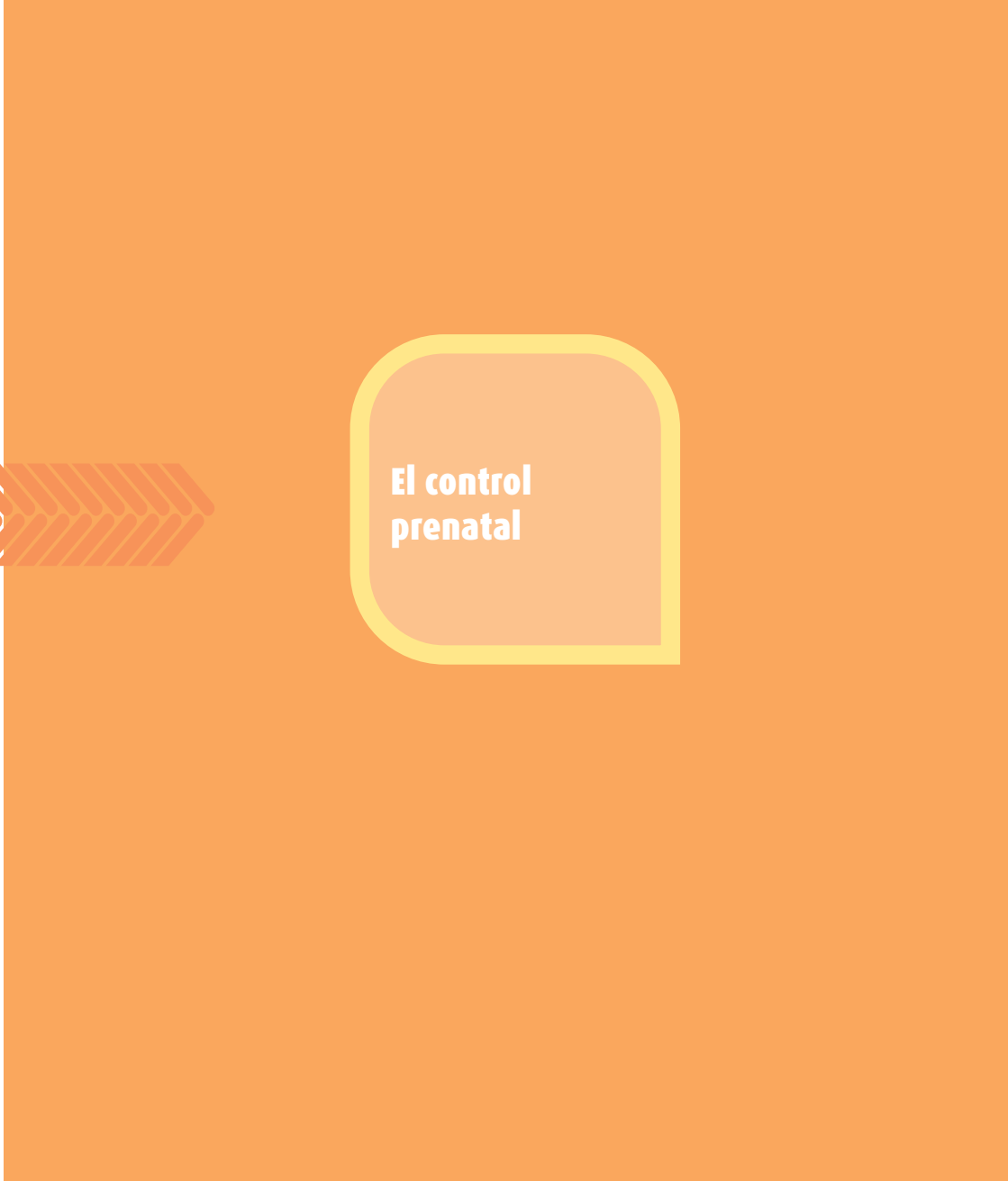
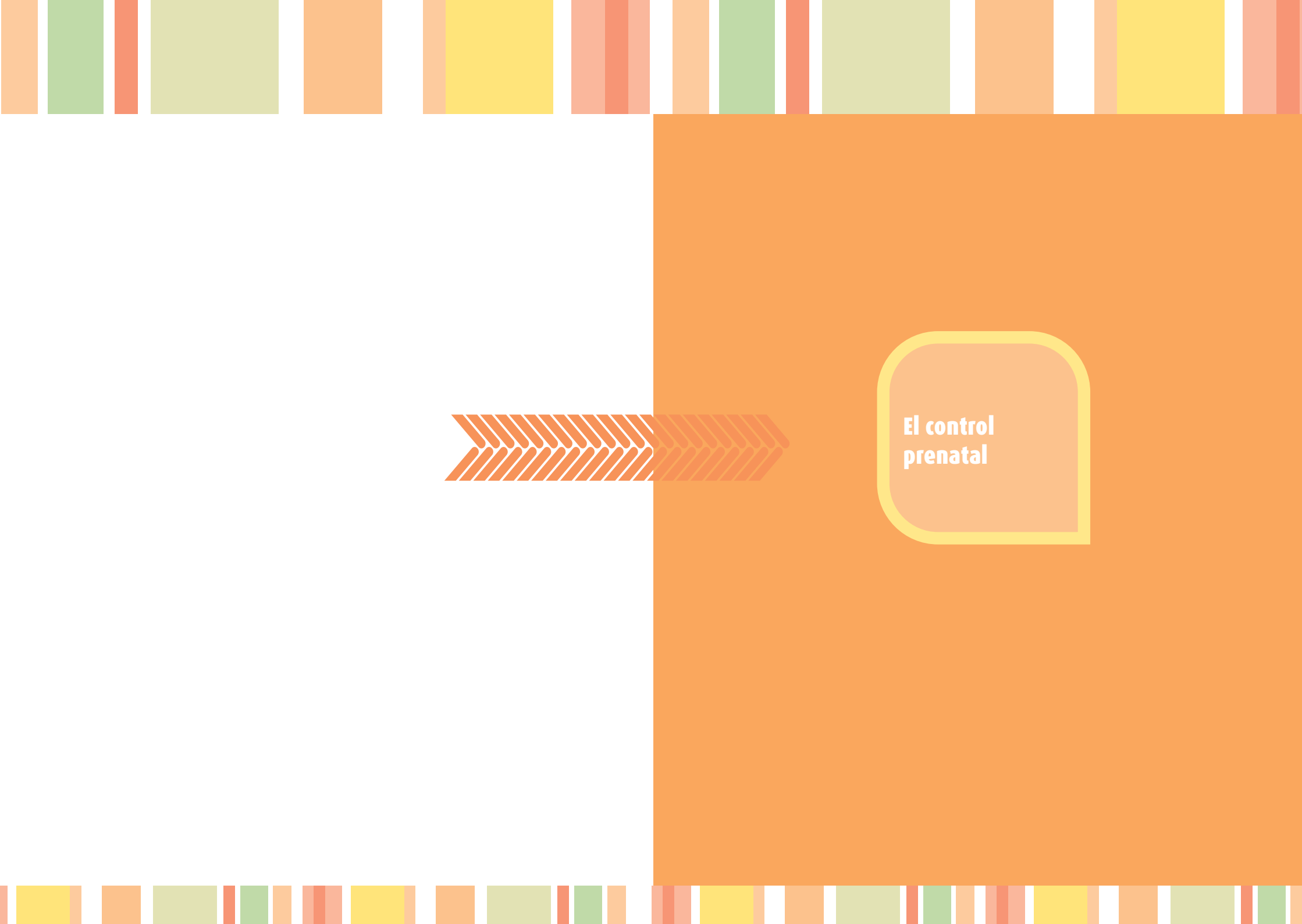
Aproximadamente entre el 15% y el 20% de las madres tienen problemas médicos antes del embarazo que deben ser corregidos o controlados.

- **Hipertensión crónica.** Es una de las complicaciones más frecuentes. Cuando se planea el embarazo, es el momento de modificar el tratamiento para evitar los efectos teratogénicos de algunas drogas.
- **Diabetes mellitus:** La prevalencia estimada es entre 0,5% a 1,5%. Una forma de reducir la incidencia de los defectos congénitos es con un control de los niveles de glucosa antes de la concepción y durante el primer trimestre del embarazo. Para conocer el nivel metabólico es útil determinar el nivel de Hemoglobina glicosilada, ya que si éste es elevado, indica pobre control metabólico y alto riesgo de malformaciones congénitas.
- **Anemia:** La prevalencia de anemia (Hb < 12 g/dl) en mujeres en edad fértil, para el área del Gran Buenos Aires es de 26% y para Tierra del Fuego es de 10%. (MIN-SA/1998) Tratamiento acorde al diagnóstico etiológico tanto por deficiencia de hierro como por falta de ácido fólico (ver asesoramiento genético).
- **Patología uterina:** la pesquisa sistemática del carcinoma cervical se hará por el método de Papanicolau. Las miomatosis importantes, malformaciones uterinas y tumores de ovario deben ser evaluados y eventualmente tratados.
- **Carcinoma de mama:** Se debe realizar un examen clínico de las mamas y enseñar el auto examen mamario, el cual es más difícil de aprender durante el embarazo por las modificaciones que se producen en la glándula. La mamografía como tamizaje no es recomendada antes de los 50 años.

- **Epilepsia:** la medicación anticonvulsivante presenta riesgo teratogénico. Por este motivo, lo conveniente es la evaluación por un médico neurólogo a fin de evaluar la necesidad y tipo de medicamento que la paciente requiera. Debe tenerse en cuenta que este tipo de medicación es empleada frecuentemente también en enfermedades psiquiátricas, por lo cual corresponde igual recomendación.
- **Enfermedades tiroideas:** tanto el hipotiroidismo como el hipertiroidismo deben ser adecuadamente controlados antes del embarazo, dado que pueden afectar su evolución (descompensación de la enfermedad materna, afectación fetal).
- **Otras enfermedades crónicas:** patologías tales como el Lupus eritematoso sistémico, la Dermatomiositis o la Miastenia gravis pueden también modificar su evolución durante el embarazo, así como comprometer gravemente la salud fetal. En estas situaciones es necesario el trabajo interdisciplinario e informar a la futura gestante sobre los cuidados y posibles riesgos asociados.

■ Examen físico

Debe realizarse una evaluación clínica completa que incluye: Examen clínico, peso, talla y examen genito-mamario.



**El control
prenatal**

El control prenatal

Definición

Se entiende por control prenatal, a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Características

- Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

Precoz

La primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

Periódico

La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Para la población de bajo riesgo se requieren 5 controles.

Completo

Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

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.

Objetivos

El Control Prenatal tiene los siguientes objetivos:

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y vitalidad del feto.
- Detectar y tratar enfermedades maternas clínicas y subclínicas.
- Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.

En general, para realizar un control prenatal efectivo no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni un laboratorio sofisticado; pero sí requiere el uso sistemático de una Historia Clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo criterioso de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor al esperado.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciado acorde al riesgo contribuye positivamente a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva.

Objetivos específicos y actividades propuestas para el control prenatal

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES PROPUESTAS
Confirmar el embarazo	Realización de exámenes clínicos y paraclínicos para diagnosticar embarazo
Mejorar la calidad del control prenatal	Utilización de algunas tecnologías apropiadas
Obtener datos para planificar el control prenatal, la atención del parto, el puerperio y el recién nacido	Empleo del Sistema Informático Perinatal
Contar con una hoja de ruta que guíe al prestador para brindar una atención prenatal de calidad	Uso de la Historia Clínica Perinatal
Detectar riesgo en la población	Evaluación del Riesgo Perinatal
Conocer información relevante del embarazo	Anamnesis

Fijar un cronograma que permita planificar las actividades del control prenatal	Determinación de la edad gestacional y fecha probable de parto
Evaluar el estado nutricional materno mediante antropometría	Medición del peso y de la talla materna. Índice de masa corporal (IMC) Cálculo del incremento de peso durante la gestación
Investigar estilos de vida de riesgo	Interrogatorio sobre tabaquismo (activo y pasivo), drogas, alcohol y violencia.
Disminuir el impacto negativo de las infecciones de transmisión vertical	Prevención, detección y tratamiento de las infecciones de transmisión vertical.
Prevenir el tétanos neonatal y puerperal	Vacunación antitetánica.
Detectar posibles procesos sépticos buco dentales	Examen Buco-dental
Detectar posibles alteraciones del pezón, patología inflamatorio o tumoral de la mama	Examen de mamas.
Descartar cáncer de cuello, lesiones precursoras y evaluar la competencia cervical	Examen genital, colpocitología oncológica, colposcopia.
Pesquisar una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal	Determinación del grupo sanguíneo y el factor Rh.
Prevenir, detectar y tratar la anemia materna	Determinar niveles de hemoglobina y tratamiento con hierro y ácido fólico.
Descartar proteinuria, glucosuria y bacteriuria	Examen de orina y urocultivo.
Detectar Diabetes mellitus y gestacional	Determinación de la glucemia y prueba de tolerancia oral a la glucosa.
Brindar contenidos educativo-informativos para el parto y la crianza	Preparación para el parto, asesoramiento en lactancia materna.
Confirmar la existencia de vida fetal	Pesquisar movimientos y Frecuencia Cardíaca Fetal.
Anticipar el diagnóstico y prevenir el parto prematuro	Evaluación del patrón de contractilidad uterina.
Pesquisar alteraciones de la presión arterial	Medición de la presión arterial, identificación de edemas y proteinuria.
Descartar alteraciones del crecimiento fetal	Evaluación del crecimiento por medición de la altura uterina, ganancia de peso materno, ecografía.
Detectar precozmente el embarazo múltiple para prevenir sus complicaciones	Diagnóstico de números de fetos.
Pesquisar presentaciones fetales anormales	Examen de presentación fetal.
Detectar posibles distocias pélvicas	Evaluación de la pelvis.

Diez principios para el cuidado prenatal emitidos por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud

1. Ser no-medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto a partir de la utilización de un conjunto mínimo de intervenciones y aplicando el menor nivel posible de tecnología.
2. Estar basado en el uso de tecnología apropiada. Esto se define como un conjunto de acciones que incluyen métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico y tendientes a reducir el uso de tecnología compleja o sofisticada, cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o mejores.
3. Estar basado en las evidencias, lo que significa ser avalado por la mejor evidencia científica disponible.
4. Estar regionalizado, basado en un sistema eficiente de referencia desde centros del primer nivel de atención hasta niveles de tercer nivel de atención.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como Obstétricas, Obstetras, Neonatólogos, Enfermeras, Educadores, Trabajadores Sociales, etc.
6. Ser integral; es decir, que tenga en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y sus familias, y no solamente un cuidado biológico.
7. Centrado en la familia, dirigido a las necesidades de la mujer, su pareja y su hijo.
8. Ser apropiado, es decir, que tenga en cuenta las diferentes pautas culturales.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Este concepto debe aplicarse tanto en el cuidado del embarazo como en el parto normal.

Acciones a implementar

Enfoque de riesgo perinatal

Para implementar las actividades de normatización del control prenatal dirigido a las mujeres con embarazos de bajo riesgo, es necesario un instrumento que permita identificarlas. Este objetivo se logra al constatar la presencia o ausencia de factores de riesgo.

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho de que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos, dicha probabilidad es mayor que para otros.

Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para las mujeres con bajo riesgo –o baja probabilidad– de presentar un daño, hasta un máximo, sólo necesario para aquéllas con alta probabilidad de sufrir problemas vinculados al proceso reproductivo.

La evaluación del riesgo no es una tarea sencilla. El concepto de riesgo es fundamentalmente probabilístico y la cadena que asocia un factor de riesgo con un daño no siempre está definida.

En algunos, por ej.: el daño muerte fetal, deriva claramente de un factor; en otros, la relación es mucho más difícil de establecer por desconocimiento del factor o factores intervinientes o por dificultad en establecer el peso individual de cada uno de ellos, cuando el problema es multifactorial.

Los primeros sistemas de evaluación de riesgo fueron elaborados sobre la base de la observación y la experiencia de sus autores, y sólo recientemente han sido sometidos a evaluaciones, persistiendo dudas sobre su eficacia como discriminador del mismo. Los sistemas basados en puntajes adolecen todavía de exactitud respecto del valor asignado a cada factor y a las asociaciones de ellos, y hay grandes variaciones de acuerdo a su aplicación a individuos o poblaciones.

Deberían elaborarse en cada lugar, luego de conocer el real peso que tienen localmente los factores.

El uso simple de listados, permite separar a las embarazadas en dos grupos. Existen características cuya presencia en la embarazada la califican de alto riesgo y la excluyen del control prenatal de bajo riesgo. Esto es imprescindible para la toma de decisiones sobre estudios ulteriores, la frecuencia de los controles y la derivación oportuna al nivel de complejidad correspondiente.

Debemos asegurar que todas las instituciones donde se producen nacimientos sean capaces de resolver las emergencias que pueden ocurrir. En más de la mitad de los nacimientos en los que se presenta alguna complicación, no existen factores de riesgo previamente estable-

cidos, por lo que deben asegurarse las **Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE)** propuestas por la Organización Mundial de la Salud.

CONDICIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES ESENCIALES

- Quirúrgica y procedimientos obstétricos: poder realizar cesáreas, reparación de desgarrros vaginales altos, cervicales y rotura uterina, histerectomía, ectópico, fórceps, ventosa, extracción de la placenta, legrado por aborto incompleto.
- Anestésica: general y regional.
- Transfusión de sangre segura: Determinar grupo y factor Rh, prueba cruzada, contar con banco de sangre o reserva renovable.
- Tratamientos médicos para resolver el shock, sepsis, eclampsia.
- Asistencia neonatal inmediata: recepción y reanimación cardiopulmonar, control térmico.
- Evaluación del riesgo materno y neonatal: listado de factores de riesgo obstétricos y neonatales para la derivación al nivel de complejidad adecuado.
- Transporte oportuno al nivel de referencia: teléfono, radio y vehículo permanente.

Identificación de factores de riesgo

Listado de Factores de Riesgo que deben ser evaluados en todas las embarazadas:

Condiciones socio-demográficas

- Edad < de 17 años o > de 35 años.
- Desocupación personal y/o familiar.
- Analfabetismo.
- Desnutrición.
- Obesidad.
- Dependencia de alcohol, drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.
- Tabaquismo.
- Violencia Doméstica

Antecedentes obstétricos

- Muerte perinatal en gestación anterior.
- Antecedente de recién nacido con malformaciones del tubo neural.
- Amenaza de parto prematuro en gestas anteriores.
- Recién nacido con peso al nacer < de 2500 g, igual > a 4000 g.
- Aborto habitual o provocado.
- Cirugía uterina anterior.
- Hipertensión.
- DBT gestacional en embarazos anteriores.
- Nuliparidad o multiparidad.
- Intervalo intergenésico < de 2 años

Patologías del embarazo actual

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

Patologías maternas previas al embarazo

- Cardiopatías.
- Neuropatías.
- Endocrinopatías .
- Hemopatías.
- Hipertensión arterial.
- Epilepsia.
- Enfermedades Infecciosas.

Cronología de actividades para las consultas prenatales de bajo riesgo

Las actividades para el control prenatal deben estar dispuestas en un cronograma elaborado de acuerdo a la oportunidad en que deben ser realizadas a lo largo del embarazo. En cada consulta debe confluir la mayor cantidad de actividades con la finalidad de reducir el número de controles al mínimo útil, siempre que las características del embarazo continúen siendo de bajo riesgo.

CONSULTA	Consulta Preconcep.	Antes de las 20	Entre las 22 y 24	Entre las 27 y 29	Entre las 33 y 35	Entre las 38 y 40
		1ª visita	2ª visita	3ª visita	4ª visita	5ª visita
Cálculo de la Edad Gestacional		•	•	•	•	•
Historia Médica y Evaluación de Riesgo	•	•	•	•	•	•
Examen Clínico completo	•	•				
Peso corporal	•	•	•	•	•	•
Talla	•	•				
Medida de la tensión arterial	•	•	•	•	•	•
Suplementación con hierro y ácido fólico	•	•	•	•	•	•
Examen Ginecológico, Papanicolaou y colposcopia	•					
Detección de ETS y Vaginosis Bacteriana	•	•				
Detección de Sífilis	•	•			•	

CONSULTA	Consulta Preconcep.	Antes de las 20	Entre las 22 y 24	Entre las 27 y 29	Entre las 33 y 35	Entre las 38 y 40
		1ª visita	2ª visita	3ª visita	4ª visita	5ª visita
Detección de VIH con consentimiento informado	•	•			•	
Detección de Hepatitis B	•	•			•	
Detección de Chagas		•			•	
Detección de Toxoplasmosis	•	•			•	
Medida de la altura uterina		•	•	•	•	•
Diagnóstico de vitalidad fetal		•	•	•	•	•
Determinar Grupo y Factor Rh (si no fue determinado en la consulta preconcepcional se reiterará el pedido en la primer consulta prenatal)	•	•				
Aplicación de gamma globulina Anti D (en pacientes Rh no sensibilizadas- recomendación entre las semanas 28 a 32)				•		
Detección de Hemoglobina	•	•		•		
Detección de Glucemia para descartar Diabetes	•	•		•		
Orina completa		•			•	
Cultivo de orina		•			•	
Examen odontológico		•				
Examen mamario	•	•	•	•	•	•
* Vacuna Triple Bacteriana Acelular Vacunación Antitetánica, según calendario de Plan de vacunación. Si no se dispone de toxoide tetánico y recibirá la DT (Difteria-Tétanos), la misma debe ser indicada a partir del segundo trimestre).		•		•		
Vacunación Antigripal (Debe ser indicada en cualquier edad gestacional)		En cualquier				
Estudio ecográfico	•	•			•	
Descartar embarazo múltiple		•				
Preparación Integral para la Maternidad/Paternidad				•	•	•

CONSULTA	Consulta Preconcep.	Antes de las 20	Entre las 22 y 24	Entre las 27 y 29	Entre las 33 y 35	Entre las 38 y 40
		1ª visita	2ª visita	3ª visita	4ª visita	5ª visita
Recomendaciones para la detección de signos de alarma	•	•	•	•	•	•
Asesoramiento en Lactancia Materna	•	•	•	•	•	•
Consejería sobre Métodos Anticonceptivos				•	•	•
Actividades para reducir el tabaquismo	•	•	•	•	•	•
Descartar presentación pelviana						•
Evaluar capacidad pelviana y relación feto-pélvica						•
Detección de Estreptococo Grupo B Agalactiae (se solicita cultivo entre las 35 y 37 semanas de edad gestacional)					•	

* **Vacuna Triple Bacteriana Acelular:** mujeres embarazadas que nunca recibieron dTpa, a partir de las 20 semanas de gestación, independientemente del estado de vacunación antitetánica previa.

■ Actividades específicas

1 DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO

El diagnóstico de embarazo se basará en los clásicos signos de presunción, probabilidad y certeza.

Signos de presunción

- Estos signos son inconstantes, variables, pueden faltar o ser muy atenuados. Aparecen al final de la 4ª semana de embarazo y desaparecen alrededor de la 18ª semana. Se trata de manifestaciones subjetivas y objetivas: sialorrea, vómitos, modificaciones del apetito y del gusto, aversión a ciertos olores, irritabilidad, preocupación, tristeza, ciclos alternados de alegría y melancolía, mareos, lipotimias, somnolencia, desgano, polaquiuria, modificaciones en las mamas (turgencia), etc.

Signos de probabilidad

- Amenorrea: ante cualquier mujer en edad fértil, sana y con períodos regulares que presente un atraso en la aparición de la menstruación, debe pensar que esta embarazada. Es un hecho importante que orienta en la mayoría de los casos hacia el diagnóstico, pero con la condición de que los ciclos hayan sido antes normales, es decir, con sus características habituales de periodicidad, duración y aspecto.
- Modificaciones Uterinas: el tacto por vía vaginal combinado con la palpación externa permite reconocer los signos mas seguros. La forma del útero se hace mas globulosa, los fondos de sacos vaginales se hacen convexos (signo de Noble- Budin) y su consistencia disminuye (reblandecimiento).

Signos de certeza

- Detección de Sub-unidad Beta de la HCG (Gonadotropina Coriónica Humana): es detectable aún antes de la nidación y es exclusivamente producida por el sinciotrofoblasto, con lo que evitan reacciones cruzadas con otras hormonas. Constituye el método de diagnóstico más precoz y sensible.
- Visualización fetal: la ecografía transvaginal permite diagnosticar el embarazo a la 4ª semana de la fecha de la última menstruación, visualizándose el saco gestacional, a la 5ª semana el embrión y a la 6ª semana la actividad cardíaca.
- Palpación abdominal: en la segunda mitad de la gestación la palpación del abdomen permitirá reconocer el tamaño, consistencia y desviaciones del útero grávido, apreciar las contracciones y los movimientos del feto y hacer el diagnóstico tanto de la colocación fetal (actitud, situación, presentación) como del número de fetos.
- Detección de latidos fetales: debe estudiarse su frecuencia, intensidad, ritmo y localización, pueden identificarse a través del Estetoscopio Obstétrico de Pinard o detectores Doppler.

2 CÁLCULO DE LA EDAD GESTACIONAL

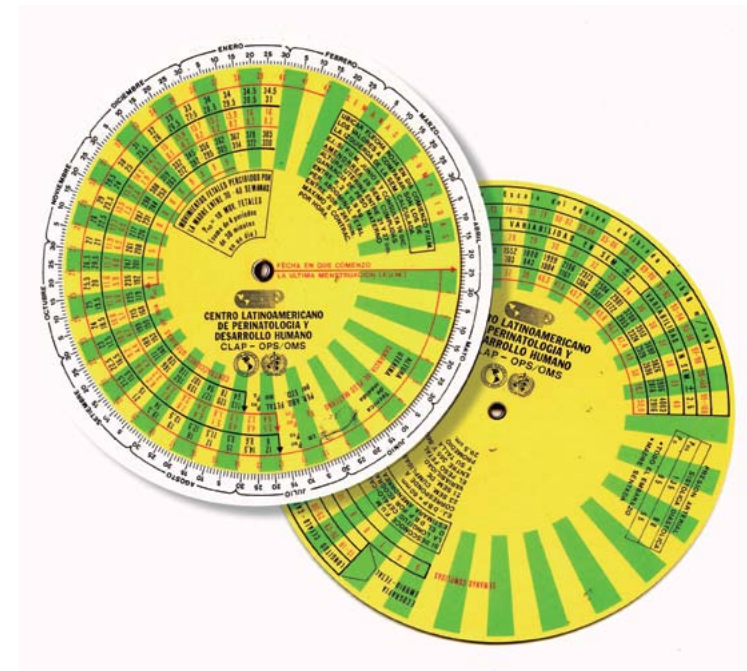
Se efectuará tomando en consideración la fecha de la última menstruación (FUM), en las mujeres con FUM confiable y con ciclos menstruales regulares que no hayan estado últimamente usando anticonceptivos. Se utilizaran para el cálculo las reglas clásicas (Pinard, Wahl o Naegele) o haciendo uso del gestograma.

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

3 APLICACIÓN DE TECNOLOGÍAS APROPIADAS

3.1 Gestograma

Esta tecnología de apoyo facilita, a partir de la fecha de última menstruación, calcular la edad gestacional y del recién nacido, vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal, verificar la normalidad del incremento de peso materno, de la presión arterial y de las contracciones uterinas. También recuerda las medidas antropométricas fetoneonatales ecográficas.



3.2 Cinta obstétrica

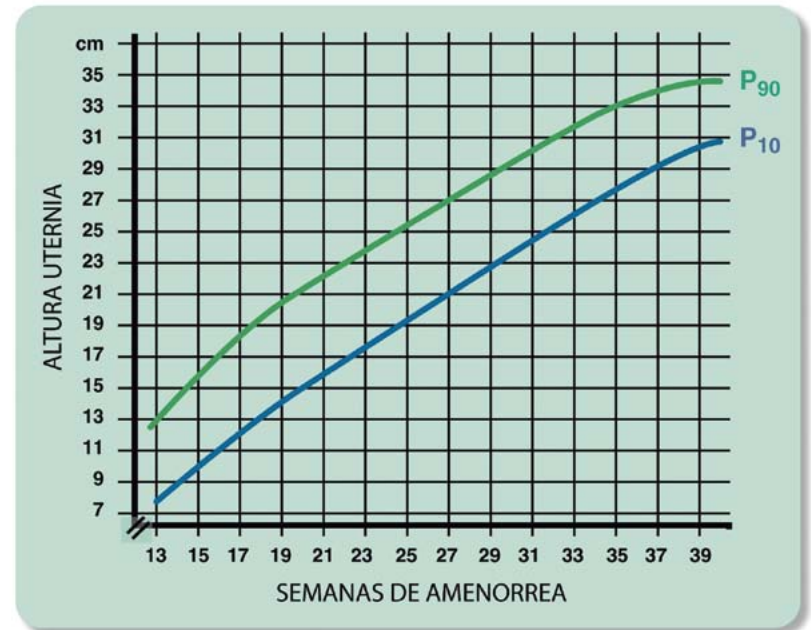
La medición de la altura uterina es un método sencillo y accesible para todos los niveles de atención y debe realizarse en cada control a partir del segundo trimestre (Lindhard, 1990).

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

La medida seriada de la altura uterina durante el control prenatal permite verificar el crecimiento fetal normal y detectar posibles desviaciones. Para ello se diseñó una curva de altura uterina en función de la Edad Gestacional (Fescina et al, 1983; Fescina et al, 1984; Lindhard et al, 1990 a).



Curva de altura uterina en función de la edad gestacional



Se considera un incremento normal cuando la medida se encuentra entre los percentilos 10 y 90 de dicha curva. Cuando los datos de amenorrea son confiables y se descarta la posibilidad de feto muerto y oligoamnios, la medida de la altura uterina permite diagnosticar un crecimiento intrauterino retardado con una sensibilidad del 56 % y una especificidad del 91 %.

Para diagnosticar macrosomía fetal una vez descartada la gestación múltiple, polihidramnios y miomatosis uterina, la sensibilidad es de 92 % y la especificidad de 72%.

3.3 Historia Clínica Perinatal

Normatización del control prenatal

Para garantizar una correcta ejecución de la norma de control prenatal es imprescindible disponer de un sistema que permita registrar toda la información relevante para una correcta planificación de la atención de la embarazada y su hijo. El sistema de registro es el instrumento más apropiado para supervisar el cumplimiento de la norma y brindar los datos indispensables para su evaluación ulterior.

La Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) fue diseñada para cumplir con los siguientes objetivos:

- Servir de base para planificar la atención de la embarazada y su hijo y facilitar el funcionamiento de los servicios perinatales.
- Normalizar y unificar la recolección de datos.
- Facilitar al personal de salud la aplicación de normas de atención para la embarazada y el recién nacido.
- Ofrecer elementos indispensables para la supervisión y evaluación en los centros de atención para la madre y el recién nacido.
- Ayudar a la capacitación del equipo de salud.
- Conocer las características de la población asistida.
- Constituir un registro de datos perinatales para la investigación en servicios de salud.

Constituir un registro de datos de interés legal para la embarazada, su hijo, el equipo de salud y la institución responsable de la atención.

Además, cuenta con un sistema de advertencia sobre algunos factores que pueden elevar el riesgo perinatal o que requieren mayor atención, seguimiento o cuidado. Este sistema se caracteriza por destacar algunos casilleros con color amarillo. Este color se usa como código internacional de alerta.

En el reverso de la HCPB aparecen listas abreviadas para la codificación de las patologías más frecuentes del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, como así también un listado para la codificación de las principales indicaciones de parto operatorio o de inducción al parto, además de una lista de medicación efectuada durante el parto.

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia **Ministerio de Salud - República Argentina**

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS										FECHA DE NACIMIENTO		ALFA BETA		ESTUDIOS		LUGAR DEL CONTROL PRENATAL					
NOMBRE: APELLIDO										dia	mes	año	blanca	negra	indígena	otro	otro				
DOMICILIO										EDAD (años)		ESTADO CIVIL		Lugar del nacimiento							
LOCALIDAD										TELÉF.		vive en el hogar		vive en el hogar							
ANTECEDENTES FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, preclampsia, eclampsia, etc. PERSONALES: drogas, enfermedades, cirugías, VIH, etc. OBSTETRICOS: gestas previas, abortos, vaginitis, nacidos vivos, etc. ULTIMO PREVIO: normal, normal, normal, etc. Antecedentes de gemelos: no, si										gestas previas		abortos		vaginitis		nacidos vivos		viven		FIN EMBARAZO ANTERIOR	
GESTACION ACTUAL PESO ANTERIOR, TALLA (cm), FPP, FUM, etc. EG CONFABLE por FUM, Eto, etc. RUMACT, RUMARS, DROGAS, ALCOHOL, VIOLENCIA, ANTRUBEOCLA, ANTITETANICA, EX NORMAL, etc.										RUMACT		RUMARS		DROGAS		ALCOHOL		VIOLENCIA		ANTRUBEOCLA	
DESVI Inap, visual, PAP, COLP, etc. GRUPO, Rh, inmuniz, TOXOPLASMOSIS, etc. Hb, <20 sem, Fe/FOLATOS, etc. VIH, Dia, Tratamiento, SIFILIS, etc.										Inap		visual		PAP		COLP		GRUPO		Rh	
CONSULTAS ANTERIORES dia, mes, año, edad gest, peso, P.A., altura, presión, FCF, etc. PARTO, ABORTO, HOSPITALIZ, CORTICOIDES, INICIO, ROTURA, etc.										dia		mes		año		edad gest		peso		P.A.	
TRABAJO DE PARTO hora, min, posición de la madre, PA, pulso, contr, etc. NACIMIENTO VIVO, MUERTO, etc. POSICION PARTO, DESGARROS, OCITOCICOS, PLACENTA, etc.										hora		min		posición de la madre		PA		pulso		contr	
RECIENTE NACIDO SEXO, PESO AL NACER, LONGITUD, etc. DEFECTOS CONGÉNITOS, etc. EGRESO RN, etc.										SEXO		PESO AL NACER		LONGITUD		DEFECTOS CONGÉNITOS		EGRESO RN		etc.	
PUERPERIO dia, mes, año, hora, min, etc. EGRESO MATERNO, etc.										dia		mes		año		hora		min		etc.	

CLAP (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

LISTADO DE CÓDIGOS

Historia Clínica Perinatal - Base

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

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		PATOLOGÍA NEONATAL	
50 GESTACIÓN MÚLTIPLE	O30	50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS	P22.0
51 HIPERTENSION PREVIA	O10	51 SÍNDROMES ASPIRATIVOS	P24
52 Hipertensión previa esencial complicando EPP	O10.0	52 APNEAS POR PREMATUREZ	P28.3, P28.4
53 Hipertensión previa secundaria complicando EPP	O10.4	53 OTROS SÍNDROMES	P25, P27
54 PRECLAMPSIA	O13.0, O13.1, O13.2, O13.3, O13.4, O13.5, O13.6, O13.7, O13.8, O13.9	01 Ductus arterioso persistente	O25.0
55 Preeclampsia leve	O13.0	02 Persistencia de la circulación fetal	P29.3
56 Preeclampsia severa y moderada	O13.1	03 Neumonía congénita	P23
57 Hipertensión previa con proteinuria sobresagrada	O13.2	04 Neumotórax y enfisema intersticial	P25
58 ECLAMPSIA	O14	05 Taquipnea transitoria	P22.1
59 Hipertensión previa con proteinuria sobresagrada	O14.1	06 Enfermedad rectoria crónica originada en el periodo perinatal	P27
55 CARDIOPATÍA	O15	HEMORRAGIAS	
56 DIABETES	O24	07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P53
57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	O24.0	55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26
58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	O24.1	56 Hemorragia umbilical (excluye las orfías con hemorragia)	P61
59 Diabetes mellitus insulino-dependiente en el embarazo	O24.2	HIPERBILIRUBINEMIAS	
60 Test de tolerancia a la glucosa anormal	R73.0	08 Enfermedad hemolítica por incompatibilidad Rh	P55.0
61 INFECCIÓN URINARIA	O23.0-O23.4	09 Enfermedad hemolítica por incompatibilidad ABO	P55.1
62 Sepsis complicando EPP	O23.5	10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino	P50.0
63 Gonorrea complicando EPP	O23.6	58 HEMATOLOGÍAS (excluyendo P50-P59)	P60-P61
64 Sífilis complicando EPP	O98.1	11 Proctitis neonatal	P61.1
65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP	O98.2	12 Anemia congénita	P61.3
66 Infección herpética anogenital (herpes simplex)	B50-B54	79 Anemia fisiológica	D57.0-D57.2 y D57.8 (P35-P39, A00, G00, A54.3)
67 Infección herpética anogenital (herpes simplex)	A60	INFECCIONES	
68 Hepatitis viral	O68.4	14 Diarrea	G00
69 TBC complicando EPP	O98.0	15 Meningitis	G00
70 Rubéola complicando EPP	B06.0, B06.5 y B06.9	16 Orfalia	P39.1, A54.3
71 Chagas	O98.6	17 Conjuntivitis	P39.4, L00
72 Toxoplasmosis	O98.6	59 Infecciones de la piel del recién nacido	P36
73 Toxoplasmosis	O98.6	18 Sepsis	P38
74 Retardo del crecimiento intrauterino	O69	20 Enterocolitis necrotizante (ECN)	(resto del P35-P39)
75 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	O60	49 Tétanos neonatal	A33
76 DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA	O34.3	60 Sífilis congénita	A50
77 Incompetencia cervical	O64, O65, O69	61 Enfermedades congénitas virales	P35.5
78 Parto obstructivo por malposición y anomalía de la presentación del feto	O64	62 Síndrome de Rubéola congénita (SRC)	P35.5
79 Parto obstructivo debido a anomalías pélvicas maternas	O65	63 Citomegalovirus (CMV)	P35.1
80 Parto obstructivo debido a causas fetales	O66	70 Toxoplasmosis congénita	P37
81 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE	O01	39 HIV positivo	R75
82 Mola hidatiforme	O01	19 Otras infecciones del periodo perinatal	(resto de P60-P61)
83 Aborto espontáneo y aborto retenido	O02.1, O03	NEUROLÓGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)	
84 Embarazo ectópico	O03	33 Hidrocefalia adquirida	G91
85 Aborto inducido y terapéutico	O04	34 Leucoencefalopatía periventricular y cerebral	P91.1, P91.2
86 AMENAZA DE ABORTO	O02.0	35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico	P10, P11, P14
87 HEMORRAGIA DEL 2º y 3º TRIMESTRE	O44.1	36 Hemorragia intracranial no traumática	P52
88 Placenta previa con hemorragia	O44.1	37 Convulsiones	P90
89 Desprendimiento prematuro de placenta	O45	71 Encefalopatía hipóxico isquémica	O21
90 Hemorragia anexas con defecto de la coagulación	O45.0	38 Otras afecciones del estado cerebral	P61
91 Ruptura uterina antes o durante el parto	O71.0, O71.1	METABOLICA/NUTRICIONAL	
92 Laceración obstétrica del cuello del útero	O71.3	43 Síndrome de "tipo de diabetes"	P70.0, P70.1, P70.2, P70.3, P70.4, P70.5, P70.6, P70.7, P70.8, P70.9
93 ANEMIA	O71.3	44 Hipoglucemia	P75-P78
94 Anemia por deficiencia de hierro	O99.0	45 Otras afecciones metabólicas y nutricionales	P75-P78
95 Anemia fisiológica	O99.0	66 OTRAS PATOLOGÍAS RN	H35
96 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	O42	40 Retinopatía de la prematuridad	K40
97 Infección del saco amniótico y membranas	O41.1	41 Hernia inguinal	K40
98 INFECCIÓN PUERPERAL	O85, O86	65 Síndrome de daño por frío	P90.0 (excluye hipotermia leve P90.8)
99 Sepsis puerperal	O85	ANOMALIAS CONGÉNITAS	
100 Infección materna asociada al nacimiento	O86	120 Anencefalia	Q00.0
74 HEMORRAGIA POSTPARTO	O72	121 Espina bífida/meningocele	Q05, Q07.0
101 Placenta retenida	O72.2	122 Hidrocefalia	Q04.3
102 Útero atónico	O72.0, O72.1	123 Hidrocefalia	Q03
103 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado	O70.0, O70.1	124 Microcefalia	Q02
104 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado	O70.2, O70.3	125 Holoprosencefalia	Q04.2
75 OTRAS PATOLOGÍAS MATERNALES	(resto de O00-O99)	126 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central	Q04.0-Q04.9
35 Placenta previa sin hemorragia	O44.0	127 Tronco arterioso	O20.0
36 Hipertensión gravídica	O26.8	128 Trisomía grandes vasos	O20.3
37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	O26.8, O26.9 (condiciones en N00-N99)	129 Tetralogía de Fallot	O21.3
38 Dependencia de drogas	F10-F19	130 Ventrículo único	O20.1
39 Sufrimiento fetal	O68	132 Doble tracto de salida de vent. derecho	O21.2
40 Polihidramnios	O40	133 Canal alto-vent. completo	O21.2
41 Oligohidramnios (sin mención de ruptura de membranas)	O41.0	134 Atresia pulmonar	O22.0
42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	O69	135 Atresia biliar	O22.4
43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	O74	136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo	O23.4
44 Embolismo obstétrico	O88	137 Coarctación de aorta	O25.1
45 Falso de cierre de la herida de cesárea	O90.0	138 Retorno venoso pulmonar anómalo total	O26.2
46 Falso de cierre de la episiotomía	O90.1	139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias	Q24.28, 34
47 SIDA	B20-B24	140 Pájar hendido	Q39
76 HIV positivo	R75	141 Fístula traqueo-esofágica	O39.1
77 Neoplasia maligna del cuello uterino	C53	142 Atresia esofágica	Q39.0, Q39.1
78 Neoplasia maligna de la glándula mamaria	C50	143 Atresia de colon o recto	Q42.0, Q42.1, Q42.8, 42.9
INDICACIÓN PRINCIPAL DE PARTO QUIRÚRGICO O INDUCCIÓN		144 Ano imperforado	Q42.3
01 Cesárea previa	14	145 Otorrquia	O79.2
02 Sufrimiento fetal agudo	15	146 Gastoquisis	O79.3
03 Desproporción cefalo-pélvica	16	147 Atresia duodenal	Q41.0
04 Alteración de la contractilidad	17	148 Atresia yeyunal	Q41.1
05 Parto prolongado	18	149 Atresia ileal	Q41.2
06 Fricción de la inducción	19	150 Otras anomalías gastrointestinales	Q40.43, 45
07 Descenso detenido de la presentación	20	151 Genitales malformados	Q60.0-66
08 Embarazo múltiple	21	152 Agenesia renal bilateral	Q60.1
09 R.C.U.U.	22	153 Riñones peli o multiquísticos o displásicos	Q61.1-61.9
10 Parto de pretérmino	23	154 Hidrocefalia congénita	Q00.0
11 Parto de posttérmino	24	155 Ectopia de la vejiga	Q54
12 Presentación podálica	25	156 Otras anomalías reproductivas	Q56.0-56.9
13 Posición posterior	26	157 Trisomía 13	Q81.4, Q81.5, Q81.6
MEDICACIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO		158 Trisomía 18	Q81.0, Q81.1, Q81.2
01 Lidocaina o similar	16	159 Síndrome de Down	Q90
02 Anestésicos simpáticos	17	160 Otras anomalías cromosómicas	Q91
03 Gases anestésicos (pentrane-fluorano-ox. nitroso)	18	161 Polidactilia	Q69
04 Barbitúricos	19	162 Sindactilia	Q70
05 Relajantes musculares	20	163 Displasia esquelética	Q71
06 Diazepóxidos	21	164 Pie equinovarus / talipes equinus (Pie Bot)	Q66.8
07 Meperidina	22	165 Hernia diafragmática	Q79.0
08 Escopolamínos	23	166 Hidropes fetal	P96, P98.2
09 Oxitocina	24	167 Oligohidramnios severo	R01.2
10 Prostaglandinas	25	168 Otras anomalías mucocutáneas	Q80.0-80.9
11 Betalactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)	26	169 Anomalías tegumentarias	Q82.0-82.9
12 Aminoglucósidos (gentamicina-amicacina)	27		
13 Eritromicina	28		
14 Metronidazol	29		
15 Betamiméticos	30		

3.4 Carné perinatal

El carné perinatal (CP) es un instrumento que permite integrar las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, el parto y el puerperio. Tiende a evitar la falta de datos que puede producirse en algún momento de estas etapas del proceso reproductivo y con ello contribuye a mejorar la calidad de la atención. Debe estar SIEMPRE en poder de la embarazada, quien lo utilizará para toda acción médica que solicite en su estado grávido-puerperal.

En 1983, el CLAP/SMR publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP) y desde entonces muchos han sido los establecimientos de salud que lo han utilizado, tanto en Latinoamérica como en el Caribe. El SIP está constituido por un grupo de instrumentos originalmente diseñados para el uso en los servicios de Obstetricia y Neonatología de instituciones que atienden mujeres y recién nacidos sanos o con complicaciones menores. Consta de un programa de computación para recoger y analizar la información clínica que se integra al proceso de atención de la salud en los diferentes niveles de complejidad; está constituido por la Historia Clínica Perinatal (HCP), el carné perinatal (CP), el partograma y los programas para las computadoras PC.

Los objetivos del SIP son:

- servir de base para planificar la atención;
- verificar y seguir la implantación de prácticas basadas en evidencias;
- unificar la recolección de datos adoptando normas;
- facilitar la comunicación entre los diferentes niveles;
- obtener localmente estadísticas confiables;
- favorecer el cumplimiento de normas;
- facilitar la capacitación del personal de salud;
- registrar datos de interés legal;
- facilitar la auditoría;
- caracterizar a la población asistida;
- evaluar la calidad de la atención;
- categorizar problemas;
- realizar investigaciones epidemiológicas.

El SIP permite que, en la misma maternidad, los datos de la HC puedan ser ingresados a una base de datos y así producir informes locales. A nivel nacional o regional, las bases de datos pueden ser consolidadas y analizadas para describir la situación de diversos indicadores en el tiempo, por áreas geográficas, u otras características poblacionales específicas. En el nivel central, se convierte en un instrumento útil para la vigilancia de eventos materno-neonatales y para la evaluación de programas nacionales y regionales.



Para obtener la última versión del programa SIP implementada en Argentina, dirigirse a la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia: (011) 4379-9000, int. 4889 ó 4895.

3.5 Fichero cronológico

El fichero cronológico es de gran utilidad para la programación de la atención.

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

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

En casos de deserción de los controles del embarazo, el rescate se realizará a través de los Agentes Sanitarios o recurriendo a las redes sociales como Co-madres, Jefas de hogar, etc., debiendo establecerse una fuerte articulación entre el profesional de la salud y estas representantes de la comunidad.

4 EVALUACIÓN CLÍNICA OBSTÉTRICA

Se ha de tener en cuenta que puede tratarse de la primera vez que la mujer se pone en contacto con el equipo de salud. En consecuencia, se pondrá énfasis sobre la transmisión de los contenidos de educación para la salud, como tarea preventiva.

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

4.1 Anamnesis

Con el interrogatorio comienza el examen clínico de toda gestante. Por las consecuencias administrativas y legales y por la asociación que algunos factores tienen con el riesgo perinatal, una correcta anamnesis de incluir:

- Identificación de la gestante.
- Condición socio-educacional.
- Antecedentes obstétricos.

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

4.2 Importancia del control de la Tensión Arterial

Durante las visitas preconcepcional y de embarazo, es necesario el **control de la tensión arterial en todas las consultas**, ya que la mayoría de las mujeres será inicialmente asintomática.

Los trastornos hipertensivos complican alrededor del 10% de los embarazos. Sus formas severas (preeclampsia y eclampsia) representan alrededor del 4,4% de todos los nacimientos. En el caso de algunos países en vías de desarrollo y en situaciones de desventaja (África), puede alcanzar una incidencia cercana al 18% (WHO 2002).

En el año 2010, en Argentina, fue la cuarta causa de muerte materna, con el 11 % de todas las muertes. Durante el año 2011 la RMM fue del 4,0 0/000, de las cuales, el 13,6% fueron atribuibles a trastornos hipertensivos del embarazo y puerperio. (DEIS, 2012)

El término *hipertensión en el embarazo* (o estado *hipertensivo del embarazo*) describe un amplio espectro de condiciones cuyo rango fluctúa entre elevaciones leves de la tensión arterial y la hipertensión severa con daño de órgano blanco y grave morbilidad materno-fetal.

La consideración más importante en la clasificación de la hipertensión en el embarazo reside en diferenciar los desórdenes hipertensivos previos al embarazo, de los trastornos hipertensivos propios del embarazo, particularmente la preeclampsia. También se debe tener en cuenta que la hipertensión puede estar presente antes del embarazo y, no obstante, ser diagnosticada por primera vez en el curso del mismo. Además, la hipertensión puede hacerse evidente durante el trabajo de parto o en el postparto.

Se define la hipertensión como una tensión arterial igual o mayor a 140 mm Hg de sistólica y/o 90 mm Hg de diastólica, en dos tomas separadas por lo menos por 6 horas, en el transcurso de una semana.

En el pasado se ha recomendado usar como criterio diagnóstico todo incremento de 30 mm Hg en la tensión arterial sistólica y/o 15 mm Hg en la diastólica, incluso si los valores absolutos están debajo de 140/90 mm Hg. Aunque para algunos este aumento es suficiente para diagnosticar hipertensión mientras que para otros no lo es, su presencia obliga a un seguimiento y un control mucho más estrictos (Working Group 2000).

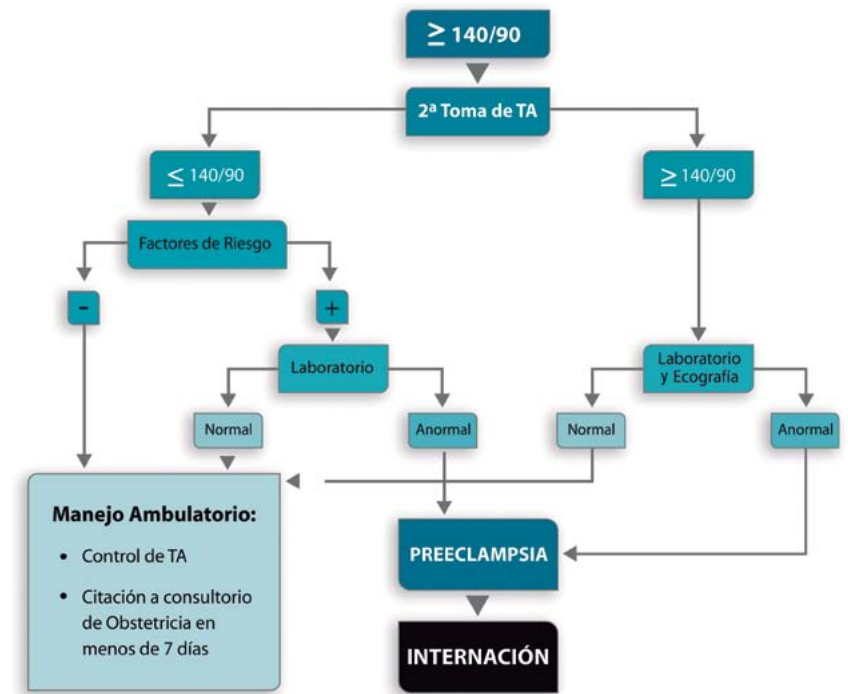
Valores normales de Tensión Arterial en embarazadas

El nivel promedio de la Tensión Arterial normal durante el embarazo es de 116 +/- 12 y 70 +/- 7 (Sistólica y diastólica respectivamente) (Voto 1987, 1993).

Recomendaciones para la medición de la Tensión Arterial

1. La toma debe realizarse con la paciente sentada, con el brazo extendido a la altura del corazón.
2. Debe utilizarse un manguito apropiado, que cubra 1,5 veces la circunferencia del brazo. Las pacientes con sobrepeso usualmente no tienen presión sanguínea más alta SINO que los manguitos pequeños causan lecturas falsamente altas. En esos casos es necesario utilizar un manguito grande.
3. Para la medición de la tensión diastólica debe utilizarse el 5º ruido de Korotkoff, correspondiente al momento en el que deja de escucharse el sonido del pulso. (Lopez 1994).
4. Si hay diferencias en la toma de ambos brazos, debe considerarse el registro mayor. Ese brazo debe ser el utilizado en tomas posteriores.
5. La medición de Tensión Arterial diaria (automonitoreo), en pacientes instruidas en la técnica, podría ser de utilidad.

Una vez que se ha establecido el diagnóstico, referir a la paciente a centros con adecuada complejidad y capacidad resolutive.



4.3 Examen obstétrico

4.3.1 Diagnóstico de la vitalidad fetal

La metodología empleada para diagnosticar la vitalidad fetal dependerá de la edad gestacional. A partir de la 6ª semana, se puede confirmar la actividad cardíaca embrionaria por ecografía transvaginal.

A partir de la semana 14ª, puede comenzar a detectarse en forma externa por medio de un estudio Doppler. A partir de las semanas 20ª a 25ª, se lo puede detectar por medio de las auscultación con el estetoscopio de Pinard. La frecuencia cardíaca fetal oscila entre los 110 y 160 latidos por minuto.

Entre las 18ª y 20ª semanas de gestación la madre puede comenzar a percibir los movimientos fetales.

4.3.2 Diagnóstico de presentación fetal

La presentación fetal se define a partir de la parte del feto que se encuentra en contacto con la pelvis materna, capaz de desarrollar un mecanismo de parto. Puede ser la cabeza fetal (presentación cefálica) o pueden ser las nalgas (presentación pelviana). En caso de ser el hombro del feto, la presentación se denomina situación transversa y no podrá terminar espontáneamente en parto por vía vaginal.

Presentación podálica

La frecuencia de la presentación podálica, en embarazadas de término, con feto único, de peso igual o mayor a 2500 g. varía entre 2,5 % y 3 % de los partos.

Circunstancias que aumentan la frecuencia de presentación podálica:

- Parto de pretérmino.
- Embarazo múltiple.
- Polihidramnios.
- Placenta previa.
- Malformaciones fetales (anencefalia-hidrocefalia).
- Malformaciones uterinas.

Situación transversa

Su frecuencia es menor a 1 cada 200 partos. Se asocia con las mismas circunstancias que la presentación podálica y, si queda librada a su evolución espontánea, al cabo del embarazo termina en una rotura uterina, con alto riesgo de muerte materna y fetal.

Maniobras de Leopold para diagnosticar la colocación del feto en el útero:

● **Primera maniobra de Leopold**

Quien examina, dando frente a la cara de la embarazada, hunde los bordes cubitales de ambas manos en la parte superior del abdomen, tratando de abarcar por completo el fondo del útero. Con esta maniobra, además de apreciar la altura del útero, se palpa el polo que

ocupa el fondo uterino. El polo pelviano es grande, blanduzco, desigual y reductible y en él alternan partes blandas y duras, sin peloteo. El polo cefálico, por el contrario, es redondeado, liso, irreductible, duro y pelotea.



● **Segunda maniobra de Leopold**

Palpando los flancos, se determina situación y ubicación del dorso fetal.

En la situación longitudinal, el dorso se aprecia como una superficie regularmente plana o ligeramente convexa, lisa y resistente. En el lado contrario, los miembros se localizan como pequeñas partes desiguales, movibles, que se desplazan con la palpación.

En situación transversa, se palpan los polos fetales.



• Tercera maniobra de Leopold

Permite palpar el polo presentado en la pelvis. Es una maniobra unimanual. Se abarca el polo entre el pulgar, por una parte, y el índice y el medio, por la otra.

Habitualmente, es el polo cefálico el que se ofrece a la pelvis. Esto se confirma con la maniobra de peloteo, abriendo algo la tenaza digital realizando sacudidas rápidas.



• Cuarta maniobra de Leopold

Colocándose de espaldas al rostro de la mujer examinada, se aplican ambas manos en el hipogastrio, deslizándolas lateralmente desde la parte inferior del abdomen hacia la profundidad de la pelvis, de modo de alcanzar y abarcar el polo inferior del feto entre la punta de los dedos de ambas manos, que tratan de aproximarse. Permite evaluar encajamiento de la presentación en la pelvis.

Si los dedos se introducen en una excavación vacía, debe sospecharse una situación transversa.



Estas maniobras deben ser confirmadas en caso de dudas mediante un estudio ecográfico.

En casos de presentación pelviana y situación transversa, se recomienda la realización de una cesárea electiva al término del embarazo.

La versión externa debe ser llevada a cabo sólo en aquellas pacientes que no tengan contraindicaciones. Será realizada únicamente por personal capacitado en realizar la maniobra y en un establecimiento que cumpla con las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales, debido a los riesgos que implica.

Contraindicaciones par realizar la versión externa

- Edad gestacional < a 38 semanas.
- Desproporción pélvico- fetal.
- Cirugías previas en el útero (cesáreas, miomectomías, etc.).
- Tono uterino elevado.
- Útero malformado o con miomas.
- Embarazo múltiple.
- Feto muerto.
- Malformaciones fetales mayores (hidro o anencefalia).
- Placenta previa.
- Oligoamnios.
- Obesidad materna.
- No contar con las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales.

4.4 Examen ginecológico

4.4.1 Papanicolaou y colposcopia

Un correcto examen ginecológico incluye una detenida inspección vulvar, de las paredes vaginales y del cervix con espéculo, y el tacto vaginal. Se recomienda hacer una evaluación dentro del primer trimestre de la gestación. En oportunidades, teniendo en cuenta los factores de riesgo psico-emocionales que rodean al examen ginecológico y la eventual falta de conocimiento entre la embarazada y el equipo de salud, podrá posponerse el examen hasta que se considere más apropiado.

La prueba de Papanicolaou es un método sencillo de tamizaje que permite detectar anomalías celulares en el cuello del útero. Se extrae una muestra de células tomadas del cuello del útero y se fija en un vidrio, que es transportado a un laboratorio donde es evaluado bajo el microscopio.

El personal encargado de realizar la toma debe estar debidamente capacitado y entrenado en la técnica de la toma de Pap. Se puede capacitar para esta tarea a:

- Médico/as ginecólogos/as y obstetras.
- Médicos generalistas o de familia.
- Otros profesionales médicos.
- Licenciados en Obstetricia/Obstétricas/os.
- Enfermeros/as.

La realización del Pap estará de acuerdo a las normas locales. La frecuencia recomendada por el Programa Nacional de Cáncer Cérvico Uterino es la realización de un Pap cada 3 años, luego de 2 Paps anuales negativos consecutivos.

La Colposcopia es un examen que, mediante una lente de aumento, permite localizar lesiones detectadas previamente con el Pap, para ser biopsiadas y diagnosticadas definitivamente.

Esta técnica debe ser realizada por un especialista con entrenamiento suficiente.

El Papanicolaou, la colposcopia e incluso una biopsia de las lesiones sospechosas, son los estudios de elección para identificar patología cervical, en particular el cáncer de cuello uterino y las lesiones precursoras.

4.4.2 Examen mamario

El examen de las mamas es parte del examen ginecológico y se deberá efectuar en condiciones de privacidad y respeto a todas las mujeres embarazadas, con el objetivo de identificar aquellos trastornos que pudieren interferir con la lactancia (pezones planos, umbilicados); descartar la existencia de alguna patología tumoral (grandes asimetrías, durezas, hundimientos, retracciones etc.) y la presencia de secreciones anómalas por el pezón.

4.5 Evaluación nutricional

La adecuada alimentación de la mujer durante el embarazo es de vital importancia, tanto para ella misma como para el bebé en gestación. Un inadecuado estado nutricional, tanto preconcepcional como durante el embarazo, impactará de forma negativa. Como contrapartida, una correcta alimentación contribuirá a disminuir el riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad, inadecuaciones nutricionales de la madre y el feto, etc.

La evaluación alimentario-nutricional de la mujer antes y durante el embarazo, así como la educación alimentaria pertinente deben ser prácticas rutinarias incorporadas a la consulta preconcepcional y obstétrica, como herramientas para mejorar las condiciones del embarazo y el puerperio. Para ello será indispensable conocer el peso preconcepcional y la talla (o la mejor estimación posible) y realizar un seguimiento del IMC/edad gestacional según la gráfica, en cada consulta programada. También es aconsejable la evaluación de prácticas alimentarias, para detectar tempranamente los hábitos que pueden ser mejorados o corregidos, e influir positivamente sobre el estado nutricional de la mujer y el niño.

Evaluación de la ganancia de peso de la embarazada y en la mujer que planifica embarazarse

Dada la asociación entre el peso preconcepcional y la ganancia de peso durante el embarazo con los resultados perinatales, se considera de suma importancia evaluar en cada visita la progresión del mismo, a fin de poder detectar en forma temprana las desviaciones respecto de lo esperable y aconsejar oportunamente tanto a la mujer que desea lograr la gestación como a la embarazada.

Para la evaluación de la ganancia de peso se utilizará la talla y el peso pregestacional, y se pesará a la embarazada en cada consulta. Dada la influencia de la lordosis una vez avanzado el embarazo, es recomendable que la talla sea medida antes de las 12 semanas de gestación. El peso preconcepcional es desconocido en el 70% de los casos, por lo cual es aconsejable pesar a la embarazada en la primera consulta prenatal. Para la evaluación de la ganancia de peso durante el embarazo se utilizará el **Índice de Masa Corporal (IMC) según la edad gestacional** con las siguientes medidas:

- **Peso:** medir en balanza para adultos, registrando kg con una aproximación de 0.5kg. La mujer debe estar descalza y con ropa liviana.
- **Talla:** Se mide en un tallímetro para adultos y se registra en cm sin decimales. Si no se contara con una medición preconcepcional de la talla, se aceptará la talla medida durante la primera consulta del embarazo.
- **Edad gestacional:** este dato será calculado a partir de la F.U.M. (fecha de la última menstruación), por ecografía, expresada en semanas.
- **IMC:** con la talla y el peso se calcula el IMC usando la siguiente fórmula:

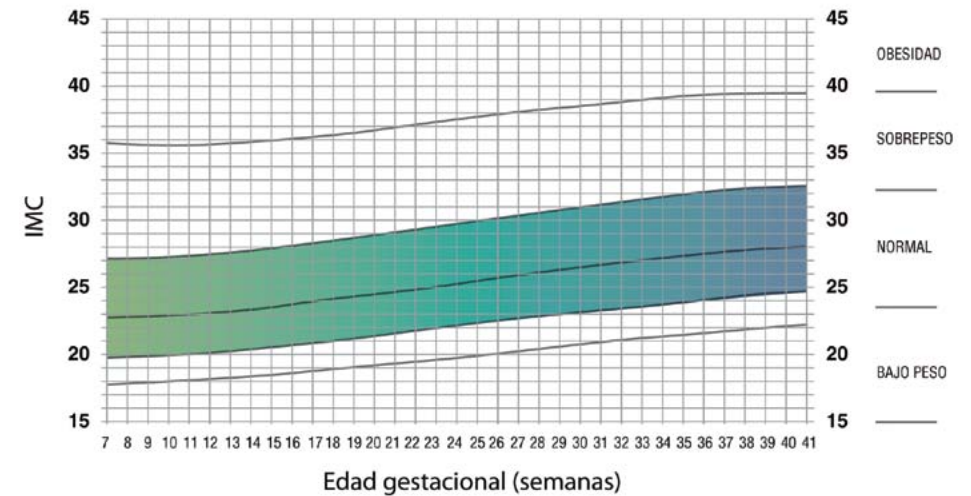
$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (en Kg)}}{\text{talla} \times \text{talla (en metros)}}$$

El instrumento de evaluación propuesto para Argentina, ha sido desarrollado a partir del seguimiento de una cohorte de mujeres argentinas en condiciones adecuadas de salud y que dieron a luz niños con peso al nacer entre 2.500 y 4.000 gramos.

Para evaluar si la ganancia de peso es adecuada, se utilizará **la Gráfica de IMC/edad gestacional** que tiene un eje horizontal en que se ubica la edad gestacional en semanas y un eje vertical de IMC. El mismo presenta 5 curvas que corresponden a los desvíos estándar (DE) - 2, - 1 mediana o percentilo 50, + 1 y + 2 desvíos, de abajo hacia arriba, respectivamente. El área normal está delimitada por las curvas de - 1 y + 1 desvío estándar en sombreado.

Una vez estimado el IMC, el valor se ubica en el eje vertical y se une con la edad gestacional para determinar el estado nutricional de la mujer. Según el área en que se ubique la evaluación se hará el diagnóstico correspondiente como "bajo peso", "normal", "sobrepeso" u "obesidad" (ver gráfico siguiente).

Indice de masa corporal por edad gestacional



Interpretación del gráfico

- **Ganancia de peso adecuada:** cuando la curva se encuentra entre - 1 y +1 DE (zona sombreada, normal).
- **Ganancia de peso baja:** cuando la ganancia de peso se encuentra por debajo de -1 DE. Una ganancia de peso baja aumenta el riesgo de tener un niño de bajo peso.
- **Ganancia de peso elevada:** cuando la ganancia de peso se encuentran por encima del +1 DE. Aumenta el riesgo de tener un niño con alto peso al nacer. Por encima de + 2 DE se considera que la embarazada es obesa grado II.

Si durante las sucesivas visitas se observara un cruce hacia arriba o por debajo de los límites (o líneas) se sugerirán intervenciones oportunas incluyendo educación alimentaria, a fin de asegurar una ganancia de peso dentro de los parámetros normales.

Si una mujer inicia el embarazo con sobrepeso (sector por encima del área sombreada), la ganancia total esperable es de entre 5 y 9 kilogramos, que representa la ganancia para el feto, la placenta y los anexos. Esto hará que en las sucesivas visitas prenatales la curva en la gráfica se acerque progresivamente al área sombreada (normal). Sin embargo, dado que **no es aconsejable el descenso de peso** (ya que el mismo podría poner en riesgo al feto), esta aproximación a la normal debe realizarse en forma lenta y progresiva, sin registrarse pérdidas de peso.

En el caso de una mujer que inicia su embarazo con bajo peso, no hay límite superior para la ganancia de peso, por lo cual es de esperar que en forma progresiva se acerque al área normal e, idealmente, termine su embarazo dentro de la misma.

Para las mujeres cuyo IMC se inicia dentro de la normalidad, es necesario que durante todo el transcurso del embarazo las mediciones se sigan registrando dentro de la franja correspondiente a normales en la gráfica.

Criterios de riesgo según el estado nutricional durante el embarazo y en la consulta preconcepcional:

ESTADO NUTRICIONAL (IMC)	RIESGO	CONDUCTA RECOMENDADA
Normal	Bajo	• Evaluación y seguimiento rutinario del peso en cada consulta • Evaluación rutinaria de la calidad de la ingesta de alimentos • Educación alimentaria y nutricional, suplementación con Fe y Acido Fólico
Bajo peso	Alto	• Evaluación y seguimiento rutinario del peso en cada consulta • Evaluación rutinaria de la calidad/cantidad de la ingesta de alimentos • Educación alimentaria y nutricional, suplementación con Fe y Acido Fólico
Sobrepeso y obesidad	Alto	• Evaluación y seguimiento rutinario del peso en cada consulta • Evaluación rutinaria de la calidad/cantidad de la ingesta de alimentos • Educación alimentaria y nutricional, suplementación con Fe y Acido Fólico

Como se mencionó previamente, durante el embarazo la mujer no debe perder peso, por lo cual nunca debe recibir una alimentación hipocalórica ya que los cuerpos cetónicos producidos pueden resultar perjudiciales para el feto. En caso de recibir la consulta preconcepcional de una mujer con sobrepeso u obesidad, sería recomendable que antes de quedar embarazada se le indique una alimentación con restricción calórica y asesoramiento profesional adecuado. Durante el curso del embarazo sólo se brindarán *pautas alimentarias orientadas a evitar una ganancia excesiva de peso*.

4.6 Evaluación odontológica

La evaluación odontológica es importante en la mujer embarazada, ya que no sólo importa confirmar o descartar la presencia de caries dentales, sino que deben descartarse la enfermedad periodontal y las lesiones de la boca y lengua.

La enfermedad periodontal es un factor de riesgo modificable. Su prevención y tratamiento permitirán mejorar la salud de la mujer y mejorar los resultados perinatales, ya que su presencia se vincula con bajo peso al nacer, parto pre-término, aborto, muerte fetal.

Es bueno recordar que el embarazo raramente es una contraindicación para tratar las afecciones buco-dentales.

5 DETECCIÓN DE INFECCIONES

5.1 Detección de infecciones del tracto genital, vaginosis e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

	Vaginosis Bacteriana	Vulvovaginitis candidiasica	Trichomoniasis
Etiología	Complejo GAMB (Gardnerella vaginalis, anaerobios, Mobiluncus spp. Y Micoplasma spp.)	Candida Albicans	Trichomonas Vaginalis
¿Puede integrar la flora habitual?	SI Infección Endógena	SI Infección Endógena	NO Infección Exógena
Epitelios Afectados	Vaginal	Vaginal Vulvar	Vaginal Vulvar Cervical
Sintomatología	Flujo genital Síntomas vulvares poco frecuentes (prurito, ardor, quemazón, dispareunia, etc.)	Flujo genital Síntomas vulvares muy frecuentes (prurito, quemazón, ardor, dispareunia, etc) Síntomas urinarios (disuria, polaquiuria, tenesmo)	Flujo genital Síntomas vulvares frecuentes (prurito, quemazón, ardor, dispareunia, etc) Síntomas urinarios (disuria, polaquiuria, tenesmo)
Semiología del flujo	Abundante, homogéneo, blanquecino grisáceo o amarillento, ligeramente fétido, con o sin burbujas	Escaso o abundante, con flóculos o grumos gruesos, generalmente blanquecino y sin fetidez.	Escaso o abundante, amarillento, verdoso, casi siempre con burbujas, muy fétido
Repercusión clínica	Recurrencias, vinculada a trastornos obstétricos, EPI, SIL, infecciones posoperatorias	Recurrencias	Asociación con otras ETS.
Diagnóstico pH	>4.5	<4.5	>4.5
Test de aminas	(+)	(-)	a menudo (+)
Cultivo	no es necesario	Puede ser de utilidad con microscopía negativa	no es necesario
Tratamiento Antibiótico	(*) Primer Trimestre: Clindamicina 300 mg VO cada 12 hs. durante 7 días. A partir del segundo trimestre: Metronidazol 500 mg VO cada 12 hs durante 7 días Metronidazol 250 mg VO cada 8 hs durante 7 días o Clindamicina 300 mg VO cada 12 hs. durante 7 días.	Nistatina 100.000 UI (tabletas vaginales) 1 x día durante 14 días. Clotrimazol (tabletas vaginales) 1 x día durante 7 días. Miconazol 1200 mg (tabletas vaginales) una sola aplicación.	Primer Trimestre: Metronidazol óvulos. A partir del segundo trimestre de embarazo: Metronidazol 2g (monodosis) o 500 mg c/12 hs durante 7 días.
Tratamiento a la pareja	NO	Solo en los casos de balanopostitis	Siempre

(*) Se recomienda realizar un tamizaje en el primer trimestre en embarazadas sintomáticas con vulvovaginitis, lo mismo en el caso de pacientes asintomáticas con factores de riesgo (antecedentes de partos prematuros o recién nacido previo con bajo peso al nacer). (Guía de prevención y tratamiento de Infecciones congénitas y perinatales. Ministerio de Salud de la Nación, 2010.)

	Infección por Streptococcus Agalactiae	Chlamydia Trachomatis	Neisseria Gonorrhoeae
Etiología	Streptococcus β-hemolítico grupo B o Agalactiae	Chlamydia Trachomatis	Neisseria Gonorrhoeae
¿Puede integrar la flora habitual?	SI Infección Endógena	NO Infección Exógena	NO Infección Exógena
Epitelios Afectados	Vaginal	Cervical Uretral Glándulas Accesorias Anal	Cervical Uretral Glándulas Accesorias Anal
Sintomatología	A menudo puede asociarse a síntomas vulvares, pero por lo general es asintomático.	Comienzo insidioso Flujo genital purulento Uretritis (Síndrome de Disuria -frecuencia) con cultivos convencionales y no convencionales de orina negativos y sedimento infeccioso. Infección de glándula de Bartolino.	Comienzo brusco Flujo genital. Uretritis (Síndrome de Disuria -frecuencia) con cultivos convencionales negativos y sedimento infeccioso. Infección de glándula de Bartolino.
Semiología del flujo	No difiere del flujo habitual	Secreción amarillenta desde endocervix (transparente).	Secreción amarillenta purulenta desde endocervix (opaca)
Repercusión clínica	Asociación con infecciones neonatales severas	Asociación con otras ETS y EPI. Secuelas (esterilidad, ectópico, dolor pelviano). Asociada a Sind. Reiter y Fitz Hugh Curtis	Asociación con otras ETS y EPI. Secuelas. Asociada a Sind. Reiter y Fitz Hugh Curtis
Diagnóstico pH	a menudo >4.5		
Test de aminas	(-)		
Cultivo	imprescindible	Sólo en líneas celulares	Imprescindible
Tratamiento Antibiótico	Profilaxis Intraparto	Azitromicina 1 g cada 24 hs de 1 a 4 días. Eritromicina 500 mg cada 6 hs. durante 7 días. Eritromicina 250 mg cada 6 hs. durante 14 días. Amoxicilina 500 mg cada 8 hs. durante 7 días.	Ceftriaxona 125 mg IM dosis única. Cefotaxima 500 mg IM dosis única Cefoxitina 1000 mg IM dosis única
Tratamiento a la pareja	No	Siempre	Siempre

5.2 Detección de infecciones de transmisión vertical

En el mes de noviembre del 2010, el Ministerio de Salud de la Nación publicó la *“Guía de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales”*, elaborada por prestigiosos profesionales y Entidades relevantes de nuestro país en la materia. Remitimos al lector a este documento a efectos de conocer los diversos aspectos epidemiológicos, diagnósticos, de tratamiento y otros vinculadas a esta patología.

El objetivo de incluir un capítulo de Infecciones de Transmisión Vertical en la presente Guía no es reiterar conceptos ya vertidos en el citado documento sino promover el uso de la metodología y los algoritmos diagnósticos más actualizados durante el control prenatal para detectar la existencia de enfermedades de transmisión vertical y promover su adecuado tratamiento para evitar y/o reducir daños y secuelas.

5.2.1 VIH/SIDA

El SIDA en niños representa aproximadamente el 4,5 % del total de casos en la Argentina, y más del 90% de ellos se contagiaron durante el período perinatal. No obstante, mucho se ha avanzado sobre el conocimiento de las vías de transmisión vertical del VIH y los modos de prevenirla. La categorización del estadio de infección materna, el tratamiento antirretroviral adecuado y la adopción de medidas destinadas a minimizar el contacto del feto y el recién nacido con sangre y otros fluidos corporales maternos, ha permitido disminuir la transmisión vertical a menos del 2%.

No se ha demostrado mayor incidencia de malformaciones congénitas entre las embarazadas infectadas por el VIH, pero las condiciones que frecuentemente coexisten con esta enfermedad, tales como pobre control prenatal y uso de drogas, entre otras, pueden justificar una mayor incidencia de parto prematuro, bajo peso al nacer, restricción de crecimiento e incluso la muerte intraútero o perinatal.

La infección materna por VIH puede transmitirse al recién nacido intraútero, durante el trabajo de parto y posparto, y a través de la leche materna.

Antes de la profilaxis antirretroviral, la bibliografía informaba un riesgo de transmisión vertical elevado (del 15% en Europa, 20% en Estados Unidos, hasta un 40-50% en África).

La terapéutica antirretroviral redujo este riesgo a menos del 2%, con la administración de tratamientos combinados.

Entre los factores más importantes relacionados con la transmisión vertical se señalan:

1. **La carga viral materna durante el embarazo.** Es uno de los aspectos más importantes correlacionado con el riesgo de infección perinatal. Con cargas virales menores de 1.000 copias/ml el riesgo se reduce del 0 al 5%. Actualmente, el objetivo es llegar al parto con carga viral indetectable.
2. **Las situaciones que aumentan la exposición del feto/recién nacido a sangre o secreciones vaginales maternas** pueden desempeñar un papel importante en la transmisión perinatal. Esto hace necesario evaluar la vía de parto de acuerdo a cada caso en particular.
3. **La lactancia tiene un claro rol en la transmisión perinatal.** El riesgo estimado es del 14% para los hijos de madres con infección ya establecida y del 29% si la madre adquiere la infección durante la lactancia. El riesgo aumenta con la duración de la lactancia y también si coexiste con una carga viral materna alta y se trata de recién nacidos prematuros.

La suspensión de la lactancia constituye una indicación precisa en nuestro país.

Diagnóstico

Las pruebas serológicas para el diagnóstico de infección con VIH forma parte de las pruebas prenatales de rutina, de vital importancia no sólo para la salud de la mujer, sino también por las intervenciones infectológicas y obstétricas destinadas a reducir la transmisión vertical. La indicación de estos estudios estará ligada al asesoramiento adecuado en un ámbito de privacidad. En la primera consulta prenatal, se analizarán las implicancias de un resultado positivo o negativo, planeando el momento para la devolución del mismo, asegurando confidencialidad, apoyo psicológico e información adecuada.

Se efectuará un test de ELISA IgG. Toda prueba positiva deberá confirmarse mediante el test de Western Blot. Las pruebas negativas no requieren confirmación. Las pruebas indeterminadas requieren una consulta inmediata en el Servicio de Infectología.

En casos de pacientes VIH (-) con riesgo reconocido, la prueba se repetirá cada tres meses, hasta el momento del parto; además, se ofrecerá la realización de la pesquisa para HIV a su pareja.

En caso de detectarse una paciente con infección VIH, se concertará su primera consulta en el Servicio de Infectología, y se la pondrá en contacto con el Servicio Social, y los servicios de Psicopatología y Nutrición, para realizar el seguimiento en conjunto.

Toda paciente que ingrese al centro obstétrico debe tener el resultado de un test de VIH, disponible. Si la paciente no lo trae al momento de la internación o nunca se le realizó durante el embarazo, el médico que la recibe deberá solicitar un test rápido para implementar sin retraso el esquema de prevención, en caso de ser necesario.

Independientemente de los resultados maternos, es necesario contar con la serología para VIH, Sífilis y Hepatitis B de su pareja, realizada al menos una vez desde que están juntos. Los estudios serológicos se repetirán si su pareja presenta alguna conducta de riesgo.

Para mayor información, se remite al lector a la **“Guía de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales”**

5.2.2 Sífilis

Una embarazada con Sífilis, tiene un riesgo mayor al 50% de que afecte al feto, con la consecuencia de un recién nacido con Sífilis congénita, mortinato o aborto espontáneo.

Una madre infectada puede transmitir la enfermedad a su feto tan tempranamente como en la 9ª semana de amenorrea. Sin embargo, por lo general la transmisión tiene lugar luego de la 16ª semana de gestación. Si las mujeres son detectadas precozmente y tratadas oportunamente, tanto los riesgos fetales como neonatales son minimizados.

La Sífilis congénita es prevenible, pero disponer de los recursos diagnósticos y terapéuticos no es suficiente para el control de la enfermedad.

La embarazada –o aquella mujer que planifica estarlo– debe tener la posibilidad de acceder al control preconcepcional y prenatal. Estas son instancias específicas para combinar la prevención, el diagnóstico con precisas técnicas de pesquisa, el tratamiento cuando corresponda y la creación de un espacio donde las embarazadas y sus parejas puedan aclarar dudas con respecto a su cuidado y sexualidad, dentro del contexto psico-social al que pertenecen.

Serología

La infección usualmente se detecta a través de estudios serológicos de rutina solicitados durante la gestación.

Una intervención oportuna debería ser la determinación de VDRL en el período preconcepcional o en la primera consulta prenatal. Si la primera determinación se realizó antes de las 20 semanas se la repetirá en el tercer trimestre. En las mujeres no controladas previamente, se deberá efectuar el estudio serológico en el momento del parto.

Diagnóstico

• Pruebas No Treponémicas

Son muy sensibles pero poco específicas. Detectan anticuerpos (reaginas) IgM e IgG anti-cardiolipina, un componente de membranas y tejidos de mamíferos. Las pruebas más utilizadas son:

- **VDRL** (Venereal Disease Research Laboratory): Técnica microscópica. Desventaja: el antígeno debe ser preparado fresco diariamente. Se puede realizar en suero y en LCR. Para LCR, la VDRL es la única prueba validada.
- **USR** (Unheated Serum Reagin). Técnica microscópica. Tiene la misma sensibilidad y especificidad que la VDRL y es la más utilizada en nuestro país, pero usualmente se la llama VDRL. Técnicamente es más fácil. Se puede utilizar sobre plasma y suero.
- **RPR** (Rapid Plasma Reagin): Técnica macroscópica. El agregado de partículas de carbón permite observar la aglutinación a simple vista. Se puede utilizar sobre plasma y suero. Es especialmente útil en lugares que no tienen microscopio.

TODA prueba No Treponémica reactiva debe ser confirmada por una prueba Treponémica, independientemente del título obtenido.

• Pruebas Treponémicas

Detectan anticuerpos específicos contra *T. pallidum*. En la mayoría de las personas infectadas se mantienen reactivas durante años o toda la vida, independientemente del tratamiento, por lo que no son útiles para el seguimiento. Se informan reactivas o no reactivas.

Las pruebas más utilizadas son:

- **FTA-Abs** (absorción de anticuerpos fluorescentes anti- *Treponema pallidum*).
- **TPHA** (hemaglutinación de *Treponema pallidum*).
- **MHA-TP** (microhemaglutinación para anticuerpos anti-*Treponema pallidum*)
- **TP-PA** (aglutinación de partículas para anticuerpos anti-*Treponema pallidum*)

La más sensible es la FTA-Abs. Esta prueba es la primera en dar reactiva, dentro de las pruebas treponémicas, y aun antes que cualquier otra prueba no treponémica.

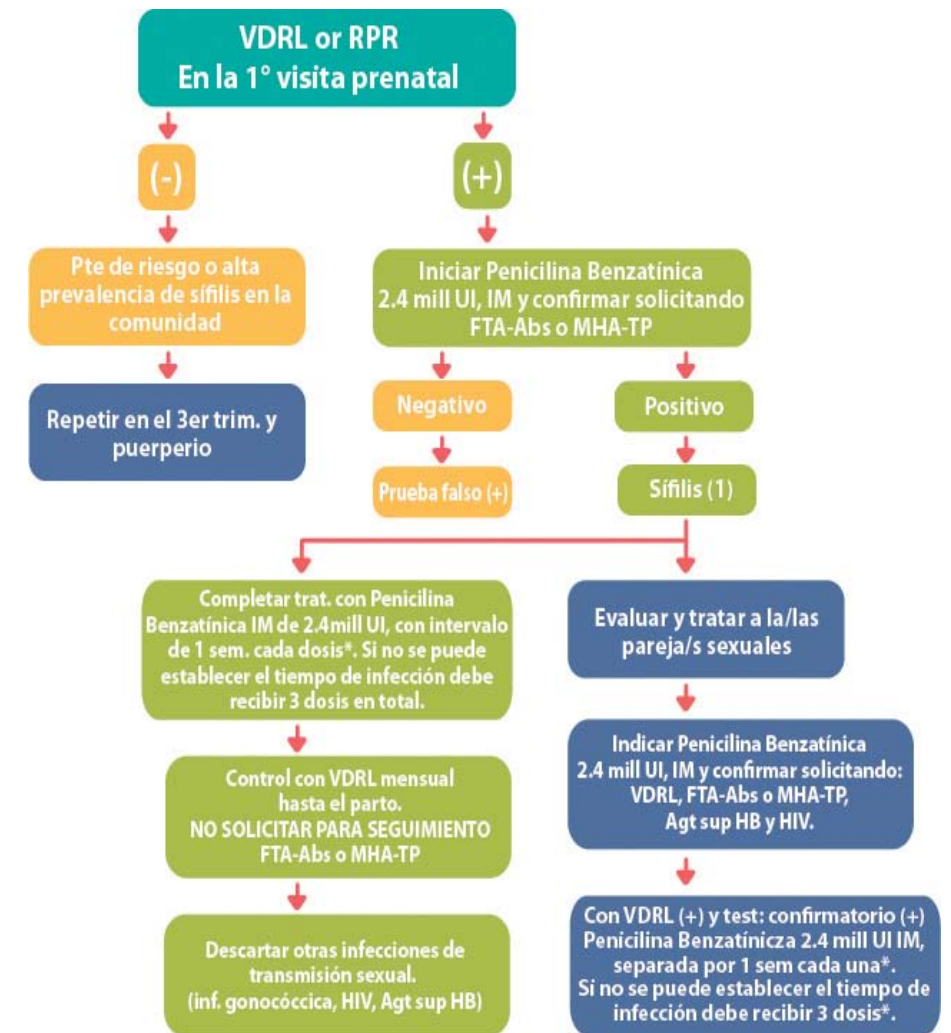
Las pruebas **No Treponémicas** reactivas con pruebas **Treponémicas** no reactivas, deben ser interpretadas como falsos positivos, excepto cuando existan síntomas de infección primaria.

Las pruebas **No Treponémicas** reactivas confirmadas con pruebas **Treponémicas** son diagnósticas de Sífilis en la embarazada. De no disponer de pruebas confirmatorias en las pacientes embarazadas, se deberá iniciar el tratamiento antibiótico, sin más demora.

Los controles serológicos post-tratamiento deben ser mensuales hasta el parto. La respuesta al tratamiento se evalúa por pruebas **No Treponémicas** (VDRL/USR/RPR). Los títulos de VDRL, pueden tardar en descender y evidenciarse sólo en el control de los 6 meses post-tratamiento.

En el caso de diagnosticarse la Sífilis en el último mes del embarazo, se podrá instrumentar tratamiento ambulatorio si la paciente tiene ecografía fetal normal. En el caso de presentar hallazgos ecográficos compatibles con infección fetal, se aconseja la internación y tratamiento endovenoso con Penicilina G Sódica durante 10 días.

Algoritmo diagnóstico y orientación terapéutica de la Sífilis durante el embarazo.



Tratamiento

Consultar en la Guía de prevención y tratamiento de las infecciones congénitas y perinatales. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2010. Disponible en Internet en:

<http://www.msal.gov.ar/hm/site/promin/UCMISALUD/archivos/pdf/Guia-de-Infecciones.pdf>

Prevención

La medida más importante para la prevención de la Sífilis congénita es el adecuado control prenatal, y la identificación y tratamiento de las embarazadas infectadas y de sus parejas sexuales.

El tratamiento con Penicilina tiene una efectividad del 98% en la prevención de la Sífilis congénita.

Si el diagnóstico de Sífilis se confirma, se deben investigar otras enfermedades de transmisión sexual como Hepatitis B, VIH o infección gonocócica, y se debe citar a la pareja para control serológico y eventual tratamiento.

Otro punto muy importante es la citación de la pareja sexual para asesoramiento sobre ITS, estudio serológico y tratamiento antibiótico.

Los resultados de la pareja deben quedar registrados en la ficha de seguimiento de la embarazada, como parte del cuidado de la gestante, protegiendo a la embarazada y al feto de futuras reinfecciones.

5.2.3 Toxoplasmosis

La Toxoplasmosis es una zoonosis endémica causada por el *Toxoplasma Gondii*, protozoo cuyo huésped definitivo son los felinos que eliminan gran cantidad de quistes en su materia fecal. La forma de infección para el hombre se produce por la ingestión de carnes poco cocidas o crudas, verduras crudas mal lavadas, otras vías de adquisición son la transplacentaria y la transfusión sanguínea.

Generalmente cuando compromete a la especie humana tiene un curso benigno con la excepción de dos situaciones:

- Las inmunosuprimidas (VIH/SIDA, TBC, enfermos oncológicos).
- Fetos o niños que han adquirido la infección intra-útero, transmitidas por su madre a través de la placenta. Este riesgo solo existe cuando la mujer adquiere la infección aguda durante el embarazo.

El riesgo de Toxoplasmosis Congénita (transmisión vertical) depende del momento de la gestación en que se adquirió la infección. Los fetos infectados en la primera mitad del embarazo tienen más riesgo de presentar, muerte fetal, aborto, coriorretinitis, calcificaciones intracerebrales, micro o hidrocefalia, mientras que en el último trimestre los niños infectados son, casi en su totalidad, asintomáticos al nacer.

	RIESGO DE INFECCIÓN FETAL	ENFERMEDAD SEVERA
1 ^{er} trimestre	6 %	50 %
2 ^{do} trimestre	30 %	10 %
3 ^{er} trimestre	75 %	0 %

Diagnóstico

El diagnóstico de la infección materna es solamente serológico; se basa en la determinación de anticuerpos en la madre.

Los test diagnósticos disponibles son el ELISA, la inmunofluorescencia indirecta (IFI), la hemaglutinación indirecta, la reacción de Sabin y Feldman, y los test de aglutinación que miden la presencia de IgG totales, IgG o IgM, de acuerdo con el método utilizado.

El diagnóstico de toxoplasmosis aguda se confirma por el aumento de los títulos de IgG en dos muestras pareadas (dos extracciones separadas por 10 a 14 días y procesadas en forma simultánea) o por seroconversión (de negativa a positiva).

Un único título positivo indica únicamente la presencia de anticuerpos, es decir, que ha ocurrido la infección. Sin embargo, no puede determinar en qué momento se produjo, ya que títulos altos de IgG e IgM pueden persistir por un año o más.

Por lo general, las IgG presentan una curva ascendente de anticuerpos durante los dos primeros meses de infección. Por lo tanto, los títulos de IgG estables en muestras pareadas, cuando la primera muestra fue tomada antes de las 12 semanas de gestación, se deben interpretar como toxoplasmosis previa al embarazo.

Con IgG (ELISA o IFI) para Toxoplasmosis (+), e IgM es (-), dentro del primer trimestre, debe interpretarse como infección previa al embarazo. Sin embargo cuando la IgM es (+), debe ser confirmada por otro método para descartar falsos (+) o persistencia de títulos positivos, antes de concluir que la paciente tiene una Toxoplasmosis aguda. (Algoritmo 1).

Cuando se confirma infección aguda durante el embarazo, los métodos de diagnóstico directo en líquido amniótico por PCR permiten evaluar infección fetal.

Algoritmo 1. Evaluación serológica durante el embarazo



Tratamiento

Consultar en la Guía de prevención y tratamiento de las infecciones congénitas y perinatales. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2010. Disponible en Internet en:

<http://www.msal.gov.ar/htrm/site/promin/UCMISALUD/archivos/pdf/Guia-de-Infecciones.pdf>

Prevención

Asesoramiento a las pacientes seronegativas para disminuir el riesgo de adquirir la infección durante la gestación; detección precoz y tratamiento adecuado de las embarazadas con Toxoplasmosis aguda.

Sólo las pacientes con serología negativa para Toxoplasmosis tienen riesgo de adquirirla durante el embarazo e infectar al feto.

Se recomienda entonces, solicitar de rutina serología en la primera extracción de sangre, a toda paciente que desconozca su estado inmunitario frente a esta infección o que tenga estudios previos con resultados negativos.

Las pacientes con resultados negativos deben ser informadas sobre las posibles fuentes de contagio (Tabla 3) para disminuir el riesgo de infección durante el embarazo y re-testeadas serológicamente (IgG para Toxoplasmosis, ELISA) por lo menos una vez por trimestre para un diagnóstico precoz que permita instaurar un tratamiento temprano y minimizar los riesgos de infección fetal.

Las pacientes con serología positiva previa al embarazo no necesitan ser testeadas nuevamente, y se las considera libres de riesgo para el embarazo actual y los futuros.

Recomendaciones para las pacientes seronegativas.

- Lavado de manos antes de ingerir alimentos.
- Ingestión de carnes bien cocidas, ahumadas o en salmuera.
- Lavado minucioso de las manos luego de manipular carne cruda o vegetales frescos.
- Limpieza de las superficies y utensilios de cocina que tuvieron contacto con carne cruda.
- No utilizar la misma superficie de apoyo para la carne cruda y para los vegetales que se ingieren frescos.
- No ingerir vegetales crudos cuando no se pueda asegurar que fueron bien lavados.
- No ingerir huevos crudos, ni leche no pasteurizada.
- Si se realizan trabajos de jardinería, usar guantes y luego lavarse las manos.
- Evitar contacto con excretas de gato. En el caso de poseer mascota felina se recomienda remover las excretas diariamente, con guantes y lavado de manos posterior.

5.2.4 Enfermedad de Chagas-Mazza

La enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis americana se produce por la infección con el *Trypanosoma cruzi*, parásito unicelular que se transmite a través de un insecto hematófago que difiere según el área geográfica. En la Argentina, el vector responsable del ciclo domiciliario es el *Triatoma infestans*, popularmente llamado Vinchuca.

El ser humano puede adquirir la infección por la vía clásica, que es la vectorial, producida por el contacto e inoculación del parásito con las deyecciones de vinchucas infectadas, o bien las no vectoriales, como las transfusiones de sangre, la vía transplacentaria, el trasplante de órganos, la vía oral (por ingesta del parásito) y la vía accidental de laboratorio (por la inoculación con material contaminado).

En nuestro país, la tasa de prevalencia de infección en la población general se calcula en un 5%. La prevalencia de esta infección en mujeres gestantes que se asisten en hospitales públicos varía entre un 3% y un 17%, de acuerdo con la región geográfica y las condiciones socio-económicas de los grupos estudiados.

La tasa de transmisión congénita oscila entre el 0,7% y el 10%, con un promedio del 3%.

Manifestaciones clínicas

La enfermedad de Chagas presenta generalmente tres fases:

- a) Fase aguda:** caracterizada por alta parasitemia, por lo general asintomática. En algunos pocos casos puede producir fiebre, adenopatías y una reacción inflamatoria en el sitio de inoculación, llamada chagoma.
- b) Fase crónica indeterminada:** el sistema inmune controla la infección pero no la elimina; es asintomática, con baja parasitemia y presencia de anticuerpos específicos.
- c) Fase crónica sintomática:** en el 20-30% de los individuos aparecen lesiones a nivel cardíaco, del tubo digestivo o del sistema nervioso periférico.

La mayor parte de las embarazadas infectadas se encuentran cursando la fase crónica indeterminada de la infección. El *Trypanosoma cruzi* causa una infección persistente y esto determina que se pueda transmitir la infección en más de un embarazo.

El parásito llega a la placenta por vía hematógena; toma la forma de *amastigote* y permanece dentro de los fagocitos hasta que es liberado a la circulación fetal. A pesar de que la placenta resulta una barrera relativamente eficaz contra el paso del parásito al feto, tal pasaje puede ocurrir en cualquier momento de la gestación.

Si bien el riesgo de infección fetal es mayor en la fase aguda de la enfermedad, debido a la magnitud de la parasitemia, la mayoría de los casos de Chagas congénito son hijos de madres con infección crónica.

Respecto al Recién Nacido, se calcula que entre el 1% y el 7% de los hijos de madres con enfermedad de Chagas padecerán de infección congénita.

Entre el 60% y el 90% de estos niños estarán asintomáticos al momento de nacer. Cuando están presentes, las manifestaciones clínicas incluyen: bajo peso, pretérmino, hepatoesplenomegalia, hipotonía muscular y fiebre.

En el recién nacido, el método ideal para diagnosticar la enfermedad en los primeros días de vida es la visualización directa o el aislamiento del *Tripanosoma Cruzii*.

Diagnóstico serológico en la embarazada

Existen diversas técnicas serológicas:

- Técnica de ELISA
- Hemaglutinación indirecta
- Inmunofluorescencia indirecta
- Aglutinación directa
- Aglutinación de partículas

La reacción de Machado-Guerreiro no es utilizada actualmente.

En todos los casos debe realizarse más de una prueba, con el fin de aumentar la especificidad y sensibilidad.

Se confirma el diagnóstico con dos técnicas reactivas.

La serología es el método de elección indicado para el diagnóstico de la embarazada y del niño con infección congénita mayor de 9 meses de edad.

Algunas reflexiones

El tratamiento antiparasitario de los recién nacidos con Chagas congénito tiene alta eficacia para prevenir el paso a la cronicidad, logrando en estos niños la cura de la enfermedad. Por lo tanto:

- Todas las embarazadas deben ser evaluadas para descartar la enfermedad de Chagas, independientemente de sus antecedentes epidemiológicos.
- Los hijos de madres con enfermedad de Chagas deben ser evaluados para descartar infección congénita.

5.2.5 Hepatitis en el período perinatal

Se calcula que aproximadamente un 5% de la población mundial (300 millones de personas) está infectada y del 20% al 40% la adquiere por transmisión vertical.

La transmisión perinatal origina un número importante de portadores crónicos, y es la razón epidemiológica que perpetúa la circulación del virus.

Desde hace más de 20 años contamos con una inmunoprofilaxis efectiva, y es ésta una herramienta muy importante para el control de la Hepatitis B.

Se calcula que, en países de baja prevalencia como la Argentina, el porcentaje de portadoras crónicas está entre el 0,5 y el 1%, y que entre el 0,1 y el 0,2% tiene riesgo de contraer Hepatitis B a lo largo del embarazo.

Se conocen cuatro vías de transmisión:

- Parenteral: a raíz de compartir agujas o jeringas, y productos sanguíneos infectados.
- Sexual.
- Perinatal o vertical: de madre infectada a hijo en el momento del nacimiento.
- Horizontal (poco frecuente): convivientes de personas infectadas. El virus puede permanecer viable hasta 7 días sobre distintas superficies, y contagiar a través de objetos contaminados.

La transmisión perinatal es la más frecuente en las zonas de mayor prevalencia, mientras que la sexual y la parenteral lo son en las menos prevalentes.

Manifestaciones clínicas y pronóstico

El período de incubación de la Hepatitis B, va de 1 a 5 meses. Los síntomas más frecuentes son fiebre, ictericia, malestar y dolor abdominal. La forma aguda de la enfermedad suele resolverse sin dejar secuelas entre 4 y 8 semanas, dejando inmunidad natural permanente. La Hepatitis B no altera el curso del embarazo, salvo que la madre enferme gravemente. En esa situación, el riesgo de parto prematuro es mayor. La Hepatitis B tampoco es causa de malformación fetal.

El curso clínico de la Hepatitis B en la embarazada no difiere al del resto de los adultos. El 50% cursa en forma asintomática; sólo el 30 % desarrolla ictericia; el 1% asume una forma fulminante y un 10 % de las embarazadas se transforman en portadoras crónicas. Las pacien-

tes sintomáticas, después de un período de incubación de 2 a 6 meses, padecen náuseas, vómitos, malestar general, mialgias, dolor abdominal y fiebre, que suelen remitir antes de las 4 semanas. Las embarazadas portadoras crónicas son generalmente asintomáticas y se detectan por control serológico habitual.

La Hepatitis B aguda durante el primer trimestre del embarazo no se asocia a malformaciones fetales o abortos espontáneos; sin embargo, cuando se presenta en el último trimestre, algunos autores describen mayor incidencia de partos prematuros.

Diagnóstico

Solicitar en la primer consulta prenatal la serología para Hepatitis B (HBs Ag). Esta prueba se utiliza para diagnosticar la infección aguda o crónica. Es el primer antígeno que aparece durante una infección aguda; su desaparición indica recuperación de la infección; y la persistencia por más de seis meses, indica infección crónica.

Prevención

En las gestantes con factores de riesgo o seronegativas (no vacunadas) que se han expuesto a Hepatitis B, puede ser útil la aplicación de Gammaglobulina hiperinmune anti Hepatitis B (GH anti- HB) en las primeras 48 horas que siguen al contacto infectante, además de la vacunación. No existe contraindicación para administrar la vacuna Antihepatitis B durante el embarazo, dado que se trata de vacunas obtenidas por recombinación genética, constituidas por partículas virales no infecciosas.

Algunos estudios efectuados con embarazadas demuestran que la tasa de seroconversión posterior a la vacuna es similar a las de las pacientes no embarazadas.

Si la paciente tiene factores de riesgo para adquirir Hepatitis B durante el embarazo, debe vacunarse y repetir el control de HBs Ag, en el último trimestre.

Con los hijos de madres HBs Ag (+) debe recibir la vacuna antes de la primeras 12 horas de vida, y antes de las 72 horas la Gammaglobulina específica. Estos RN deben ser seguidos clínica y serológicamente durante el primer año de vida, para evaluar la eficacia de la inmunoprofilaxis.

Si en el momento del nacimiento se desconoce la serología materna, corresponde aplicar al niño una dosis de vacuna al nacer, y solicitar de urgencia HBs Ag a la madre. Si este estudio resulta positivo, se debe administrar Gammaglobulina al recién nacido antes de la primera semana de vida.

Ningún paciente debe ser dado de alta sin su primera dosis de vacuna Anti HB.

5.2.6 Citomegalovirus

Es una infección de alta prevalencia en la edad adulta (entre el 60% y el 80%). El virus suelen permanecer en el organismo infectado, persistiendo en él como “infección latente” y presentar reactivaciones, en su mayoría asintomáticas, a lo largo de la vida.

Epidemiología

La transmisión al niño puede ocurrir durante todo el embarazo, por vía transplacentaria, durante el parto (por exposición a secreciones cervicales y vaginales infectadas); en el puerperio (por la lactancia); por vía horizontal (por el estrecho contacto madre-hijo); y por contacto con otros niños. En la adolescencia también es posible la transmisión por vía sexual.

En mujeres susceptibles (sin anticuerpos), con hijos que asisten a guarderías o jardines maternos, se ha documentado un mayor riesgo de contagio durante los primeros años de escolaridad del niño.

Otras fuentes de infección son las transfusiones y los órganos trasplantados.

Riesgo fetal

Tanto la infección primaria como las reactivaciones pueden dar como resultado la infección fetal.

Es más frecuente la infección del recién nacido por reactivaciones, que por primoinfecciones durante el embarazo. No obstante, la probabilidad de infección fetal es mayor y más grave en la primoinfección. La morbilidad para el feto también es superior cuanto mayor sea la infección.

La infección por CMV puede afectar el desarrollo embrionario y fetal y dar como consecuencia muerte fetal, retardo de crecimiento intrauterino, Hydrops fetalis, sepsis neonatal, microcefalia, hidrocefalia y coriorretinitis como hallazgos más característicos. La vía de contagio más importante para desencadenar el síndrome fetal es la transplacentaria.

En la embarazada

A pesar del riesgo que esta infección implica para el feto, **no está recomendado realizar tamizaje serológico de rutina durante el embarazo.**

La mayoría de las embarazadas en las que se realicen controles serológicos de rutina van a dar pruebas positivas (IgG positivo), como reflejo de una afección preexistente al embarazo.

La interpretación de los resultados serológicos para diferenciar primoinfección de infección preexistente es dificultosa. Por ello, resulta relevante conocer la situación serológica de la mujer antes del embarazo, destacando el valor del control preconcepcional en estas circunstancias.

Las manifestaciones clínicas sugerentes de una infección por CMV son: fiebre persistente, adenomegalias, astenia, hepatoesplenomegalia, leucopenia o recuento de blancos normal con linfomonocitosis y aumento de las enzimas hepáticas.

La enfermedad no deja inmunidad de por vida y, por tratarse de un virus “latente”, se puede reactivar. Esta circunstancia, que resulta asintomática para la paciente en la mayor parte de los casos, determina un aumento de los títulos de anticuerpos. Consecuentemente, un incremento de los títulos e incluso una IgM positiva, no pueden diferenciar reactivación de primoinfección.

La mayoría de las veces la infección es asintomática, lo cual también contribuye a dificultar el diagnóstico de infección aguda durante el embarazo.

Existen pruebas de utilidad para detectar esta infección, como los tests de ELISA para IgG e IgM para CMV y también el de Inmunofluorescencia indirecta.

La IgM puede presentar resultados falsos positivos y falsos negativos.

El “Test de avidez” es de utilidad en embarazadas de menos de 20 semanas. Este logra diferenciar anticuerpos de larga data (poniendo de manifiesto una enfermedad preexistente), de los de reciente adquisición (que predominan en la primoinfección). La “avidez” es alta cuando la prevalencia de Ac. de larga data supera el 35% (o el punto de corte 0,45 para técnicas colorimétricas). No obstante, este test no es de utilidad cuando el embarazo supera las 20 semanas.

Por lo expuesto se puede comprender que, en la mayoría de los casos, se debe recurrir a varias pruebas serológicas realizadas en laboratorios de referencia para poder realizar una interpretación diagnóstica durante el embarazo.

En resumen es posible distinguir las siguientes situaciones:

Situación serológica previa al embarazo

Situación serológica previa al embarazo	Situación serológica en el embarazo	Edad gestacional	Test de avidez	Interpretación
IgG -	IgG -			Susceptible sin enfermedad.
IgG -	IgG +			Primoinfección.
IgG +				Enfermedad preexistente (puede haber reactivaciones).
Desconocida	IgG +	< 20 s.	Alto	Enfermedad Preexistente (puede haber reactivaciones).
	IgG +	20 o +		Indefinido.

En embarazadas a quienes se haya confirmado primoinfección o infección reciente, se les ofrecerá estudios específicos (como PCR en líquido amniótico, entre otros) a realizar en centros especializados. El objetivo es detectar infección fetal, aunque en ningún caso se podrá definir el pronóstico del niño.

Tratamiento

No hay estudios de eficacia ni de seguridad de tratamientos en pacientes embarazadas.

Para mayor información, consultar la Guía de prevención y tratamiento de las infecciones congénitas y perinatales. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2010. Disponible en Internet en:

<http://www.msal.gov.ar/hm/site/promin/UCMISALUD/archivos/pdf/Guia-de-Infecciones.pdf>

Recomendaciones para Embarazadas CMV negativas

- Si trabaja en una guardería, que en lo posible sólo asista a niños mayores de 6 años.
- Si tiene un niño de edad menor o igual a 6 años que concurre a guardería:
 - Realizar lavado de manos cuidadoso después del cambio de pañales.

- No compartir utensilios de comida al alimentar al niño.
- Evitar la exposición directa a la saliva y secreciones respiratorias altas.

Lamentablemente, hasta la fecha no se dispone de una vacuna eficaz para la prevención de esta infección en mujeres en edad fértil. El desafío futuro es lograr una vacuna con buena seroconversión e inmunogenicidad prolongada.

5.3 Enfermedades eruptivas durante el embarazo

5.3.1 Rubéola

Es una infección viral típica de la infancia que rara vez se acompaña de complicaciones, excepto durante el embarazo. Deja inmunidad de por vida.

Hay riesgo de Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) cuando la viremia materna ocurre luego de los 12 días de la última menstruación (cerca del momento de la implantación) hasta las 20 semanas de gestación.

Luego de este período, la infección fetal da como resultado, la mayoría de las veces, recién nacidos asintomáticos.

La transmisión vertical del virus se produce por vía transplacentaria, en el momento de la viremia materna.

Una de las complicaciones más frecuentes que pueden presentar los recién nacidos asintomáticos afectados por este virus son los trastornos auditivos.

El riesgo de infección fetal y la gravedad de las secuelas están en directa relación con el momento de la gestación en el que se produce la infección. Cuanto más precoz la infección, resulta más frecuente y grave el daño fetal.



La Rubéola es una de las pocas infecciones congénitas que puede prevenirse mediante una vacuna.

Toda mujer en edad fértil debe conocer su estado inmunitario frente a esta infección y las susceptibles, vacunarse antes de quedar embarazada (destacando la importancia del control preconceptual). Si la paciente llega al embarazo sin haber investigado nunca su inmunidad, el profesional a cargo del control del embarazo deberá indicar la investigación serológica y, en caso de ser seronegativa, se recomendará la vacunación en el puerperio.

La vacuna contra la Rubéola, igual que el resto de las vacunas con virus vivos, está contraindicada durante el embarazo. Si bien no existen en la literatura casos documentados de SRC asociado al virus de la vacuna, se estima un riesgo teórico de infección fetal menor al 2 %. Las personas que reciben la vacuna deben ser instruidas para que eviten el embarazo dentro de los 30 días siguientes.

Para evaluar el estado serológico frente a la Rubéola, se solicita una única muestra de IgG por IHA (Inhibición de la Hemaglutinación) o ELISA. Para descartar infección aguda, se deben solicitar dos muestras de sangre separadas por 10 a 14 días entre cada una y realizar dosaje de IgG (IHA o ELISA), en forma pareada. Debido a la rápida curva de ascenso y estabilización de las IgG, para un adecuado diagnóstico de Rubéola es imprescindible no demorar la extracción de sangre.

Para evaluar la conducta frente a una gestante que tuvo contacto con un paciente con rubéola y/o presentó un *rash* rubeoliforme durante el embarazo consultar la “Guía de Prevención y tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales”.

5.3.2 Varicela

Es también una enfermedad viral típica de la infancia y deja inmunidad de por vida. Se estima que entre el 90% y el 95% de la población es inmune a la enfermedad.

Para conocer el estado inmunitario frente a la enfermedad es útil evaluar la presencia de IgG específica por Inmunofluorescencia o por ELISA.

El contacto de una embarazada con un enfermo con varicela durante las primeras 20 semanas de gestación representa una urgencia infectológica. Toda paciente que refiera no haber tenido varicela debe ser evaluada serológicamente. Con la confirmación de IgG específica negativa, se le indicará Gammaglobulina específica (ver la “Guía de Prevención y tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales”).

5.3.3 Sarampión

Enfermedad viral transmitida por vía respiratoria, con altas tasas de contagio entre huéspedes susceptibles. Desde la década del '70 se ha incorporado la vacuna al calendario oficial. En nuestro medio, el 90 % de los adultos son inmunes.

Si una mujer embarazada, sin antecedentes de vacunación o enfermedad, refiere su exposición a un paciente con sarampión, deberá solicitársele serología específica (IgG para sarampión, por ELISA o IFI). Si es inmune, no habrá riesgos de enfermedad para la embarazada o su recién nacido. Si es susceptible de contraer la infección, se le indicará Gam-

maglobulina (ver la “Guía de Prevención y tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales”).

5.3.4 Escarlatina

Se trata de una enfermedad eruptiva causada por cepas eritrogénicas del estreptococo β Hemolítico grupo A, productoras de exotoxinas A.

Es más frecuente en niños de entre 3 y 12 años, y muy poco frecuente a partir de los 12 años, ya que las diferentes exposiciones a lo largo de la vida dejan inmunidad.

El contacto de una embarazada con un niño con escarlatina no presenta riesgo de infección para la mujer y raramente ella padecerá una infección sintomática.

Tampoco habrá riesgo de infección fetal. La protección del recién nacido y del lactante pequeño se prolonga durante el primer año de vida gracias al pasaje transplacentario de anticuerpos.

5.3.5 Parvovirus B19 (Megaloeitema o Quinta Enfermedad)

Se estima que el 50% de las mujeres en edad fértil son inmunes. Cuando una embarazada adquiere la infección, existe un 30% de riesgo de transmisión fetal.

En el 5 % de los casos, el feto puede sufrir crisis transitorias de anemia aplásica, con insuficiencia cardíaca secundaria y por daño viral directo: miocarditis, hídrops y muerte fetal. Es importante recordar que aún casos graves de hídrops pueden autolimitarse espontáneamente. Existe mayor vulnerabilidad en el segundo trimestre del embarazo, porque en esta etapa el feto tiene un gran desarrollo del sistema hematopoyético.

Hasta la fecha, no se ha demostrado que el Parvovirus B19 sea teratogénico.

El riesgo de contraer esta enfermedad es mayor en maestras y trabajadoras de la salud que mantengan contacto con niños en edad escolar. Durante una epidemia, el riesgo de infección se eleva entre un 20% y un 30%.

El diagnóstico se confirma por estudios serológicos mediante detección de IgM e IgG específicas a partir de los 10 a 12 días y 14 días de la infección, respectivamente.

Ante contactos de embarazadas con pacientes con diagnóstico clínico de megaloeitema y estado inmunológico desconocido, deberá solicitarse IgM e IgG para parvovirus B19. La detección de ambos anticuerpos negativos requiere repetir la prueba en 3 semanas. Si se recibe IgG positiva e IgM negativa, se interpretará como infección.

No existe un recurso terapéutico preventivo eficaz para indicar a embarazadas susceptibles expuestas a esta infección. Pero es importante un asesoramiento sobre el riesgo de infección fetal y la conveniencia de controles ecográficos.

5.3.6 Virus de Epstein-Barr (Mononucleosis infecciosa)

Enfermedad viral que se transmite por vía aérea pero con bajas tasas de ataque secundario en contactos íntimos. No es necesario indicar aislamiento, reposo prolongado o dieta especial al caso índice. Solo en pacientes con esplenomegalia se recomendará limitación de la actividad física.

La mayor parte de las mujeres en edad fértil han adquirido la infección en la infancia y son inmunes. El contacto de una embarazada con un niño con esta infección presenta muy baja tasa de contagio.

Se informará que no existe riesgo de infección fetal ni embriopatía.

6 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD HEMOLÍTICA PERINATAL (ISOINMUNIZACIÓN POR RH)

La Enfermedad Hemolítica Perinatal (EHP) es una afección que sufren el feto y el recién nacido por pasaje trasplacentario de anticuerpos específicos contra la membrana del glóbulo rojo fetal, provocando anemia hemolítica.

Introducción

La EHP Rh, considerada como un modelo ideal en la medicina perinatal, muestra la integración del mecanismo patológico, etiología, modificaciones fisiopatológicas, medidas de tratamiento y sobre todo, acciones de prevención.

La sensibilización por anti-D es la causa del 80-90% de las enfermedades hemolíticas clínicamente significativas del feto y recién nacido.

En una madre Rh negativo si el feto es Rh positivo y ABO incompatible el riesgo de inmunización por Rh es de un 1,5% a 2%; si tiene un aborto espontáneo es del 2 % y entre el 4% y el 5 % si tiene una interrupción provocada.

Esta patología sigue siendo una preocupación para nuestro país como causante de morbimortalidad fetal y neonatal.

Factores de riesgo para inmunización

- Amenaza de aborto.
- Embarazo ectópico.
- Drogadicción endovenosa.
- Procedimientos invasivos: Punción de vellosidades coriales / Amniocentesis.
- Parto instrumental y cesárea.
- Placenta previa sangrante.
- Utilización de dosis innecesarias de drogas ocitócicas.
- Versiones externas.
- Traumatismo abdominal durante el 3º trimestre.
- Masaje uterinos y maniobra de Kristeler.
- Alumbramiento manual.
- Desprendimiento de placenta normoinsera.

Control immuno-hematológico materno neonatal

Según lo estipulado en el Item T10 de las normas técnicas de la Ley Nacional de Sangre Nº 22.990, actualizadas en el año 2006, se deben efectuar:

Control en gestantes

Realizar los estudios inmunohematológicos en forma universal a toda la población de embarazadas.

Objetivos:

- Identificar embarazadas con riesgo de desarrollar EHP.
- Identificar mujeres D-Negativo que necesiten inmunoprofilaxis anti-D.
- Disponer rápidamente de sangre compatible para emergencias obstétricas y neonatales.
- Realizar el seguimiento serológico ante la presencia de Acs anti-eritrocitarios durante el embarazo con el objeto de:

- Identificar el feto que pueda necesitar tratamiento antenatal.
- Identificar la aparición de anticuerpos adicionales durante el curso de la gestación y/o inducidos por transfusiones intrauterinas.
- Predecir si un recién nacido requerirá tratamiento por EHP.

Por lo tanto, **en todas las pacientes** se deberán efectuar:

Anamnesis

- Antecedentes transfusionales.
- Embarazos, abortos, inseminación artificial, inmunoprofilaxis.
- Antecedentes de fetos o neonatos afectados por EHP.

Controles inmuno-hematológicos

- Gestante: ABO, Rh (no investigar D débil o Du), fenotipo Rh.
- Investigación de anticuerpos irregulares (Prueba de Coombs Indirecta).
- Pareja: ABO, Rh (D débil, cigocidad del fenotipo Rh).

Si la investigación de anticuerpos es positiva,

- Identificación del anticuerpo.
- Titulación de anticuerpo.
- Seguimiento de la embarazada en el nivel de complejidad adecuado

Estos controles deberían ser efectuados inmediatamente después de la primera consulta obstétrica, a fin de conocer en forma temprana posibles sensibilizaciones.

Inmunoprofilaxis

Se ha estimado que en el 5% de las parejas existe incompatibilidad Rh; sin embargo, la aplicación masiva de la inmunoprofilaxis (IP) con globulina anti-D ha conducido a una significativa reducción del número de casos de esta enfermedad.

El ítem T11 de las normas técnicas de la Ley Nacional de Sangre N° 22.990, actualizadas en el año 2006 considera que:

- Toda mujer D negativo no sensibilizada al Ag D deberá recibir gammaglobulina hiperrimmune Anti-D, por lo tanto recomendamos hacerlo en cualquiera de las siguientes circunstancias:
 - Puerperio dentro de las 72 horas (parto espontáneo ó quirúrgico)
 - Hemorragias del embarazo:
 - Amenaza de aborto
 - Post aborto completo o incompleto, seguido o no de evacuación uterina
 - Embarazo ectópico .
 - Enfermedad trofoblástica gestacional.
 - Placenta previa sangrante.
 - Manipulaciones durante intentos de versión externa.
 - Trauma abdominal.
 - Procedimientos invasivos: punción de vellosidades coriales, amniocentesis.

Esquema de administración / dosis:

Preparto:

Cualquier episodio sospechoso de un evento sensibilizante (incluido el post aborto) teniendo en cuenta el tiempo de la gestación se utilizarán las siguientes dosis:

1° Trimestre:

1 dosis no menor a 100 microgramos por vía IM o IV

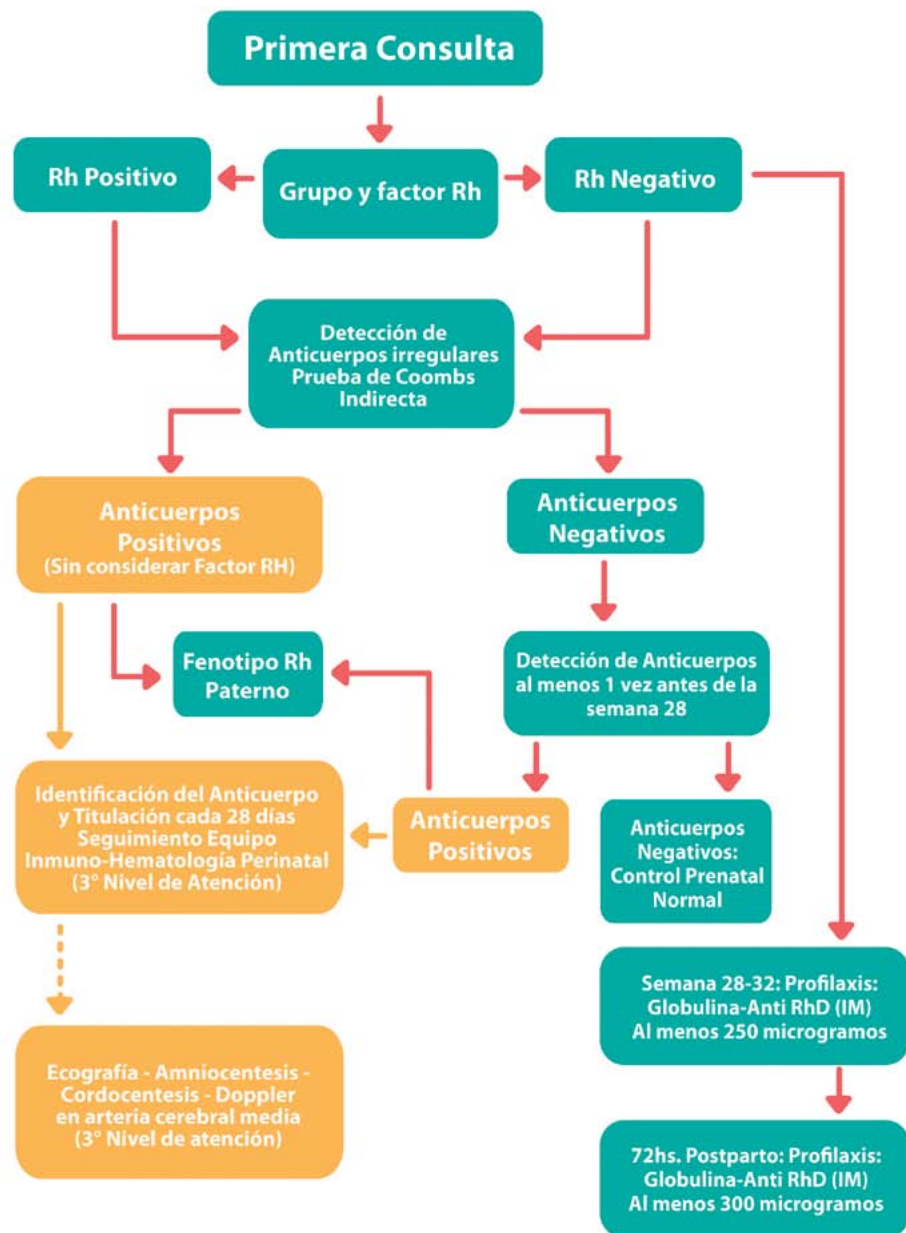
2° Trimestre:

1 dosis no menor a 250 microgramos por vía IM o IV

3° Trimestre:

1 dosis no menor a 250 microgramos por vía IM o IV

Profilaxis en todas las gestantes Rh negativas no sensibilizadas (Semana 28-32 de gestación): 1 dosis no menor a 250 microgramos por vía IM o IV.



7 DETECCIÓN DE INFECCIÓN URINARIA

Introducción

La infección urinaria durante el embarazo presenta una incidencia del 8 % convirtiéndose en una de las complicaciones mas frecuentes durante la gestación.

La detección temprana previene complicaciones como la pielonefritis, el parto pretermino y el bajo peso al nacer.

El microorganismo más frecuente aislado es Escherichi Coli. Seguido por el grupo Klebsiella-Enterobacter y Proteus mirabilis. Los cocos gram positivos, como enterococo, Staphylococcus saprophyticus y Streptococcus agalactiae, se aíslan en menor porcentaje.

Un urocultivo con desarrollo de Streptococo Hemolítico Grupo B (EGB) es indicador de alto nivel de colonización materna. Estas pacientes deberán ser tratadas y además recibir profilaxis antibiótica intraparto. Estas pacientes no necesitan realizar el cultivo vaginal y rectal en búsqueda de EGB en el último trimestre.

Manifestaciones clínicas

Se recomienda la realización de un urocultivo entre las 12 y 16 semanas de gestación independientemente de sus antecedentes.

Las IU (infecciones urinarias) en la embarazada se presentan en tres formas clínicas:

- Bacteriuria asintomática
- Cistitis (disuria, tenesmo vesical y/o incontinencia)
- Pielonefritis aguda (fiebre, dolor lumbar, disuria, náuseas y/o vómitos)

El diagnóstico, tratamiento y seguimiento varían en cada una de ellas:

	Bacteriuria asintomática	Cistitis	Pielonefritis aguda
Diagnostico	Urocultivo - En mujeres asintomáticas: presencia de dos urocultivos positivos consecutivos que desarrollan > 105 UFC/ml, del mismo germen. - Una única muestra tomada con >102 UFC/ml, de un único germen tomada por cateterismo vesical.	Urocultivo En pacientes con síntomas de Cistitis y urocultivo negativo se debe descartar síndrome uretral y solicitar búsqueda de Chlamydia trachomatis.	Urocultivo antes de iniciar el tratamiento antibiótico. Ecografía Renal o pielografía IV abreviada.
Tratamiento	Se recomiendan cursos de tratamiento de 3 a 7 días. Cefalexina 500 mg (2 -4 veces/día) Nitrofurantoina 100 mg (4 veces/día) Amoxicilina-clavulanico 500 mg (2-3 veces/día) Fosfomicina 3 g única dosis	El tto ATB se inicia antes de tener el resultado del cultivo. La duración del tratamiento será de 7 días. Los ATB serán los mismo que para el Tto de la Bacteriuria asintomática.	Internación (puede evitarse si las condiciones clínicas son buenas) ATB vía oral: Cefalosporinas de primera generación o Amoxicilina - Clavulanico. ATB vía parenteral: - Ceftriaxona 1 g/24 hs - Cafalotina 1 g/8 hs. - Ampicilina-Sulbactam 3g/8 hs. - Gentamicina 5mg/Kg/24 hs. El tratamiento ATB debe extenderse durante 10 a 14 días.
Seguimiento	Repetir urocultivo luego de finalizado el tto antibiotico.	Repetir urocultivo en la primera y en la segunda semana post-tratamiento. Las pacientes que recurren deben ser evaluadas para profilaxis ATB hasta la finalización del embarazo.	Urocultivos Mensuales Si se registra Bacteriuria persistente o nuevos episodios se indicará la profilaxis ATB hasta el parto.

Prevención de Infecciones urinarias recurrentes en el embarazo

Aun con tratamiento apropiado las pacientes pueden presentar reinfecciones. La posibilidad de recurrencia durante el embarazo es de 4 a 5% .

El régimen de Profilaxis ATB puede ser diaria o post-coital:

Cefalexina 250 mg/día o Nitrofurantoina 5-100 mg/día

8 DETECCIÓN DE DIABETES GESTACIONAL

La diabetes gestacional (DG) es una alteración en la tolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable, que comienza, o es diagnosticada por primera vez, en el embarazo en curso.

En la primer consulta se debe realizar una valoración del riesgo de diabetes gestacional descartando los siguientes factores de riesgo:

- **Antecedente de diabetes gestacional en embarazos anteriores.**
- Edad mayor o igual a 30 años.
- Índice de masa corporal preconcepcional o al inicio del embarazo mayor o igual a 25.
- Antecedentes de familiares en 1er grado con diabetes.
- Antecedentes de recién nacidos macrosómicos.
- Antecedentes de morbi-mortalidad perinatal previa inexplicada.
- Antecedente de madre de alto o bajo peso al nacer.
- Antecedente de síndrome de ovario poliquístico o insulinoresistencia preconcepcional.
- Preeclampsia, hipertensión inducida por el embarazo sin preeclampsia y/o antecedentes de hipertensión preconcepcional.
- Multiparidad.
- Circunferencia abdominal fetal superior al percentilo 75 a partir de la semana 28.
- Pertenencia a grupos étnicos con alta prevalencia de diabetes gestacional (hispanas, asiáticas, afro-americanas, indias nativas de América del Sur o Central).
- Embarazo múltiple.
- Utilización durante el embarazo de drogas hiperglucemiantes (glucocorticoides, betamiméticos, etc)

Diagnóstico

- 2 valores de glucemia plasmática luego de al menos 8 horas de ayuno de 100mg/dl o más (5,5 mmol/l).

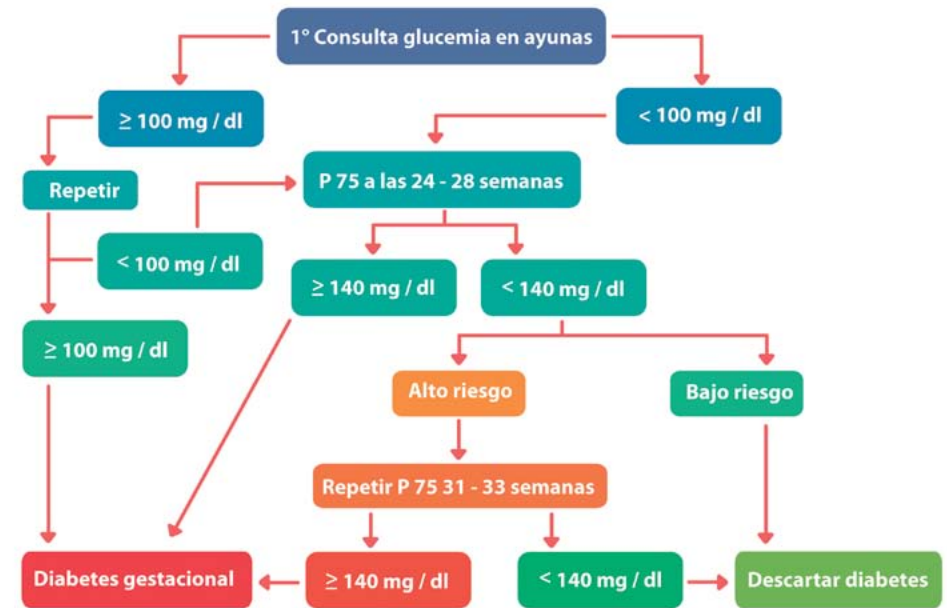
A todas las embarazadas se le solicitará una glucosa plasmática de ayunas en la primera consulta:

- Si el resultado es de 100 mg/dl o más se realiza una nueva determinación dentro de los 7 días, con 3 días de dieta libre previa. Si se reitera un valor mayor o igual a 100 mg/dl se diagnostica Diabetes Gestacional.
- Si la segunda determinación es menor de 100 mg/dl, se solicitará una P75 en semana 24- 28.

- Si, el nivel de la primera glucosa plasmática es menor de 100 mg/dl se considera normal y se solicita una Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa con 75 g glucosa (p75) entre la 24 y 28 semanas. Si la P75 realizada entre la 24 y 28 semanas está alterada se diagnostica Diabetes Gestacional.
 - Si la p75 es normal y la paciente tiene factores de riesgo para el desarrollo de Diabetes Gestacional, debe repetirse entre las 31 y 33 semanas. Si este estudio está alterado se diagnostica Diabetes Gestacional.
- Aclaración:** Si la paciente tiene factores de riesgo importantes (por ejemplo Obesidad) se puede considerar efectuar la p75 antes de la semana 24.
- Un valor de glucemia plasmática a los 120 minutos de una prueba de tolerancia con 75 gramos de glucosa (P75) de 140 mg/dl o más (7,8 mmol/L), se considerará positiva para diagnóstico de diabetes gestacional.

Consideraciones a tener en cuenta para solicitar la PTOG

- La PTOG se debe realizar por la mañana, con 8 a 12 h de ayuno.
- Tres o más días previos con dieta libre, con un mínimo de 150 g de hidratos de carbono y con actividad física habitual.
- Durante la prueba no se puede fumar ni ingerir alimentos y la paciente permanecerá en reposo.
- No debe estar recibiendo drogas que modifiquen la prueba (corticoides, beta-adrenérgicos, etc.) ni cursando proceso infeccioso.
- Después de la extracción de una muestra de sangre en ayunas, la paciente ingerirá 75 g de glucosa anhidra disuelta en 375 cm³ de agua a temperatura natural y deberá tomarla en un lapso de 5 minutos. A los 120 minutos del comienzo de la ingestión de la solución, se volverá a extraer una muestra de sangre.



9 DETECCIÓN DEL ESTREPTOCOCO β HEMOLÍTICO DEL GRUPO B

El EGB es un habitante primario del tracto gastrointestinal. También puede colonizar el tracto genitourinario y la faringe.

La colonización del tracto gastrointestinal y la vagina, tiene una gran variabilidad geográfica y aumenta con el número de partos previos y la actividad sexual. Estudios realizados en diferentes lugares del mundo han reportado tasas de colonización en mujeres entre el 7 y el 40%. En la Argentina, las tasas varían entre el 2 y el 16%.

La incidencia de infección invasiva neonatal depende de la prevalencia en mujeres colonizadas, y oscila entre el 0,3 y el 3% de recién nacidos vivos (RNv).

De cada madre portadora de EGB, entre un 50 a 70% de sus hijos se colonizan intraútero por vía ascendente o en el momento del nacimiento por su pasaje a través del canal de parto; pero solo de 1 a 2% desarrolla un cuadro de sepsis.

Aumenta el riesgo de infección neonatal, el antecedente de:

- Hijo anterior con infección invasiva por EGB.
- Bacteriuria o infección urinaria durante el embarazo por EGB.
- Corioamnionitis o fiebre materna intraparto (> 38° C).

- Rotura de membranas de más de 18 horas, previas al nacimiento.
- Parto prematuro.

Manifestaciones Clínicas

La portación genital de EGB no tiene valor patógeno.

Durante la gestación, el EGB puede ocasionar bacteriuria asintomático, infección urinaria, corioamnionitis, endometritis y bacteriemia. En la mayoría de los casos, estas infecciones se resuelven con tratamiento antibiótico y sin secuelas.

La detección de bacteriuria por EGB en la embarazada es un marcador de colonización materna y una manera sencilla de identificar a las mujeres portadoras.

Diagnóstico

El tracto gastrointestinal y el introito vaginal maternos son los principales reservorios del EGB.

Un urocultivo positivo para EGB durante el embarazo, es signo de colonización materna de alto inóculo.

La mitad de las embarazadas colonizadas tienen parejas colonizadas, y la mayoría se colonizan con cepas idénticas a las de sus parejas. La colonización de las parejas es probablemente la causa de que la colonización materna se caracterice por ser intermitente y transitoria. Este es el fundamento de la ineficacia del tratamiento de las mujeres colonizadas durante el embarazo (antes del inicio del trabajo de parto o la ruptura de bolsa) y la razón para realizar el cultivo lo más cercano posible a la fecha probable de parto.

En la República Argentina se aprobó la Ley Nacional N° 26.369 donde establece como práctica rutinaria de control y prevención la realización del examen de detección del estreptococo Grupo B Agalactiae, a todas las embarazadas con edad gestacional entre las semanas 35 y 37, presenten o no condiciones de riesgo.

Procedimiento para la toma de muestra y cultivo de EGB a las 35-37 semanas.

- Hisopar el introito vaginal y luego el recto introduciendo el hisopo en el esfínter utilizando uno o dos hisopos diferentes (no se recomiendan los cultivos endocervicales ni la utilización de espéculo).
- Colocar cada hisopo o ambos hisopos en tubo con solución salina, a temperatura ambiente o refrigerado.

Si el parto no ocurrió dentro de las 5 semanas de tomada la muestra y ésta era negativa, se deberá repetir nuevamente el estudio.

Solamente se recomienda efectuar antibiograma a las muestras de mujeres que refieren alergia a la Penicilina.

Las mujeres con antecedente de infección urinaria o bacteriuria en el actual embarazo, y aquellas con antecedente de un hijo anterior con infección invasiva por EGB no requieren nuevos cultivos. Se les indicará la profilaxis antibiótica intraparto con este antecedente. La portación de EGB fuera del embarazo no produce enfermedad y por lo tanto no requiere tratamiento.

Ver consideraciones terapéuticas para la infección por *Streptococo* del Grupo B en Guía de prevención y tratamiento de las infecciones congénitas y perinatales. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2010. Disponible en Internet en:

<http://www.msol.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/archivos/pdf/Guia-de-Infecciones.pdf>

10 VACUNACIÓN EN EL EMBARAZO

La vacunación de las mujeres durante la gestación y la lactancia materna, debe ser analizada teniendo en cuenta el riesgo y el beneficio que esto representa.

Dentro de los efectos no deseados se deben considerar los potenciales efectos fetales, y la interferencia en la generación de anticuerpos en el lactante.

Cuando los potenciales eventos adversos son bajos, y la posibilidad de exposición a la enfermedad es alta, pudiendo poner en riesgo a la madre o al feto, la vacunación podría indicarse porque los beneficios superan los riesgos teóricos.

Se considera:

- **Contraindicada:** cuando existen pruebas directas o fuerte verosimilitud biológica que sugieren que el riesgo de eventos adversos es graves y elevado.
- **Precaución:** cuando no hay pruebas en su apoyo, pero hay cierta verosimilitud biológica o falta de datos para apoyar la seguridad.
- **Recomendada:** cuando todas las mujeres embarazadas pueden o deben vacunarse.

La elección de la vacuna, debe garantizar la ausencia de efectos adversos que puedan complicar la salud de la madre o la adecuada evolución del embarazo.

En el caso de existir más de una vacuna para la misma enfermedad, es importante elegir la que se haya probado como más segura para la madre y su niño por nacer.

Generalmente las vacunas a **virus vivos están contraindicadas** en las mujeres embarazadas debido al riesgo teórico de transmisión del virus de la vacuna al feto, intraútero. En caso de administrarse en forma inadvertida, se le deben explicar a la madre los riesgos potenciales para el feto. **Sin embargo, no hay casos registrados de morbilidad fetal ni neonatal y la administración accidental de una vacuna a virus vivo no es una indicación para finalizar el embarazo.**

La aplicación de estas vacunas se efectuará cuando la exposición y la infección representen un riesgo mayor para la madre como para el niño intraútero y los estudios clínicos realizados no hayan documentado efectos adversos que contraindiquen su administración.

Las vacunas administradas a la mujer embarazada protegen a la madre y al niño por nacer. No existe riesgo para el feto cuando se inmuniza pasivamente a la madre con inmunoglobulinas.

En el calendario oficial de nuestro país, las vacunas que se pueden administrar a la embarazada son: DT (doble adultos – Difteria y Tétanos) previene el Tétanos Neonatal, dTpa (triple bacteriana acelular: toxoide difterico, toxoide tetanico, toxina pertusis.) previene enfermedad por coqueluche, antigripal (otoño-invierno), y en el puerperio doble viral (Rubéola y Sarampión) para prevenir el Síndrome de Rubéola Congénita. Tanto las vacunas inactivadas como aquellas a virus vivos pueden ser administradas a mujeres que amamantan. El amamantamiento no afecta la vacuna y no es una contraindicación para la administración de ninguna vacuna, ya sea a virus vivo o atenuado, en la embarazada o en el lactante.

10.1 Vacunación Antitetánica

Prevención del tétanos Neonatal y Puerperal

El tétanos, enfermedad producida por la exotoxina del *Clostridium tetani* es **TOTALMENTE EVITABLE** mediante inmunización activa de la gestante.

La inmunización adecuada de las mujeres con Toxoide Tetánico (TT) o Doble bacteriana (TD) previene el tétanos neonatal y puerperal. El recién nacido queda protegido en forma pasiva gracias a los anticuerpos maternos que pasan por la placenta al sistema circulatorio del feto.

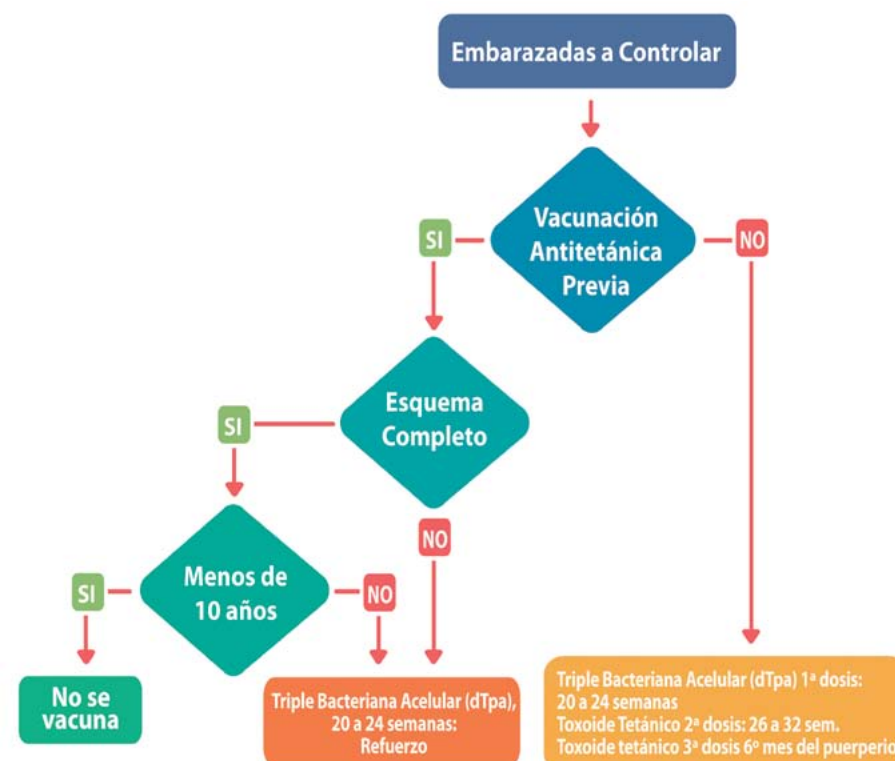
Las buenas prácticas de higiene durante el parto y el cuidado de la herida umbilical hasta que ésta cicatriza son medidas que contribuyen para prevenir el tétanos neonatal y otras infecciones. La inmunización adecuada de las gestantes con (TT) o (TD) es eficaz, incluso si la herida umbilical se infecta con *Clostridium tetani*.

Plan de vacunación recomendado para la primovacación en embarazadas

Esquema Completo: Tres dosis de Toxoide Tetánico (TT) o Difteria Tétanos (DT)

Primera dosis entre las 20 y 24 semanas. Segunda dosis entre las 26 y 32 semanas, respetando un intervalo mínimo de cuatro semanas entre la primer y segunda dosis y al menos seis meses entre la segunda y la tercera. Lo deseable es que en el puerperio reciba DTPa (Difteria, Tétanos y Pertussis) por la alta incidencia de pertussis en lactantes que hay en la Argentina. A las embarazadas que hayan recibido previamente el esquema completo de vacunación y el lapso de tiempo transcurrido desde entonces sea inferior a 10 (diez) años, no se las VACUNARA.

Si el tiempo transcurrido es mayor de diez años o el esquema de vacunación fue incompleto se le dará una dosis de refuerzo entre las 20 y las 24 semanas.



Si quedan menos de 10 semanas entre la primera dosis y la fecha probable de parto puede darse la segunda dosis a las cuatro semanas, quedando así dos semanas entre la última dosis y el parto. En ese caso los recién nacidos recibirán protección satisfactoria pero NO OPTIMA.

En las áreas de alto riesgo de tétanos neonatal, en base a que no se ha demostrado efecto teratogénico del TT, se recomienda iniciar la primera dosis o aplicar el refuerzo en el primer contacto de la mujer con el equipo de salud, esté o no embarazada.

A pesar que no exista evidencia que los toxoides tetánico y diftérico sean teratogénicos, esperar al segundo trimestre del embarazo para administrar DT. (Ver Guía de prevención y tratamiento de las infecciones congénitas y perinatales. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2010. Disponible en Internet en:

<http://www.msol.gov.ar/hm/site/promin/UCMISALUD/archivos/pdf/Guia-de-Infecciones.pdf>

10.2 Vacuna Triple Bacterina Acelular (dTpa)

Se ha observado en Argentina y el mundo un aumento de casos de enfermedad por coqueluche, esto se debe a que tanto la vacunación, como la enfermedad por Bordetella Pertussis no dejan inmunidad duradera por lo cual es fundamental lograr adecuadas coberturas de vacunación.

Dada la situación epidemiológica actual, la recomendación de los expertos y de la Comisión Nacional de inmunizaciones (CO. Na. In.) es mejorar las coberturas de vacunación de todas las vacunas del calendario en todas las edades, optimizar la vigilancia epidemiológica y el control de foco y, como estrategia complementaria, con el objeto de disminuir la mortalidad en lactantes menores de seis meses, vacunar a todas las embarazadas a partir de la vigésima semana de gestación.

Propósitos y Objetivos de la Vacunación en Embarazadas con dTpa

- Disminuir la morbi-mortalidad por coqueluche en niños menores de seis meses en Argentina.
- Controlar la enfermedad y la infección por coqueluche en Argentina.

Indicaciones de vacunación

- Mujeres embarazadas que nunca recibieron dTpa, a partir de las 20 semanas de gestación, independientemente del estado de vacunación antitetánica previa.
- Puérperas con niños menores de 6 meses, que nunca recibieron dTpa deben recibirla previo al egreso de la maternidad.
- En el manejo de heridas de las embarazadas en quienes transcurrieron 5 años o más desde la última dosis de dT (profilaxis antitetánica), si nunca recibieron dTpa, debe aplicarse una dosis única de dTpa como refuerzo en reemplazo de dT.

- Si esta indicada una dosis de refuerzo de dT durante el embarazo (ejemplo: transcurrieron más de 10 años desde la última dosis) se aplicará dTpa a partir de las 20 semanas de gestación en reemplazo de dT.
- En mujeres embarazadas en las que se desconoce su antecedente de vacuna anti-tetánica o quienes tienen un esquema incompleto. El esquema para las mujeres no vacunadas es de tres dosis de dT. Si la Embarazada nunca recibió dTpa, una de las dosis de dT debe ser reemplazada por esta vacuna, aplicada a partir de las 20 semana de gestación.

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

10.3 Otras vacunas durante el embarazo

Vacuna de Influenza (Antigripal): Debe ser indicada a todas las mujeres embarazadas, en cualquier trimestre de la gestación y durante los seis primeros meses del puerperio.

Hepatitis A: En caso de riesgo epidemiológico se indicará la vacuna durante el embarazo. El esquema completo son 2 dosis separadas por 6 meses como mínimo entre cada dosis

Hepatitis B: Quienes hayan tenido más de una pareja sexual en los últimos 6 meses, enfermedades de transmisión sexual, adictas a drogas, pareja sexual HBs Ag positiva, DEBEN ser vacunadas.

11 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA EVALUAR LA SALUD FETAL

11.1 Ecografía obstétrica

Si se dispone de esta tecnología la recomendación es realizar, en el embarazo normal, dos ecografías obstétricas. La primera debe ser realizada antes de la semana 20, preferentemente alrededor de la 14. La segunda a las 32-34 semanas.

La incorporación del ultrasonido en el cuidado prenatal permite los siguientes diagnósticos:

- Confirmación de la fecha de parto cuando la ecografía se realiza antes de las 20 semanas.
- Evaluación de la fecha de parto cuando la amenorrea no es confiable.
- Malformaciones fetales.
- Placenta previa.
- Embarazo múltiple.
- Alteración de la cantidad del líquido amniótico.

- Sospecha de algunas enfermedades cromosómicas.
- Muerte fetal.
- Embarazo ectópico.
- Mola
- RCIU
- Macrosomía

11.2 Monitoreo fetal

El Monitoreo Fetal Electrónico fue introducido en la década del '70 y representó un avance en el control de la salud fetal. Inicialmente, fue incorporado a la práctica clínica en embarazos de alto riesgo. Dado que no tenía contraindicaciones, y con la mayor disponibilidad de equipos, su uso rutinario determinó que se empleara en el control de embarazos normales sin el aval de diseños de investigación científica apropiados.

El Monitoreo Fetal Electrónico puede ser utilizado en el período anteparto e intraparto.

Para su clasificación se deberá tener en cuenta:

- **Línea de base:** se considera línea de base normal cuando la FCF oscila entre 110 a 160 latidos por minuto.
- **Variabilidad:** se define como fluctuaciones irregulares en la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal con una amplitud de más de 10 minutos.

La variabilidad se puede describir por medio de cuatro definiciones:

- **Ausente:** la amplitud del rango de la FCF es indetectable.
- **Mínima:** el rango de amplitud de la FCF es detectable, pero inferior o igual a 5 latidos por minuto.
- **Moderada:** el rango de amplitud de la FCF va de 6 a 25 latidos por minuto.
- **Marcada:** el rango de amplitud de la FCF es superior a 25 latidos por minuto.
- **Aceleraciones:** las aceleraciones de la FCF son claramente visibles y se caracterizan como un brusco aumento o desviación hacia arriba de la línea de base de la FCF. El pico de la aceleración debe ser mayor o igual a 15 latidos por minuto y el tiempo desde el inicio para volver a su estado básico debe ser mayor o igual a 15 segundos.
- **Desaceleraciones:** es la disminución y el retorno de la FCF al valor de referencia asociado o no con una contracción uterina.

La interpretación del Monitoreo Fetal (ante o intraparto) se registra como Reactivo o No Reactivo.

- **Prueba Reactiva:** 2 o más ascensos de la FCF asociados con los movimientos fetales en un período máximo de 20 minutos.
- **Prueba No Reactiva:** presenta patrones de anormalidad: línea de base taquicárdica o bradicárdica; Ausencia de variabilidad entre latidos y presentación de desaceleraciones o Dips tipo I, o II o III.
- **Monitoreo Fetal Anteparto (non stress test: NST):** consiste en el registro electrónico continuo de la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) y de los movimientos fetales espontáneos por un corto período de tiempo. Normalmente, la FCF se controla durante 20 minutos, pero hasta 40 minutos de la vigilancia puede ser necesaria para dar cuenta de las variaciones en el feto.

La presencia de un patrón normal (Frecuencia Cardíaca Basal entre 110 y 160 latidos por minuto; variabilidad de la frecuencia de base; ascensos de la FCF y ausencia de caídas transitorias de la FCF –dips–) al profesional le brinda tranquilidad, apoyo y seguridad en el momento de su realización.

La evidencia científica disponible hasta la fecha es escasa y débil; no recomienda ni retracta el uso del Monitoreo Fetal Anteparto para embarazos de bajo riesgo en relación a la disminución de la morbi-mortalidad Perinatal con la utilización de esta metodología.

12 ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

En numerosas ocasiones, el control prenatal es el único contacto de las mujeres en edad fértil con el sistema de salud. Por ello, esta oportunidad debe ser aprovechada al máximo.

La embarazada debe recibir información específica sobre prácticas que previenen la aparición de enfermedades que ponen en riesgo su salud y la de su hijo, preparación para la maternidad/paternidad, promoción de la lactancia materna y procreación responsable (ver Anexo 1, ítem 3).

12.1 Preparación Integral para la Maternidad

El propósito de la Preparación Integral para la Maternidad es apoyar, acompañar y generar la mejor vivencia de la maternidad en las futuras madres y sus familias.

El sólo hecho de que el equipo de salud ofrezca a las embarazadas técnicas y tratamientos, no alcanza para transmitirle a ella y su familia el sentido de la **parentalidad**. Es por eso que nuestro trabajo debe tender a reducir la magnitud de los temores frente al parto, no solo a través de la transmisión de conocimientos sobre el proceso de la reproducción, sino también

con una actitud profesional que respete la autoestima y autonomía de cada persona, creando un clima cálido, garantizando la confidencialidad, el respeto por el cuerpo, facilitando la participación de la pareja y su familia y aprovechando la oportunidad de la consulta para educar mas allá de las preguntas expresadas. Esto incluye crear un ambiente de apoyo, en el cual, cada futura madre y su familia puedan **ejercer el derecho de estar informados**.

No es posible provocar cambios de conducta sin promover la conciencia de **parentalidad responsable**.

Esta conciencia de la Parentalidad Responsable -que involucra tanto a la futura madre como al futuro padre- resulta sumamente crucial para incrementar la conciencia de sí mismos y, en consecuencia, para fomentar la salud del embarazo.

Propuesta de trabajo

Objetivo: lograr un proceso que permita a la embarazada y su familia conocer en forma integral los temas anatómicos, fisiológicos, psicológicos, sociales y físicos del embarazo. Facilitar una mejor preparación física y psíquica para su desempeño durante le embarazo, parto y puerperio y en la atención del futuro hijo. Brindarles el soporte necesario para que estos periodos sean transcurridos sin temor y en forma eficaz.

Modalidad operativa: se proponen reuniones grupales. Las embarazadas deben contactarse con el equipo de salud en forma temprana para un control prenatal adecuado y completo, debiendo concurrir a los talleres de Preparación Integral para la Maternidad cuando el equipo de salud lo considere oportuno.

Constitución del Equipo Interdisciplinario: es conveniente que el equipo este compuesto por un médico obstetra, lic. en obstetricia/obstétrica, médico pediatra/neonatólogo, psicólogo, trabajadora social, kinesiólogo, nutricionista y enfermera. Cada profesional, en su especialidad, realizará las acciones que estime necesarias para disminuir las desviaciones y alteraciones que pueden poner en riesgo el proceso de gestación.

El trabajo interdisciplinario en la Preparación Integral para la Maternidad se constituye con los siguientes objetivos:

- Incrementar los niveles de prevención para afrontar situaciones generadas por el embarazo.
- Reforzar la satisfacción de las necesidades de Salud y el normal desarrollo del embarazo.
- Motivar la participación de las embarazadas respecto de la promoción de su propia salud.

- Estimular la participación y promoción de la salud en los grupos de mayor riesgo.
- Promover la participación de distintos profesionales en el enfoque integral necesario.

El Equipo de Salud orienta sus funciones a:

- Fomentar la capacidad de autocuidado.
- Incrementar el apoyo mutuo de la pareja y la familia.
- Proteger el ambiente familiar en el que se incluirá el niño por nacer.
- Generar pautas de puericultura y control.
- Recuperar el protagonismo de la mujer en el parto.
- Para ampliar el tema, se recomienda la lectura de: "Preparación Integral para la Maternidad. Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios", Ministerio de Salud de la Nación.

12.2 Recomendaciones nutricionales durante el embarazo

La alimentación de la mujer embarazada debe ser evaluada para poder anticipar posibles deficiencias en la ingesta de nutrientes. Cada vez que se observen carencias en la alimentación es importante establecer si las mismas son consecuencia de inadecuados hábitos alimentarios exclusivamente, o de dificultades en el acceso a los alimentos. En ambos casos es indispensable acompañar a la mujer embarazada y aconsejarla adecuadamente utilizando las pautas propuestas en esta guía, pero si las carencias tienen una base en dificultades en la accesibilidad de alimentos, es imprescindible generar redes de articulación con todos los recursos locales disponibles como: programas alimentarios y servicios sociales a fin de mejorar el acceso a los mismos.

Los puntos importantes sobre la alimentación saludable para embarazadas pueden servir como guía rápida para evaluar la alimentación y asesorar adecuadamente.

Alimentación completa y variada

Dado que no todos los alimentos aportan todos los nutrientes necesarios, es recomendable evaluar la variedad de la alimentación, para ello utilice la "Gráfica de la alimentación saludable" (Ver Anexo II y III).

Los grupos de alimentos que deben ser consumidos diariamente por la mujer embarazada para asegurar una adecuada nutrición son:

- cereales y derivados
- frutas y vegetales

- leche, yogur y quesos
- carnes y huevos
- aceites vegetales (no grasas)
- agua potable

Es importante, siempre que sea posible, asegurar la variedad en el consumo de cada uno de los componentes. Por ejemplo, no es lo mismo el consumo exclusivo de un tipo de vegetales que la elección de diferentes tipos y colores de ellos que aportarán variedad de nutrientes.

Energía

El requerimiento de energía de las mujeres embarazadas con peso normal aumenta durante el embarazo con el objetivo de cubrir las demandas metabólicas del embarazo y del feto que se está gestando. Sin embargo, este aumento del requerimiento no significa que la mujer embarazada deba “comer por dos” como normalmente se asume correcto.

El aumento del requerimiento de energía es aproximadamente 300 kcal/día durante el segundo y tercer trimestre y no se presenta ningún aumento del requerimiento durante el primer trimestre. Para poder visualizar ese aumento del requerimiento se puede pensar que una banana grande tiene aproximadamente 200 kcal, o que una rodaja de pan son aproximadamente 90 kcal, o que una hamburguesa casera tiene aproximadamente 90 kcal, o que un pote de yogur descremado son aproximadamente 100 kcal.

Es interesante remarcar que el requerimiento de algunos nutrientes aumenta en mayor proporción incluso desde el primer trimestre lo cual genera la necesidad de mejorar la calidad de la alimentación para asegurar que con ese pequeño aporte extra de energía se cubra el requerimiento mayor de nutrientes. Para ello, el consumo extra de energía deberá ser a expensas de alimentos ricos en nutrientes como cereales integrales o fortificados, frutas, vegetales, lácteos y carnes magras.

Una forma prudente de determinar si el consumo de energía está de acuerdo al requerimiento de la mujer embarazada es a través de la ganancia adecuada de peso. Si la ganancia de peso es adecuada, no se considera necesario hacer intervenciones referidas a la ingesta energética, sino que se hará especial énfasis en el consumo de nutrientes específicos y en la calidad general de la alimentación.

Es necesario recordar que el embarazo no es el momento indicado para realizar restricciones energéticas ya que los productos del catabolismo de los lípidos pueden ser dañinos para el feto. Por tal motivo asegúrese de que la mujer consuma alimentos en cantidad y variedad y que la ganancia de peso es adecuada.

Calcio

El calcio es necesario para la formación ósea del feto y el mantenimiento materno. Durante el embarazo el requerimiento de calcio aumenta pero no aumenta la recomendación de la ingesta del mismo ya que el organismo compensa el aumento de las demandas elevando la absorción del mismo.

En Argentina, una elevada proporción de mujeres en edad fértil y grávidas (94 y 88 % respectivamente) no consumen suficiente calcio según se observó en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS), razón por la cual es relevante que el profesional de salud analice el consumo de leche, yogures y quesos que son las fuentes principales de este mineral. Siempre que sea posible recomiende productos descremados y recuerde que no solo la leche aporta grandes cantidades de calcio, sino también otros alimentos como el yogur y el queso.

Hierro

El Hierro es un mineral indispensable para la formación de los glóbulos rojos y consecuentemente, la prevención de la anemia ferropénica. En nuestro país, el 30% de las mujeres embarazadas padecen anemia, situación que hacia el tercer trimestre se acentúa llegando a 35%. Adicionalmente, se observó que un 20% de las mujeres en edad fértil no consumen suficiente Hierro alimentario, situación que aumenta a casi 60% durante el embarazo. Por ese motivo, la atención a esta situación nutricional es de relevante importancia y requiere del compromiso profesional del equipo de salud. Una mujer que transita su embarazo anémica tiene más probabilidades de sufrir un parto prematuro, de dar a luz un niño de bajo peso, de padecer anemia postparto y de tener menor respuesta frente a una crisis durante el parto.

La cantidad de Hierro que una mujer embarazada debe consumir es un 50% mayor en relación a la mujer no embarazada y es casi imposible cubrir esa cantidad sólo con alimentos. Por ese motivo, y frente a la situación epidemiológica de Argentina en relación a la prevalencia de anemia y consumo de Hierro, es indispensable que se suplemente (con hierro medicamentoso) a todas las mujeres embarazadas desde el primer control hasta el término del embarazo.

La dosis farmacológica recomendada diaria es de 60 mg de Hierro elemental (como Sulfato Ferroso) más 0,5mg de Ácido fólico durante el segundo y tercer trimestre. El suplemento debe ser consumido lejos de las comidas para evitar la acción de sustancias inhibidoras de su absorción. En caso de que el suplemento produzca intolerancias manifestadas como náuseas, dolores epigástricos, diarrea o constipación se podrá dividir la dosis en dos tomas diarias o consumir el suplemento junto con las comidas.

En Argentina se ha detectado que sólo un 24% de las embarazadas consume suplemento de Hierro; por tal motivo, y dado que las molestias gastrointestinales por su uso son frecuentes, es recomendable que el equipo de salud pregunte a la embarazada en cada consulta sobre el consumo efectivo de suplementos, la forma de su consumo y que sugiera alternativas para evitar que se discontinúe el mismo.

Además de la suplementación con Hierro, se recomienda indagar sobre el consumo de alimentos ricos en hierro: carnes (vacuna, pollo, pescado), vísceras (hígado, riñón), morcilla y leches adicionadas con hierro. Si la embarazada no los consume o los consume con poca frecuencia es importante aconsejarla sobre la incorporación de los alimentos ricos en Hierro, especialmente en hierro hemínico.

Si bien las carnes son la fuente de Hierro por excelencia, otras fuentes de Hierro son: legumbres, vegetales de hoja verde y alimentos fortificados. Dado que el hierro de estos alimentos no es de fácil absorción, se recomienda consumirlos con una pequeña porción de carnes y/o con vitamina C que podría provenir del uso de tomates frescos o salsa de tomates, pimientos, frutas frescas o jugos frescos de frutas, especialmente cítricos. Asimismo, es importante que la mujer no consuma té, mate, café ni gaseosas cola una hora antes o después de la comida, ya que estas bebidas inhiben la absorción del Hierro que no proviene de las carnes.

Ácido fólico

Durante el embarazo esta vitamina es indispensable para acompañar la rápida división celular que se produce, como así también reducir el riesgo de anemia. Durante los primeros 28 días del embarazo esta vitamina es fundamental para reducir hasta en un 75% el riesgo de un embarazo afectado por malformaciones del cierre del tubo neural. Es deseable que la mujer haya consumido suficiente Ácido fólico durante el período preconcepcional a través de una adecuada ingesta de alimentos y suplementos. En Argentina, la harina de trigo es enriquecida en forma obligatoria por la ley N° 25.630/02 con Hierro, Ácido fólico y otras vitaminas del grupo B, para contribuir a una adecuada ingesta de estos nutrientes.

Para asegurarse de que la mujer embarazada consuma suficiente ácido fólico, es necesario alentar la ingesta de vegetales de hoja verde oscuro (espinaca, acelga, lechuga criolla, etc),

brócoli; además, hígado, riñón, legumbres y productos elaborados con harina enriquecida como pan, galletitas, pastas secas, etc.

Vitamina C

Es una vitamina muy importante durante el embarazo y en Argentina aproximadamente el 70% de las mujeres en edad fértil o embarazadas no consume suficiente cantidad de este nutriente. Durante el embarazo la recomendación de vitamina C aumenta un 13%; sin embargo, cubrir su recomendación no es tan complicado. Si bien esta vitamina está ampliamente distribuida especialmente en frutas pero también en verduras, hay alimentos que la contienen en gran cantidad. A continuación, brindamos algunos ejemplos de alimentos para cubrir la recomendación de esta vitamina.

Cubren el 100% de la recomendación:

- 10 frutillas
- 1 naranja grande
- 1 kiwi grande
- 200 gr de brócoli
- 50 gr de morrón rojo

Fibra

La fibra es indispensable para una adecuada función intestinal que es un tema de especial interés durante el embarazo. En Argentina el 94% de las mujeres embarazadas no consume suficiente fibra (ENNyS, 2007) lo cual la transforma en un aspecto crítico de la alimentación. Dado que la fibra se encuentra fundamentalmente en frutas, vegetales y cereales integrales, indague sobre el consumo de estos alimentos y estimule su incorporación en cantidades adecuadas en la alimentación de todos los días.

Ácidos grasos esenciales

En líneas generales es recomendable que la alimentación no sea excesiva en grasas para evitar problemas de sobrepeso y riesgo cardiovascular. Sin embargo, no todas las grasas son iguales en cuanto a su calidad nutricional y en tal sentido es importante destacar los ácidos grasos presentes en los aceites vegetales.

Dada la importancia de esos ácidos grasos, evalúe el consumo de los mismos, y recomiende la ingesta de 4 cucharadas soperas de aceite vegetal sin cocinar (no en frituras ni salteados) en la preparación de las comidas.

12.3 Promoción de la Lactancia Materna

Existen innumerables evidencias científicas que confirman las ventajas de la lactancia materna (LM) para la madre, el niño y la sociedad en su conjunto, las mismas impactan en el corto, mediano y largo plazo.

La recomendación del Ministerio de Salud de la Nación, y de otros organismos como la OMS, UNICEF y la Sociedad Argentina de Pediatría, es alimentar a los niños con **“Lactancia materna exclusiva”** hasta el 6º mes de vida cumplido y lactancia materna con alimentación complementaria adecuada, oportuna e inocua entre los 6 y 24 meses o más. (Ver Anexo IV).

Dada la importancia de la lactancia materna para la salud de los niños pequeños, la prevalencia de su práctica es rutinariamente monitoreada desde la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (DINAMI). Durante el año 2010 se realizó el último relevamiento nacional en el cual se pudo observar que la lactancia materna exclusiva disminuye progresivamente hacia los 6 meses de vida siendo de 58% a los 2 meses y llegando a sólo un 28% a los 6 meses de vida. Para conocer más detalles sobre los indicadores de lactancia, pueden consultar el informe “Situación de la Lactancia Materna en Argentina año 2010” de la DINAMI.

Cada uno, desde su espacio de trabajo, puede contribuir con acciones que, en su conjunto, conduzcan a estimular y proteger la lactancia materna. Durante el control prenatal y a lo largo de todas las visitas se sugiere realizar las siguientes actividades:

- Identificar mujeres en riesgo para la lactancia (fracasos anteriores, trabajo fuera del hogar, opinión de la madre y la familia desfavorable, etc.).
- Informar sobre los beneficios de la lactancia materna para el niño, la madre y la familia.
- Informar las desventajas del uso de leches artificiales, así como de la incorporación de otros líquidos u otros alimentos antes de los 6 meses de edad.
- Realizar examen mamario a efectos de descartar patología para la lactancia.
- Indicar cuidados apropiados de higiene del pezón y mama: no cepillado, ni cremas, ni jabones; sólo agua, aire y sol.
- Informar sobre técnicas correctas de amamantamiento (posiciones, colocación del bebé al pecho, eje madre-niño, etc.).
- Insistir en la importancia de la lactancia materna a demanda evitando estipular tiempos rígidos para la alimentación.
- Explicar maniobras de extracción de leche y conservación de la misma para cuando la mamá deba ausentarse o iniciar su actividad laboral.

- La actitud de la institución (hospitales, centros de salud, etc) frente a la lactancia materna pueden hacer una inmensa diferencia en su promoción, protección y continuidad.

Alentamos a las instituciones a iniciar o profundizar sus trabajos para acreditar como **Hospitales o Centros de Salud Amigos de la Madre y el Niño**; como así también a respetar el **Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna**, ya que todas estas iniciativas en su conjunto contribuyen a mejorar los indicadores de lactancia en la población.

12.4 Salud reproductiva y procreación responsable

En el año 2003 se aprobó la Ley 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable dentro del ámbito del Ministerio de Salud.

El programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna, y sus objetivos son:

- Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia.
- Disminuir la morbilidad materno-infantil.
- Prevenir embarazos no deseados.
- Promover la salud sexual de los adolescentes.
- Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/Sida y patologías genitales y mamarias.
- Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.
- Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

La información y la consejería sobre métodos anticonceptivos se enmarca dentro del proceso de asesoramiento en planificación familiar. Durante este proceso el profesional pone a disposición de cada mujer y cada varón los conocimientos necesarios para que elijan libre y responsablemente el método a utilizar, si es que deciden hacerlo.

El papel que desempeña el equipo de salud es de gran importancia. Su función consiste no sólo en la entrega gratuita de métodos anticonceptivos, sino que también debe facilitar el acceso a los servicios de salud, brindar información y consejería, promover el desarrollo de una sexualidad sana, placentera y sin riesgos, asegurar la continuidad del método elegido y detectar el mal uso o abandono del mismo.

El objetivo primordial que en esta etapa deberá cumplir el equipo de salud será apoyar a la persona o pareja a elegir el momento apropiado para lograr un embarazo, definir la cantidad de hijos que tendrán o evitar el embarazo.

12.5 Adicciones y embarazo

Existen estilos de vida que pueden ser riesgosos para la mujer y su futuro hijo. El embarazo suele ser un momento especial en el que la mayoría de las mujeres están dispuestas a hacer “sacrificios” para garantizar la salud de su futuro hijo. Por esta razón, muchos programas para cesación del tabaquismo, el alcohol y las drogas suelen tener más éxito durante este período.

Sabiendo que es difícil para los prestadores interrogar estos aspectos y que también es complejo para las mujeres admitir algunas de estas situaciones y que las mismas pueden variar a lo largo del embarazo, se recomienda reinterrogar estos aspectos.

Esta búsqueda en diferentes instancias, permitirá constatar si las intervenciones desarrolladas son exitosas o por el contrario si las mismas fracasan.

Los servicios deberán tener establecidos los pasos para brindar apoyo en las situaciones en las que se establezcan estos diagnósticos. La falta de respuesta o la improvisación pueden ser altamente perjudiciales.

Tabaquismo

El consumo de tabaco debe **EVITARSE** durante todo el embarazo y el puerperio.

Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en 2009, el 26% de las mujeres argentinas en edad fértil son fumadoras y tienen un consumo promedio de 9,4 cigarrillos por día. Asimismo, un 34% está expuesta al humo de tabaco ajeno.

Hay poca información acerca de la prevalencia del consumo de tabaco durante el embarazo en nuestro país. Una encuesta que se llevó a cabo en Argentina durante 2005 y 2006 muestra que el consumo de tabaco durante el embarazo es culturalmente aceptable y que la prevalencia de tabaquismo durante el embarazo era del 10,3% comparada con 18,3% en Uruguay, 6,1% en Brasil, 0,8% en Ecuador y 0,8% en Guatemala. Por otro lado, los datos recogidos sistemáticamente en una red perinatal de 30 hospitales públicos, que atienden aproximadamente 90.000 partos por año, en la Provincia y Ciudad de Buenos Aires en 2008, muestran que el 15% de las mujeres reportaron tabaquismo en su primer control prenatal. Más recientemente, un estudio del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) realizado entre noviembre de 2010 y marzo de 2011 a 800 mujeres embarazadas mostró que el 32,3% eran fumadoras. De éstas, el 19% había dejado de fumar en algún momento de la gestación y el

13,3% había continuado fumando. Esto sugiere que Argentina está entre los países con mayor tasa de tabaquismo durante el embarazo de Latinoamérica y probablemente del mundo.

Las mujeres fumadoras tienen mayor riesgo de: infertilidad primaria y secundaria, embarazo ectópico, aborto espontáneo, ruptura prematura de membranas, desprendimiento placentario, placenta previa, parto prematuro, menor intención de amamantar a sus hijos, menor probabilidad de comenzar a amamantar y mayor probabilidad de amamantar por menor tiempo que las no fumadoras. Las mujeres que dejan de fumar antes o durante el embarazo, reducen su riesgo de ruptura prematura de membranas, embarazo pretérmino y bajo peso del recién nacido y las mujeres que dejan de fumar en el primer trimestre tienen hijos de peso similar a los de las no fumadoras.

A su vez, los hijos de madres que fuman durante el embarazo tienen mayor riesgo de bajo peso al nacer y de algunas malformaciones congénitas como: malformaciones cardíacas, paladar hendido y labio leporino. El consumo de tabaco durante el embarazo duplica el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante y aumenta el riesgo de patologías respiratorias (asma, bronquitis y neumonías a repetición), de otitis, de trastornos de conducta, de trastornos de aprendizaje, de obesidad, de diabetes tipo 2, de caries, de adicción en la adolescencia y de cáncer de pulmón en la edad adulta, entre otros.

Exposición al humo de tabaco ambiental

El humo de tabaco posee unas 7000 sustancias tóxicas entre las cuales hay unas 70 que han probado ser cancerígenas. El humo de tabaco puede permanecer hasta dos semanas en un ambiente cerrado, a pesar de que se abran las ventanas (queda “pegado” en acolchados, alfombras, tapizados, etc). Por esto es muy importante recomendar que el hogar y el automóvil sean 100% libres de humo: los convivientes fumadores deben fumar afuera.

Existe evidencia de que la exposición de las embarazadas no fumadoras al humo de tabaco ambiental se asocia con parto prematuro y menor peso del recién nacido.

Si la embarazada trabaja se debe recomendar que su lugar de trabajo también sea 100% libre de humo.

Alcohol

El consumo de alcohol durante el embarazo se ha asociado con defectos físicos y psíquicos al nacer que reciben el nombre de síndrome alcohólico fetal (SAF).

No se han demostrado niveles de seguridad para beber alcohol durante el embarazo y la lactancia, por lo cual, **no se recomienda el consumo de alcohol durante el embarazo.**

El alcohol atraviesa la placenta y es metabolizado muy lentamente, por lo que los niveles en

la sangre del feto suelen ser mucho más altos y permanecer por mucho más tiempo que en la madre. Este efecto puede ser teratogénico para el feto.

El SAF es una de las causas más comunes de retardo mental y es totalmente prevenible. Además de los síntomas neurológicos, suelen ser pequeños para la edad gestacional y tener alteraciones morfológicas características (ojos y nariz pequeños, mejillas planas) y en ocasiones algunas variedades de cardiopatía congénita.

Las alteraciones morfológicas, suelen vincularse con el consumo de alcohol en el primer trimestre, los problemas del crecimiento, en cambio, están relacionados con el consumo en el tercer trimestre. Pero el efecto del alcohol sobre el cerebro fetal se produce durante todo el embarazo. De los aspectos vinculados al SAF, el consumo de alcohol durante el embarazo, ha sido asociado con **mayor riesgo de aborto, muerte fetal y BPN.**

Los profesionales de salud deberán hacer énfasis en recordar a las mujeres gestantes, que apenas sepan o sospechen que están embarazadas, deben **suspender** el consumo de bebidas alcohólicas, ya que no se ha determinado cual es el nivel seguro.

Finalmente, el consumo de alcohol durante la lactancia puede disminuir la eyección láctea y provocar algunos trastornos neurológicos menores en el recién nacido.

En caso que una mujer embarazada necesite ayuda para suspender el consumo de alcohol durante el embarazo y no se cuente con servicios institucionales, se la podrá vincular con organizaciones locales de Alcohólicos Anónimos, manteniendo el vínculo con los equipos obstétricos a fin de evitar que la mujer se sienta poco contenida.

Recientemente, se ha demostrado que las mujeres en alto riesgo de exposición al alcohol durante el embarazo se benefician de sesiones con un consejero para reducir el consumo.

Drogas

El porcentaje de mujeres que usa drogas ilegales como la marihuana, cocaína, éxtasis, anfetaminas o heroína es difícil de determinar, pero se estima sea inferior al 3% de los embarazos según datos comunicados por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Estas y otras drogas ilegales pueden provocar diversos riesgos durante el embarazo. Algunas de ellas se asocian con recién nacidos pequeños para la edad gestacional o un amplio espectro de síntomas como, defectos congénitos, problemas de conducta o aprendizaje. Pero como la mayoría de las gestantes que consumen drogas ilegales también consumen alcohol y tabaco, es difícil determinar cuales son los problemas de salud específicamente provocados por las drogas ilícitas.

Cocaína

La cocaína usada durante el embarazo puede afectar a la madre y su feto de diversas maneras. Durante los primeros meses, puede aumentar el riesgo de aborto, más tardíamente, puede desencadenar un parto de pretérmino o generar una restricción del crecimiento intrauterino (RCI), con el riesgo de provocar un recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG).

Está establecido que los niños PEG tienen 20 veces más probabilidades de morir en el primer mes de vida que los niños con peso adecuado. Los sobrevivientes a su vez, corren mayor riesgo de presentar discapacidades incluyendo retardo mental y parálisis cerebral. Los niños expuestos durante su vida intrauterina a la cocaína suelen tener perímetro cefálico más pequeño lo que indirectamente refleja un menor desarrollo del cerebro. También se ha sostenido que los niños expuestos a la cocaína, corren mayor riesgo de presentar defectos congénitos, especialmente defectos del tracto urinario y posiblemente cardiopatía congénita.

Se ha mencionado un posible aumento de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en las gestantes que consumen cocaína.

Los recién nacidos que han estado expuestos a la cocaína muestran menor atención y reflejos que los recién nacidos no expuestos. Algunos recién nacidos podrían presentar excesivo llanto y temblores de forma similar al síndrome de abstinencia de los adultos, otros pueden presentar dificultades para dormir o por el contrario permanecer durmiendo por muchas horas, se ha comunicado que los hijos de madres cocainómanas tienen mayor probabilidad de sufrir un síndrome de muerte súbita y mayor dificultad para alimentarse. Estos trastornos suelen ser transitorios y revierten en los primeros meses de vida.

Marihuana

Algunos estudios sugieren que los hijos de madres que consumían marihuana durante el embarazo, tienen mayor probabilidad de presentar una RCI y de nacer prematuros. Ambos aspectos favorecen la posibilidad que el niño al nacer tenga bajo peso.

Algunos niños al nacer podrían presentar excesivo llanto y temblores de forma similar que el síndrome de abstinencia en los adultos. Hasta el momento, no se ha demostrado un riesgo elevado de problemas de aprendizaje o conducta en estos niños.

Aquellas mujeres que deseen abandonar el consumo de drogas durante el embarazo, deberán ser apoyadas en tal emprendimiento y referidas a organizaciones que se especialicen en atender a personas con drogodependencia.



**El control
puerperal**

El control puerperal

Definición

Es el período en el que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas. Esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pregrávido. Este período se extiende convencionalmente hasta 45-60 días del pos parto.

Estos cuidados centrados en la madre, el niño y su familia deben brindarse con amabilidad, respeto y dignidad, siendo esencial establecer una adecuada comunicación del equipo de salud con la mujer y su familia, tomando en cuenta su cultura, sus costumbres, su nivel de educación y su idioma.

Las mujeres deberán recibir información relevante y oportuna que las ayude a tomar un rol protagónico en sus propios cuidados en salud y los de su bebé y a reconocer y responder ante un problema.

Objetivos del control puerperal

Si bien la mayoría de las mujeres y sus bebés atraviesan este período sin complicaciones, el cuidado que ambos deben recibir durante esta etapa deberá garantizar la prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos y adecuados de cualquier desviación en la recuperación satisfactoria luego del nacimiento.

Etapas del puerperio

Desde el punto de vista clínico se divide en diferentes momentos evolutivos:

1. **Puerperio Inmediato:** Comprende las primeras 24 hs posteriores al nacimiento.
2. **Puerperio precoz:** Abarca del 2º al 10º día posnatales.
3. **Puerperio alejado:** Se extiende desde el día 11 hasta los 42 días luego del parto
4. **Puerperio tardío:** Abarca desde el día 43 hasta los 60 días posteriores al nacimiento. De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10, este período se extiende hasta los 364 días cumplidos.

1. PUERPERIO INMEDIATO

Luego del parto comienza un tiempo de observación por parte del personal de salud (Enfermero/a, Obstétrico/a. Médico/a) de la madre y el recién nacido. Durante las primeras dos horas, ambos se adaptan a este nuevo estado.

La permanencia continua del recién nacido con su madre en internación conjunta favorece el vínculo temprano y el comienzo precoz de la lactancia materna.

Se deben realizar los controles de rutina ya que durante dicho período se producen la mayoría de las hemorragias post parto, causadas principalmente por atonía uterina, retención de restos placentarios y desgarros cervicales o vaginales.

Por ello deberá vigilarse:

Estado clínico

- **Estado general:** Evaluación del sensorio, mucosas y conjuntivas coloreadas.

Temperatura axilar: Es un parámetro clínico de suma importancia en el control puerperal. Se recomienda su registro por parte del personal de Enfermería cada 6 a 8 hs, salvo que existan situaciones individuales que ameriten mayor frecuencia de control. Habitualmente los valores oscilan entre $\geq 36^{\circ}\text{C}$ a $\leq 37^{\circ}\text{C}$.

Coincidiendo con la “bajada de la leche”, alrededor de las 48-72 hs del nacimiento, puede registrarse un leve y transitorio aumento de la temperatura axilar, que no supera los 38°C .

- **Pulso:** es lleno, regular y amplio; La frecuencia habitual del pulso de la puérpera normal oscila entre 60 y 70 latidos por minuto. Tener en cuenta que registros cercanos a 100 latidos por minuto obligan a descartar cuadro infeccioso, anemia u otras patologías subyacentes.
- **Tensión arterial:** Es también un parámetro clínico de importancia en el control puerperal. Se recomienda su registro por parte del personal de Enfermería cada 6 a 8 hs, salvo que existan situaciones individuales que ameriten mayor frecuencia de control. Los valores del control tensional durante el puerperio siguen los mismos estándares de normalidad establecidos para el embarazo.
- **Involución uterina:** Mediante palpación abdominal se debe constatar la formación y permanencia del globo de seguridad de Pinard que indica una efectiva retracción uterina.

El útero se encontrará a nivel de la línea umbilical o infraumbilical, con límites bien definidos y una consistencia firme y elástica.

Durante este período continúa la actividad contráctil del miometrio, lo que puede generar una sensación de dolor leve, especialmente coincidiendo con la succión del recién nacido, que cede espontáneamente o con analgesia de primera línea (AINE's)

- **Loquios:** En las primeras 48hrs. después del parto o cesárea son abundantes, su aspecto y color es sanguinolento. Recién al tercer día se vuelven serosanguinolentos, disminuyendo su cantidad progresivamente. Alrededor del 10º día son serosos y suelen desaparecer a los 15-20 días.

Tener en consideración cualquier modificación de la cantidad (en demasía o ausencia), aspecto u olor, a fin de diagnóstico y tratamiento oportuno de alguna complicación.

- **Evacuación de los emuntorios:** Se vigilará desde un comienzo la diuresis espontánea y las deposiciones. Estas ocurren habitualmente al tercer día y se ven facilitadas con una adecuada hidratación, alimentos ricos en fibras y deambulación.

Cuidados locales

Para la higiene corporal se procederá al baño de ducha DIARIO y se evitará el de inmersión.

La región perineal deberá higienizarse con un simple lavado externo, con agua tibia y jabón neutro o antisépticos por lo menos 2 veces al día o luego de las deposiciones.

Las duchas vaginales no son útiles ni beneficiosas. La episiotomía debe mantenerse limpia, y seca. Una vez finalizada la limpieza, es necesario colocar un apósito, compuesto por una planchuela de algodón hidrófilo rodeado de gasa. No se debe utilizar algodón directamente, porque al retirarlo las hilachas que quedan adheridas favorecen la contaminación. El apósito se renovará varias veces al día.

- **Antiespasmódicos y analgésicos:** El dolor en el puerperio inmediato o después de un parto normal puede ser causa de la episiotomía o de los dolores tipo cólicos en el hipogastrio (entueños) Para el tratamiento del dolor se prescriben antiespasmódicos y analgésicos del grupo AINE (Paracetamol, Diclofenac, Ibuprofeno) .
- **Control de las mamas y apoyo a la lactancia materna:** Se vigilará el estado de turgencia de las mamas, la secreción de calostro y de leche, la ausencia de signos inflamatorios, presencia de grietas en el pezón, la posición en la que amamanta y la prendida del bebé, también se hará hincapié en la importancia del amamantamiento a libre demanda.

El profesional de salud debe conocer y transmitir los beneficios a corto, mediano y largo plazo sobre los beneficios de la lactancia materna, tanto para la madre como para el bebé.

- **Consejería en salud sexual y reproductiva:** luego del nacimiento, la mujer suele disminuir su deseo sexual durante un tiempo, período que suele coincidir con la etapa de los loquios.

Comenzar la actividad sexual mientras la mujer aún tiene loquios puede elevar el riesgo de infecciones uterinas, por lo que se sugiere abstenerse durante este tiempo. Posteriormente, la mujer puérpera junto a su pareja decidirán cuando recomenzar la actividad sexual, recordando que es conveniente haber elegido un método anticonceptivo en forma previa, ya que si bien es raro que la mujer que amamanta ovule en los primeros tres meses de puerperio, esta posibilidad puede ocurrir.

De optar por anticonceptivos orales, se indicará los formulados con progestágenos sin estrógenos, ya que los estrógenos son secretados por la lactancia materna y pueden causar efectos sobre el recién nacido. Este tipo de anticonceptivo se administra en forma continua hasta que la mujer deje de dar de amamantar. **Si la lactancia materna no es exclusiva, este anticonceptivo disminuye su efectividad.**

- **Alta Hospitalaria:** será otorgada siempre y cuando las condiciones físicas y emocionales maternas sean las adecuadas.

Después de un parto vaginal, el alta hospitalaria se indicará a partir de las 48 horas post parto y a partir de las 72 horas de un post operatorio de cesárea.

Debemos aprovechar que el puerperio Inmediato transcurre durante la internación de la madre y el recién nacido para instalar una práctica diaria institucionalizada en la maternidad: el **Consultorio de Alta Conjunta de Madres y Recién Nacidos.**

Además de la madre y el bebé que se van de alta, más algún familiar si lo deseara, participan de él:

- un/a **Licenciado/a en Obstetricia/ Enfermería/ Psicología/Trabajo Social**
- un **profesional Médico Tocoginecólogo**
- y un **Neonatólogo o Pediatra**

Sus objetivos son:

- **Completar el llenado de la Historia Clínica y el Carne Perinatal** del binomio madre-hijo que se va de alta, con fines documentales y estadísticos.
- Certificar que las pacientes han recibido la información prevista sobre lactancia, cuidados post-parto, consejería en SS y PR y puericultura previstas en este proceso.
- Confirmar que se ha realizado la pesquisa neonatal prevista en la ley
- Confirmar la entrega de materiales previstos en esta estrategia (elementos sanitarios, folletos, libreta sanitaria).
- Constituir un **espacio de consejería y de atención de dudas** y consultas acerca de los cuidados de la madre y el recién nacido.
- Realizar la evaluación del riesgo socio sanitario.
- Realizar **la contrarreferencia al Primer Nivel de Atención.**
- Establecer los mecanismos de derivación en función del riesgo social detectado

Situaciones especiales

● *Puérperas de post operatorio de cesárea*

Estas puérperas recibirán indicaciones para el cuidado de la herida que deberán realizar en su casa, antes de concurrir al primer control puerperal en el centro de salud.

Estas indicaciones incluirán:

- Descubrir diariamente la herida, previa higiene de manos y cepillado de uñas.
- Realizar cura plana con gasas estériles embebidas en alcohol de 96° o antiséptico tipo Iodopovidona.
- Observar signos de alarma como: dolor, rubor, tumefacción o secreción. **Si aparece alguno de estos signos luego del alta a las 72 horas del post operatorio, consultar al centro de salud más cercano al domicilio.**

- Cubrir nuevamente la herida con gasa estéril y seca, y sostener con cinta adhesiva, hasta el día siguiente.
- Antibióticos, en caso de ser necesarios y prescriptos.
- Analgésicos del grupo AINE
 - Paracetamol 500 mg c/ 6-8 hs
 - Ibuprofeno 400 mg c/ 6-8 hs
 - Diclofenac 50 mg c/ 6-8 hs.

Durante el primer control puerperal, al 7° día del post operatorio, además de las actividades antes detalladas que corresponden al control en esta etapa, se realizará la cura plana y la evaluación de la herida en el centro de salud por el profesional a cargo del control puerperal.

En caso de identificar alguno de los signos de alarma se evaluará el riesgo. Si se considera necesario, se derivará a un centro de complejidad.

Se realizará un 2° control a los 14 días del post operatorio y se evaluará la herida teniendo en cuenta el retiro de los puntos de sutura de piel.

Consideraciones

- Las mujeres que han tenido una cesárea tienen un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica (tanto de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar), por lo que los profesionales de salud deben prestar especial atención a las mujeres que tienen síntomas respiratorios (como tos o falta de aliento) o bien síntomas en los miembros inferiores (como inflamación dolorosa de los mismos).
- Sólo después de haber alcanzado plenamente su recuperación, podrán reanudar actividades habituales tales como conducir un vehículo, cargar objetos pesados, hacer ejercicio físico o mantener relaciones sexuales.
- Los profesionales de la salud que atienden a las mujeres que han tenido una cesárea deben informarles que esta circunstancia no aumenta su riesgo de tener dificultades para la lactancia materna, depresión, síntomas de estrés post-traumático, dispareunia o incontinencia del esfínter anal.

• *Puérperas post aborto, muerte perinatal o RN malformado*

Se debe asegurar la rehabilitación integral (bio-psico-social) de las puérperas con aborto espontáneo habitual, muerte perinatal o recién nacido malformado, evaluando la necesidad de un manejo interdisciplinario.

2. PUERPERIO PRECOZ

Constituye el período de máxima involución de los órganos genitales y de instalación de la lactancia materna.

La puérpera de bajo riesgo será referida al Centro de Salud de origen, a fin de que el profesional realice el control de salud materna evaluando:

- Estado general (facies, conjuntivas, mucosas, edemas, várices).
- Pulso, temperatura, peso y tensión arterial.
- Examen mamario, promoción y consejería en la Lactancia Materna (evaluar posibles problemas en la lactancia).
- Involución uterina.
- Examen ano-perineo-vulvar (genitales externos, episiorrafia, loquios).
- Evaluación de diuresis y catarsis.
- Evaluación alimentaria materna.
- Consejería en salud sexual y procreación responsable.

3. PUERPERIO ALEJADO

Al finalizar este período concluye prácticamente la involución genital y se alcanza, en términos generales, el estado pregrávidico. Si no se ha establecido la lactancia, sobreviene la primera menstruación.

Se recomienda el segundo control puerperal con el objeto de evaluar la evolución de la salud materna y brindar asesoramiento sobre salud reproductiva y procreación responsable, con el objeto de lograr un período intergenésico adecuado.

En algunos casos, éste será el último control entre la mujer y el equipo de salud, por lo que es recomendable efectuar un examen clínico general y ginecológico en caso de que fuere necesario.

4. PUERPERIO TARDÍO

Se asocia, en la mayor parte de los casos, con la mujer que amamanta.

Se deben reforzar acciones de promoción de la salud (prevención de cáncer genito mamario, beneficios de la planificación familiar, continuidad de la lactancia materna).

■ Patologías puerperales prevalentes

Se pueden clasificar las complicaciones post-parto en: tempranas, aquellas que se manifiestan en las primeras 48 horas, y tardías las que aparecen desde el 3º día a la 6ª semana.

Existen etiologías infecciosas y no infecciosas, dentro de estas últimas, la tensión mamaria y la reabsorción de líquidos y hematomas ocupan un lugar importante. La incidencia global de infección es del 5% al 7%, siendo la endometritis el proceso más frecuente.

Fiebre en el puerperio

Se define como fiebre en la paciente post-parto a la detección de dos o más picos febriles > 38 °C que se manifiesta entre el 1º y 10º día del puerperio.

La causa de la fiebre es detectable al realizar un examen físico completo. El examen debe abarcar tanto las áreas genitales como extragenitales. Además, exige la solicitud de exámenes complementarios tales como hemograma completo, urocultivos, hemocultivos, y muestras de punciones y aspiraciones de áreas flogóticas para cultivo.

Los cuadros que más frecuentemente originan fiebre en el puerperio son:

Endometritis

Es la infección del endometrio y decidua. Si se extiende al miometrio se denomina endomiometritis.

La incidencia de endometritis postparto vaginal es de 1% a 3 %, presentando una incidencia 10 a 20 veces mayor luego de una cesárea.

La endometritis puerperal es una infección polimicrobiana (cocos gram positivos aerobios y anaerobios; bacilos gram negativos aerobios y anaerobios). Cuando una paciente manifiesta fiebre alta y sostenida en las primeras 24 a 48 horas postparto, es importante considerar al *Streptococo agalactiae* y al Hemolítico grupo A. En las endometritis tardías (14 a 40 días postparto), puede estar involucrada la *Chlamydia trachomatis* y debe ser contemplada en la elección del esquema antibiótico empírico.

Diagnóstico

El diagnóstico de endometritis es fundamentalmente clínico. Si bien los síntomas son: fiebre, dolor pelviano, secreciones vaginales purulentas, hemorrágicas o malolientes, y leucocitosis, no siempre están presentes en forma completa. Las manifestaciones clínicas pueden ser muy variadas. **En el 50 % de los casos se presenta como fiebre sin foco.**

Cuando la fiebre se prolonga más allá de 48 horas y se acompaña de repercusión del estado general, se deberá realizar una evaluación integral que incluya examen físico completo y ginecológico, con colocación de espéculo para visualizar loquios y el aspecto macroscópico del cuello. La inspección bi-manual (tacto vaginal y la palpación abdominal) permitirá evaluar si la infección ha excedido los límites del aparato genital.

En relación con el inicio de las manifestaciones clínicas, el 25 % de los casos de endometritis se manifiestan en las primeras 48 horas postparto; el 50 % entre los días 3 y 7; y el 25 % restante, más allá de los 7 días.

Es importante tener en cuenta que no es necesario el diagnóstico etiológico en la Endometritis, para realizar un tratamiento antibiótico adecuado. Los microorganismos implicados son predecibles. Por otro lado, las técnicas de obtención de muestras de la cavidad uterina son complejas. Se produce una alta tasa de contaminación de los cultivos tomados a través de la vagina, y no son de utilidad clínica. La muestra más útil y representativa (por menor tasa de contaminación) son los hemocultivos, con una tasa de recuperación del 10% al 20 %, y hasta el 50% en pacientes febriles post-cesárea.

La toma de urucultivos también está recomendada, ya que su resultado contribuirá en la posibilidad de descartar otros focos en los diagnósticos diferenciales.

El hemograma y la eritrosedimentación no resultan definitorios en la evaluación de la paciente febril post-parto. Asimismo, se han detectado valores de recuentos de glóbulos blancos con leucocitosis en púperas normales. Lo mismo ocurre con la eritrosedimentación.

La ecografía abdominal suele detectar un útero aumentado de tamaño y una cavidad uterina ocupada por pequeños hematomas, que suelen ser parte de un puerperio normal. La mayoría de las veces la ecografía no ayuda a definir el diagnóstico de Endometritis, pero sí a descartar otras patologías.

En la paciente con falta de respuesta al tratamiento antibiótico, se evaluará la solicitud de tomografía computada con contraste para el diagnóstico de absceso, hematoma, celulitis pelviana o tromboflebitis séptica.

Otra posibilidad es la emergencia de infecciones por *Enterococcus faecalis* o *Enterobacter cloacae*, especialmente frecuente en infecciones post-cesárea con regímenes de antibióticos profilácticos o previos prolongados.

También está justificado descartar infecciones nosocomiales secundarias, bacteriemias asociadas a catéteres endovasculares o infecciones urinarias en pacientes que hayan requerido colocación de sonda vesical.

Tratamiento

En pacientes con fiebre y descartados otros focos, se comenzará tratamiento antibiótico empírico y se evaluará la respuesta al tratamiento.

Se sugiere utilizar en el tratamiento empírico, antibióticos con cobertura para bacilos Gram (-), estreptococos y anaerobios.

Los antibióticos generalmente no modifican las manifestaciones clínicas en las primeras 24 horas de evolución, pero evitan que la infección se torne más severa.

Si se eligen combinaciones antibióticas se tendrán en cuenta las combinaciones más recomendadas en la bibliografía tales como Clindamicina + Gentamicina; Ampicilina + Gentamicina + Metronidazol; Ceftriaxona + Metronidazol.

Es importante tener presente que la combinación de Clindamicina + Gentamicina puede administrarse en el mismo set de infusión ya que no hay incompatibilidades entre ambas drogas. Pueden seleccionarse regímenes de aminoglucósidos en monodosis.

De los esquemas con monoterapia, nos orientamos hacia Ampicilina/Sulbactam en la paciente sin antecedentes de antibióticos previos o internación prolongada.

La duración del tratamiento antibiótico tendrá directa relación con la respuesta clínica. Puede discontinuarse con 24-48 horas de mejoría clínica y curva térmica autolimitada.

Muchos trabajos han demostrado que son innecesarios regímenes antibióticos más prolongados. La revisión del Cochrane 2007 plantea como apropiada la asociación Clindamicina + Gentamicina (esta última en régimen de monodosis), y se sugiere que en los casos de Endometritis no complicadas, una vez que se ha logrado la defervescencia con el tratamiento parenteral, no es necesario continuar tratamiento con antibióticos orales.

Las pacientes que presenten retención de restos ovulares requerirán además del tratamiento médico (indicación de antibióticos), el quirúrgico (legrado de la cavidad uterina) para la evacuación uterina.

Prevención

El uso de antibióticos profilácticos en las cesáreas reduce en forma significativa la incidencia de endometritis postparto. Los esquemas recomendados plantean monodosis de cefalosporinas de primera generación, previo a la incisión en piel, dado que reducen la incidencia de endometritis e infecciones postparto sin modificar los resultados neonatales.

También, resulta fundamental el cumplimiento de medidas de bioseguridad que incluyen, entre otras, minimizar el número de tactos vaginales, realizar el adecuado lavado de manos y usar guantes para el examen ginecológico de las pacientes

Para recordar:

- La mitad de las veces, la fiebre es el único síntoma presente en una endometritis post-parto, y la respuesta al tratamiento antibiótico confirma el diagnóstico.
- Los tratamientos antibióticos son parenterales y cortos. Se sugiere no extender más allá de las 24 a 48 horas, luego de la respuesta clínica.
- El cultivo de loquios resultan muy trabajosos en su procesamiento y no aportan información útil clínicamente. No se recomienda realizarlos.

Infección mamaria puerperal

• Grietas y fisuras del pezón

Las grietas constituyen heridas superficiales, mientras que las fisuras se profundizan hasta alcanzar la dermis. Generalmente ocupan una parte de la base del pezón, en semicírculo o circundándolo por completo. Su etiología se relaciona con defectos en la colocación al pecho y o la prendida del bebé, y no con succión frecuente ni mamadas prolongadas.

A veces son lesiones múltiples ubicadas a distintas alturas del cono del pezón, en cuyo caso adquieren el aspecto de una vesícula del tamaño de una cabeza de alfiler, que al romperse deja salir un líquido claro. La cubierta cae y deja una superficie ulcerada, que se agranda y se profundiza, o bien evoluciona hacia la curación. La grieta se cubre de una costra que se forma cuando sangra, por la succión del niño, quien en la siguiente lactada puede desprenderla, dejando la herida nuevamente al descubierto.

El síntoma más importante es el dolor, generalmente muy intenso, con irradiación al parénquima mamario. Si el niño presenta vómitos de sangre o deposiciones en forma de melena, habrá que tener en cuenta, antes de alarmar a los familiares, que ello puede deberse a la succión de la sangre que sale por la grieta. El diagnóstico se hace al localizar la grieta o la fisura.

El pronóstico de la grieta en sí es benigno, pero constituye una indiscutible puerta de entrada para la infección. Otra consecuencia es que en algunos casos puede llevar, por el dolor, a espaciar las mamadas, a la hipogalactia o aun a la supresión total de la lactancia.

Tratamiento curativo

- Evaluar y corregir la técnica de ser necesario (postura y prendida)
- Comenzar a amamantar por el pecho menos dolorido.
- Buscar la posición en que haya menos dolor (las mandíbulas paralelas al eje mayor de la grieta para evitar que la misma se abra). (Ver Anexo IV)
- No disminuir el tiempo de las mamadas.
- Para retirar al bebé del pecho romper el vacío con el dedo. (Ver Anexo IV)
- Luego de cada mamada colocar unas gotas de leche sobre los pezones (la leche materna tiene propiedades cicatrizantes) y permitir que se sequen al aire.
- Exponer los pechos diariamente al aire y al sol.
- Eventualmente aplicar pomadas cicatrizantes que contengan vitamina A (sin corticoides ni antibióticos).
- Promover medidas de higiene básicas para disminuir el riesgo de infección.
- Brindar contención emocional a la madre

La lactancia proseguirá, eventualmente mediante el uso de pezoneras siliconadas cuya higiene entre tomas debe ser meticulosa; en casos de dolor intolerable puede ser necesario el reposo mediante la suspensión transitoria de tal función en la mama agrietada indicando la extracción de leche (en estos casos preferentemente manual) a fin de prevenir la estasis láctea.

Si se sospecha de alguna infección (ej: Cándida Albicans) en la boca del bebé, los pezones de la madre, y/o la zona del pañal, se deberá tratar al binomio consultando previamente al profesional médico.

• Taponamiento de Conductos

Se manifiestan por zonas del pecho endurecidas y dolorosas. En una etapa posterior se agregan rubor y calor locales. Se observa con frecuencia cuando el bebé toma menos leche de la que produce la madre, y/o cuando no se varía la posición para amamantar. Es importante su atención temprana para evitar el dolor y las complicaciones, como la mastitis durante la lactancia.

Prevención

- Variar las posiciones para amamantar
- Colocar la barbilla del bebé en dirección a la dureza para favorecer el vaciamiento de dicha zona
- Reforzar la libre demanda y aumentar la frecuencia de mamadas
- Masajear suavemente la región afectada antes y durante la mamada
- Colocar paños de agua tibia varias veces al día en la zona afectada masajeando en dirección al pezón.
- Extraer pequeñas cantidades de leche para disminuir la molestia del área afectada.
- aconsejar el uso de corpiños holgados y sin aro.

Mastitis

La mama de la puérpera presenta, a partir de las 48 a 72 horas post-parto, un proceso de tensión mamaria fisiológica no eritematosa de 4 a 16 horas de evolución que refleja la Lactogénesis II o inicio de la secreción copiosa de leche. El manejo de esta tensión mamaria fisiológica consiste en mamadas frecuentes y efectivas, y en ciertos casos exige la expresión manual o mecánica de la mama.

Los procesos que involucran a la glándula mamaria en el puerperio pueden clasificarse en estasis de la leche, inflamación no infecciosa y mastitis infecciosa. Esta última se diferencia del resto porque la muestra de leche tendrá recuentos de leucocitos $> 106/\text{ml}$ y recuento bacteriano $> 103/\text{ml}$; sin embargo, el diagnóstico es generalmente clínico.

Algunas investigaciones reportan prevalencias de mastitis postparto de hasta el 30%, con formación de abscesos en 10% de los casos. Otras, plantean prevalencias del 5%. Se han

identificado tres factores como determinantes de la génesis de la mastitis: colonización materna por *Staphylococcus aureus*, flora nasofaríngea del recién nacido y la estasis de leche.

Generalmente se presenta después de la primera semana postparto. Se especula que hasta un 10% de las mujeres que presentaron tumefacción mamaria no resuelta tendrán luego mastitis. Esto puede asociarse a la introducción de complementos alimentarios que al disminuir la frecuencia de las mamadas produce retención de leche en los conductos con tumefacción.

En general, muchas pacientes con este diagnóstico, al ser reinterrogadas revelan déficit en la técnica de amamantamiento así como antecedentes de episodios de mastitis en gestas previas.

Prevención

- Medidas de prevención señaladas para posibles dificultades de la lactancia.
- Atención temprana de grietas, fisuras y pezones dolorosos.
- Detección temprana de madres con episodios de mastitis en gestas previas.

Etiología

Los agentes más frecuentes involucrados son el *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *estreptococos* y, con menor probabilidad, las enterobacterias.

Si bien los cultivos de leche materna no se realizan de rutina, ya que los agentes causales pueden ser predecibles, el aislamiento de los *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus agalactiae* se asocia con mayor morbilidad y mayor posibilidad de desarrollar abscesos.

En los últimos años, se han reportado infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilino resistentes en comunidades donde las infecciones de piel y partes blandas por este agente son prevalentes. Este germen posee mayor facilidad para evolucionar formando abscesos.

Manifestaciones clínicas

Las más frecuentes son el dolor, la tumefacción localizada en un cuadrante de la glándula y fiebre. En ocasiones la hipertermia precede a la aparición de la inflamación en la mama. En general los síntomas y signos se establecen en forma aguda refiriendo la paciente malestar general, cefalea y, en ocasiones, escalofríos.

Si se interrumpe la lactancia, la isquemia tisular asociada con el estasis de la leche y la de-

mora en la instalación del tratamiento antibiótico, favorecen la formación de abscesos que están presentes en el 1 % de las pacientes.

Diagnóstico

El diagnóstico de mastitis y abscesos superficiales se realiza a través del examen físico. En general son sub-areolares y se identifican al palpar el área eritematosa y dolorosa. Dado el actual aumento de prevalencia de esta patología y su mayor gravedad, la sospecha de mastitis requiere la consulta inmediata.

Algunas estructuras de la mama (ligamentos de Cooper), actúan como barrera para mantener el proceso restringido a un solo lóbulo. Las colecciones retro-mamarias son más difíciles de identificar y en estos casos la mamografía o ecografía es necesaria.

Tratamiento

El tratamiento antibiótico y el drenaje manual de la glándula deben ser instituidos precozmente. En general se trata de una patología no complicada que puede ser adecuadamente tratada en forma ambulatoria, sin embargo, es importante indicar reposo para la madre y licencia por enfermedad si trabaja en relación de dependencia.

El tratamiento farmacológico sólo será indicado por profesional médico. Las cefalosporinas de primera generación (250 a 500 mg cada 6 horas) por vía oral durante 7-10 días son la primera opción terapéutica, siempre que no se sospeche *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente. También están recomendados otros antibióticos como Amoxicilina/Acido clavulánico (500 mg/125 mg cada 8 horas) y TMP-SMZ (800 mg/160 mg cada 12 horas), Clindamicina 300 mg. c/8hs por iguales períodos. Algunos autores recomiendan Eritromicina, Ampicilina o Penicilinas cuando se aíslan microorganismos sensibles. Sólo en casos excepcionales deberá indicarse antibióticos parenterales (compromiso del estado general o falla de respuesta al tratamiento).

La mayor parte de las veces no es necesario contraindicar la lactancia.

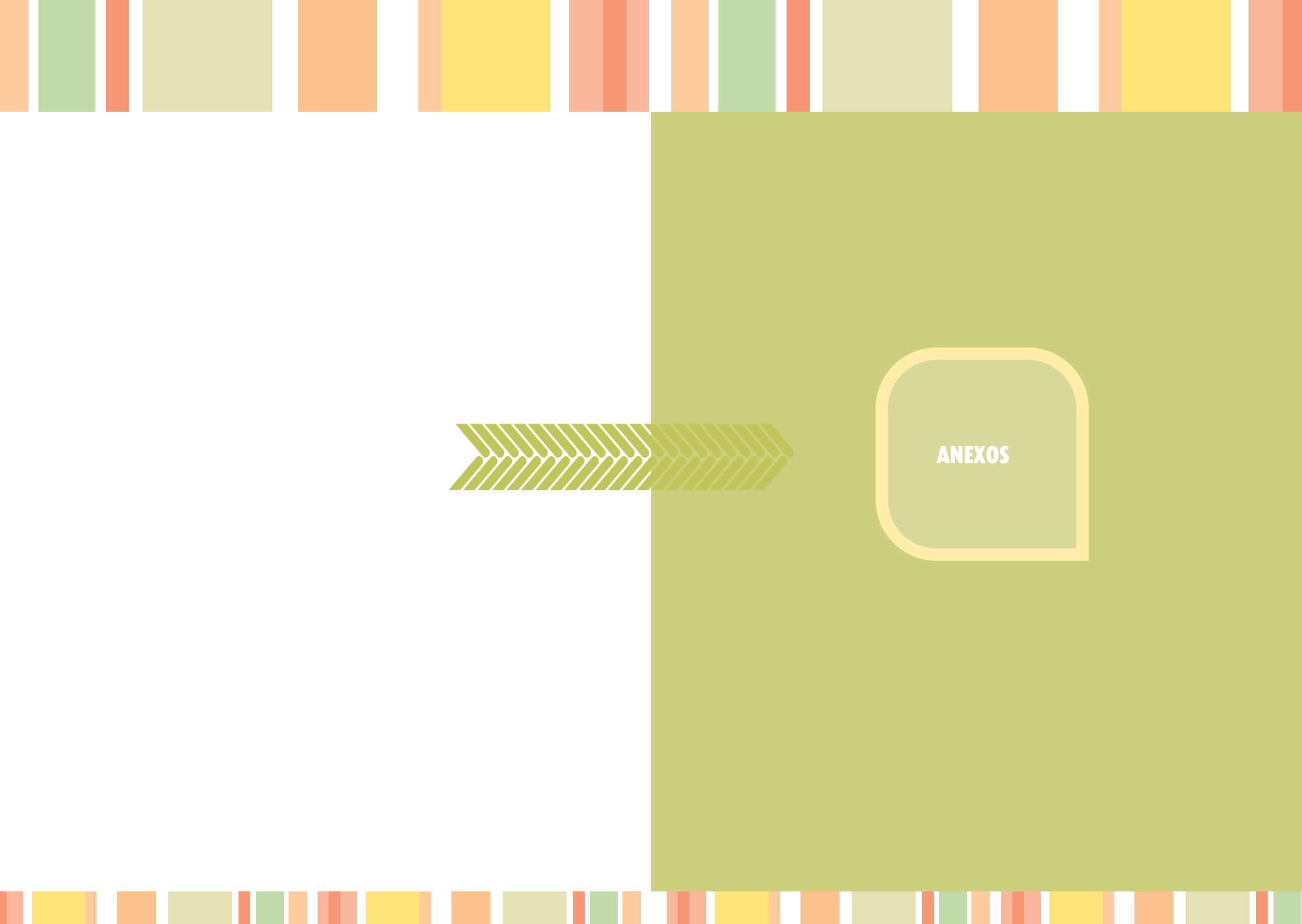
Absceso

Proceso infeccioso que compromete todo el tejido mamario. Es una complicación no muy frecuente de la mastitis. Para comprobar si existe material purulento junto con la leche, colocar unas gotas de ésta sobre un algodón: si hay pus, quedará en la superficie del algodón; la leche, por el contrario, escurrirá fácilmente.

Ante el diagnóstico de absceso se indicarán antibióticos (pueden plantearse los mismos esquemas referidos para la mastitis), debe realizarse el drenaje por punción o quirúrgico, y enviar material a cultivo y a estudio anatómo-patológico.

Se suspenderá transitoriamente la lactancia de la mama afectada, empleando técnicas suaves de ablandamiento (masaje y/o extracción manual para mantener buen flujo y no disminuir la producción).

Restablecer el amamantamiento del pecho afectado apenas cese la eliminación canalicular de pus. Esta decisión debe ser consensuada entre los profesionales que atienden al binomio.



Anexos

I MATERNIDAD SEGURA Y CENTRADA EN LA FAMILIA (MSCF)

Ejes conceptuales y principios del modelo MSCF

Una MS y CF posee una **cultura organizacional** que **reconoce a los padres y a la familia como protagonistas de la atención del recién nacido** junto al equipo de salud y define a la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los **derechos de la madre y su hijo o hija** por parte de los miembros del equipo de salud, promueve la **participación y colaboración del padre, la familia y la comunidad** en la protección y cuidado del embarazo y el recién nacido, implementa **prácticas seguras y de probada efectividad** y fortalece otras iniciativas, como, por ejemplo, la **Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño**, que promueve fuertemente la lactancia materna.

Para el logro de este propósito, se pretende que:

- Las autoridades y el equipo de salud de la maternidad estén convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MS y CF y lo establezcan como una de sus prioridades;
- el equipo de salud sea capaz de conocer e informar a todas las mujeres que se asisten en la institución sobre sus derechos y los de su hijo o hija;
- los padres y la familia asuman un papel protagónico en el cuidado de su hijo;
- las autoridades de la maternidad se comprometan a generar los medios necesarios para permitir la permanencia continua de la madre junto a su hijo y convoquen a miembros de la comunidad a involucrarse y participar en actividades de voluntariado.
- El equipo de salud adopte prácticas efectivas y seguras y desaliente el uso de aquellas que no mostraron ser efectivas o son riesgosas para la madre o el niño.
- La institución cuente con un plan de acción para fortalecer las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna a través de su participación en la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (IHAMN).

Los 10 pasos hacia una Maternidad Centrada en la Familia

La estrategia para la implementación del componente MCF en el marco del Modelo MS y CF comprende **10 PASOS** que abarcan las distintas etapas y aspectos de la atención de la embarazada desde su primer contacto con los servicios de salud hasta el alta del recién nacido en el seguimiento ambulatorio.

- **PASO 1:** Reconocer el concepto de Maternidades Centradas en la Familia como una política de la Institución.

Hay consenso institucional para desarrollar acciones de MCF, presupuesto destinando para tal fin y trabaja un equipo multidisciplinario liderando las acciones necesarias.

- **PASO 2:** Brindar apoyo a la embarazada y su familia durante el Control Prenatal.

Se facilita la asistencia al Control Prenatal con turnos programados, en horarios amplios, en ambientes agradables, con la participación de la familia. Se informa sobre derechos de las mujeres en el parto, sobre Lactancia Materna, Procreación Responsable y Curso de Preparación para la Maternidad.

- **PASO 3:** Respetar las decisiones de las embarazadas y su familia en el trabajo de parto y parto.

Se permite la presencia de un acompañante en el trabajo de parto y parto, tanto normal como patológico. Se alienta a las mujeres a decidir sobre deambulación, ingesta de líquidos, posiciones en el parto, etc. Se estimula la Lactancia Materna precoz y el vínculo temprano madre-hijo.

- **PASO 4:** Priorizar la Internación conjunta madre-hijo/a sano con la participación de la familia.

Se evita la separación del binomio madre-hijo sanos o con patologías leves. Se facilita el acompañamiento durante la internación y la visita de padres y demás familiares.

- **PASO 5:** Facilitar la inclusión de madre y padre y el resto de la familia en la Internación Neonatal.

Padre y madres tienen ingreso irrestricto en la Internación Neonatal y se facilita la visita de hermanos y abuelos del **recién nacido internado. Se promueve el Contacto Piel a Piel y la Lactancia Materna.**

- **PASO 6:** Contar con una Residencia de Madres que permita la permanencia de las mismas con sus recién nacidos internados.

La Residencia de Madres permite la permanencia de la mayoría de las madres de los niños internados, en un ambiente confortable, coordinado por voluntariado hospitalario.

- **PASO 7:** Contar con un Servicio de Voluntariado Hospitalario.

El Voluntariado Hospitalario debe realizar acciones de apoyo a las embarazadas/madres y sus familias en todas las áreas de la Maternidad y en la Residencia de Madres.

- **PASO 8:** Organizar el seguimiento del recién nacido sano y especialmente el de riesgo luego del alta en Consultorios Externos especializados que prioricen la inclusión familiar.

Se coordina el seguimiento alejado de los recién nacidos sanos y especialmente de aquellos de riesgo, facilitando la **participación de la familia.**

- **PASO 9:** Trabajar activamente en la promoción de la Lactancia Materna según las pautas de la Iniciativa “Hospital Amigo de la Madre y el Niño”.

La Maternidad trabaja activamente en la promoción de la Lactancia Materna para lograr la acreditación de “Hospital Amigo de la Madre y el Niño (OMS-UNICEF-Ministerio de Salud) o para mantenerla si ya ha sido acreditada, cumpliendo los 10 pasos de esa Iniciativa.

- **PASO 10:** Recibir y brindar cooperación de y para otras Instituciones para la transformación en MCF.

La Institución y sus Equipos de Salud reciben asesoramiento y apoyo de otras Instituciones (ONG, otras Maternidades, Gobierno, etc.) y a su vez brindan el mismo apoyo a otras Maternidades de manera de constituir una red de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

Desarrollaremos el paso 2 “Brindar apoyo a la embarazada y su familia durante el Control Prenatal” con la finalidad de dar a conocer las acciones específicas que contribuyen a la mejora de la calidad de atención durante el Control Prenatal, eje fundamental de esta guía.

Toda MCF facilita la asistencia al control prenatal mediante diversas estrategias que priorizan la participación de la embarazada y su familia, la educación para la salud, así como la pro-

tección de los derechos de la embarazada, tanto durante la consulta como en su preparación para la maternidad.

La inclusión de la comunidad es esencial para facilitar a las mujeres y sus familias la comprensión y articulación de sus necesidades de salud. En este sentido la educación comunitaria debe alentar a las familias e individuos a la búsqueda de servicios de salud, con confianza y sin demora.

Durante el embarazo y especialmente al momento del nacimiento, cualquier mujer puede desarrollar complicaciones con compromiso vital que requieran tratamiento por personal calificado. Dado que no hay manera confiable de predecir qué mujeres desarrollarán estas complicaciones, es esencial que todas las mujeres embarazadas tengan acceso a atención obstétrica de alta calidad durante su embarazo, pero especialmente durante e inmediatamente después del parto.

Dar a luz en una maternidad que cumpla las Condiciones Obstétricas y Neonatales esenciales es un derecho de las madres, los recién nacidos y sus familias y la comunidad a la que pertenecen (ver cuadro pag. 33).

La disponibilidad de servicios de calidad no producirá las mejoras de salud deseadas si las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades no tienen posibilidades de mantenerse sanos, de tomar decisiones saludables y de actuar en consecuencia.

Objetivos

Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo.

1. Facilitar el acceso de la embarazada al control prenatal (CPN).
2. Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo del control prenatal que garanticen el respeto a los derechos de la embarazada y su hijo.

Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad.

3. Empoderar a las mujeres y sus familias sobre el valor del nacimiento seguro y centrado en la familia.

Uso de prácticas efectivas y seguras.

4. Fortalecer el uso de prácticas efectivas por parte del equipo de salud de la maternidad responsable de la realización de los controles prenatales.

Fortalecimiento de la IHAMN.

5. Fortalecer la implementación de prácticas para la preparación de la lactancia materna promovidas por la IHAMN.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS

1. Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo.

1.1. Facilitar el acceso de la embarazada al control prenatal (CPN).

A los fines de facilitar el acceso de la embarazada al Control Prenatal (CPN) se recomienda:

1.2. Implementación de un sistema de turnos programados. La posibilidad de concertar una cita, con mínima espera, aumenta la chance de concurrencia oportuna al control prenatal dada la posibilidad de adaptarlo a con las obligaciones familiares y /o laborales de las mujeres.

1.3. Realización de la evaluación de riesgo inicial y citación por parte de una obstétrica. La entrevista de admisión debería ser realizada por una obstétrica, quien, sobre la base de la guía de práctica clínica vigente en el centro, evaluará las características de la mujer y su familia y establecerá el riesgo basal. Teniendo en cuenta este riesgo y a partir de los datos del SIP, la obstétrica citará a la mujer, de manera de evitar tardanzas innecesarias en la atención, especialmente con embarazadas de alto y/o moderado riesgo.

1.4. Ampliación de la franja horaria de atención en caso de disponer de horarios restringidos. la posibilidad de asistir a la consulta a la mañana y a la tarde facilita que la embarazada acceda al CPN.

1.5. Creación o mantenimiento de un Hospital de Día. el manejo del embarazo de Alto Riesgo en un área especializada en cuidados ambulatorios posibilita la evaluación integral, exhaustiva y en el mínimo tiempo posible de la mujer, el estado de su embarazo, patología y el bienestar fetal.

Para aquellos Servicios de Maternidad de alta complejidad y elevado número de partos, es deseable que existan áreas de Hospital de Día para embarazadas, con el fin de concentrar estudios de diagnóstico y/o tratamiento. Esta modalidad de la atención evitaría internaciones innecesarias, facilitaría la permanencia de las mujeres con sus familias y minimizaría el discomfort vinculado a la separación de la mujer de su entorno más cercano; por otra parte, el contacto más estrecho con el núcleo familiar de la embarazada facilitaría su aceptación de las características especiales y el riesgo del embarazo en curso.

El Hospital de Día constituiría una alternativa en el seguimiento de las siguientes patologías: restricción de crecimiento, hipertensión, diabetes, síndrome antifosfolípido y toda aquella patología que a consideración del equipo no requiera finalización electiva, inmediata, sino evaluación cuidada.

La permanencia de la mujer en el Hospital de Día representa un tiempo valioso para la educación orientada a los cuidados de salud requeridos especialmente en estos grupos de pacientes. Es, así mismo, claro el beneficio del empoderamiento de las mujeres y sus familias a los fines de conseguir un cuidado seguro del embarazo de Alto Riesgo. Son las mujeres y sus familias los mejores monitores de los cambios no fisiológicos del embarazo que aumentan el riesgo.

1.6. Adecuación de los espacios dentro de la maternidad de manera de facilitar y hacer más comfortable la espera de la embarazada.

1.6.1. Salas de espera confortables. Implica contar con asientos suficientes para las mujeres y sus acompañantes, baños para hombres y mujeres en número adecuado y con limpieza frecuente, temperatura ambiente acondicionada según la época del año, televisores donde se transmitan mensajes de Educación para la Salud, actividades programadas para minimizar la espera.

1.6.2 Áreas de juego para niños y guardería. Un número importante de mujeres no tienen con quien dejar sus otros hijos y por ese motivo, o no concurren al control prenatal, o los llevan consigo dificultando su atención.

1.6.3. Consultorios adecuados. Deben ser amplios, no compartidos, con sillas para la mujer y su acompañante. Deben resguardar la privacidad y la dignidad de la mujer que se asiste evitando que la mujer sea visualizada por otras personas mientras se la revisa. Se debe contar con sanitarios dentro del área de la consulta.

1.6.4. Otros servicios. Es importante brindar acceso a otros servicios, como por ejemplo, la cafetería y/o la biblioteca para usuarios.

2. Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo del control prenatal que garanticen el respeto a los derechos de la embarazada y su hijo.

El equipo MCF de la institución debe realizar actividades (talleres, generación de espacios de reflexión, observación y devolución) con los miembros del equipo de salud responsables del

control prenatal que contribuyan a la adopción de conductas fundadas en el respeto a los derechos de la embarazada y su hijo. En particular, debe darse especial importancia al trato amable y respetuoso, el derecho a la privacidad y a la importancia del acompañamiento de la embarazada en sus controles así como en el momento de ser admitida al hospital para el nacimiento de su hijo.

2.1. Adopción de conductas, por parte del equipo de salud, sustentadas en el respeto a los derechos de la embarazada y su hijo: el trato amable y respetuoso y el respeto a la privacidad.

En estas actividades, debe enfatizarse la importancia de que la atención sea personalizada, recordando que los verdaderos protagonistas de cada encuentro son las mujeres y sus familias. Toda interacción con las familias debe comenzar con la presentación del proveedor sanitario que la lleva a cabo, el lugar que ocupa en el cuidado de la salud de esa mujer y si no es la persona que habitualmente desarrolla esa tarea dar a conocer el motivo (ej. “hoy la atiende yo porque el doctor López está en otro lugar del hospital”).

La información debe ser clara y adecuada en contenido para la familia. Toda indicación debe ser provista en forma verbal y escrita a los fines de facilitar la comprensión y el cumplimiento de la misma. Debe repreguntarse sobre la comprensión de la misma, especialmente en el caso de medicación (droga, dosis, vía de administración, periodicidad y duración del tratamiento).

Proveer atención de manera impersonal, no presentarse por el nombre, conversar con los colegas mientras se realizan procedimientos, no respetar la privacidad de la mujer que puede estar a la vista de otras mujeres o acompañantes, son situaciones cotidianas que deben evitarse. No se debe gritar a las mujeres o acompañantes, se deben respetar sus pautas culturales o dificultades idiomáticas. Se debe indagar sobre problemas personales o sentimientos de la mujer.

2.2. Acompañamiento durante el control prenatal.

Se ha investigado muy poco acerca del valor de una compañía en el control prenatal por lo que es escasa la evidencia disponible en este aspecto.

Sin embargo es claro el beneficio en prevención de los errores latentes del sistema cuando hay un tercer participante en el momento en que se explican los pasos a seguir, la forma de prescripción, dosis y requerimientos especiales de la medicación indicada. El mensaje recibido por dos personas minimiza la posibilidad de eventos adversos vinculados a la medicación, el bienestar fetal y la oportunidad de concurrencia a los servicios de emergencia.

La mujer y sus familias tienen un amoroso interés en reducir el riesgo para ellas mismas y sus niños. El estimular una compañía (no forzarla) que la mujer elija, para que permanezca junto a ella durante los procedimientos obstétricos o ginecológicos habituales en el control prenatal, seguramente reducirá sus miedos.

Existen a menudo largas esperas para obtener un turno para que la embarazada sea atendida o para realizar un estudio, lo que contribuye de manera significativa a la ansiedad de las mujeres. La frustración y la sensación de desamparo son inevitables, sumado al enojo contra los servicios de salud. Estas dificultades pueden reducirse al permitir la presencia de un acompañante.

2.3. Apoyo a padres adolescentes.

Las embarazadas y sus parejas adolescentes merecen una atención especial, por un equipo multidisciplinario.

3. Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad.

Empoderar a las mujeres y sus familias sobre el valor del nacimiento seguro y centrado en la familia.

3.1. Realizar actividades de Educación para la Salud durante la espera de la embarazada.

Se debe ofrecer, tanto en la consulta, como en la Sala de Espera (por ejemplo, a través de videos, personal entrenado, folletos) información acerca de los cambios fisiológicos del embarazo y sobre los signos que deben motivar consulta no programada y aquellos que ameritan consulta de guardia.

Además, el CPN es una excelente oportunidad para brindar información específica sobre lactancia Materna, asesoramiento en Procreación Responsable y prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, en especial VIH/SIDA y de Violencia familiar.

En numerosas ocasiones el CPN es el único contacto de las mujeres en edad fértil; por ello, esta oportunidad educativa debe ser aprovechada al máximo.

3.2. Realizar actividades de Educación para la Salud durante la entrevista de control prenatal.

Durante la entrevista, la embarazada debe recibir información específica sobre prácticas que previenen la aparición de enfermedades que ponen en riesgo su salud y la de su hijo, la

procreación responsable y la preparación para la maternidad. En particular, toda embarazada debe ser aconsejada sobre:

- La prevención de infecciones de transmisión sexual y los riesgos asociados al uso de tabaco, alcohol y drogas durante el embarazo.
- Importancia y métodos para la procreación responsable.
- Preparación para la Maternidad/ Paternidad: Todas las embarazadas y sus parejas debieran poder acceder a los cursos para la preparación para la maternidad/paternidad. Los miembros del equipo de salud deberían recomendarles fuertemente acerca de la necesidad de su realización e informarles los lugares y los horarios disponibles.

Estos cursos deberían dictarse en horarios razonables, amplios y accesibles, incluyendo en la medida de las posibilidades de cada centro, un horario disponible en un día sábado. Durante los cursos se deberá brindar, a la embarazada y su acompañante, información clara, suficiente y adecuada sobre el embarazo, el parto y el puerperio y entrenarlas en la detección de los signos de alarma. Esto aumentaría la satisfacción con el proceso de embarazo, parto y puerperio e incrementaría el conocimiento de los motivos de consulta urgente a la guardia, disminuyendo el miedo a lo no conocido.

La duración del curso debe ser definido por el equipo.

4. Uso de prácticas efectivas y seguras.

Fortalecer el uso de prácticas efectivas y seguras por parte del equipo responsable del control prenatal en la Maternidad.

4.1. Consejería a la embarazada durante el CPN. Las actividades previamente mencionadas, se sustentan en la evidencia científica, como por ejemplo, el consejo a la embarazada a cerca de la alimentación adecuada, los riesgos según el tipo de actividad laboral, la prevención de enfermedades sistémicas (HTA, diabetes); la prevención de anemia e infecciones de transmisión sexual y los riesgos del uso del tabaco, alcohol y drogas. Existe clara evidencia sobre los riesgos que representan el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales para la salud de la madre y su hijo.

4.2. Atención prenatal del embarazo de bajo riesgo a cargo de Lic. en Obstetricia/ Obstétricas/os. Otra de las prácticas que promueve la MCF es la realización de controles prenatales por parte de las obstétricas/os. Estas profesionales son las más idóneas para la atención del embarazo normal y estarían capacitadas para diagnosticar desviaciones de la normalidad que requieran asistencia médica especializada.

Según una Revisión Sistemática Cochrane, las mujeres se muestran más satisfechas con la atención proporcionada por una partera o un médico generalista que con la atención conjunta por tocoginecólogos, aunque en ambos casos la efectividad clínica fue similar.

5. Fortalecimiento de la IHAMN

Fortalecer la implementación de prácticas para la preparación y fortalecimiento de la lactancia materna promovida por la IHAMN.

5.1. Actividades de capacitación al equipo de salud responsable del control prenatal sobre los beneficios de la lactancia materna de acuerdo a los lineamientos de la IHAMN.

El equipo MCF debe capacitar a los miembros del equipo de salud para que sean capaces de informar a la embarazada sobre los beneficios de la lactancia materna de acuerdo a los lineamientos de la IHAMN. Estas actividades pueden ser delegadas a los referentes de lactancia materna dentro de la institución; en este caso, el equipo MCF deberá apoyar la realización de estas actividades así como supervisar su adopción por parte de los profesionales a cargo del control prenatal.

Durante la espera y la entrevista de control prenatal, la embarazada debe recibir información específica sobre la lactancia materna, de manera de favorecer su apropiada preparación y prevenir complicaciones que pudieran surgir por desconocimiento de la madre de técnicas adecuadas de amamantamiento. Si bien otras intervenciones complementarán la información que reciba la madre en el control prenatal, estos encuentros representan oportunidades para reforzar el mensaje o aclarar dudas o inquietudes que pudiera tener la madre, en particular, las primerizas.

Resultados esperados

- Aumento de la concurrencia al control prenatal en los centros de atención primaria del área programática correspondiente a la maternidad.
- Inicio precoz (primer trimestre) del CPN.
- Mejora en la satisfacción de las mujeres y sus familias, en lo que respecta al cuidado recibido durante el CPN.
- Mejora de la satisfacción de los proveedores, que valorizan el propio trabajo, al reconocerse como un participante importante en la vida de cada una de las familias que asiste. Se evita o modera, de esta forma, el desgaste emocional, mejorando la seguridad del sistema.

- Participación de la comunidad al empoderar a cada uno de sus miembros, permitiendo a cada familia difundir la información y, al conocer sus derechos, poder defenderlos y reclamarlos de ser necesario.

A partir de la implementación de este modelo de MSCF, se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño y que contribuya a reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal en nuestro país.

II EMBARAZO Y NUTRICIÓN

Cantidades diarias recomendadas de alimentos

1 Cereales: copos de cereales, panes, harinas, féculas y legumbres:

- ½ plato de arroz, polenta u otros cereales cocidos (que hasta 2 veces por semana pueden reemplazarse por 2 porciones de pizza o tarta, ó 2 empanadas) Más:
- 3 cucharadas de legumbres cocidas (porotos, arvejas, garbanzos, etc) para enriquecer sopas, ensaladas u otras preparaciones ó ½ plato de legumbres a la semana. Más:
- 3 panecitos chicos. Un pancito chico es igual a:
 - 4 tostadas de pan francés ó
 - 2 rebanadas de pan lacteado ó
 - 2 rebanadas de pan integral ó
 - ½ taza de copos de cereales.

Dos veces por semana se puede reemplazar un pancito por 6 galletitas ó 1 factura.

2 Verduras y frutas:

- 1 plato de verduras crudas de diferentes colores (lechuga, zanahoria o remolacha, ají, tomate, repollo, etc) Más:
- 1 plato de verduras cocidas de diferentes colores (chauchas, remolachas, zapallo, zapallito, papas, batatas, cebollas; etc) Más:
- 2 frutas medianas ó 4 chicas ó 2 tazas de frutas cortadas o sus jugos; si es posible incluir una fruta cítrica todos los días.

3 Leche, yogur y queso:

- 3 tazas tamaño desayuno de leche líquida o alguno de sus reemplazos. Una taza de leche líquida es igual a alguna de estas opciones:
 - 2 cucharadas de leche en polvo ó

- 1 pote de yogur ó
- 1 porción tamaño cajita de fósforos de queso fresco ó
- 3 fetas de queso de máquina ó
- 6 cucharadas soperas de queso untable ó
- 3 cucharadas de queso de rallar.

4 Carnes y huevos:

- 1 churrasco mediano ó 1 bife de costilla ó de hígado ó
- ½ plato de carne picada bien cocida o cubitos de mondongo o riñón o lengua ó
- ¼ de pollo chico sin piel o 1 milanesa grande ó
- 2 costillas pequeñas de cerdo o cordero ó

Una vez por semana se pueden reemplazar por: 4 fetas de fiambre desgrasado tipo jamón cocido, paleta o pastrón más 1 huevo 3 a 4 veces por semana.

5 Aceites, frutas secas, semillas y grasas:

- 4 cucharadas soperas de aceite Más:
- Un puñadito de frutas secas o semillas, una o dos veces por semana.

Dentro del grupo de los aceites y grasas es siempre recomendable priorizar el uso de aceites vegetales dejando el consumo de grasas animales (manteca, crema, grasa, etc) para situaciones ocasionales.

6 Azúcares y dulces:

- 7 cucharaditas de azúcar + 3 cucharaditas de dulce ó 1 feta fina de dulce compacto.

Dos veces por semana se puede reemplazar el azúcar y los dulces por un alfajor chico ó 1 porción de postre o helado. Si bien los azúcares y dulces No son indispensables desde el punto de vista nutricional, pequeñas cantidades consumidas dentro de una alimentación saludable contribuyen a brindar placer a la alimentación.

III GRÁFICA DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE



IV BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia es un hecho natural que requiere de un proceso de aprendizaje de parte de la mamá y del bebé.

Para que la lactancia sea una experiencia feliz, la mamá necesita del apoyo y el acompañamiento de sus seres queridos.

Si aparecieran dificultades, lo mejor es consultar con un grupo de apoyo a la lactancia o con profesionales de la salud capacitados. Ellos pueden brindar la atención adecuada.

Quiero amamantar a mi bebé y que sea una hermosa experiencia!

LAS PRIMERAS HORAS: ¿CÓMO EMPEZAR?

La teta es más que el mejor alimento: es placer, contacto, consuelo y comunicación.

Desde el nacimiento, vos y tu bebé necesitan estar juntos para que él pueda mamar **desde la primera hora de vida**.

La primera leche, **el calostro**, es un concentrado de nutrientes y anticuerpos que sale en pequeña cantidad y es todo el alimento que el bebé debe recibir al nacer. ¡Es tan importante como **una vacuna**!

LOS PRIMEROS DÍAS, CUANDO “BAJA LA LECHE”

Para aliviar la congestión de los primeros días, prendé al bebé al pecho muy seguido y, si es necesario, sacate leche masajeando los pechos desde la axila hacia el pezón, ayudándote previamente con paños tibios.

“LIBRE DEMANDA”: ¿QUÉ ES ESO?

El pecho no tiene horarios ni límites, **amamantalo a libre demanda**, es decir, el tiempo que quiera, todas las veces que te lo pida. ¡No esperes a que lllore! Te lo indicará chupándose el dedo, poniéndose inquieto, dando pequeños quejidos o con algún otro signo que aprenderás a reconocer.

¡Cuanto más succione tu bebé, más leche vas a producir!

¿DE UN PECHO O DE LOS DOS?

Dejá que tu bebé mame **todo el tiempo que desee de un pecho** y, sólo cuando lo suelte, ofrécele el otro. Así estará recibiendo la leche con más contenido graso, que sale al final de la toma.

POSICIÓN: COMODIDAD PARA LOS DOS

Dar de mamar no debería doler. Si al principio hay dolor, empezá por revisar y corregir la forma en que el bebé se prende al pecho.

Elegí la posición para amamantar que te resulte más cómoda, asegurando que el bebé abra bien la boca, y tome toda (o casi toda) la areola, con los labios hacia afuera.

Los chupetes y mamaderas pueden confundir al bebé en cuanto a la forma de succionar del pecho. De ser posible, evitá su uso hasta que la lactancia esté bien instalada.

PARA DISFRUTAR LA LACTANCIA ES IMPORTANTE:

- Poner el bebé al pecho en la posición correcta.
- Evitar el vacío cuando se retira el bebé del pecho (colocando un dedo limpio en la boca del bebé para que suelte suavemente el pezón).

Posiciones para amamantar



Sentada Clásica



De Transición



Invertida



Acostada

En caso de que aparezca dolor:

- Comenzar a amamantar del pecho menos dolorido y en la posición en la que duela menos.
- No disminuir la duración de las mamadas.
- Colocar unas gotas de leche sobre los pezones y dejar que se sequen al aire.
- Exponer los pechos diariamente al aire y al sol.
- Si el dolor persiste, consultá sin demora al equipo de salud.

CUANDO PEGA UN ESTIRÓN...

En ciertos momentos el bebé crece más rápido; como entonces necesita más alimento, va a pedir más teta.

No te asustes ni pienses que no tenés suficiente leche. Si lo amamantás más seguido, vas a producir la cantidad de leche que necesita.

• DE 0 A 6 MESES

Durante los primeros 6 meses de vida, tu bebé no necesita nada más que tu leche. No hace falta que le des agua, té, ni otras bebidas o alimentos, ya que tu leche cubre todas sus necesidades.

• DE LOS 7 A LOS 12 MESES

A partir de los 6 meses, tu bebé debe empezar a recibir otras comidas. Sin embargo, la leche materna sigue siendo su alimento principal.

Las comidas que se agregan no reemplazan la leche materna. Por eso, siempre amamantalo primero, y ofrezcele los alimentos complementarios después.

Prepará siempre comidas espesas para que sean más nutritivas y no te olvides de los alimentos ricos en hierro para prevenir la anemia: carne (vaca, pollo, cerdo, pescado sin espinas) o morcilla sin partes duras, bien cocida y desmenuzada.

• A PARTIR DEL AÑO DE VIDA

A partir de los 12 meses, el niño puede comer lo mismo que el resto de la familia. Sin embargo, la leche materna sigue siendo importante hasta los dos años de vida o más.

• PREMATUROS

Para ellos la leche materna es fundamental. Si tu bebé no puede prenderse al pecho, te la podés extraer para que se la den los profesionales que lo atienden. Los bancos de leche son otra opción a tener en cuenta. Averiguá con tu equipo de salud como contactarte con ellos.

ALIMENTACIÓN Y CUIDADO DE LA MAMÁ

Esta es una buena oportunidad para que la mamá mejore su alimentación incluyendo todo tipo de alimentos (frutas, vegetales, cereales, legumbres, carnes, leche y derivados y aceites vegetales. Ver Anexo III).

También es importante no olvidarse de tomar suficientes líquidos como agua, jugos de frutas naturales u otro tipo de infusiones.

Amamantar ayuda a perder el peso extra ganado durante el embarazo, pero este no es un buen momento para hacer dietas para bajar de peso ya que se podría ver comprometida la lactancia. Para mayor información sobre como cuidar tu peso, consultá en el Centro de Salud más cercano o a un profesional especializado.

Durante la lactancia no hay alimentos ni bebidas prohibidas (salvo excepciones médicas); sin embargo, no es recomendable el consumo de alcohol.

Y, así como llevás a tu bebé a los controles médicos,

¡No te olvides de los tuyos que también son muy importantes!

LACTANCIA Y MEDICAMENTOS

Hay muchos medicamentos y algunos anticonceptivos que pueden utilizarse durante la lactancia.

No te automediques. Consultá siempre con tu médico antes de tomar cualquier remedio.

V APARTADO LEGAL RELACIONADO CON LA ATENCIÓN PERINATAL

Ley N° 25.929

“Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de Nacimiento”

ARTICULO 1°.- La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación.

Las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al programa médico obligatorio.

ARTICULO 2°.- Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos, de manera que pueda optar libremente cuando existen diferentes alternativas.
- A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

ARTICULO 3°.- Toda persona recién nacida tiene derecho:

- a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.
- b) A su inequívoca identificación.
- c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquella.
- e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

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

- a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.
- c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.
- e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

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

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

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

ARTICULO 8°.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.”

Ley N° 25.871

Ley de Migraciones de Argentina

“El derecho a la salud en la ley de migraciones argentina”

La ley de migraciones aprobada a fines del año 2003 ha supuesto un cambio significativo respecto a la normativa y la política migratoria vigente hasta ese entonces, en particular por las graves restricciones a derechos que imponía la llamada ley Videla, vigente desde 1981 hasta su derogación. El nuevo marco normativo reconoce una serie de derechos a las personas migrantes en igualdad de condiciones que los nacionales.

Concretamente en el ámbito del derecho a la salud, establece lo siguiente:

ARTICULO 8° - No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria.

En el mismo sentido, el decreto reglamentario de la ley de migraciones, No. 616/2010 dispone en su artículo octavo que “El Ministerio de Salud dictará las normas y dispondrá las medidas necesarias para garantizar a los extranjeros, aún en situación de irregularidad migratoria, el libre acceso a la asistencia sanitaria y social.

La identidad de aquéllos podrá ser demostrada mediante documentación extendida por las autoridades de su país de origen o consulados en la República Argentina”.

Ley Nº 26.485

Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales

Decreto Reglamentario 1011/2010

TÍTULO I

Disposiciones Generales

ARTICULO 6° - Modalidades. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes:

- a) Violencia domestica
- b) Violencia institucional
- c) Violencia laboral
- d) Violencia contra la libertad reproductiva
- e) **Violencia Obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.**
- f) Violencia mediática contra las mujeres.

ANEXO I

Reglamentación de la Ley Nº 26.485

TÍTULO I

Disposiciones generales

ARTÍCULO 6°.- Las definiciones de violencia comprometidas en el artículo que se reglamenta, en ningún caso pueden interpretarse en sentido restrictivo ni taxativo, como excluyentes de hechos considerados como violencia contra las mujeres por otras normas. Para ello, deberá interpretarse la norma de forma armónica y sistemática con lo establecido en el artículo 4°, segundo párrafo de la Ley Nº 26.485, y con lo dispuesto en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; la Recomendación General Nº 19 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer; los demás Tratados Internacionales de Derechos Humanos y las observaciones y recomendaciones que efectúen sus respectivos órganos de aplicación.

Inciso e): Se considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonroso, descalificado, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no.

Se considera personal de salud a los efectos de la ley que se reglamenta, a todo aquel/lla que trabaja en un servicio. Se trate de los/as profesionales (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza.

Las mujeres que se atienden en las referidas instituciones tienen el derecho a negarse a la realización de las prácticas propuestas por el personal de salud. Las instituciones del ámbito de la salud pública, privada y de la seguridad social deben exponer gráficamente, en forma visible y en lenguaje claro y accesible para todas las usuarias, los derechos consagrados en la ley que se reglamenta.

Bibliografía

Control preconcepcional

Annals of Internal Medicine. Clinical Guidelines. *Folic Acid for the Prevention of Neural Tube Defects*: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Mayo 2009; 105: 626-631

CDC Issues *Guidelines for Preconception Care of Women* CME/CE News Author: Laurie Barclay, MD

CME Author: Charles Vega, MD, FFAFP Release Date: March 12, 2007

Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines; Preconception Care

Genetic Considerations for a Woman's Pre-conception Evaluation, No. 253, January 2011 J Obstet Gynaecol Can 2011;33(1):57-64

Institute for Clinical Systems Improvement; *Health Care Guideline: Routine Prenatal Care*; Twelfth Edition; August 2008

Proceedings of the Preconception Health and Health Care Clinical, Public Health, and Consumer Workgroup Meetings. Atlanta, Georgia June 27-28, 2008 Public Health Agency of Canada: www.publichealth.gc.ca

Control prenatal

Arrosi S, *Proyecto para el Mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina*. Revisión técnica OPS/OMS. Buenos Aires, primera edición, 2008.

Centres for Disease Control & Prevention (CDC) DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. *Guidelines for Vaccinating Pregnant Women*. October 1998 (Updated May 2007)

Darren F, Donald J. D. *Fetal Assessment During Pregnancy*. Division of Maternal – Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Texas Health Science Center at San Antonio. 2009

Fawole B, Hofmeyr GJ. Cochrane Database Systematic Reviews 2003; (4): CD000136. *The Cochrane Database Syst* 2003;(2):Issue (4)CD000136. DOI:10.1002/14651858.CD000136.

Fescina RH; De Mucio B; Diaz Rossello JL; Martínez G; Abreu M; Camacho V; Schwarcz R. *Salud sexual y reproductiva - Guía para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS*. Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva-CLAP/SMR Montevideo - Uruguay Publicación Científica N° 1562- 2008.

Pattison N, McCowan L. *Cardiotocography for antepartum fetal assessment* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update

IDF Clinical Guidelines Task Force., *Global Guideline on Pregnancy and Diabetes*. Brussels: International Diabetes Federation, 2009.

Larguía M, González MA, Solana C, Basualdo MN, Di Pietroantonio E, Bianculli P, Esandi ME. *Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] Conceptualización e Implementación del Modelo*. Primera edición, Marzo 2001. Argentina

Lawrence D, Devoe MD. *Antenatal fetal Assessment: Contraction Stress Test, Nonstress Test, Vibroacoustic Stimulation, Amniotic Fluid Volume, Biophysical Profile, and Modified Biophysical Profile--An Overview*: Semin Perinatol 2008; 32:247-252

Ministerio de Salud de la Nación. *Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría*. Capítulo V: Evaluación nutricional de la embarazada. Primera edición. Buenos Aires 2009. Pág. 83- 92

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Programa Materno Infantil: *Guía de Procedimientos para el Control del Embarazo Normal y la Atención del Parto de Bajo Riesgo*.

Ministerio de Salud de la Nación; *Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el embarazo*. Segunda edición. Septiembre de 2010.

Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. *Situación de la Lactancia Materna*. Año 2010.

Ministerio de Salud de la Nación, *Preparación Integral para la Maternidad: guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios*. Segunda Edición. Mayo de 2005.

Ministerio de Salud de la Nación. *Enfermedad Hemolítica Perinatal. Control Inmunohematológico y Profilaxis: Recomendaciones para el equipo Perinatal*. Primer Edición. Agosto 2010

Ministerio de Salud de la Nación, *Guía de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales*. Primer Edición. Noviembre 2010

Ministerio de Salud de la Nación, Fundamentos de la Vacunación en Embarazadas con Vacuna Triple Bacteriana Acelular (dTpa). Enero 2012.

Ministerio de Salud la Nación, Embarazo, Maternidad y Tabaco: Recomendaciones para el Equipo de Salud. Año 2011

National Institute for Health and Clinical Excellence. *Antenatal Care: routine care for the healthy pregnant woman*. First Publisher: October 2003

OPS, UNICEF, Ministerio de Salud de la Nación, *Consejería en Lactancia Materna: Curso de capacitación- Manual del Participante*. 1993. Adaptada para la República Argentina en 2007

Organización Panamericana de la Salud. *Eliminación del tétanos neonatal: guía práctica*. Washington, D.C.: OPS, 2005.(Publicación Científica y Técnica No. 602).

Pattison N and McCowan L. *Cardiotocography for antepartum fetal assessment* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2006. Oxford: Update Software (Level I). Available at URL: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001068/frame.html>

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *The Use of Electronic Fetal Monitoring, Evidence-based Clinical Guideline Number 8*. RCOG Clinical Effectiveness Support Unit, London: RCOG Press; 2001. Available at URL: <http://www.rcog.org.uk>

Thacker SB, Berkelman R. *Evaluación de la eficacia diagnóstica de determinadas técnicas de vigilancia fetal antes del parto*. OPS/OMS. Referencia 7590C.

Control puerperal

French LM, Smaill FM. *Regímenes de antibióticos para la endometritis post-parto*. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2004, Issue 4. No.:CD001067. DOI: 10.1002/14651858.CD001067.pub2.

Ledger WJ. *Post-partum endomyometritis diagnosis and treatment: a review*. J Obstet Gynaecol Res 2003; 29(6): 364-73

Maharaj D. *Puerperal pyrexia: a review* Part. I Obstet Gynecol Surv 2007; 62: 393-9.

Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay .Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio*. Uruguay 2008

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence *Surgical site infection prevention and treatment of surgical site* RCOG October 2008

National Institute for Health and Clinical Excellence. *Routine postnatal care of women and their babies*. Clinical guideline 37. London. July 2006.

World Health Organization (WHO) *Technical consultation on postpartum and postnatal care* held in Geneva, WHO/MPS/10.03.2010.



Recomendaciones para la Práctica del
**Control preconcepcional,
prenatal y puerperal**

