Guía de Procedimientos para el Control del Embarazo y la Atención del Parto y Puerperio de Bajo Riesgo

Diciembre 2012

• *Autoridades*

Lic. Daniel Osvaldo Scioli
Gobernador de la Provincia
de Buenos Aires

Dr. Alejandro Collia
Ministro de Salud

Dr. Pablo Garrido
Jefe de Gabinete

Dr. Sergio Alejandre
Subsecretario de Coordinación y Atención de la Salud

Dr. Juan L. Quadrelli
Director Provincial de Coordinación de Sistemas Regionales de Salud

Dr. Luis Crovetto
Director Provincial de Atención Primaria de la Salud

Dra. Flavia Raineri
Directora de Maternidad Infancia y Adolescencia

• Comisión redactora

Dra. Flavia Raineri
Directora de Maternidad, Infancia y Adolescencia

Obst. María J. Farinato
Coordinadora Obstétrica del Area de Perinatología
Supervisora de Atención Primaria de la Salud del Proyecto Redes Perinatales

Lic. Ana María Bonotti
Referente Obstétrica del Area de Perinatología
Coordinadora del Proyecto Maternidad Segura y Centrada en la Familia

Lic. Paola Saracco
Coordinadora Obstétrica del Area de Perinatología
Co-coordinadora del Proyecto Maternidad Segura y Centrada en la Familia

Dr. Celhay Juan Carlos
Jefe de Docencia e Investigación del Hospital Narciso López
Integrante del Comité de Etica Nivel Central - Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As.

• Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de aportes en temas específicos de esta guía y el apoyo brindado en la revisión de la misma.

Dra. Marcela Calcopietro
Referente del Observatorio de la Mortalidad Materna –
Auditora Plan Sumar/Nacer

Dra. Patricia Barrios S.
Referente del Area de Lactancia Materna

Lic. Julia Britos
Referente del Area de Información de Perinatología

Lic. Cristina Fernández
Referente de Prevención del Embarazo en la Adolescencia
Area de Perinatología

Lic. María Rosa Sabbadin
Referente del Sistema Informático Perinatal Gestión
Area de Perinatología

Lic. Margarita Vilar

Supervisora de Obstetricia del Proyecto de Redes Perinatales

Lic. Nadia Attie
Referente del Area de Nutrición

Lic. Alicia Cillo
Presidente del Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires

Dr. Adrián González
Referente de Salud Sexual del PMI. Región Sanitaria VI

Coordinadoras Obstétricas Regionales

Lic. Silvia Ledesma – Región Sanitaria V

Lic. Verónica Rodal – Región Sanitaria VI

Lic. Mónica Crespo – Región Sanitaria VII

Lic. Laura Aguirre – Región Sanitaria XII

Un agradecimiento especial a la Directora de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación, Dra. Ana Speranza y a los integrantes del Área de Ginecología y Obstetricia por compartir temas de la "Guía para el Control Preconcepcional, Prenatal y Puerperio".

Dr. Daniel Lipchak,
Coordinador Médico

Lic. Carolina Nigri
Coordinadora Obstétrica

Equipo

Dr. Ignacio Asprea

Lic. Obstétrica Silvana Bermúdez

Dr. Horacio Crespo

Dra. María Julia Cuetos

Dra. Ingrid Di Marco

Dr. Oscar García

Lic. Obstétrica Graciela López

Lic. Obstétrica Valeria Peralta

• Dirección de Maternidad Infancia y Adolescencia

Directora

Dra. Flavia C. Raineri

Vigilancia Epidemiológica

Dr. Marcelo Jaquenod
Dra. Marcela Calcopietro
Srta. Magdalena Jaquenod
Srta. Fernanda Basomba

Lactancia Materna y Nutrición

Dra. Patricia Barrios Skrok
Lic. Graciela Gómez
Lic. Nadia Attie

Salud Int. del niño de 0 a 5 años

Dra. Estela Grad
Lic. Verónica Basso
Sra. Natalia Cerdá

Redes Perinatales

Lic. Laura Ciccocioppo
Lic. Wendy Domínguez
Obst. María J. Farinato
Lic. Margarita Vilar
Lic. Facundo Arroyo
Sr. Martín Luna

Perinatología

Lic. Ana Maria Bonotti
Obst. María J. Farinato
Lic. Paola Saracco
Lic. Julia Britos
Lic. María Rosa Sabbadin
Lic. Cristina Fernández
Dr. Norberto Santos
Srta. Solange Rey
Srta. Andrea Juárez

Comunicación

Lic. Loana Barletta
Lic. Mariano Zamorano
Lic. Bárbara Corneli

Administración

Sra. Andrea Susino
Sra. Roxana Camino
Sra. Fernanda Martínez
Sr. Carlos Sereno
Sra. Yolanda Céspedes

• Introducción

Esta guía tienen como objetivo actualizar los lineamientos propuestos en la anterior edición, para continuar contribuyendo al cuidado de la salud integral del binomio madre-hijo durante el proceso del embarazo, parto y puerperio considerados de bajo riesgo, apuntando también al apoyo y acompañamiento para el fortalecimiento del vínculo familiar durante el transcurso de dichos períodos.

La Dirección de Maternidad infancia y Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires propone reforzar los conocimientos técnico –científicos del equipo de salud perinatal e incorporar conceptos de gestión del sector salud, para asegurar la accesibilidad y calidad de la atención a la población en función de las necesidades de salud, basándose en la estrategia de Atención Primaria, modalidad que en el marco del respeto de los derechos humanos, es la que favorece la equidad y facilita la mejor y mayor cobertura de la población a cargo.

Al intervenir desde un enfoque de derechos se asume el valor a la vida, a la solidaridad, a la responsabilidad, al respeto y a la dignidad humana, pero sobre todo, con un enfoque de derechos, se participa directamente en los cambios.1

El enfoque de derechos cuestiona la práctica social consistente en atender solamente las necesidades, sin otra perspectiva que asistir y tiene en cuenta la posibilidad de renovar las prácticas existentes. En el sentido común las necesidades se presentan como lo concreto y los derechos como lo abstracto, el gran reto está en saber como articularlos y crear un nuevo sentido común.2

Reconocer que se trata de un derecho y no una necesidad, nos otorga una base para la elaboración de propuestas afirmativas con el objeto de elevar la condición de las personas.

Para favorecer la difusión e implementación de las políticas públicas del sector salud, la Provincia de Buenos Aires está dividida en doce regiones sanitarias que constituyen el ente rector que tiene como misión gestionar, coordinar, supervisar, controlar, monitorear y evaluar, en forma descentralizada, las políticas, planes y programas de salud dispuestos por el Nivel Central del Ministerio o planificados conjuntamente con los Municipios, hospitales provinciales y municipales de su área geográfica.

Se ocupa del diagnóstico permanente de las problemáticas de salud de la población, generando respuestas en base a las necesidades locales, estableciendo objetivos y metas tendientes a la elevación del nivel de salud proponiendo, coordinando y desarrollando proyectos destinados a la atención integral de la salud con énfasis en los grupos especiales de riesgo con criterio de equidad.

Desde las Regiones Sanitarias, siguiendo este marco conceptual procuran la organización y fortalecimiento del primer nivel de atención, privilegiando la formación de su recurso humano, orientándola a la promoción y prevención de la salud y desarrollando aptitudes para el trabajo en equipo.

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

1 Cumbre Mundial en favor de la infancia. Washington DC: OPS
2 Programación de los Derechos del Niño. Guía de Capacitación, Save de Children Suecia, julio 2004).

En el segundo nivel de atención, se enfatiza la necesidad de integrar los servicios de Obstetricia y Neonatología, para que las maternidades tengan un criterio perinatológico; también se prioriza la capacitación, brindando recursos y herramientas y generando espacios concretos de participación y perfeccionando sus capacidades para trabajar en equipo.

Nos encontramos con el desafío de buscar excelencia y pertinencia, recuperar el verdadero sentido de la práctica profesional en el campo de la salud pública, con la participación efectiva de todos los trabajadores de la salud, haciéndose imprescindible su sensibilización en esta filosofía de cambio con la que debemos enfrentar nuestro futuro sanitario.

• *Concepto de guía de Procedimientos*

1.- Concepto

La Guía de Procedimiento es un instrumento valioso para la comunicación, y sirve para registrar y transmitir la información, respecto al funcionamiento de una organización; es decir, es un documento que contiene, en forma ordenada y sistemática, la información y/o las instrucciones de ejecución operativo-administrativa de la institución, en este caso desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico.

Cabe señalar que para la confección de esta Guía se tuvieron en cuenta las publicaciones del Ministerio de Salud de la Nación, el Centro de Estudios Latinoamericano de Perinatología (CLAP) y las recomendaciones de OMS/OPS.

La Guía incluye además los niveles o unidades de atención que intervienen con objetivos, precisando su nivel de participación. También contiene, en algunos casos, ejemplos de formularios, documentos necesarios como normativas y políticas particulares de cómo se aplican dichos límites o lineamientos de actuación, diagrama de flujo y cualquier otro dato que pueda auxiliar el correcto desarrollo de las actividades dentro de la institución, de acuerdo a las posibilidades locales.

En ella se encuentra registrada y transmitida la información básica referente al funcionamiento de los distintos niveles de atención, facilita las labores de auditoria, la evaluación y su vigilancia.

2.- Objetivos

- Proporcionar información que sirva de base para evaluar la eficiencia del sistema en el cumplimiento de sus funciones específicas, una vez finalizada la identificación y desarrollo de cada uno de los procesos y procedimientos.

- Incorporar la utilización de herramientas que ayuden a agilizar el flujo de información y de esta manera facilitar el entendimiento, para ayudar a la toma de decisiones a fin de mejorar la gestión institucional.

- Contribuir al enriquecimiento del compendio documental, recomendando la utilización de prácticas que han demostrado ser beneficiosas y alertando sobre las prácticas que se evidencian como perjudiciales, consolidando la institucionalización de procesos operativos y administrativos.

- Proporcionar una herramienta que facilite el proceso de capacitación del personal en los lineamientos que propone el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en consenso con el Ministerio de Salud de la Nación.

- Permitir establecer un sistema de información o bien modificar el ya existente.

- Intervenir en la consulta de todo el personal.

Además, la guía de procedimientos permite el establecimiento de un marco de actuación que fija limites (políticas) a través de una red de procesos o conjunto de actividades que interactúan y se relacionan a través de recursos, entendiendo al mismo como factor o insumo que hace posible su ejecución y posibilita por medio de la descripción de procedimientos, dar soporte a la operación en pos de un mejor servicio.

Dichos procesos deben su accionar a satisfacer necesidades de los beneficiarios del sistema, en este caso la embarazada y su familia.

3.- **Conformación de la guía**

a) Identificación

b) Indice o contenido

c) Prólogo y/o introducción

d) Objetivos de los procedimientos

e) Areas de aplicación y/o alcance de los procedimientos

f) Responsables

g) Políticas o normas de operación

h) Formularios de registro.

i) Bibliografía.

4.- Algunas Consideraciones de esta guía

- Identifica la tecnología que debe ser utilizada en cada caso en particular.
- Decide estrategias para definir aspectos clínicos y toma de decisiones.
- Ayuda a la formación del equipo de salud.
- Consigna pautas consensuadas, por la aplicación del método científico.
- Precisa acciones a realizarse en función de los factores de riesgo.
- Determina el nivel de atención adecuado.
- Asegura una adecuada calidad en la prestación de servicios médico-asistenciales.

MÓDULO I

Atención primero Embarazadas

MSCF Maternidades Seguras y Centradas en la Familia

LINEAMIENTOS QUE CONTRIBUYEN A LA GESTIÓN DEL CONTINUO DE ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO

Plan Nacer

REDESPERINATALES

CAPITULO 1

• *Atención Primaria de la Salud*

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

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

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

- Accesibilidad y cobertura universales en función de las necesidades de salud.
- Compromiso, participación y auto sostenimiento individual y comunitario.
- Acción intersectorial por la salud.
- Costo- eficacia y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles y que asegure el máximo de cumplimiento de accesibilidad a la salud como derecho humano fundamental.

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

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

APS resalta dos conceptos fundamentales:

- El **cuidado de la salud** más que la mera atención de la enfermedad.

- La **equidad** en el acceso a los servicios de salud.

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

En 1999, en la Cumbre Mundial en favor de la infancia. Realizada Washington DC: OPS declara que se debe intervenir desde un enfoque derechos.

Los Derechos Humanos son el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo al interior de toda sociedad.

Están basados en valores que dignifican a las personas. Se fundamentan en el respeto y responsabilidad que se otorga a cada individuo y miembro de una sociedad, comunidad y grupo social. Todo derecho reconoce un valor por lo tanto trabajar por un enfoque de derechos es favorecer a la práctica de valores y asumir responsabilidades.

El marco legal de los Derecho humanos esta dado por las Declaraciones y Convenciones Internacionales que los proclama y define y que en nuestro país tienen estatus constitucional a partir de la reforma de 1994. La aplicación de los derechos humanos se guía por cinco principios que rigen su accionar:

Universalidad
Responsabilidad (exigibilidad)
Indivisibilidad
Participación
Progresividad

La evidencia indica que las estrategias de Atención Primaria de Salud que logran mejores resultados son aquellas de cobertura universal en las que se responsabiliza a un servicio por brindar respuestas adecuadas a un grupo poblacional identificado y conocido (Starfield, 1998).

Si en un primer momento la ventaja radicaba en la capacidad de organizar el funcionamiento del sistema al establecer una "puerta de entrada", luego se identifica que la responsabilidad nominada permite cambiar integralmente el modelo de atención.

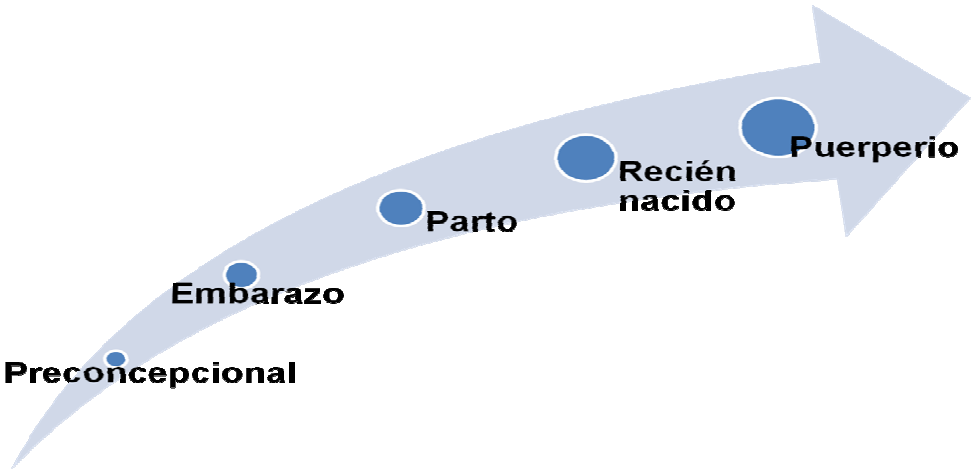
Sobre una población definida y conocida es posible asumir un enfoque centrado en las necesidades epidemiológicas más que en las demandas espontáneas que se concretan en los servicios, es posible establecer cuidados programados y una lógica de cuidados progresivos en red, es más factible desplegar acciones extramuros o comunitarias, es más viable incorporar esquemas de monitoreo y evaluación del desempeño de los servicios y redes.

El control del embarazo debe enmarcarse dentro de estos conceptos y al equipo de salud le cabe la función de trabajar en equipo e interdisciplinariamente, manifestando compromiso en la tarea, para resolver integralmente los problemas de salud

CAPITULO 2

• *Iniciativas provinciales enfocadas a la salud materno infantil*

Consideramos que el proceso de atención perinatal es un continuo, logrando entre los tres niveles de atención una sinergia interinstitucional.



Cada componente del sistema debe proveer la atención de mayor calidad, pero es el grado de complejidad del estado de la embarazada el que determina dónde y quién proveerá la atención.

Se reconocen varias propuestas estructurantes para lograr el continuo de la atención de la madre y el niño que la Dirección de Maternidad e Infancia viene trabajando en las Regiones Sanitarias.

- Atención Primero embarazadas.
- Maternidad Centrada en la Familia.
- Alta Conjunta.
- Plan SUMAR/Nacer
- Embarazo Adolescente
- Redes Perinatales

Todas ellas se encuadran dentro del Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna e infantil, mejorando la calidad de la atención.

De acuerdo a los distintos niveles de atención de los servicios de Obstetricia y Neonatología es que se implementan las líneas de acción.

Nivel de Atención / Tipo de Atención	**Primer Nivel** Centros de salud, unidades sanitarias, postas sanitarias, consultorios	**Segundo Nivel Servicios de Bajo Riesgo** Hospital Categoría II	**Tercer Nivel Servicios de Alto Riesgo** Hospital Categoría III
Ambulatoria	Atención prenatal y postnatal para el bajo riesgo	Atención prenatal y postnatal para el bajo riesgo y especializada	Consultas para el alto riesgo y alta complejidad
Internación	No corresponde	Atención del embarazo de bajo y alto riesgo según patología, el parto y el puerperio	Atención del embarazo, parto y puerperio de alto riesgo complicado

1.- Atención Primero Embarazadas (APE)

"Ella sólo debe esperar a su bebé. Dale el lugar que se merece."

La estrategia "Atención Primero Embarazadas" (APE) surge de la necesidad de abordar la atención de la mujer embarazada desde un enfoque integral, con una mirada que entienda y promueva el continuo de la atención que ella requiere, a fin de favorecer los circuitos que permitan una atención de calidad para todas las embarazadas, en todos los niveles de atención, en coherencia con la APS.

El propósito de esta estrategia, en concordancia con el propósito del Programa Materno Infantil, es lograr la reducción de la morbimortalidad materno infantil, y el objetivo es mejorar la calidad de los procesos involucrados en la atención del binomio madre- hijo, brindando apoyo a la embarazada y su familia durante el control prenatal, el parto y el puerperio.

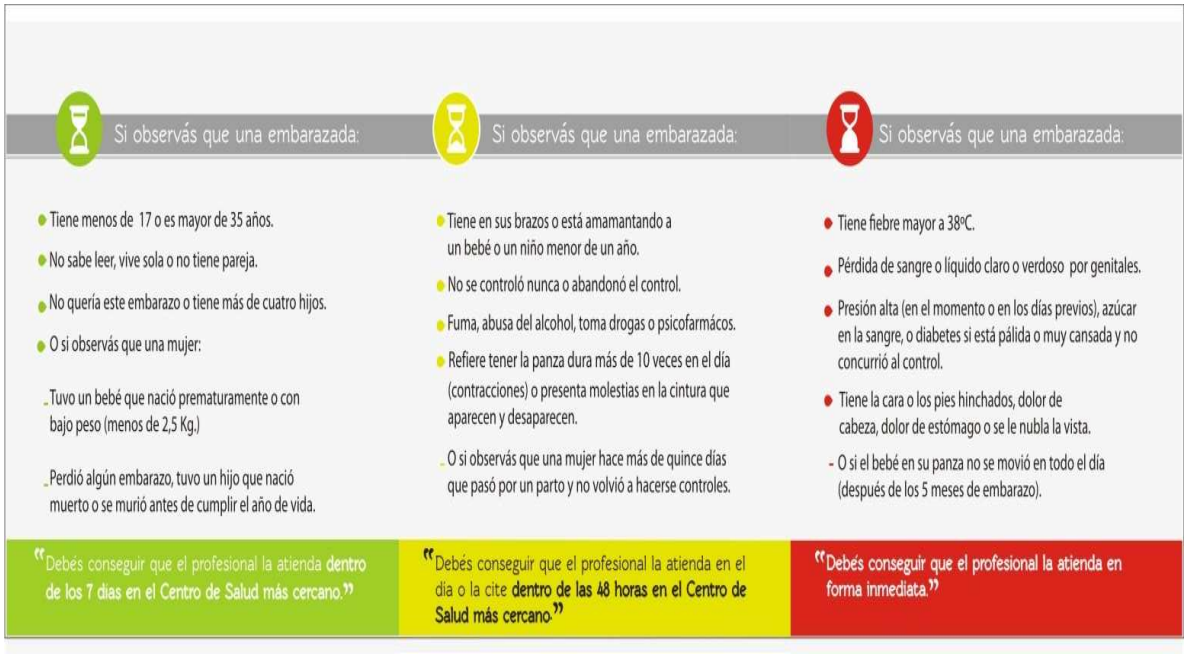
Esta estrategia intenta revalorar el protagonismo que la embarazada naturalmente tiene dentro de la sociedad, para que cada vez que una embarazada accede al sistema de salud, reciba una atención de calidad, en un tiempo prudencial y optimizando todos los circuitos por los que deba pasar.

Abarca los siguientes ejes conceptuales:

Capacitación a Promotores comunitarios, Administrativos y Profesionales: Los promotores comunitarios y las manzaneras son un recurso disponible y muy útil para la captación de aquellas mujeres que no concurren a su control prenatal y sobre todo, las que presentan riesgo aumentado. Los administrativos también son actores fundamentales en la

atención de las embarazadas. Ellos son el primer contacto de la embarazada con el sistema de salud.

Se elaboró un listado de factores de riesgo, divididos en tres categorías, según lleven a una consulta inmediata, en 48 hs o dentro de los próximos 7 días (semáforo).



Tanto los trabajadores barriales, como los administrativos y los profesionales, deberán tener en cuenta esta herramienta para la detección del riesgo y su atención oportuna.

Observatorio de la morbi-mortalidad materna e infantil: los servicios deberán denunciar los eventos adversos al nivel regional y central del Programa Materno Infantil, donde una comisión se ocupa de registrar los decesos, analizar los motivos, crear estrategias para reducir la morbi -mortalidad y monitorear la puesta en marcha y los resultados obtenidos a partir de su implementación. La observación sistemática de los indicadores permite la toma de decisiones basada en la realidad local.

Campaña comunicacional: sobre todos los lineamientos de la estrategia:

- Prioridad de las embarazadas a la hora de sacar los turnos.
- Acceso a las consultas.
- Realización de los estudios y/o análisis necesarios.
- El derecho a estar acompañadas en cada momento.
- Ambiente libre de humo para todos.
- Sueño seguro para el recién nacido.
- Lactancia materna.

Organización: se basa en la implementación de un sistema de turnos programados y conductas que respeten los derechos de la embarazada y su familia.

- Realización de la evaluación del riesgo inicial y citación.

- Ampliación de la franja horaria de atención en caso de que hubiera horarios restringidos.
- Creación o mantenimiento de un hospital de día.
- Adecuación de los espacios de manera de facilitar y hacer más confortable la espera de la embarazada.
- Adopción de conductas por parte del equipo de salud, sustentadas en el respeto a los derechos de la embarazada y su hijo.
- Acompañamiento durante el control prenatal, trabajo de parto y parto.
- Desarrollo de una estrategia de apoyo a padres adolescentes.
- Desarrollo de una estrategia de apoyo a padres de recién nacidos especiales (anomalías genéticas o congénitas).
- Realización de actividades de educación para la salud durante la espera de la embarazada y durante la entrevista de control prenatal.
- Implementación de prácticas efectivas durante el CPN.
- Promoción de la atención del embarazo de bajo riesgo a cargo de obstétricas.

De esta manera, la estrategia de APE se centra en la atención integral de la mujer embarazada y el niño por nacer, considera el binomio madre-hijo como un bien social a preservar entre todos, e intenta que el sistema sanitario capte las necesidades de esta población y se organice en función de sus necesidades, dándole a la embarazada la prioridad que se merece dentro del sistema sanitario, prioridad que recibe desde el resto de la sociedad, por su status de "futura mamá".

2.-Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)

Una Maternidad Segura y Centrada en a Familia (MSCF) tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas consideradas como seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa HAMN, que promueve fuertemente la lactancia materna.

2.1 Concepto de Maternidad Segura

Según OPS, "Maternidad Segura no se refiere al funcionamiento o infraestructura de establecimientos de salud, sino a la promoción y protección del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de mujeres, madres y recién nacidos. Para hacer real la posibilidad de una maternidad segura se requiere de un compromiso de toda la sociedad a la salud de las mujeres, madres y recién nacidos y asegurar el acceso universal a servicios de calidad".

Establece el cumplimiento de las CONES (Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales), utilización de Guías de Prácticas Clínicas basadas en la mejor evidencia científica, normatización de los procesos de atención, evaluación permanente de indicadores, política institucional de Seguridad del Paciente y la capacitación permanente.

Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales

1.- Quirúrgica y procedimientos obstétricos: Realización de cesárea, reparación de desgarros vaginales altos, cervicales y rotura uterina, histerectomía, ectópico, fórceps, ventosa, extracción de placenta, legrado por aborto incompleto.

2.- Anestésica: Anestesia general y regional.

3.-Transfusión de sangre segura: Grupo, prueba cruzada, banco o reserva renovable.

4.-Tratamientos médicos: Para shock, sepsis, eclampsia.

5.-*Asistencia neonatal inmediata:* Reanimación, control térmico.

6.- Evaluación del riesgo materno y neonatal: Listados de factores obstétricos y neonatales.

7.-Transporte oportuno al nivel de referencia: Teléfono / radio y vehículo permanente.

2.2 Ejes conceptuales y principios del modelo MSCF

El modelo MSCF se sustenta en 5 ejes conceptuales y 16 principios .A partir de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, y que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en nuestro país.

Los ejes conceptuales y principios delimitan el alcance del modelo MSCF y definen los aspectos esenciales de la atención de la mujer y su familia durante el embarazo, el parto y el puerperio.

- **Eje conceptual 1: Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.**

Toda MSCF considera la atención centrada en la familia y segura como una de sus prioridades y cuenta con un alto grado de convencimiento y compromiso por parte de sus autoridades y de los miembros del equipo de salud.

El modelo MSCF, para promover un cambio en la cultura organizacional hacia un modelo centrado en la familia y la seguridad de la atención, se sustenta en cuatro principios.

Principio 1: Medicina centrada en el o la paciente (y su familia) y seguridad del paciente.
Principio 2: El modelo MSCF es un cambio de paradigma. Suma lo humanístico al progreso tecnológico.
Principio 3: Asume y comprende que el reaccionar y actuar responsablemente frente al error médico favorece el cambio de paradigma.
Principio 4: Tiene avales nacionales y de organismos internacionales.

- **Eje conceptual 2: Protección de los derechos de la madre, el padre, su hijo o hija.**
  El modelo MSCF protege y garantiza los derechos de los padres y de su hijo o hija.

La protección de los derechos humanos es un aspecto esencial del modelo, que se sustenta en los siguientes principios básicos.

Principio 5: No es objeto de controversia y se alinea con el concepto de derechos humanos.

El reconocimiento de madres, hijos y familia como **verdaderos dueños de casa** en las maternidades no debe ser considerado motivo de discusión o controversia, ya que se alinea con el concepto de **derechos humanos**.

Principio 6: Enfrenta la inequidad y la discriminación.
Principio 7: Admite publicidad en el marco de la ética.

- **Eje conceptual 3: Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio.**

El modelo MSCF promueve el empoderamiento de la mujer y de su pareja para el cuidado de su hijo o hija antes y después del nacimiento. También, estimula la permanencia continua y la participación activa de los padres durante la internación de sus hijos.

Principio 8: Empodera a la familia y tiene beneficios agregados.
Principio 9: Es gratificante para todos los agentes de salud
Principio 10: Posibilita el compromiso y la participación comunitaria.

- **Eje conceptual 4: Uso de prácticas efectivas y seguras**

El modelo MSCF promueve la efectividad y la seguridad de la atención de la mujer y de su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Principio 11: Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia.
Principio 12: Es un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua.
Principio 13: Busca promover intervenciones costo-efectivas, replicables y seguras.
Principio 14: Contribuye al cumplimiento de los objetivos del milenio.
Principio 15: Sus resultados pueden ser cuantificados.

- **Eje conceptual 5: Fortalecimiento de otras iniciativas, en particular la iniciativa HAMN**

El modelo MSCF promueve fuertemente la lactancia materna y el involucramiento y la participación de las maternidades en la iniciativa HAMN.

Principio 16: El modelo MSCF es abarcativo e incluyente de todas las propuestas complementarias.

El cambio de modelo de una maternidad tradicional a una MSCF presenta complejidades de distintas dimensiones, dado que incluye distintos componentes que actúan a lo largo del proceso de atención de la embarazada, desde su primer contacto con la maternidad hasta que su hijo o hija es dada de alta en el seguimiento ambulatorio.

2.3 Los 10 pasos hacia una MSCF

La estrategia para la implementación del modelo MSCF abarca 10 pasos, que comprenden las distintas etapas y aspectos de la atención de la embarazada, desde su primer contacto con los servicios de salud hasta el alta del RN en el seguimiento ambulatorio.

PASO 1 Reconocer el concepto de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia como una política de la institución.
Hay consenso institucional para desarrollar acciones de MSCF, presupuesto destinado para tal fin y trabaja un equipo multidisciplinario que lidera las acciones necesarias.

PASO 2 Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el Control Prenatal (CPN).
Se facilita la asistencia al CPN con turnos programados, en horarios amplios, en ambientes agradables, con la participación de la familia. Se promueve la articulación entre las distintas áreas de la maternidad para facilitar la realización de los procedimientos diagnósticos indicados en el CPN. Se informa sobre los derechos de las mujeres en el parto, la lactancia materna, la procreación responsable y sobre el curso de preparación para la maternidad.

PASO 3 Respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de parto y parto.
Se permite la presencia de un acompañante en el trabajo de parto y en el parto, tanto normal como patológico, sea este un familiar o partera empírica, sanadora tradicional o agente espiritual. Se alienta a las mujeres a decidir sobre deambulación, ingesta de líquidos (té, infusión de hierbas), posiciones (vertical, horizontal, en cuclillas) y tiempos en el parto, proveyendo la infraestructura y mobiliario mínimo que lo haga posible. Se estimula la lactancia precoz y el vínculo temprano madre-hijo o hija.

PASO 4 Priorizar la internación conjunta madre-hijo o hija sanas con la participación de la familia.
Se evita la separación del binomio madre-hijo o hija sanas o con patologías leves. Se facilita el acompañamiento durante la internación y la visita de los padres y demás familiares

PASO 5 Facilitar la inclusión de la madre, el padre y el resto de la familia en la internación neonatal.
Padre y madre tienen ingreso irrestricto en la internación neonatal y se facilita la visita de hermanos y abuelos del RN internado. Se promueven el Contacto Piel a Piel (COPAP) y la lactancia materna.

PASO 6 Contar con una Residencia para Madres (RM) que permita la permanencia junto con los recién nacidos internados.
La RM 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 o madres y a sus familias en todas las áreas de la maternidad y en la RM.

PASO 8 Organizar el seguimiento del recién nacido sano y, especialmente, del de riesgo, en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar.
Antes del alta, el equipo de salud coordina con los padres el seguimiento alejado de los RN sanos y, especialmente, de aquellos de riesgo. En las consultas de control, se facilita la participación de la familia.

PASO 9 Trabajar activamente en la promoción de la lactancia materna según las pautas de la iniciativa HAMN.
La maternidad trabaja activamente en la promoción de la lactancia materna para lograr la acreditación de HAMN (OMS-UNICEF-Ministerio de Salud) o bien 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 MSCF.

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 MSCF.

La implementación de cada paso supone la realización de distintos tipos de actividades que deberían facilitar el logro de los objetivos propuestos por el modelo MSCF

Además promueve la incorporación de la **perspectiva intercultural** en las prácticas cotidianas del personal de los servicios de salud, para contribuir así a la aplicación efectiva del **enfoque de derechos** en el campo de la salud, principalmente en los contextos interétnicos que son característicos de muchas provincias argentinas. Una perspectiva intercultural en las maternidades implica reconocer la existencia de embarazadas, madres y familias que son portadoras de culturas diferentes a la cultura argentina o criolla.

Este modelo se encuentra explicitado detalladamente en "Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo" Segunda edición – Junio 2012

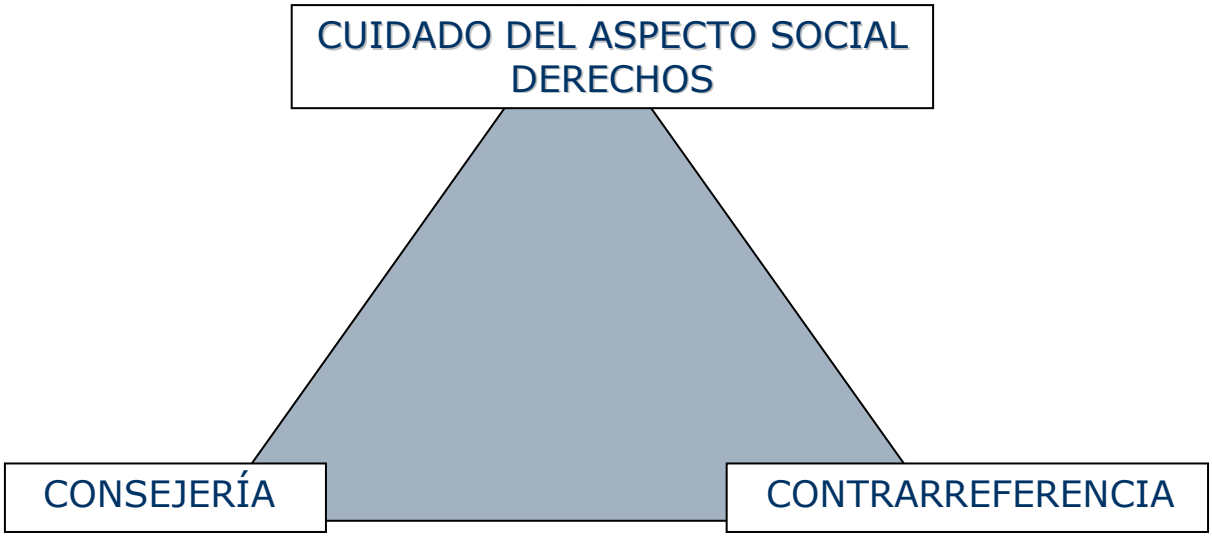
3.- Alta Conjunta

3.1 Antecedentes

Es una práctica iniciada a mediados del año 2000 por el Dr. Marcos Cachau, en la Maternidad del Hospital Pablo Soria, de la ciudad de San Salvador de Jujuy. Nació entonces como una estrategia para optimizar el llenado de la Historia Clínica de las pacientes que se iban de alta. A ello se agregó inmediatamente un espacio de Consejería, para que ese encuentro entre las familias y los Profesionales no se convirtiera en una "oportunidad perdida" por parte del sistema de salud.

3.2 Concepto de Alta Conjunta

El Alta Conjunta es un espacio donde los profesionales brindan a las madres, sus recién nacidos y a su familia toda la información acerca de sus cuidados, y establecen la articulación entre la maternidad y el primer nivel de atención. Es la posibilidad de armar estrategias locales para la atención de calidad del 90% del total de partos (internación conjunta) y asegura estándares mínimos de atención hacia el binomio madre – hijo recién nacido sano.



3.3 Implementación en la Provincia de Buenos Aires

Este lineamiento, prevé la utilización de un formulario ad-hoc y la recomendación de que la información del mismo llegue dentro de las 48 horas de producido el alta al Centro de Salud elegido por la puérpera y su familia para realizar los controles programados, de forma tal que se pueda controlar la concurrencia de madre e hijo, es decir que favorece la organización del evento alta, dada por el plantel de profesionales de los Servicios de Obstetricia y Neonatología en forma individual o grupal para cada familia, con contenidos preestablecidos educativos, asistenciales y de Consejería.

Permite además, completar la historia clínica de las pacientes antes de que se le otorgue el alta, la categorización del riesgo social y vincular, garantizar la serología y vacunación de la madre y el bebé, además de constituir un espacio de consejería en Lactancia Materna y Salud Sexual y Procreación Responsable, como así también el correcto llenado y entrega de su Libreta Materno infantil para planificar el control post parto, pues la correcta contrarreferencia al primer nivel debería contribuir a la detección y prevención de otra patología ginecológica.

Se convierte también, en un espacio para la atención de consultas y de educación para la salud sobre la importancia del control puerperal, signos de alarma para la puérpera y su bebé y pautas de crianza entre otros.

Somos conscientes de que el cuidado de la mujer embarazada no concluye con el parto. El cuidado post parto permite detectar morbilidad materna y discapacidad más allá del momento de nacimiento.

La implementación del Consultorio de Alta Conjunta y su articulación con el Primer Nivel de Atención permite:

A la madre y al niño: contar con un Profesional de cabecera
- Confianza
- Cercanía
- Conocimiento de la familia

A los Profesionales del Centro de Salud:
- Grupo profesional de pertenencia: ampliando la red de influencia
- Intercambio académico: a través de actividades docentes y de actualización continua.

A los Profesionales de la Maternidad:
- Asegurar el control de la puérpera y del niño después del alta.
- Disminuir la deserción
- Disminuir costos: tanto para el sistema de salud como para la familia, evitando erogaciones por traslados innecesarios para atenciones que pueden llevarse a cabo en su zona de residencia.

4.- Plan SUMAR/ NACER

Es un programa nacional con ejecución provincial que, en el año 2007 inició un camino innovador en la gestión sanitaria, consolidando políticas públicas más inclusivas y equitativas. Implica que la Nación transfiere recursos a las provincias por la inscripción y nominalización de beneficiarios; resultado de y cobertura efectiva y calidad de atención brindada por los establecimientos públicos que integran el sistema provincial de Salud.

Esto implica el envío de mayores recursos financieros de la Nación a la provincia en función de su población sin obra social y en base al logro de mejores resultados de salud.

Tiene como objetivo reducir la morbi-mortalidad materno infantil, busca explicitar la cobertura de salud implícita mediante el financiamiento de la brecha de calidad existente en el sector público, y el fortalecimiento de la red de atención primaria de la salud.

Para lograr estos objetivos, el Plan Nacer en la Provincia de Buenos Aires, se presenta como una tecnología de gestión sanitaria que promueve cambios en los hábitos organizacionales, tendientes a mejorar la administración de la salud pública.

La nominalización y georreferencia de la población, a partir del registro y reporte de las prestaciones realizadas por los efectores del sector público, son pilares fundamentales de las prácticas organizacionales que se busca instalar.

El mayor logro del Plan en la actualidad consiste en contar con una base de datos nominalizada y georeferenciada de los pacientes que se atienden en los efectores públicos de la provincia de Buenos Aires, pudiendo desarrollar un seguimiento on-line de los mismos en todo el territorio, ya que el Plan se encuentra implementándose en los 135 municipios.

Desde el inicio se establecieron para todas las provincias metas sanitarias: ("Trazadoras") para poder medir el impacto del Plan Nacer en la salud de la población elegible, varias de las cuales se relacionan con el embarazo, parto y puerperio.

- Captación temprana de la embarazada (antes de la semana 14 de gestación)
- Efectividad de atención del parto y atención neonatal (APGAR >6).
- Efectividad del cuidado prenatal y prevención del parto prematuro (<2,5Kg.)
- Efectividad de la atención prenatal y del parto (VDRL y antitetánica durante el embarazo).
- Auditoría de muertes materno-infantiles.
- Cuidado sexual y reproductivo (Consejería Puerperal)
- Inclusión de comunidades indígenas.

Desde el año 2009 el cumplimiento de las metas sanitarias, entre las que se encuentran la "captación temprana de la embarazada", "la atención puerperal" y "la atención del parto", se incrementó en 251%, contando con sus respectivos registros nominalizados. Esto permitió desarrollar estrategias sanitarias adecuadas a la realidad de cada municipio, permitiendo la planificación basada en el conocimiento y los datos generados por cada jurisdicción.

Siete años después, en base a los resultados y logros del Plan Nacer, el Gobierno Nacional y las Provincias avanzan en la búsqueda de mejorar la calidad de atención y en profundizar el acceso y el ejercicio de los derechos de la salud de la población, poniendo en marcha la extensión: Programa Sumar.

Ahora, además de brindar cobertura a la población materno-infantil, incorpora a los niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres hasta los 64 años.

La integración de estrategias y acciones con otras políticas de salud y otras políticas sociales es un propósito central del Programa SUMAR/Nacer, en la búsqueda de reunir esfuerzos de manera coherente para alcanzar nuestro máximo potencial, y continuar desarrollando progresivamente un sistema integral de protección social en nuestro país.

El Programa SUMAR, como el Plan NACER, continuará con un claro enfoque de derechos que se propone brindar identidad a los nuevos grupos frente al sistema de salud y explicitar los servicios que conforman su derecho, asignándole contenido y alcance preciso; generar conciencia en la población acerca de la importancia del cuidado de la salud; empoderarla para el ejercicio efectivo de su derecho, y potenciar su vínculo con el sistema de salud.

Objetivos Generales del Sumar/Nacer

- Continuar disminuyendo la tasa de mortalidad infantil.
- Contribuir a la disminución de la tasa de mortalidad materna.
- Profundizar el cuidado de la salud de los niños/as en toda la etapa escolar y durante la adolescencia.
- Mejorar el cuidado integral de la salud de la mujer, promoviendo controles preventivos y buscando reducir las muertes por cáncer cérvico uterino y por cáncer de mama.

Objetivos Específicos

- Desarrollar los Seguros de Salud Provinciales y brindar cobertura explícita de salud a la población más vulnerable.
- Mejorar el acceso a la salud de la población.
- Fortalecer los Hospitales y Centros de Salud públicos de todo el país.
- Fomentar la equidad y promover la igualdad.
- Concientizar y promover el ejercicio efectivo del derecho a la salud.
- Promover la participación social y la transparencia en el uso de los recursos

Para lograr los objetivos propuestos, el modelo de gestión del Programa SUMAR, basado en los mismos pilares que los del Plan NACER, incrementa la inversión en salud, utilizando un modelo innovador de financiamiento basado en resultados.

Las prestaciones que cubre el Plan SUMAR/ NACER, se encuentran especificadas en el Nomenclador Perinatal y el Nomenclador de Alto Riesgo

5.- Prevención de Embarazo Adolescente

5.1.- Concepto de Adolescencia

Es el período que estadísticamente, por planificación y evaluación, abarca de los 10 a los 19 años, pero como proceso su comienzo es biológico dado que se asocia al inicio de maduración sexual (pubertad) y su finalización sociológica porque es cuando consigue la independencia del núcleo familiar y la económica.

Significa "crecer rápidamente" o "crecer hacia" es decir la condición y el proceso de crecimiento, a partir del cual se logrará la identidad personal.

Es un proceso de crisis vital, entendiendo como tal el acto de distinguir, elegir, decidir y/o resolver, con derecho a la incertidumbre, al conflicto que lleva a la elaboración de cambios tanto físicos, como psíquicos y de la esfera social.

Es un período formativo crucial que moldea la forma en que los niños y las niñas vivirán sus años adultos, no solo en relación con su salud sexual y reproductiva, sino también en su vida productiva social y económica.

Se clasifica en tres etapas:
Adolescencia temprana (10 a 13 años).
Adolescencia media (14 a 16 años).
Adolescencia tardía (17 a 19 años).

La maduración biológica y la capacidad reproductiva (menarca y espermarca) entre los 11 y 14 años, son hechos que se relacionan con la maduración, el crecimiento y la sexualidad, serán vivenciados según como se hayan construidos y transmitido la sexualidad en cada familia. Los jóvenes, se encuentran aptos para la reproducción, pueden engendrar un hijo, aunque sicológicamente y socialmente no estén preparados para asumir una maternidad-paternidad temprana.

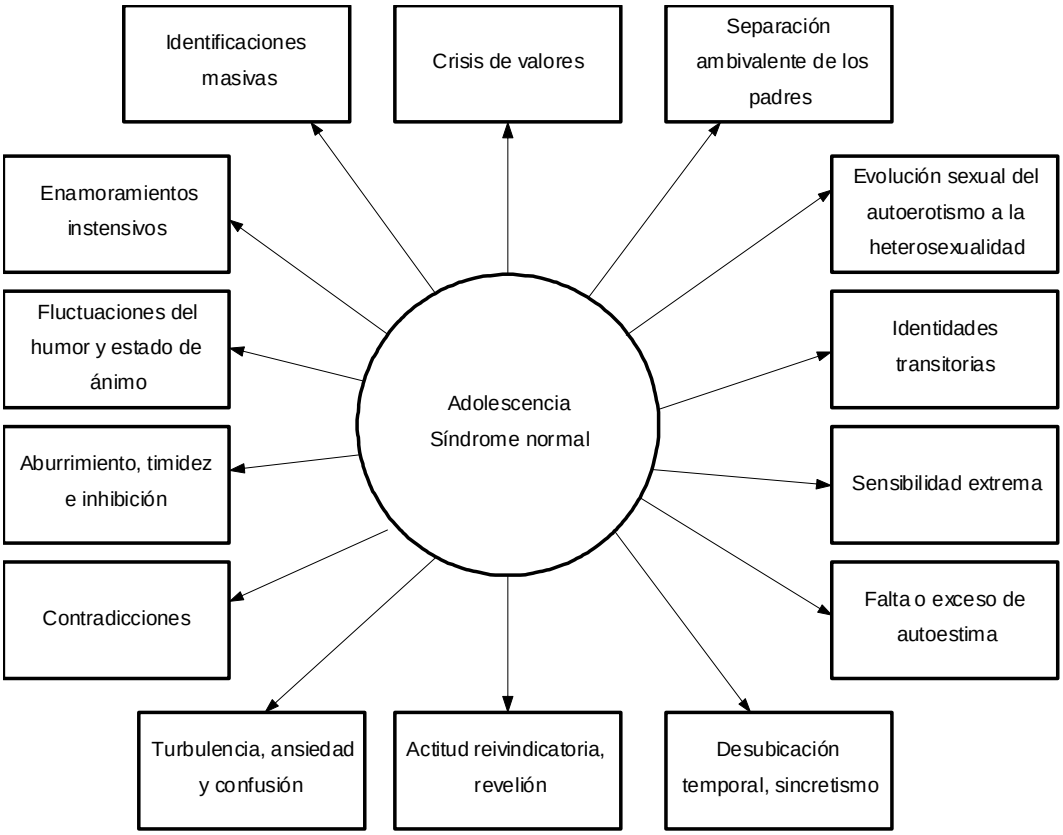
Durante la historia de la Humanidad los paradigmas familiares han cambiado. Es necesario considerar otros aspectos para diferenciar las estructuras familiares y su relación con las posibilidades de desarrollo de los adolescentes.

Con la modernización y la globalización, la influencia de la familia sobre el entorno ha disminuido. Los efectos que tienen estos procesos mundiales generaron que las familias pasen a ser redes más abiertas y atravesadas por distintos factores por lo que sus miembros quedan expuestos y vulnerables. Ante esta multiplicidad de estímulos, los jóvenes definen sus estilos de vida.

Entre las características que definen el estilo de vida de los adolescentes podemos mencionar:

- Búsqueda de identidad: posibilidad de confrontarse con autores de libros, padres, líderes políticos, ídolos, entorno, valores de la sociedad, el cuerpo, la ruptura con los padres y las exigencias sociales.

- Búsqueda de independencia: como siente y como piensa en relación a lo que piensan sus padres, amigos, sociedad.
- Creatividad o capacidad creadora: ayuda a elevar su autoestima y debe ser apoyada.
- Necesidad de autoestima elevada: que los otros piensen bien de él y que el se sienta bien como persona.
- Juicio crítico: se produce una expansión de analizar críticamente al mundo, esto permite al joven analizarse mejor, criticar al mundo y a la cultura que lo rodea, desarrollar una identidad más amplia, una justificación más sólida de sus valores, su pensamiento y sus efectos.
- Sexualidad: es parte del proceso iniciado en etapas anteriores de la vida. Aparece la genitalidad con potencial reproductivo, comienza la necesidad marcada de relacionarse afectivamente con otras personas.



- Proceso educativo: con la educación informal dentro de la familia y del entorno social y la educación formal del período escolar. De ello dependerá en gran parte su inserción social, dentro de las características de su entorno y del desarrollo de su proyecto de vida.
- Proyecto de vida: será mediatizado por las posibilidades que el medio externo familiar y social ofrezca y el esfuerzo que él realice para que ese proyecto acontezca o no. Tener un proyecto de vida (no importa cual) es un factor protector frente a los riesgos de salud del joven. De otra manera generamos personas con un alto nivel de frustración y con posibilidad de desviarse hacia estilos de vida de alto riesgo para ellos mismos y para la sociedad.

Todos los adolescentes tienen derecho a la salud, la educación, al trabajo justo y al desarrollo personal, para poder así crecer y contribuir al engrandecimiento de la humanidad.

Por lo tanto las acciones dirigidas a mantener o recuperar la salud integral del adolescente, debe tener un enfoque participativo, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención primordial y primaria, promoviendo estilos de vida saludables.

Se entiende por prevención primordial, no solo la detección temprana y el control de los factores de riesgo, sino el fortalecimiento de la capacidad de desarrollo integral de las personas como mecanismo protector fundamental.

Según Louise Kaplan la adolescencia es el período de tiempo por el cual el amor a uno mismo se transforma en amor a la especie, en la forma de ideales y valores sociales.

5.2 Adolescencia y Salud

Se considera a la salud del adolescente como:

- Un proceso construido socialmente, pues se reconoce al medio social como la trama de lo que les ocurre a los adolescentes, en el contexto cultural donde viven, abandonando el criterio de que es un condicionante más de la salud.
- Un derecho de ciudadanía destacando el enfoque de género, es decir, proponiendo a los trabajadores de la salud a abogar por sus derechos, aumentando la vigilancia de la comunidad hacia situaciones de inequidad y violación. Al hablar del enfoque de género nos referimos a la manera de analizar los problemas de salud y desarrollo en relación al modo en que los varones y mujeres construyen su identidad sexual y pueden ejercer su autonomía a la hora de tomar decisiones, a partir de sus valoraciones diferenciadas sobre los sexos. Por ser un componente de la cultura es flexible y sujeto a transformación.
- Con un cambio de perspectiva considerando que en la salud intervienen no solo las acciones de cuidado desde los servicios de salud, sino también las acciones de auto cuidado y mutuo cuidado que realizan los adolescentes a partir de la información y apoyo que obtienen de su red social. Esto democratiza el poder de las profesionales y ayuda al fortalecimiento de la autonomía, es decir, un cambio centrado en el adolescente sano, sus capacidades y necesidades básicas para el aprendizaje.

5.2.1. Adolescencia y Salud Sexual

En cuanto a la salud sexual hay varias definiciones pero, la de la OMS, es la que más coincide con nuestro pensamiento, dado que ve a la persona desde un punto vista integral, rescatando los valores de la comunicación y el amor entendido como tal. La misma expresa:

"Salud sexual es la integración del ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual, para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación, de dar y recibir amor".

El amar y ser querido es una necesidad básica del ser humano. Desde que el niño nace siente necesidad de afecto y cercanía física, pero, según Susan Pick de Weiss, "es en la adolescencia que el sentimiento heterosexual le abre nuevos horizontes y a la vez incrementa la vida emocional".

Es así como los adolescentes pueden "dejarse llevar" por sus sueños y fantasías llegando al acto sexual. Iniciar relaciones sexuales en estado de enamoramiento, en una relación más impulsiva que reflexiva, es un gran riesgo para los adolescentes que no miden las consecuencias de este acto y por lo tanto no se responsabilizan de los efectos que ellos mismos producen.

Hay factores externos que influencian la sexualidad del adolescente como:

Comunicación con los padres: es importante, pero a veces aunque es escasa o nula, basta con que sea un adulto referente. Sabemos que hay una crisis de modelo familiar, producto de la crisis socioeconómica y de la asunción de nuevos roles por parte de la mujer y los niños en la sociedad.

Comportamiento familiar: la incidencia directa de la familia y el sistema escolar sobre el joven ha disminuido mientras se intensifica la comunicación con sus pares es importante, pues la información dada por ellos es a veces más confiable que la brindada por el adulto.

Religión: los adolescentes pasan por una etapa de incertidumbre religiosa que los convierte en profundos ateos o en místicos fervorosos.

Medios de comunicación: compiten con la escuela y la familia en la capacidad de socialización, proponiendo modelos de rápido éxito. La erotización en los medios masivos de comunicación, como la seudovaloración sin compromiso afectivo, lo podrá conducir a una relación sexual inmadura con el riesgo de un embarazo inesperado.

Políticas gubernamentales: que excluyen a los adolescentes no dándole la importancia que esta etapa requiere.

Educación, empleo y situación socioeconómica: la falta de educación, desocupación y la situación socioeconómica adversa, lo llevan a un estado de frustración, apatía, depresión que muchas veces desencadenan en conductas de riesgo y hasta en suicidio.

Uso de drogas: Hay una exigencia social y sobreestimulación. El alcohol actúa como conducta de ajuste frente a exigencias inalcanzables (animarse, no parecer tonto). Es la droga de mayor consumo y está asociada a conductas de riesgo que provocan lesiones por causas externas (1° causa de muerte), relaciones sexuales sin protección con sus consecuencias. El tabaco es la puerta de entrada al consumo de drogas ilegales.

Existen evidencias de como establecer el vínculo para abordar la salud sexual, que consideramos importante durante la consulta:

- No criticar.
- No emitir juicio de valores.
- Escucharlos y dialogar con ellos a fin de conocer su historia familiar.
- Evitar discursos que nos identifiquen con los padres.
- Dar testimonio con el ejemplo.
- Confidencialidad.
- Respetar sus tiempos y silencios.
- Resaltar habilidades.
- Lograr su consentimiento.
- Incorporarlos como actores sociales con derechos y con una participación protagónica.

Por ello pensamos que es muy importante la actitud del profesional cuando dialoga con una pareja de adolescentes sobre aspectos de la sexualidad.

En dichos aspectos todos asumimos un compromiso vital y permanente y no es obligación asumir un compromiso para el cual no se está preparado.

Una actitud franca, honesta, sincera es más importante que una brillante exposición técnica vacía de calor humano y sinceridad.

Sin una revisión de nuestros propios valores y creencias respecto a la sexualidad, es imposible iniciar el proceso de preparación de un encuentro. Si luego de una auto-evaluación, no estamos seguros de poder dialogar con ellos, es mejor no hacerlo.

Conceptos que se transmiten mal pueden perturbar al adolescente que los recibe. Preguntas que no se contestan, se evaden o se explican confusamente, pueden crear conflictos. Por ello lo importante es no enfermarlos con actitudes negativas o ignorantes de los aspectos sexuales.

Esto se logra si el profesional acepta desde un principio dialogar franca y profundamente sobre todos y cada uno de los aspectos que preocupen al adolescente.

Se propone el desarrollo integral con énfasis en la prevención de la salud, entendiendo como tal a hacer lugar para que el adolescente pueda desarrollar lo que es y desde el efector contemplar acciones que permitan crear la convicción de que el mundo fuera del hogar les hace un sitio.

5.3.- Abordaje del embarazo en la adolescencia

Si pensamos que los adolescentes constituyen la quinta parte de la población de nuestro país, entenderemos claramente que todos los esfuerzos que hagamos desde el sector salud, para prevenir lo que a ellos pueda ocurrirles, ya que no solamente estaremos ejercitando acciones sobre los adolescentes de hoy, que hasta no hace mucho tiempo eran niños, sino sobre los adultos del mañana y los niños del futuro, niños de los que ellos serán los padres.

El hijo forma parte del proyecto de vida de una pareja adolescente, el embarazo es considerado por los distintos sectores involucrados, como una situación más o menos problemática, cuyo origen obedece a una multicausalidad.

La gravidez en este período de crecimiento ocasiona una nueva búsqueda de identidad materna/paterna, cuyos nuevos cortejos de conflictos pueden llevar a la desestructuración de la personalidad.

Desde el punto de vista social, la adolescente embarazada así como su hijo, es considerada como de alto riesgo, determinando gran aumento de la deserción escolar, desacuerdos familiares y gran dificultad de inserción en el mercado laboral, perpetuando el círculo de pobreza.

Se observa que la maternidad en la adolescencia muestra una relación inversa al nivel de educación. Los adolescentes que tienen hijos siguen siendo los que pertenecen a sectores sociales de bajos ingresos, son poblaciones vulnerables, mal nutridas, muchas de ellas en situación de violencia.

La mayoría no esta escolarizada, tienen dificultad para el acceso a una adecuada atención y a los programas de prevención. Más de la mitad de las madres no trabaja, carecen de proyectos personales, aumentando la posibilidad de ser multíparas adolescentes, si su primer embarazo lo tienen muy tempranamente.

La inequidad, la discriminación, el hambre trae delito y violencia, y muchas veces sus proyectos se limitan a lo inmediato, sus amigos, su escuela, su barrio, su familia. Es una voz de alerta los 4 millones de jóvenes que intentan suicidarse cada año en el mundo, más los suicidios silentes que ocurren de la mano de las drogas y el alcohol.

Para un adolescente, una buena comunicación con su medio familiar es muy importante para la entrega de afectos y amor, la joven que no logra satisfacer sus necesidades emocionales en su hogar, busca el afecto fuera de él y muchas veces, buscan inconcientemente un embarazo, como una manera de asegurarse cariño.

Corroborando lo expuesto anteriormente existe un trabajo realizado dentro del marco del Programa Mujer[3], en cinco barrios de extrema pobreza de un distrito del Conurbano Bonaerense y cuyo objetivo fue comprender los factores socio-emocionales que intervienen en la interacción entre equipos de salud y adolescentes en la atención de la salud sexual y reproductiva, como una forma de mejorar la eficacia de la atención.

Por ser un estudio descriptivo, no se considera que sus resultados puedan ser construcciones universales extrapolables a otras situaciones, sino que deben ser entendidos como generadores de hipótesis a ser exploradas, útilizándose entrevistas abiertas para la recolección de datos.

De las adolescentes embarazadas entrevistadas:

- Todas habían abandonado la escuela al finalizar el ciclo primario antes del primer embarazo y una sola a partir del embarazo el 1º año del secundario.
- Ninguna de ellas convivía con su pareja antes de embarazarse, pero la mayoría decidió hacerlo a partir del embarazo.
- Solo en cuatro casos se trataba del primer embarazo, en los restantes las adolescentes estaban esperando su segundo hijo y en uno de los casos el quinto.
- En las embarazadas primíparas era también la primera vez que tenían contacto con el sistema de salud.

Los resultados constituyen los contrastes entre los textos producidos por los tres grupos entrevistados y se presentan de acuerdo a los siguientes ejes de análisis:

La caracterización de las adolescentes antes del embarazo. En el análisis se observa que tanto las adolescentes como los/as médicos/as sostienen valoraciones negativas sobre la adolescencia. La ausencia de caracterizaciones positivas podría indicar la falta de vínculos previos al embarazo entre las adolescentes y el equipo de salud y la dificultad que percibe este último en la atención de las adolescentes.

Los determinantes del embarazo. Coincidentemente con la significación del embarazo adolescente como constitutivo de la identidad de mujer, las adolescentes expresan el deseo como un determinante de su embarazo, entendido como una forma de parecerse a las demás y ser queridas. Aunque los médicos asocian el embarazo también con el deseo, lo relacionan con una actitud lúdica o pautas culturales específicas y plantean valoraciones de la maternidad como el principal rol de la mujer que pone de manifiesto los aspectos de género.

Otro desencuentro importante es que en el discurso las adolescentes mencionan fallas de anticonceptivos, mientras que los médicos relatan la ausencia de uso de métodos anticonceptivos. También contrastan visión sobre la frecuencia de abortos y los textos de las adolescentes que relatan que el aborto no fue pensado como una salida porque producía más miedo que el parto. Solo en los textos de obstétricas se mencionan fallas de los servicios de salud en brindar acciones de planificación familiar.

La comunicación en la consulta. Para el equipo de salud la dificultad reside en la falta de comprensión de las adolescentes por escasa escolaridad y desconocimiento, mientras que las adolescentes lo adjudican a que ellos no hablan claramente y no las entienden. Aunque reconocen la necesidad de las adolescentes a ser escuchadas, solo algunas obstétricas proponen la escucha como estrategia.

3 Lic. Silvia Franco, Patricia Pittman y Rosa Klass – Programa Mujer – Salud y desarrollo de OPS

Las ansiedades y miedos de las adolescentes. El equipo de salud parece no percibir la importancia que otorgan las adolescentes a los miedos referidos al parto y la maternidad o a algunos componentes de la atención prenatal como el tacto, sin embargo el equipo de salud relaciona los miedos con el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Otro desencuentro más que nos hace pensar que el equipo de salud en pocas oportunidades escucha a las adolescentes.

La prevención del siguiente embarazo. A diferencia del primer embarazo en donde el deseo parece ser el principal determinante, condicionado por la necesidad de construcción de la identidad, las adolescentes plantean sorpresa frente al segundo, refiriendo que se trata de una situación no esperada. Mientras que las adolescentes expresan que tanto la indicación del MAC como la provisión del mismo se realiza bajo la influencia de las madres, el equipo de salud no menciona estrategias preventivas con participación de la madre. Ambos coinciden en la resistencia de los varones a utilizar preservativos. El equipo de salud en el contexto de los aspectos culturales, ve frustrada la prevención de siguientes embarazos que interpretan como desidia y falta de voluntad de las adolescentes a cumplir con sus "mandatos".

Después del parto: la maternidad y los proyectos de vida. El embarazo en la adolescencia, muchas veces buscado por los jóvenes, como una forma de encontrar su identidad a través del reconocimiento social que la maternidad tiene en la cultura, interrumpe los proyectos de vida que deben replantearse después del parto.

La búsqueda de afecto relacionada con la maternidad como rol conocido y practicado tempranamente en el hogar, contribuye a la consolidación de una identidad basada en la función reproductiva y dificulta a las adolescentes el acceso a la educación, al trabajo y a las actividades sociales que favorecen su desarrollo. La sensación de protección y cariño que el embarazo brindaba se pierde después del parto. Reaparecen los proyectos personales propios de la etapa adolescente (ir a bailar, estar con amigas) pero con un sentimiento de fracaso.

El control puerperal se plantea como un control biológico en el caso de los médicos y de prevención de nuevos embarazos en el caso de las obstétricas no planteando ninguna intervención a partir de la articulación con las redes sociales relacionadas con el empleo, el deporte y la recreación. El equipo de salud se siente más responsable por la salud del hijo, terminando su atención en el 1º control puerperal.

Los adolescentes varones, expresan la situación difícil que significa para ellos el tener la responsabilidad del sostén económico de la familia e identifican a la paternidad como la imposibilidad de acceso a la educación y recreación, como alternativas del desarrollo social.

Por lo expuesto se puede inferir que las adolescentes pobres se encuentran en una situación de inequidad en cuanto a la posibilidad de regular su fecundidad, como así también a otros recursos menos tangibles como la autoestima y el poder.

5.3.1 Su abordaje en la Provincia de Buenos Aires

En la Provincia de Buenos Aires el porcentaje de Embarazo Adolescente es de 13,7%, si se tiene en cuenta el sector público y privado, pero si solamente tomamos como dato el informado por el sistema Informático Perinatal, que se carga en los Hospitales (sub-sector estatal), el mismo asciende a 19,5%.

Consideramos que el primer embarazo es multicausal, pero su repitencia, que en la Provincia es de un 13%, en el sector público y privado y si tomamos solamente el sub-sector estatal se incrementa casi al doble, es ciertamente un problema de Salud Pública, dado que la adolescente pasó por el sistema de salud, tuvo su parto y permaneció internada como mínimo 48 horas, por lo que se puede inferir que las estrategias para su captación en el consultorio de planificación familia no fueron efectivas.

Tomando en cuenta esta problemática, desde la Dirección de Maternidad Infancia y Adolescencia, se puso en marcha el *"Proyecto de Prevención de de la Repitencia del Embarazo Adolescente"*, considerando que deben desarrollarse acciones concretas que logren modificarla, permitiendo reducir las brechas sociales y que los adolescentes estén en condiciones de decidir su futuro y disfruten plenamente de su sexualidad.

Tiene los siguientes objetivos:

Objetivo General

- Disminuir el número de embarazos en la adolescencia, con énfasis en su repitencia.

Objetivos específicos

- Seleccionar un Referente de Embarazo Adolescente con disposición y compromiso oficial de la Dirección de cada Maternidad ó Centro Obstétrico.
- Restablecer la Historia Clínica del Adolescente (SIA).
- Fomentar o fortalecer la creación de Consultorios de Adolescentes con horarios discriminados.
- Rever con el Ministerio de Educación los alcances y grado de implementación de la ley en Salud Reproductiva y Procreación Responsable.
- Promover la Iniciativa conjunta con los diferentes ministerios involucrados (Educación, Desarrollo Social, Trabajo) donde se dicten "talleres de oficio".
- Formalizar en los establecimientos educacionales las "guarderías escolares".
- Generar acciones de protección en la Embarazada Adolescente, para evitar un nuevo embarazo no planificado.
- Promover medidas Auto- cuidado y estilos de vida saludable.
- Fomentar la reinserción escolar.
- Asesorar y concientizar de la importancia del ingreso al sistema laboral.

Cabe señalar la posición privilegiada que posee el equipo de salud de ser uno de los pocos referentes adultos que mantendrá en ocasión de la atención perinatal, un vínculo de continuidad con aquellos adolescentes que se encuentran muchas veces alejados del sistema educativo, de salud y el laboral.

Con respecto a la asistencia prenatal del adolescente y su pareja, la misma deberá ser efectuada en el Centro de Salud, en nivel ambulatorio, siempre que no se detecte riesgo biológico. De acuerdo a las iniciativas mencionadas y del trabajo en red, se realiza un abordaje integral que cubre sus necesidades bio-psico-sociales, atendidas por un equipo de salud interdisciplinario, capacitado para la realización de acciones preventivas, educativas y asistenciales durante la gestación y extendida hasta el primer año de vida del niño.

Habrá que tener en cuenta que la primera consulta crea grandes expectativas en la adolescente embarazada, que viene con dudas, culpa, vergüenza, temores, en relación a su capacidad reproductiva y desconfianza hacia el profesional. Este deberá transmitir el mensaje de que el equipo de salud está preparado para ayudarla.

Por lo general, la embarazada viene a la consulta acompañada de un familiar que desea hablar con el médico o la obstétrica e informarse sobre la situación o pedir ayuda. Se les

deberá advertir que durante la entrevista inicial, ella permanecerá sola y que al final de la consulta ellos serán escuchados.

Como condiciones para una asistencia prenatal eficiente, se debe garantizar y adaptar a las particularidades de la adolescente grávida, los siguientes puntos.

a) Captación precoz de la adolescente grávida por la comunidad: Iniciar la asistencia prenatal de la adolescente grávida desde el primer trimestre en el Centro de Salud.

Para la captación precoz es necesario tener:

- Motivación de los profesionales de salud e integración con los agentes comunitarios.
- Organización de los servicios para la atención de los adolescentes.
- Accesibilidad de la adolescente grávida al Centro de Salud u Hospital.
- Inclusión de la escuela en el diagnóstico y la discusión de la problemática, con el Centro de Salud próximo.
- Realización de acciones educativas individuales y colectivas.
- Visitas domiciliarias de los promotores de salud.
- Capacitación del personal de los Centros de Salud en la atención de las adolescentes embarazadas, como una forma de asegurar la captación temprana.

b) Control periódico, continuo y extensivo a la población objetivo: Asignar la cobertura de atención prenatal, de manera de hacer el seguimiento durante toda la gestación, en intervalos periódicos pre-establecidos, continuando en la misma forma durante el primer año de vida del niño, prioritariamente. Se debe asegurar la plena participación de la adolescente embarazada, de su compañero y de la familia, en las actividades que se llevarán a cabo en el Centro de Salud.

El seguimiento del embarazo se hará en el Centro de Salud próximo al domicilio, articulado con el segundo nivel correspondiente y también con el lugar de estudio o trabajo en el que el adolescente se halle inserto. De haber abandonado se procurará su reinserción a través de las Trabajadoras Sociales o Promotores comunitarios.

En relación a los turnos de consultorio, se procurará que sean dados con rapidez, privacidad y facilidad, especialmente en caso de urgencia.

c) Recursos humanos capacitados .Prestar la atención a las adolescentes embarazadas, consecuentemente con las normas técnicas de la Asistencia Integral de la Salud del Adolescente, con un equipo especialmente capacitado, motivado y habituado a la problemática de las mismas.

d) Area física adecuada: Tratar de que el camino al consultorio, sobre todo en el Hospital, esté señalizado, de fácil acceso.

e) Instrumentos de Registro y estadísticas. Completar en cada consulta la Historia Clínica Perinatal Base, la Libreta Sanitaria materno Infantil y la Historia Clínica del Adolescente.

f) Sistema eficiente de referencia y contrarreferencia. Fluida articulación entre los niveles de atención.

- *Evaluación de las acciones de la asistencia prenatal.*

Para cumplir con los objetivos propuestos se realizó una planificación con actividades y resultados a alcanzar disponible en la Dirección de Maternidad Infancia y Adolescencia.

6.- Fortalecimiento y Desarrollo de las Redes Perinatales

El equipo de salud es un constructor activo del nuevo conocimiento y de la nueva práctica, en tanto estructura de interacción, más allá de la pertenencia a distintos campos disciplinares.

La Dirección de Maternidad Infancia y Adolescencia, propone la conformación de redes perinatales para la planificación consensuada y el crecimiento coordinado de los efectores hospitalarios y no hospitalarios, desde la consideración de las necesidades locales y a partir de la participación activa de todos los sectores involucrados.

Pensamos a la *Red Perinatal*, como un modelo de organización que sirva como medio, para dar respuesta a los problemas de la embarazada y su familia, oponiéndose a las formas jerárquicas de organización.

Se denomina *Red de Servicios* a la estrategia vinculatoria de articulación e intercambio, entre personas e instituciones, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes. Estos fines comunes pueden ser: problemas internos de las organizaciones y/o problemas que trae la población que asistimos.

Existen redes informales y formales o contractuales, intrainstitucionales, de soporte, redes integrales, intelectuales y emocionales, donde los trabajadores tienen un rol central.

El poder de organización reside en los vínculos, en la conexión de personas al interior de cada institución, pues las redes son de personas que se conectan o vinculan, es el lenguaje de los vínculos.

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

El proyecto de "Fortalecimiento y Desarrollo de la Red Perinatal", permite la reorganización e implementación de redes perinatales, mejoras en la microgestión de los servicios y en la calidad/calidez de la atención.

La Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires tiene un fuerte anclaje en las Regiones Sanitarias, y muy especialmente en aquellas que concentran la mayor cantidad de nacidos vivos de la Provincia, y por ende, los que tienen los índices de Mortalidad Materna e Infantil más altos.

Existe un referente de la Dirección en cada Región Sanitaria, que tiene la responsabilidad de articular las políticas sanitarias dirigidas a la población Materna e Infantil; responsables por cada Municipio de la operatoria del Plan Nacer; un referentes por cada una de las 40 Maternidades bajo Programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF), un equipo coordinador provincial de este mismo Programa que supervisa y fortalece las funciones establecidas de los Referentes en los 40 establecimientos. Además la conducción de la implementación del Programa Atención Primero Embarazadas. Todas estas iniciativas fueron descritas en los párrafos anteriores.

Este Proyecto, además de cumplir con los objetivos definidos, será el articulador e integrador de todas las iniciativas dirigidas a mejorar el estado de salud de la madre, el niño y su familia.

El propósito es reducir la mortalidad materna y perinatal en la Provincia de Buenos Aires.

Objetivos

I. Fortalecer y/o implementar redes Obstétricas y Neonatales a través de la integración y reorganización de los recursos.

II. Incorporar tecnologías efectivas de gestión y organización de Servicios Obstétricos y Neonatales.

III. Mejorar la calidad de la atención obstétrica y neonatal en las Maternidades y Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

Para el desarrollo del objetivo I, se promueve la integración de todos los efectores en una estructura de complejidad creciente conformándose una Red nominalizada, con responsabilidad de los diferentes niveles y capacitación transversal que involucre a todos los niveles de la red establecida

La Región Sanitaria tiene el rol rector de las redes que se desplieguen en el ámbito de su territorio. Se busca la organización de partos por cupos desde los centros de salud del I nivel de atención, a través de una derivación referenciada durante el control prenatal. Para ello, se generan en forma concomitante con la capacitación en servicio y el acompañamiento regional, una serie de acuerdos entre la Región Sanitaria, los Servicios de Obstetricia y/o Perinatales de los niveles II y III (Hospitales Provinciales o Municipales) y el I nivel de Atención de los Municipios.

En cuanto al objetivo II, fortalece los dispositivos de MSCF como es el Tablero de Gestión y SIP gestión, procurando el análisis de dicha información para la toma de decisiones sanitarias. Asimismo promueve la formación o la continuidad de los Comités de Mortalidad Materna e Infantil y Comités de Infecciones y facilita la gestión integral de los servicios de perinatología (neonatología y obstetricia).

Asimismo se realiza supervisión capacitante que colabora en la mejora de funciones junto a un sistema de actualización/capacitación continua.

Por último el objetivo III, aplica el enfoque de riesgo de la embarazada en todos los niveles del sistema de atención (incluye identificación y captación temprana en territorio); emergencia obstétrica: asistencia de acuerdo a los protocolos utilizados; enfermería neonatal fortalecida y que los niños de alto riesgo sean seguidos de acuerdo a los protocolos de atención establecidos.

Para llevarlo a cabo se pensó en el Camino de la Embarazada, como un continuo de atención donde cada nodo de la red tiene su responsabilidad, logrando una sinergia interinstitucional, en todos los niveles de atención, contemplando cuatro estaciones en el mismo:

1º estación: *comunidad*, introduciendo el concepto de Gestión territorial, involucrando a todos los actores sociales del barrio con un enfoque de riesgo pensado para ellos.

2º estación: *primer nivel de atención*, con su organización y fortalecimiento, privilegiando la formación de su recurso humano, orientándola a la promoción y prevención de la salud y desarrollando aptitudes para el trabajo en equipo, utilizando el dispositivo Atención Primero Embarazadas, realizando diagnósticos comunitarios de salud y la planificación de las

acciones en función de las necesidades locales, desarrollando un sistema de atención de complejidad creciente, escalonado y articulado, con criterios de integridad e integralidad.

3º estación: *segundo nivel de atención*, se enfatiza la necesidad de trabajar siguiendo los conceptos de Maternidad Centrada en la Familia. Se propone estimular a los trabajadores de salud para que reflexionen y evalúen sus prácticas actuales, desarrollando el pensamiento crítico en pos de la resolución más eficaz de las problemáticas complejas, y perfeccionando sus capacidades para trabajar en equipo.

4º estación: *regreso a la comunidad del binomio madre-hijo*, en donde se trabajará la estrategia de Alta conjunta y búsqueda activa del binomio, en caso de no concurrir al control en el 1º o 2º nivel de atención.

6.1 Concepto de Gestión territorial

Según Federico Tobar, la intervención denominada gestión territorial, recupera enfoques del ordenamiento espacial y ambiental, pudiendo ser entendida a como una intervención transversal, en reacción al tradicional enfoque de programas verticales y compleja si se tiene en cuenta que se trata un proceso, puede interpretarse como varias intervenciones complejas independientes, pero que pueden armonizarse y amalgamarse en la redefinición de una intervención compleja homogeneizada, articulada y rediseñada en forma eficiente para maximizar su potencial de lograr una implementación efectiva.

6.1.1 Concepto de territorio

Desde esta perspectiva considera al territorio no como el espacio donde se ejerce la soberanía, sino como el lugar donde hay personas que piensan, que viven, que actúan un territorio. En otras palabras, si el territorio no es vivido y representado como tal, entonces no hay territorio.

Se atribuye a Milton Santos, geógrafo brasileño que el territorio retorne al asumir nuevos sentidos. La información construye puentes en el espacio (Santos, 1994). Por eso afirma que el territorio, hoy, puede ser formado de lugares contiguos y de lugares en red. Llama horizontales a los primeros (que se conectan espacialmente) y verticales a los segundos (que se conectan por flujos de información).

Un retorno del territorio, se logra en la medida que las redes puedan renovar respuestas locales. Porque en tanto permite el reconocimiento y la cooperación de quienes la integran, podría movilizar recursos y llegar a potenciar expresiones solidarias entre quienes no comparten un mismo suelo (solidaridad viene de *soleo*, que es suelo, ser solidario es pararse en el lugar del otro).

Esta articulación surge cuando redes que movilizan recursos se articulan con emprendimientos locales. Milton Santos convoca a recrear el territorio horizontal, a buscar soluciones cohesivas o inclusivas a partir de la contigüidad.

Este territorio horizontal, que es solidario, común a todos los habitantes de una población, combinado o atravesado por territorios verticales capaces de captar información, conocimiento y recursos, permite redefinir los problemas sociales y las respuestas a ellos. Redes horizontales que identifican las necesidades (muchas veces no sentidas) y recurren a redes verticales para captar recursos que potencien las respuestas.

6.1.2. Gestión territorial

En virtud de ello, se postula aquí que es posible pensar y practicar una gestión que recupere los sentidos del territorio. Se trata de promover la toma de decisiones a nivel político

y técnico-político que vincule al espacio con la responsabilidad, la identidad, la solidaridad y la integración social de quienes lo habitan.

La gestión territorial es, entonces, un desarrollo que parte desde un enfoque restricto al problema del ordenamiento territorial y avanza hacia la integración de respuestas buscando que la oferta y la demanda por bienes y servicios sociales se aproxime a las necesidades de una población bien conocida e identificada.

En palabras simples Gestión Territorial significa "poner en sintonía las demandas de los habitantes de determinados territorios con una oferta pública diversa y articulada de productos, bienes y servicios" 4

La dinámica innovativa avanza desde la periferia hacia el centro del sistema (Tobar, 2009:10). Procede desde lo micro a lo macro, de lo local a lo regional, desde las personas con rostro y corazón, hacia las instituciones con estructuras y organigramas.

Es de esperarse, entonces, que la transformación social surja de desplegar respuestas a las necesidades de la población por y desde el territorio horizontal.

Lo que reclama la gestión del territorio es volver a la comunidad. Pero hacerlo fortalecido, potenciado por el territorio vertical. Cuando las comunidades son involucradas en el uso de sus recursos se logra mayor eficiencia y eficacia.

6.1.3. Gestión Territorial en Salud

El contexto social en el que se desarrollan los individuos determina el proceso de salud-enfermedad-atención. Determinantes sociales como la pobreza, inseguridad alimentaria, exclusión y discriminación social, vivienda inadecuada, falta de acceso a agua potable y segura, escasa calificación laboral, sub-alfabetización, entre otros, están indicadas como factores determinantes del estado de salud y marcan una constante entre los casos de defunciones maternas e infantiles.

Construir gestión territorial en salud requiere coordinar estrategias de territorio vertical (funcionamiento en redes e integración a redes temáticas) con acciones horizontales.

Un modelo de gestión territorial en salud requiere que las autoridades sanitarias operen con un mapa sanitario que autorice (habilite y acredite) la oferta de servicios en función de las necesidades de la población y de la evaluación de su desempeño sanitario.

Son los municipios quienes detentan hoy las mejores oportunidades para construir modelos de gestión territorial en salud. No son los únicos actores de la gestión territorial, pero si pueden ser los más importantes. Son llamados a constituir la piedra angular del nuevo modelo de gestión territorial en salud.

Lo más importante que deben hacer los municipios en salud es promoción. La asistencia médica debe ser una función secundaria. La iniciativa de los municipios debe operar sobre los determinantes y condicionantes de la salud. Por lo tanto, es necesario que despliegue acciones desde los servicios de salud. Pero en los casos que lo haga, estas deben apuntar a la transformación del modelo de atención.

La iniciativa no se restringe a la salud, ni mucho menos a sus aspectos más estrictamente técnicos. Instaura una lógica de transformación que además de sanitaria y ambiental es social, política e incluso productiva. Para ello, el primer requisito es concretar la voluntad política de los tomadores de decisión y abrir espacios y dinámicas que permitan

4 Agencia de Cooperación Internacional de Chile "¿Qué es gestión territorial?

construir la viabilidad de la iniciativa sumando adhesiones. Los municipios involucrados crecen sumando actores y voluntades en un pacto por la salud.

Se trata de un pacto social que se hace sostenible en la medida que su transgresión pueda ocasionar costos políticos para los actores involucrados.

Los municipios deben constituirse en responsables primarios por las protecciones de salud. Cuando los tienen, a partir de centros de atención primaria cuando no, a través de médicos de familia. En ambos casos asumiendo un rol activo con la población que tienen a su cargo.

Los servicios de Atención Primaria de la Salud no deben ser salas de primeros auxilios sino servicios con atención programada. Deben desplegar acciones extramuros, esto es salir a buscar a la población y realizar acciones y controles preventivos gestionando la derivación a los servicios provinciales cada vez que haga falta. Es mucho más conveniente que los municipios se centren en acciones colectivas que en brindar prestaciones médicas de complejidad creciente. Cuando los municipios incorporan hospitales duplican las funciones provinciales. Y esto resulta imprescindible porque no se produce salud de forma individual.

Un modelo de gestión territorial de salud tiene también requisitos de funcionamiento en red. Requiere de la coordinación de servicios para articular las derivaciones hacia una complejidad mayor (referencia) y de retorno al servicio primario con responsabilidad nominada (contrarreferencia).

Es a partir del mapeo de los flujos de pacientes que se puede avanzar hacia la construcción de mapas sanitarios que organicen la oferta y sirvan para priorizar la incorporación y habilitación de la oferta.

En suma, el territorio debe funcionar como el gran organizador. Un punto de apoyo para planificar el funcionamiento del sistema de salud. No es solo sobre la base del espacio sino del espacio vivido. Del espacio y su gente.

Es posible contemplar el desarrollo de una gestión territorial en salud, pero la misma debe satisfacer cuatro condiciones básicas.

a) Promover un abordaje poblacional: El primer paso del abordaje poblacional lo constituye la identificación y nominalización de la población. Se plantea la necesidad de un nuevo enfoque preventivo que considere: orientación poblacional, evaluación de riesgos centrados en una población definida más que en la medición del riesgo relativo de un individuo, variaciones en el perfil de morbilidad más que la carga de enfermedad, evaluación de los costos y beneficios tanto de lograr mejoras en los indicadores de resultados epidemiológicos como de la distribución de estos resultados dentro de la misma población, que las metas de las políticas se orienten a fortalecer las respuestas en salud como un todo más que el control y prevención de una patología en particular y evitar la sobreestimación de la utilidad individual de los factores de riesgo.

El abordaje poblacional también facilita el avance hacia la gestión por resultados en la medida que posibilita la recuperación de la programación local.

b) Privilegiar un abordaje horizontal y descentralizado: es decir que se debería abandonar el diseño organizacional que parte de programas verticales, como en la actualidad, dado que, problemas territoriales como la coordinación de servicios para lograr su funcionamiento en red y la conformación de corredores sanitarios no repercuten sobre la agenda de políticas.

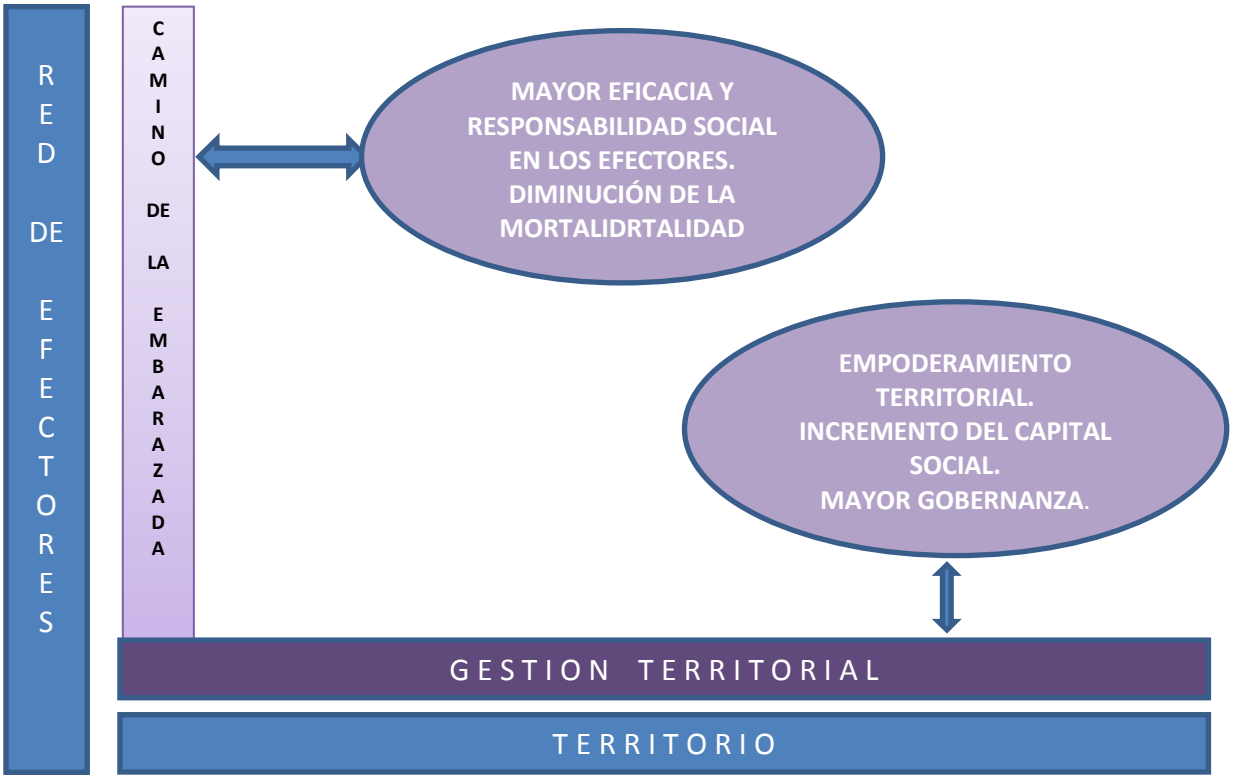
A esta dificultad se agregan los afectos de políticas descentralizadoras que buscando mayor autonomía de los servicios debilitaron la gobernanza del sistema en su conjunto. La

descentralización de los servicios y políticas de salud desplegada a partir de la década del noventa vino a agravar las tensiones entre abordajes verticales y horizontales.

Resulta fundamental recuperar el abordaje territorial apuntando al fortalecimiento de servicios locales estables, con población a cargo, cuya competencia central es asumir cuidados continuos y programados y siendo evaluados por los logros obtenidos a través de ellos.

c) Avanzar hacia un abordaje integral: el equipo de salud establece la definición de quienes son los responsables primarios por los resultados de salud de la población residente. Esto introduce grandes desafíos de coordinación y funcionamiento en red porque a menudo los servicios locales se limitan al primer nivel de atención y se percibe que para brindar respuesta integral hace falta disponer de servicios de alta complejidad.

El recurso al territorio vertical resuelve hoy, al menos en parte, este dilema. Los sistemas de información permiten optimizar el funcionamiento de los servicios en red, potenciando la resolutividad del Primer Nivel de Atención si necesidad de multiplicar permanentemente la oferta.



d) Promover la regulación de la oferta: Un modelo de gestión territorial no es compatible con el surgimiento y la habilitación indiscriminada de servicios de salud. Si la población es referida a los servicios, los servicios disponibles también deben ser referidos al territorio y a la población que en él habita.

Desde la gestión territorial para la salud materno infantil se propone contribuir al desarrollo de la "Agenda Local de Salud" mediante el fortalecimiento de las capacidades de los actores en condiciones de comprender, actuar e influir de manera positiva sobre los determinantes sociales de la salud materno infantil, y a promover sus intereses y concertar acciones intersectoriales en territorios definidos, guiados por el principio de equidad en salud y los derechos reconocidos a nivel local, nacional e internacional. Supone un aporte para el fortalecimiento de la rectoría del gobierno local sobre su territorio.

Módulo II

PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS Y ASISTENCIALES DEL CONTÍNUO DE ATENCIÓN PERINATAL

CAPITULO 1

EL CONTROL PRENATAL EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO

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

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

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

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

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

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

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

1.- Objetivos del control prenatal

- Mejorar la salud y atención de las mujeres que asisten a los servicios públicos de la Provincia de Buenos Aires, garantizando su inclusión y continuidad en el sistema, sobre todo de aquellas identificadas como población en riesgo.*5*

5 Cabe señalar que es *población en riesgo y no de riesgo* porque*:* EN sitúa la cuestión hacia el interior y lo expresa como grupo o sujeto vulnerable; DE pone la cuestión hacia fuera y vuelve al grupo o al sujeto peligroso para el resto de la sociedad.

- Propiciar un espacio para una atención integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias, y no solamente el cuidado biológico. (OPS/OMS).

- Fortalecer o estimular la participación en el cuidado de la salud brindando contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y el niño.

- Prevenir, detectar y tratar oportunamente complicaciones del embarazo, enfermedades clínicas y subclínicas.

- Vigilar el adecuado crecimiento y la vitalidad fetal.

- Promover estilos de vida saludables.

2.- Acciones a implementar durante el control prenatal

- Categorizar continuamente a la embarazada según riesgo, asegurando su atención y seguimiento y el tratamiento específico a aquellas que lo requieran.

- Intensificar la captación precoz (control prenatal antes de la semana 14 de gestación).

- Garantizar que las embarazadas tengan acceso a un control de salud mensual, estableciendo un mínimo de 5 controles en el bajo riesgo, utilizando como instrumento de seguimiento el fichero cronológico, tratando de realizar la búsqueda activa de aquellas que abandonaron el control y de las puérperas que no concurren al mismo.

- Mejorar la calidad de atención, con el uso de tecnologías apropiadas: Balanza con altímetro, Tensiómetro, Gestograma, Cinta Métrica Obstétrica, Estetoscopio de Pinard, Tabla de Atalah, Score de Bortman, Curva de Altura Uterina, Historia Clínica Perinatal y Libreta Sanitaria Materno Infantil y Fichero cronológico.

- Facilitar el acceso a los estudios complementarios de diagnóstico (laboratorio, ecografía, etc.) tanto en el 1° como en el 2° nivel de atención, resaltando la importancia de que los plazos para la entrega de los resultados sean lo más corto posible.

- Evaluar el estado nutricional materno (Tabla de Átalah y Col.).

- Prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente enfermedades clínicas de la madre y/o complicaciones del embarazo.

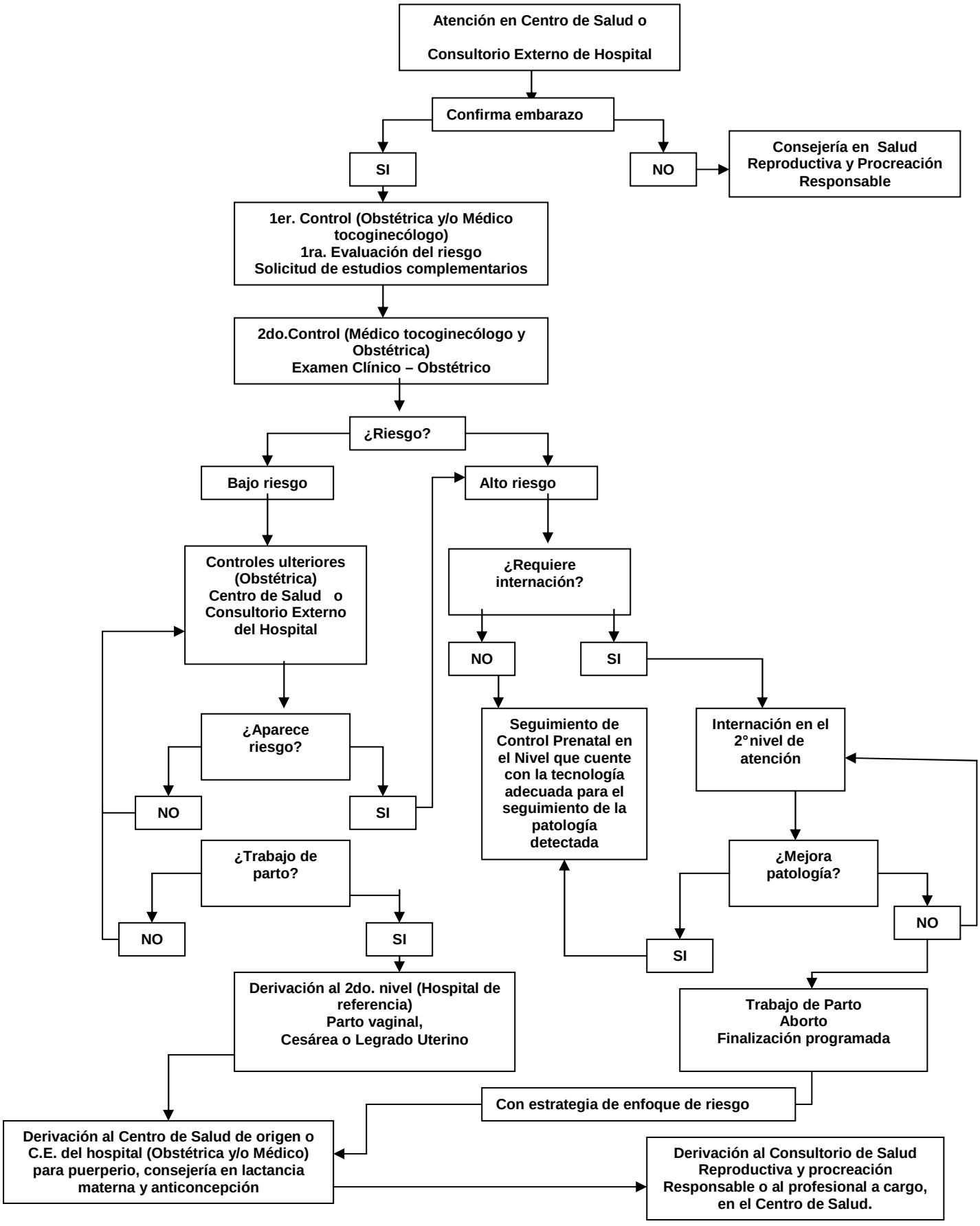
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para la maternidad, propiciando el acompañamiento en esta instancia de la pareja o familiar que ella elija, asesorándolos sobre pautas de alarma para la pronta concurrencia a los servicios de Guardia obstétrica en caso de presentarse una emergencia.

- Recomendar desde el embarazo la lactancia materna y preparar a la madre para la lactancia exclusiva.

- Realizar asesoramiento en anticoncepción para la prevención de embarazos inoportunos o inesperados, que pueden dar origen a abortos provocados aumentando la morbi-mortalidad materna.

- Monitorear la calidad de atención a través del Sistema Informático Perinatal (SIP) o Sistema Informático Perinatal Ambulatorio (SIPA).

3.- Protocolo de seguimiento



CAPITULO 2

ACTIVIDADES DEL CONTROL PRENATAL

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

1.- Primera consulta

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

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

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

1.1.- Componente Básico

- Confirmación del embarazo.
- Cálculo de amenorrea sujeto a confirmación.
- Confección de Historia Clínica Perinatal.
- Confección de Libreta Sanitaria Materno Infantil.
- Evaluación del Riesgo.
- Confección de Fichero Cronológico (**obligatorio** tanto en el 1° como en el 2° nivel de atención).
- Examen Clínico completo.
- Examen Gineco-Obstétrico.
- Educación para la salud de la embarazada y su futuro bebé.
- Entrega de Leche fortificada.

- Suplementación con hierro + ácido fólico.
- Evaluar esquema de vacunación.
- Asesoramiento acerca de las redes de derivación en caso de emergencia.

1.2.- Solicitud de exámenes complementarios

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

1.3.- Interconsultas complementarias

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

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

2.- Consultas siguientes o ulteriores

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

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

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

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

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

3.- Ultimas consultas

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

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

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

4.- Cronología de Actividades

Las actividades para el control prenatal se realizarán de acuerdo al cronograma elaborado, dado que tiene contenidos específicos a diferentes edades gestacionales para detectar precozmente desvíos de la normalidad que permitan la intervención oportuna, como así también de prevención y educación para la salud. En cada consulta se tratará de realizar 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.

En cada caso el profesional evaluará con que frecuencia considera necesario realizar las consultas.

Contenidos	1º trimestre 1º visita	Entre las 22 a 24 2º visita	Entre las 27 y 29 3º visita	Entre las 33 y 35 4º visita	Entre las 38 y 40 5º visita
Prueba de embarazo	*				
Cálculo de edad gestacional	*	*	*	*	*
Uso de la Historia Clínica y L.S.M.I.	*	*	*	*	*
Uso del Fichero cronológico	*	*	*	*	*
Evaluación del riesgo	*	*	*	*	*
Examen clínico completo	*				
Examen mamario	*	*	*	*	*
Exámen obstétrico	*	*	*	*	*
Papanicolaou y Colposcopía	*				
Examen cardiológico (en caso de ser necesario)	*				*
Examen odontológico	*				
Medición de peso corporal	*	*	*	*	*
Medición de talla	*				
Estado nutricional (Átalah y col.)	*	*	*	*	*
Medición de altura uterina (s/edad gestacional)		*	*	*	*
Medición de tensión arterial	*	*	*	*	*
Auscultación con Pinard (a/p 20 sem.)		*	*	*	*
Evaluación vitalidad embrionaria	*				
Evaluación del crecimiento y vitalidad fetal		*	*	*	*
Ubicación Fetal (situación, presentación, actitud)				*	*
Detección del Streptococo b Hemolítico grupo B (a/p 35 semanas de edad gestacional)				*	
Detección de ETS y vaginosis bacterina	*	*		*	
Detección de sífilis y vaginosis bacteriana	*	*		*	
Detección de VIH c/consent.informado	*			*	
Detección de Hepatitis B	*			*	
Detectar toxoplasmosis	*	*		*	
Detectar chagas	*	*		*	
Detectar bacteriuria asintomática Urocultivo	*	*		*	
Vacunación Antitetánica (dTa)		*	*		
Vacunación Antigripal	*				
Vacunación coqueluche (dTpa)		*			
Grupo Sanguíneo y Factor RH	*				
Determinar hemograma (incluir Hb)	*	*		*	
Determinar glucemia	*	*		*	
Determinar uremia	*	*		*	
Orina completa	*	*		*	
Detectar Diabetes con PTOG (entre 24 y 28 sem. en Grupo de Riesgo para Diabetes)		*	*		
Determinar Coagulograma					*
Suplementación con ácido fólico + Fe	*	*	*	*	*
Entrega de leche fortificada	*	*	*	*	*
Estudio ecográfico	*	*		*	
Evaluación de la relación feto-pélvica					*
Preparación Integral para la Maternidad		*	*	*	*
Recomendaciones para la Lactancia Materna y detección de signos de alarma	*	*	*	*	*
Consejería en anticoncepción			*	*	*
Fomentar el control puerperal				*	*

CAPITULO 3

METODOLOGÍA DE ACTIVIDADES DEL CONTROL PRENATAL

1.- Diagnóstico de Embarazo

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

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

1.1.- 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.

1.2.- 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).

1.3.- Signos de certeza

Lo comprobamos por medio de:

1.3.1.- Métodos bioquímicos

- **Test de embarazo**: en el 1° trimestre sin evidencia clínica (en orina cualitativo).

- **Determinación del dosaje de subunidad Beta**: de gonadotrofina coriónica (HCG) por métodos inmunológicos. Puede ser cuali y/o cuantitativa, lo cual permite tener una idea de la vitalidad embrionaria en períodos del embarazo en que la ecografía no es útil. Es el método más precoz para el diagnóstico de embarazo.

1.3.2.- Diagnóstico por imágenes

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

1.3.3.- Examen ginecológico y palpación abdominal

Se constata el aumento del tamaño uterino y la disminución de su consistencia por palpación bimanual. Ésta también permite detectar el latido de la arteria uterina. Por medio de la inspección se observa cianosis vulvar y cervical.

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.

- **Auscultación de Latidos fetales*:*** con estetoscopio de Pinard a partir de las 22 a 25 semanas y por efecto Doppler, la detección de la frecuencia cardiaca fetal, a partir de las 14 semanas, siendo la misma, en condiciones basales entre 120 y 160 latidos por minuto.

2.- Cálculo de 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.

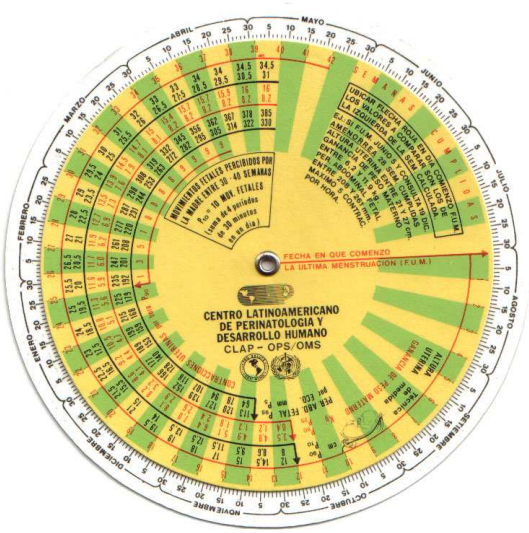
De ser posible realizar Biometría Ecográfica antes de las 14 semanas para ajustar dicho cálculo, teniendo en cuenta que los márgenes de error del método disminuyen su confiabilidad a partir del segundo trimestre. La evaluación de la edad gestacional mediante la utilización de la ecografía entre las 7-12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

3.- Aplicación de Tecnologías apropiadas

3.1.- Gestograma

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

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



3.2.- Cinta métrica obstétrica

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

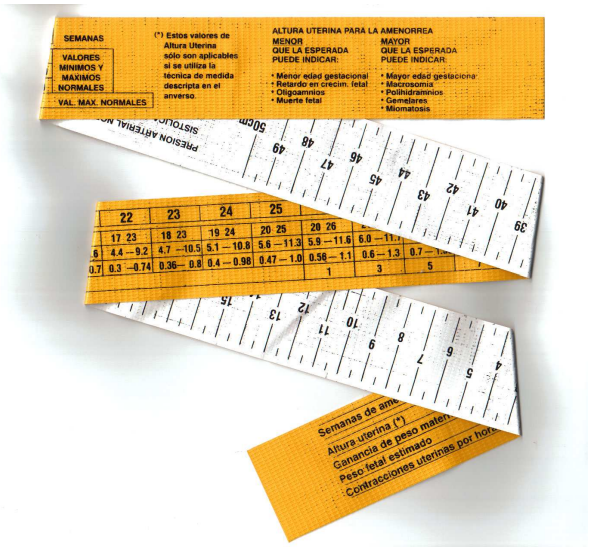
La cinta métrica debe ser flexible e inextensible. Se realiza con la embarazada en decúbito dorsal, el extremo de la cinta en el borde superior del pubis, dejándola deslizar entre los dedos índice y mayor hasta alcanzar con el borde de la mano el fondo uterino.

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

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

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

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



3.3 Historia Clínica Perinatal Base del CLAP (HCPB)

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

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

Tiene los siguientes objetivos:

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

- Formar un banco de datos perinatales.
- Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica.
- Procesar datos localmente.
- Facilitar la monitorización y evaluación de calidad de la atención.

En la Ley 26.529 – Artículo 12º , se define como Historia Clínica al **documento obligatorio cronológico, foliado y completo** en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud. (Ver capìtulo ….. Leyes relacionadas con la atención perinatal.

(Ver Anexo: Formularios)

3.4.- Libreta Sanitaria Materno Infantil (LSMI)

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

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

Contiene:

- Información básica sobre el embarazo, preparto, parto, puerperio y lactancia materna que toda embarazada debe conocer (consejos de autocuidado y signos de alarma).
- Historia Clínica perinatal del CLAP–OPS-OMS para que el profesional transcriba lo expuesto en la misma, durante el embarazo, parto y control neonatológico, copia de la que queda en la institución donde realiza el control o el parto.
- Datos de las consultas de 0 a 6 años que reflejan el crecimiento, desarrollo y cuidados del niño, como así también el calendario de vacunación tanto de la madre como del niño.

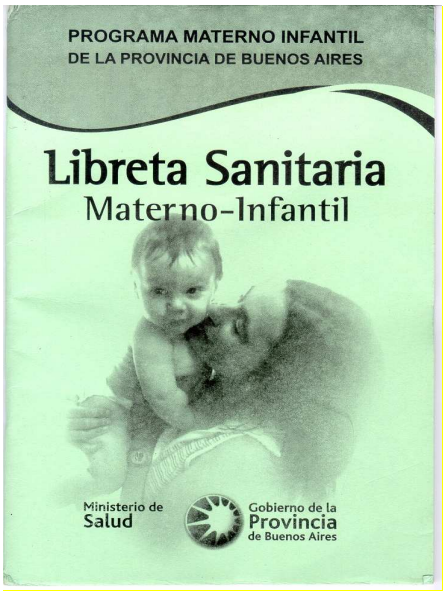
Su llenado facilita:

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

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

Beneficia al equipo de Salud porque:

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



3.5.- Fichero Cronológico

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

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

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

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

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

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

4.- Sistemas de Información

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

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

4.1 Sistema Informático Perinatal (SIP)

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

El propósito de la implementación de este instrumento informático, es el de favorecer el uso sistemático de la información producida para generar mejoras en la calidad de atención promoviendo el uso de las prácticas perinatales basadas en evidencia científica.

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

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

Este sistema de información ha demostrado su evolución, tanto desde el punto de vista informático, como de valor estadístico y para la gestión, por lo que en el año 2010 es renombrado, SIP-G (Sistema Informático Perinatal Gestión).

En el último año se ha incorporado el modulo neonatal de implementación en la internación de los servicios de neonatología, y otros sistemas acoplados recientemente como son los sistemas de Vigilancia de la Morbi-mortalidad materno perinatal.

La HCPB

La carga de las HCPB debe realizarse en una computadora, preferentemente instalada en el mismo establecimiento y cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos de consenso universal, que resume a modo de hoja de ruta, la información mínima e indispensable para la adecuada atención de la mujer gestante y el recién nacido, siendo otra de sus ventajas, el bajo costo y su sencillo uso.

Se apoya en la necesidad de apelar a la generación de una cultura de la información, promoviendo su uso solidario a través de la diseminación y socialización permanente, evitando el uso discrecional de datos que deben ser de "dominio público" y orientados a mejorar la calidad de atención.

En referencia a lo considerado "dominio público", se deberá tener en cuenta el ámbito del respeto por la privacidad y a la confidencialidad de la embarazada y su relación con el/la profesional ya que en la HCPB contiene datos de los denominados "sensibles".

Para que los derechos de la embarazada y su feto, así como su grupo de pertenencia sean realmente respetados no debe perderse de vista que la historia contiene los datos de filiación, con lo cual deberá estudiarse cuidadosamente la accesibilidad a la información y el encriptamiento y anonimización para el uso estadístico y epidemiológico. (Ley de Hábeas Data)

Son objetivos principales de esta importante herramienta:

- Reconocer la importancia de la información epidemiológica para evaluar el desempeño de los servicios de salud materno perinatal.
- Destacar la necesidad de asegurar una buena calidad de las bases de datos dentro de los procesos de investigación-acción para la toma de decisiones fundamentadas
- Analizar la evolución de indicadores seleccionados de salud materno-perinatal.
- Aportar al diagnóstico de desempeño institucional de la Red, sobre la base del comportamiento de indicadores seleccionados, analizando su variabilidad y estableciendo metas a alcanzar en función de patrones de referencia para cada indicador
- Sugerir intervenciones para mejorar aquellos indicadores críticos para la Red en su conjunto y para cada institución en función de su realidad local.
- Promover una actitud crítica por parte de los profesionales de la salud materna y perinatal en el uso y manejo de la información epidemiológica como instancia necesaria para el desarrollo profesional y reorientación de su práctica clínica.

El SIP-G, posee alrededor de 480 variables que permiten el análisis de información en todos los niveles de gestión, institucional, local, regional, provincial y nacional.

Consta de siete dimensiones con determinadas variables a analizar:

A. Contexto
- Madres en edades extremas
- Mortinatos previos.

B. Hábitos
- Habito de fumar
- Embarazo no planificado

C. Uso de servicios
- Tasa de uso de MAC
- Tasa de PAP realizados
- Consejería realizada

D. Accesibilidad
- Edad gestacional al 1° control
- Sin control prenatal
- Control insuficiente
- Vacunación antitetánica

E. Calidad de cuidado
- Tasa de cesárea
- Tasa de episiotomía
- Suplementación con hierro y folatos

- Acompañamiento en el trabajo de parto y parto
- Sulfato de magnesio en pre-eclampsia-eclampsia

F. Impacto materno-fetal
- Prevalencia de HIV y VDRL positivas.

G. Impacto neonatal
- Bajo peso al nacer
- Días de internación
- Recién nacidos trasladados.

Las Trazadoras del Plan Nacer, miden el impacto del control perinatal, en la salud de la población elegible y cinco de ellas son obtenibles del SIP-G:

TI: Captación temprana de la embarazada (antes de la semana 14 de gestación).

TII: Efectividad de atención del parto y atención neonatal (Apgar >6).

TIII: Efectividad del cuidado prenatal y prevención del parto prematuro (Peso < 2,5Kg)

TIV: Efectividad de la atención prenatal y del parto (VDRL y ATT durante el embarazo).

TVII: Cuidado sexual y reproductivo (Consejería Puerperal).

Esta herramienta se sustenta solo con la carga de datos, responsabilidad que adquieren los servicios de neonatología y de obstetricia de las instituciones hospitalarias y que deben ser cumplidas ya que el marco legal a dicha tarea se encuentra encuadrada en decreto ministerial resolución 426/97 con modificatoria 3749/07.

La misma debe realizarse en una computadora instalada en obstetricia o neonatología, en lo posible en red para evitar la falta de llenado por uno u otro servicio y de este modo compatibilizar la carga y por ende el manejo de la información.

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

La información recogida a través del SIP-G corresponde a las actividades realizadas por ambos niveles de atención y a las variables que se presentan en el evento perinatal, evitándose la perdida de información correspondiente al control de la evolución de la gestación que es de importancia a la hora de evaluar dicho proceso, por lo cual hasta que no logremos la incorporación del SIP on-line con los Centros de Salud, seguiremos utilizando el complemento que es el Sistema Informático Perinatal Ambulatorio (SIPA).

4.2 Sistema Informático Perinatal Ambulatorio (SIPA)

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

El SIPA brinda indicadores que permiten medir coberturas y logros alcanzados, evaluar calidad de atención y es una herramienta útil para planificar las actividades de salud perinatal a nivel local.

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

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

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

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

4.3 Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Morbimortalidad Materna e Infantil

La mortalidad materna e infantil, por su carácter de indicador sensible, sintetiza el estado de salud de una población, así como las desigualdades en el desarrollo económico-social y las inequidades en el acceso a bienes y servicios.

El Concepto de Vigilancia Epidemiológica[6] se define como el conjunto de actividades que permite reunir información indispensable para conocer en todo momento la conducta o la historia natural de la enfermedad o los problemas y eventos de salud, detectar o prever cambios que puedan ocurrir por alteraciones de factores condicionantes, con el fin de recomendar oportunamente, las medidas indicadas y eficientes que lleven a la prevención y el control de las enfermedades, problemas o eventos de salud.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires a través de la Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia, ha planteado un modelo de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna e Infantil a partir de un conjunto sistémico de actividades interrelacionadas que incluyan todos los niveles de atención (Local, Municipal, Regional, Provincial) que integrados desde la información, permitan la detección, análisis y reporte de los procesos que se sucedieron y desencadenaron la muerte de una madre y/o la de su hijo menor a un año.

La información es esencial para la toma de decisiones Para monitorear el progreso hacia la reducción de las muertes, se requiere información no solo del número de defunciones maternas e infantiles, ya que las cifras por si solas no dicen porque se siguen muriendo las mujeres y los niños. Cuando se trasciende en el análisis de las causas médicas y se ubica la muerte en un contexto histórico y social, la mortalidad deja de ser un simple dato demográfico y se convierte en un hecho abordable desde el punto de vista de su potencial evitabilidad7.

4.3.1 Objetivos de la Vigilancia Epidemiológica Materno Infantil

6 Centro de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos (CDC) 1955
7 Ramos, S. y col, *Para que cada muerte materna importe*. CEDES/ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Buenos Aires, 2004. pp 25: 26

1. Analizar en forma continua el comportamiento y las tendencias de la mortalidad materna e infantil e identificar los grupos de población de mayor riesgo.

2. Describir en términos epidemiológicos los problemas la causa y determinantes relacionados con la morbilidad y mortalidad materna e infantil.

3. Evaluar el efecto de las intervenciones sobre la morbilidad y la mortalidad materna e infantil y la calidad de atención

4. Establecer un proceso de aprendizaje por el cual los problemas de mortalidad materna e infantil, constituyan un instrumento de investigación de la compleja problemática que los determina y se transformen en una instancia de capacitación de los actores que intervienen en el proceso del cuidado de salud de las mujeres y los niños (Comunidad, Promotores de Salud, Equipo de Salud y Gerentes de Salud)

4.3.2 Estrategia: Búsqueda activa de casos

La carencia actual de datos confiables sobre las defunciones maternas e infantiles amenaza su monitoreo, particularmente debido al escaso número de muertes maternas registradas en cada establecimiento, la mala calidad de los datos, la clasificación errónea y el subregistro.

Entre las causas que provocan esta situación se pueden mencionar: una incorrecta clasificación de enfermedades y el incorrecto llenado del Certificado de Defunción.

En varias oportunidades, la "causa de muerte" declarada en el Certificado de Defunción no refleja que la misma sea materna. Esta sub notificación es más evidente en las defunciones maternas consecutivas a abortos8.

La estrategia a seguir para la identificación de casos de muertes maternas no reconocidas como tales es la Vigilancia de las mujeres en edad fértil (15 a 45 años), haciendo revisión de las Historias Clínicas de estas mujeres, fallecidas en el establecimiento, con el objetivo de identificar muertes de causas maternas (que hubiesen estado embarazadas o puérperas de hasta 42 días al momento de la muerte, o hasta un año después para las muertes maternas tardías).

En caso de una muerte materna reconocida, con toda la documentación disponible, se confeccionará la Ficha de Vigilancia Epidemiológica y la elevará al nivel correspondiente.

La herramienta para el relevamiento de casos de maternas e infantiles es el *FORMULARIO DE DENUNCIA INMEDIATA DE CASOS*. (Ver Anexo)

La mortalidad materna ha sido considerada la punta del iceberg, queriendo significar esto que hay una amplia base de este iceberg, la **"Morbilidad Materna Severa"** (MMS), la cual permanece aún sin describir. Una propuesta superadora ha sido comenzar a relevar estos casos.

La MMS se define como "*una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención*

8 OPS/OMS, Monitoreo de la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas, 132ª Sesión del Comité Ejecutivo, Washington, D.C., del 23 al 27 de junio de 2003.

inmediata con el fin de evitar la muerte"9. Evalúa la calidad de la atención de las complicaciones graves durante el embarazo *(*Ver Anexo - formulario de relevamiento de MORBILIDAD MATERNA SEVERA-)

4.3.3 Propuesta de Análisis de casos

Análisis de muertes maternas e infantiles utilizando la herramienta Análisis Causa Raíz (ACR)10

El ACR es una metodología sistemática y comprensiva para identificar fallas, en los procesos de atención y los sistemas hospitalarios, que pueden no ser aparentes en forma inmediata, y que pueden haber contribuido a la ocurrencia de un evento adverso y/o casi daño.

Mira más allá del error humano. Su interés está en el sistema, es decir, en el origen de la cadena de errores: las fallas latentes o causa-raíz.

Las causas-raíz son las causas fundamentales por las que falló el proceso.

El objetivo del ACR es establecer:
- ¿Qué sucedió?
- ¿Por qué sucedió?
- ¿Qué puede hacerse para prevenir que vuelva a suceder?

Cuatro conceptos básicos que sustentan el ACR:

1) El ACR es una estrategia para mejorar la calidad y procurar la seguridad en la atención de los pacientes.

2) El ACR se sostiene a partir del involucramiento y la participación activa del equipo de salud, así como de profesionales con capacidad para tomar decisiones e implementar los cambios.

3) La columna vertebral del ACR es el análisis sistemático y estructurado de eventos adversos centinelas.

4) El ACR busca identificar y proponer estrategias para la prevención de los errores y las fallas del sistema.

Pasos del ACR

1) Organizar el equipo
2) Definir el evento
3) Investigar el evento
4) Determinar qué pasó
5) Determinar por qué pasó
6) Estudiar las barreras
7) Elaborar e implementar un plan de acción

Marco Legal

9 Comité de Mortalidad materna FLASOG. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, abril 2007.

10 El Análisis Causa-Raíz (ACR). Instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), noviembre de 2011. www.unicef.org/argentina/spanish/Guia-ACR-Baja.pdf

La Resolución Ministerial nº 640/2007 incorpora el sistema centinela de la mortalidad materna al sistema de vigilancia epidemiológica.
En su artículo 2 enuncia: *"Comuníquese a todas las jurisdicciones la obligatoriedad de notificar todos los casos de Mortalidad Materna, así como también las causas que dieron lugar al suceso denunciado a través del SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, remitiendo además los datos a los Programas de Maternidad e Infancia locales". (*Resolución Ministerial nº 640/2007 completa en Anexo)

El producto resultante de este trabajo implica cambios en el sistema de salud y todos los actores sociales responsables y co- responsables de la salud de las mujeres y los niños.

5.- Evaluación del riesgo

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

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

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

a) Características individuales o condiciones socio-demográficas desfavorables.

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

b) Antecedentes obstétricos

- Muerte perinatal en gestación anterior.

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

c) *Patologías del embarazo actual*

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

d) *Patologías maternas previas al embarazo.*

- Cardiopatías.
- Neuropatías.
- Nefropatías.
- Endocrinopatías.(Hipertiroidismo , Diabetes , etc.)
- Hemopatías.
- Hepatopatías
- Hipertensión arterial.
- Epilepsia.
- Enfermedades infecciosas.
- Enfermedades autoinmunes.
- Ginecopatías (malformaciones congénitas del aparato genital, enfermedades oncológicas, etc.)

Se recomienda trabajar la **estrategia de enfoque de riesgo**, método de trabajo en la atención de la salud de las personas y las comunidades basado en el concepto de riesgo.

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

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

Esto supone cuidados diferenciales acordes con las necesidades generadas desde el nivel de riesgo en que se encuentra la embarazada y requiere que los recursos sean asignados con equidad como lo exige una justa distribución.

El enfoque de riesgo permite:

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

Planificar las acciones en base al análisis epidemiológico local, teniendo como ejes los criterios de equidad, eficiencia y eficacia.

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

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

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

No debemos olvidar que los predictores e indicadores son del orden de lo grupal y por lo tanto hay que analizarlos muy cuidadosamente en cada caso en particular de lo contrario se establece una universalidad en las categorías que no dejan espacio externo a la practica médica.

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

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

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

Score aditivo para predecir el riesgo de parir un niño de bajo peso

	1	2	3
Edad materna	**17 a 19 años o Mayor de 40 años**	**Menor de 17 años**	
Estado Civil (*)	**Soltera**		
Antecedentes de BPN		**Antecedentes de un previo BPN**	
Hábito de fumar	**Fumadora**		
Indice de Masa Corporal (**)	**IMC < 20**		
Intervalo Intergenésico	**< 24 meses**		

Pre-eclampsia o eclampsia		**Pre-eclampsia Eclampsia**	
Sangrado o ruptura de membranas			**Sangrado o ruptura de membranas**
Oportunidad de la primer visita		**Primer visita Durante el 4to o 5to mes**	**Primer visita Después del 5to Mes**

(*) Se tiene en cuenta cuando la embarazada está sola, sin un entorno continente.
(**) Dado que en la Provincia de Buenos Aires se evalúa el estado nutricional de la embarazada, a través de la Tabla de Átalah y cols., se sugiere utilizar para este ítem el Canal E de dicha tabla.

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

0 – 1 puntos	Bajo riesgo
2 - 6 puntos	Mediano Riesgo
7 o más puntos	Alto riesgo

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

Score de riesgo del Sistema Informático Perinatal (SIP)

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

La identificación del riesgo individual es imprescindible para la toma de decisiones sobre estudios ulteriores, frecuencia de los controles, atención más especifica en el Centro de

Salud y la derivación oportuna al segundo nivel, como así también para dirigir mejor las acciones de promoción, prevención, atención y recuperación/ rehabilitación de la salud.

En caso de derivación al 2° nivel, es importante que la obstétrica del Centro de Salud del 1° nivel de Atención, continuara con el seguimiento de la embarazada de Alto Riesgo, ya que las acciones enumeradas oportunamente de promoción de la salud y prevención son tan necesarias como el tratamiento de su patología.

6.- Exámenes durante el control prenatal

6.1.- Examen Clínico completo

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

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

Dicho evaluación consiste en el intrerrogarorio o anamnesis y un examen que deberá contemplar los siguientes pasos:

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

6.2.- Examen ginecológico.

El examen ginecológico incluye una completa inspección vulvo-perineal, de las paredes vaginales y del cérvix con espéculo, y el tacto vaginal. Se recomienda hacer una evaluación dentro del primer trimestre de la gestación (1º consulta).

En oportunidades, teniendo en cuenta la carga psico-emocional que forma parte constituyente del examen ginecológico y tomando como factor agravante la eventual falta de conocimiento entre la embarazada y el equipo de salud, podrá posponerse el examen hasta que se considere más apropiado.

6.2.1.- Papanicolaou y Colposcopía

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

La prueba de Papanicolaou es un método sencillo de tamizaje que permite detectar anormalidades celulares en el cuello del útero y la presencia de neoplasias cervicales. 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 família, Otros profesionales médicos y Licenciados en Obstetricia/ Obstétricas/os.

Con relación a la colposcopía, ésta puede ser realizada a cualquier edad gestacional. En los casos en que no se disponga de colposcopio debe al menos realizarse un test de Schiller.

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

6.2.2.- Examen mamario

Se realizará el examen por personal capacitado a tal fin, tanto en nulíparas como en multíparas, en condiciones de privacidad y respeto y evaluará el desarrollo mamario, la normalidad de los pezones o la existencia de pezones planos o umbilicados, que puedan dificultar la lactancia, habida cuenta de las limitaciones que la palpación tiene durante el embarazo en cuanto a diagnóstico precoz con fines oncológicos (Ver Recomendaciones para la Lactancia Materna).

En caso de detectar la existencia de alguna patología (tumoral, grandes asimetrías, durezas, hundimientos, retracciones, etc.) será referida al nivel adecuado.

6.3.- Examen odontológico

La embarazada debe recibir atención temprana y apropiada, y el examen buco-dental tendrá características de una recomendación profiláctica, establecerá claramente el derecho de la mujer a gozar de la salud buco dental, como así también evaluará los factores de riesgo para producir caries y gingivitis y la existencia de lesiones en la boca y lengua.

La consulta s**erá obligatoria** ya que durante el embarazo los factores hormonales, microbianos e inmunológicos tienen influencia definitiva sobre los tejidos gingivales, convirtiéndose en factores de riesgo capaces de desencadenar procesos infecciosos serios.

La Academia Americana de Periodoncia, recomienda que la gestante realice una consulta odontológica durante el segundo trimestre de la gestación, dado que es el momento en el que la sensación nauseosa permitirá una más tranquila revisación bucal, pero teniendo en cuenta que si ya en el segundo mes se visualizan signos de gingivitis, por lo que se estaría dejando avanzar el proceso en lugar de prevenirlo.

Otro aspecto a tener en cuenta durante el embarazo es que la gestación en sí misma no produciría gingivitis si no se sumaran los factores locales, pues la medición de índices de higiene oral, mostró un descenso cuando se incrementa el continuo cuidado dental y se realiza un tratamiento apropiado durante en embarazo.

Con respecto a la caries dental, es la consecuencia de factores locales que, en el caso del embarazo, pueden verse incrementados. Ha sido definida como enfermedad infecciosa, multifactorial y transmisible y su tratamiento no debe postergarse a causa del embarazo.

Entre los factores que la provocan, algunos son indispensables como la presencia de placa bacteriana, deficiente cepillado por mala técnica y/o inapropiado cepillo, una dieta rica en carbohidratos ingeridos con una frecuencia de más de 3 veces por día y falta de aportes de fluoruros.

Si la embarazada conoce los factores de riesgo personales y aplica las medidas preventivas necesarias, interrumpe la historia de la caries, la modifica y la pone en camino hacia una historia más saludable para el binomio madre-bebé, donde el padre y otros que forman el entorno están también involucrados

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

7.- Antropometría de la embarazada

7.1- Peso corporal

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

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

Técnica:

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

7.2.- Talla

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

Técnica:

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

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

8.- Evaluación del estado nutricional

La valoración del estado nutricional de la embarazada y su educación alimentaria, es de suma importancia y deben ser prácticas rutinarias incorporadas a la consulta obstétrica, ya que permite promover un crecimiento fetal normal, favorece la normal finalización de la gestación como así también la salud de la mujer y sus futuros embarazos.

Reduce el riesgo de:

- complicaciones en el embarazo, parto y puerperio;
- obesidad y/o desnutrición post parto;
- enfermedades crónicas no transmisibles

Es importante conocer el peso y la talla materna y el IMC preconcepcional a fin de evaluar el incremento de peso materno en diferentes períodos del embarazo y detectar estados de déficit (bajo peso) o exceso (obesidad), ya que estos se asocian a patologías durante este período y a un aumento en la morbimortalidad del recién nacido.

En el primer control prenatal se debe definir la ganancia de peso adecuada para todo el embarazo. Este valor depende fundamentalmente del estado nutricional materno al momento de la primera consulta.

Es importante destacar que para las embarazadas que comienzan su embarazo con diagnóstico de Obesidad no se aconseja el descenso de peso. Estas deberían aumentar entre 6 y 7 kg en todo su embarazo.

A partir del año 2005 se propuso la utilización de la gráfica de Átalah y cols. basada en el Indice de Masa Corporal según edad gestacional.

8.1 Gráfica de Indice de Masa Corporal

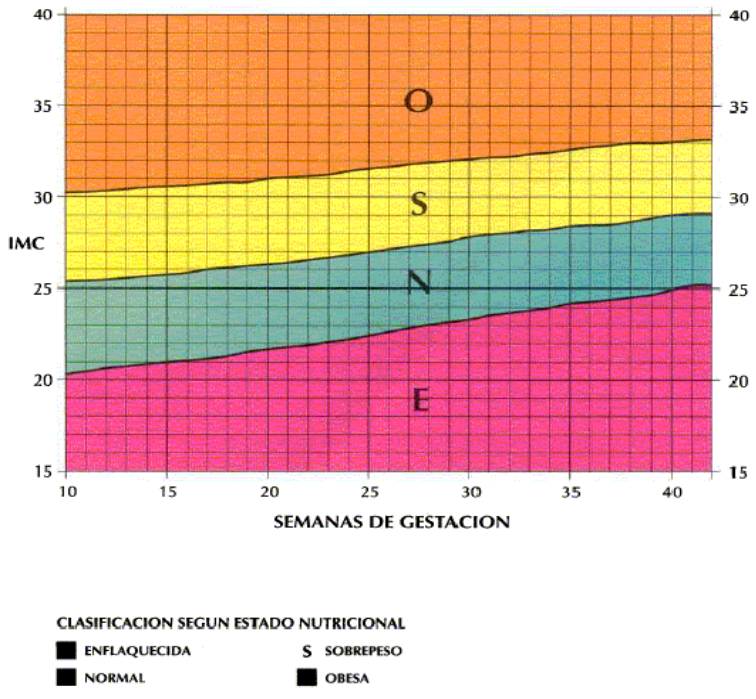
La gráfica de IMC según edad gestacional tiene la ventaja de eliminar las diferencias de ganancia de peso que puedan estar asociadas con la menor o mayor estatura de la mujer y coinciden con la recomendación internacional de utilizar el Indice de Masa Corporal como parámetro antropométrico de elección en el adulto.

Consta de un eje horizontal en que se grafica la edad gestacional en semanas y un eje vertical de IMC, en que cada rayita corresponde a 1 unidad.

- Localizar la talla materna en la columna izquierda.
- Localizar el peso materno en la columna derecha.
- Unir con una regla delgada y transparente ambos puntos.
- Localizar el valor del IMC en la columna central correspondiente a la unión de peso y talla. El valor podrá corresponder a un número entero (si cae justo en el punto) o al decimal 0.5 si cae entre dos puntos (ej.: 22 o 22,5 no se aceptarán otros decimales como 22,3).

Con el valor de IMC ubique en la gráfica de evaluación nutricional de la embarazada:

- Localice en el eje horizontal de la gráfica la semana gestacional en la que se realizó la medición.
- Identifique en el eje vertical el IMC que calculó.



La zona de la gráfica donde se cruzan ambas líneas (punto de corte) corresponde al diagnóstico nutricional de la gestante, cuya clasificación es:

O: Obesidad **- S:** Sobrepeso **- N:** Normal **- E:** Enflaquecida

La embarazada con diagnóstico de Enflaquecida, sobrepeso u obesidad se recomienda la derivación a un nutricionista para la adecuación o modificación de las pautas alimentarias.

8.2.- Frecuencia de controles

La embarazada con peso normal sigue la frecuencia de controles de un embarazo de Bajo Riesgo, 5 controles como mínimo.

Las embarazadas con bajo peso y obesas siguen la frecuencia de controles de un embarazo de Alto Riesgo, 8 a 9 controles como mínimo.

8.3.- Recomendaciones nutricionales durante el embarazo

Se debe evaluar que alimentos consume diariamente la embarazada y asesorarla para asegurar una adecuada nutrición.

Durante el embarazo existe un incremento de casi todos los nutrientes en una proporción que varía entre 0 y 50 %.

Energía: el requerimiento en las embarazadas con estado nutricional normal aumenta durante la gestación con el objetivo de cubrir las demandas metabólicas del embarazo y del feto que se está gestando. Se recomienda un incremento de 110 kcal diarias para el primer y segundo trimestre y entre 150 a 200 kcal para el tercer trimestre. En embarazadas con bajo peso se recomiendan 230 kcal para el segundo trimestre y 500 kcal para el último trimestre.

Grasas: Deben aportar no más del 30% del valor calórico total de la alimentación diaria. Es importante incluir en la alimentación ácidos grasos esenciales como el omega-3 y omega-6 presentes en aceites de maíz, uva, soja, canola y en alimentos como el pescado y frutas secas. Son fundamentales para el buen funcionamiento del sistema útero-placentario, el desarrollo del sistema nervioso y la retina del feto durante el embarazo.

Proteínas: la necesidad adicional de proteínas se estiman en 10 gramos diarios. Las fuentes principales son la carne de vaca, pollo, pescado, los huevos, lácteos y sus derivados. Son alimentos clave para el desarrollo del embrión ya que aseguran su crecimiento.

Calcio: Las necesidades de calcio se estiman en 1000 mg por día. Los productos lácteos son la principal fuente de este mineral. El calcio participa en la formación de huesos y dientes. Un déficit de calcio puede determinar un parto prematuro e hipertensión. Es importante tener en cuenta que si el calcio no es obtenido de la dieta es movilizado desde el tejido óseo materno, lo cual puede llevar a complicaciones en etapas posteriores de la vida de la mujer.

Hierro: las necesidades de hierro se duplican durante el embarazo y es prácticamente imposible cubrirlas mediante la alimentación. Ello lleva a la necesidad e utilizar suplementos en forma rutinaria. Las principales fuentes de hierro son las carnes, huevos, legumbres, algunos vegetales como la acelga y la espinaca, leches fortificadas y cereales fortificados.

Zinc: el déficit se ha asociado a bajo peso al nacer y parto prematuro. Las principales fuentes de zinc son mariscos, carnes, lácteos, huevos, cereales integrales y pescado.

Ácido fólico: El déficit de ácido fólico puede provocar defectos de cierre del tubo neural o un parto prematuro. Se encuentra en hígado, legumbres, espinaca, remolacha. La suplementación con ácido fólico debe realizarse desde la semana 6 u 8 antes de la concepción hasta finalizar el primer trimestre de embarazo.

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.

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.

9.- Medición de altura uterina

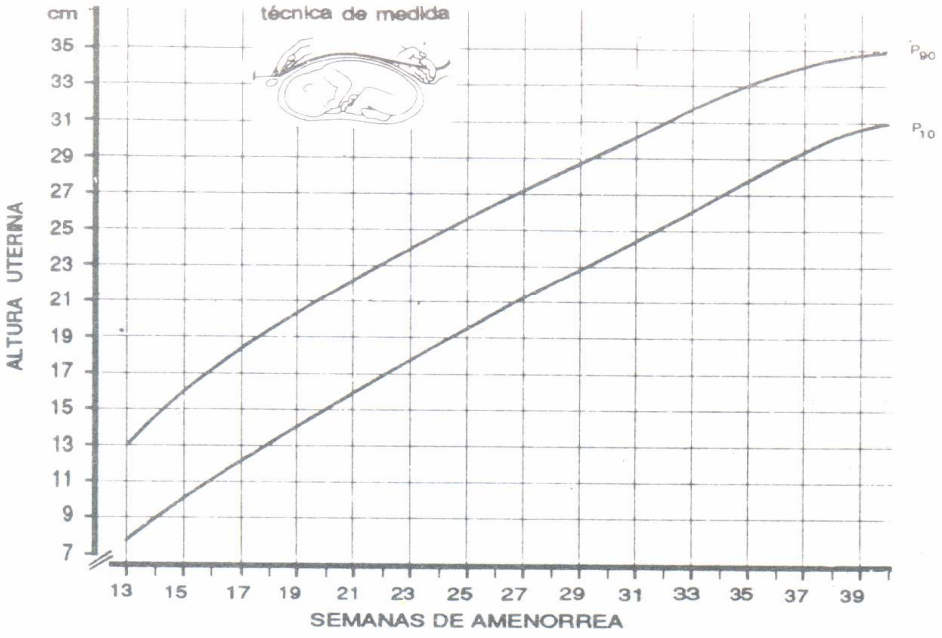
Se debe evaluar el incremento de altura uterina en todas las consultas a partir de las 13 semanas, registrándola en la Historia Clínica Perinatal y elaborar la gráfica.

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

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

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

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



10.-Detección de las alteraciones en el crecimiento fetal

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

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

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

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

Los factores que se asocian con mayor frecuencia al RCIU:

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

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

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

10.2.- Tecnologías para medir el crecimiento fetal.

- Evaluación del incremento de la altura uterina.
- Evaluación del incremento ponderal materno.
- Antropometría fetal por ecografía.

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

11.- Medición de tensión arterial

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

Se considera **hipertensión arterial** a:

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

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

En caso de observarse valores anormales, se volverá a realizar la medición luego de una hora de reposo en decúbito lateral izquierdo. De repetirse dichos valores anormales se referirá a la embarazada al efector correspondiente con el nivel de atención adecuado para su estudio y tratamiento integral.
En caso de normalizarse la tensión arterial luego del reposo, se vigilará este parámetro con más frecuencia a fin de confirmar o descartar el carácter episódico de la medición alterada obtenida en primera instancia.

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

La hipertensión arterial durante el embarazo puede clasificarse en:

- **Hipertensión crónica previa:** diagnosticada antes del embarazo o durante las primeras 20 semanas de gestación.

- **Hipertensión inducida por el embarazo o preeclampsia:** aparece después de la semana 20 y se acompaña de proteinuria. Suele normalizarse en un plazo de 30 días posteriores al parto.

- **Hipertensión gestacional sin proteinuria:** descubierta por primera vez después de las 20 semanas de gestación. El diagnóstico de hipertensión gestacional es confirmado si no se ha desarrollado preeclampsia y la T/A ha retornado a lo normal dentro de las 12 semanas del post-parto.

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

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

11.2.- Técnica

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

- Controlar la presión en ambos brazos.

- La paciente debe tener 20 minutos de reposo previo, sentada.

- La embarazada debe estar sentada con el antebrazo apoyado. Brazo libre de ropa a la altura del corazón.

- No retuerza ni doble la manguera ni permita que se aplaste o quede por debajo del manguito.

- Palpe el pulso braquial. El mismo se encuentra en la mitad interna del brazo, frente a la articulación del codo. Si siente el pulso braquial, sabe donde poner su estetoscopio. Con un poco de experiencia, este paso no será necesario. Usualmente se necesita una firme presión para palpar el pulso braquial.

- El pulso radial se toma con los dedos índice y medio. Se encuentra sobre la articulación de la muñeca, en una hendidura, del lado del pulgar.

- Asegúrese de que el estetoscopio encaje en sus oídos firmemente. No oirá los sonidos suaves si el estetoscopio está suelto en sus oídos.

- Si esta usando un aparato de presión sanguínea de mercurio, debe ser vertical.

- Sus ojos deben estar aproximadamente al mismo nivel del extremo superior de la columna de mercurio o la lectura no será precisa.

- Cierre la válvula de control. Tome el pulso braquial o radial.

- Bombee el balón hasta que no se sienta más el pulso.

- Ahora bombee otros 30 mm. No vaya más alto. Recuerde que puede ser doloroso para la paciente y el dolor eleva la presión.

- Coloque el estetoscopio sobre el pulso braquial. Debe usar el pulso braquial para esto, no el radial.

- LENTAMENTE libere la válvula de control hasta que caiga el nivel del mercurio. Se puede ver la pulsación o el rebote del mercurio. Usualmente se puede oír el aire silbando a medida que se escapa de la válvula. Esto es normal.

- Permita que el mercurio caiga lentamente. Para evitar que caiga demasiado rápido frecuentemente es necesario ajustar levemente la válvula.

- **Presión Sanguínea Sistólica:** Deje que la columna de mercurio caiga alrededor de 2-3 mm. por segundo o una marca por segundo (nota: en la mayoría de los aparatos 1 marca 0 división es 2 mm.).
  Tenga en cuenta el nivel exacto del tope del mercurio en el cual se escucha por primera vez el sonido de los latidos en forma continua. Esto se llama la primera fase o primer ruido de Korotkoff. Este valor corresponde a *la presión sanguínea sistólica*. Continúe dejando que la columna de mercurio caiga lentamente.

  NO presione demasiado fuerte con el estetoscopio, ya que puede bloquear parcialmente la arteria y esto da lecturas falsamente bajas.

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

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

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

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

11.3.- Equipo necesario

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

- **El Tensiometro de Mercurio:** Está hecho de un tubo de vidrio transparente (claro) con marcas en la parte externa. Fijado a un estuche, de madera o de metal. La parte

inferior del tubo de vidrio se conecta por medio de una manguera de goma a la parte inferior de un contenedor de metal cerrado. La parte superior del contenedor está unida a una larga manguera de goma que se conecta a la bolsa de goma. El reservorio esta lleno de mercurio que puede verse en el fondo del tubo de vidrio.
Cuando no está en uso, el nivel de mercurio en el tubo de vidrio debe estar en el cero de la escala.

11.3.1.- Elección del tensiometro

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.4.- Consideraciones con la embarazada

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12.- Diagnóstico de vitalidad fetal

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

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

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

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

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

13.- Solicitud de estudios complementarios de laboratorio

13.1.- Laboratorio durante el embarazo

13.1.1.- Hemograma completo

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

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

13.1.1.1.- Anemia

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

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

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

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

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

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

- Multiparidad asociada a otros factores.
- Intervalos intergenésicos cortos (< de 2 años).

- Antecedentes de menstruaciones abundantes (usuarias de DIU).
- Dietas de baja biodisponibilidad de hierro.
- Adolescencia asociada a condiciones sociales desfavorables.
- Parasitosis anemizantes.

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

- Aumento del riesgo de mortalidad materna posparto.
- Aumento del riesgo de prematurez.
- Restricción del crecimiento fetal.
- Cansancio, apatía (dificulta el cuidado de sí misma y del recién nacido).

13.1.1.3.- Profilaxis de la Anemia – Suplementación con hierro

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

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

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

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

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

- Educación alimentaria en la población a fin de lograr el consumo preferencial de alimentos con alta biodisponibilidad de hierro (hígado, carnes rojas y morcilla, lentejas, etc).
- Acceso de toda la población a una alimentación adecuada.
- Fortificación de alimentos (leche y harina de trigo).
- Accesibilidad a agua potable que es la causa fundamental de la parisitosis, como determinante del derecho a la salud.

- Necesidad de una consulta especializada frente a problemas específicos que pudieran generar algún tipo de riesgo aumentado.

- Desparasitación en poblaciones con alta prevalencia.

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

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

13.1.1.4.- Suplementación con Acido Fólico

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

La suplementación con folato durante el embarazo parece mejorar los niveles de hemoglobina y el estado del folato. En comparación con el placebo o ninguna suplementación con folato, la suplementación con folato se asoció con niveles mayores o iguales de folato sérico y niveles sanguíneos de folato. La suplementación con folato se asoció con una reducción en la proporción de mujeres con niveles bajos de hemoglobina en los últimos meses del embarazo (Mahomed K 2006).

La suplementación periconcepcional con folato tiene un efecto protector muy sólido contra los defectos del tubo neural. La suplementación periconcepcional con folato redujo la incidencia de defectos del tubo neural (Lumley 2006). La dosis recomendada diaria es de 400 microgramos por vía oral.

Las mujeres cuyos fetos o neonatos tienen defectos del tubo neural deben recibir asesoramiento acerca del riesgo de recurrencia en un embarazo posterior. Además, se les debe ofrecer suplementación continua con folato. La dosis preventiva recomendada en estos casos para el período periconcepcional es de 2000 mcg / día por via oral.11

Todavía no se ha determinado cuáles son los beneficios y los riesgos de fortificar los alimentos básicos, como la harina, con folato.

Se plantea la necesidad de un estudio serio sobre el tema ya que los existentes están claramente sesgados o no tienen rigurosidad medotológica que justifique seriamente una exigencia hacia el Estado como la que se ha establecido y que representa una carga que atenta contra una justicia distributiva equitativa.

13.1.1.5 Fortificación de alimentos

Leche Fortificada

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

Hierro	12 mg.

11 Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Suplementación periconcepcional con folato o multivitaminas para la prevención de los defectos del tubo neural. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2007

Zinc	6 mg.
Acido ascórbico	100 mg

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

Harinas Fortificadas

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

13.1.2.- Uremia

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

13.1.3.- Glucemia

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

Es fundamental el control de los valores de normales de glucemia a lo largo de todo el embarazo para poder lograr una detección precoz de cualquier alteración que requiera un estudio específico.

13.1.3.1.- Detección de Diabetes gestacional

La Diabetes gestacional se caracteriza por:

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

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

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

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

13.1.3.1.1.- Grupo con factores de riesgo para Diabetes

Se incluye dentro de este grupo a toda embarazada que cumpla con los criterios detallados, teniendo en cuenta los siguientes factores de riesgo:

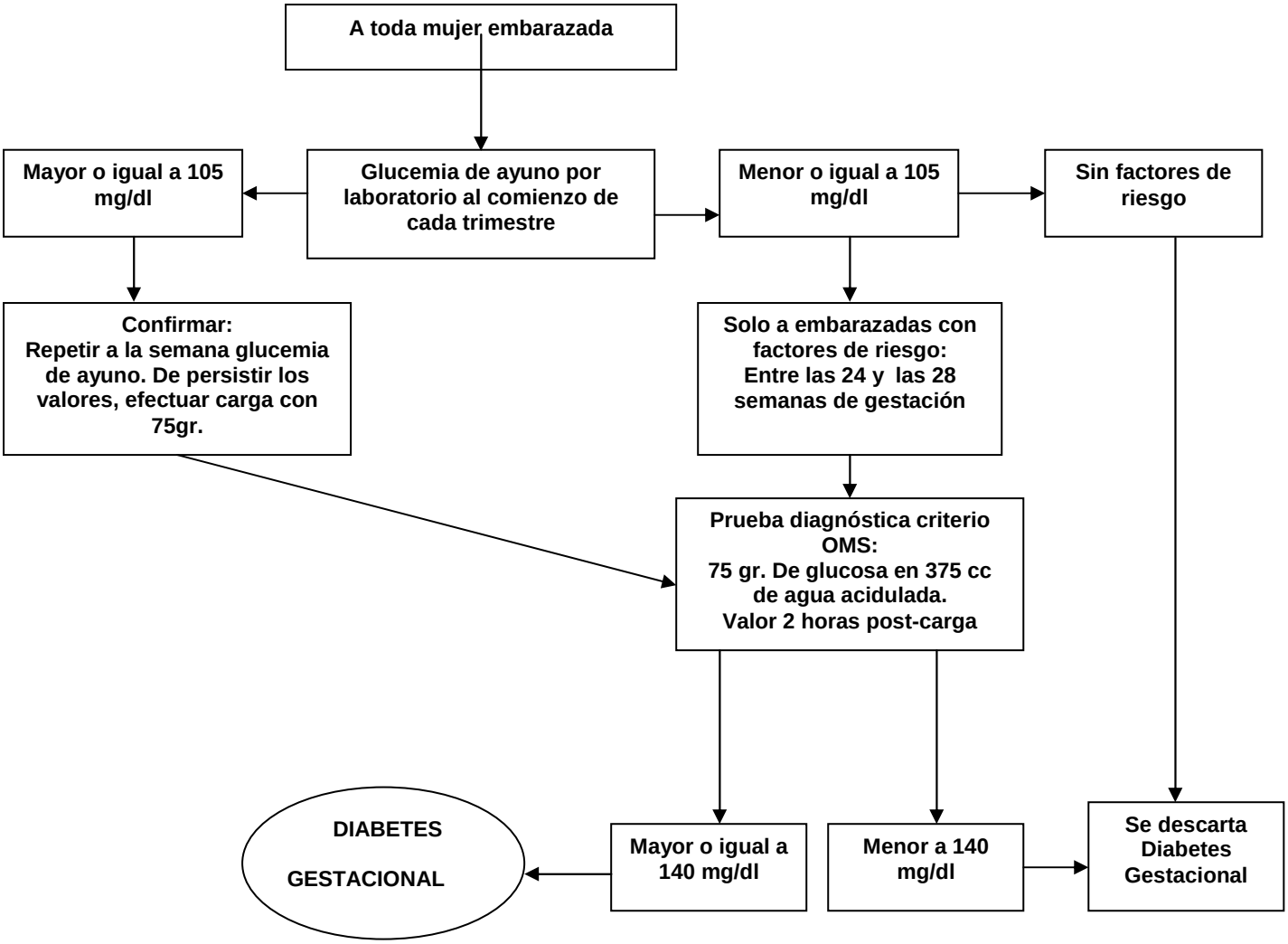
- Antecedentes de diabetes en familiares de 1° grado.
- Edad materna mayor de 30 años.
- Obesidad (índice de masa corporal = peso/ talla2 mayor de 27).
- Enfermedades metabólicas.
- Abortos espontáneos.
- Diabetes gestacional en embarazos anteriores.
- Hipertensión en embarazos anteriores.
- Infecciones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

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

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

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

Algoritmo para Diabetes Gestacional



Realizadas las pruebas que permitan llegar a la presunción del diagnostico de Diabetes Gestacional la paciente deberá continuar su control en Alto Riesgo, pudiendo realizar un doble control en el CAPS, a fin de participar del Curso de Preparación para la Maternidad .

13.1.4.-Detección de bacteriuria asintomática

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

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

El diagnóstico se establece mediante el urocultivo cuantitativo, recomendando su realización entre las 12 y 16 semanas de gestación. La presencia de gérmenes en orina constituye un hecho patológico o indica contaminación de la muestra.

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

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

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

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

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

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

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

13.1.5.- Prevención de la enfermedad Hemolítica Perinatal

Dada su importancia siempre se efectuará la determinación del grupo y factor sanguíneo los que serán solicitados en la primera consulta.

El condicionar la entrega del resultado a la provisión de donantes de sangre constituye una grave violación al derecho a la salud de la embarazada y su feto y deberá ser denunciada a la máxima autoridad de la institución en que se esté efectuando el control de la embarazada.

El derecho a la salud es un derecho humano enmarcado en los derechos sociales, económicos y culturales y demandan del Estado acciones positivas que hagan real su efectivo cumplimiento.

El condicionar la entrega de un estudio a cualquier situación ajena al mismo se constituye de hecho en una violación a un derecho humano fundamental.

Realizado el estudio:

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

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

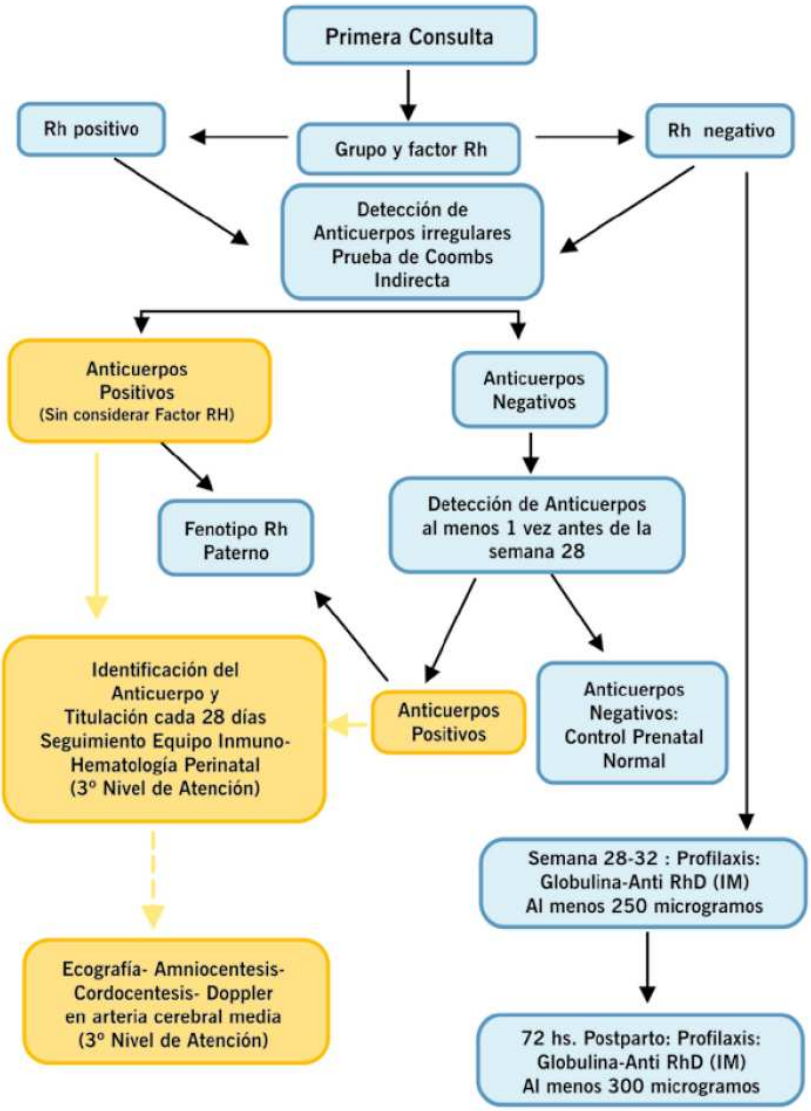
Si el padre del niño es Rh positivo, se deberá investigar la existencia de anticuerpos maternos específicos (Prueba de Coombs indirecta).

Un posicionamiento preventivo debería indicar la realización de una primera prueba de Coombs Indirecta en toda mujer Rh negativa más allá de la necesidad de conocer el Rh del padre del actual embarazo.

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

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

Toda mujer Rh negativa no sensibilizada al Ag D deberá recibir gammaglobulina hiperinmune Anti-D en las siguientes situaciones, dado el riesgo de sensibilización que ellas tienen.



Durante el embarazo cuando presenten episodios de metrorragia durante la gestación (amenaza de aborto, placenta previa sangrante), se produzca un aborto o en post aborto completo o incompleto, embarazo ectópico, trauma abdominal, o se practiquen procedimientos invasivos como amniocentesis, biopsias coriónicas, se deberá evaluar la necesidad de realizar profilaxis con gammaglobulina anti D hiperinmune dado el riesgo de sensibilización que estas situaciones conllevan.

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

En el post-parto con prueba de Coombs directa negativa y recién nacido Rh positivo, se aplicará gammaglobulina anti D a la puérpera dentro de las 72 horas del parto (300 ug de gammaglobulina anti D).

La aplicación de la gammaglobulina anti D, dentro de las 72 h. del parto, a puérperas Rh negativas no sensibilizadas, con hijo Rh positivo, protege en un 84% la probabilidad de sensibilización.

14.- Detección de infecciones genitales

14.1.- Vaginosis Bacteriana

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

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

Presenta la siguiente sintomatología: flujo genital, abundante, homogéneo, blanquecino grisáceo o amarillento, ligeramente fétido, con o sin burbujas, afectando al epitelio vaginal. Los síntomas vulgares son poco frecuentes (prurito, ardor, dispareunia).

En una revisión de los estudios del caso-control y de la cohorte, encontraron que las mujeres con vaginosis bacteriana tienen aumentada 1.85 veces la probabilidad de presentar un parto prétermino. También presentan un aumento en la incidencia de ruptura prematura de membranas.

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

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

Las conclusiones de dichos estudios fueron las siguientes:

- El tratamiento antibiótico mostró ser efectivo para curar la vaginosis bacteriana durante el embarazo pero no se observó una disminución en la incidencia de parto prematuro ni rotura prematura de membranas sistemáticamente.
- Reduce el riesgo de bajo peso al nacer.
- Se observó una mayor incidencia de partos pretérmino en el grupo tratado con Clindamicina 300 mg
- La Amoxicilina no resultó eficaz en el tratamiento de la Vaginosis Bacteriana
- Se recomiendan los tratamientos con Metronidazol 500 mg. cada 12 horas durante 7 días, en lugar de la dosis única de 2 gr. en un día, dado su mejor tolerancia.

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

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

Según la literatura internacional, alrededor del 20% (con un rango de 10 a 40%) de las mujeres embarazadas son portadoras del Estreptococo β Hemolítico del Grupo B (Streptococcus agalactiae) en vagina y/o recto al final del embarazo. En Argentina, algunos estudios muestran una incidencia más baja: 5 al 18%.

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

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

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

En la embarazada puede ser causa de bacteriuria asintomática, infección urinaria, corioamnionitis, endometritis y bacteriemia, que se relaciona con un nivel alto de colonización

genital. En la mayoría de los casos, estas infecciones se resuelven con tratamiento antibiótico y sin secuelas.

En el niño puede manifestarse como infección localizada o sistémica. La mayoría de los casos son de inicio precoz y casi todas las infecciones mortales suceden en el primer día de vida, existiendo casos de inicio tardío.

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

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 Nº 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.

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

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

15.- Detección de Infecciones de transmisión vertical

15.1 Detección de sífilis

La sífilis durante el embarazo trae como consecuencia un recién nacido con sífilis congénita, la cual es prevenible, un mortinato o un aborto espontáneo.

La transmisión se manifiesta luego de la 16ª semana de gestación, pero se puede transmitir aún en el primer trimestre. Lo que ocurre es que no tiene ninguna manifestación por inmadurez del sistema inmunitario embrio-fetal.

Es importante la detección precoz y el tratamiento oportuno para evitar los riesgos fetales y/o neonatales.

La población de riesgo son las personas sexualmente activas y en el área pediátrica, los recién nacidos de madres infectadas.

El control prenatal es el momento ideal para combinar la prevención, el diagnóstico con técnicas de pesquisa y el tratamiento cuando corresponda, pudiendo, durante la consulta, tanto ellas como sus parejas aclarar dudas con respecto a su cuidado y sexualidad.

La detección de sífilis se realiza en los casos asintomáticos con pruebas de tamizaje mediante la utilización de las pruebas no treponémicas, tales como VDRL (Veneral Desease Research Laboratory) o RPR (Rapid Plasma Reagin).

Existe la posibilidad de falsos positivos y falsos negativos y por lo tanto la necesidad de reiterar estudios y en casos particulares establecer confirmación mediante test específicos

Toda prueba no treponémica reactiva, debe ser confirmada por pruebas treponémicas.

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

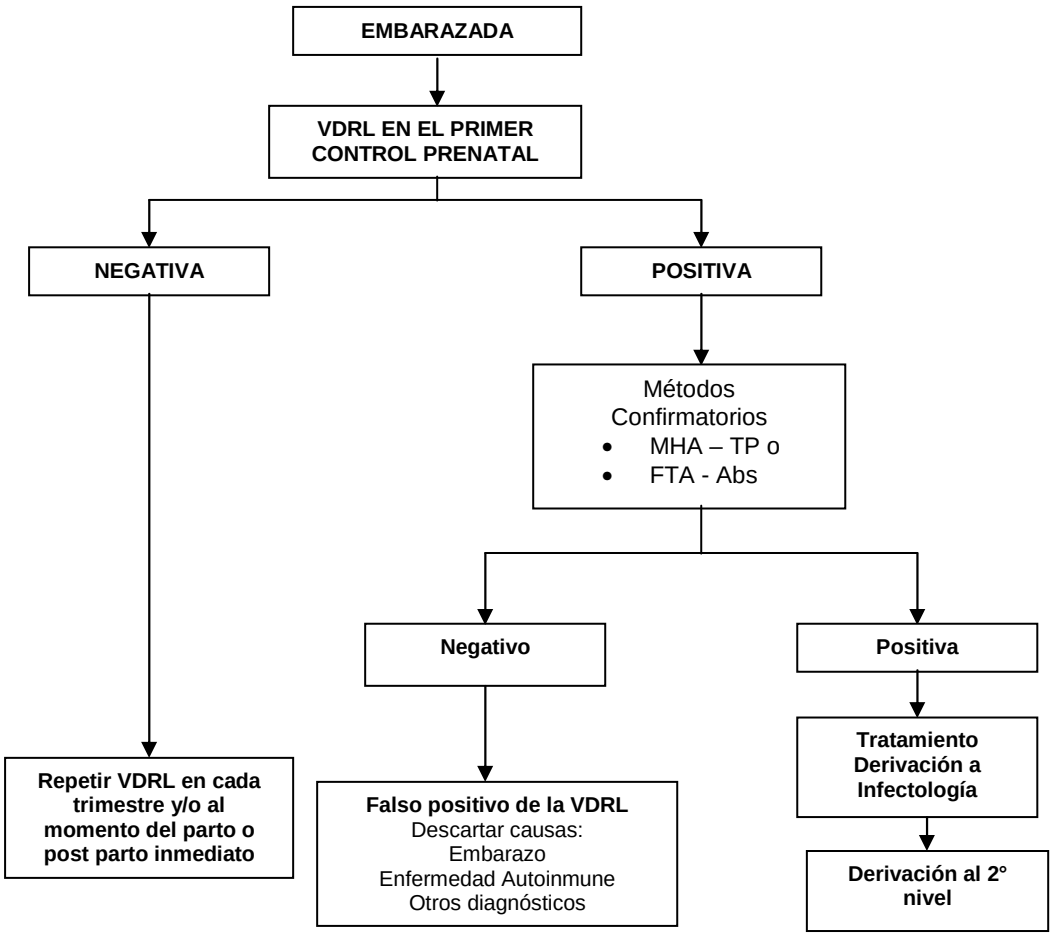
Con VDRL reactiva, aún con títulos bajos, si se cuenta con el laboratorio adecuado, se realizará la prueba de confirmación mediante las pruebas treponémicas tales como FTA Abs. (Fluorescent Treponema Antibodies Absorption test) o MHA-TP (Microhemoaglutinación para treponema palidum).

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

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

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

Flujograma para sífilis



Asegurar seguimiento de los contactos y cumplimiento del tratamiento al momento del parto.

15.2.- Detección de VIH

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.

La serología para VIH será solicitada en la primera consulta por el profesional actuante (Médico u Obstétrica), previo a haber efectuado el proceso de información que debe culminar con la firma del consentimiento o el rechazo informado.

La ley 25543/02 establece la obligatoriedad del ofrecimiento del test como rutina del control de embarazo, previa asesoría. El ofrecimiento se hará extensivo a la pareja. La solicitud de serología para VIH permitirá:

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

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

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

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

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

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

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

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

Para el control y tratamiento del HIV la embarazada será referida a un Infectólogo en el nivel de atención que cuente con dicha infraestructura, como así también se la pondrá en contacto con la Trabajador/a Social, Psicólogo y Nutricionista, en tanto que el lugar donde se lleve a cabo el control obstétrico dependerá de la complejidad necesaria para la atención integral de la paciente.

15.2.1.- Prevención de la Transmisión vertical

- Realizar actividades de promoción de la salud para mujeres en edad fértil, ofreciéndoles la serología para ella y su pareja en etapa preconcepcional.

- Aumentar la captación precoz de las embarazadas no diagnosticadas y de las ya infectadas.

- Ofrecer serología universal y voluntaria como parte del control prenatal en la primera consulta, realizando asesoría sobre transmisión vertical.

- Diagnóstico temprano de la infección por VIH, asegurando la accesibilidad a los laboratorios a través de turnos programados desde el 1º nivel de atención.

- Repetir en las embarazadas VIH negativas, la serología en el 3° trimestre, como mínimo.

- Fortalecer el mecanismo de Referencia y Contrarreferencia, a efectos de que la embarazada VIH positiva realice el tratamiento de terapia antirretroviral y continúe su control prenatal.

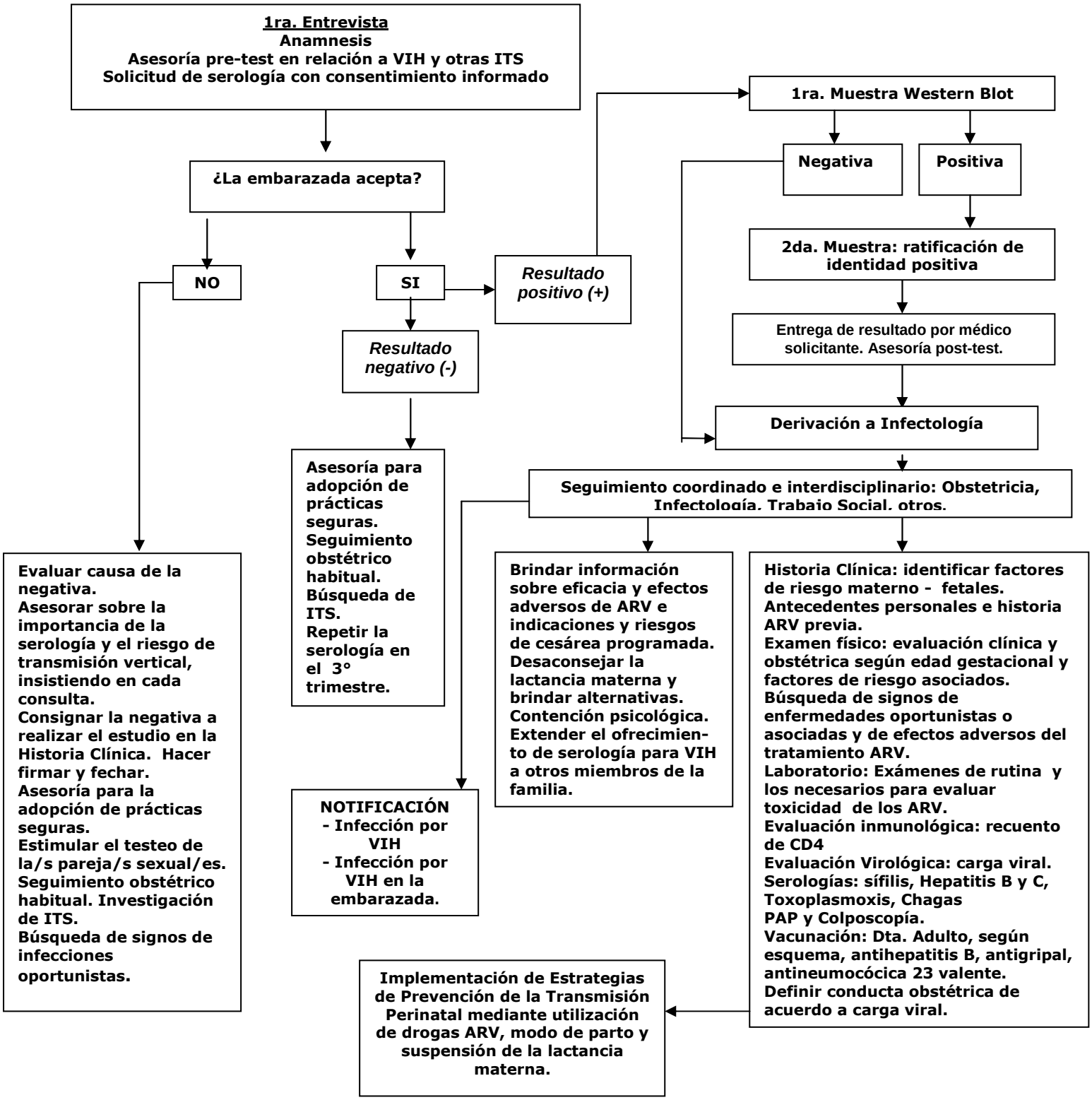
- Efectuar la elección del modo del parto.

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

- Requerir el resultado del test de VIH al ingresar al hospital. De no contar con él, se realizará un test rápido, para implementar, de ser necesario, el esquema de prevención.
  En este caso también debe estar presente la posibilidad de información y decisión informada de la mujer, pues la obligación legal es de ofrecimiento y derecho de la embarazada de realizarse el estudio, no de ser realizado sin la consulta correspondiente.

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

Flujograma para VIH



15.3.- Detección de Hepatitis B

La hepatitis B es infección viral que puede ser asintomática o manifestar los siguientes síntomas: fiebre, ictericia y dolor abdominal. El virus de la hepatitis B tiene un período de la incubación de 6 semanas a 6 meses. Se excreta en varios fluidos corporales incluyendo sangre, saliva, vaginal y leche materna. Estos líquidos por lo tanto pueden ser altamente infecciosos. Se resuelve entre 4 a 8 semanas, dejando inmunidad natural permanente.

Existen cuatro vías de transmisión: parenteral (compartir agujas o jeringas), Sexual, perinatal o vertical (madre infectada a hijo) y horizontal (conviviente con personas infectadas).

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.

En paises de baja prevalencia, como en Argentina, el porcentaje de portadoras crónicas está entre el 0,5 al 1% y hasta el 0,2% tiene el riesgo de contraer Hepatitis B en el embarazo.

El 85% de los bebés nacidos de madres que son positivas para el antígeno e de la hepatitis B (HBeAg) se convertirán posteriormente en portadores crónicos de HBs Ag, comparado con el 31% de los bebés que nacen de madres que son negativas para el antígeno e (HBeAg).

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

.

Si el resultado de la serología es positivo, el recién nacido deberá recibir inmunoglobulina específica contra Hepatitis B y vacunación para Hepatitis B dentro de las doce horas de vida, según el Plan Nacional de Vacunación 2010. Con esta intervención se previene aproximadamente el 95% de la transmisión perinatal.

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

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

15.4.- Detección de toxoplasmosis

La toxoplasmosis es una zoonosis endémica. Entre el 20 y el 30% de las madres tienen títulos de anticuerpos positivos al iniciarse la gestación. Dos a siete por mil embarazadas presentan enfermedad activa durante la gestación.

La tasa de transmisión vertical varía con la edad gestacional, siendo sólo del 10 % en el primer trimestre e incrementándose a casi el 90% cuando la primoinfección se produce en el último trimestre.

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

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

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

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

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

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

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

IgG positiva detectada durante el embarazo en valores superiores al punto de corte y sin conocimiento de IgG preconcepcional: Ante esta situación, no podemos saber si se trata de una infección pasada o una infección reciente, por lo cual debemos solicitar el estudio de muestras pareadas, es decir comparar los resultados serológicos de dos muestras extraídas con dos a tres semanas de diferencia pero analizadas en el mismo momento

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

Otra alternativa es solicitar el dosaje de IgM e IgA

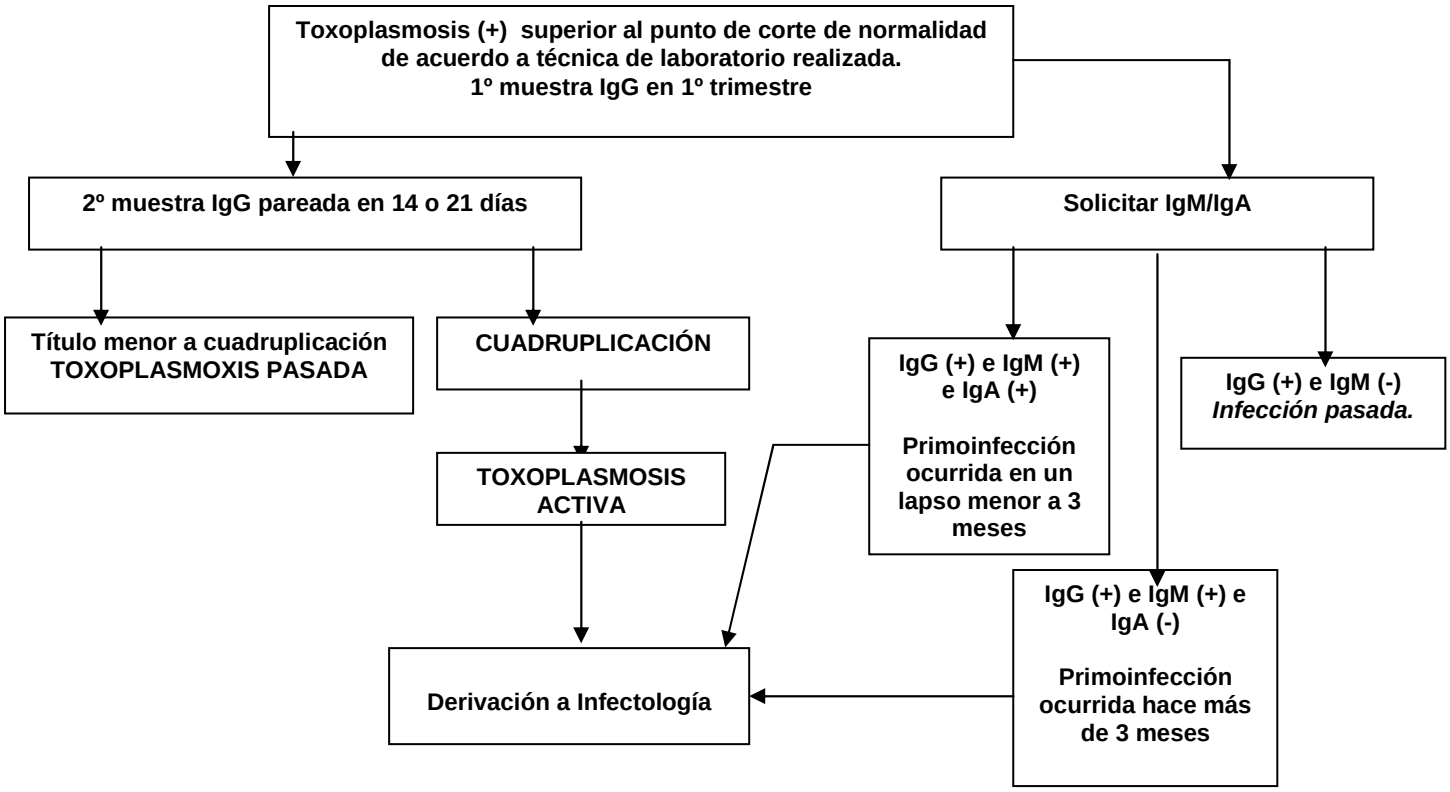
Los títulos de IgG elevados con IgM negativa se consideran infección pasada y no se requiere tratamiento.

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

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

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

Testeo serológico para toxoplasmoxis y embarazo



15.4.1.-Prevención primaria para toxoplasmosis

- Lavarse bien las manos y los utensillos de cocina luego de manipular carne cruda o vegetales frescos.
- Comer carnes bien cocidas.
- No comer vegetales crudos cuando no se pueda tener la seguridad de que hayan sido bien lavados.
- Comer frutas previamente lavadas.
- Evitar comer huevos crudos y leche no pasteurizada.
- Limpiar adecuadamente las superficies de la cocina donde se apoyaron carnes crudas y los utensillos usados.
- Cuando se realiza trabajos de jardinería, utilizar guantes y luego lavarse las manos.

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

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

Ante cualquier duda diagnóstica debe realizarse la interconsulta con Infectología.

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

15.5.- Detección de Chagas

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

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

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

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

La prevalencia de la infección por Tripanosoma Cruzi en mujeres varía ampliamente en las diferentes regiones. La enfermedad prenatal no está limitada a áreas rurales y tiene una frecuencia creciente en las zonas urbanas debido a las corrientes migratorias. En la Argentina la tasa de prevalencia de infección chagásica en mujeres embarazadas oscila entre el 7% y el 32%. La incidencia de la transmisión congénita de madres con serología positiva tiene un rango entre 1,5 a 10.5 %.

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

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

La embarazada que sea diagnosticada como positiva para chagas, lo que no significa enfermedad, no tiene riesgo aumentado en el embarazo, sí es importante informarla sobre la necesidad de un testeo al recién nacido.

Será derivada al nivel adecuado que permita su evaluación y seguimiento integral, solo cuando se detecten alteraciones cardiológicas o del tracto intestinal.

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

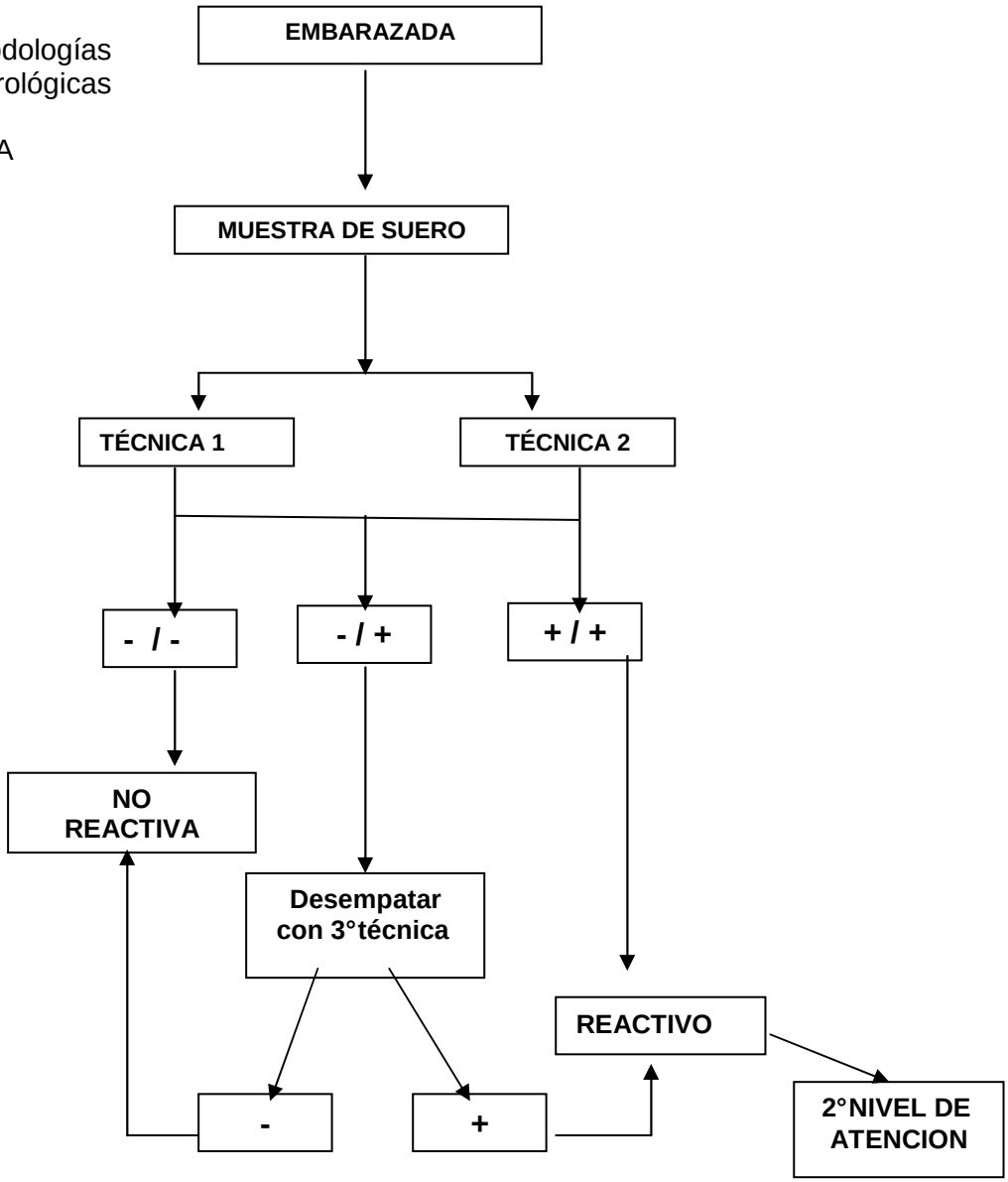
Siempre deberá constar en la historia clínica materna y en la Libreta Sanitaria el resultado positivo o negativo para Chagas de la embarazada, ya que los recién nacidos de madres serológicamente positivas deberán estudiarse y en caso de detectarse una parasitemia positiva es necesario iniciar el tratamiento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

El diagnóstico temprano en el recién nacido (visualización directa o aislamiento del Tripanosoma Cruzi) y el tratamiento oportuno de la infección prenatal permiten alcanzar la cura en el 99% de los casos.

Circuito analítico para chagas

- 2 Metodologías

Duplas serológicas
HAI/IFI
HAI/ELISA
ELISA/IFI



16.- Vacunación

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

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

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.

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.

Las vacunas administradas a la mujer embrazada 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: DTa (doble adultos – Difteria y Tétanos) previene el Tétanos Neonatal, antigripal (otoño-invierno), DTPa (tétanos – difteria- pertussis) en prevención del coqueluche 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.

16.1.- Prevención del tétanos neonatal y puerperal

La inmunización adecuada de las mujeres con Toxoide Tetánico (TT) o Doble bacteriana adultos (dTa) 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.

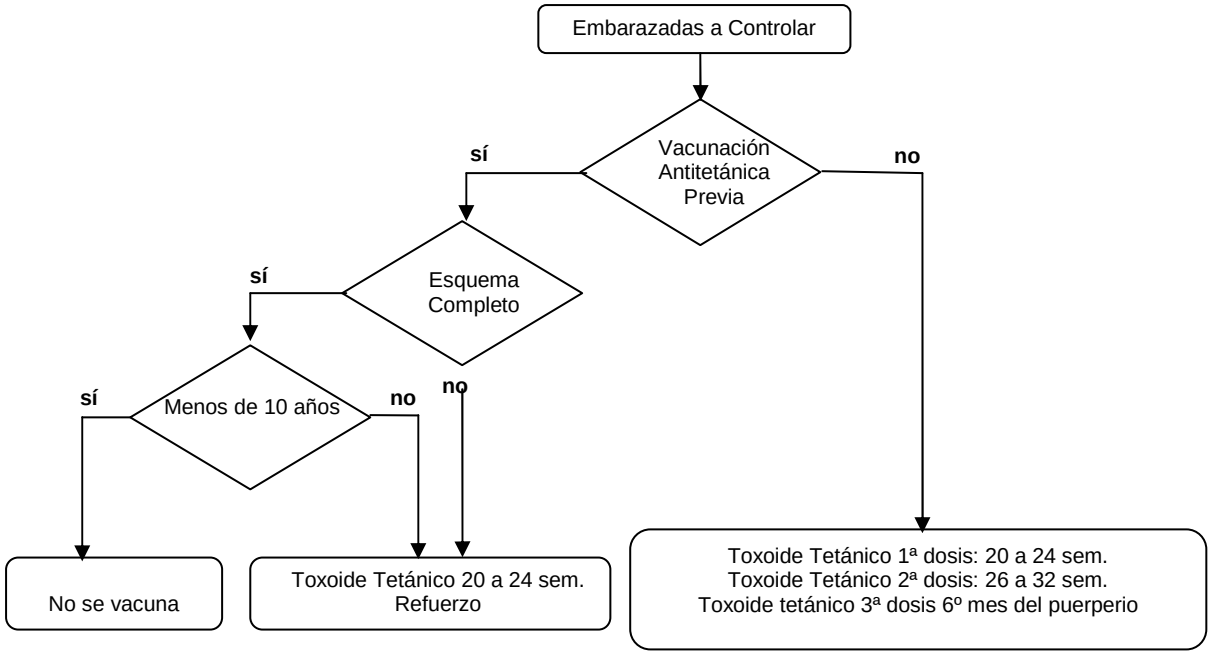
Las buenas prácticas de higiene durante el parto y el cuidado de la herida umbilical hasta que ésta cicatriza son medidas que contribuyen para prevenir el tétanos neonatal y otras

infecciones. La inmunización adecuada de las gestantes con (TT) o (TD) es eficaz, incluso si la herida umbilical se infecta con Clostridium tetani.

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

El Plan de vacunación recomendado para la primovacunacíón en embarazadas es el siguiente:

Esquema Completo: Tres dosis de Toxoide Titánico (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
Tercera dosis: menos seis meses entre la segunda y la tercera.



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

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 Dta.

16.2 Vacuna DTPa (Tetanos, Difteria y Pertussis)

Dada la situación epidemiológica actual, se consensuó vacunar a todas las mujeres embarazadas a partir de la vigésima semana de gestación con el objeto de disminuir la mortalidad en lactantes menores de seis meses.

16.2.1.- Propósitos y Objetivos de la Vacunación en Embarazadas con dTpa

-Disminuir la morbilidad y la mortalidad por tos convulsa en niños menores de seis meses en la Argentina

-Controlar la enfermedad y la infección por B. pertussis en la Argentina

La población objetivo son mujeres embarazadas a partir de las 20 semanas de edad gestacional

16.2.2.- Indicación y edades de vacunación

Mujeres embarazadas que nunca recibieron dTpa, a partir de la vigésima semana de gestación, independientemente del estado de vacunación antitetánica previa.

Puérperas, con niños menores de 6 meses, que nunca recibieron dTpa deben recibirla, antes de su egreso de la maternidad.

En el manejo de heridas de las embarazadas en quienes transcurrieron más de cinco años desde la última dosis de dT (profilaxis antitetánica), si nunca recibieron dTap. En este caso, debe aplicarse una dosis única de dTpa como refuerzo, en reemplazo de dT.

Si está indicada una dosis de refuerzo de dT durante el embarazo (p.ej. transcurrieron más de 10 años desde la última dosis) se aplicará dTpa a partir de la vigésima semana de gestación, en reemplazo de dT.

En mujeres embarazadas en las que se desconoce su antecedente de vacuna antitetánica o quienes tienen un esquema incompleto. El esquema para las mujeres no vacunadas es de tres dosis de dT a los 0, 1 y 6 a 12 meses. Si la embarazada nunca recibió dTpa, una de las dosis de dT debe ser reemplazada por esta vacuna, aplicada a partir de la vigésima semana de gestación.

16.3.- Otras vacunas recomendadas durante el embarazo

Vacuna de Influenza (Antigripal)

Se recomienda que todas las mujeres embarazadas, en cualquier trimestre de la gestación y durante los seis primeros meses del puerperio, reciban profilaxis con vacuna antigripal

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.

16.4.- Reducción del Síndrome de Rubéola Congénita

Por el Plan de Vacunación 2011 se aplicará doble viral (rubéola y sarampión), a toda puérpera antes del alta hospitalaria, independientemente que la madre refiera haber padecido la enfermedad, salvo contraindicaciones (Ej.: inmunosupresión severa).

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

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

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

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

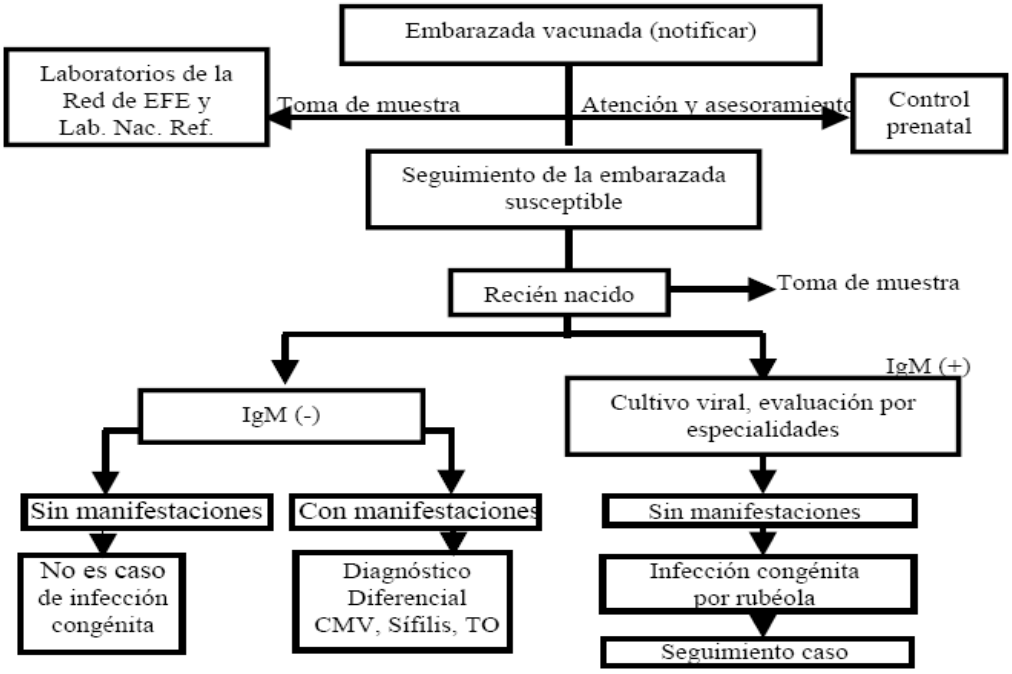
En estos casos, es de vital importancia el rol del médico para informar y tranquilizar a estas mamás y a su familia, como así también para asegurar un óptimo control y seguimiento del embarazo, el parto y la atención del recién nacido.

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

El conocimiento sobre la seguridad de la vacuna si se administra durante el embarazo ha sido reforzado por países de las Américas, que hicieron campañas de vacunación en mujeres de edad fértil y el posterior seguimiento a las embarazadas que

desconocían su condición de embarazo. Del seguimiento efectuado a cerca de 25 mil mujeres en las Américas, no se detectó ningún caso de SRC (FUNASA 2002, OPS 2001, MSEcuador 2004). A continuación se muestra el flujograma del seguimiento de la madre y el recién nacido de la madre vacunada durante el embarazo.

El flujograma siguiente fue obtenido de Protocolo para Investigación de Mujeres Vacunadas Contra la Rubéola en la Campaña que Desconocían estar Embarazadas y Evaluación del Recién Nacido. MSN 2004.



17.- Estudios complementarios para evaluar la salud fetal

17.1.- Estudio ecográfico

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

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

- Sospecha de algunas enfermedades cromosómicas.
- Muerte fetal.
- Embarazo ectópico.
- Mola hidatiforme.
- Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU)

17.2.- Monitoreo Fetal

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

17. 2. 1.- Monitoreo Fetal Anteparto (non stress test: NST)

Consiste en el registro electrónico continuo de la Frecuencia Cardiaca 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 Cardiaca 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*–) permite al profesional contar con un elemento más de confirmación de la vitalidad fetal, si en su realización se cuida de respetar todos los requerimientos técnicos que permiten considerarlo como una prueba fiable ya que el solo registro aislado de la frecuencia sin el resto de los elementos que describen el estudio, solo constituyen un procedimiento que lo único que permite afirmar es que la frecuencia del feto se halla dentro o fuera del rango que se considera normal.

Correctamente realizado se constituye en un valioso elemento en la investigación de la vitalidad fetal por lo cual debe ser considerado como un importante recurso en el control de la salud materno fetal.

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 cardiaca 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.

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.

18.- Adicciones y embarazo

Existen prácticas o conductas no seguras en algunos aspectos que se deberá trabajar en el embarazo, ya que, 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 un efecto mucho más positivo sobre la salud y la vida de las personas.

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.

18.1 Tabaquismo

El tabaco es una de las drogas más frecuentemente consumida, por lo que debe EVITARSE su consumo durante el embarazo, pues está demostrado que en forma aislada o continua, aumenta el riesgo reproductivo, puede provocar serios daños al feto y a los recién nacidos.

La OMS estima que en los países desarrollados el consumo de tabaco por las mujeres está por encima del 20%, mientras que en los países en vías de desarrollo las cifras de mujeres que fuman se ubican en torno al 9% con amplias oscilaciones.

Según la Encuesta Perinatal realizada en la Provincia de Buenos Aires y CABA, la proporción de embarazadas que dijeron haber fumado fue del 19,5%, incrementándose a un 20,9% en las menores de 19 años.

El consumo de cigarrillos durante el embarazo ha sido asociado con:

- Bajo peso al nacer.
- Restricción en el crecimiento fetal.
- Partos de pretérmino.
- Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio.
- Abortos espontáneos.
- Muerte fetal.
- Muertes neonatales.
- Disminución de la calidad y cantidad de la leche materna.

Si realizamos prevención antitabáquica, y logramos que las embarazadas dejen de fumar, obtendremos los siguientes beneficios:

- Que sus hijos pesen en promedio al nacer entre 200 g y 400 g más, pues se calcula que cada cigarrillo/día, puede ser responsable de 10 gramos menos de peso al nacer.

- Que descienda aproximadamente a la mitad el bajo peso al nacer, disminuyendo los casos del principal componente, que es la Restricción en el Crecimiento Intrauterino y secundariamente la Prematurez, causas asociadas a la morbi-mortalidad neonatal.

- Que no fueran tan notorias las diferencias entre los hijos de madres fumadoras y no fumadoras.

- Que si cesa de fumar en el tercer trimestre, tendría la posibilidad de que mejore el crecimiento fetal.

- Evitaríamos que desarrollen problemas vinculados a la placenta (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta), y descendería el riesgo de rotura prematura de membranas y descendería en un tercio la probabilidad de sufrir muerte súbita.

- Que las mujeres con hábito de fumar, que además presenten otros factores de riesgo (mayores de 35 años, grandes multíparas, otras condiciones médicas graves, otras adicciones, etc.) y cesen de fumar, faciliten el descenso del riesgo de mortalidad perinatal.

Es importante y necesario explicar a la embarazada y su familia conviviente sobre los riesgos que implica un ambiente con humo, haciendo énfasis en que si evitamos fumar cerca de la embarazada o el niño recién nacido (fumadores pasivos), haciéndolo al aire libre, obtendríamos los siguientes resultados positivos:

- Disminuirían las probabilidades de un Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU), con riesgo de Bajo peso al nacer (BPN).

- Si libramos a los niños de la exposición al humo del tabaco, especialmente en los primeros años de vida, impediremos que sufran frecuentemente infecciones respiratorias bajas y otitis y tengan menos probabilidad de desarrollar asma.

Es probable obtener éxito en la cesación si las mujeres ya han tenido otros intentos por dejar de fumar, tienen parejas que no fuman y/o tienen apoyo familiar para dejar el cigarrillo.

18.2 Alcohol

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.

Durante la consulta y una vez establecida la relación profesional/embarazada, es importante reflexionar con ella y su pareja sobre los riesgos del consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia, ya que se asocia a problemas físicos y psíquicos en el niño por nacer.

El alcohol atraviesa la placenta y es metabolizado muy lentamente. Este efecto puede ser teratogénico para el feto.

El Síndrome Alcohólico Fetal es una de las causas más comunes de retardo mental, como así también de RCIU y es totalmente prevenible, si acompañamos a la embarazada en su proceso de cesar de tomar alcohol.

El consumo de alcohol durante el embarazo, ha sido asociado con mayor riesgo de aborto, muerte fetal y BPN.

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.

18.3 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.

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, aumento de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta o generar una restricción del crecimiento intrauterino (RCI), con el riesgo de provocar un recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG). corren mayor riesgo de presentar defectos congénitos

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 y 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.

El consumo de marihuana durante el embarazo, lleva a una mayor probabilidad de presentar una RCI y bajo peso nacer .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 drogadependencia.

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

19.- Violencia de género

19.1.- Introducción

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada.»

La violencia de pareja se refiere a los comportamientos que tienen lugar en el ámbito de una relación íntima y causan daños físicos, sexuales o psicológicos, tales como la agresión física, la coerción sexual, el maltrato psicológico o los comportamientos controladores.

La violencia sexual es «todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito.»

La violencia sexual incluye la violación, definida como «la penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, por más leves que sean, de la vulva o el ano, usando un pene, otras partes corporales o un objeto.»

En un estudio realizado por la OMSn sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer *(WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women)* realizado en 10 países, en su mayoría en desarrollo, se observó que entre un 15% y un 71% de las mujeres refirieron haber sufrido en algún momento violencia física o sexual por parte de su pareja.

La violencia de pareja y la violencia sexual son perpetradas mayoritariamente por hombres contra mujeres y niñas. No obstante, la violencia sexual contra los niños también es frecuente. Estudios internacionales revelan que aproximadamente un 20% de las mujeres y un 5-10% de los hombres refieren haber sido víctimas de violencia sexual en la infancia.

19.2 Efectos sobre la salud

La violencia de pareja y la violencia sexual producen a las víctimas y a sus hijos graves problemas físicos, psicológicos, sexuales y reproductivos a corto y a largo plazo, y tienen un elevado costo económico y social.

Entre los efectos en la salud física se encuentran las cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general. En algunos casos se pueden producir lesiones, a veces mortales.

La violencia de pareja y la violencia sexual pueden ocasionar embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados e infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por VIH/sida. La violencia de pareja durante el embarazo también aumenta la probabilidad de sufrir abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer.

Estas formas de violencia pueden ser causa de depresión, trastorno de estrés postraumático, insomnio, trastornos alimentarios, sufrimiento emocional e intento de suicidio.

La violencia sexual, sobre todo en la infancia, también puede incrementar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, así como las prácticas sexuales de riesgo en fases posteriores de la vida. Asimismo se asocia a la comisión (en el hombre) y al padecimiento (en la mujer) de actos de violencia.

19.2.1.- Repercusiones en los niños

Los niños que crecen en familias en las que hay violencia de pareja pueden sufrir una serie de trastornos conductuales y emocionales que pueden asociarse a la comisión o padecimiento de actos de violencia en fases posteriores de su vida.

La violencia de pareja también se ha asociado a mayores tasas de mortalidad y morbilidad en los menores de 5 años (por ejemplo, por enfermedades diarreicas y malnutrición).

19.2.2.- Costos sociales y económicos

Los costos sociales y económicos de la violencia contra la mujer son enormes y repercuten en toda la sociedad. Las mujeres pueden llegar a encontrarse aisladas e incapacitadas para trabajar, perder su sueldo, dejar de participar en actividades cotidianas y ver menguadas sus fuerzas para cuidar de sí mismas y de sus hijos.

19.2.3.-Factores de riesgo

Los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual son de carácter individual, familiar, comunitario y social. Algunos se asocian a la comisión de actos de violencia, otros a su padecimiento, y otros a ambos.

Entre los factores de riesgo de perpetrar estos actos de violencia se encuentran:

- el bajo nivel educativo (autores y víctimas);
- la exposición al maltrato infantil (autores y víctimas);
- la vivencia de la violencia entre los progenitores (autores y víctimas);
- el trastorno de personalidad antisocial (autores);

- el consumo nocivo de alcohol (autores y víctimas);
- el hecho de que los hombres tengan múltiples parejas o de que su pareja sospeche que le son infieles (autores y víctimas);
- las actitudes de aceptación de la violencia (autores y víctimas).

Entre los factores de riesgo específicos de violencia de pareja se encuentran:

- los antecedentes de violencia, como autor o víctima;
- la discordia y la insatisfacción marital (autores y víctimas).

Entre los factores de riesgo específicos de violencia sexual se encuentran:

- las creencias en el honor de la familia y la pureza sexual;
- las ideologías que confieren derechos sexuales al hombre;
- las sanciones legales leves a los actos de violencia sexual.

La desigualdad de la mujer con respecto al hombre y el uso normativo de la violencia para resolver los conflictos están estrechamente asociados tanto a la violencia de la pareja como a la violencia sexual ejercida por cualquier persona.

19.2.4.- Prevención

Para lograr cambios duraderos es importante que se promulguen leyes y se formulen políticas que protejan a la mujer; que luchen contra la discriminación de la mujer y fomenten la igualdad de género, y que ayuden a fomentar una cultura de no violencia.

Para abordar de forma integral las consecuencias de la violencia y las necesidades de las víctimas y supervivientes es necesaria una respuesta multisectorial.

En Marzo de 2009 se promulgó en Argentina la Ley 26.485 de Prevención y Erradicación de la violencia contra la mujer y dentro de la enumeración de los derechos que ésta protege se encuentran la integridad física, psicológica y sexual.

Al referirse a las formas en que se manifiestan los distinto tipos de violencia contra la mujer en los distintos ámbitos menciona en el artículo 6º inciso e) a la ***Violencia obstétrica*** y la define como "aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y el proceso reproductivo 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".

Se refiere al trato deshumanizado como "cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto o posparto, ya sea a la mujer o al recién nacido, así como la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no".

En el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires funciona el **Programa Provincial de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género** –es un órgano encargado de proponer políticas, convocar a la concertación, diseñar y ejecutar en el ámbito sanitario, acciones de capacitación a los/as trabajadores del sector, acciones de prevención, atención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y de género, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población desde la defensa de sus derechos.

20.- Preparación Integral para la Maternidad

Es en esencia un espacio de prevención, destinado a la desmitificación de la maternidad, el esclarecimiento de los temores y las dudas, los cambios corporales y afectivos que sobrevendrán.

Comprende la ejecución de un conjunto de acciones mediante las cuales se promueven las experiencias de enseñanza - aprendizaje, teniendo en cuenta que la embarazada trae un saber o conocimientos que hay que respetar.

Se deben tratar de modificar aquellos que sean equivocados o perjudiciales sin emitir juicios de valor que puedan afectar sus sentimientos. La embarazada iniciará las actividades del curso cuando ella lo requiera sin importar el mes de gestación que curse ni el momento de desarrollo del curso.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

21.- Recomendaciones para la lactancia

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

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

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

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

22.- Fomentar el control puerperal

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

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

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

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

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

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

- La referencia debe acompañarse de la información obtenida en el primer nivel de atención consignando por escrito el motivo y fundamentos que apoyan la derivación (hoja de referencia y Libreta Sanitaria Materno Infantil).

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

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

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

- Trabajar articuladamente con promotores de Salud barriales , Manzaneras y con el resto del Equipo de Salud favorece el rescate de las mujeres que han no han vuelto al control de puerperio

23.- Salud Reproductiva y Procreación Responsable

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la Salud Sexual como:

"La integración del ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual, para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación, de dar y recibir amor".

Desde esta concepción la **salud sexual** busca promover el desarrollo de una sexualidad saludable, placentera y sin riesgos en todas las etapas de la vida. Abarca todo lo que somos y vamos construyendo durante nuestra existencia desde lo físico, psíquico y social.

Abarca todo lo que somos y vamos construyendo a lo largo de la vida desde lo físico, psíquico y social.

Cuando hablamos de sexualidad saludable nos referimos a no asociarla solamente al riesgo (embarazo, ITS, etc.).

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

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

El 17 de junio de 2003 se aprobó la Ley 13.066 creando el Programa de Salud Reproductiva y Procreación responsable en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires y su

reglamentación con fecha 28 de noviembre del mismo año, con el propósito de garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y la procreación responsable, para toda la población sin discriminación alguna y procura dar respuesta al grave problema de la mortalidad materno-infantil.

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

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

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

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

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

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

Se debe realizar Consejería en Salud Sexual y Reproductiva durante la gestación (Curso de Preparación para la Maternidad) y en el puerperio inmediato (Alta Conjunta), adoptando un lenguaje claro, sencillo, con información actualizada, acorde a la edad y que permita aclarar mitos y prejuicios.

En el año 2007 mediante el Decreto 4559 del Ministerio de Salud se agregan las prácticas denominadas Ligadura de Trompas de Falopio y Ligadura de Conductos Deferentes o Vasectomía, como métodos de anticoncepción, en concordancia con la Ley Nacional Nro. 26.130 de anticoncepción quirúrgica.

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

(Ver capitulo Marco legal)

Capitulo 4

Control del parto normal

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

1.- Objetivos

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

2.- Admisión hospitalaria

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

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

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

Para ello es necesario que el Hospital establezca el mecanismo que crea más conveniente para asegurar que a cualquier hora del día o de la noche, el profesional

tenga acceso a dicha Historia Clínica (Ej.: guardia de admisión del Servicio de Estadística las 24 horas).

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

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

La confianza de la mujer, su capacidad para dar a luz y cuidar a su hijo se ven aumentadas (Maternidades amigables) o disminuidas (Maternidades expulsoras) por todo el personal que le proporcione o no cuidados, así como por el entorno en donde se produce el parto y el nacimiento.

2.1.- Consulta de admisión

2.1.1.- Diagnóstico de Trabajo de Parto

Se hará diagnóstico de trabajo de parto cuando existan:

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

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

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

Cuando no se encuentre en condiciones de ser internada, si hay dudas diagnósticas se debe promover la deambulación durante 60', informando pautas de alarma, servicios de ambulancia local (107) y evaluar el caso nuevamente.

2.1.2.- Evaluación materno-fetal

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

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

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

Interrogatorio dirigido a:

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

2.1.3.- Examen clínico general

- Evaluar signos vitales: Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca materna, Temperatura axilar y rectal.
- Evaluar estado psíquico: lucidez, nerviosismo, hiperemotividad, angustia, etc.
- Estado de hidratación.
- Presencia o no de edemas.

2.1.4.- Examen obstétrico de admisión

- Palpación abdominal para determinar volumen uterino, número de fetos, situación, presentación y posición fetal.
- Auscultación fetal, con Pinard o control de la frecuencia cardiaca fetal con Monitor electrónico, con la determinación de los patrones de contractilidad (tono, frecuencia, intensidad, duración).
- Tacto Vaginal: aséptico y completo evaluando:

- El canal de parto (canal blando y óseo).
- Dilatación cervical.
- Altura y variedad de posición.
- Valoración en la proporción feto pélvica.
- El estado de las membranas.

- Se debe hacer hincapié en el hecho de que ante una pérdida de sangre por genitales externos de origen desconocido debe evitarse el tacto vaginal hasta descartar la posibilidad de una placenta previa.
- Constatar todos los datos obtenidos en la historia clínica además de la evolución del trabajo de parto.
- Actualizar si fuera necesario la rutina de laboratorio.
- En aquellas embarazadas que consultan tardíamente al control prenatal o en trabajo de parto y no presentan serología para HIV, se les ofrecerá realizar diagnóstico con test

rápido por laboratorio de guardia, permitiendo una intervención terapéutica inmediata. Este test requiere confirmación ulterior por las pruebas habituales (Elisa, Western Blot).

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

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

Las curvas de alerta son elementos necesarios para el control del trabajo de parto, pero solo establecen un piso mínimo aceptable que no resulta suficiente si lo que se pretende es progresar hacia la excelencia en la atención de un parto respetuoso y centrado en la familia

Se debe tener en cuenta que existen alteraciones tempranas en la frecuencia, duración, intensidad de las contracciones, así como en la mecánica de la acomodación y progresión de la presentación fetal, que son claros indicadores de la posibilidad de desarrollo de distintos tipos de distocias.

La curva de alerta constituye un recurso práctico para evaluar el progreso del parto de un caso individual, siempre y cuando se complemente con el registro en la historia clínica de los fenómenos del parto con la nomenclatura obstétrica, estableciendo de esta manera un seguimiento correcto del trabajo de parto y consecuentemente una correcta toma de decisiones frente a las posibles desviaciones de la normalidad que no siempre representan patología

Marca un límite extremo (percentilo 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo, en una población que incluye el 90% de partos normales y permite alertar precozmente ante aquellos casos que, al traspasar ese límite, están demostrando cierta lentitud que requiere mayor vigilancia para descartar algunos tipos de distocia.

Además brinda el tiempo suficiente para permitir la corrección de la anomalía o la referencia oportuna del caso al nivel de complejidad adecuado.

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

Paridad: nulíparas y multíparas.

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

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

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

POSICIÓN	PARIDAD	MEMBRANAS
Vertical	Todas	Integras
Horizontal	Multípara	Integras
Horizontal	Multípara	Rotas
Horizontal	Nulípara	Integras
Horizontal	Nulípara	Rotas

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

Valores para la construcción de la curva de alerta

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

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

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

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

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

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

Capítulo 5

Asistencia de los tres períodos del parto

1.- Consideraciones para la asistencia del parto

Es preciso recordar que:

- En el 90% de los casos el parto es un proceso normal, espontáneo y saludable. La mujer y el bebé poseen la sabiduría inherente necesaria para el parto.
- Al momento del parto, el bebé es un ser humano alerta, sensible, y poseedor de dignidad, por lo cual el trato debe ser respetuoso cualquiera sea la circunstancia en que el parto se produzca.
- Es función indelegable de la Obstétrica (según Propuesta Normativa Perinatal Tomo I y de la OMS), realizar el apoyo psicofísico de la embarazada y la atención y cuidado del trabajo de parto y partos eutócicos o de bajo riesgo.

2.- Asistencia del período dilatante

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

2.1.- Medidas generales

- Manejar con criterio conservador.
- Deambulación libre si la bolsa está íntegra.
- Se permitirá la ingesta de líquidos azucarados. En algunos centros se prohíbe la ingesta de alimentos y se limita la administración de líquidos durante todo el trabajo de parto, debiendo ser considerado como formas de maltrato.
  En un ensayo clínico controlado y aleatorizado se demostró que no hubo diferencias en la incidencia de distocias entre las mujeres del grupo sin restricción de alimentos y el asignado al cuidado habitual. Tampoco, hubo diferencias en la incidencia reportada sobre sensación de nauseas o vómitos en este estudio (Tranmer 2005).
- Apoyo psicofísico materno a realizarse por profesional o persona adulta continente. En una revisión sistemática se evaluó esta intervención y se observó que las mujeres que recibieron apoyo personalizado continuo durante el trabajo de parto fueron menos proclives a: recibir analgesia/anestesia regional; tener partos vaginales instrumentales; tener partos por cesárea; manifestar insatisfacción o calificar negativamente su

experiencia de parto; y fueron más proclives a tener partos vaginales espontáneos (Hodnett 2006).

- Incitar a la micción y evacuación intestinal espontáneas.
- No realizar rasurado púbico. En una revisión sistemática se demostró que el rasurado perineal no disminuye la morbilidad febril posparto. Y se demostró que aumenta la colonización de germenes gram negativos (Basevi 2007).
- No realizar enema evacuante, en forma sistemática. No se evidenciaron diferencias en las tasas de infección puerperal (Cuervo 2007).
- No utilizar venoclisis de rutina, de Dextrosa 5%. La colocación rutinaria de venoclisis con soluciones glucosadas ha sido evaluada en numerosos trabajos (Tarnow-Mordi et al. 1981, Lawrence et al. 1982). El aumento de los niveles de glucosa en la sangre materna se acompañan del aumento de niveles de insulina y esto produce aumento en plasma de los valores de glucosa en el recién nacido y disminución del pH en la sangre arterial en el cordón umbilical. Si la madre recibe más de 25 g de glucosa intravenosa durante el trabajo de parto y parto, se puede producir hiperinsulinismo fetal. Esto puede producir hipoglucemia neonatal y aumentar los niveles de lactato en sangre. El uso excesivo de soluciones endovenosas libres de sales pueden llevar a la hiponatremia, tanto a la madre como al recién nacido.
- No utilizar métodos farmacológicos (ocitócicos, analgésicos, sedantes, espasmolíticos) salvo estricta indicación para corrección de distocia instalada.

2.2.- Analgesia durante el trabajo de parto

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

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

Analgesia epidural: Es ampliamente utilizada como forma de alivio del dolor en el trabajo de parto. En una revisión sistemática se evaluó la analgesia epidural y esta produjo un mejor alivio del dolor que la analgesia no epidural. Sin embargo, la analgesia epidural se asoció con un mayor riesgo de parto vaginal instrumental (Anim-Somuah 2007).

Técnicas no tradicionales: A muchas mujeres les gustaría evitar los métodos farmacológicos o invasivos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y esto puede contribuir a la popularidad de los métodos complementarios para el manejo del dolor. En una revisión sistemática se examinó las pruebas actualmente disponibles, que apoya el uso de tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto.

Los ensayos de **acupuntura** mostraron una disminución en la necesidad de alivio del dolor. En las mujeres a las que se les enseñó **autohipnosis** disminuyó la necesidad de analgesia farmacológica, incluida la analgesia epidural; y estaban más satisfechas con

su tratamiento del dolor durante el trabajo de parto, en comparación con los controles. (Smith 2007)

- Durante y después del tacto vaginal, preservar la intimidad de la embarazada.
- Evitar exámenes vaginales repetidos o frecuentes.
- Recurrir a los saberes elaborados en los encuentros de Preparación Integral para la Maternidad, si la embarazada asistió al curso.
- Impartir los conocimientos necesarios, a aquellas que no asistieron al Curso de Preparación Integral para la Maternidad.
- Dar a la paciente y familiares tantas explicaciones e información necesarias para asegurar una adecuada comprensión de los procesos en desarrollo.
- Permitir la participación en el parto de la pareja o familiar continente, adecuando las condiciones para su ingreso.
- Posición materna: tiene efecto manifiesto sobre las contracciones uterinas. En decúbito dorsal, la frecuencia es mayor y su intensidad menor. En posición de pie, sentada o deambulando la intensidad es aún mayor. En decúbito lateral, la frecuencia disminuye y la intensidad suele incrementarse. Diversos estudios demostraron que cuando se permite libertad de movimientos a la parturienta se requiere menos analgesia (Hemminki 1983, Melzack 1991). No hay evidencia concluyente que apoye a incentivar la posición supina durante el primer período del trabajo de parto. La única excepción es cuando las membranas están rotas y la cabeza fetal está móvil. Si las membranas están rotas y la cabeza está descendida se debe ofrecer libertad de movimiento.

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

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

  En una revisión sistemática se asoció a la amniotomía con una reducción de la duración del trabajo de parto de entre 60 y 120 minutos. Hubo una tendencia marcada hacia un aumento en el riesgo de parto por cesárea (Fraser 2006). La probabilidad de un puntaje de Apgar menor que 7 a los 5 minutos disminuyó en relación con la amniotomía temprana. Los grupos fueron similares con respecto a otros indicadores del estado

neonatal (pH arterial del cordón, ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

- **Evaluación del descenso de la presentación.**

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

3.- Asistencia del período expulsivo

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

3.1.- Preparación para el período expulsivo

- Ambientación de la estructura física de Sala de Partos (asepsia, temperatura adecuada: 22º a 24° C).

- Posición de la paciente de acuerdo a la modalidad optada por ella: posición ginecológica o semisentada (cama de partos con respaldo en ángulo 110-120º con apoya pie o posición con respaldo a 90º), sentada o en cuclillas respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica.
  El uso de cualquier tipo de **posición lateral o vertical,** en comparación con las posiciones **supina o de litotomía**, se asoció con: disminución en la duración del período expulsivo del trabajo de parto, una reducción en los partos asistidos; una reducción en las episiotomías; un aumento en los desgarros perineales de segundo grado; un aumento en la pérdida sanguínea estimada mayor de 500 ml; se redujo el informe de dolor intenso durante el período expulsivo del trabajo de parto; menos patrones de frecuencia cardiaca fetal anormal (Gupta 2006).

La posición vertical disminuye sensiblemente el riesgo de prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Aún cuando la bolsa de aguas esté rota y con la presentación no encajada, no se desaconsejan la deambulación y la posición vertical.

- Corte con tijera del vello pubiano de considerarlo necesario.

- Asepsia y antisepsia de la región pudenda y perineal.

- Colocación de campos estériles (subglúteos y pierneras).

- Acceso venoso permeable.

- Preparación de la mesa con material adecuado: gasas pequeñas y medianas, pinzas de Kocher (mínimo 3), tijera, pinza diente de ratón, porta agujas, aguja redonda y triangular de distintas curvaturas, material de sutura Catgut simple y cromado 1 o 2.

- Tener siempre en el ámbito de Sala de Partos a disponibilidad una caja de examen de canal de parto y cuello uterino conteniendo espéculos, clamps de cuello uterino, valvas, pinza de Foester, porta agujas largo, etc. y caja de fórceps.

En varios Hospitales de la Provincia de Buenos Aires, se implementaron las **Salas de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (TPR),** en las cuales se realiza todo el proceso en un mismo espacio y la mujer no debe trasladarse de una sala a otra durante el mismo. El lugar se asemeja a una habitación convencional, que le da un 'toque social' a la llegada del bebé.

Están provistas de monitor fetal, tensiómetro, bombas de infusión (para líquidos endovenosos y para anestesia peridural); monitor materno, cama TPR (con estribos incorporados que la convierten en camilla de parto para el nacimiento del bebé), unidad de recuperación de recién nacidos (se reanima al bebé en presencia de los padres) y panel con acceso a oxígeno, gases anestésicos y vacío. La temperatura del cuarto es, aproximadamente, de 22 grados centígrados.

Este modelo nació en África en los años 70, con el objetivo de crear un ambiente en el cual el nacimiento del bebé continuara siendo un evento de tipo familiar, como allí se consideraba, pero que permitiera la asistencia médica, que en ese entonces era casi nula por razones de tipo cultural.

También se ha implementado en algunas maternidades el **banco para el parto vertical**, el cual consta de varias ventajas: favorece la dilatación del cuello del útero y permite un mejor posicionamiento de la cabeza del bebé, el período expulsivo es más corto y la madre sufre menos desgarros debido a la distensión progresiva del periné y es la posición en la cual la madre realiza mejor la fuerza. Permite además que la persona que la acompañe (su pareja o familiar) actúe como apoyo detrás de la madre teniendo una visual diferente a cuando se está en la camilla, puede abrazar a su hijo en el instante en que se lo pone en el vientre materno.

3.2.- Controles durante el período expulsivo

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

Progreso del descenso y rotación de la presentación.

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

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

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

3.3.- Atención del período expulsivo

- Apoyo psicofísico del equipo de salud asistente durante todo el período expulsivo.
- Lavado de manos y vestimenta adecuada previa a la realización del parto.

- Confirmación mediante tacto vaginal de dilatación completa, posición, variedad de posición y (constituyen los determinantes del mecanismo de parto y consecuentemente permite relacionar la duración de las diferentes etapas y periodos) presentación ubicada entre III y IV plano de Hodge,

- Pujo espontáneo, no forzarlos ya que provoca agotamiento materno.

- Durante este período, corrección de la dinámica uterina, de ser necesario (hipodinamia, pujo ineficaz) con ocitocina.

- En primíparas y en caso de que exista riesgo de desgarros (periné excesivamente distendido, adelgazado con inminencia de rotura) realizar episiotomía media lateral.

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

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

- Realizar masaje perineal. El estiramiento y masaje del periné durante el parto ha sido promovido como una forma de relajación sobre el periné y posiblemente la forma de prevenir el desgarro y la necesidad de realizar una episiotomía. En una revisión sistemática se evaluó la utilización de la misma (Beckmann 2007). Esta se asoció con una reducción general de la incidencia del traumatismo que requiere sutura. Las mujeres que realizaron un masaje perineal tuvieron menor probabilidad de requerir una episiotomía.

- Evitar la episiotomía rutinaria. En una revisión sistemática se evaluaron los resultados de la episiotomía rutinaria versus la restrictiva (Carroli 2007). La episiotomía restrictiva en comparación con el uso rutinario se asocia con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior, de la necesidad de sutura; y menos complicaciones en la cicatrización. El uso restrictivo de la episiotomía se asoció con un mayor riesgo de trauma perineal anterior. No hubo diferencias en el riesgo de trauma vaginal o perineal severo; incontinencia urinaria; o medidas relacionadas con dolor severo.

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

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

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

- Se recomienda el contacto piel a piel de la paciente con el recién nacido, ya que favorece el inicio de la lactancia y su duración más prolongada.

- *Clampeo del cordón umbilical*: Con el clampeo entre 1 y 3 minutos el RN recibe de 80 a 100 ml de sangre, que se transfiere desde la placenta. Este volumen podría contener 40 a 50 mg de hierro (Yao 1971). Los mayores depósitos de Fe al nacer se correlacionan con los existentes a los 6, 9 y 12 meses de vida. Esto podría reducir el déficit de Fe en el lactante. No obstante, predomina la creencia de que el clampeo demorado produce trastornos y es de riesgo para el RN. Los perjuicios más frecuentes serían: policitemia sintomática, hiperbilirrubinemia y problemas respiratorios, todos a causa de la transfusión placentaria. Los efectos sobre la madre han sido evaluados en algunos estudios (Botha 1968, Nelson et al. 1980) y no hay evidencias que el tiempo de clampeo del cordón tenga efectos indeseables sobre la incidencia de hemorragia pos-parto, ni sobre la transfusión feto-materna.

  Esta intervención ha sido evaluada en numerosos ensayos clínicos controlados y aleatorizados en recién nacidos de termino (Nelson 1980, Oxford Midwives1991, Geethanath 1997, Gupta 2002, Emhamed 2004, Ceriani Cernadas 2006, Chaparro 2006). En los dos últimos estudios se observo un efecto protector en la anemia del recién nacido. En el estudio de Ceriani Cernadas, el efecto protector sobre el punto final de anemia neonatal (interpretada como el hematocrito neonatal menor a 45% a las 48 horas) fue una reducción de riesgo de 75%. En el ensayo de Chaparro; a los 6 meses de edad, los niños que recibieron un clampeo tardío del cordón umbilical presentaron un mayor: volumen corpucular medio, ferritina, e hierro corporal total.

  El efecto del retraso en el clampeo del cordón umbilical fue superior en los recién nacidos de madres con niveles de ferritna bajo en el momento del parto, recién nacidos no alimentados con formula o leches suplementadas con hierro y en recién nacidos con un peso entre 2500gr y 3000gr. Un retraso en dos minutos del clampeo del cordon umbilical se asocio con un incremento en los depósitos de hierro en alrededor de 27–47 mg. En recién nacidos pretermino se evaluó esta intervención en una revisión sistemática (Rabe 2006). El máximo retraso en el clampeo del cordón fue de 120 segundos. El clampeo tardío del cordón umbilical comparado con el clampeo precoz se asoció con menos transfusiones por anemia o presión arterial baja y menor hemorragia intraventricular.

  Se recomienda el contacto piel a piel de la paciente con el recién nacido, ya que favorece el inicio y la duración de la lactancia. Esta intervención fue evaluada en una revisión sistemática cuyos resultados fueron los siguientes: se observaron efectos positivos estadísticamente significativos del contacto temprano piel a piel en la lactancia a partir de uno a tres meses después del nacimiento y en la duración de la lactancia (Anderson 2006).

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

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

4.- Asistencia del período de alumbramiento

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

Comprende:

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

4.1.- Asistencia del Alumbramiento

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

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

4.1.1.- Manejo o conducta expectante, conservador o fisiológico

Implica esperar las señales que indican que la placenta se está separando de la pared uterina e intervenir solo cuando se hayan comprobado todos los signos de desprendimiento espontáneo de la placenta.

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

4.1.2.- Conducta activa

La conducta activa incluye un grupo de intervenciones como:

- *Administración de drogas úterotónicas:* para favorecer la retracción uterina. La más utilizada es la Ocitocina o su análogo sintético la *Carbetocina*, dado su grado de efectividad en la prevención de la hemorragia post-parto, tiene mínimos efectos colaterales y se puede usar en todas las mujeres.
  En relación con la *Ergonovina,* se asoció con un mayor riesgo de náuseas en la madre, vómitos y aumento de la presión arterial.
  La utilización de *misoprostol,* un análogo nuevo y de bajo costo de la prostaglandina E1, como alternativa, se asocia a una disminución en la pérdida media de sangre en el alumbramiento, pero tienen más efectos secundarios (diarreas, vómitos y dolor abdominal).

No administrar drogas úterotónicas antes del pinzamiento del cordón.

- *El pinzamiento del cordón umbilical*: esperar entre uno y tres minutos o cuando deje de latir para evitar la reducción del flujo de sangre de la placenta hacia el recién nacido.

- *Tracción controlada del cordón*: ejerciendo simultáneamente contra-tracción sobre el útero a través del abdomen.

- *Masaje uterino*: posterior a la salida de la placenta.

- *Tracción controlada del cordón*: ejerciendo simultáneamente contra-tracción sobre el útero a través del abdomen.

- *Masaje uterino*: posterior a la salida de la placenta.

En una revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane, se examinaron 5 estudios clínicos controlados, que comparan el manejo activo del alumbramiento con el expectante, y se concluyó en que la conducta activa estaba asociada con los siguientes beneficios:

- Disminución de la pérdida de sangre materna y menor la frecuencia de hemorragia post parto por encima de 500 mm y 1000 mm (primera causa de mortalidad materna).

- Evita el alumbramiento prolongado.

- No se evidenciaron ventajas ni desventajas para el recién nacido

En el mismo estudio se asoció con un mayor riesgo de náuseas en la madre, vómitos y aumento de la presión arterial (probablemente debido al uso de ergometrina).

4.2.- Examinar placenta y membranas

- Evaluar la ubicación del orificio de rotura (debe estar a no menos de 10 cm. del borde placentario).

- Reconstrucción de la bolsa para evaluar al expulsión íntegra de las membranas.

- Examinar la placenta de ambas caras, evaluando la integridad de la misma o la presencia de defectos que sugieran la retención de restos.

4.3.- Evaluar integridad del canal del parto

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

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

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

- Lavado minucioso de genitales externos.

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

4.4.- Asistencia del post-alumbramiento

Comprende las tres horas siguientes al parto.

Terminado el parto, comienza un tiempo de observación de la madre y del recién nacido.

Durante las primeras dos horas ambos se adaptan a este nuevo estado.

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

Es ideal el contacto piel a piel, cubiertos madre e hijo con una compresa o sábana. La temperatura de la madre evita el enfriamiento del bebé y se facilita la iniciación de la lactancia materna en la primera hora.

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

- Tensión arterial y pulso materno.

- Retracción uterina y pérdidas hemáticas Si éstas persisten masajear suavemente el fondo para estimular la retracción.

- Episiorrafia.

- Signos vitales del bebé

Asimismo se deberá facilitar el proceso natural en la interacción de la madre-hijo.

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

Capítulo 6

Control del Puerperio normal

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

Es importante 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 deben recibir una información clara y concisa sobre su autocuidado y los que debe brindar a su bebé y ante cualquier duda o problema acudir al profesional para ser asesorado.

Desde el punto de vista clínico al puerperio se lo clasifica en:

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

Se controlará diariamente hasta el alta:

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

De haber cursado un parto normal, en general, no es necesaria la administración de retractores uterinos orales (Andersen B, 1998), si bien es importante el control frecuente de la pérdida sanguínea porque en este período se producen la mayoría de las hemorragias post-parto.

En caso de dolor o inflamación perineal se utilizarán antiespasmódicos y analgésicos orales del grupo AINE (Paracetamol, Diclofenac, Ibuprofeno y de ser necesario, se aplicará hielo local intermitente.

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

Se aprovechará para realizar promoción de la Lactancia Materna (posiciones, beneficios de la lactancia materna exclusiva, libre demanda etc.). Es sabido que la internión conjunta madre-hijo favorece el vínculo temprano y el comienzo precoz de la lactancia materna.

El proceso de alta conjunta es una instancia que pretende respetar el derecho de la mujer a ser atendida en la salud y en la enfermedad y a tener la información necesaria para poder elegir cómo cuidarse y cuidar a su familia. Intenta ser un instrumento para fortalecer y estimular a las mujeres en el cuidado y la atención de sus familias enfatizando las estrategias de prevención y promoción de la salud, concientizando a la mujer y su familia sobre sus derechos y obligaciones y aportándole también otros elementos de contención social – si fueran necesarios – a fin de mejorar la calidad de vida de todo el grupo familiar.

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

El alta hospitalaria de un parto vaginal, con condiciones físicas y emocionales maternas adecuadas, se realizará a las 48 horas postparto y a partir de las 72 horas en una operación cesárea.

Puerperio mediato: Corresponde a los primeros 7 días posteriores al parto, por ello se recomienda que el primer control puerperal se realice en este período.

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

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

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

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

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

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

Capítulo 7

Indicadores Perinatales de Calidad

1.- Concepto de Calidad Sanitaria

Cuando hablamos de calidad no podemos dejar de nombrar a Avedis Donabedian, médico de origen Libanés, conocido fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud y especialmente por sus diversos conceptos o pilares sobre la calidad. Puso tal énfasis en el tema específico de la calidad de la atención en la salud que cambió los paradigmas establecidos hasta entonces.

Gracias al conocimiento que generó, ahora se entiende que la respuesta social a los problemas de salud, no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales.

En 1966 introdujo los conceptos de Estructura, Proceso y Resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. La culminación de su trabajo fue sobre exploraciones en la evaluación y monitoreo de la calidad, que constituyen la sistematización definitiva de conceptos, métodos y evidencias.

Define en 1980 como Calidad de la atención a "aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes"

Años mas tarde, concretamente en 1989, la *International Organization for Standarization (ISO)* definió que :

"Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". . Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales:

- El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse; y
- que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de como se define éste.

Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común. (fig. 1)

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "**Una atención sanitaria de alta calidad** es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

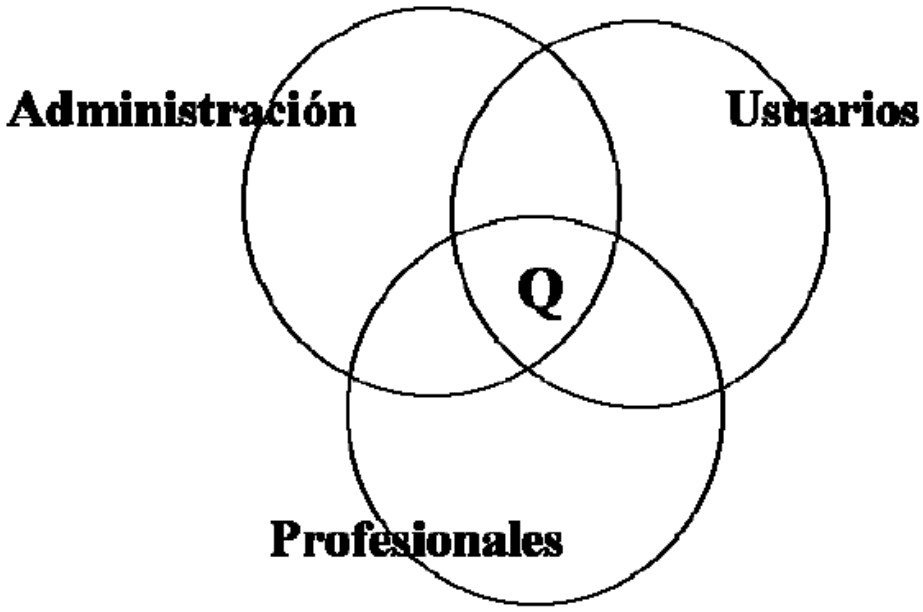


Figura 1.- Distintas acepciones del concepto de la calidad asistencial en función de quien lo utiliza.

1.1 Componentes de la calidad asistencial

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta:

- El **componente técnico**, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.

- El **componente interpersonal**, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.

- Los **aspectos de confort**, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención mas confortable.

Siguiendo estos conceptos, el Dr. H. Palmer, clasificó los componentes de la calidad asistencial en:

Efectividad: el grado en que se alcanzan las mejoras del proceso de atención, en relación con el actual desarrollo de la tecnología.

Eficiencia: relación entre el impacto real de un servicio o programa y su costo de producción.

Adecuación: relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población.

Accesibilidad: posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que los necesita, en suficiente cantidad y a un costo razonable.

Calidad científico-técnica: es el nivel de aplicación de los conocimientos y tecnologías disponibles actualmente. Es el más común de los objetivos del control de calidad.

Continuidad: es la atención del usuario como un todo, en un sistema de atención jerarquizado e integrado de manera que acceda al nivel de atención adecuado para la satisfacción de su necesidad.

Satisfacción del usuario y del prestador: se refiere a la satisfacción del usuario con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención. La satisfacción del profesional es en relación con las condiciones de trabajo y el resultado de la atención.

Según las características del sistema de salud, se distinguen cuatro tipos de actores interesados en el control de calidad: los usuarios, el personal de salud, los administradores y los empresarios.

2.- Indicadores. Concepto

Es una expresión estadística que resume o refleja un aspecto de la población en lugar y tiempo determinado.

La OMS/OPS "los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que vistos en su conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla".

Ellos son necesarios para poder objetivar una situación determinada y a la vez poder evaluar su comportamiento en el tiempo mediante su comparación con otras situaciones que utilizan la misma forma de apreciar la realidad. En consecuencia, sin ellos tendríamos dificultades para efectuar comparaciones.

Los indicadores de salud son parámetros estadísticos de carácter universal que permiten conocer el estado de salud de los individuos y de las comunidades de manera objetiva, a fin de poder llevar a cabo una planificación y gestión adecuadas de las políticas y programas de atención sanitaria.

Existen indicadores cualitativos y cuantitativos.

Cualitativos: son difíciles de objetivar y medir pero en algunas situaciones son los únicos que se pueden utilizar (nivel cultural)

Cuantitativos: son una expresión matemática que busca reflejar en forma resumida, oportuna, sensible y específica las características de un factor de riesgo, de un factor de protección o de un problema de salud específico.

Indicadores para la gestión: son medidas utilizadas para determinar el éxito o no de un proyecto o una organización, como accesibilidad, recursos, cobertura del sistema de servicios de salud, mortalidad, morbilidad, así como los determinantes de salud de nivel socioeconómico, ambiental y demográfico**.**

Un indicador ideal debe tener atribuciones científicas de:

- Validez: debe medir realmente lo que se supone debe medir, no debe ser ambiguo en cuanto al significado del Indicador ya que provocaría la interpretación de los resultados en múltiples sentidos.

- Confiabilidad: debe ser objetivo, es decir, mediciones repetidas por distintos observadores, siempre en circunstancias similares y constantes deben dar como resultado valores similares del mismo indicador.

- Sensibilidad: ser capaz de captar los cambios ocurridos.

- Especificidad: reflejar sólo cambios ocurridos en una determinada situación.

Requiere siempre del uso de fuentes confiables de información y rigurosidad técnica en su construcción e interpretación.

2.1. Dimensiones para evaluar la calidad de la atención sanitaria

Existen distintas dimensiones para evaluar la calidad de la atención sanitaria, para lo cual se basan en tres elementos básicos del sistema: estructura, proceso y resultado.

2.1.1.- Indicadores de estructura

Miden cómo el Sistema de Salud está organizado y equipado; permiten saber si los recursos están disponibles y organizados, para facilitar la atención al usuario y monitorear la estructura.

La estructura es la parte más estable del sistema, cambia poco. La evaluación de la estructura implica:

Estructura Física: comprende cimientos, edificaciones, equipo médico y no médico (fijo y movible), vehículos, mobiliario médico y de oficina, medicamentos y otros insumos farmacéuticos, almacenes y condiciones de almacenamiento y mantenimiento de los inmuebles.

Estructura ocupacional (staff): incluye la calidad y cantidad del personal médico y no médico empleado para brindar asistencia médica: número y tipo de personal por categoría. Incluye también relaciones entre categorías de personal (Ej. enfermeras/médico) o entre personal y población (Ej. médicos/habitantes), entrenamiento del personal (por tiempo y lugar) y los criterios de desempeño del personal específico.

Estructura financiera: incluye el presupuesto disponible para operar adecuadamente los servicios, pagar a los trabajadores, financiar los requerimientos mínimos de entradas físicas y de personal y proveer incentivos con la finalidad de obtener un desempeño mejor.

Estructura organizacional: refleja las relaciones entre autoridad y responsabilidad, los diseños de organización, aspectos de gobierno y poderes, proximidad entre responsabilidad financiera y operacional, el grado de descentralización de la capacidad de decisión y el tipo de decisiones que son delegadas.

Su evaluación es casi siempre fácil, rápida y objetiva pues engloba una serie de características estáticas y previamente establecidas, no obstante, la estructura más perfecta no garantiza la calidad de la gestión hospitalaria.

2.1.2.-Indicadores de proceso

Miden la calidad del proceso, conjunto de acciones entrelazadas con un objetivo definido que llevan a un resultado.

El proceso de la atención médica es el conjunto de acciones que debe realizar el profesional de la salud, sobre el paciente, en este caso la embarazada, para arribar a un resultado específico que, en general se concibe como la finalización normal de su embarazo y/o parto.

Se trata de un proceso complejo donde la interacción del paciente con el equipo de salud, además de la tecnología que se utilice, juega un papel relevante.

Estos indicadores focalizan el cómo la atención es otorgada, miden si todos los pasos de un proceso si hicieron correctamente.

Todo indicador de calidad de proceso, está vinculado a un resultado.

Su construcción presupone conocer el inicio y el término de los procesos y cada una de sus etapas, como así también es imprescindible conocer el responsable y los registros que se utilizan.

Entre los indicadores de proceso más naturales se encuentran los que evalúan la calidad de documentos o formularios que deben llenarse durante el desarrollo de la atención por los médicos u otros profesionales o técnicos de la salud.

Como ejemplo específico y elocuente está la evaluación de la historia clínica, documento básico donde se refleja todo el proceso que atraviesa el paciente durante su atención en el Centro de Salud u hospital. La hipótesis subyacente es que si la historia clínica se considera satisfactoria, puede suponerse que andará bien la atención que recibe el paciente.

Captación precoz

$$\frac{\text{Nº de embarazadas captadas antes de las 14 semanas}}{\text{Total de embarazadas bajo programa}} \times 100$$

Adecuación del número de controles

$$\frac{\text{Embarazadas con más de 5 controles}}{\text{Total de embarazadas bajo programa}} \times 100$$

2.1.3.- Indicadores de resultados

Miden la efectividad de la atención; el grado en que la atención otorgada al usuario produjo el efecto deseado. Pueden reflejar aspectos deseados o adversos.

Son los Indicadores más usados en el Sistema de Salud.

El análisis de los resultados de la atención de salud ofrece oportunidades para valorar eficacia, efectividad y eficiencia de las prácticas médicas, tanto en el aspecto de la evaluación de las tecnologías como de la evaluación de los propios proveedores de servicios asistenciales. Es el eje central de la investigación para la monitorización de la de la calidad pues tienen la enorme ventaja de ser fácilmente comprendidos.

Donabedian define como resultados médicos "aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual"

Alta conjunta

$$\frac{\text{Puérperas contrarreferenciadas al 1º nivel de atención}}{\text{Total de puérperas}} \times 100$$

% de cesáreas

$$\frac{\text{Puérperas por operación cesárea}}{\text{Total de puérperas}} \times 100$$

2.1.4. Indicador de impacto

Es un Indicador de Resultado, que mide el efecto de un Programa o de un Servicio sobre el estado de salud de la población.

El resultado o impacto tiene un abordaje cuantitativo y cualitativo.

Para lograr impacto se requiere:

Metas Definidas

Objetivos y Actividades claras

Registros claros, precisos, continuos y confiables

Tiempo

Continuidad de las Acciones

Coordinación adecuada

Trabajo en Equipo

Evaluación y Monitoreo permanente

Bajo peso al nacer

$$\frac{\text{Recién nacidos con peso < a 2500 g}}{\text{Total de recién nacidos}} \times 100$$

Tasa de mortalidad

$$\frac{\text{Nº de muertes maternas en el servicio}}{\text{Total de recién nacidos en el servicio}} \times n$$

La mortalidad hospitalaria es el indicador de resultados que probablemente tiene la mayor trascendencia y su problema consiste en deslindar si esa muerte puede atribuírsele o no a la calidad de la atención; o en otras palabras, si con una atención mejor dicha muerte podría haberse evitado en ese momento.

Capítulo 8

Mortalidad y sus tasas

1.- Generalidades de la Mortalidad materna

Según la OPS, "cuando una mujer muere es una tragedia no solo para ella sino también para la familia y la sociedad".

La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al ODM5, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015.

Tiene repercusiones sociales y económicas, quienes más sufren son los niños. Representa un problema de Salud Pública, pues una muerte materna no es un hecho puntual, sino una serie de acontecimientos que llevaron a que esa muerte se produzca; de inequidad social, dado que la mayoría son mujeres pobres y de derechos humanos, porque son varios los que se vulneran en cada muerte materna:

- Derecho a la vida, la libertad y la seguridad de las personas.
- Derecho a conformar una familia y a poder disfrutar de la vida familiar.
- Derecho a la salud y a los beneficios del progreso científico.
- Derecho a la igualdad y a la no discriminación.

Es un indicador sensible de las desigualdades, tanto en las maternas como en las infantiles.

Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son las principales causas de incapacidad, enfermedad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo.

La gran mayoría de las complicaciones y de las muertes maternas ocurren durante el trabajo de parto, parto y después del mismo; en las primeras horas y días del post-parto y debido a las complicaciones de abortos.

Su mayor frecuencia es durante el tercer trimestre de la gestación y la primer semana post-parto.

1.2. Definición y clasificación de la Mortalidad Materna

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

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

La Mortalidad Materna por causa obstetricia se divide en dos grupos:

Defunciones obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio debido a intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o a una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Defunciones obstétricas indirectas: son las que resultan de enfermedades existentes desde antes del embarazo o enfermedades que evolucionaron durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

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

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

1.2.1.-Tasa de mortalidad materna

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

$$\frac{\text{Nº de muertes maternas en el servicio}}{\text{Total de recién nacidos vivos en el servicio}} \times n$$

2.- Definiciones relacionadas con la mortalidad infantil y sus respectivas tasas

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

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

Por tanto, esta definición excluye a las defunciones fetales.

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

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

$$\frac{\text{Nº de muertes fetales tardías en el servicio}}{\text{Total de recién nacidos vivos en el servicio}} \times n$$

Mortalidad infantil: es la muerte que se produce en menores de un año. Tiene dos componentes la neonatal y la post-neonatal.

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

$$\frac{\text{Nº de muertes infantiles en el servicio}}{\text{Total de recién nacidos vivos en el servicio}} \times n$$

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

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

$$\frac{\text{Nº de muertes neonatales en el servicio}}{\text{Total de recién nacidos vivos en el servicio}} \times n$$

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

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

$$\text{Nº de muertes neonatales precoces en el servicio}$$

_____ x n
Total de recién nacidos vivos en el servicio

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

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

Nº de muertes neonatales tardías en el servicio
_____ x n
Total de recién nacidos vivos en el servicio

Mortalidad perinatal: incluye las defunciones de fetos de 28 semanas o más de gestación (también conocidos como mortinatos u óbitos fetales) y defunciones de nacidos vivos dentro de los primeros 7 días de vida. El total de nacimientos incluye las defunciones fetales de 28 semanas de gestación más el número de nacidos vivos, o sea, todos los nacimientos después de 28 semanas de gestación (nacidos vivos más mortinatos). La OMS recomienda el uso de un límite de 22 semanas o 500 gramos.

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

Nº de muertes neonatales precoces + n° de muertes fetales tardías en el servicio
_____ x n
Total de recién nacidos vivos + muertes fetales tardías en el servicio

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

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

Nº de muertes post-neonatales en el servicio
_____ x n
Total de recién nacidos vivos en el servicio

Capítulo 9

Marco Legal

1.- Resolución Ministerial 6620/07

Provincia de Buenos Aires

ES COPIA FIEL

FOLIO 110

LA PLATA, 30 NOV. 2007

VISTO el expediente Nº 2900-59795/07, por el cual se gestiona la aprobación de la Guía de Procedimientos para el Control del Embarazo y la Atención del Parto Normal, elaborada por el Programa Materno Infantil, y

CONSIDERANDO:

Que a fin de actualizar y reforzar los conocimientos técnico-científicos del equipo de salud perinatal e incorporar conceptos de gestión del sector salud, para asegurar la accesibilidad y calidad de la atención a la población en función de las necesidades de salud basándose en la estrategia de Atención Primaria como la mas idónea para el logro de los objetivos propuestos, es que el Programa Materno Infantil Provincial se propuso la elaboración de la referida guía;

Que la misma tiene como objetivo contribuir al cuidado de la salud integral del binomio madre-hijo durante el proceso del embarazo, parto y puerperio considerados de bajo riesgo, apuntando también al apoyo y acompañamiento para el fortalecimiento del vínculo familiar durante el transcurso de dicho períodos;

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

Que es fundamental que el sistema de atención de la salud compuesto por distintos niveles y que involucra a efectores tanto municipales como

provinciales, trabaje articuladamente y en red de acuerdo a las necesidades de complejidad de la situación de salud de la población a la que asiste;

Que por lo expuesto, resulta procedente aprobar la presente guía;

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°. Aprobar la Guía de Procedimientos para el Control del Embarazo y la Atención del Parto Normal, elaborada por el Programa Materno Infantil, la que como Anexo Único pasa a formar parte integrante de la presente.

ARTICULO 2º. Declarar de uso obligatorio la guía aprobada por el artículo anterior en todas las instituciones municipales y provinciales donde se realice la asistencia prenatal y del parto en el territorio de la provincia de Buenos Aires, tanto en entidades públicas como privadas.

ARTÍCULO 3°. Registrar y comunicar. Cumplido, archivar.

RESOLUCION N° 00006620

Lic. CLAUDIO MATE ROTHGERBER
Ministro de Salud
de la Provincia de Buenos Aires

2.- MATERNIDAD SEGURA Y CENTRADA EN LA FAMILIA

Transcribimos el marco legal que sustenta el concepto de MSCF.

2.1.- Marco internacional

1976 Convención sobre la eliminación de las formas de discriminación de la mujer (CEDAW).

1985 Conferencia mundial de Ginebra sobre Maternidad Segura.

Declaración de Fortaleza, Brasil. OMS, "El Nacimiento no es una enfermedad". 16 Principios para el cuidado perinatal.

1987 Conferencia mundial de Nairobi sobre Maternidad Segura.

V Encuentro Internacional Mujer y Salud, (San José de Costa Rica). Las participantes suscribieron el Día internacional de acción por la salud de la Mujer, , lanzada por la Red Mundial por los Derechos Reproductivos y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe

1988 Iniciativa mundial por una maternidad sin riesgos. OPS dictamina acciones que deberían llevarse a cabo para reducir las muertes maternas.

1989 Convención sobre los Derechos del Niño.

1990 Ministros de Salud aprobaron el Plan de Acción Regional para la Reducción de la
1991 Mortalidad Materna en las Américas.

1994 Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención do Belem do Pará".

III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) El Cairo.

1995 Conferencia Internacional de las Mujeres, Beijing.

1997 Consulta Técnica por una Maternidad sin Riesgos, Colombo.

2000 Cumbre del Milenio: Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

2001 10 Principios de la Oficina Regional Europea de la OMS en el cuidado perinatal.

2002 Iniciativa Mejores Nacimientos (OMS – BSR).

2.1.1.- Declaración de Fortaleza, Brasil. Principios para el cuidado perinatal

El nacimiento no es una enfermedad!

Estas 16 recomendaciones de la OMS, tienen por base el principio de que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada; que

la mujer tiene un papel central en todos los aspectos de esta atención, incluso participar en el planeamiento, realización y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos para la comprensión e instrumentación de una atención prenatal apropiada (OMS 1985).

- Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que se utilizan en la atención del parto a fin de que cada mujer pueda elegir el que prefiera (deambulación o trabajo de parto horizontal, presencia de familiar, lactancia precoz, etc.).

- Debe darse a conocer entre el público atendido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de parto (porcentaje de cesáreas, de inducciones, episiotomía sistemática, etc.).

- Debe fomentarse la capacitación de Obstétricas Universitarias. Esta profesión deberá encargarse de la atención del embarazo y parto normal, así como del puerperio.

- Las embarazadas no deben ser colocadas en posición horizontal durante el trabajo de parto, se les debe animar a caminar. Cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.

- No se justifica científicamente la ruptura temprana artificial de las membranas por rutina.

- No se justifica el uso rutinario de la episiotomía. Ninguna región geográfica debe tener un índice de episiotomías que supere el 30%.

- No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas preparto.

- Debe evitarse durante el parto, la administración por rutina de fármacos analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.

- No existen pruebas de que la vigilancia electrónica continua del feto durante el trabajo de parto normal tengan efectos positivos en el resultado del embarazo.

- No debe inducirse (iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia. La inducción del trabajo de parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debe tener un índice de trabajos de partos inducidos mayor que el 10%.

- No existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% de los partos sean por cesárea.

- No existen pruebas científicas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior con incisión transversa del segmento inferior. Por lo general, deben favorecerse los partos vaginales después de las cesáreas, donde quiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia.

- El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permite el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido sano justifica la separación de la madre.

- Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de partos.

- Deben identificarse las unidades de atención obstétrica que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento, a fin de que sirvan de modelo para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.

- Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto recién después de una evaluación adecuada.

2.1.2.- 10 principios de la OMS en el cuidado perinatal

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

1. **Ser no medicalizado**, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones y aplicando solo la tecnología necesaria.

2. **Ser basado en el uso de tecnología apropiada**, lo que se define como un conjunto de acciones que incluyen métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico y tendiente a reducir el uso de tecnología compleja o sofisticada, cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o mejores.

3. **Ser basado en las evidencias**, lo que significa ser avalado por la mejor evidencia científica disponible.

4. **Ser regionalizado**, basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciario.

5. **Ser multidisciplinario**, con la participación de profesionales de la salud como obstétricas, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores, trabajadores sociales, etc.

6. **Ser integral**, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias, y no solamente el cuidado biológico.

7. **Centrado en las familias**, dirigido a las necesidades de la mujer, su hijo y su pareja.

8. **Ser apropiado**, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales.

9. **Tener en cuenta** la toma de decisión de las mujeres.

10. **Respetar** la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

2.1.3. "Iniciativa para mejores nacimientos" de Sudáfrica (OMS-BSR, 2002),

Tiene propósitos similares a los enunciados por la OMS pero incorpora otros aspectos que la complementan:

Humanitarismo: las mujeres deben ser tratadas con respeto.

Evidencia: la atención ofrecida se debe basar en la mejor evidencia disponible.

Compromiso: los proveedores de salud deben comprometerse a mejorar la atención ofrecida.

Acción: estrategias efectivas para modificar las prácticas actuales.

Entre las estrategias que propone para ayudar a modificar la práctica de atención medica general y para el nacimiento se citan:

Capacitación de todo el personal.

Auditoria y acreditación de los centros de atención.

Participación del consumidor de los servicios.

Búsqueda de una segunda opinión.

Participación de profesionales destacados en el proceso de cambio de prácticas.

2.2.- En Argentina

1994 Reforma de la Constitución Nacional Argentina. Art 75, Inc 22 (Incluye adhesión a CEDAW y Derechos del Niño).

1995 Participa en El Cairo (1994) y Beijing, se abstiene.

1996 Ley Nº 24.632, adhiere a Convención do Belém do Pará.

2000 Participa en Cumbre del Milenio: Adhiere a Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

2003 Ley Nº 13066 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Provincia de Buenos Aires.

2004 Ley 25.929 "Derechos de padres e hijos durante el nacimiento".

2.2.1.- Ley 25.929 "Derechos de padres e hijos durante el nacimiento"

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

"ARTÍCULO 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. La obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al programa médico obligatorio.

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

a. A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos, de manera que puedan optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

b. A ser tratada con respeto y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

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

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

ARTÍCULO 8°: Comuníquese al Poder Ejecutivo.”

2.3.- En Buenos Aires

Desarrollo del modelo de Maternidad Centrada en la Familia, a lo largo de los últimos 35 años por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

2007 Publicación del Ministerio de Salud de la Nación de la “Guía para transformar maternidades tradicionales de Maternidades Centradas en la Familia” (Larguía et al.)

2009 UNICEF en cooperación con el Ministerio de Salud de la Nación, trabajó en un proyecto de diagnóstico y seguimiento basado en la iniciativa maternidad Segura y con la intención de integrar la iniciativa MCF en toda su dimensión, se conceptualizó un nuevo modelo integrado: **Maternidad Segura y Centrada en la Familia**

Ministros de Salud de la Nación y Provincia de Buenos Aires firmaron un convenio para poner en marcha el Plan estratégico para la reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, siendo uno de sus ejes la **MSCF**.

2012 UNICEF y Funlarguía editaron la nueva Guía de Maternidad Segura y Centrada en Familia [MSCF] con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación modelo” Segunda edición – Junio 2012

3.- Ley Provincial 13066 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable

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

I. Reconocer el derecho a la salud y a la dignidad de la vida humana.

II. Respetar las pautas culturales, éticas y religiosas del demandante.

III. Valorar la maternidad y la familia.

IV. Asegurar que no se instrumente al servicio de políticas de control demográfico, eugenésicas o que impliquen agravios a la dignidad de la persona.

V. Disminuir la morbimortalidad materno infantil.

VI. Contribuir en la educación sexual de la población y en especial de los adolescentes, prevenir y detectar las enfermedades de transmisión sexual, patologías genitales y mamarias.

VII. Garantizar a las mujeres la atención durante el embarazo, parto y puerperio.

VIII. Prevenir mediante información y educación, los abortos.

IX. Brindar información respecto de las edades y los intervalos intergenésicos considerados más adecuados para la reproducción.

X. Promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y el puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable.

XI. Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente y la asistencia de la adolescente embarazada.

XII. Capacitar a docentes, profesionales y personal específico en educación sexual, para ayudar a la familia en la educación de los hijos en esta materia.

XIII. Promover la lactancia materna y posibilitar las condiciones para el amamantamiento dentro de horarios y lugares de trabajo, como también fuera de él.

XIV. Informar, otorgar y prescribir por parte del profesional médico, de los conceptivos y anticonceptivos, aprobados por el ANMAT, de carácter transitorios y reversibles a ser elegidos libremente por parte de los beneficiarios del programa, los que serán otorgados respetando las convicciones y criterios de los destinados. En todos los casos los métodos suministrados serán no abortivos.

4.- LEY 13509 - Regulación del Curso de Preparación Integral para la Maternidad

EL SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, SANCIONAN CON FUERZA DE

LEY

ARTICULO 1.- La presente Ley tiene por objeto regular los requisitos mínimos que deberán cumplirse para el dictado de Cursos de Preparación Integral para la Maternidad y de Psicoprofilaxis en jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires.

ARTICULO 2.- Los cursos de Preparación Integral para la Maternidad tienen por finalidad transmitir los conocimientos necesarios para ejercer una responsabilidad parental que le permita a la mujer embarazada y su familia, adquirir y optimizar los recursos para su propio bienestar y el del núcleo familiar.
Los cursos de Psicoprofilaxis tienen por finalidad la sedación del dolor como medio para evitar o corregir complicaciones en el parto, con una educación orientada a obtener un comportamiento sosegado y disciplinado.

ARTICULO 3.- Los cursos deberán ser dictados y coordinados por una Profesional Obstétrica, Licenciada en Obstetricia o Médico Especialista en Obstetricia, quien deberá acreditar experiencia en la materia en las formas y condiciones que establezca la reglamentación.

ARTICULO 4.- Los cursos deberán estar diseñados de manera tal que se aseguren los contenidos mínimos que permitan a la embarazada y su familia, desempeñarse en forma adecuada durante el embarazo, parto, puerperio y en la crianza de su futuro hijo, brindándole el soporte emocional para que estos períodos transcurran en las mejores condiciones posibles.

ARTICULO 5.- Incorpórase como inciso 26), del artículo 15 de la Ley 11.745 y sus modificatorias, el siguiente:

"Inciso 26: Centralizar el registro de Cursos de Preparación Integral para la Maternidad y de Psicoprofilaxis que se dicten en el territorio de la provincia de Buenos Aires con expresa indicación del profesional dictante, número de matrícula y lugar de desarrollo del mismo."

ARTICULO 6.- Incorpórase como inciso 24), del artículo 20 de la Ley 11.745 y sus modificatorias, el siguiente:

"Inciso 24: Llevar el registro de los Cursos de Preparación Integral para la Maternidad y de Psicoprofilaxis que se dicten en el ámbito de su competencia territorial debiendo elevar la nómina al Colegio de Obstétricas de la provincia de Buenos Aires con los datos del profesional dictante, número de matrícula, programa de actividades y lugar de desarrollo del mismo."

ARTICULO 7.- El Poder Ejecutivo designará la Autoridad de Aplicación de la presente Ley.

ARTICULO 8.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

5.- Ley 26485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1º — Ambito de aplicación. Orden Público. Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación en todo el territorio de la República, con excepción de las disposiciones de carácter procesal establecidas en el Capítulo II del Título III de la presente.

ARTICULO 2º — Objeto. La presente ley tiene por objeto promover y garantizar:
a) La eliminación de la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida;
b) El derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia;
c) Las condiciones aptas para sensibilizar y prevenir, sancionar y erradicar la discriminación y la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos;
d) El desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional sobre violencia contra las mujeres; 1947)
e) La remoción de patrones socioculturales que promueven y sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres;
f) El acceso a la justicia de las mujeres que padecen violencia;
g) La asistencia integral a las mujeres que padecen violencia en las áreas estatales y privadas que realicen actividades programáticas destinadas a las mujeres y/o en los servicios especializados de violencia.

ARTICULO 3º — Derechos Protegidos. Esta ley garantiza todos los derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de los Niños y la Ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y, en especial, los referidos a:
a) Una vida sin violencia y sin discriminaciones;
b) La salud, la educación y la seguridad personal;
c) La integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial;
d) Que se respete su dignidad;
e) Decidir sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;
f) La intimidad, la libertad de creencias y de pensamiento;
g) Recibir información y asesoramiento adecuado;
h) Gozar de medidas integrales de asistencia, protección y seguridad;
i) Gozar de acceso gratuito a la justicia en casos comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente ley;
j) La igualdad real de derechos, oportunidades y de trato entre varones y mujeres;
k) Un trato respetuoso de las mujeres que padecen violencia, evitando toda conducta, acto u omisión que produzca revictimización.

ARTICULO 4º — Definición. Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.
Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

ARTICULO 5º — Tipos. Quedan especialmente comprendidos en la definición del artículo precedente, los siguientes tipos de violencia contra la mujer:

1.- Física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física.

2.- Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización,

explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

3.- Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

4.- Económica y patrimonial: La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de:
a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;
c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna;
d) La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

5.- Simbólica: La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

ARTICULO 6º — 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 doméstica contra las mujeres: aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia;

b) Violencia institucional contra las mujeres: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil;

c) Violencia laboral contra las mujeres: aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral;

d) Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;

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: aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.

Ley Nº 24.540

Régimen de Identificación para los recién nacidos

Recién nacidos. Régimen

Artículo 1¼. Todo niño nacido vivo o muerto y su madre deben ser identificados de acuerdo con las disposiciones de esta ley.

2¼. Cuando el nacimiento aconteciere en un establecimiento médico asistencial público o privado, durante el trabajo de parto deberá identificarse a la madre, y **producido el nacimiento y antes del corte del cordón umbilical,** al recién nacido, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6¼.

3¼. Cuando el cumplimiento de lo ordenado en el artículo anterior pudiere importar riesgo para la integridad psicofísica de la madre o del niño, el profesional médico a cargo podrá disponer la postergación de la obtención de los calcos papilares para otro momento más conveniente, a la mayor brevedad, extremando las medidas necesarias para asegurar la indemnidad del vínculo madre-hijo.

4¼. En caso de prematurez, se procederá a la toma de los calcos papilares del recién nacido aunque no esté presente ningún surco transverso. Cuando éstos aparecieren, se procederá a la identificación antes del egreso del establecimiento médico asistencial.

5¼. En los supuestos no previstos en el artículo anterior, como son las malformaciones congénitas o de cualquier otra naturaleza, que impidan la identificación total o parcial conforme los procedimientos ordenados, el profesional asistente deberá dejar constancia de ello en la ficha identificatoria. En el caso de identificación parcial se tomará el calco posible, dejando constancia en la ficha identificatoria del motivo que impide las tomas restantes.

6¼. La identificación deberá hacerse en una ficha única, numerada por el Registro Nacional de las Personas, en tres ejemplares, en la que constarán los siguientes datos:

- De la madre: Nombre y apellido, tipo y número de documento de identidad e impresión decadactilar.

- Del niño: Nombre con el que se lo inscribirá, sexo, calcos papilares palmares y plantares derechos, y clasificación de ambos.

- Si el niño ha nacido con vida.

- **Nombre, apellido y firma del identificador interviniente**.

- **Nombre, apellido y firma del profesional que asistió el parto.**

- Fecha, hora y lugar del nacimiento y de la confección de la ficha.

- Calcos tomados al egreso.

- Datos del establecimiento médico asistencial: Nombre y domicilio.

- Observaciones.

7¼. Si al momento del parto la madre no presentare documento que acredite su identidad, deberá hacerlo al dársele el alta médica. En caso de no presentarlo deberá dejarse constancia de ello en la ficha.

8¼. En partos múltiples se realizará el mismo procedimiento para cada uno de los recién nacidos.

9¼. **La obtención de los calcos papiloscópicos deberá hacerse por personal idóneo** dependiente de los establecimientos médico-asistenciales donde se produjera el nacimiento, su actuación se hallará subordinada al profesional médico a cargo en el momento del parto.

10. Los calcos dactilares de ambos pulgares de la madre y los calcos palmar y plantar derechos del recién nacido **deberán tomarse nuevamente en las fichas identificatorias al egreso del establecimiento.**

11. Cuando se retire el niño sin su madre deberán tomarse sus impresiones papilares y registrarse los datos personales de quien lo retire, tipo y número de documento de identidad, y las impresiones de ambos pulgares.

12. En caso de niños nacidos muertos o que fallecieren antes del alta del establecimiento médico asistencial, se procederá conforme los artículos10 y 11.

13. Un ejemplar de la ficha identificatoria quedará archivado en el establecimiento asistencial. Los otros dos serán entregados a la madre o a quien retire al recién nacido, uno para la inscripción del nacimiento en el Registro Civil que lo remitirá al Registro Nacional de las Personas para su clasificación y archivo, quedando el restante en poder de la familia.

14. Sin perjuicio de la responsabilidad de las autoridades del establecimiento médico asistencial por el incumplimiento de la presente ley, **el identificador y el profesional médico a cargo del parto son responsables por la protección e integridad de la identificación del binominio madre-hijo.**

15. Cuando el nacimiento no acontezca en un establecimiento médico asistencial, la identificación de la madre y el niño deberá hacerse en ocasión de la inscripción del nacimiento en el Registro Civil si se realiza dentro de los plazos legales.

16. Las provincias que tengan vigente un sistema de identificación de recién nacidos, continuarán con el mismo hasta tanto se implemente la presente ley.

17. Es autoridad de aplicación el Ministerio del Interior a través del Registro Nacional de las Personas y los organismos sanitarios jurisdiccionales que correspondan.

18. Sustitúyense del decreto-ley 8204/63 los artículos 31 y 36 por los siguientes:

- 31. El hecho del nacimiento se probará con el certificado del médico u obstétrica y con la ficha única de identificación.
- 36. Si del certificado del médico u obstétrica surgiera que se trata de un nacido muerto o nacido con vida, aunque fallezca inmediatamente, se procederá a efectuar la identificación del recién nacido y se asentarán los hechos en los libros de nacimiento y de defunciones según corresponda.

19. Sustitúyese el artículo 242 del capítulo II del título II de la sección II del Libro 1 del Código Civil por el siguiente:

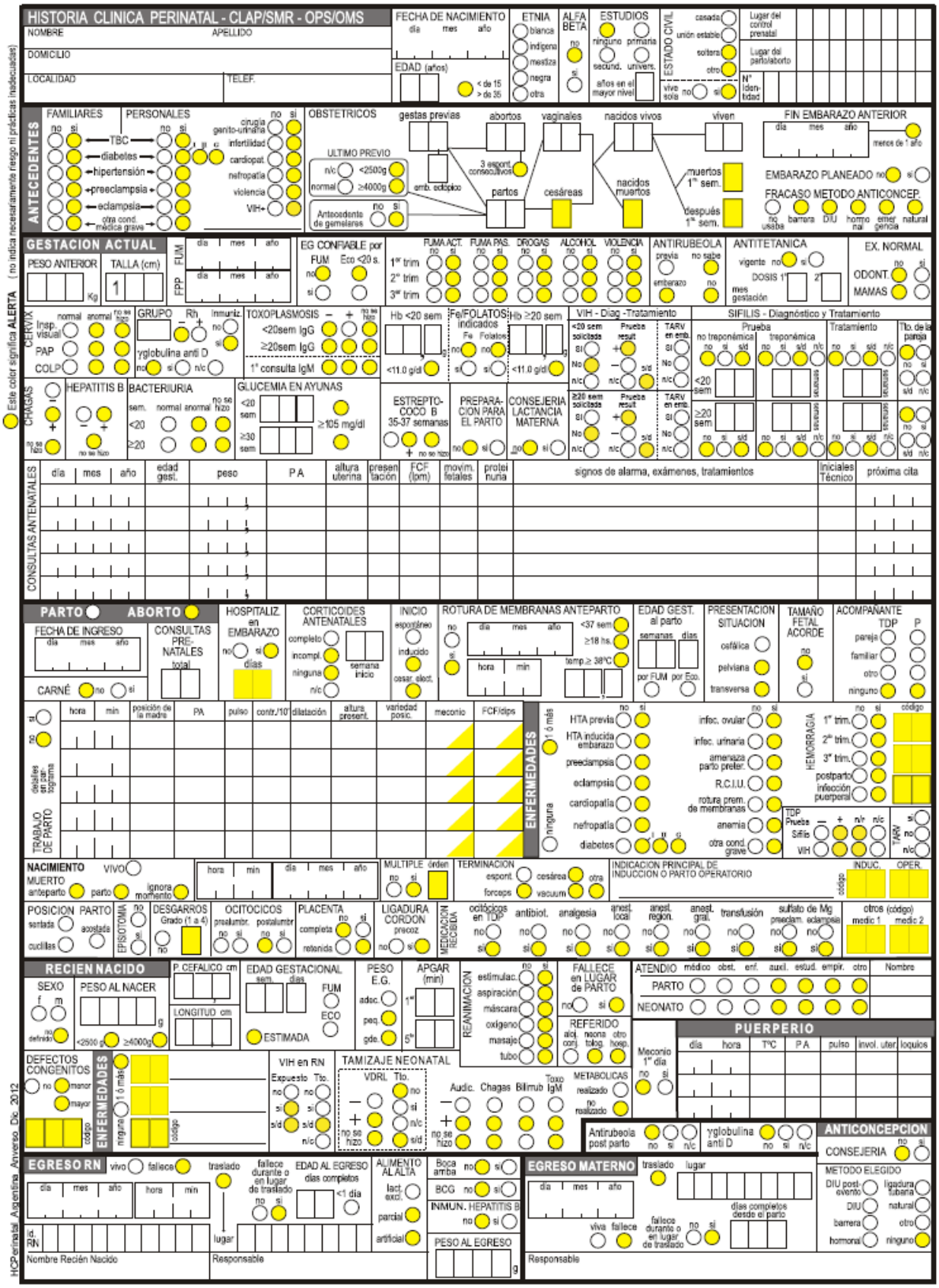
242. La maternidad quedará establecida, aun sin reconocimiento expreso, por la prueba del nacimiento y la identidad del nacido. La inscripción deberá realizarse a petición de quien presente un certificado del médico u obstétrica que haya atendido el parto de la mujer a quien se atribuye la maternidad del hijo y la ficha de identificación del recién nacido. Esta inscripción deberá serle notificada a la madre salvo su reconocimiento expreso, o que quien hubiese denunciado el nacimiento fuere el marido.

20. La presente ley será de aplicación en todo el territorio de la República.

21. El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley en el plazo de sesenta días de su publicación.

ANEXO I

Formularios



ANVERSO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL – DICIEMBRE DE 2012

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)

50	**GESTACIÓN MÚLTIPLE**	O30
51	**HIPERTENSIÓN PREVIA**	O10
01	Hipertensión previa esencial complicando EPP	O10.0
02	Hipertensión previa secundaria complicando EPP	O10.4
52	**PREECLAMPSIA**	O13, O14
04	Hipertensión transitoria del embarazo	O16
05	Preclampsia leve	O13
06	Preclampsia severa y moderada	O14
53	Hipertensión previa con proteinuria sobreagregada	O11
54	**ECLAMPSIA**	O15
55	**CARDIOPATÍA**	Z86.7
56	**DIABETES**	O24
57	Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	O24.0
58	Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	O24.1
59	Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	O24.4
07	Test de tolerancia a la glucosa anormal	R73.0
60	**INFECCIÓN URINARIA**	O23.0-O23.4
08	Bacteriuria asintomática del embarazo	R82.7
61	**OTRAS INFECCIONES**	O98,B06,B50-B54,A60
62	Infecciones del tracto genital en el embarazo	O23.5
09	Sífilis complicando EPP	O98.1
10	Gonorrea complicando EPP	O98.2
11	Malaria	B50-B54
12	Infección herpética anogenital (herpes simplex)	A60
63	Hepatitis viral	O98.4
64	TBC complicando EPP	O98.0
80	Rubeola complicando EPP	B06.0, B06.8 y B06.9
65	**PARASITOSIS COMPLICANDO EPP**	O98.8
77	Chagas	O98.6
78	Toxoplasmosis	O98.6
66	**RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO**	P05
67	**AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)**	O60
13	Incompetencia cervical	O34.3
68	**DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA**	O64, O65, O66
14	Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto	O64
15	Parto obstruido debido a anomalidad pélvica materna	O65
16	Otros partos obstruidos por causa fetal	O66
69	**HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE**	O20
17	Mola hidatiforme	O01
18	Aborto espontáneo y aborto retenido	O02.1, O03
19	Embarazo ectópico	O00
20	Aborto inducido y terapéutico	O06, O04
21	Amenaza de aborto	O20.0
70	**HEMORRAGIA DEL 2do Y 3er TRIMESTRE**	
22	Placenta previa con hemorragia	O44.1
23	Desprendimiento prematuro de placenta	O45
24	Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación	O46.0
25	Ruptura uterina antes o durante el parto	O71.0, O71.1
26	Laceración obstétrica del cuello del útero	O71.3
71	**ANEMIA**	O99.0
27	Anemia por deficiencia de hierro	D50
79	Anemia falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8
72	**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**	O42
28	Infección del saco amniótico y membranas	O41.1
73	**INFECCIÓN PUERPERAL**	O85,O86
29	Sepsis puerperal	O85
30	Infección mamaria asociada al nacimiento	O91
74	**HEMORRAGIA POSTPARTO**	O72
31	Placenta retenida	O72.0, O72.2
32	Útero atónico	O72.1
33	Laceraciones perineales de 1er y 2do grado	O70.0, O70.1
34	Laceraciones perineales de 3er y 4to grado	O70.2, O70.3
75	**OTRAS PATOLOGÍAS MATERNAS**	(resto de O00-O99)
35	Placenta previa sin hemorragia	O44.0
36	Hiperemesis gravídica	O21
37	Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	O26.8, O98.8 (condiciones en N00-N39)
38	Dependencia de drogas	F10-F19
39	Sufrimiento fetal	O68
40	Polihidramnios	O40
41	Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas)	O41.0
42	Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	O69
43	Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	O74
44	Embolismo obstétrico	O88
45	Falla de cierre de la herida de cesárea	O90.0
46	Falla de cierre de la episiotomía	O90.1
47	SIDA	B20-B24
76	HIV positivo	R75
48	Neoplasia maligna del cuello uterino	C53
49	Neoplasia maligna de la glándula mamaria	C50

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION

01 Cesárea previa
02 Sufrimiento fetal agudo
03 Desproporción céfalo-pélvica
04 Alteración de la contractilidad
05 Parto prolongado
06 Fracaso de la inducción
07 Descenso detenido de la presentación
08 Embarazo múltiple
09 R.C.I.U.
10 Parto de pretérmino
11 Parto de postérmino
12 Presentación podálica
13 Posición posterior
14 Posición transversa
15 Ruptura prematura de membranas
16 Infección ovular (sospechada o confirmada)
17 Placenta Previa
18 Abruptio placentae
19 Ruptura uterina
20 Preeclampsia y eclampsia
21 Herpes anogenital
22 Condilomatosis genital
23 Otras enfermedades maternas
24 Muerte fetal
25 Madre exhausta
26 Otras
78 VIH

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

01 Lidocaína o similar
02 Aminas simpatomiméticas
03 Gases anestésicos (penthrane-fluorano-óx. nitroso)
04 Barbitúricos
05 Relajantes musculares
06 Diazepóxidos
07 Meperidina
08 Espasmolíticos
09 Ocitocina
10 Prostaglandinas
11 Betalactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)
12 Aminoglucósidos (gentamicina-amykacina)
13 Eritromicina
14 Metronidazol
15 Betamiméticos
16 Inhibidores de Prostaglandinas
17 Antagonistas del calcio
18 Sulfato de magnesio
19 Hidralazina
20 Beta bloqueantes
21 Otros antihipertensivos
22 Sangre y derivados
23 Heparina
24 Corticoides
25 Cardiotónicos
26 Diuréticos
27 Aminofilina
28 Insulina
29 Difenilhidantoína
30 Otros

HCPE SMP 0404

PATOLOGIA NEONATAL

50	**ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS**	P22.0
51	**SINDROMES ASPIRATIVOS**	P24
52	**APNEAS POR PREMATUREZ**	P28.3,P28.4
53	**OTROS SDR**	Q25.0,P29.3, P23, P25, P22, P27
01	Ductus arterioso persistente	Q25.0
02	Persistencia de la circulación fetal	P29.3
03	Neumonía congénita	P23
04	Neumotórax y enfisema intersticial	P25
05	Taquipnea transitoria	P22.1
06	Enfermedad respiratoria crónica originada en el período perinatal	P27
	HEMORRAGIAS	
07	Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P53
55	Hemorragia pulmonar originada en el período perinatal	P26
56	Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)	P51
	HIPERBILIRRUBINEMIAS	
08	Enfermedad hemolítica por isoinmunización Rh	P55.0
09	Enfermedad hemolítica por isoinmunización ABO	P55.1
10	Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino	P59.0
58	**HEMATOLÓGICAS** (excluyendo P50-P59)	P60-P61
11	Policitemia neonatal	P61.1
12	Anemia congénita	P61.3
79	Anemia falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8
13	Otras afecciones hematológicas	(P35-P39,A09,G00,A54.3)
	INFECCIONES	
14	Diarrea	A09
15	Meningitis	G00
16	Onfalitis	P39.1, A54.3
17	Conjuntivitis	P39.4, L00
59	Infecciones de la piel del recién nacido	P36
18	Septicemia	(resto del P35-P39)
20	Enterocolitis necrotizante (ECN)	P77
49	Tétanos neonatal	A33
60	Sífilis congénita	A50
67	Enfermedades congénitas virales	P35
68	Síndrome de Rubeola congénita (SRC)	P35.0
69	Citomegalovirus (CMV)	P35.1
70	Toxoplasmosis congénita	P37.1
39	HIV positivo	R75
19	Otras infecciones del período perinatal	(resto de P35-P39)
	NEUROLÓGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)	
33	Hidrocefalia adquirida	G91
34	Leucomalacia periventricular y central	P91.1,P91.2
35	Trauma obstétrico con lesión intracraneal, del SNC y del sistema nervioso periférico	P10,P11,P14
36	Hemorragia intracraneana no traumática	P52
37	Convulsiones	P90
71	Encefalopatía Hipóxico Isquémica	P21
38	Otras afecciones del estado cerebral	P91
	METABÓLICA/NUTRICIONAL	
43	Síndrome de "hijo de diabética"	P70.0, P70.1
45	Hipoglicemia	P70.3, P70.4, E16.2
46	Otras afecciones metabólicas y nutricionales	P75-P78
66	**OTRAS PATOLOGÍAS RN**	
40	Retinopatía de la prematurez	H35
41	Hernia inguinal	K40
65	Síndrome de daño por frío	P80.0 (excluye hipotermia leve P80.8)

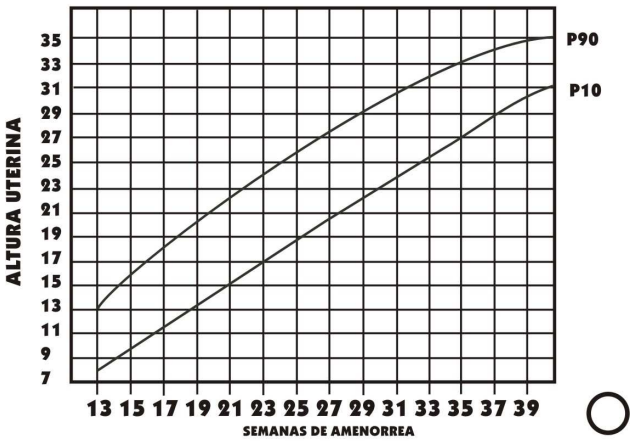
ANOMALIAS CONGENITAS

120	Anencefalia	Q00.0
121	Espina bífida/Meningocele	Q05,Q07.0
122	Hidranencefalia	Q04.3
123	Hidrocefalia	Q03
124	Microcefalia	Q02
125	Holoprosencefalia	Q04.2
127	Otras anomalías del Sistema Nervioso Central	Q04,Q06
128	Tronco arterioso	Q20.0
129	Trasposición grandes vasos	Q20.3
130	Tetralogía de Fallot	Q21.3
131	Ventrículo único	Q20.4
132	Doble tracto de salida de vent. derecho	Q20.1
133	Canal atrio-vent. completo	Q21.2
134	Atresia pulmonar	Q22.0
135	Atresia tricúspide	Q22.4
136	Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo	Q23.4
137	Coartación de aorta	Q25.1
138	Retorno venoso pulmonar anómalo total	Q26.2
139	Otras anomalías circulatorias/respiratorias	Q24,28,34
140	Paladar hendido	Q35
141	Fístula traqueo-esofágica	Q39.1
142	Atresia esofágica	Q39.0,Q39.1
143	Atresia de colon o recto	Q42.0,Q42.1, Q42.8,42.9
144	Ano imperforado	Q42.3
145	Onfalocele	Q79.2
146	Gastrosquisis	Q79.3
147	Atresia duodenal	Q41.0
148	Atresia yeyunal	Q41.1
149	Atresia ileal	Q41.2
150	Otras anomalías gastrointestinales	Q40,43,45
151	Genitales malformados	Q50-56
152	Agenesia Renal bilateral	Q60.1
153	Riñones poli o multiquísticos o displásicos	Q61.1-61.9
154	Hidronefrosis congénita	Q62.0
155	Extrofia de la vejiga	Q64
156	Otras anomalías nefrourinarias	Q63,64
157	Trisomía 13	Q91.4, Q91.5,Q91.6
158	Trisomía 18	Q91.0, Q91.1,Q91.2
159	Síndrome de Down	Q90
160	Otras anomalías cromosómicas	Q92,97-99
126	Labio hendido	Q36
161	Polidactilia	Q69
162	Sindactilia	Q70
163	Displasia esquelética	Q77-78
164	Pies equinovarus / talovalgus (Pie Bot)	Q66.8
165	Hernia Diafragmática	Q79.0
166	Hidrops fetalis	P56, P83.2
167	Oligoamnios severo	P01.2
168	Otras anomalías musculoesqueléticas	Q68,74,75,79
169	Anomalías tegumentarias	Q82,84

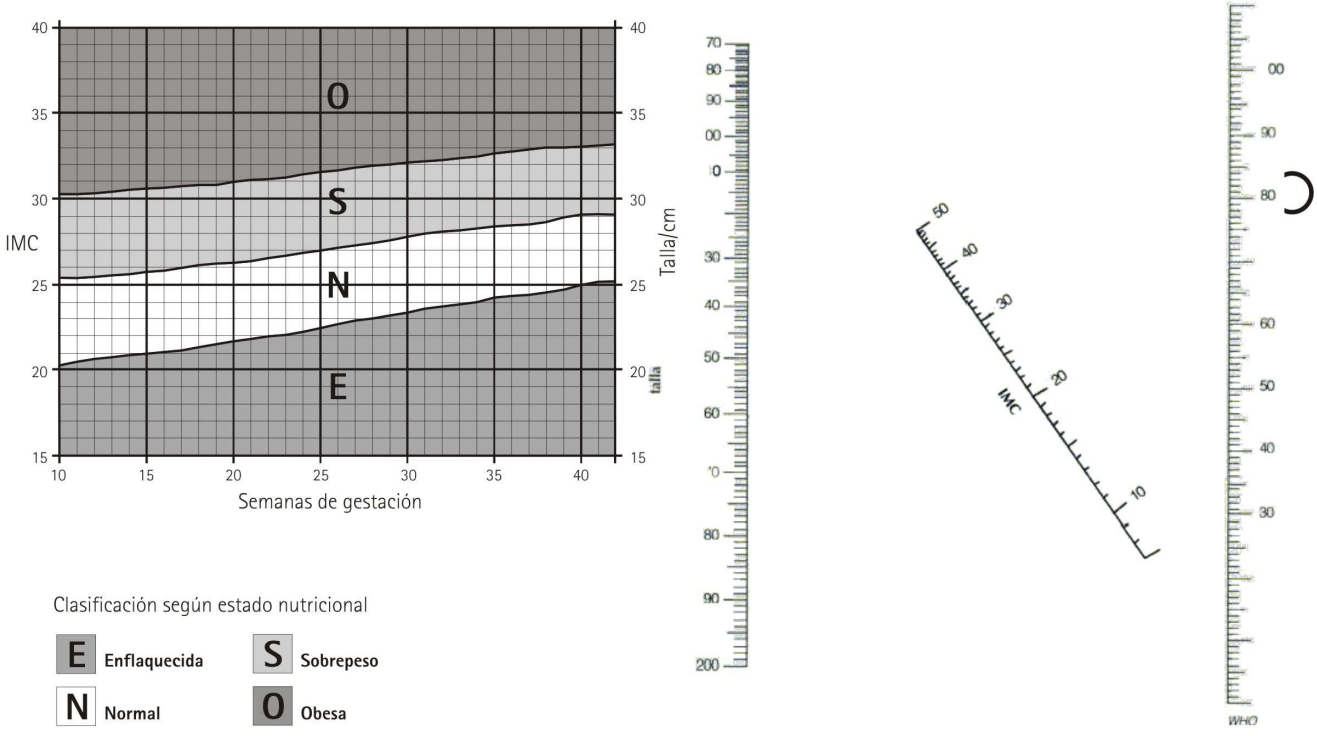
REVERSO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL 2º NIVEL – 12/2012

Score de riesgo BPN

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



Gráfica para evaluación nutricional de la embarazada según índice masa corporal



Clasificación según estado nutricional

E Enflaquecida
S Sobrepeso
N Normal
O Obesa

Fuente: Atalab E., Castillo C., Castro R.

REVERSO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE 1º NIVEL DE ATENCIÓN

FORMULARIO DE DENUNCIA INMEDIATA DE CASOS DE MUERTES DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (de 15 a 49 años)

I. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Nombre/s y Apellido/s (de soltera- completos)

Documento de Identidad:

Fecha de Nacimiento: ____/ ____/ ____ (dd/mm/aa)

Domicilio (lugar de residencia habitual) **:**.....

Estado Civil .... **Estudios Alcanzados:** .....

Cobertura familiar de atención:
Obra Social ☐*1* Plan Privado o Mutual ☐*2* Ambos ☐*3* Ninguno ☐*4* Plan Social ☐5 Desconocido☐*9*

II. DATOS SOBRE LA ATENCIÓN DE LA ÚLTIMA ENFERMEDAD

Fecha de la Muerte: ...../...../..... (dd/mm/aa) **Edad a la muerte:**..... años

Lugar de la defunción
☐Institución Pública Código del Establecimiento .....:

☐Institución Privada Nombre .....
Dirección.....Municipio .....

☐En Traslado
☐Otro Lugar (especificar) .....
☐Se desconoce

Estuvo embarazada en el último año ☐ SI ☐ NO
(***** Responder si la respuesta es SI)

Momento de la Muerte (*)
☐ Embarazo. (Edad Gestacional en semanas)
☐ Parto. (Edad Gestacional en semanas)
☐Puerperio. (Edad Gestacional al parto, en semanas).. Tiempo de puerperio ..... (En días)

Ultimo episodio
Tuvo atención médica durante la enfermedad que condujo a la muerte? ☐ SI ☐ NO

Fecha y hora del inicio de trabajo de parto / signo sintomatología ____/ ____/ ____ (dd/mm/aa) _____ Hs
Fecha y hora de la consulta ____/ ____/ ____ (dd/mm/aa) _____ Hs
Fecha y hora de ingreso a la institución ____/ ____/ ____ (dd/mm/aa) _____ Hs
Fecha y hora del nacimiento / evacuación uterina (*) ____/ ____/ ____ (dd/mm/aa) _____ Hs
Fecha y hora de la defunción ____/ ____/ ____ (dd/mm/aa) _____ Hs

Diagnósticos y causas de muerte según Informe Estadístico de Defunción
Enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente

a).....**Código:** ……

Causas antecedentes: Estados morbosos, si los hubiere, - que produjeron la causa arriba mencionada.
b) **Debido a (o como consecuencia de)** ..... **Código:** ……
□ Shock hipovolémico □ Tromboembolismo pulmonar □ Shock séptico
□ Coagulación intravascular diseminada □Otra (*Especificar)* ……..

c) **Debido a (o como consecuencia de)(CAUSA BASICA):** ……**Código:** …… □Retención Placentaria □ Preeclampsia/ Eclampsia □Atonía Uterina □ Hipertensión crónica
□ Ruptura uterina □Embolia pulmonar □Desprendimiento placentario □Placenta previa
□ Aborto (□ espontáneo □ provocado)
□Otro (especificar)
……

Factores asociados a la muerte materna / Otros estados morbosos concomitante que contribuyeron a la muerte, no relacionados con la enfermedad que la produjo. **Código:** ……
□ Edad □ Embarazo no planificado □ Desnutrición □ Violencia
□ Diabetes □ Pobreza □ Infección intrahospitalaria
□ Otro (especificar) .....
Se realizó necropsia? □ SI
Informe:……

.....

.....
□ NO

III. EVALUACIÓN DEL COMITÉ LOCAL DE MORTALIDAD
-Evaluación sobre la posible reducibilidad del caso
……
.....
.....
.....
.....

-Sugerencias y comentarios estratégicos sobre el caso.
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha de Evaluación: / /
Apellido y Nombre del Evaluador: .....
Fecha de entrada al Comité Provincial: / /
* **Se entiende como CAUSA BASICA aquella que desencadenó la serie de procesos que condujo a la muerte**

Bibliografía

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

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

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

Organización Panamericana de Salud. Enfoque de riesgo en la atención Materno-Infantil. Nº7. Pag. 9-24. 1986.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Brocklehurst P, Rooney G. Intervenciones para el tratamiento de la infección genital por Chlamydia trachomatis en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en http://www.rhlibrary.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Guía de Procedimientos para la promoción, fomento, apoyo y protección de la lactancia materna en la atención de la madre y el niño. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 2010

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

Gülmezoglu AM. Intervenciones para la tricomoniasis durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en http://www.rhlibrary.com. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

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

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

Lapidus A. Guía para el diagnostico y tratamiento de la Hipertensión en el Embarazo. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil – 2004. Pag. 9.

Lo K, Tsai Y, Lee S, Yeh C, Wang J, Chiang BN, et al. Combined passive and active immunization for interruption of perinatal transmission of hepatitis B virus in Taiwan. Hepato-gastroenterology 1985;32:65–8.

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

Lopez MC, Belizan JM, Villar J, Bergel E. The Measurement of Diastolic Blood Pressure During Pregnancy: Which Korotkoff Phase Should Be Used? American Journal of Obstetric & Gynecology 1994; 170(2):57 4-578.

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

Mahomed K. Suplementación con folato durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en http://www.rhlibrary.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Mahomed K. Suplementación con hierro y folato en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en http://www.rhlibrary.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

McDonald H, Brocklehurst P, Parsons J. Antibióticos para el tratamiento de la vaginosis bacteriana en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en http://www.rhlibrary.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sutich E, Notario R, Salgado C y col. Análisis de factores de riesgo en 7 casos de infección neonatal por Streptococcus agalactiae. Sanatorio Ntra. Sra. del Rosario – Centro Médico IPAM. Rosario. Cátedra de Bacteriología- Fac. Cs. Bioquímicas y Farmacéuticas- UNR. Comunicación personal 2004.

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

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

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

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

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

Uranga A, Urman J, Lomuto C. Guía para la atencion del parto normal en maternidades centradas en la familia. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud, Argentina. 2004.

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

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

Schwarcz R, Díaz AG, Fescina R, De Mucio B, Belitzky R, Delgado L. Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo. Publicación Científica. Nº 1234, Montevideo, CLAP (OPS/OMS), 1991.

Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en http://www.rhlibrary.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Chaparro C, Neufeld L, Alavez G, Cedillo R, Dewey. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial Lancet 2006; 367: 1997–2004.

Dickersin K. Pharmacological control of pain during labour.In: Chalmers et al. (Eds). Effective care in pregnancy and childbirth.Oxford, Oxford University Press 1.

Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en http://www.rhlibrary.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

García O, Sarasqueta P, Schwarcz R. Morbimortalidad Materna e Infantil de la Republica Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. 2004.

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

Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. Clampeo precoz versus clampeo tardío del cordón umbilical en prematuros (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en http://www.rhlibrary.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

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

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

Tobar, Federico (2010). "Gestión territorial en salud" En: Chiara, Magdalena & Moro, Javier (Compiladores). *Pensando la agenda de la política sanitaria en la Región Metropolitana de Buenos Aires: Capacidades,problemas y desafíos.* Universidad Nacional de General Sarmiento. Instituto del Conurbano. 2010. Páginas 4 a 20.

OMS" Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2.000" 1981.

Jiménez Paneque, Rosa E. "Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual" *Revista Cubana de Salud Pública,* Vol. 30, Núm. 1, enero-marzo, 2004, pp. 17-36

Ministerio de Salud de la Nación "Guía para el control preconcepcional, prenatal y puerperal Septiembre, 2011