

**Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
Programa Nacional Prioritario de
Salud de la Mujer y Género**

**GUÍAS EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA**

**Capítulo: Normas de Atención a la
Mujer Embarazada**



Programa Nacional
de Salud de la
Mujer y Género



Uruguay 2007

**PROGRAMA NACIONAL PRIORITARIO DE SALUD DE LA MUJER Y GÉNERO
MSP**

**Ministra de Salud Pública
María Julia Muñoz**

**Subsecretario
Miguel Fernández Galeano**

**Director General de la Salud
Jorge Basso Garrido**

**Subdirector General de la Salud
Gilberto Ríos Ferreira**

**Unidad Programática
José María Pereira**

**Coordinadora Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género
Cristina Grela**

**Coordinador Área de Salud Sexual y Reproductiva
Fabián Rodríguez**

INDICE

AGRADECIMIENTOS

PRÓLOGO DE LA DIGESA

INTRODUCCIÓN

REFORMULACIÓN DEL CONCEPTO DE RIESGO

ATENCIÓN DE LA MUJER CON EMBARAZO NORMAL

- Educación de la mujer embarazada
- Recursos humanos
- Recursos comunitarios
- Generalidades sobre la temática
- Contenidos educativos para la mujer gestante
- Leyes vigentes

SEGUIMIENTO DE LA MUJER QUE CURSA EMBARAZO NORMAL

FRECUENCIA DE LAS CONSULTAS

CONSULTA PREVIA A LA GESTACIÓN

PRIMERA CONSULTA

- Acciones generales
- Acciones específicas
- Tamizaje Paraclínico

CONSULTAS SUBSIGUIENTES

- Acciones Generales
- Acciones específicas
- La evidencia científica no es concluyente a favor de las siguientes acciones durante el seguimiento del embarazo, por lo cual se desaconsejan
- Existe suficiente evidencia científica como para aconsejar

SITUACIONES ESPECIALES

- Rh negativa
- Embarazo de 41 semanas
- Vacuna Antitetánica no vigente
- Estreptococo del grupo B
- Sífilis
- De hacerse los siguientes diagnósticos, proceder como se indica
- tamizaje de patología infecciosa en mujeres asintomáticas
- Comentarios

HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE

AGRADECIMIENTOS

El proceso de planteo, consulta y construcción de estas renovadas normas se ha hecho con el aporte desinteresado y generoso de muchas personas e instituciones. La mayoría de ellas son nombradas a continuación, aunque no dudamos que seguramente hayamos omitido involuntariamente a alguna de ellas. Solicitamos disculpas por esta negligencia.

También deseamos agradecer a aquellas personas que, desde el anonimato de sus funciones en oficinas y servicios, las han hecho posible; así como de todos y todas quienes las consultarán en todo lugar del país para hacer posible la atención integral de las mujeres, en este caso como gestantes.

Clínica Ginecotocológica A: Dres. Washington Lauría y Josè Pons

Clínica Ginecotocológica B: Dres. Gonzalo Sotero y Raúl Medina

Clínica Ginecotocológica C: Dres. Jorge Martínez y Justo Alonso

Cátedra Libre: Valeria Ramos

SGU: Dr. Edgardo Castillo

SOGIU: Dr. Carlos Tambucho, Dr. Victor Recchi

Escuela de Parteras: Obst Part. Cecilia Fernández y Laura Valli

CHPR: Dres. Morales, Susana Izquierdo y Obst. Part. Carmen Romero

SSAE: Dres. Leticia Rieppi y Sandra Menotti

IMM: Dres. Sandra Marmisolle y Perla Vivas

Programa Salud de la Mujer y Género: Dres. Cristina Grela y Fabián Rodríguez, y Obst. Part. Gilda Vera

Comisión Asesora de la Ministra en Salud Sexual y Reproductiva: Ps. Alejandra López, Tec. Lilián Abrascinskas y Dres. Bremen De Mucio, Carlos Güida y Wilson Benia

A todos/todas ellos/ellas, gracias!!!

PRÓLOGO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD

Uno de los pilares en lo que se asienta la REFORMA DE SALUD que esta administración de Gobierno está llevando adelante se define en ser garante como Estado de los derechos que la Ciudadanía tiene en relación a la salud y las prestaciones que deben brindarse a nivel público y privado.

Es así que, las NORMAS DE ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA se enmarcan en la necesidad de considerar a las mujeres en el proceso de gestación y embarazo con sus múltiples facetas que integren su salud integral y la consideración de la oportunidad, deseo, compromiso y cuidado de esa gestación concreta le plantea.

Los vínculos de la Salud Sexual y Reproductiva son el marco referencial en que estos derechos se definen y ejercen.

Esta mirada que crea nuevas facetas a tener en cuenta, están plasmando un cambio de paradigma, la resignificación de las mujeres como sujetas de los servicios de salud, la interdependencia con el desarrollo del embrión y sus propios cuidados y vicisitudes.

Desde esa perspectiva, los equipos de salud juegan un papel de singular importancia dado que les competirá complementar sus acciones y superar las dificultades que pueden aparecer, al mismo tiempo que conjugar sus conocimientos, experiencias y colocarse en una dimensión de crecimiento y capacitación permanentes.

Paralelamente, las redes de apoyo de las mujeres, sus familias, vecinas y otros actores comunitarios y sociales, forman parte del proceso, brindando apoyo, solidaridad, respeto y compañía en la medida que estamos todos participando en una dimensión total de lo que significa en el cuidado del presente y futuro de la ciudadanía, incluyendo a quienes deciden tener hijos/as en el centro de los esfuerzos de salud, los equipos de salud brindando lo que sea necesario para el logro de un futuro armónico y de derechos.

Dra. Cristina Grela
Directora del Programa Nacional
de Salud de la Mujer y Género
Ministerio de Salud - Uruguay

Dr. Jorge Basso
Director General de la Salud

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta norma es atender integralmente el proceso al que se enfrentan las mujeres durante el embarazo, y así mejorar los resultados en su salud y del producto de la gestación.

Esta edición sigue los lineamientos expresados por la Organización Mundial de la Salud (OMS-WHO) del año 2001 en cuanto al cuidado de la mujer embarazada, y los conceptos que se encuentran en estas normas, tienen como sustento científico esta publicación.¹ Indistintamente, hemos incluido la referencia específica en cada uno de aquellos, dando preferencia a los que se encuentran sustentados en la Medicina Basada en la Evidencia. De estos, cuando fue posible, se prefirió la versión traducida al español (Biblioteca Cochrane Plus), para facilitar la lectura de quienes deseen profundizar la información.

Estas normas se encuadran en el cambio de modelo de atención, la integración del derecho a la salud y el rol de los equipos de salud en el nuevo paradigma que jerarquiza al primer nivel de atención. En esta dimensión aparecen nuevos factores que constituyen parámetros integrales de salud, basados en los derechos humanos y en especial, la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos.

Una meta prioritaria en la atención a la mujer embarazada será generar un ámbito propicio para el intercambio de información con el objetivo de empoderar a las mujeres. Esta línea de pensamiento y acciones coincide con un fuerte cambio que tiene que operarse en la relación equipos de salud – mujer usuaria, para pasar de una relación de tipo técnica a otra donde se jerarquiza el principio bioético de autonomía y la atención a la integralidad de la persona implicada.

REFORMULACIÓN DEL CONCEPTO DE RIESGO

El concepto de catalogar a los embarazos como de bajo, moderado o alto riesgo se ha mostrado inefectivo en cuanto a mejorar los resultados perinatales y ha aumentado los gastos públicos en forma considerable, de tal forma que no son recomendados por la OMS. Es preciso tener en cuenta, que desde un criterio estricto, la mayoría de los embarazos pueden presentar alguna condición que eleve el riesgo del mismo. Derivar a centros de mayor complejidad a estas usuarias conlleva inconvenientes a la propia mujer y al sistema de salud, que atentan contra la intención original y que en sí mismas pueden elevar aún más el riesgo del embarazo.²⁻⁴

Es la intención de esta normativa, que además de las diferentes causas médicas, se tenga en cuenta la opinión de la mujer contemplando las diferentes situaciones sociales y culturales, al decidir el lugar para el seguimiento de su embarazo, vivir luego su parto, puerperio y amamantamiento del lactante.

La OMS recomienda que, salvo pocas excepciones, todo embarazo debe ser considerado en principio como de bajo riesgo, hasta una clara evidencia de lo contrario. Inclusive, una vez diagnosticada una complicación que pueda elevar el riesgo de la gestación, en conjunto con la mujer se debería analizar la mejor manera de realizar el

PROGRAMA NACIONAL PRIORITARIO DE SALUD DE LA MUJER Y GÉNERO MSP

seguimiento del embarazo, incluyendo el lugar más adecuado para que se lleve a cabo esta acción. En algunas circunstancias, podría derivarse a la usuaria a un centro especializado para realizar alguna prueba diagnóstica y/o terapéutica, para posteriormente continuar el seguimiento del embarazo en el lugar original.

Según la OMS, el 75% de los embarazos pueden ser catalogados como normales, y se podrá realizar el seguimiento de la manera que se transcribe en esta norma. El 25% restante necesitará de cuidados clínicos, paraclínicos y/o terapéuticos de mayor complejidad, de difícil resolución en el primer nivel de atención.

ATENCIÓN DE LA MUJER CON EMBARAZO NORMAL

Es importante informar a la mujer que el seguimiento del embarazo por parte del equipo sanitario favorece la prevención, detección temprana y tratamiento de posibles patologías que pueden incidir negativamente en la salud de la mujer, su feto y/o recién nacido.

La OMS recomienda el desarrollo de 5 ideas, en el seguimiento de la mujer embarazada.

- Educar, aconsejar y apoyar a la gestante, su pareja y su familia
- Promover acciones preventivas, como la colpocitología oncológica, ácido fólico y vacuna antitetánica
- Pesquisar la aparición de síntomas y/o signos clínicos y/o paraclínicos de alarma
 - Intentar el seguimiento del embarazo, diagnóstico y tratamiento de afecciones en el centro de salud de preferencia de la usuaria, con la intención de provocar la menor cantidad de trastornos en la dinámica familiar
 - Referir a la usuaria a centros de atención de mayor complejidad cuando esto sea conveniente

EDUCACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA

Es indiscutible la importancia de la educación y orientación a la mujer y su pareja y/o familia durante el proceso del embarazo, por lo que esta estrategia se alentará en todo lugar donde concurren estas mujeres. Las mujeres que no reciben consejería acerca de conductas saludables en el prenatal tienen más probabilidades de tener un niño de bajo peso al nacer y tocurgia.

La educación es la herramienta primaria para transmitir información a las mujeres acerca de sus embarazos. Mediante ella podemos:

- Hacerles conocer sus derechos y responsabilidades

- Transmitir comportamientos y conductas preventivas con la finalidad de disminuir la aparición de complicaciones
- Dar a conocer sintomatología que responde a condiciones fisiológicas, lo que disminuirá la ansiedad, angustia y consultas
- Brindar información sobre sintomatología que podría corresponder a condiciones patológicas, lo que promoverá la consulta precoz

Los aspectos médicos, sociales, culturales y psicológicos juegan un rol preponderante en la salud de las mujeres gestantes y en los resultados materno-perinatales. La situación de pareja, incluyendo la participación del compañero o de otros apoyos familiares, debe ser también considerada y fomentada en la atención de la mujer en gestación.

Los servicios donde se atienden mujeres embarazadas deberán garantizar los recursos materiales y humanos necesarios para brindar espacios de educación participativa, en lo posible en forma grupal, que incluyan temas de interés para las mujeres y sus parejas. Esta estará a cargo de un equipo interdisciplinario cuya función será brindar una adecuada preparación e información a la mujer y su familia.

Recursos Humanos

Se deberá formar un equipo de educación de la mujer embarazada, integrado por todas/os las/os integrantes del equipo de salud que puedan prestar apoyo en la educación a la mujer gestante. El equipo se apoyará en la Obstetra Partera, quien recibe educación al respecto en su formación profesional. De no contar con las/os profesionales adecuados/as, cada Institución deberá capacitar al personal con estos fines.

Participación comunitaria

Los servicios de atención del primer nivel, promoverán la participación de actores comunitarios preocupados por la temática (agentes de salud, promotores) quienes podrán participar en coordinación con el equipo de salud tanto en el apoyo de acciones educativas como en el seguimiento de las mujeres con mayor vulnerabilidad.

Generalidades sobre la Temática

La mujer gestante, debe decidir cuando iniciar su preparación para el parto, previa información por parte del personal de salud, de su derecho y posibilidad de participar de los espacios educativos.

Los contenidos educativos recomendados para la mujer gestante, serán:

- El autocuidado en salud de las mujeres , posiciones corporales, sueño y descanso
- Poner énfasis en la salud bucal, prevención de infecciones dentarias e higiene bucal
- La prevención de violencia doméstica se hace imprescindible ya que en un 25% de los casos, los malos tratos comienzan en el primer trimestre.
- Importancia del conocimiento y práctica de la estimulación temprana prenatal (apego madre – hija/o y padre – hija/o).
- Aplicar las guías alimentarias basadas en alimentos (jun 2005, MSP), para prevenir las enfermedades nutricionales deficitarias y alimentarse sanamente.
- Ácido fólico preconcepcional y en las primeras semanas de la gravidez.
- Embarazo y sexualidad.
- Síntomas y signos fisiológicos y patológicos de cada trimestre.

- Cambios del cuerpo durante la gestación.
- Transformaciones psicológicas, en los vínculos familiares y sociales durante el embarazo, y el cuidado de ambas personas luego del alumbramiento.
- Sentimientos contradictorios, incertidumbres y dudas. Temores e inseguridades del embarazo. Fantasías, mitos y creencias, miedo al parto, a la muerte, al dolor.
- Conocer sobre Preparto, trabajo de parto, parto, nacimiento y puerperio
- Amamantamiento y lactancia natural

Leyes vigentes

Uno de los componentes de la información que se debe dar a la mujer embarazada, son los derechos consagrados en las leyes nacionales.

1. Ley 16104, Lactancia. 2 descansos de media hora durante un lapso fijado por el Instituto Nacional del Menor a través de sus servicios médicos

2. Ley 17215, Gravidéz y cambio de tarea. Toda trabajadora pública o privada que se encuentre en estado de gravidéz o en período de lactancia tendrá derecho a obtener un cambio temporario de las actividades que desempeña, si las mismas, por su naturaleza o por las condiciones en que se llevan a cabo, pudieren afectar la salud de la progenitora o del hijo

3. Ley 11577, Prohibición de despido- Decreto Ley 8950. Se prohíbe el despido de la trabajadora grávida o que ha dado a luz. Obligación de conservarle el puesto de trabajo, si retorna en condiciones normales. En caso de despido: indemnización especial de 6 meses de sueldo acumulable a la común.

4. Ley 15084, Licencia por maternidad. 6 semanas antes y 6 semanas después del parto. Licencia suplementaria por enfermedad: máximo 6 meses

5. Ley 16045, Prohíbe suspensión y despido por motivo de embarazo o lactancia.

6. Ley 17386, Ley de acompañamiento al parto y nacimiento. Toda gestante tendrá derecho a ser acompañada durante el trabajo de parto y parto (vaginal o cesárea).

SEGUIMIENTO DE LA MUJER QUE CURSA EMBARAZO NORMAL

El seguimiento de la mujer con embarazo normal consiste en una serie de intervenciones sanitarias que tienen la finalidad de informar sobre las condiciones fisiológicas, y prevenir, detectar precozmente y tratar las condiciones patológicas. El mismo puede ser realizado por Ginecotocólogos/as, Obstetras Parteras, Médicos/as de Familia y Médicos/as Generales.

El ambiente donde se realiza el seguimiento de la mujer embarazada debe ser propicio para informar, alentar la discusión, escuchar las dudas y responderlas, con la intención de empoderar a la mujer en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud y la de su embarazo.

Se deberá indagar sobre la posibilidad de que la mujer haya vivido o se encuentre viviendo situaciones de violencia doméstica, violencia sexual, uso de sustancias psicoactivas, patologías psíquicas y/o situaciones de vulnerabilidad psicológica. En aquellas situaciones se procederá según las “Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer” (MSP, noviembre 2006).

Es importante tener presente que el embarazo puede no ser deseado, planificado o intencional. En aquellas mujeres que consulten con la intención de interrumpir en forma voluntaria su embarazo, se actuará acorde con la Normativa 369/04 del MSP (agosto 2004, MSP). Si la mujer o el equipo de salud considera al embarazo de especial riesgo, y su situación se encuentra comprendida en los denominados “abortos privilegiados” de la Ley 9763 del año 1938 del Código Penal Uruguayo, se deberá elevar el caso clínico a la “Comisión Asesora para la Interrupción de la Gravidez” del MSP.

Son “abortos privilegiados”:

a.- Aborto cometido para salvar el propio honor, el de la esposa o un pariente próximo (CPU, art. 328, 1°)

b.- Aborto cometido por razones de angustia económica (CPU, art. 328, 4°)

c.- Aborto cometido para eliminar el fruto de una violación (CPU, art. 328, 2°)

d.- Aborto terapéutico – causa grave de salud o salvar la vida de la mujer – (CPU, art. 328, 3°)

Para a, b y c, son condiciones necesarias el consentimiento de la mujer, que la edad gestacional sea menor de 12 semanas, y que el aborto sea realizado por un médico.

Se entregará a la mujer en la primera consulta, el “Carné de Atención Integral de la Mujer Embarazada”, y quedará copia del mismo en el establecimiento donde se realiza el seguimiento del embarazo.

Estos lugares deben presentar una infraestructura mínima:

- Planta Física; consultorio ginecológico con sala de espera y gabinetes higiénicos, espacio para actividades educativas y laboratorio propio o coordinación de envío de muestras a laboratorio externo.

- Balanza, cinta métrica, esfigmo manómetro, guantes, espéculos, material para toma de muestra de colpocitología oncológica y exudado vaginal y rectal, historias clínicas, carné perinatal y estetoscopio de Pinard.

FRECUENCIA DE LAS CONSULTAS

En cuanto al número de consultas obstétricas de la mujer con un embarazo normal, existe suficiente evidencia científica que sugiere que el número debe ser de al menos cinco.³ La misma sostiene el concepto que no se mejoran los resultados perinatales de embarazos normales, al aumentar el número por encima de cinco. No obstante, estos estudios también demuestran que con esta frecuencia (cinco), muchas mujeres se sienten insatisfechas, y les gustaría haber tenido un mayor número de consultas.

La frecuencia de consultas aconsejada en un embarazo normal será:

Mensualmente hasta la semana 32

Quincenalmente hasta la semana 36

Semanalmente hasta el parto

Esta secuencia podrá alterarse a juicio de la mujer y/o equipo sanitario de aparecer circunstancias que así lo ameriten.

CONSULTA PREVIA A LA GESTACIÓN

Lo deseable es que aquella mujer y su pareja que planean un embarazo acudan a consulta antes de la gestación. En esta consulta se realizará una anamnesis completa y examen físico general, dirigidos a la identificación de condiciones que podrían favorecer la aparición de patologías en el embarazo parto y/o puerperio, y/o identificación de mujeres que necesitarán cuidados adicionales. Se prestará especial atención en la vigencia de la colpocitología oncológica e indicación de ácido fólico (ver más adelante) para la prevención de anomalías del tubo neural.

Se interrogará sobre su status con respecto a la Rubéola, vigencia de la vacuna antitetánica (VAT), Toxoplasmosis, VIH-SIDA y Sífilis, enfermedad de Chagas, enfermedades crónicas y uso de medicaciones en forma habitual. De no haber sido vacunada contra la Rubéola, o tener la VAT no vigente, este es un buen momento para recibir la inmunización correspondiente.

Con respecto a la Rubéola, es conveniente que exista un mes libre entre la vacunación y el inicio del embarazo; en el caso accidental de que la mujer haya quedado embarazada antes de ese lapso no se indicará la interrupción del mismo (las evidencias científicas con las nuevas cepas, así lo aconsejan)⁵. Esta situación es muy poco frecuente ya que la vacunación se realiza desde el año 1984 en forma obligatoria en la niñez, con un porcentaje mayor al 95% de cobertura (e inclusive desde el año 1992 se indica una nueva dosis a los cinco años). Solamente se solicitará anticuerpos antirrubéola en caso de contacto durante el embarazo o las semanas previas al mismo, en un a mujer embarazada que no tenga el carné de vacunación o que no haya sido vacunada.

De ser Toxoplasmosis IgG negativo, se informará sobre medidas de protección para prevenir el contagio durante el embarazo (ver más adelante). De no tener la Colpocitología oncológica vigente, se la realizará.⁶

En Uruguay, desde 1997 la transmisión vectorial de Trypanosoma Cruzi se encuentra interrumpida, no registrándose nuevos casos agudos por esta vía desde 1984. Bajo estas condiciones, la única vía posible de contagio de la enfermedad de Chagas en nuestro país es la vertical (la transfusional se encuentra controlada por la obligatoriedad del control de sangre a transfundir). Por lo tanto, toda mujer que tenga una constancia de ser negativa (posterior al año 1984), no se le volverá a solicitar este examen. Toda mujer que no se le haya investigado la posibilidad de ser positiva, se le solicitará este examen (y no se volverá a solicitarlo en el futuro).

En el caso de ser luética y/o HIV positiva se aplicarán los procedimientos correspondientes (Infecciones de Transmisión Sexual, MSP 2005) (Infección por virus de la inmunodeficiencia humana VIH-SIDA, MSP 2006).

Se tomará la presión arterial para la identificación de Hipertensión Arterial Crónica y se dejará constancia del peso y talla.

PRIMERA CONSULTA

El primer seguimiento del embarazo se sugiere realizarse ante la primera falta menstrual, y antes de las 12 semanas de amenorrea. Sin embargo, independientemente de la edad gestacional en el momento de la primera consulta, todas las mujeres embarazadas serán valoradas de acuerdo a las normas para la primera consulta y las subsiguientes.

Acciones generales:

Abrir historia clínica, carné obstétrico perinatal, e historia clínica base (Sistema Informático Perinatal - SIP). Con respecto al SIP, el Estado lo utilizará como documento oficial para el análisis de indicadores de salud de nuestro país, por lo que se alienta a las diferentes instituciones a controlar el llenado del mismo en forma completa y veraz. Asimismo, es deseable que cada institución cuente con el software apropiado para el ingreso de los datos del SIP y su posterior análisis (el mismo puede ser obtenido en la dirección de registro del MSP, o en la página web del CLAP: <http://www.clap.ops-oms.org>).

Dejar constancia de peso, altura y presión arterial previa al embarazo.

Acciones Específicas:

Informar sobre síntomas y signos fisiológicos y anormales de acuerdo a la etapa del embarazo que se encuentre.

Se explicarán nociones sobre alimentación en el embarazo y lactancia según el “Manual para la Promoción de Prácticas Saludables de Alimentación en la Población Uruguaya” (junio 2005, MSP).

Anamnesis del embarazo incluyendo la Fecha de Última Menstruación (FUM), y el cálculo de la edad gestacional y fecha probable de parto.

Antecedentes obstétricos, personales, familiares, conyugales, inmunitarios y socio económicos y culturales. Se investigarán situaciones de violencia doméstica.

Examen Físico general, examen de mamas (valorando si son aptas para la lactancia y técnicas para la preparación de la areola y pezón) ginecológico y obstétrico, destacando que debe realizarse una inspección profunda del cuello uterino y toma de colpocitología oncológica cuando no esté vigente.

Tamizaje paraclínico:

Clasificación sanguínea y allo anticuerpos (independientemente del status Rh)
Hemograma para valorar anemia, leucocitosis y recuento plaquetario
Serología de Sífilis, HIV, Rubéola y Chagas (estas dos últimas cuando corresponda)
Glicemia en ayunas
Urocultivo y examen de orina para valorar proteinuria
Ecografía obstétrica en primer o segundo trimestre para ajustar edad gestacional

**PROGRAMA NACIONAL PRIORITARIO DE SALUD DE LA MUJER Y GÉNERO
MSP**

Si el profesional a cargo del seguimiento del embarazo lo cree necesario, este esquema puede ser modificado en cuanto a los exámenes paraclínicos a solicitar y/o con respecto a la frecuencia señalada.

TABLA 1

AMENORREA	PAPANICOLAOU	ABO Y Rh	HEMOGRAMA	VDRL /RPR	HIV	HEP B	GLICEMIA	PTOG	TOXOPLASMOSIS	ORINA	UROCULTIVO	EGB	ECOGRAFIA
1er CONTROL	X*	X	X	X	X		X		X	X	X		X
20		X**											X
24		X**											
28		X**	X	X	X			X***	X****	X	X		
32													
34													
36						X		X****	X	X	X	X	X
37													
38									X				
39													
40										X			

* Cuando no esté vigente

** De ser Rh(-) C(-)

*** De tener factores de riesgo para Diabetes Gestacional

**** En caso de ser IgG(-)

CONSULTAS SUBSIGUIENTES

Acciones Generales

Actualizar la historia clínica, y se pedirá y discutirán los exámenes de tamizaje solicitados en la consulta anterior. Se identificará a las mujeres que necesitarán cuidados adicionales.

Acciones Específicas

Informar sobre síntomas y signos fisiológicos y anormales de acuerdo a la etapa del embarazo que se encuentre. El equipo de salud indagará sobre el estado de ánimo de la mujer y su empatía con su embarazo. Es importante destacar los signos de alarma por los cuales debería consultar en forma inmediata, como por ejemplo: genitorragia, hidrorrea, fiebre mayor de 38°C, contracciones uterinas dolorosas, disminución de movimientos fetales, cefaleas intensas, ganancia ponderal deficitaria o excesiva.

Anamnesis destinada a valorar la evolución del embarazo y descartar posibles patologías intercurrentes.

1er T: Exposición a teratógenos, náuseas y vómitos, genitorragia e infecciones genitales bajas. Recordar que una mujer embarazada puede realizarse radiografías, si estas son necesarias. No ocurre lo mismo con respecto al examen tomográfico (TAC),

en caso de necesitar este tipo de estudio se preferirá la resonancia magnética nuclear (RMN).

2do T: Genitorragia, infecciones urinarias y genitales bajas, inicio de movimientos fetales.

3er T: Genitorragia, infecciones urinarias y genitales bajas, movimientos fetales, síndrome funcional hipertensivo, hidrorrea, contracciones uterinas dolorosas.

Examen clínico general y obstétrico

Seguimiento de la curva de altura uterina

Auscultación de latidos fetales a partir de las 26 semanas

Diagnóstico de presentación fetal a partir de las 36 semanas

Valorar región lumbar

Examen genital cuando corresponda

Aquellas mujeres con anemia ($Hb < 11g/dl$ en el segundo trimestre y $Hb < 10.5g/dl$ a partir del tercer trimestre)⁷ se comenzará tratamiento con suplemento de hierro.⁸

La evidencia científica no es concluyente a favor de las siguientes acciones durante el seguimiento del embarazo normal, por lo cual se desaconseja:

- Tacto genital de rutina como predictor de prematuridad o desproporción cefalopélvica.⁹
- Doppler feto-materno-placentario de rutina en embarazos normales.¹⁰⁻¹²
- Uso de tocolíticos más allá de 48hrs.¹³
- Suplemento con hierro en forma profiláctica en mujeres que no tengan anemia y no tengan factores de riesgo para desarrollarla.¹⁴

Existe suficiente evidencia científica como para aconsejar:

- Toda mujer debería tener la posibilidad de acceder a orientación, educación e información, si así lo solicita o requiere.
- La edad gestacional calculada por ecografía mediante LCC en el primer trimestre o DBP en el segundo trimestre, es más fiel que la calculada por amenorrea.¹⁵
- Continuar con su actividad laboral, salvo que su trabajo presente condiciones de riesgo para el embarazo.¹⁶
- Uso de suplemento de ácido fólico (400mcg/día) desde antes del embarazo hasta las doce semanas.¹⁷ Se indicarán 4 mg/día en aquellas mujeres con antecedentes de defectos del tubo neural en gestaciones anteriores.
- Indicar suplemento de hierro (60mg de hierro elemental con 0.5mg de ácido fólico cada 12 horas por 90 días consecutivos) solamente a aquellas mujeres que presenten anemia (Hemoglobina $< 11g/dl$ en primer y segundo trimestre, y < 10.5 en el tercer trimestre). Se recomienda el suplemento profiláctico con hierro y ácido fólico en poblaciones con alta frecuencia de mujeres anémicas durante el embarazo (más del 20%).¹⁴
- Informar que el suplemento de Vitamina A mayor de 700 mcg/día puede ser teratogénico, y debe ser evitado. Estas cantidades pueden ser encontradas en ciertos alimentos como por ejemplo el hígado, por lo cual este alimento se desaconseja durante el embarazo.¹⁸

- Informar que no existe evidencia científica para recomendar el suplemento de vitamina A¹⁹, B6²⁰, C²¹, D²² y E²³ durante el embarazo normal.
- La prescripción de medicinas durante el embarazo debe minimizarse y limitada a aquellas circunstancias en que los beneficios superen los perjuicios, fundamentalmente en las primeras 12 semanas de embarazo.²⁴
- Aquellas mujeres con riesgo de prematurez se benefician con la indicación de corticoesteroides (Dexametasona) entre las 24 y 34 semanas de amenorrea. No existe suficiente evidencia para preferir el uso de dosis única o cíclica.^{25, 26}
- Comenzar o continuar ejercicios físicos recreativos no se asocia a resultados adversos. Los deportes de contacto, competitivos y excesivos pueden ser perjudiciales.²⁷
- No existe evidencia científica que justifique desalentar la continuidad de la vida sexual habitual de la mujer usuaria, salvo que existan contraindicaciones específicas o que la propia mujer así lo desee.²⁸
- El tabaquismo se ha asociado a malos resultados perinatales.²⁹
- El consumo de alcohol³⁰, cocaína y pasta base se vincula con malos resultados perinatales. Existe un grupo de mujeres no identificables previamente, en que la afectación fetal es independiente de la cantidad de alcohol consumida.³¹
- Los viajes en avión prolongados, se asocian a trombosis venosa de MMII, por lo que se aconseja el uso de medias compresivas.³²
- El uso de cinturón de seguridad debe ser de tres puntas, y debe ubicarse por encima y debajo del abdomen a partir de la mitad del embarazo.³³
- Es común un aumento fisiológico del flujo vaginal. Si este tiene mal olor, no es transparente, causa prurito y/o ardor, y/o presenta disuria vulvar, puede corresponder a un cuadro infeccioso.

SITUACIONES ESPECIALES

▪ **Vacuna Antitetánica no vigente.** A las mujeres que no tengan vigente la vacuna antitetánica se aconsejará administrársela entre las 26 y 32 semanas de amenorrea; en aquellos casos en los que se dude sobre la continuidad del seguimiento del embarazo, se podrá administrársela a cualquier edad gestacional.³⁴

▪ **Rh negativo.** A las mujeres Rh negativas no inmunizadas se recomienda administrar inmunoglobulina anti D 250 a 300mcg IM entre las 28 y 32 semanas e inmediatamente después del parto (idealmente en las primeras 72hrs. pero si bien disminuye su eficacia, se puede administrar con fines profilácticos hasta 4 semanas después).³⁵ Luego del parto se puede administrar 120mcg IV (WinRho Sdf®) en vez de la administración IM. Una vez administrada esta medicación, no se solicitará Test de Coombs por 8 semanas y se avisará al Pediatra o Neonatólogo de esta situación. También debe administrarse en el aborto, óbito fetal, embarazo ectópico, enfermedades trofoblásticas gestacionales, amniocentesis, biopsia vellositaria o cordocentesis. Ante sospecha de hemorragia feto-materna mayor, se recomienda ajustar la dosis según test de Kleihauer Betke, citometría de flujo o similar.

▪ **Embarazo de 41 semanas.** Al cumplir las 41 semanas de amenorrea, de no presentar contraindicaciones, se le realizará la maniobra de Hamilton³⁶ (decolamiento de membranas) y posteriormente se le ofrecerá la oportunidad de inducción farmacológica del trabajo de parto con monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal.³⁷ De no presentar un cuello favorable para la inducción con oxitocina, y

no presentar contraindicaciones, se ofrecerá la oportunidad de utilizar Misoprostol® vaginal (25mcg cada 4hrs.).³⁸ La vigilancia de la salud fetal a partir de las 41 semanas es controversial.

▪ **Rotura Prematura de Membranas Ovulares.** La administración de antibióticos luego de una RPMO está asociada con un retraso en el parto y una reducción en los principales marcadores de morbilidad neonatal. Estos datos respaldan el uso rutinario de antibióticos en la rotura prematura de membranas. La elección del antibiótico de preferencia resulta menos clara. La combinación de amoxicilina + ácido clavulánico debería evitarse en mujeres que presentan riesgo de parto prematuro debido al mayor riesgo de enterocolitis necrotizante neonatal. A partir de la evidencia disponible, la eritromicina parecería ser la mejor opción.³⁹

▪ **Estreptococo del grupo B.** Se aconseja realizar tamizaje con exudado rectal y del tercio inferior de la vagina a toda mujer embarazada entre las 35 y 37 semanas de amenorrea.⁴⁰ De ser (+), al diagnosticarse trabajo de parto se comenzará con antibióticos:⁴¹

- a) Primera elección: Penicilina cristalina 5.000.000UI IV y luego 2.500.000UI IV cada 4 hrs. hasta el nacimiento.^{42, 43}
- b) Segunda elección: Ampicilina 2gr IV y luego 1gr IV cada 4hrs hasta el nacimiento.⁴²
- c) Ante mujeres alérgicas a la penicilina sin riesgo de anafilaxis, se aconseja Cefazolina 2gr IV y luego 1gr IV cada 4 hrs.⁴²
- d) Si existe riesgo de anafilaxis, Clindamicina 900mg IV cada 8hrs.^{42, 44}

Si no se realizó tamizaje, se tratarán en forma profiláctica todas las mujeres embarazadas con riesgo de presentar infección:^{40-42, 44}

Trabajo de parto de pretérmino

Rotura Prematura de Membranas Ovulares de más de 18hrs

Fiebre durante el trabajo de parto

Infección Urinaria a Estreptococo del grupo B

Antecedente obstétrico de recién nacido con infección a Estreptococo del grupo B

En caso de cesárea de elección con membranas íntegras, no se realizará profilaxis con antibióticos independientemente de que sea portadora o no.^{40-42, 44}

▪ **Diabetes Gestacional.** En la primera consulta se realizará una glicemia en ayunas para el diagnóstico de DG. Si la mujer no presenta factores de riesgo, no se realizará más tamizaje para este diagnóstico.⁴⁵⁻⁴⁹ Si presenta factores de riesgo, se solicitará una Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa entre la semana 24 a 28.⁴⁵⁻⁴⁹

Son factores de riesgo:

Edad materna > o igual a 25 años

Índice de masa corporal previa al embarazo > 27

Antecedente Personal de DG o intolerancia a la glucosa

Antecedente Familiar de primer grado de diabetes

Historia Obstétrica de mal resultado perinatal

En el presente embarazo: Macrosomía fetal, polihidramnios, malformación fetal, infecciones genitales bajas y/o del tránsito urinario a repetición.

▪ **Sífilis.** Actualmente existe un resurgimiento de esta enfermedad en nuestro país, en la región y en el mundo. En estas condiciones, la OMS y el Programa ITS-SIDA del MSP sugieren las siguientes acciones:

Tamizaje con pruebas no treponémicas (VDRL, RPR -Rapid Plasma Reagin-) en la primera consulta, y de ser negativa se repite a las 30-32 semanas. En usuarias de riesgo realizar consultoría y tamizaje en cada consulta si fuera necesario.⁶

Actualmente se está utilizando como Test Rápido a “Hexagon Syphilis”, una prueba treponémica cualitativa; de ser positiva se inicia el tratamiento, pero deberá solicitarse de todas formas VDRL o RPR.

En mujeres con VDRL o RPR positivo, indistintamente a la dilución hallada, se debe iniciar tratamiento aún sin contar con el resultado de pruebas específicas (TPHA, FTA-abs).⁶

El tratamiento de la mujer embarazada lúética debe realizarse con Penicilina Benzatínica 2.400.000 UI. El uso de cualquier otra medicación puede ser efectiva para la madre pero no está comprobado científicamente que proteja al feto.⁵⁰

En el caso de alergia a la penicilina, se deberá internar a la mujer para realizar una desensibilización, y posteriormente realizar el tratamiento con Penicilina Benzatínica.⁵¹

Si la lúes tiene menos de un año de duración, se indicará dos dosis (una por semana).

Si la lúes tiene más de un año de duración, o se desconoce esta variable, se indicará tres dosis (una por semana).

Debe existir un mes libre de tratamiento, para considerar que el recién nacido se encuentra protegido.

Debe informarse a la madre, que aún realizando un tratamiento adecuado, existe un pequeño porcentaje de fetos en que el tratamiento no será efectivo.

Ante el diagnóstico de Sífilis, debe notificarse al MSP (UVISAP) tel. 4009958 – 4091200.

Es imperativo captar a los contactos sexuales para su tratamiento.

De hacerse los siguientes diagnósticos, proceder como se indica:

- Diabetes: derivar; debe tener cuidado continuo con especialista.
- Cardiopatía y/o HTA crónica: derivar; continuar de acuerdo al diagnóstico del especialista.
 - Presión arterial $> \text{ó} = 140/90$ mmHg en dos oportunidades separadas al menos 2 horas entre sí (ideal 6 horas): derivar para evaluación.
 - Nefropatía: derivar; continuar de acuerdo al consejo del especialista.
 - Epilepsia: dar consejo sobre medicación continua.
 - Abuso de drogas: derivar para cuidados especializados.
 - VIH positivo: asesorar sobre la práctica de sexo seguro y sobre el riesgo para el neonato y el compañero; y derivar para tratamiento y prevención de la transmisión vertical. Actuar de acuerdo con las guías clínicas de “atención a la mujer embarazada viviendo con VIH” (marzo 2006, MSP).
 - Antecedentes familiares de enfermedad genética: derivar a especialista.
 - Mortinato previo: derivar; continuar de acuerdo al consejo del especialista.
 - Neonato previo con restricción de crecimiento (RCIU): derivar al nivel de atención superior y continuar según consejo del especialista.
 - Cesárea previa: destacar que el parto debe ser realizado en lugar donde se pueda realizar una cesárea de urgencia.
 - Índice de Masa Corporal (IMC) (peso en kg/altura m^2): evaluación nutricional si $\text{IMC} < 18,5$ ó $\geq 32,3$ kg/m^2 .

- Amenaza de parto de pretérmino: derivar a centro que cuente con cuidados neonatales acordes a la prematuridad, y valorar posibilidad de inducir madurez pulmonar y tocolisis.

Tamizaje de patología infecciosa en mujeres asintomáticas

- Bacteriuria asintomática: Se realiza en forma trimestral, ya que su tratamiento ha demostrado mejorar los resultados perinatales.⁵²
- Vaginosis bacteriana: La VB sintomática se asocia a prematuridad, y el tratamiento de esas mujeres debe ser realizado con amoxicilina, metronidazol o eritromicina.⁵³ No se recomienda su investigación en mujeres asintomáticas, porque en ellas no se ha demostrado que esta infección empeore los resultados perinatales.
- Chlamydia Trachomatis: La infección sintomática se asocia con RCIU y prematuridad.⁵⁴ No se recomienda su investigación en mujeres asintomáticas ya que la evidencia científica es controversial en cuanto a los efectos adversos de este germen en la mujer embarazada asintomática.
- Citomegalovirus: La evidencia científica no aconseja la investigación de citomegalovirus durante el embarazo, ya que no es posible conocer (con técnicas no invasivas) que recién nacido/a nacerá infectada/o, cual de ellos/as desarrollará secuelas graves y no existen vacunas preventivas.^{34, 55, 56} La utilización de técnicas invasivas son discutibles por la ausencia de tratamientos efectivos intraútero.
- Toxoplasmosis: En nuestro país se realiza detección de Toxoplasmosis en la primera consulta del embarazo. De ser IgG positivo, no se vuelve a repetir el test. De ser IgG negativo, se repite el test en forma mensual y se informa sobre prevención:
Lavarse las manos antes de manipular alimentos
Lavar las frutas y verduras antes de ingerirlas
Preferir los alimentos cocidos
Evitar las tareas de jardinería, o realizarlas con guantes
Evitar el contacto con heces de gato
- Hepatitis B: Debe realizarse su tamizaje en el tercer trimestre, ya que puede indicar intervenciones postnatales para disminuir la probabilidad de infección del/ de la recién nacido/a.³⁴
- Hepatitis C: No se recomienda su tamizaje porque los estudios de costo-efectividad no son concluyentes.^{34, 57}
- HIV: Debe buscarse durante el embarazo, porque pueden realizarse intervenciones para disminuir la infección vertical.^{58, 59}
- Rubéola: Se debe valorar a aquellas mujeres no vacunadas con la intención de aconsejar medidas para disminuir la probabilidad de contagio durante el embarazo, y vacunar luego del mismo. En el caso de haber extraviado el carné de vacunación, se solicitará anticuerpos solamente ante un contacto. De haber sido vacunada, no se solicitará investigación de anticuerpos.⁶⁰

COMENTARIOS

- Tiempo para discusión

Se debe entablar el diálogo con la mujer buscando la mejor condición para escuchar y ser escuchado.

- Seguimiento de la Presión Arterial

Debe recordarse que la PA debe tomarse con un instrumento adecuado al perímetro del brazo, y tras 20 minutos de reposo, en una mujer que no haya ingerido café ni tabaco en las dos horas anteriores. Los valores de normalidad son menores a 140/90 mmHg en todo el embarazo, y para hacer diagnóstico de estado hipertensivo del embarazo se requieren dos tomas de PA anormal separadas 6hrs. entre sí.⁶¹

- Estados Hipertensivos del Embarazo

Para el diagnóstico de Preeclampsia se preferirá la proteinuria de 24 hrs a la muestra aislada.⁶¹ El edema ha dejado de ser un marcador de preeclampsia.⁶¹ En mujeres hipertensas crónicas sin afectación renal, la evidencia científica no justifica el uso de antihipertensivos si las cifras se mantienen (en forma habitual) por debajo de 160/110mmHg.⁶¹⁻⁶³

- Examen de Orina

Se solicita para la detección de proteinuria y signos inespecíficos de infección en el sedimento (eritrocitos, proteinuria, más de 5 leucocitos por campo mayor, esterasa leucocitaria y/o nitritos).

- Urocultivo

Se solicita con la finalidad de detectar bacteriuria asintomática (cultivo > ó igual a 100.000 col/ml).

- Altura Uterina

La evidencia científica ha demostrado que es un buen predictor de bajo peso al nacer y debe medirse a partir de las 24s. Pierde sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de RCIU, fundamentalmente cuando no es medida por el mismo técnico, pero sigue siendo un método útil de tamizaje para seleccionar embarazadas para otras técnicas diagnósticas.^{1, 34, 64}

- Semiología obstétrica

Es importante para estimar peso fetal, cantidad de líquido amniótico, tono uterino, y a partir de las 36 semanas la presentación fetal.

- Pelvimetría

No ha demostrado ser efectiva la pelvimetría clínica ni radiológica para detectar desproporción feto pélvica en embarazos normales.^{1, 64, 65}

- Movimientos fetales

La monitorización de rutina de los movimientos fetales en embarazos normales no ha demostrado ser efectiva en prevenir muertes fetales.^{1, 34}

- Miembros inferiores

Aquellas mujeres con várices en los miembros inferiores y que realizan tareas donde están largo tiempo sentadas o paradas, deben realizar ejercicios que interrumpan esta situación.³⁴

- Edemas

El 50-80% de las embarazadas tienen edemas de MMII. Solo será signo de alarma cuando es de rápida instalación, y/o compromete cara o espalda.

- Ecografía Obstétrica

En embarazos normales, la evidencia científica es clara en que no se han mejorado los resultados perinatales al realizar más de dos ecografías (una en el primer trimestre y otra entre las 18 y 24 semanas). La ecografía en el tercer trimestre, en embarazos normales, ha aumentado la tocurgia sin mejorar los resultados perinatales.⁶⁶ No obstante, los estudios de satisfacción de la mujer en aquellos sugieren que ellas prefieren realizarse más estudios ecográficos.

- Eco-doppler feto-materno-placentario

Este examen ha demostrado su eficacia en embarazos de alto riesgo cuando se sospecha insuficiencia placentaria, fundamentalmente al diagnosticar RCIU o hipertensión arterial, mediante el registro de la arteria umbilical.¹⁰⁻¹² Su eficacia en embarazos de bajo riesgo no ha sido demostrada.¹²

- Cardiotocograma fetal basal

No se justifica desde el punto de vista asistencial, la solicitud rutinaria de CTG basal para valorar la salud fetal en embarazos normales. Solo ha sido demostrado que mejora los resultados perinatales cuando se sospechan situaciones de hipoxemia, como genitorragia o disminución de movimientos fetales.⁶⁷

- Flujo Vaginal

Explicar que durante el embarazo es normal un aumento en la cantidad del flujo vaginal habitual. Los siguientes síntomas son sugestivos de infección: fetidez, coloración no transparente, prurito y/o ardor.

El tratamiento vía oral del flujo en el embarazo es incierto, por lo que se prefiere la vía vaginal.³⁴

- Hemorroides

No existen muchos trabajos con respecto a la prevención y tratamiento de las hemorroides en el embarazo. Se sugiere cambios en hábitos alimentarios y el uso de cremas antihemorroidales.³⁴

- Medición del cuello uterino

La medición del cuello uterino por ecografía transvaginal se asocia con prematuridad cuando es menor de 30mm, sin embargo la evidencia no ha demostrado que se mejoren los resultados perinatales, por lo que no se aconseja su realización como tamizaje de embarazos normales.^{34, 68}

- Estreñimiento

Para este trastorno debe recomendarse cambio en hábitos alimentarios y suplementos a base de fibras.³⁴

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS				FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS CIVIL		casada		Lugar del control prenatal	
NOMBRE APELLIDO				dia mes año		blanca indígena mestiza negra otra		ninguno primario secundario univers		ESTADO CIVIL: casada, unión estable, soltera, otro		vive sola		Lugar del parto	
DOMICILIO TELEF.				EDAD (años)											
LOCALIDAD				< de 15 > de 15 > de 35											
FAMILIARES				PERSONALES				OBSTETRICOS				FIN EMBARAZO ANTERIOR			
no si				no si				gestas previas abortos vaginales nacidos vivos viven				dia mes año			
TBC diabetes hipertensión preclampsia eclampsia otra cond. médica grave				cirugía genito-urinaña infeccid. cardiopat. nefropatía violencia				ULTIMO PREVIO n/c <2500g normal >4000g				muertos 1º sem. después 1º sem.			
				Antecedente de gemelares				partos cesáreas nacidos muertos				EMBARAZO PLANEAADO si no FRACASO METODO ANTICONCEP			
GESTACION ACTUAL				EG CONFIABLE por FUM				FUM ACT FUM PAS DROGAS ALCOHOL VIOLENCIA				ANTIRUBEOLA ANTITETANICA EX NORMAL			
PESO ANTERIOR TALLA (cm)				FUM dia mes año				1º trim 2º trim 3º trim				vigente si no DOSIS 1º 2º mes gestación			
kg				dia mes año				no si				si no			
CERVIIX				GRUPO Rh				TOXOPLASMOSIS				VIH <20 sem >20 sem			
Inep visual PAP COLP				Inmuniz. no si				no se hizo <20 sem IgG >20 sem IgG 1º consulta IgM				no si			
CHAGAS				BACTERIURIA sem. normal anormal				GLUCEMIA EN AYUNAS				ESTREPTOCOCCO B 35-37 semanas			
no se hizo				sem. normal anormal				<20 sem >105 g/dl >30 sem				no si			
CONSULTAS ANTEMATALES				edad gest. peso PA				altura uterina presen. tacion FCF (pm) movim. fetales				signos de alarma, exámenes, tratamientos			
dia mes año				edad gest. peso PA				altura uterina presen. tacion FCF (pm) movim. fetales				signos de alarma, exámenes, tratamientos			
PARTO ABORTO				HOSPITALIZ en EMBARAZO				CORTICOIDES ANTEMATALES				RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO			
FECHA DE INGRESO CONSULTAS PRE-NATALES total				en dias				completo incompleto ninguna n/c				dia mes año			
CARNÉ				no si				si no				hora min temp. > 38°C			
hora min posición PA / pulso cont./10				dilatación altura present. viciación posic. meconio FCF/dips				no si				EDAD GEST. al parto PRESENTACION SITUACION TAMARO FETAL ACORDE ACOMPAÑANTE			
no si				no si				no si				semanas dias cefálica pelviana transversa			
TRABAJO DE PARTO				ENFERMEDADES				HTA previa HTA inducida embarazo preeclampsia eclampsia cardiopatía nefropatía diabetes				infec. ovular infec. urinaria amenaza parto preter. R.C.U. rotura prem. de membranas anemia otra cond. grave			
NACIMIENTO VIVO MUERTO				MÚLTIPLE orden				TERMINACION espont. cesárea otra				INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO			
ante parto ignora momento				si no				si no				INDUC OPER. código			
POSICION PARTO seritada acostada				DESGARROS Grado (1 a 4)				OCITOCICOS preinamb. postinamb. si no				FLACENTA completa retenida			
si no				si no				si no				si no			
RECEN NACIDO				P. CEFALICO cm				EDAD GESTACIONAL sem. dias				PESO E.G. APGAR (mm)			
SEXO PESO AL NACER LONGITUD cm				ESTIMADA				FUM ECO				estimulac. aspiración máscara oxígeno masaje tubo			
si no				g				cm				no si			
DEFECTOS CONGENITOS				ENFERMEDADES				TAMIZAJE NEONATAL VDRL TSH Hbpatia Bilirub				Mecorio 1º dia			
no menor mayor				ninguna 1 o más				no si				no si			
EGRESO RN vivo fallece traslado				fallece durante o en lugar de traslado				EDAD AL ALTA lact. excl. parcial artificial				Beca si no BCG			
dia mes hora min lugar				no si <1 dia				no si				si no			
Certificado Recien Nacido				Nº Hist. Clínica Recien Nacido				Nombre Recien Nacido				Responsable			
Nombre Recien Nacido				Responsable				EGRESO MATERNO traslado lugar				ANTIRUBEOLA POST PARTO vigente si no			
Nombre Recien Nacido				Responsable				viva fallece durante o en lugar de traslado				ANTICONCEPCION CONSEJERIA si no			
Nombre Recien Nacido				Responsable				viva fallece durante o en lugar de traslado				METODO ELEGIDO DIU postevento DIU natural barrera otro hormonal ninguno			

PROGRAMA NACIONAL PRIORITARIO DE SALUD DE LA MUJER Y GÉNERO MSP

En el año 1990 a instancias del Dr. Roberto Caldeyro Barcia, el Poder Ejecutivo (decreto 410/90) dispone el uso del SIP para todas las instituciones públicas y privadas del país. La actual administración ha adoptado a la historia clínica perinatal como instrumento oficial de registro y evaluación del control de la mujer embarazada y perinatal.

Los formularios (historia clínica perinatal y carné de control perinatal) son retirados por cada Institución en el Ministerio de Salud Pública, 18 de Julio 1892, Unidad de Información Nacional en Salud (UINS), Oficina 407, 4to piso de 8:00 a 17:00 hrs.

La base de datos debe ser enviada por cada institución en forma mensual al MSP – UINS, Área SIP. e-mail: sip@msp.gub.uy

Se recomienda que la base de datos sea enviada “zipiada” (Programa WinZip o WinRar) y por CD, esta es una forma de que la base tenga un respaldo externo a la Institución.

La información general de cada institución podrá ser observada, actualizada en forma trimestral, en la página web del MSP (www.msp.gub.uy).

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL Versión 1.45

Configuración Historia Clínica Selección Análisis Administración Acerca de

c:\sip2000\sipmsp2004.mdb 23/04/2007

Organización Panamericana de la Salud

CLAP (OPS/OMS)
Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano

Salud de la Familia y de la Comunidad (FCH)-Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL
Consolidado 2004 MDB

CLAP (OPS/OMS)
Casilla de correo 627
11000 Montevideo
URUGUAY

Tel.: +598 2 487 2929
Fax.: +598 2 487 2593
postmaster@clap.ops-oms.org
<http://www.clap.ops-oms.org>

[Español](#) [English](#) [Portugués](#) [Hollands](#) [Français](#)

CLAP-OPS/OMS

Inicio presentacion SIP Nuevo Programa SIP TallerSIP-Present... sip2000 SISTEMA INFOR... ES 08:22 p.m.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHALMERS B, MANGIATERRA V, PORTER R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 2001; 28: 202-207.
2. VILLAR J, BERGSJO P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies, and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. *WHO Reproductive Health Library* 1999 Issue 2.
3. VILLAR J, KHAN-NEELOFUR D. Patterns of routine antenatal care for low – risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003;(1).
4. BERGSJO P. Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence, WHO;2001.
5. Revised ACIP recommendation for avoiding pregnancy after receiving a rubella-containing vaccine. *MMWR–Morbidity and Mortality Weekly Report* 2001;50:1117.
6. CDC. Sexually transmitted diseases. Treatment guidelines for pregnant women. 2006. <http://www.cdc.gov/std/treatment/2006/specialpops.htm#specialpops1> Accessed: 20 de Diciembre de 2006.
7. RAMSEY M, JAMES D, STEER P, WEINER C, GORNIK B. Normal values in pregnancy. 2nd ed. London: WB Saunders; 2000.
8. PENA-ROSAS J, VITERI F. Efectos de la administración sistemática de suplementos de hierro por vía oral con o sin ácido fólico a embarazadas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4.
9. BUEKENS P, ALEXANDER S, BOUTSEN M, BLONDEL B, KAMINSKI M, REID M. Randomised controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy. *European Community Collaborative Study Group on Prenatal Screening. Lancet* 1994;344:841–4.
10. CHIEN P, ARNOTT N, GORDON A, OWEN P, KHAN K. How useful is uterine artery Doppler flow velocimetry in the prediction of preeclampsia, intrauterine growth retardation and perinatal death? An overview. *BJOG* 2000;107:196–208.
11. BRICKER L, NEILSON J. Ecografía Doppler en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4.
12. Neilson JP; Alfirevic Z. Doppler ultrasound for fetal assessment in high risk pregnancies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000073.
13. DODD J, CROWTHER C, DARE M, MIDDLETON P. Betamiméticos orales para el tratamiento de mantenimiento después de la amenaza de trabajo de parto prematuro (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4.
14. MAHOMED K. Iron and folate supplementation in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;(2).
15. SAVITZ D, TERRY J, DOLE N, THORP J, SIEGA-RIZ A, HERRING A. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;187:1660–6.
16. MOZURKEWICH E, LUKE B, AVNI M, WOLF F. Working conditions and adverse pregnancy outcome: A meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 2000;95:623–35.
17. LUMLEY J, WATSON L, WATSON M, BOWER C. Suplementación periconcepcional con folato y/o multivitaminas para la prevención de los defectos del tubo neural (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4.

PROGRAMA NACIONAL PRIORITARIO DE SALUD DE LA MUJER Y GÉNERO
MSP

18. DOLK H, NAU H, HUMMLER H, BARLOW S. Dietary vitamin A and teratogenic risk: European Teratology Society discussion paper. *European Journal Obstetrics and Gynecology Reproductive Biology* 1999;83:31–6.
19. VAN DEN BROEK N, KULIER R, GÜLMEZOGLU A, VILLAR J. Suplementación con vitamina A durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4.
20. THAVER D, SAEED M, BHUTTA Z. Suplemento de piridoxina (vitamina B6) en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4.
21. RUMBOLD A, CROWTHER C. Suplemento de vitamina C durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4.
22. MAHOMED K, GULMEZOGLU A. Suplementos de vitamina D durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4.
23. RUMBOLD A, CROWTHER C. Suplementos de vitamina E en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4.
24. British Medical Association, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. *British National Formulary*. London: March 2003. p439–40.
25. ROBERTS D, DALZIEL S. Corticosteroides prenatales para la aceleración de la maduración del pulmón fetal en mujeres con riesgo de parto prematuro (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4.
26. CROWTHER C, HARDING J. Dosis repetidas de corticoesteroides prenatales administradas a mujeres con riesgo de parto prematuro para la prevención de enfermedades respiratorias neonatales (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4.
27. KRAMER M, MCDONALD S. Ejercicio aeróbico durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4.
28. KLEBANOFF M, NUGENT R, RHOADS G. Coitus during pregnancy: is it safe? *Lancet* 1984;2:914–7.
29. CASTLES A, ADAMS E, MELVIN C, KELSCH C, BOULTON M. Effects of smoking during pregnancy: Five meta-analyses. *American Journal of Preventive Medicine* 1999;16:208–15.
30. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Alcohol consumption in pregnancy. Guideline No. 9. 1999.
31. BONTHIUS D, OLSON H, THOMAS J. Proceedings of the 2006 annual meeting of the Fetal Alcohol Spectrum Disorders Study Group. *Alcohol*. 2006 Aug;40(1):61-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=17157721&query_hl=1&itool=pubmed_docsum
Accessed: 15 de Diciembre de 2006 (Full text Available at ELSEVIER).
32. CLARKE M, HOPEWELL S, JUSZCZAK E, EISINGA A, KJELDSTRØM M. Medias de compresión para la prevención de la trombosis venosa profunda en pasajeros de líneas aéreas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4.
33. JOHNSON H, PRING D. Car seatbelts in pregnancy: the practice and knowledge of pregnant women remain causes for concern. *BJOG* 2000;107:644–7.

34. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. 2003.
35. UK Blood Transfusion Services. Guidelines for the Blood Transfusion Service. 6th ed. London; TSO; 2002.
[www.transfusionguidelines.org.uk/uk_guidelines/ukbts6_01.html] Accessed 20 de Noviembre de 2006.
36. BOULVAIN M, FRASER W, MARCOUX S, et al. Does sweeping of the membranes reduce the need for formal induction of labour? A randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998;105:34–40.
37. CROWLEY P. Intervenciones para prevenir o mejorar el resultado del parto a término o postérmino (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4.
38. HOFMEYR G, GÜLMEZOGLU A. Misoprostol vaginal para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4.
39. KENYON S, BOULVAIN M, NEILSON J. Antibióticos para la rotura prematura de membranas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4.
40. CDC, Revised Guidelines. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. August 16, 2002/51(RR11);1-22.
41. SMAILL F. Intrapartum antibiotics for group B streptococcal colonisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999;(3):1–5.
42. MONEY D, S D. The prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease. *J Obstet Gynaecol Can* 2004;26(9):826-32.
43. AMSTEY M, GIBBS R. Is penicillin G a better choice than ampicillin for prophylaxis of neonatal group B streptococcal infections? *Obstet Gynecol* 1994;84(6):1058-9.
44. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention of early onset neonatal group B streptococcal disease. Guideline N°36. Nov 2003.
45. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 30, September 2001 (replaces Technical Bulletin Number 200, December 1994). Gestational diabetes. *Obstet Gynecol* 2001; 98:525–38.
46. American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1998;22 Suppl 1:S74–6.
47. METZGER B, COUSTAN D. Summary and recommendations of the Fourth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. The Organizing Committee. *Diabetes Care* 1998;21(Suppl 2):B161–7.
48. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1997;20:1183–97.
49. SCOTT D, LOVEMAN E, MCINTYRE L, LAUGH N. Screening for gestational diabetes: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2002;6(11). <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon611.pdf> Accessed: 10 de Diciembre de 2006.
50. WALKER G. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy [protocol]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;(2).
51. GOH B, VAN VOORST VADER P. European guideline for the management of syphilis. *International Journal of STD and AIDS*. 2001;12:14–26.

52. SMAILL F. Antibiotic treatment for symptomatic bacteriuria: antibiotic vs. no treatment for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;(3):1–5.
53. McDONALD H, BROCKLEHURST P, PARSONS J, VIGNESWARAN R. Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;(2):1–30.
54. FITZGERALD M, WELCH J, ROBINSON A, AHMED-JUSHUF I. Clinical guidelines and standards for the management of uncomplicated genital chlamydial infection. *International Journal of STD and AIDS* 1998;9:253–62.
55. NICE Guideline CG6. Antenatal care-routine care for the healthy pregnant woman. National Institute for Clinical Excellence. London: NICE, 2003.
56. PECKHAM C, COLEMAN J, HURLEY R, CHIN K, HENDERSON K, PREECE P. Cytomegalovirus infection in pregnancy: preliminary findings from a prospective study. *Lancet* 1983;1352–5.
57. WHITTLE M, PECKHAM C, ANIONWU E, ET A. Antenatal screening for hepatitis C. Working party report on screening for hepatitis C in the UK. January 2002. [www.nelh.nhs.uk/screening/antenatal_pps/Hep_C_NSC.pdf] Accessed 4 de Setiembre de 2006.
58. HANDFORD C, TYNAN A, RACKAL J, GLAZIER R. Ámbito y organización de la atención de personas que conviven con VIH/SIDA. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4.
59. BROCKLEHURST P. Intervenciones para la reducción del riesgo de transmisión vertical de la infección por VIH (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4.
60. MORGAN-CAPNER P, CROWCROFT N. Guidelines on the management of, and exposure to, rash illness in pregnancy (including consideration of relevant antibody screening programmes in pregnancy). On behalf of the PHLS joint working party of the advisory committees of virology and vaccines and immunisation. *Communicable Disease and Public Health/PHLS* 2002;5(1):59–71.
61. National High Blood Pressure Education Programme. Working Group Report on high blood pressure in pregnancy. NIH Publication 00-3029. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute; 2000. http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/heart/hbp/hbp_preg.pdf Accessed: 20 de Diciembre de 2006.
62. SIBAI B, MABIE W, SHAMSA F, VILLAR M, ANDERSON G. A comparison of no medication versus methyldopa or labetalol in chronic hypertension during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1990[b];162:960-7.
63. CUNNINGHAM F. Common complications of pregnancy: hypertensive disorders in pregnancy. In: Cunningham FG, editor. *Williams Obstetrics*. Stamford, CT: Appleton and Lange; 1997. p. 693-744.
64. ENKIN M, ET A. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. University Press. Oxford: Oxford University, 1996.
65. PATTINSON R. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;(3). 2001.
66. BRICKER L, NEILSON J. Ecografía de rutina para la última etapa del embarazo (después de 24 semanas de gestación) (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4.

PROGRAMA NACIONAL PRIORITARIO DE SALUD DE LA MUJER Y GÉNERO
MSP

67. PATTISON N, MCCOWAN L. Cardiotocografía para la evaluación fetal anteparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4.
68. IAMS J, GOLDENBERG R, MEIS P. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. New England Journal of Medicine 1996;334:567-72.