Ministerio
de Salud Pública

Dirección General
de la Salud

Área Programática
Salud Sexual y Salud Reproductiva

Área Programática
de Salud Integral de la Mujer

Recomendaciones para la atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio

Versión revisada y ampliada
Uruguay 2024

Autoridades

Ministra de Salud Pública
Dra. Cristina Lustemberg

Subsecretario
Dr. Leonel Briozzo

Directora General de Salud
Dra. Fernanda Nozar

Subdirector General de Salud
Dr. Gilberto Ríos

Asesor Responsable Área Programática
Salud Sexual y Salud Reproductiva

Dr. Rafael Aguirre

Equipo técnico

Coordinación general:

Dr. Rafael Aguirre
Dr. Fabián García

Responsables de redacción:

Dra. Luciana Miranda
Dr. Rafael Aguirre
Dr. Fabián García

Equipo técnico de revisión y validación:

Actualización 2019

Dr. Rafael Aguirre
MSP/Responsable Área Programática de Salud Integral de la Mujer.

Dra. Ana Visconti
MSP/Ex Responsable Área Programática de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Dr. Fabián García
MSP/Área Programática de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Lic. Florencia Forrisi
MSP/Área Programática de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Lic. Cristina Espasandín
MSP/Área Programática de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Dra. Susana Cabrera
MSP/Ex Responsable Área ITS-VIH/Sida.

Inst. Gabriela Trujillo
MSP/Ex Responsable Área Género.

Dra. Verónica Gallino
UDELAR/F. Medicina/Clínica Ginecotocológica A.

Dra. Verónica Fiol
UDELAR/F. Medicina /Clínica Ginecotocológica A.

Dr. Javier Ferreiro
UDELAR/F. Medicina /Clínica Ginecotocológica B.

Dr. Fernando Silvera
UDELAR/F. Medicina /Servicio Recién Nacidos - CHPR - ASSE.

Dr. Eduardo Mayans
Servicio Recién Nacidos - CHPR - ASSE.

Dr. Gerardo Vitureira
Sociedad de Ginecología del Uruguay.

Dra. Agustina Delfino
SUMEFAC

Obs. Part. Leticia Rumeu
Asociación Obstétrica del Uruguay.

Obs. Part. Natalia González
UDELAR/F. Medicina/ Escuela de Parteras.

Obs. Part. Eliana Martínez
UDELAR/ F. Medicina/ Escuela de Parteras.

Equipo técnico de revisión y validación:

Actualización 2024

Dr. Rafael Aguirre
Coordinador Área Programática de Salud Sexual y Salud Reproductiva. DIGESA. MSP

Dr. Fabián García
Área Programática de Salud Sexual y Salud Reproductiva. DIGESA. MSP

Dra. Luciana Miranda
Consultora UNFPA - Escuela de Parteras. Facultad de Medicina. UDELAR

Prof. MD, MsPH, PhD. Dr. Claudio Sosa
Profesor Titular Clínica Ginecotocológica C. Facultad de Medicina. UDELAR.
Consultor para la Organización Panamericana de la Salud. CLAP/ OPS-OMS.

Prof. Dr. Francisco Coppola
Profesor Titular Clínica Ginecotocológica B. Facultad de Medicina. UDELAR

Prof. Agda. Dra. Stephanie Viroga
Clínica Ginecotocológica A. Facultad de Medicina. UDELAR

Prof. Dra. Fernanda Blasina
Profesora Titular Unidad Académica Neonatología. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. UDELAR

Prof. Agda. Dra. Helena Sobrero
Unidad Académica Neonatología. CHPR. Facultad de Medicina. UDELAR

Prof. OP Eliana Martínez
Directora Escuela Parteras. Facultad de Medicina. UDELAR

Dra. MD, MSc, PhD Mariela Larrandaburu
Coordinadora Área Programática de Enfermedades Raras y Anomalías Congénitas. DIGESA. MSP

Dr. Steven Tapia Villacís
Asistente de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Director de la Unidad de Inmunizaciones – MSP

Dra. Nut Virginia Natero
Coordinadora Área Programática de Nutrición. DIGESA. MSP

Mag. Nut Ximena Moratorio
Área Programática de Nutrición. DIGESA. MSP

Mag. Nut Fabiana Peregalli
Área Programática de Nutrición. DIGESA. MSP

Dra. Reneé Diverio
Coordinadora Área Programática ITS – VIH / SIDA. DIGESA. MSP

Dra. Victoria Mainardi
Área Programática ITS – VIH / SIDA. DIGESA. MSP

Lic. Psic. Teresita Arrivillaga
Área Programática ITS – VIH / SIDA. DIGESA. MSP

Dra. Alejandra Moreira
Coordinadora Área Programática Salud Mental. DIGESA. MSP

Dra. Adriana Otheguy
Coordinadora Área Programática Salud Bucal. DIGESA. MSP

Dr. Matías Martínez
Área Programática Salud de la Niñez. DIGESA. MSP

Dra. Laura Batalla
Coordinadora Área Programática Adolescencia y Juventud. DIGESA. MSP

Sra. Paola Gatto
Coordinadora Área Programática Violencia basada en género y generaciones. DIGESA. MSP

Lic. Psic. Sonaly Da Silva.
Área Programática Violencia basada en género y generaciones. DIGESA. MSP

Dra. Mónica Gorgoroso
Referente Técnica Área SSYSR – Gerencia Asistencial ASSE

OP Fernanda Putti
Referente Área SSYSR - ASSE

OP Leticia Rumeu
Asociación Obstétrica del Uruguay

Índice

Índice de abreviaturas..... **11**
Introducción..... **16**
Marco legal y normativo..... **20**
Normativas Sanitarias Vigentes..... **28**
Concepto de riesgo..... **34**

Capítulo I. Orientación para la mujer embarazada y su familia..... 37

Capítulo 2. Embarazo..... 39

1. consulta previa a la gestación..... **40**
2. atención a la mujer con embarazo sin patología..... **48**
3. primera consulta..... **54**
4. consultas subsiguientes por trimestre..... **81**
5. acciones informativas y promotoras de la salud durante el embarazo..... **102**
6. embarazo de 41 semanas..... **119**
7. diagnóstico de complicaciones durante el embarazo y acciones específicas iniciales..... **119**
   a. Amenaza de parto de pretérmino..... **119**
   b. Rotura prematura de membranas ovulares..... **125**
   c. Estados hipertensivos del embarazo..... **125**
   d. Diabetes gestacional..... **132**
   e. Infecciones respiratorias y embarazo..... **139**
   f. Diagnóstico de sífilis..... **142**
   g. Diagnóstico infección por VIH..... **147**
   h. Infecciones genitales bajas..... **153**

8. Intervenciones no recomendadas según la estrategia de medicina basada en la evidencia..... **155**

Capítulo 3. Trabajo de parto y parto..... 157

Función del dolor en el trabajo de parto y parto..... **158**
Situaciones especiales..... **166**

1. El embarazo sin control adecuado en cantidad y calidad durante el preparto..... **166**
2. La mujer con estreptococo del grupo B positivo..... **167**
3. Asistencia de la mujer embarazada con infección por VIH..... **167**
4. Inducción y conducción farmacológica del trabajo de parto y parto..... **167**
5. Manejo clínico del trabajo de parto en presencia de líquido amniótico meconial..... **168**
6. El parto instrumental..... **171**
7. La distocia de hombros..... **173**
8. La cesárea..... **174**
9. Parto vaginal después de una cesárea anterior..... **176**
10. Acretismo placentario..... **176**

Período de alumbramiento..... **178**

Recepción del recién nacido..... **186**

Capítulo 4. Asistencia del puerperio..... 199

Acciones específicas en cada período del puerperio..... **202**

Capítulo 5. Traslados Perinatales..... 228

Capítulo 6. Embarazo en poblaciones especiales..... 232

1. Abordaje de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo..... **233**
2. Sobrepeso y obesidad en el embarazo..... **238**
3. Embarazo en población migrante..... **243**
4. Mujeres privadas de libertad y embarazo..... **252**
5. Consumo problemático de sustancias en embarazo y lactancia..... **254**
6. Trastornos mentales perinatales y embarazo..... **259**

Referencias bibliográficas..... 264

Anexo..... 305

ACLARACIÓN:

Para la redacción de este documento se procuró favorecer el uso de un lenguaje inclusivo, evitando al mismo tiempo la recarga en la lectura producto del uso reiterado de "a/o", "as/os", "las/los" para finalizar palabras que puedan referir al género masculino o femenino. Para ello se optó por la utilización de fórmulas y términos neutros cuando fuera posible o del uso tanto del femenino como masculino en conjunto o alternadamente.

Para reforzar la importancia de promover la corresponsabilidad en las familias heteroparentales durante la planificación, control de embarazo, nacimiento y puerperio, en este documento se hará mención a "los padres", entendiendo que el equipo de salud debe conocer y contemplar en cada situación si está brindando asistencia a una familia monoparental u homoparental, así como tener presente cuál es el vínculo de la gestante con la persona que eligió para que la acompañe en cada etapa. Debe tenerse en cuenta, además, que nuestro país reconoce las identidades trans y protege a diversos tipos de familia, por lo que es de esperar que un varón trans pueda ser el gestante al que el control de embarazo va dirigido.

Índice de abreviaturas

ACSP	Asociación Canadiense de Salud Pública
ANEP	Administración Nacional de Educación Pública
ANONG	Asociación Nacional de Organizaciones No Gubernamentales
ASI	Abuso Sexual Infantil
APS	Atención Primaria de Salud
AUDEPP	Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CCR	Cáncer Colo-Rectal
CI	Congreso de Intendentes
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CNCLVD	Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica
COM	Comisión de las comunidades europeas
CUC	Colitis Ulcerosa Crónica
DLSP	Departamento del Laboratorio de Salud Pública
DRHSNIS	División Recursos Humanos del Sistema Nacional Integrado de Salud
EVBGG	Encuesta de Violencia basada en Género y Generaciones
FCC	Fibrocolonoscopía
FGN	Fiscalía General de la Nación
FLACSO	Facultades Latinoamericanas de Ciencias Sociales
DDHH	Derechos Humanos

DDSS	Derechos Sexuales
DDRR	Derechos Reproductivos
DE	Disfunción Eréctil
DLSP	Departamento de Laboratorios de Salud Pública
DSDR	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
DSH	Deseo Sexual Hipoactivo
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V
EBDH	Enfoque Basado en DDHH
ECOSOC	Consejo Económico Social de Naciones Unidas
HNE	Historia Natural de la Enfermedad
HSH	Hombres que Tienen Sexo con Hombres
HPB	Hiperplasia Benigna Prostática
HPV	Virus del Papiloma Humano
HTA	Hipertensión Arterial
IM	Intendencia de Montevideo
IMAN	Estrategia IMAN (Integración del manejo de los adolescentes y sus necesidades)
IMC	Índice de Masa Corporal
INAU	Instituto del Niño y del Adolescente en Uruguay
INE	Instituto Nacional de Estadística
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
ISRS	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
JUNASA	Junta Nacional de Salud
LGTBIQ	Lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, Intersexuales, Queer

MAC	Métodos Anticonceptivos
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MET	Equivalente Metabólico
MI	Ministerio del Interior
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MM	Morbimortalidad
MP	Medidas Prioritarias
MSP	Ministerio de Salud Pública
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala
MSYBSC	Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá
NNA	Niñas, Niños y Adolescentes
LGV	Linfogranuloma Venéreo
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OHCHR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
OIM	Organización Integral para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUMUJERES	Entidad de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer
ONUSIDA	Programa de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PA	Presión Arterial
PDE5	Enzima Fosfodiesterasa tipo 5
PJ	Poder Judicial
PNA	Primer Nivel de Atención
PNSA	Programa Nacional Salud Adolescente
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PR	Prueba Rápida
PS	Promoción de Salud

PSA	Antígeno Prostático Específico
RPR	Reagina Plasmática Rápida
RUCVDS	Red Uruguaya Contra la Violencia Doméstica y Sexual
SSA	Secretaría de Salud de México
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SOHi	Sangre Oculta en Heces inmunológico
SS y SR	Salud Sexual y Salud Reproductiva
SIDA	Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida
SIG	Sistema de Información en Género
SIPIAV	Sistema Integral de Protección a niños, niñas y adolescentes contra la Violencia
TR	Tacto Rectal
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación
UG	Uretritis Gonocóccica
UNG	Uretritis No Gonocóccica
UNESCO	United Nations Educational Scientific and Cultural Organization
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UNPOPIN	United Nations Population Information Network
URSS	Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas
USPSTFU.S.	Preventive Services Task Force
VBG	Violencia Basada en Género
VHA	Vírus de Hepatitis A
VHB	Virus de Hepatitis B
VHS	Virus del Herpes Simple
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida
VBG	Violencia Basada en Género

VD	Violencia Doméstica
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VM	Violencia Masculina
WAS	World Association for Sexual Health

INTRODUCCIÓN

En el mundo, la morbilidad y la mortalidad prevenibles relacionadas con el embarazo siguen siendo inaceptablemente altas; razón por la cual la ONU elaboró en 2015 una Agenda sobre el Desarrollo Sostenible con miras a 2030. Esta incluye 17 objetivos que marcan el camino para que los países y sus sociedades busquen mejorar la vida de todos.

Aunque se han realizado progresos considerables, los países tienen que consolidar y acelerar esos avances y ampliar sus agendas, para centrarse no solo en la mera supervivencia de sus poblaciones, sino también en mejorar y desarrollar al máximo su salud.

En el continuo de los servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención, como la promoción de la salud, el cribado, diagnóstico y prevención de enfermedades.

Se ha constatado que cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas.

De modo significativo, la atención prenatal también ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades, y brindarles apoyo en un momento decisivo de la vida de una mujer.

El embarazo es un proceso fisiológico, por tanto, la atención prestada a las gestantes debe estar basada en los cuidados para su desarrollo normal, el uso de la tecnología apropiada y en el reconocimiento del importante papel que tiene la propia mujer en la toma de las decisiones que le afectan.

El respeto a la evolución natural del embarazo debe liderar toda la atención sanitaria y cualquier intervención debe ser aplicada solo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer.

El principal objetivo es establecer una comunicación eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales, y brindar un apoyo eficaz de tipo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas de una manera respetuosa.

Estas funciones de comunicación y apoyo de la atención prenatal son esenciales, no solo para salvar vidas, sino para mejorar la calidad de vida, incrementar la utilización de los servicios de atención de la salud y aumentar la calidad de la atención.

Las experiencias positivas de las mujeres en el marco de la atención prenatal y el parto pueden sentar las bases para una maternidad saludable.

En una encuesta realizada por la OMS se evidenció que las mujeres desean que la atención prenatal les permita experimentar el embarazo de forma positiva. Una experiencia de embarazo positiva se define como el mantenimiento de la normalidad física y sociocultural, el mantenimiento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido (incluida la prevención o el tratamiento de los riesgos, las enfermedades y la muerte), la realización de una transición efectiva hacia un parto y un nacimiento positivo, y la experiencia de una maternidad positiva (incluida la autoestima, la competencia y la autonomía maternas).

Con base en que la experiencia que tenga una mujer de la atención de salud es clave para transformar la atención prenatal y crear familias y comunidades prósperas, el presente manual busca actualizar el publicado en 2014, para facilitar prácticas adaptadas a la nueva y mejor evidencia científica, adecuándolas a una asistencia que respete los derechos de las usuarias.

MARCO LEGAL Y NORMATIVO

1. Ley 11577/1950. 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.

2. Ley 16045/1989. Prohíbe suspensión y despido por motivo de embarazo o lactancia.

3. Ley 16104/1990. Lactancia. 2 descansos de media hora durante un lapso fijado por el Instituto Nacional del Menor a través de sus servicios médicos a todas las trabajadoras del sector público.

4. Ley 17215/1999. Gravidez y cambio de tarea. Toda trabajadora pública o privada que se encontrare en estado de gravidez 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.

5. Ley 17386/2001. Ley de acompañamiento al parto y nacimiento. Toda gestante tendrá derecho a ser acompañada durante el trabajo de parto y parto (vaginal o cesárea) por su pareja o por quien ella elija.

6. Ley 17565/2002. Todo establecimiento o institución donde se asistan partos debe contar con partera interna de guardia.

7. Ley 17514/2002. Ley Violencia Doméstica. Ley orientada a la prevención, detección temprana, atención y erradicación de la VD.

8. Ley 17930/2005. Los padres del sector público tienen derecho a una licencia por paternidad de 10 días hábiles a partir del día del nacimiento.

9. Ley 18211/2007. Ley Sistema Nacional Integrado de Salud. Reglamenta "el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud". Principios rectores: intersectorialidad, cobertura universal, accesibilidad y sustentabilidad de los servicios, orientación preventiva, integral y de contenido humanista.

10. Ley 18335/2008. Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón, ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.

11. Ley 18426/2008. Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. El Estado se asume como garante de las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, promoviendo políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñando programas y organizando los servicios para desarrollarlos. En su artículo 6.º prevé "las creación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos".

12. Ley 18.987/2012. Ley Interrupción Voluntaria del Embarazo. Establece que las mujeres que cursan un embarazo no deseado-no aceptado pueden solicitar la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Establece los requisitos y el procedimiento para acceder a este servicio.

13. Ley 19121/2013. Licencia por maternidad y paternidad para funcionarios públicos. La duración de la licencia por maternidad será de trece semanas. A esos efectos la funcionaria embarazada deberá cesar todo trabajo una semana antes del parto y no podrá reiniciarlo sino hasta doce semanas después del mismo. La funcionaria embarazada podrá adelantar el inicio de su licencia hasta seis semanas antes de la fecha presunta del parto. En caso de nacimientos múltiples, pretérminos o con alguna discapacidad la licencia por maternidad será de dieciocho semanas. Por paternidad, de diez días hábiles.

14. Ley 19161/2013. Licencia por maternidad y paternidad para trabajadores de la actividad privada. La mujer embarazada deberá cesar todo trabajo seis semanas antes de la fecha presunta del parto y no podrá reiniciarlo sino hasta ocho semanas después del mismo. Las usuarias autorizadas por BPS podrán variar estos períodos. En caso de nacimientos múltiples, o peso al momento de nacer menor o igual a 1,5 kilogramos, el período de amparo al subsidio por maternidad podrá extenderse hasta las dieciocho semanas. Cuando el parto sobreviniere antes de la fecha presunta, pero a partir de las treinta y cuatro semanas de gestación inclusive, la mujer embarazada iniciará el descanso de inmediato y el período de descanso puerperal se verá prolongado hasta completar las catorce semanas o las ocho semanas posteriores a la fecha de parto probable inicialmente, si este término venciere con posterioridad a aquél. En el caso que el parto sobreviniere antes de la fecha presunta y hasta las treinta y tres semanas de gestación inclusive, la mujer embarazada iniciará el descanso de inmediato y el período de descanso puerperal se podrá prolongar hasta completar las dieciocho semanas o las ocho semanas posteriores a la fecha de parto prevista inicialmente, si este término venciere con posterioridad a aquél. Cuando el parto sobreviniere después de la fecha presunta, el descanso tomado anteriormente será siempre prolongado hasta la fecha real del parto y la duración del descanso puerperal obligatorio no será reducida.

15. Ley 19167/2013. Regulación de Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Decretos N.° 311/014, 84/015 y 429/022.

16. Ley 19530/2017. Aprobación de la instalación de salas de lactancia materna. Todas las instituciones en las que trabajen o estudien 20 o más mujeres o que tengan más de 50 personas empleadas deben contar con un área acondicionada para la lactancia.

17. Ley 19580/2017. Ley de Violencia hacia las mujeres basada en género. El artículo 6 define la violencia obstétrica.

18. Decreto 234/2018, artículo 10. La trabajadora que esté en período de lactar a su hijo, por el tiempo que su médico de referencia establezca, podrá tomarse una hora o dos períodos de media hora en su jornada diaria para estos fines y serán computados como tiempo trabajado efectivamente.

19. Decreto 339/2019. Reglamentación de la Ley 19580, Art. 14. Los prestadores de servicios de salud deberán adoptar las medidas necesarias para garantizar que la atención de las mujeres durante la consulta preconcepcional, el embarazo, el nacimiento y el puerperio, así como de los/las recién nacidos/as, respete los principios del modelo asistencial humanizado respetado, de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública vigentes.

20. Ley 20000/2021. En casos de complejidad, independientemente de la semana de gestación en que se produzca el nacimiento, si el recién nacido presenta algún trastorno, enfermedad, comorbilidad o afección, que por su naturaleza o gravedad implican riesgo o compromiso de vida, con internación o trata-

miento domiciliario, el amparo podrá extenderse hasta que el recién nacido cumpla los seis meses de edad. Por igual período (seis meses) se extenderá el amparo en los casos en que el recién nacido presente algún trastorno, enfermedad, comorbilidad o afección que, sin implicar riesgo de vida, involucre discapacidades sensoriales, físicas o intelectuales que requieran internación o tratamiento, que a juicio del médico especialista necesite o se beneficie de los cuidados de la madre. Serán beneficiarios de un subsidio para el cuidado del recién nacido, que podrá ser utilizado indistintamente por madre o padre o de forma alternada entre ambos, de medio horario por el tiempo que comprende el período de finalización de licencia por maternidad hasta los seis meses de edad en los casos de nacimientos múltiples, prematuros o peso al nacer menor o igual a 1,5 kilogramos, o nueve meses de edad en los casos que el recién nacido presente alguna comorbilidad.

21. Ley 20129/2023. Se regula el derecho de toda trabajadora embarazada, así como de su cónyuge, concubino o pareja, tanto de la actividad privada como de la pública, a ausentarse del trabajo hasta cuatro horas al mes para asistir a los controles de embarazo u otras consultas relacionadas.

22. Ley 20312/2024. Licencia por paternidad. Trabajadores privados: 17 días continuos de licencia, iniciando el día del parto. Los primeros tres días son a cargo de la empresa y los siguientes catorce los paga BPS. En los casos de nacimientos múltiples, bajo peso (menor o igual a 1,5 kg), de complejidad médica o partos prematuros, los días a pagar por BPS podrán exten-

derse hasta cumplir un período de amparo máximo de 30 días continuos, de acuerdo a la indicación del médico tratante, según lo establecido en la Ley 20000. Funcionarios públicos: 10 días hábiles o 20 días continuos, según resulte más favorable para el trabajador.

23. Ley 20377/2024. Los progenitores de aquellos nacidos sin vida con más de veinte semanas de gestación o con un peso superior a quinientos gramos tendrán derecho a la licencia por maternidad y paternidad, tanto para el sector público como privado. Asimismo tendrán derecho a la licencia especial por duelo, siempre que se trate de una muerte fetal espontánea.

NORMATIVAS SANITARIAS VIGENTES

- Guías de vigilancia epidemiológica. Unidad de Vigilancia en Salud Pública. Departamento de Epidemiología. MSP, 2006.

- Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guías de procedimientos en el primer nivel de atención de salud. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. MSP, 2007.

- Protocolo de evaluación paraclínica y tratamiento farmacológico del consumo problemático y la dependencia de sustancias psicoactivas. Orientado a técnicos de atención primaria de salud. Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas. 2007.

- Decreto 09/2011. Sistema Nacional Integrado de Salud, Métodos Anticonceptivos. Promulgado enero 2011.

- Ordenanza Ministerial 99/2011. Recomendación para la 1. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hemolítica feto-neonatal en la gestación y 2. Inmunoprofilaxis anti-D. MSP, febrero 2011.

- Ordenanza Ministerial 693/2012. Documento Técnico de Maternidades. MSP, 2012.

- Ordenanza Ministerial 447/2012. Control de embarazo e ITS. Protocolo de intervención ante el mal control de embarazo. MSP, agosto, 2012.

- Formulario oficial de auditoria de mujeres embarazadas con infección VIH. MSP. Área Salud Sexual y Reproductiva. Programa Salud Integral de la Mujer. Programa Nacional ITS/VIH-SIDA. 2013.

- Instructivo para el Formulario de auditoria de mujeres embarazadas con infección VIH. 2013.

- Guías en salud sexual y reproductiva. Capítulo: Anticoncepción. Métodos reversibles e irreversibles. MSP, 2013.

- Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la reproducción humana asistida. MSP, 2014.

- Salud y diversidad sexual. Guías para profesionales de la Salud. MSP, 2015.

- Decreto 378/2015. Incremento de la cuota mutual de sociedades médicas. Realización de la ecografía TV y morfoestructural a costo mínimo durante el embarazo. Enero 2016.

- Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. MSP, 2019.

- Guía Clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH. MSP, 2015.

- Guías de abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. MSP, 2017.

- Guía de VIH: Diagnóstico, tratamiento antirretroviral y monitorización para adultos, mujeres embarazadas y pediatría. MSP, 2018.

- Guía Técnica para la orientación anticonceptiva vinculada a anticonceptivos inyectables trimestrales de progesterona. MSP, 2018.

- Ordenanza Ministerial 1119/2018. Diagnóstico y tratamiento oportuno de sífilis, VIH, Hepatitis B y Chagas en el embarazo, parto y lactancia.

- Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del Embarazo y Nacimiento Institucional. MSP, 2018.

- Manual clínico de atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual para el Sistema Integrado de Salud. MSP, 2018.

- Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. MSP, 2019.

- Ruta para la Atención de Niñas y Adolescentes menores de 15 años en situación de posible embarazo. MSP 2019 (actualmente, en revisión).

- Guía jurídica para Operadores sociales. Segunda edición. MIDES. Noviembre 2023.

- Recomendaciones para el abordaje de la SSySR de los varones de entre 20 y 65 años en el primer nivel de atención. MSP, 2019.

- Listas de chequeo: Crisis en obstetricia. Departamento y Cátedra de Anestesiología. UDA Anestesia Obstétrica. MSP, UNFPA, 2020.

- Guía de recomendaciones de tratamiento antirretroviral. MSP, noviembre 2022.

- Manual de recomendaciones para el manejo de situaciones obstétricas vinculadas con cesáreas evitables. MSP, 2023.

- Ordenanza Ministerial 2234/2023. Todos los prestadores integrales de salud, públicos y privados, que conforman el Sistema Nacional Integrado de Salud, con maternidades, deberán implementar el SIP PLUS en forma obligatoria a partir del 1 de enero de 2024.

- Guía de actividad física para la población uruguaya. MSP, 2023. Capítulo Recomendaciones en el embarazo.

- Guía de recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la deficiencia de hierro en mujeres en edad fértil, embarazo y en lactancia. MSP, 2024.

- Pautas de atención nutricional de la mujer durante el embarazo y la lactancia. MSP, 2024.

- Abordaje de la ansiedad y la depresión en el primer nivel de atención. MSP, 2024. Capítulo sobre embarazo, puerperio y lactancia.

- Recomendaciones para el abordaje, diagnóstico, tratamiento y control de la sífilis. MSP, 2024.

- Manual Nacional de Inmunizaciones. MSP, 2024.

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 en salud en forma considerable, de tal manera 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 su riesgo.

La OMS recomienda que salvo pocas excepciones, todo embarazo deba ser considerado en principio como de bajo riesgo, hasta una clara evidencia de lo contrario. Inclusive una vez diagnosticada una complicación que puede elevar el riesgo de la gestación, en conjunto con la mujer, se debería analizar la mejor manera de realizar el seguimiento del embarazo, lo que incluye el lugar más adecuado para realizarlo.

En algunas circunstancias podría derivarse a la usuaria a un centro especializado para realizar alguna prueba diagnóstica o terapéutica, para posteriormente continuar el seguimiento del embarazo en el lugar original. Solo algunas situaciones justifican la deriva-

ción de las pacientes a equipos multidisciplinarios especializados en el manejo de patologías obstétricas complejas.

Según la OMS, el 75 % de los embarazos pueden ser catalogados como normales y se les puede realizar el seguimiento en un primer nivel de atención. El 25 % restante necesitará de cuidados clínicos, paraclínicos o terapéuticos de mayor complejidad, de difícil resolución en el primer nivel de atención.

Recomendamos no utilizar los términos "embarazo de riesgo" o "de alto riesgo", dado el impacto que estos términos generan en el desarrollo del embarazo.

El embarazo es el período durante el cual deben realizarse tareas de maduración emocional que preparen a la mujer para su futuro rol materno. La adaptación a los progresivos cambios corporales, la aceptación del papel materno y el desarrollo del apego materno son procesos emocionales complejos que deben suceder durante el embarazo.

Un embarazo, incluso el más normal, constituye una situación de estrés real. Se define estrés como una relación entre la persona y su ambiente, que es evaluada por la persona como amenazante, que excede sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Si a esto le agregamos el concepto de "riesgo", generamos un estrés adicional a la embarazada, entorpeciendo estos procesos psicológicos.

Capítulo I

Orientación para la mujer embarazada y su familia

Es indiscutible la importancia de la educación y orientación de la mujer, su pareja o familia durante el proceso del embarazo, por lo que esta estrategia debe ser promovida en todos los centros asistenciales. Las mujeres que no reciben educación acerca de los cambios fisiológicos y conductas saludables durante el embarazo tienen más probabilidad de tener complicaciones y más riesgo de tocurgia.

Las *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional* del MSP 2018, en su capítulo 5, argumenta sobre la importancia de la educación de la mujer embarazada, la preparación para el nacimiento y las acciones a llevar a cabo durante el embarazo (clases de preparación para el nacimiento), parto (plan de nacimiento) y puerperio.

En esta línea, desde el MSP se ha promovido la realización de cursos de preparación para el nacimiento, incluyéndolos en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), sin costo para la población (Decreto 339/2019).

Capítulo II

Embarazo

1. Consulta previa a la gestación

Lo recomendable es que aquella mujer que planea un embarazo acuda 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 complicaciones en el embarazo, parto o puerperio y la identificación de mujeres que necesitarán cuidados adicionales.

Se interrogará sobre su estatus con respecto a la rubéola, vigencia de la vacuna antitetánica (VAT), VIH y sífilis, hepatitis B, enfermedad de Chagas, enfermedades crónicas, consumo problemático de sustancias, afecciones de salud mental, violencia de género y uso de medicación en forma habitual.

Se solicitarán los siguientes exámenes paraclínicos: hemograma, glicemia, toxoplasmosis, Chagas (si no se lo ha realizado antes), VIH, hepatitis B y VDRL-RPR. En caso de factores de riesgo para ferropenia, y no presenten anemia, solicitar ferritina y PCR para descartar enfermedad inflamatoria que puede ser causa de ferropenia.

- En caso de anemia (valores de hemoglobina < 12 g/dL o hematocrito < 36 %), indicar suplemento diario con 120 mg de hierro elemental.

- Valores bajos de ferritina (menores a 30 ug/l) no cubren los requerimientos de hierro en el embarazo, por lo que la suplementación es necesaria.

- Control odontológico de rutina.

- De no haber sido vacunada contra la rubéola, o tener la VAT no vigente, este es un buen momento para recibir la inmunización correspondiente.

  Si bien el esquema de vacunación en nuestro país es bien conocido y obligatorio en la niñez, debemos tener en cuenta que en Uruguay viven, según publica la ONU, 108 267 inmigrantes, lo que supone un 3,16 % de la población. La inmigración femenina es superior a la masculina, con 57 330 mujeres, lo que supone el 52,95 % del total de inmigrantes. Esta población proviene de diferentes países del mundo, donde los esquemas de vacunación son distintos y en ocasiones la vacunación no es obligatoria.

  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 está indicada su interrupción (las evidencias científicas con las nuevas cepas, así lo aconsejan)[74].

  Esta situación es muy poco frecuente, ya que la vacunación se realiza desde el año 1984 en forma obligatoria en

la niñez, en nuestro país, 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 solicitarán anticuerpos antirrubéola en caso de contacto durante el embarazo o en las semanas previas, en una mujer embarazada que no tenga el carné de vacunación o que no haya sido vacunada.

- La vacunación universal y obligatoria contra varicela se implementó, la primera dosis, a los 12 meses, en el año 1999; y la segunda dosis, a los 5 años, en 2014. Por lo tanto, se recomienda la vacunación a mujeres nacidas antes de 1998 o que no hayan recibido las dos dosis y que no hayan tenido varicela.

- En mujeres que planifican su embarazo y que no están inmunizadas frente a la hepatitis B, se recomienda la vacunación antes del embarazo, especialmente si presentan factores de riesgo para adquirir la infección.

- De ser toxoplasmosis IgG negativo, se informará sobre medidas de protección para prevenir el contagio durante el embarazo (ver más adelante). De ser IgG positivo, descartada una infección aguda, no se volverá a solicitar.

- En Uruguay, desde 1997 la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* se encuentra interrumpida, no registrándose nuevos casos agudos por esta vía desde 1984. En estas condiciones, la única vía posible de trasmisión de la enfer-

medad 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, no se le volverá a solicitar examen a ninguna mujer que tenga una constancia de ser negativa (posterior al año 1984). Toda mujer a la que no se le haya investigado la posibilidad de ser positiva, se le solicitará este examen (y no se volverá a solicitar en el futuro).

- En el caso de tener un VDRL-RPR o VIH o ambos positivos, se aplicarán los procedimientos correspondientes según las *Recomendaciones para el abordaje, diagnóstico, tratamiento y control de la sífilis.* MSP, 2024.

- En mujeres que planifican su embarazo debe solicitarse testeo de infección por virus de hepatitis C, dado el beneficio de su tratamiento antes del embarazo para disminuir la transmisión materno-fetal. La transmisión materno-fetal ocurre en el 5 % de las embarazadas con infección crónica y en el 10 % de las coinfectadas con VIH. La transmisión ocurre fundamentalmente en el período preparto y periparto, y es mínima en el posparto. Con excepción de la supresión viral del VIH en coinfectadas, ninguna otra medida durante el embarazo o intraparto ha demostrado disminuir el riesgo de transmisión materno-infantil, por lo que el diagnóstico preconcepcional es la medida más efectiva.

- De presentar patologías crónicas conocidas (diabetes, hipertensión arterial, patologías autoinmunes, epilepsia,

etc.), se deberá realizar la interconsulta con el especialista correspondiente, a fin de planificar el momento oportuno del embarazo. El control de la diabetes antes de la concepción reduce el riesgo de malformaciones congénitas.

- Se valorará la vigencia de *screening* de cáncer de cuello uterino y, de no estar vigente, se actualizará durante el embarazo, según las recomendaciones actuales del MSP.

- Se controlará la presión arterial en condiciones basales para la identificación de hipertensión arterial crónica (HTA) o factores de riesgo para complicaciones por HTA durante el embarazo.

- Se dejará constancia del peso y talla. En mujeres que planifican su embarazo y que presentan un IMC $\geq 25\ kg/m^2$ o $\leq 18{,}5\ kg/m^2$, se sugiere ofrecer información y consejo dietético, así como la realización de actividad física. El sobrepeso y la obesidad se asocian al aumento de riesgo de diabetes, HTA y malos resultados obstétricos perinatales; y la desnutrición se asocia a RCIU. Derivar a Licenciado/a en Nutrición para procurar adecuar el estado nutricional previo al embarazo.

- Recomendar y estimular la actividad física. Los beneficios de la actividad física son varios e impactan de forma integral en la salud física, mental y social de personas de todas las edades. Acorde a los planteos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), enmarcados en los Objetivos de De-

sarrollo Sostenible que adopta la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU), por medio de la llamada Agenda 2030, se considera de fundamental importancia incentivar los estilos de vida saludables como parte de una política de Estado destinada a la mejora de la calidad de vida de la población. Dentro de estos estilos son primordiales la actividad física y la recreación, la alimentación sana, el descanso adecuado, la disminución de hábitos tóxicos y la reducción del estrés.

- En aquellas usuarias que tienen una restricción dietética voluntaria, que pueda aumentar la prevalencia de deficiencia de vitaminas y minerales, se recomienda la consulta con nutricionista. Las dietas veganas se han asociado a una mayor prevalencia de deficiencia de Hierro y Vitamina B12.

- Se recomendará el uso de suplemento de ácido fólico (0,4 a 1 mg/día) desde antes del embarazo (idealmente 3 meses) y hasta que ocurra. Luego, se mantendrá hasta las 14 semanas de gestación para la prevención de la ocurrencia de defectos del tubo neural (anencefalia, espina bífida y encefalocele). Para la prevención de la recurrencia (AO de estos defectos) se indicarán 4 mg/día antes y durante la gestación. Esta misma dosis se podrá indicar en aquellas mujeres con epilepsia, antecedentes de diabetes, IMC ≥ 30 Kg/m^2.

- Se preguntará sobre el uso de sustancias psicoactivas, tabaquismo, bebidas con contenido alcohólico y medicación crónica y otras sustancias de uso habitual que puedan

afectar el desarrollo del embarazo (p.ej.: más de 4 tazas al día de café, más de 1 litro de mate, etc.). Se debe indagar el uso esporádico o habitual de drogas de uso frecuente en nuestro país (marihuana, cocaína, metanfetaminas, etc.), alertando de los efectos nocivos para la salud y el desarrollo del embarazo. Se recomendará el cese del tabaquismo (uso de cigarrillos, cigarros, vapeadores, cigarrillos electrónicos y productos de tabaco calentado) y/o la exposición indirecta a él. Se recomendará la no ingesta de alcohol, drogas recreacionales, y se valorará, en conjunto con especialista de salud mental, continuar, discontinuar o ajustar el tratamiento con psicofármacos. No existe dosis mínima segura de alcohol en la gestación.

- Se pesquisará la existencia de violencia de género, dándole preponderante importancia, dada la prevalencia en aumento en la población general.

- Se debe realizar asesoramiento genético y consulta con médico genetista en parejas con factores de riesgo: edad avanzada: materna > 35 y paterna > 45 años, abortos recurrentes, muerte fetal, muerte infantil, hijos con malformaciones congénitas, antecedentes de enfermedades genéticas en la familia.

- Cuando la mujer o la pareja manifiesten dudas sobre su fertilidad y presenten diagnóstico de esterilidad conyugal, o soliciten acceder a tratamientos de reproducción asistida según el marco legal vigente (mujeres solteras o parejas de

mujeres), se realizará la derivación correspondiente para la valoración y eventual tratamiento. En aquellas mujeres menores de 35 años se realiza la derivación si luego de 1 año no logra embarazo espontáneamente, y a los 6 meses en las mayores de 35 años, pacientes con historia de oligo o amenorrea, patología tubaria o peritoneal conocida (endometriosis), aborto reiterado (más de dos), y factor masculino conocido de infertilidad.

- En caso de necesidad de realización de radiografías y ante la duda de un posible embarazo, se sugiere confirmarlo previamente o informar al equipo de salud.

- Se sugiere no administrar de manera sistemática, a las mujeres que planifican su embarazo, suplementación diaria con un preparado multivitamínico.

- Recordar que las mujeres en proceso de gestación por técnicas de reproducción asistida se asocian a una mayor incidencia de complicaciones obstétricas y perinatales, incluyendo riesgo incrementado de presentar malformaciones congénitas (en particular cardíacas y del sistema nervioso central), retraso de crecimiento intrauterino, preeclampsia e hipertensión gestacional, parto pretérmino, placenta previa, diabetes gestacional y mortalidad perinatal. En las usuarias que se realizan técnicas de reproducción asistida se recomienda el asesoramiento genético.

El cuidado preconcepcional para obtener buenos resultados perinatales incluye medidas para identificar riesgos médicos, conductuales y sociales de las madres antes de la concepción, por lo que debemos informar sobre aquellos factores de riesgo, como malos hábitos nutricionales, tabaquismo, abuso de bebidas alcohólicas o de sustancias psicoactivas, estrés laboral y el entorno familiar a aquellas mujeres que planifican un embarazo.

2. Atención de la mujer con embarazo sin patologías

Es importante informar a la mujer y su pareja 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 su salud, la del feto o recién nacido.

Objetivos del control y seguimiento de la mujer embarazada

La OMS recomienda el desarrollo de 5 líneas de acción en el seguimiento de la mujer embarazada:

1. Educar, aconsejar y apoyar a la gestante, su pareja y su familia.
2. Promover acciones preventivas, como el *screening* de cáncer de cuello uterino, administración de ácido fólico y vacunación antitetánica.
3. Pesquisar la aparición de síntomas o signos clínicos o paraclínicos de alarma.
4. Intentar el seguimiento del embarazo, diagnóstico y trata-

miento de afecciones en el centro de salud de preferencia de la usuaria, con la intención de generar la menor cantidad de trastornos en la dinámica familiar.

5. Referir a la usuaria a centros de atención de mayor complejidad cuando esto sea conveniente.

Seguimiento de la mujer que cursa un embarazo sin patologías

El seguimiento de la mujer con embarazo sin patologías 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.

¿Qué profesional lo puede hacer?

Puede ser realizado por obstetras parteras, ginecotocólogos, médicos de familia y médicos generales.

Ambiente físico adecuado

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.

Estos lugares deben presentar una infraestructura mínima:

- Planta física: consultorio ginecológico con sala de espera y gabinetes higiénicos, espacio para actividades educativas, capacidad para realizar o coordinar el envío de muestras de laboratorio y realizar o coordinar la realización de ecografías.

- Balanza, esfigmomanómetro, cinta métrica, estetoscopio Doptone®, guantes, espéculos, material para toma de muestra para *screening* de cáncer de cuello uterino y exudado vaginal y rectal, carné perinatal e historia clínica perinatal SIP.

El uso de la historia clínica perinatal del SIP es obligatorio y constituye una parte integral de la historia clínica.

Se debe recomendar a las mujeres gestantes concurrir a la consulta 20 minutos antes de la hora asignada, de forma de proceder a los controles de presión arterial y peso en condiciones de reposo.

Frecuencia de las consultas

En cuanto al número de consultas obstétricas de la mujer con un embarazo que cursa sin patologías, la OMS recomienda al menos ocho. Esto sucede porque existen más oportunidades para detectar y gestionar las posibles complicaciones. Una atención prenatal con un mínimo de ocho controles puede reducir las muertes perinatales hasta en 8 por cada 1000 nacimientos.

El *National Institute for Helth and Care Excelence* (NICE) aconseja 10 consultas en nulíparas y 7 en multíparas[83].

Dado que durante la consulta se establece un ambiente ideal para la orientación y promoción de salud, puericultura, el consejo y el apoyo a la pareja gestante, se recomienda el siguiente espaciado de las consultas:

- Mensuales hasta la semana 32
- Quincenales hasta la semana 36
- Semanales hasta el nacimiento

Esta frecuencia podrá alterarse a juicio de la mujer o equipo sanitario.

Estrategias de intervención ante el mal control del embarazo o no concurrencia a las consultas de control

La Ordenanza ministerial 447/12, sobre el control de embarazo e ITS y protocolo de intervención ante el mal control de embarazo, establece las siguientes líneas de acción:

- Realizar test de embarazo o β-HCG a toda mujer que lo solicite y en el momento de la consulta, tanto en el primer nivel de atención como en los servicios de urgencia.
- Iniciar las acciones de control del embarazo ante su constatación clínica o paraclínica, que siempre incluye:
    - Registro en la historia clínica, uso de HCP SIP y realizar carné perinatal.

- Rutinas obstétricas, ecografías y demás interconsultas.
- Indicar hierro y ácido fólico según la pauta establecida.
- Anotar a la mujer embarazada en un registro de gestantes, el que será utilizado para citar a las mujeres que no concurren al control.
- Acciones de educación y promoción de salud.
- Disponer la realización de la rutina obstétrica y la ecografía dentro de los 7 y 15 días de solicitadas, respectivamente (Ordenanza 447/12).
- Establecer y difundir a todo el equipo de salud lineamientos de consejería y ruta crítica para usuarias con test positivo de VIH.
- Utilizar el SIP-Plus e integrarlo a la historia clínica electrónica.
- Realizar la denuncia obligatoria al Departamento de Vigilancia en Salud de todos los casos confirmados o sospechosos de sífilis.
- Disponer de fórmulas para lactantes para los hijos de mujeres con test positivo de VIH.
- Administrar inmediatamente el tratamiento a los contactos sexuales de la mujer embarazada con diagnóstico de sífilis (el prestador del que es usuaria la mujer, Ordenanza 447/12).
- Promover el uso de preservativos.

Las siguientes acciones deben sumarse a las anteriores, en los prestadores con mal control obstétrico:

- Deben contar con tests rápidos de embarazo, sífilis y VIH en los servicios de primer nivel de atención y en los servicios de emergencia, y realizarlos con base en las guías del MSP.
- Establecer un registro de las mujeres gestantes en control obstétrico.
- Establecer un protocolo que permita evaluar dicho registro en forma semanal para identificar a las mujeres que han faltado a las consultas programadas e identificar mediante la articulación con redes comunitarias y de servicios a las usuarias embarazadas en situación de no control.

Cuando se constate que una usuaria no ha controlado el embarazo o ha faltado a las consultas programadas, se deben seguir las siguientes pautas:

- Realizar comunicación telefónica con la usuaria y recoordinar la consulta a la brevedad.
- Si no se logra establecer el contacto telefónico en 72 h, no existen datos para ello o la usuaria se niega a concurrir a la consulta reprogramada, se debe realizar una visita domiciliaria.
- Si no se cuenta con datos reales para establecer el contacto, se debe derivar el caso al Servicio Social para la búsqueda de vías de contacto.
- Dejar constancia en la historia clínica de todas estas acciones.
- Las citas y asignación de horas para su control obstétrico se debe considerar una prioridad asistencial.

Se define prestador con mal control obstétrico aquel que presente una prevalencia de embarazos mal controlados mayor al 15 %.

3. Primera consulta

La primera consulta se debe realizar lo antes posible ante la primera falta menstrual, de forma de permitir una evaluación precoz y la toma de las conductas oportunas que se requieran. 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, según corresponda.

Se debe recordar que el embarazo puede ser una buena o mala noticia para la mujer, la consulta precoz es de gran importancia ante la posibilidad legal de realizar una interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

El embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años es la manifestación de una combinación de vulneraciones de sus derechos humanos e implica serios riesgos biopsicosociales. Es uno de los problemas de salud pública más complejos y dramáticos, y se encuentra directamente vinculado a situaciones de violencia, en las que se articulan desigualdades de género, salud, educación, justicia y derechos humanos.

Es importante recordar que para cada mujer el embarazo puede adquirir dimensiones diferentes. El equipo de salud debe tomar en consideración la percepción de la usuaria respecto de su aceptación o no del embarazo.

Es preciso preguntar a la mujer cómo se siente con la idea de estar embarazada y si manifiesta que se trata de un embarazo no deseado, no aceptado o hay dudas sobre su continuación, se debe ofrecer información y referencia según lo previsto en la Ley 18987, de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

En el caso de las usuarias menores de 15 años, es importante seguir el "Mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo", donde se establece que ante la confirmación de un embarazo en una de las siguientes situaciones: una menor de 12 años, con una pareja sexual de más de 8 años mayor y/o el no consentimiento, se debe aplicar el "Protocolo de abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes en el marco del SNIS" del MSP.

EMBARAZO NO DESEADO-NO ACEPTADO:

Es importante tener presente que en caso de que se trate de un embarazo no deseado-no aceptado, la paciente tiene derecho a solicitar la IVE, de acuerdo con la Ley 18987. Incluso en los casos en los que la mujer no tenga aún decidido si continuar o no con el embarazo es importante que se inicie el proceso IVE para evitar dificultades en relación con los plazos legales.

Los requisitos para ampararse en la IVE son ser ciudadanas uruguayas naturales o legales o extranjeras residentes en el país al menos por un año, o que cursen un embarazo producto de violencia de género en el territorio nacional; manifestar su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación durante las primeras 12 semanas y cumplir con el procedimiento que marca la ley.

En la primera consulta para la IVE se debe recibir la voluntad de la mujer. Se deben verificar los requisitos, abrir y completar el formulario de IVE (primera consulta), solicitar paraclínica (ecografía y grupo sanguíneo), y referir en forma responsable a la segunda consulta.

La segunda consulta debe ocurrir dentro de las siguientes 48 horas.

En caso de no cumplir con los requisitos establecidos por la ley, se debe asesorar a la mujer de acuerdo con el modelo de disminución de riesgos y daños (Ley 18426, Ordenanza 369/2004).

Acciones generales:

- Abrir, completar y entregar a la mujer en esta primera consulta el carné perinatal (excepto que la mujer solicite la IVE o que sea menor de 15 años).

- Iniciar el registro en la historia clínica institucional, de la cual la historia clínica del Sistema Informático Perinatal (SIP) forma parte.

- Dejar constancia de peso actual y previo al embarazo, altura, cálculo del IMC (para calcular el incremento ponderal materno durante la gestación) y presión arterial.

- La obesidad es un factor de mal pronóstico para varias complicaciones que se solapan con las de la diabetes. Especialmente el riesgo de óbito al término, preeclampsia y diabetes. Las complicaciones son acordes al grado de obesidad. Las pacientes obesas, con o sin diagnóstico de diabetes, deben recibir las mismas estrategias de control y tratamiento. Las pacientes obesas deben recibir asesoramiento nutricional y asegurar un aumento de peso normal, de acuerdo con el peso e IMC de comienzo.

- Con respecto al SIP, forma parte integral de la historia clínica y el Estado lo utilizará como documento oficial para el análisis de indicadores de salud de nuestro país, por lo que se insta a las diferentes instituciones a controlar su registro en forma completa y veraz.

- Según la Ordenanza 2234/2023, todos los prestadores integrales de salud, públicos y privados, que conforman el Sistema Nacional Integrado de Salud, con maternidades, deberán implementar el SIP PLUS en forma obligatoria a partir del 1.° de enero de 2024.

Acciones específicas:

Anamnesis del embarazo actual que incluye la siguiente información:

- Fecha de última menstruación (FUM) y el cálculo de la edad gestacional y la fecha probable de parto (FPP). Estas se calcularán por regla de Wahl o gestograma CLAP y se deberán corroborar con la ecografía del primer trimestre.

  El momento ideal para un correcto cálculo de la edad gestacional es en el primer trimestre mediante la longitud céfalo caudal (LCC), cuando la dispersión en su cálculo es de 5-7 días. El momento más certero es cuando el embrión mide entre 10 y 60 mm (entre las 7 y las 12 semanas), por lo que de presentar más de una ecografía en el primer trimestre, debemos usar la que informe un LCC de al menos 10 mm. (*Manual de recomendaciones para el manejo de situaciones obstétricas vinculadas a cesáreas evitables*. Capítulo 3. Embarazo en vías de prolongación. MSP, 2023).

- Antecedentes obstétricos: gestaciones, tolerancia y resultados obstétricos previos.

- Antecedentes inmuno-hematológicos: transfusiones previas, si hijos anteriores requirieron fototerapia, transfusión intrauterina o exanguinotransfusión y si recibió inmunoprofilaxis antenatal en mujeres Rh negativo (Ordenanza 99/11). En la mujer portadora de hemofilia o con antecedentes familiares de hemofilia solicitar interconsulta con médico hemoterapeuta en policlínica.

- Antecedentes ginecológicos: vigencia del *screening* para patología cervical, antecedentes de ITS.

- Antecedentes personales: patologías médicas o quirúrgicas previas. Consumo de medicamentos habituales.

- Se indagará sobre uso de sustancias psicoactivas, patologías psiquiátricas o situaciones de vulnerabilidad psicológica.

- Se destaca la importancia de indagar sobre la posibilidad de que la mujer haya vivido o se encuentre viviendo situaciones de violencia de género. Sobre todo se debe tener en cuenta cómo debe realizarse el interrogatorio ante un caso de sospecha para no exponer a la usuaria ante el posible agresor, sus familiares directos o si está acompañada por sus hijos.

- En la primera consulta es importante brindar el apoyo a la usuaria desde el equipo de salud que será encargado de coordinar la intervención de los Equipos de Referencia de Violencia Basada en Género y Generaciones.

- Es importante recordar que el apoyo de primera línea comprende cinco tareas que se desprenden de la palabra "ANIMA":

1. Atención al escuchar - escucha empática.
2. No juzgar y validar - no culpabilizar.
3. Informarse sobre las necesidades y preocupaciones.
4. Mejorar la seguridad.
5. Apoyar, analizar la red de contención.

La encuesta de prevalencia de violencia de género en los servicios de salud[1**], realizada en mayo de 2013, muestra que más de una de cada cuatro mujeres manifiestan haber vivido episodios de violencia de género en alguna de sus expresiones, y el 14 % de las situaciones de violencia de género tuvieron lugar cuando la mujer se encontraba embarazada.

En aquellas usuarias en las que se detecten situaciones de violencia de género, se procederá según el "Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer". *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico para el SNIS* (MSP, 2018).

Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del SNIS (MSP, 2018).

** Encuesta realizada en el marco del "Programa Integral de lucha contra la Violencia de Género". MSP. INMujeres. Ministerio del Interior. Poder Judicial. Trabajo de campo: FMed. INE. MSP. Mayo 2013

- Antecedentes inmunitarios. Se indagará acerca de la vigencia de la vacuna antitetánica. En caso de que la vacuna antitetánica no esté vigente, se aconsejará administrar la vacuna antitetánica + anti tos convulsa (dpaT) a partir de las 28 semanas de edad gestacional. En aquellos casos en los que se dude sobre la continuidad del seguimiento del embarazo, se podrá administrar a cualquier edad gestacional.

  De acuerdo con la situación epidemiológica, el MSP realizará las recomendaciones acerca de la necesidad de vacunación específica (vacuna antigripal, etc.).

  En el cuadro 1 y 2 se presentan algunas recomendaciones respecto a vacunas e infecciones durante el periodo pregestacional y gestacional.

Cuadro 1. Infecciones virales y bacterianas. Recomendaciones en etapa pregestacional y durante el embarazo

Infección	Recomendación	
	Etapa pregestacional	**Durante el embarazo**
Hepatitis B		Solicitar serología en 1er y 3er trimestre
Hepatitis B (vacuna)	Valorar si esta vacunada. Vacunar si corresponde	Si el antígeno de superficie es no reactivo se debe valorar vacunación.
Hepatitis C	Solicitar serología (salvo tenga negativa en el último año y no presente factores de riesgo)	Solicitar serología (salvo tenga negativa en el último año y no presente factores de riesgo)
Tos convulsa (vacuna dpaT)	No requiere vacunación	Vacunar en cada embarazo, a partir de la semana 28 de gestación. Si recibió la vacuna doble bacteriana (dT) recientemente, debe esperar 4 semanas para recibir la dpaT
Tétanos (vacuna dT)	Valorar si esta vacunada. Vacunar si corresponde	Valorar si esta vacunada. Vacunar si corresponde **
Gripe (vacuna antigripal)	Vacunar durante campaña antigripal	Vacunar durante campaña antigripal independientemente de la edad gestacional

Virus sincitial respiratorio (Vacuna RSVpreF)	No recomendada	Vacunar entre las 32 a 36.6 semanas de gestación
Covid 19	Vacunar si corresponde	Vacunar a todas las embarazadas
Sarampión (vacuna triple viral)	X ***	Contraindicada
Chagas	Informar la posibilidad de transmisión vertical o transfusional	Testeo de toda gestante no testeada con antelación, en las rutinas del 1er trimestre (Iniciativa ETMI plus)
Arbovirosis (dengue, zika, chikungunya y fiebre amarilla)	Se debe promover la consulta pre gestacional y la consejería al respecto. Asesorar a la mujer sobre riesgos en caso de viajes a zonas con alta prevalencia de estos virus y las medidas de prevención (uso de repelentes, mosquiteros, acciones para reducir riesgo de picadura por mosquito)*. Se recomienda asimismo continuar estas medidas por 10 días luego del retorno para evitar el ingreso y diseminación de estas enfermedades en el territorio nacional. La OPS-OMS establece aconsejar a las embarazadas, o las mujeres que podrían estarlo, no viajar a zonas donde haya brotes en curso de infección por virus del Zika y que las embarazadas cuyos compañeros sexuales vivan o viajen a las zonas de brote adopten prácticas sexuales seguras (uso de preservativos) o se abstengan de tener relaciones sexuales durante el resto del embarazo. En el caso de mujeres que reciban la vacuna contra fiebre amarilla, deben evitar la concepción durante las 4 semanas siguientes a la vacunación. Esta vacuna está contraindicada durante el embarazo.	

* Declaración de la OMS sobre la Segunda Reunión del Comité de emergencia del Reglamento sanitario sobre virus de Zika. Marzo 2016. ** En el caso de que la mujer embarazada no haya recibido nunca vacuna dT, o que no pueda demostrar su estado inmunitario con vacuna dT, se aplicará el esquema 0, 1, 12 meses, pero una de las dosis administradas durante el embarazo debe ser con vacuna dpaT. *** evitar la concepción en las 4 semanas siguientes a la vacunación

Cuadro 2. Algunas consideraciones adicionales sobre vacunación en el embarazo

Durante el embarazo:	
Están contraindicadas	Vacunas de virus vivos atenuados: triple vírica: sarampión, rubeola y parotiditis; varicela zóster; fiebre amarilla; fiebre tifoidea oral. La vacunación accidental no es indicación de interrupción del embarazo.
No es recomendada	Vacuna HPV
Durante la lactancia:	
La lactancia materna es compatible con las vacunas maternas, del bebé y los demás convivientes. La única consideración es al respecto de la vacuna de la fiebre amarilla en lactantes: en menores de 9 meses de edad, suspender la lactancia, extraer y desechar la leche durante 2 semanas y después reanudar la lactancia.	

- Antecedentes familiares, conyugales, socioeconómicos y culturales. Se deberá recomendar la participación de la pareja, al menos en una oportunidad, para ofrecer información y solicitar pruebas de sífilis y VIH.

- Antecedentes psicosociales: realizar una breve valoración psicosocial, haciendo hincapié en los factores psíquicos, medioambientales, la historia social, los hábitos y el estilo de vida de la mujer, para poder identificar comportamientos y exposiciones a factores de riesgo que puedan condicionar

un resultado desfavorable de la gestación, como el consumo de tabaco, alcohol, drogas, la actividad laboral (exposición a tóxicos ambientales en el hogar y el trabajo, exposición a teratógenos o estrés profesional). Interesarnos por el ejercicio físico que realiza, la nutrición y dieta. Por último, y no menos importante, debemos hacer una valoración del ambiente en el hogar (violencia de género, economía, apoyo familiar y social).

Examen físico

- Incluye examen general, de mamas (valorar patologías y aptitud para la lactancia), ginecológico y obstétrico. Se destaca que se debe realizar una inspección profunda del cuello uterino y toma de muestra para *screening* de cáncer de cuello uterino, cuando este examen no esté vigente.

Solicitar valoración por odontólogo y nutricionista en el momento de la captación del embarazo.

Antecedentes de viajes o estancias en el extranjero: indagar antecedentes de viaje a zonas de riesgo para la adquisición del virus de dengue, Zika, chikungunya, fiebre amarilla, malaria o algún otro virus importante durante la presente gestación. Si se presentan dudas, se puede consultar al servicio de asesoramiento al viajero del MSP.

Actividad física, laboral y hábitos

- Se puede realizar actividad laboral moderada y adecuada al embarazo, individualizando cada caso en función de las circunstancias de la mujer.

- Algunas condiciones de trabajo se han asociado a malos resultados obstétricos (nacidos pretérmino, bajo peso al nacimiento), por ejemplo: trabajo de más de 36 horas por semana o 10 horas por día; bipedestación prolongada (más de 6 horas por turno); ruido excesivo; carga física de peso; estrés psicológico, físico o ambos, de ambiente frío. La exposición ocupacional a agentes tóxicos, anestésicos, disolventes y pesticidas puede incrementar el riesgo de abortos, malformaciones y otros efectos adversos.

- Se debe promover la actividad física durante el embarazo. Los beneficios de la actividad física se evidencian desde la gestación, no solo para el desarrollo del embarazo y en el momento del parto, sino para el crecimiento y desarrollo del feto. Entre ellos se destacan: el menor riesgo de hipertensión gestacional y síndrome preeclampsia-eclampsia, el menor riesgo de diabetes gestacional, el control del incremento exagerado del peso materno, la reducción de las complicaciones durante el parto, del riesgo de muerte fetal y de la depresión posparto.

- Se recomendará el cese inmediato del tabaquismo (incluyendo el uso de cigarrillos, cigarros, vapeadores, cigarrillos electrónicos y productos de tabaco calentado) y/o a su exposición.

- Se recomendará la no ingesta de alcohol, drogas recreacionales y se valorará la necesidad, en conjunto con especialista de salud mental, de continuar, discontinuar o ajustar el tratamiento con psicofármacos.

Acciones de orientación:

- Informar sobre síntomas y signos fisiológicos y anormales de acuerdo a la etapa del embarazo en la que se encuentre. Informar, orientar y acompañar según los lineamientos pautados.

En el cuadro 3 se presentan acciones de detección y conductas a tomar durante el control del embarazo.

Cuadro 3. Detección de factores de riesgo para patologías obstétricas específicas:

Detecte:	Actúe:
Riesgo de prematurez (embarazo único): • Mujeres con antecedentes de parto pretérmino (entre 20 y 36 semanas de EG), espontáneo o por RPM. Tienen indicación de medición de longitud cervical seriada (cada 1 – 3 semanas) para evaluar el riesgo de parto de pretérmino durante este embarazo. **Longitud cervical con alto riesgo de parto pretérmino** menor o igual a 25 mm en gestaciones <28 semanas; menor o igual a 20 mm entre 28 y 31.6 semanas o menor o igual a 15 mm si ≥ 32 semanas • Mujeres asintomáticas: el hallazgo de cuello corto por ecografía transvaginal (<15-25 mm, a edad gestacional ≤24 sem) se asocia con riesgo de parto prematuro En estos casos, el uso de progesterona demostró una disminución del riesgo de parto prematuro.	Progesterona micronizada, 100-200 mg intravaginal /día a partir de las 16-20 semanas de EG y hasta las 36 semanas.

Riesgo de síndrome preeclampsia-eclampsia: La OMS considera mujeres con riesgo elevado de desarrollar preeclampsia a las que presentan uno o más de los siguientes factores de riesgo[15] • Preeclampsia en embarazo anterior • Diabetes • Hipertensión arterial crónica • Nefropatía • Enfermedades autoinmunes • Embarazo múltiple	Ante este grupo de mujeres la OMS recomienda: • Suplementación con calcio: 1,5 a 2 g de calcio elemental por día (mujeres con dietas deficitarias).
Durante la realización de la ecografía morfológica precoz (11 a 13 semanas y 6 días) se puede evaluar el riesgo de SPE y RCIU mediante la medición de IP de las arterias uterinas; que en conjunto con la edad, etnia, PAM (presión arterial media) evalúa el riesgo para estas patologías.	• Ácido acetilsalicílico en dosis bajas (100 mg) en la noche antes de acostarse[16]. Iniciar antes de las 20 semanas (OMS), si bien la evidencia más reciente encuentra los mayores beneficios con el inicio antes de las 16 semanas, idealmente a las 12 semanas.
Riesgo de anomalías congénitas y/o enfermedades raras: Aunque existe una buena relación entre la existencia de factores de riesgo durante la gestación y el desarrollo de complicaciones, pueden ocurrir trastornos en las embarazadas sin factores de riesgo. Bajo riesgo no significa ausencia de riesgo, ni alto riesgo significa que aparezca la patología y es imprescindible advertir que, a pesar de un estricto y planificado control prenatal, no puede garantizarse un hijo sano. Tampoco se debe estigmatizar a las gestantes que tienen un factor de riesgo concreto.	• Screening combinado del I trimestre (TN + Hueso nasal o flujo tricúspideo o flujo en el ductus venoso + PAPP-A + BHCG). Tasa de detección 93 a 96%, para las anomalías cromosómicas más frecuentes (T13,18,21). Tasa falsos positivos 5%. • Otra opción de screening es la detección de la fracción libre de ADN fetal en sangre materna.

Está demostrado que 1:33 embarazadas pueden tener un hijo con alguna anomalía congénita.

Factores de Riesgo:

- Edad materna mayor o igual a 35 años.
- Exposición a agentes teratógenos (químicos físicos o infecciosos.
- Antecedentes personales y/o familiares de malformaciones congénitas, enfermedades raras, alteraciones cromosómicas.
- Antecedentes obstétricos: feto portador de malformaciones o anomalías cromosómicas, abortos recurrentes, muerte fetal, muerte infantil, hijos con enfermedades congénitas de origen genético o no genético.

Para las trisomías humanas clásicas (T13,18,21) tiene una tasa de detección de más del 99%. Este test evalúa todos los cromosomas humanos (22 autosomas, par sexual). Se pueden analizar algunas microdeleciones Este estudio no es una prestación del Plan integral de Asistencia a la Salud.

Todas las gestantes tienen la opción de hacerse un test prenatal, en caso de que estén interesadas, y deben conocer los alcances y limitaciones de las técnicas.

- El screening combinado del I trimestre es la prueba de primera línea para la mayoría de las mujeres en población obstétrica en general.

Solicitar 2 técnicas de screening simultáneamente solo aumenta la posibilidad de falsos positivos. No se recomienda su uso aunque sean diferentes. No mejora los resultados finales.

Derivar para asesoramiento genético

- Si existen antecedentes obstétricos de defectos del tubo neural: suplementar con ácido fólico a dosis de 4 mg/día.

Riesgo de trombofilia:

- Diagnóstico previo de trombofilia
- Antecedente personal de uno o más episodios de trombosis venosa, arterial o de pequeño vaso (imagen o evidencia histológica) en cualquier órgano o tejido.
- Antecedente familiar de 1er grado de Trombofilia Hereditaria y Evento Tromboembólico Venoso antes de los 50 años.
- Antecedentes obstétricos personales vinculables a Síndrome Anticuerpos Antifosfolípidos:

    1. Pérdida Recurrente de Embarazo: 3 o más Abortos Espontáneos mayores de 10 semanas, inexplicados y consecutivos (excluidas otras causas: cromosómicas maternas o paternas, y anatómicas o endócrinas maternas).

    2. Pérdida Fetal Tardía (AE >10 semanas de feto morfológicamente normal)

    3. Pretérminos < 34 semanas en relación con síndrome preeclampsia-eclampsia severo o RCIU o insuficiencia placentaria documentada (oligoamnios, hipoxemia fetal por eco Doppler o NST) en fetos morfológicamente normales.

- No se recomienda: en antecedentes obstétricos familiares vinculables a trombofilia.

Derivar a consulta con ginecólogo.

- Interconsulta con hematólogo.

Cuando se identifiquen antecedentes de patologías médicas, como cardiopatías, nefropatías, patologías neurológicas, psiquiátricas, endocrinológicas o autoinmunes, etc., se realizarán interconsultas con las siguientes especialidades:

- Policlínica de ginecotocología.
- Especialista focal y seguimiento de acuerdo a sus indicaciones.

Solicitud de paraclínica

Primera rutina

Es fundamental explicar a la usuaria embarazada para qué se solicitan estos exámenes y qué importancia tienen para el buen desarrollo del embarazo.

La realización de test de VDRL-RPR y VIH requiere del consentimiento informado y verbal de la usuaria. Si esta se niega a su realización, deberá dejarse constancia en la historia clínica, solicitarle que lo rubrique con su firma y dar informe a quienes atienden aspectos sociales con el objetivo de trabajar en conjunto.

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 o con respecto a la frecuencia señalada.

Solicitar:

- Grupo sanguíneo, en sistema ABO y factor Rh (D) e investigación de anticuerpos irregulares (test de Coombs Indirecto). Solicitar siempre, independientemente de que tenga estudios de embarazos previos.
- Hemograma.
- Glicemia en ayunas.
- Examen completo de orina.
- Urocultivo.
- VDRL- RPR
- VIH
- Toxoplasmosis
- Chagas(de no contar con uno previo)
- HBsAg
- Hep C (de no contar con uno menor a un año)
- Ecografía obstétrica (transvaginal, si corresponde).

En el cuadro 4 se resume la paraclínica a solicitar y las acciones específicas ante algunos resultados.

Cuadro 4. Primera rutina: acciones específicas ante resultados paraclínicos

Examen	Acciones específicas ante resultados de primera rutina
Clasificación sanguínea y alo anticuerpos (independientemente del estatus Rh) Servicios habilitados para realización: Hemoterapia o Medicina Transfusional (Decreto 385/00 Sección A1)	Rh negativo: a las mujeres Rh (D) negativo no inmunizadas anti-D se recomienda administrar inmunoglobulina anti-D 120 mcg IV o 300 mcg IM entre las 28 y 32 semanas e inmediatamente después del parto si el RN es Rh(D) positivo Coombs negativo (idealmente en las primeras 72 h pero si bien disminuye su eficacia, se puede administrar con fines profilácticos hasta 4 semanas después)[23,24]. Una vez administrada esta medicación, no se solicitará test de Coombs indirecto por 8 semanas y se avisará al pediatra o neonatólogo de esta situación. También debe administrarse en metrorragias durante el embarazo, 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. En caso de ser Rh (D) variante (expresión débil o alterada de antígeno eritrocitario D) solo en caso de confirmar variante DVI corresponde inmunoprofilaxis anti-D como a mujeres Rh negativo. El resto de mujeres con D variante se recomienda tratarlas como Rh positivo (p. 5 Ordenanza 99/11). • En caso de test de Coombs indirecto positivo, independientemente de Rh, derivar a hemoterapia para valorar riesgo de enfermedad hemolítica fetoneonatal.

<table>
<tr><td>Hemograma</td><td colspan="2">• Sin anemia (Hb >11 g/dl): comenzar la administración de suplementos de hierro, a todas las embarazadas, desde su primer control con 60 mg de hierro elemental en días alternos. Suministrar este hierro lejos de las comidas y si hay intolerancia, en la noche antes de acostarse. La suplementación debe durar durante todo el embarazo.

• Anemia (Hb < 11g/dl o Hto <33%) Indicar 120 mg de hierro elemental diario hasta la normalización de la hemoglobina. Controlar la respuesta al tratamiento realizando nuevamente hemograma al mes de iniciado el tratamiento.

• Consulta con hematólogo en caso de anemia no ferropénica.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Glicemia en ayunas</td><td>Valor</td><td>Acciones</td></tr>
<tr><td>< 0.92 g/dl</td><td>Resultado normal. Solicitar PTOG en el segundo trimestre (24 – 28 semanas)</td></tr>
<tr><td>≥ 0.92 y < 1.26 g/ dl</td><td>Diagnóstico de diabetes gestacional. Monitoreo glicémico a los 7-15 días con glicemia capilar luego de dieta y ejercicio.

Si:

Glicemia capilar basal ≥ 0.95 o glicemia postprandial (1 hora) ≥ 1,40 derivar a ginecólogo, endocrinólogo y nutricionista.</td></tr>
<tr><td>≥1.26 g/dl

Glicemia al azar ≥ 2.00 g/dl</td><td>Diabetes Mellitus manifiesta. Derivar a ginecólogo, endocrinólogo y nutricionista.</td></tr>
</table>

Urocultivo	Detección de bacteriuria asintomática: cultivo ≥ a 100.000 UFC/ml Tratar infección urinaria según antibiograma. Recomendar: abundante ingesta de líquidos, correcta higiene vulvo-perineal, micción frecuente. Si corresponde tratar estreñimiento concomitante con dieta rica en fibras
Examen de orina	Detección de proteinuria y signos inespecíficos de infección en el sedimento (eritrocitos, proteinuria, más de 5 leucocitos por campo mayor aumento, estearasa leucocitaria o nitritos). En ese caso solicitar urocultivo y tratar infección urinaria según antibiograma.
Serología para Sífilis	Dado la situación epidemiológica actual en nuestro país, se justifica una respuesta rápida para evitar la pérdida de oportunidades de tratamiento. Se debe iniciar tratamiento de inmediato con VDRL-RPR + o test rápido +, sin perjuicio de continuar el algoritmo diagnóstico para confirmación, según las Recomendaciones para el abordaje, diagnóstico, tratamiento y control de la sífilis. MSP, 2024. Realizar tratamiento de pareja y contactos sexuales de los 90 días previos. Realizar Notificación epidemiológica al MSP, Enfermedad de notificación obligatoria del grupo B (dentro de los 7 días posteriores). • Con usuario vía web: https://sgdevisa.msp.gub.uy • Tel 1934 interno 4010 • Correo electrónico: vigilanciaepi@msp.gub.uy (enviar foto de formulario notificación)

Serología para VIH	Ante un primer test de VIH reactivo proceder según las Recomendaciones de tratamiento antirretroviral (MSP 2022). Realizar Notificación epidemiológica al MSP, Enfermedad de notificación obligatoria del grupo B (dentro de los 7 días posteriores), según se detalla para sífilis. Referir de forma urgente a consulta con ginecólogo e infectólogo para valoración y tratamiento. Iniciar TARV: TDF+XTC+DTG (Tenofovir disoproxil fumarato + Emtricitabina o Lamivudina + Dolutegravir) TDF+XTC+RAL (Tenofovir disoproxil fumarato + Emtricitabina o Lamivudina + Raltegravir) Alternativa: TAF/XTC+DTG (Tenofovir alafenamida/ Emtricitabina o Lamivudina + Dolutegravir)

Serología para Toxoplasmosis	• Si en la primera rutina la paciente presenta anticuerpos para toxoplasmosis IgG positivos, IgM negativo no se vuelve a repetir el examen.
	
	• De ser IgG negativo, IgM negativo se repite el examen en el segundo y tercer trimestre (de presentar factores de riesgo se puede repetir mensualmente) y se informa sobre medidas de 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
	
	• De detectarse anticuerpos IgM positivo iniciar tratamiento con espiramicina 1 g vo cada 8 h y solicitar test de avidez o IgM por IFI:

	1. En caso de test de avidez alto, infección data de más de 4 meses previos. Baja probabilidad de infección aguda (intra-embarazo). 2. En caso de test de avidez bajo, derivar a ginecólogo y/o infectólogo para evaluar seguimiento. 3. En caso de IgM por IFI positiva, significa infección reciente, referir a ginecólogo y/o infectólogo para evaluar seguimiento.
Hepatitis B y C	El diagnostico de hepatitis B se realiza con la determinación de Ag de superficie de hepatitis B en suero materno. Ante un resultado reactivo solicitar Ag E de hepatitis B y carga viral. En caso de mujeres embarazadas con infección activa adquirida antes o durante el embarazo existe evidencia que el uso de antivirales (tenofovir o lamivudina) logra disminuir significativamente la tasa de infección intrauterina. Se recomienda interconsulta con infectología. El diagnóstico de hepatitis C se realiza con la determinación de Ag de hepatitis C en suero materno. Aquellas mujeres que tienen un test negativo en el último año no debería repetirse salvo que presente factores de riesgo para hepatitis C (usuarias de drogas IV). Realizar Notificación epidemiológica al MSP, Enfermedad de notificación obligatoria del grupo B (dentro de los 7 días posteriores), según se detalla para sífilis.
Rubéola y Chagas	Ante resultado positivo se deberá evaluar al RN y eventualmente realizar tratamiento. Chagas: Solicitar sólo cuando corresponda (gestante no testeada previamente). Realizar notificación epidemiológica obligatoria al MSP (rubéola en 24 horas Enfermedad denuncia obligatoria Cat A, y Chagas en 7 días Enfermedad denuncia obligatoria Cat. B).

Ecografía Obstétrica	Confirmación de embarazo intrauterino, valorar número de embriones y viabilidad y ajustar edad gestacional. El momento ideal para un correcto cálculo de la edad gestacional es en el primer trimestre mediante la longitud céfalo caudal (LCC) cuando la dispersión en su cálculo es de 5 – 7 días. El momento más certero es cuando el embrión mide entre 10 y 60 mm (entre las 7 y las 12 semanas). Si se detecta gravidez extrauterina o heterotópica derivar a ginecólogo de guardia. Si se detecta embarazo gemelar derivar a control con ginecólogo, idealmente en policlínica especializada. En caso de huevo huero o anembrionado derivar a policlínica ginecológica.

RECORDATORIO:

Se debe recomendar a toda embarazada que concurra acompañada a la consulta de control de embarazo por su pareja sexual y realizar todas las acciones necesarias para que ello ocurra al menos en dos oportunidades (primer y tercer trimestre).

Se debe informar sobre los cuidados durante el embarazo y puerperio y la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) durante esta etapa.

Se debe ofrecer a la pareja sexual la realización de pruebas serológicas para VIH, sífilis, hepatitis B y C en la consulta preconcepcional y al menos una vez en el embarazo, de forma de minimizar el riesgo de transmisión sexual a la mujer y de transmisión vertical a la descendencia durante el embarazo, parto y en el período de lactancia.

(Ordenanza MSP 1119/2018)

4. Consultas subsiguientes por trimestres

Primer trimestre (≤ 14 semanas)

Acciones generales

Actualizar la historia clínica. Registrar en Carné Perinatal e HCP SIP-Plus.

Se solicitarán e informarán los resultados de los exámenes paraclínicos de tamizaje solicitados en la consulta anterior. Se identificará a las mujeres que necesitarán cuidados adicionales y se realizará la derivación al nivel o al profesional que corresponda, haciendo su seguimiento.

Acciones específicas

Anamnesis destinada a las siguientes valoraciones:

- La evolución de la salud integral de la mujer y el feto.
- Descartar posibles patologías intercurrentes: exposición a teratógenos, náuseas y vómitos, síndrome urinario bajo, genitorragia e infecciones genitales bajas.
- En caso de amenaza de aborto o maniobras invasivas intrauterinas en mujeres Rh negativo no aloinmunizadas para antígeno D, indicar inmunoprofilaxis anti-D (dosis 120 µg por vía IV).

Recordar que una mujer embarazada puede realizarse radiografías (con protección abdominal) si son necesarias. No ocurre lo mismo con respecto al examen tomográfico (TC), por lo que en caso de necesitar este tipo de estudio, se preferirá la resonancia magnética nuclear (RMN).

La OMS no recomienda la suplementación sistemática con Vitamina D durante el embarazo.

Examen clínico general y obstétrico:

- Control de peso: debe tomarse con la mujer sin calzado y en ropas livianas.
- Control de presión arterial: 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.
- Desde 2017 se consideran nuevos criterios para HTA (AHA). La PA normal fuera del embarazo es < 120/80 mmHg, en sustitución del tradicional 140-90 mmHg.

Se crearon dos nuevas categorías a saber, PA elevada (120 129 mmHg de sistólica y < 80 mmHg de diastólica) y estadio 1 de hipertensión (PAS, 130 139 mmHg y 80 89 mmHg).

Estos cambios de criterios en la PA normal sin embarazo no se acompañaron de cambios en los criterios de PA en el embarazo, a pesar de que fisiológicamente se considera que la PA disminuye

en esta situación. Hay varios estudios sobre la asociación de los niveles de PA (con los criterios fuera del embarazo) antes de las 20 semanas y malos resultados materno-neonatales.

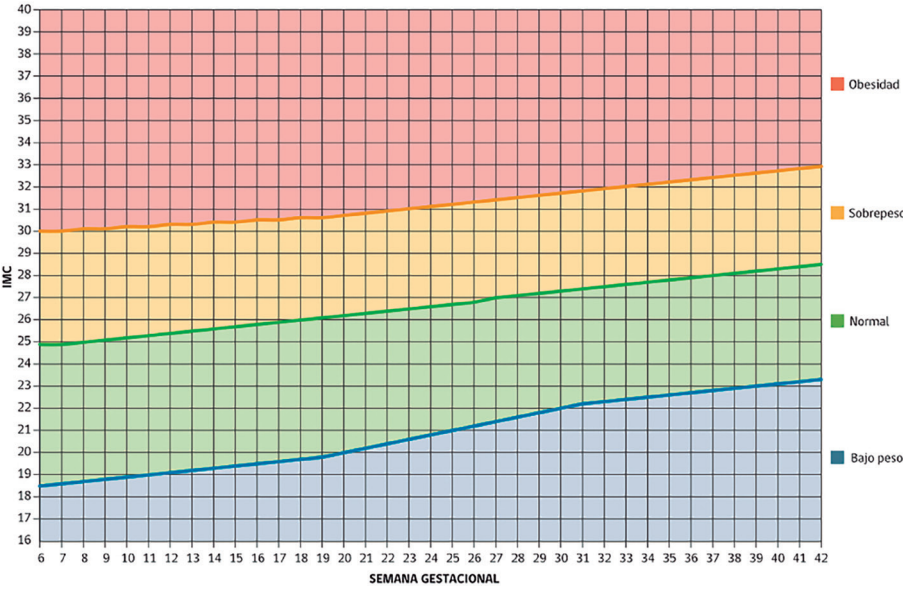
Una reciente revisión sistemática demostró que la PA alta (con los criterios de fuera del embarazo) antes de las 20 semanas de gestación se asocia con un mayor riesgo de preeclampsia y la mayoría de los efectos adversos del embarazo.

Las cifras menores de 140/90 mmHg, pero superiores a 120/80 mmHg, en la primera mitad del embarazo, deben ser tomadas como factores de riesgo.

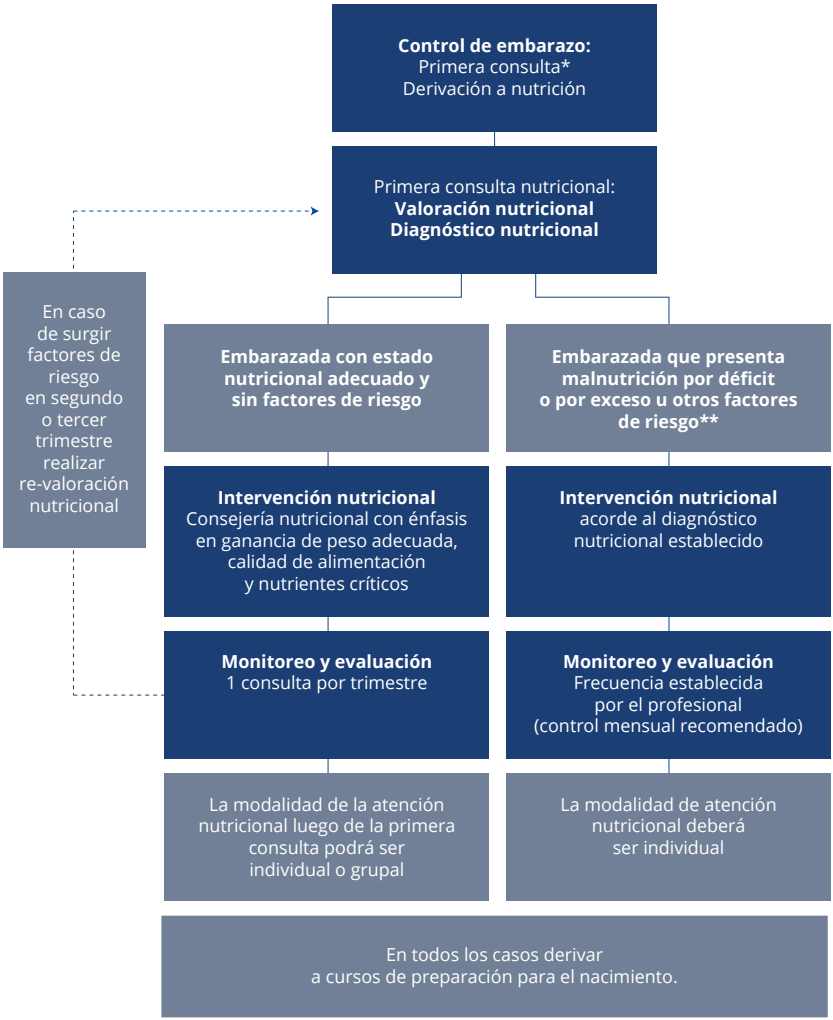
- Examen genital cuando corresponda.

- Solicitar valoración por odontólogo, de requerir tratamiento odontológico, debe realizarse. Los anestésicos locales sin acción vasoconstrictora sistémica pueden utilizarse.

- Solicitar valoración con nutricionista en el momento de la captación del embarazo, informándola sobre la importancia y recursos disponibles. En dicha consulta se realizará una valoración y diagnóstico nutricional. En embarazos con estado nutricional adecuado, se realizará consejería nutricional con énfasis en ganancia de peso materno adecuado, calidad de los alimentos y nutrientes críticos. De presentar malnutrición por déficit o por exceso u otros factores de riesgo, se realizarán intervenciones nutricionales acordes al diagnóstico realizado.



Gráfica para evaluación nutricional de la gestante según
Índice de Masa Corporal y Edad Gestacional. MINSAL, 2019.



*
Las ***Recomendaciones para la Atención de la Mujer en el embarazo, parto y puerperio*** del MSP establecen que, el seguimiento de la mujer que cursa un embarazo sin patologías puede ser realizado por obstetras parteras/os, ginecotocólogos/as, médicos/as de familia y médicos/as generales.

**
Ganancia de peso gestacional inadecuada
Glicemia alterada
HTA
Anemia
Embarazo adolescente
Embarazo múltiple
Patrones alimentarios que necesiten monitoreo (alimentación que excluya grupos de alimentos)
Otras situaciones que ameriten seguimiento

Algoritmo extraído de las “Pautas para la atención nutricional de la mujer durante el embarazo y la lactancia.

Solicitud de paraclínica

- Se solicitará la primera rutina ya especificada.

- Se solicitará PTOG precoz en aquellas pacientes con sobrepeso u obesidad o, al menos, uno de los siguientes factores de riesgos para diabetes:

    - Diabetes gestacional en embarazo previo
    - Antecedente de hijo macrosómico
    - Sedentarismo
    - Familiar de primer grado con diabetes
    - Enfermedades asociadas (síndrome metabólico, SOP, HTAcr)
    - Antecedentes de HDL menor de 35 o triglicéridos mayores a 250
    - HbA1c mayor a 5,7 % o antecedentes de glicemias alteradas

- Solicitar ecografía morfo-estructural precoz entre las 11 y 13 semanas más 6 días de edad gestacional como parte del control de todo embarazo. Esta busca valorar entre otras cosas la edad gestacional y marcadores ecográficos de cromosomopatías: la translucencia nucal (TN), hueso nasal, Ductus Venoso y flujo de la válvula tricúspide. El aumento de la TN se asocia a trisomía 21, 13 y 18, síndrome de Turner y otras anomalías cromosómicas, así como a múltiples malformaciones fetales como las cardiopatías congénitas y síndromes genéticos[35].

También se debe realizar eco Doppler de arterias uterinas para valorar el riesgo de síndrome preeclampsia-eclampsia. Ante la resistencia de las arterias uterinas aumentadas, se deben evaluar otros factores de riesgo (presión arterial media, edad, etnia-raza, antecedentes obstétricos) considerando iniciar profilaxis de SPE (AAS + calcio).

Ante una translucencia nucal igual o mayor a P95 para la edad gestacional se debe informar a la mujer y su pareja, derivar a ginecólogo y proceder a dar un asesoramiento genético.

- Solicitar *screening* bioquímico PAPP-A y BHCG que complementa a los marcadores ecográficos.

- El BPS, a través de la Unidad de Medicina Embriofetal y Perinatal (UMEFEPE), ofrece este tamizaje a toda embarazada, sin restricción de lugar geográfico donde viva o del prestador integral de salud del cual sea usuaria, a la cual su ginecólogo tratante le indique la realización del *screening*.

El *screening* combinado del primer trimestre (TN + hueso nasal o flujo tricúspideo o flujo en el ductus venoso + PAPP-A + BHCG) tiene una tasa de detección de 93 a 96 %, con una tasa de falsos positivos de 5 %.

En caso de resultar del screening un riesgo moderado o alto, el BPS ofrece asesoramiento presencial para la mujer y su pareja en la UMEFEPE-CRENADECER. Con base en esto y los deseos de la mujer, se podrán ofrecer estudios invasivos confirmatorios de

diagnóstico prenatal.

El procedimiento para extracción (BVC, amniocentesis, cordocentesis, etc.) se realiza en BPS (UMEFEPE- CRENADECER), sin ningún costo para la usuaria ni para el prestador de salud.

En los últimos años se ha incorporado como mejor método de cribado el análisis de ADN fetal libre circulante (ADN-lc) en el plasma materno para el cribado de trisomías fetales, aumentando la tasa de detección de trisomía 21 a más del 99 % y disminuyendo la tasa de falsos positivos a menos del 0,1 %. También valora los cromosomas 13 y 18, y tiene el potencial de poder cubrir todo el genoma.

Como ambos son métodos de *screening*, de presentar resultados positivos, requieren una confirmación mediante técnica invasiva. Se destaca que los resultados negativos no excluyen la enfermedad en un 100 %.

Los fetos con TN aumentada que se sometieron a estudio de cariotipo con resultado aparentemente normal, tienen una asociación con anomalías estructurales, especialmente cardíacas, pero también esqueléticas, orofaciales y distintos síndromes genéticos, así como retraso en el desarrollo y riesgo de muerte intrauterina.

- La paraclínica en los controles subsiguientes dependerá de la edad gestacional. Recordar que esta secuencia de exámenes podrá ser modificada de acuerdo al caso clínico. Por ello en estos casos se debe solicitar Ecografía morfoestructural precoz entre las 16 - 18 semanas y Ecocardiograma

fetal idealmente entre las 24 - 28 semanas, aunque se puede realizar también a edades gestacionales más tardías de ser necesario.

En caso de que la mujer decida la interrupción del embarazo en función del diagnóstico prenatal, se deberá asesorar en el marco de la Ley 18426 (de SSYSR) y la 18987 (IVE), según la edad gestacional.

Segundo trimestre (15-28 semanas)

Acciones generales

Actualizar la historia clínica. Registrar en Carné Perinatal e HCP SIP-Plus.

Se solicitarán e informarán los resultados de los exámenes paraclínicos de tamizaje solicitados en la consulta anterior. Se identificará a las mujeres que necesitarán cuidados adicionales y se realizará la derivación al nivel o al profesional que corresponda.

Acciones específicas

Anamnesis destinada a las siguientes valoraciones:

- La evolución del embarazo.
- Descartar posibles patologías intercurrentes.

- En caso de genitorragia o maniobras invasivas intrauterinas en mujeres Rh negativo no aloinmunizadas para antígeno D, indicar inmunoprofilaxis anti-D (dosis 300 µg IM o 120 µg IV).
- Indagar sobre genitorragia, hidrorrea, síndrome urinario bajo, flujo, fiebre mayor de 38 °C, dolor hipogástrico y/o lumbar, contracciones uterinas dolorosas, cefaleas, inicio de movimientos fetales.

Examen físico:

- Control de peso y PA (en condiciones de reposo ya descriptas).
- Auscultación de latidos fetales de acuerdo a los medios tecnológicos disponibles.

Acciones de orientación:

Comunicar sobre síntomas y signos fisiológicos y anormales.

Es importante destacar los signos de alarma por los cuales debería consultar en forma inmediata, como, por ejemplo, genitorragia, hidrorrea, contracciones uterinas dolorosas, fiebre mayor de 38 °C, cefaleas.

Informar, orientar y acompañar según los lineamientos pautados en el capítulo de orientación.

Estimular la actividad física, la alimentación saludable y el correcto descanso, disminuir hábitos tóxicos y el estrés.

Solicitud de paraclínica

- Repetir test de Coombs indirecto en embarazadas Rh negativo y que no hayan recibido profilaxis anti-D en las últimas 8 semanas.
- PTOG entre las 24 y las 28 semanas.
- Examen de orina
- Urocultivo.
- Hemograma (si la hemoglobina del primer trimestre es ≤ 11 g/dl).
- VDRL-RPR y VIH entre las 18 y las 24 semanas.
- Toxoplasmosis (de ser IgG negativo en la primera rutina).
- Ecografía morfo-estructural con valoración transvaginal de la longitud cervical entre las 20 y las 24 semanas.

Cuadro 5. Acciones específicas ante resultados paraclínicos en el segundo trimestre

Examen	Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre
Test de Coombs indirecto (Si es Rh(D) Negativo)[23]	Resultado negativo, administrar inmunoglobulina anti-D 120 mcg IV o 300 mcg IM entre las 28 y 32 semanas Resultado positivo, derivar a ginecólogo y hemoterapia para valorar riesgo de enfermedad hemolítica feto-neonatal
PTOG (75 g)	Ante valores patológicos: glicemia en ayunas ≥ 0.92 g/dl o glicemia pos carga a la hora (60 minutos) ≥ a 1.80 g/dl o a las 2 horas (120 minutos) ≥ a 1.53 g/dl hacer diagnóstico de diabetes gestacional y derivar a ginecólogo, endocrinólogo o diabetólogo y nutricionista. Glicemia en ayuno ≥ 1.26 g/dl, ≥ a 2.00 g/dl a las 2 hs, hacer diagnóstico de Diabetes Mellitus manifiesta, derivar a ginecólogo, endocrinólogo o diabetólogo y nutricionista.
Urocultivo	• Detección de bacteriuria asintomática: cultivo ≥ a 100.000 UFC/ml • Tratar infección urinaria según antibiograma. • Recomendar: abundante ingesta de líquidos, correcta higiene vulvo-perineal, micción frecuente. • Si corresponde tratar estreñimiento concomitante con dieta rica en fibras.
Serología para Sífilis	• Dado la situación epidemiológica actual en nuestro país, se justifica una respuesta rápida para evitar la pérdida de oportunidades de tratamiento. • Paciente con VDRL-RPR+ o test rápido +, se debe iniciar tratamiento de inmediato a ella y a su pareja sin perjuicio de continuar el algoritmo diagnóstico para confirmación.

	• Iniciar tratamiento de inmediato según las Recomendaciones para el abordaje, diagnóstico, tratamiento y control de la sífilis. MSP, 2024. • Realizar Notificación epidemiológica al MSP, Enfermedad de notificación obligatoria del grupo B (dentro de los 7 días posteriores). • Con usuario vía web: https://sgdevisa.msp.gub.uy • Tel 1934 interno 4010 • Correo electrónico: vigilanciaepi@msp.gub.uy (enviar foto de formulario notificación)
Serología para VIH	Ante un test de VIH reactivo proceder según las Recomendaciones de tratamiento antirretroviral MSP, 2022. Realizar Notificación epidemiológica al MSP, Enfermedad de notificación obligatoria del grupo B (dentro de los 7 días posteriores), según se detalla para sífilis. Referir de forma urgente a consulta con ginecólogo e infectólogo para valoración y tratamiento El inicio de las acciones preventivas, incluyendo el tratamiento antirretroviral, debe realizarse de inmediato, sin necesidad de esperar la confirmación.
Serología para Toxoplasmosis	Se solicita de ser IgG negativo, Ig M negativo en el primer trimestre • De detectarse anticuerpos IgM positivo iniciar tratamiento de inmediato con espiramicina 1 g vo cada 8 hs y solicitar test de avidez o IgM por IFI: 1. En caso de test de avidez alto, infección data de más de 4 meses previos. 2. En caso de test de avidez bajo, infección reciente (menor a 4 meses). 3. En caso de IgM por IFI positivo significa infección reciente

	En cualquier caso, derivar a ginecólogo y/o infectólogo para evaluar seguimiento. • De ser IgG negativo se repite el test en el tercer trimestre y se informa sobre medidas de 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
Ecografía MorfoEstructural + Medición Longitud Cervical por TV	De constarse alteraciones de estructuras fetales, líquido amniótico, cordón o placenta derivar a ginecólogo o asesoramiento genético según corresponda. Medición de longitud cervical por EcoTV como predictor de parto pretérmino, de presentar una longitud cervical menor a 25mm iniciar progesterona 100 - 200 mg día i/ vaginal hasta la semana 36..

Tercer trimestre (≥ 29 semanas)

Acciones generales

Actualizar la historia clínica. Registrar en Carné Perinatal e HCP SIP-Plus.

Se solicitarán e informarán los resultados de los exámenes paraclínicos solicitados en la consulta anterior. Se identificará a las mujeres que necesitarán cuidados adicionales, se le informará a ella y su acompañante, si lo hay, y se realizará la derivación al nivel o al profesional que corresponda.

Acciones específicas

Anamnesis destinada a las siguientes valoraciones:

- La evolución del embarazo.
- Descartar posibles patologías intercurrentes.
- En caso de genitorragia o maniobras invasivas intrauterinas en mujeres Rh negativo no aloinmunizadas para antígeno D, indicar inmunoprofilaxis anti-D (dosis 300 µg IM o 120 µg IV).
- Indagar sobre percepción de movimientos fetales, genitorragia, hidrorrea, contracciones uterinas dolorosas, síndrome funcional hipertensivo, síndrome urinario bajo, flujo, fiebre mayor de 38 °C, dolor hipogastrio y/o dolor lumbar, vómitos, epigastralgia, prurito palmo plantar.

Examen físico:

- Control de peso y presión arterial.
- Auscultación de latidos fetales.
- Semiología obstétrica para estimar peso fetal, cantidad de líquido amniótico, tono uterino, y a partir de las 36 semanas la presentación fetal.

Acciones de orientación

Comunicar sobre síntomas y signos fisiológicos y anormales.

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, síndrome funcional hipertensivo.

Informar, orientar y acompañar según los lineamientos pautados en el capítulo de orientación.

Estimular la actividad física, la alimentación saludable y el correcto descanso, disminuir hábitos tóxicos y el estrés.

Estimular la participación de la usuaria y su pareja en las clases de preparación para el nacimiento y la maternidad/paternidad, así como la planificación del nacimiento de acuerdo a las *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional* (MSP, 2018).

Solicitud de paraclínica

- Hemograma.
- Glicemia.
- VDRL-RPR.
- VIH. Aquellas pacientes en preparto o trabajo de parto que no tengan un test de VIH negativo en los últimos 30 días y presenten factores de riesgo o su pareja no esté estudiada para VIH o presente factores de riesgo se deberá realizar un test rápido de VIH.
- Toxoplasmosis (en caso de IgG negativo en primer y segundo trimestre).
- HBsAg
- Toma de exudado recto vaginal con búsqueda de *Streptococcus agalactiae* del grupo B a las 35-37 semanas.
- Orina.
- Urocultivo.
- Ecografía obstétrica para control de crecimiento fetal a juicio del técnico tratante.

Cuadro 6. Acciones específicas ante resultados paraclínicos en el tercer trimestre

Examen	Acciones específicas ante resultados de rutina en el tercer trimestre	
Test de Coombs Indirecto	Se solicitará si es Rh negativo y no fue solicitado en el segundo trimestre. De ser negativo administrar entre las 28 y 32 semanas inmunoglobulina anti-D 120 mcg IV o 300 mcg IM. En caso de resultado positivo, derivar a ginecólogo y hemoterapia para valorar riesgo de enfermedad hemolítica feto-neonatal. *No solicitar* si la embarazada ya recibió inmunoprofilaxis en el segundo trimestre.	
Hemograma	• **Sin anemia (Hb >11 g/dl):** Continuar con la administración de suplementos de hierro, a todas las embarazadas, con 60 mg de hierro elemental en días alternos. Suministrar este hierro lejos de las comidas y si hay intolerancia, en la noche antes de acostarse. La suplementación debe mantenerse durante todo el embarazo. • **Anemia (Hb < 11 g/dl o Hto <33%):** Indicar 120 mg de hierro elemental diario hasta la normalización de la hemoglobina. Controlar la respuesta al tratamiento realizando nuevamente hemograma al mes de iniciado el tratamiento.	
Glicemia en ayunas	< 0.92 g/dl	Normal
	≥ 0.92 y <1.26 g/dl	Diabetes Gestacional. Trabajar en conjunto con nutricionista. Monitoreo glicémico con glicemia capilar.

		Si glicemia basal es ≥0.95 g/dl o glicemia posprandial (1 hora) ≥1.40 g/dl derivar a ginecólogo, endocrinólogo.
	≥ 1.26 g/dl Glicemia al azar ≥ 2.00 g/dl	Diabetes Mellitus manifiesta. Derivar a ginecólogo, endocrinólogo y nutricionista.
Urocultivo	Detección de bacteriuria asintomática: cultivo ≥ igual a 100.000 UFC/ml. Tratar infección urinaria según antibiograma. Recomendar: abundante ingesta de líquidos, correcta higiene vulvoperineal, micción frecuente. Si corresponde tratar estreñimiento concomitante con dieta rica en fibras.	
Serología para Sífilis	Dado la situación epidemiológica actual en nuestro país, se justifica una respuesta rápida para evitar la pérdida de oportunidades de tratamiento. Paciente con VDRL-RPR+ o test rápido +, se debe iniciar tratamiento de inmediato a ella y a su pareja sin perjuicio de continuar el algoritmo diagnóstico para confirmación. Iniciar tratamiento de inmediato según las Recomendaciones para el abordaje, diagnóstico, tratamiento y control de la sífilis. MSP, 2024. Realizar Notificación epidemiológica al MSP, Enfermedad de notificación obligatoria del grupo B (dentro de los 7 días posteriores). • Con usuario vía web: https://sgdevisa.msp.gub.uy • Tel 1934 interno 4010 • Correo electrónico: vigilanciaepi@msp.gub.uy (enviar foto de formulario notificación)	

Serología para hepatitis B	El diagnostico de hepatitis B se realiza con la determinación de Ag de superficie de hepatitis B en suero materno. Ante un resultado reactivo solicitar Ag E de hepatitis B y carga viral. En caso de mujeres embarazadas con infección activa adquirida antes o durante el embarazo existe evidencia que el uso de antivirales (tenofovir o lamivudina) logra disminuir significativamente la tasa de infección intrauterina. Se recomienda interconsulta con infectología. De ser HbsAg positivo comunicar al neonatólogo para indicar intervenciones postnatales para disminuir la probabilidad de infección del recién nacido como administrar la primera dosis de vacuna contra VHB al nacer, más inmunoglobulina dentro de las primeras 12 hs de vida a todo RN hijo de madre con serología positiva o desconocida (Ordenanza ministerial N° 1119/18). Realizar Notificación epidemiológica al MSP, Enfermedad de notificación obligatoria del grupo B (dentro de los 7 días posteriores), según se detalla para sífilis.
Serología para Toxoplasmosis	**Se solicita de ser IgG negativo en el primer y segundo trimestre.** • De detectarse anticuerpos Ig M positivo iniciar tratamiento de inmediato con espiramicina 1 g vo cada 8 hs y solicitar test de avidez o IgM por IFI: 1. En caso de test de avidez alto, infección data de más de 4 meses previos. 2. En caso de test de avidez bajo, infección reciente (menor a 4 meses). 3. En caso de IgM por IFI positivo significa infección reciente. • En cualquier caso, derivar a ginecólogo y/o infectólogo para evaluar seguimiento. • De ser IgG negativo se informa sobre medidas de 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
Exudado recto-vaginal	De detectarse Streptococcus agalactiae del grupo B positivo, al diagnosticarse trabajo de parto se comenzará con antibióticos[38,39]: • Primera elección: penicilina cristalina 5.000.000 UI IV y luego 2.500.000 UI IV cada 4 hs hasta el nacimiento. • Segunda elección: ampicilina 2 g IV y luego 1 g IV cada 4 hs hasta el nacimiento. • Ante mujeres alérgicas a la penicilina sin riesgo de anafilaxis, se aconseja cefazolina 2gr IV y luego 1gr IV cada 4 horas hasta el nacimiento. • Si existe riesgo de anafilaxis, clindamicina 900 mg IV cada 8 horas. Si no se realizó tamizaje, se tratarán en forma profiláctica a todas las mujeres embarazadas con riesgo de presentar infección: • Trabajo de parto de pretérmino • Rotura prematura de membranas ovulares de más de 18 horas • Fiebre durante el trabajo de parto • Infección urinaria a EGB (no se debe realizar ERV) • Antecedente obstétrico de recién nacido con infección a EGB En caso de cesárea de elección con membranas íntegras, no se realizará profilaxis con antibióticos independientemente de que sea portadora o no.
Ecografía Obstétrica	Evaluar presentación y control de crecimiento fetal, calcular peso fetal estimado. Se realizará a la edad gestacional que el técnico tratante considere.

5. Acciones informativas y promotoras de la salud durante el embarazo

Cambios esperados en su organismo

Aunque el embarazo es una etapa normal de la vida, ocurren cambios en el organismo:

- Labilidad emocional (sentirse más sensible y emotiva), en ocasiones cansancio y fatiga.
- Mayor pigmentación de la piel y, a veces, la aparición de estrías.
- Las mamas aumentan de tamaño, el pezón es más sensible y puede aparecer galactorrea antes de terminar el embarazo. Se desaconseja la estimulación del pezón.
- Las náuseas y vómitos matutinos son frecuentes durante los tres primeros meses del embarazo, así como la pirosis en la segunda mitad del embarazo.
- El estreñimiento y las hemorroides son frecuentes. Se recomienda una dieta rica en fibra y líquidos. Evitar el uso de laxantes (de ser necesario, utilizar fibras naturales).
- Las varices son frecuentes, sobre todo al final de la gestación. Se recomienda evitar las ropas ajustadas. No permanecer de pie durante períodos prolongados. Descansar con las piernas elevadas. Es aconsejable utilizar medias elásticas hasta la cintura. El edema de pies y tobillos a lo largo del día es esperable y no es un signo preocupante.

- La lumbalgia puede aparecer principalmente al final del embarazo, cuando la mujer gestante modifica su postura corporal por el crecimiento del feto. Se recomienda utilizar asientos con respaldo recto, evitar cargas pesadas y utilizar un colchón duro para su descanso.
- Durante el embarazo, la compresión vesical y el aumento de la diuresis, determinan una mayor frecuencia miccional que puede obligar a la embarazada a levantarse por la noche a orinar.

Alimentación:

Durante el embarazo la alimentación debe ser completa y variada. El aumento de peso debe ir en concordancia con el estado nutricional previo. En embarazadas que comienzan su gestación con un estado nutricional normal, se aconseja un incremento de entre 10 a 13 kg; sin embargo, entre nuestra población existe una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad. (Ver *Pautas de atención nutricional de la mujer durante el embarazo y la lactancia*. MSP, 2024).

Es recomendable:

- Disfrutar la comida: comer despacio y, cuando se pueda, hacerlo en compañía. Las comidas realizadas en horarios más o menos fijos, consumidas con atención y sin apuro, favorecen la digestión y evitan que se coma más de lo necesario. En cambio, cuando comemos rodeados de distracciones (TV, celular, computadora), no prestamos atención y nuestro cerebro no registra de modo consciente qué y

cuánto alimento ingerimos.

- Basar la alimentación en alimentos naturales y evitar el consumo de productos ultraprocesados en el día a día, con excesiva cantidad de grasas, azúcar y sal. Una buena salud y bienestar, y una incidencia más baja de enfermedades, se alcanzan consumiendo una gran variedad de alimentos naturales de origen vegetal, como verduras, frutas, porotos, lentejas y garbanzos, fideos, arroz o polenta, combinados con alimentos naturales de origen animal, como huevos y leche, y cantidades moderadas de carnes.

- Comenzar el día con un buen desayuno y no saltear comidas. Realizar un desayuno en el que no falte el lácteo, el pan y la fruta y respetar un horario para las demás comidas. Consumir 2 a 3 porciones de lácteos (leche, yogur o quesos bajos en grasas y sodio) al día. Recordar que los sustitutos, tales como bebidas vegetales (p. ej., de avena, almendras, coco) no son equivalentes respecto a su contenido de nutrientes y en especial de calcio.

- Cocinar nuestros propios alimentos hace bien: descubrir el gusto por la cocina y que sea una actividad compartida. Cocinar comida casera permite elegir con libertad los ingredientes y las formas de cocción de nuestros alimentos, así como aderezar con menos sal y azúcar y, por lo tanto, amplía el abanico de alternativas saludables.

- Ser crítico con la información y los mensajes publicitarios que se reciben sobre alimentación. Tener presente que la

función de la publicidad es aumentar la venta y no informar y, menos todavía, educar. Recordar que no existen los alimentos mágicos: solo a través de la combinación de alimentos naturales y variados se alcanza una alimentación saludable.

- Acumular al menos dos horas y media de actividad física por semana y disminuir el tiempo que se permanece sentado.

- Preferir siempre el agua a otras bebidas. Limitar los refrescos, los jugos artificiales y las aguas saborizadas. El consumo suficiente de agua contribuye al bienestar. Los refrescos, los jugos artificiales, las aguas saborizadas, los jugos de fruta industrializados y las bebidas energizantes y para deportistas contienen azúcar y, muy frecuentemente, jarabe de maíz alto en fructosa. Ambos aportan calorías de manera innecesaria, que puede provocar un aumento de peso excesivo.

- Incorporar verduras y frutas en todas las comidas. Ayuda a sentirte bien y mantener un peso adecuado. Además, por su rico aporte en fibras, contribuyen al mantenimiento del tránsito intestinal. Recordar realizar una correcta higiene y desinfección de frutas y verduras, en especial si se consumen en crudo.

- Elegir aceite para las preparaciones en lugar de otras grasas. Preferir aceites ricos en ácidos grasos omega 3, tales

como de canola o soja. Evitar comprar productos con excesiva cantidad de grasas y especialmente los que contengan grasas trans.

- Incluir el pescado, al menos dos veces en la semana, y disminuir el consumo de carnes procesadas, como fiambres y embutidos. Elegir variedades de pescados ricos en ácidos grasos omega 3, como palometa, sardinas, anchoa, anchoíta, caballa, jurel, salmón, trucha, arenque. De consumir atún enlatado, hacerlo en cantidades controladas no mayores a 80 g por semana (aprox. 1 lata chica o ½ mediana). Cocinar completamente las carnes, tanto blancas como rojas.

- Disminuir la sal y el azúcar para cocinar: pequeñas cantidades son suficientes para realzar el sabor. Además, tener presente que una gran parte del azúcar y la sal que consumimos no está en el salero ni el azucarero, sino oculta en los productos procesados y ultraprocesados.

Por mayor información consultar: *Pautas de atención nutricional de la mujer durante el embarazo y la lactancia* (MSP, 2024).

Higiene, vestido y calzado

Durante el embarazo es aconsejable que cumpla las siguientes recomendaciones:

- Cuidar la higiene personal. Es recomendable la ducha diaria, ya que durante la gestación aumenta la sudoración y el

flujo vaginal.

- Extremar la higiene bucal. Se debe de instruir a la gestante acerca de cómo es el correcto cepillado (con pasta dental de entre 1000 y 1500 ppm de fluoruro) y la utilización de hilo dental para completar la higiene bucal. La caries es una enfermedad infecciosa no transmisible, vinculada con los hábitos. La relación ingesta-higiene es fundamental. Se la define como comportamental, por lo tanto, si realiza ingestas con azúcares libres sin la debida desorganización de la placa microbiana o biofilm, aumenta la posibilidad de aparición de lesiones cavitadas. De ahí el trabajo en conjunto con nutricionista para que la dieta sea satisfactoria y que minimice la necesidad de comer entre horas. El aumento de estrógenos y progesterona produce vasodilatación capilar, favoreciendo el exudado y la permeabilidad gingival. Esto aumenta el riesgo de que aparezcan caries y la gingivitis, la cual es más frecuente sobre todo en el segundo trimestre. La enfermedad periodontal a su vez se ve favorecida por el aumento de la relaxina.

- Utilizar vestimenta cómoda y holgada. El calzado debe ser confortable, evitar tanto los zapatos con tacos altos como los excesivamente planos.

- La faja puede atrofiar la musculatura abdominal, por lo que no es necesario su uso salvo en situaciones especiales (diástasis de los rectos o hernias umbilicales).

Trabajo

El embarazo no es un impedimento para desarrollar el trabajo habitual, siempre que no cause fatiga física o psíquica excesiva, hasta las 34 semanas; y si la embarazada así lo considera, hasta las 38 semanas de gestación. A partir de este momento, debe reducir la actividad física. No es aconsejable que maneje productos tóxicos o esté expuesta a radiaciones.

Deportes

La guía de actividad física para la población uruguaya hace las siguientes recomendaciones:

- Una mujer embarazada sin o con bajo riesgo durante su embarazo debería acumular por lo menos 150 minutos de actividad física aeróbica moderada a la semana. En estos casos si las mujeres embarazadas ya realizan actividad física aeróbica vigorosa de forma habitual pueden continuar realizándola.

- Realizar ejercicio de tonificación muscular por lo menos dos veces por semana, no necesariamente significa hacer pesas en el gimnasio, puede hacerse con elementos de la vida cotidiana y con su propio peso corporal; por ejemplo, tomada del respaldo de una silla, subir y bajar flexionando las rodillas con la espalda recta.

- Incluir fortalecimiento de los músculos del piso pélvico (ejercicios de Kegel, diariamente), así como ejercicios de movilidad articular y de estiramiento moderado.

- Incrementar de forma progresiva y según la tolerancia, la duración, frecuencia e intensidad del ejercicio (tanto en el caso de la actividad física iniciada durante el embarazo como al retomar la actividad posparto).

- En las actividades cotidianas limitar el tiempo sedentario, hacer algo de actividad física siempre es mejor que permanecer inactivo.

- Llevar zapatos cómodos para volver del trabajo caminando.

- Subir y bajar escaleras.

- Mantener una buena hidratación, aportando agua antes, durante y después del ejercicio.

- Se recomienda disminuir los tiempos sedentarios como estar sentada frente a las pantallas durante mucho tiempo.

Conducir vehículos

Es posible conducir automóviles durante el embarazo, siempre que se tomen las medidas adecuadas, hasta el inicio del tercer trimestre. Las embazadas deberán llevar puesto el cinturón de seguridad.

La mujer embarazada debe adaptar la distancia entre el asiento y el volante a su nueva situación desde el primer momento. El airbag no es peligroso, siempre que su distancia mínima entre el cuerpo y este sea de entre 20 y 25 cm.

El correcto uso del cinturón de seguridad reduce la gravedad de las lesiones, tanto de la madre como del feto. Se debe colocar correctamente, la banda pélvica o cinta horizontal no debe colocarse sobre el vientre, se deberá colocar a la altura de la ingle, por debajo del abdomen, y la banda superior, entre los senos. Es obligatorio el uso de cinturón de seguridad con 3 puntos de anclaje[17].

Evitar los viajes largos, de más de 3 horas seguidas; se deben realizar paradas cada hora para movilizar los miembros inferiores.

Se desaconseja la conducción durante el tercer trimestre, aunque no los traslados en vehículo.

Se desaconsejan los traslados en birrodados, dado los riesgos que conlleva el uso del vehículo en sí, y los agregados por la condición de embarazo. En caso de que no se pueda evitar el traslado, recordar la importancia de uso del casco reglamentario y el chaleco refractario.

Viajes

Los viajes en general no están contraindicados, tampoco en avión. Hacia el final de la gestación se deben evitar los viajes largos, y no es aconsejable realizar viajes a lugares con escasos servicios

sanitarios.

Se recomienda un seguro de asistencia médica en casos de viajes al exterior.

Se desaconsejan los viajes a zonas de prevalencia endémica de virus que podrían generar afectación fetal, como el Zika, chikungunya, etc. Se debe informar sobre las medidas de prevención: uso de repelentes aprobados (que contengan DEET (dietiltoluamida), IR 3535 (3-[N-butil-N-acetil]-aminopropionato de etilo) o KBR 3023 (también conocido como icaridina o picaridina), cubrir la piel expuesta, permanecer en ambientes con aire acondicionado o mosquiteros, evitando así la exposición a mosquitos. Vaciar, limpiar o cubrir los contenedores que puedan acumular agua.

Para evitar la trasmisión sexual, se debe utilizar preservativo. Personas que regresen de zonas donde hay trasmisión local del virus deben extremar el uso de preservativo, durante 8 semanas después del regreso, en el caso de las mujeres; y durante 6 meses, en el caso de los hombres.

Los viajes en avión prolongados se asocian a trombosis venosa de miembros inferiores, por lo que se aconseja el uso de medias compresivas. En situaciones de riesgo se debe evaluar el uso de anticoagulantes profilácticos.

Relaciones sexuales

¿Existen cambios en la sexualidad durante el embarazo?

Existen muchos mitos y fantasías. En un embarazo sin complicaciones el disfrute de la sexualidad no solo no tiene contraindicaciones, sino que presenta grandes beneficios para el embarazo y, principalmente, para la mujer y la pareja. Es importante incluir preguntas sobre la vivencia de la sexualidad en cada uno de los trimestres, lo que permite abordar los mitos y acompañar una vivencia positiva de la sexualidad.

Primer trimestre: es habitual que el deseo/ganas estén un poco disminuidos, ya que aparecen síntomas que pueden generar más incomodidad y menos disponibilidad, como náuseas, vómitos, somnolencia. También aparecen miedos sobre la pérdida de embarazo. Estos no son motivos para interrumpir la actividad sexual, recuerde tener una actitud activa y preguntar por este aspecto, ya que muchas veces no surge por vergüenza o desconocimiento de que puede ser un tema a tratar en consulta.

Segundo trimestre: este momento es el de mayor disfrute de la sexualidad, algunas mujeres no solo sienten bienestar y recuperan el deseo, sino que también algunas refieren experiencias muy gratificantes y de mayor intensidad que previo al embarazo.

Tercer trimestre: nuevamente pueden aparecer molestias propias del embarazo que generen una baja en el deseo o en el confort du-

rante las relaciones. En esta etapa el volumen del abdomen hace que cueste descansar y estar en posiciones que previamente resultaban cómodas. En los cursos de preparación para el nacimiento se podrá consultar sobre posturas que te permitan disfrutar.

Se pueden mantener relaciones sexuales hasta las últimas semanas. Salvo contadas excepciones como genitorragia, amenaza de parto de pretérmino o rotura de las membranas ovulares. Es una gran oportunidad para tener gratificantes experiencias. Hay posiciones que permiten un gran disfrute; ante dudas consulte a su referente. Es importante recordar que las relaciones sexuales son el encuentro íntimo entre dos personas y que no necesariamente tiene que haber penetración. Esto hace que las parejas se relajen y puedan recibir y brindar placer sin la expectativa de la penetración, lo cual genera mayor miedo o mitos.

Cuadro 7. Resumen de acciones, en cada consulta, por trimestre	
Consulta previa al embarazo	
Acciones generales	• Anamnesis completa • Valorar: consumo de sustancias, violencia de género, vulnerabilidad sicológica y social. • Examen físico general y ginecológico • IMC
Acciones específicas y de orientación	• Valorar vacunas • Asesoramiento genético • Si corresponde: Interconsulta con especialista en caso de patologías crónicas • Valorar screening de cuello uterino si corresponde • Derivación a reproducción asistida si corresponde • Nutricionista si corresponde
Paraclínica a solicitar	• Hemograma Ferritina y PCR • Glicemia • VDRL-RPR, VIH (a la paciente y la pareja) Toxoplasmosis • Hepatitis B y C, y Chagas • Screening de cuello uterino
Indicación de fármacos/ suplementos	• Ácido fólico • Recomendar vacunación para Hepatitis B, HPV y Varicela si corresponde. VAT si no está vigente

Primera consulta de control	
Acciones generales	• Abrir historia clínica, Carné Perinatal e Historia SIP • Valorar si se trata de un embarazo deseado-aceptado.
Acciones específicas y de orientación	• Anamnesis: • Embarazo actual y antecedentes • Valorar VAT vigente • Valorar: consumo de sustancias, violencia de género, vulnerabilidad sicológica y social. • Examen clínico general, ginecológico y obstétrico si corresponde • Control de peso y presión arterial • Solicitar consulta con odontólogo y nutricionista • Comunicar síntomas y signos fisiológicos, anormales y de alarma • Informar, orientar y acompañar
Paraclínica a solicitar	• Primera rutina: • Grupo ABO, Rh y test de Coombs indirecto • Hemograma • Glicemia • Urocultivo • Examen de orina • VDRL-RPR, VIH (a la paciente y la pareja) • Hepatitis B y C • Toxoplasmosis • Chagas si corresponde • Ecografía obstétrica

Indicación de fármacos/ suplementos	• Ácido fólico hasta las 14 semanas
	• Hierro
	• Si corresponde:
	  • Progesterona
	  • AAS + Calcio
	• Vacuna anti-tetánica (en caso de no tenerlo vigente)
	• Vacuna antigripal (si campaña en curso)
	• Vacuna COVID-19. Una dosis de refuerzo en cualquier momento del embarazo a partir de los seis meses de vacunación o de presentar COVID-19.

Seguimiento primer trimestre	
Acciones generales	• Actualizar la historia clínica • Registrar en Carné Perinatal e Historia SIP +
Acciones específicas y de orientación	• Anamnesis: • Valorar: consumo de sustancias, violencia de género, vulnerabilidad sicológica y social • Descartar posibles patologías Intercurrentes • Examen físico general y obstétrico si corresponde • Control de peso y presión arterial • Comunicar síntomas y signos fisiológicos, anormales y de alarma • Informar, orientar y acompañar
Paraclínica a solicitar	• Primera rutina • Translucencia nucal (11 a 13 sem + 6 días) y Doppler arterias uterinas • Screnning Bioquímico (PAPP-A y BHCG) • PTOG si factores de riesgo

Indicación de fármacos/ suplementos	• Hierro
	• Si corresponde:
	  • Progesterona
	  • AAS + Calcio
	• Vacuna antigripal (si campaña en curso)

Seguimiento segundo trimestre	
Acciones generales	• Actualizar la historia clínica • Registrar en Carné Perinatal e Historia SIP

Acciones específicas y de orientación	• Anamnesis:
	• Valorar: consumo de sustancias, violencia de género, vulnerabilidad sicológica y social.
	• Descartar posibles patologías Intercurrentes
	• Examen físico:
	  • Control de peso y presión arterial
	  • Nutricionista si corresponde
	  • Altura uterina
	  • Latidos fetales
	  • Comunicar síntomas y signos fisiológicos, anormales y de alarma
	  • Informar, orientar y acompañar

Paraclínica a solicitar	• Test de Coombs indirecto (si es Rh negativo) • PTOG (24-28 semanas) • Urocultivo • Examen de orina • VDRL-RPR y VIH (18-24 semanas) • Toxoplasmosis (si IgG negativo, IgM negativo) • Ecografía estructural + medición de longitud cervical por vía TV (20-24 semanas)

Indicación de fármacos/ suplementos	• Inmunoglobulina anti-D (si es Rh negativa y NO está aloinmunizada a antígeno D) entre las 28 - 32 semanas.
	• Hierro
	• Vacuna antigripal (si campaña en curso)
	• Si corresponde:
	  • Progesterona
	  • AAS + Calcio

Seguimiento tercer trimestre	
Acciones generales	• Actualizar la historia clínica • Registrar en Carné Perinatal e Historia SIP

Acciones específicas y de orientación	• Anamnesis:
	• Valorar: consumo de sustancias, violencia de género, vulnerabilidad sicológica y social.
	• Descartar posibles patologías intercurrentes
	• Examen físico:
	  • Control de peso y presión arterial
	  • Nutricionista si corresponde
	  • Altura uterina
	  • Latidos fetales
	  • Presentación fetal (36 semanas)
	  • Comunicar síntomas y signos fisiológicos, normales y de alarma
	  • Informar, orientar y acompañar
	  • Estimular clases de preparación para la maternidad/ paternidad y lactancia

Paraclínica a solicitar	• Hemograma • Glicemia • Urocultivo • Examen de orina • VDRL-RPR • VIH • HBsAg • Toxoplasmosis (si IgG negativo, IgM negativo) • Exudado recto vaginal (Búsqueda de Estreptococo del grupo B (35-37 semanas). • Ecografía obstétrica

Indicación de fármacos/ suplementos	• Hierro
	• Si corresponde:
	  • Progesterona (hasta 36 semanas)
	  • AAS (hasta 36 semanas)
	  • Calcio
	  • Vacuna dpaT a partir de las 28 semanas.
	  • Vacuna antigripal (si campaña en curso)
	  • Vacuna VRS entre las 32 y las 36.6 semanas.

6. Embarazo de 41 semanas

La conducta obstétrica recomendada en estos casos se recoge en el *Manual de recomendaciones para el manejo de situaciones obstétricas vinculadas con cesáreas evitables*. Capítulo 3: "Embarazo en vías de prolongación" (MSP, 2023).

7. Diagnóstico de complicaciones durante el embarazo y acciones específicas iniciales

a. Amenaza de parto de pretérmino (APP)

APP se define como la presencia de contracciones uterinas dolorosas con modificaciones cervicales progresivas antes de las 37 semanas de edad gestacional. Debería excluirse la entidad "APP sin modificaciones cervicales", ya que no existe una entidad clínica llamada APP o riesgo de parto pretérmino que no incluya modificaciones cervicales ostensibles para su diagnóstico.

Es importante que los clínicos determinen la diferencia entre lo que constituye un patrón contráctil inadecuado para la edad gestacional, es decir, aquella mujer embarazada antes de las 37 semanas de edad gestacional que tiene un aumento en las contracciones habituales, pero que no se acompañan de modificaciones cervicales, de las que en ese contexto presentan al examen clínico elementos de variaciones en longitud o permeabilidad del cérvix uterino. Esto tiene la dificultad práctica de conocer las características previas del cérvix y está sesgado por una valoración clínica subjetiva del examinador. Las recomendaciones actuales de la

medición del cérvix por ultrasonido son una guía un poco más objetiva de su situación, lo que ayudaría a disminuir en parte esta subjetividad.

Lo importante clínicamente es tratar de determinar si se está ante la inminencia de un nacimiento de pretérmino o no.

La indicación de corticoides prenatales es una de las medidas que ha demostrado disminución de la morbimortalidad del pretérmino. La terapia con corticoides prenatales evidenció una disminución de morbilidades frecuentes del pretérmino y término precoz, principalmente la dificultad respiratoria y la necesidad de ingreso a cuidados intensivos.

Es por ello que la indicación de corticoides prenatales entre las 24 semanas y las 36 semanas más 6 días frente al riesgo de nacimiento en los siguientes 7 días, e incluso cuando se programa una cesárea de coordinación antes de las 39 semanas, es una práctica clínica instalada en nuestro medio.

Pero en los últimos años se ha asociado el uso de corticoides prenatales con algunos efectos no deseados, como el aumento en la incidencia de hipoglicemia neonatal antes del parto pretérmino tardío, lo que podría afectar negativamente el neurodesarrollo infantil. También se asocia el tratamiento con corticoides prenatal de la madre con trastornos mentales y del comportamiento en los niños a largo plazo.

Por esta razón, debemos ser muy estrictos con la indicación de corticoides antes del nacimiento. Actualmente existe evidencia suficiente de que los beneficios superan a los riesgos entre las 24 semanas y las 33 semanas + 6 días.

Luego de esta edad gestacional y previo a las cesáreas de coordinación, incluso en pacientes con diabetes gestacional, debemos discutir cuidadosamente los riesgos y beneficios del uso de corticoides prenatales.

Entre las 23 semanas y las 23 semanas más 6 días, el uso de corticoides prenatales se evaluará según el límite de periviabilidad del centro de cuidados intensivos y la situación clínica planteada, decisión que será tomada en conjunto con la familia. Entre las 22 semanas y las 22 semanas más 6 días, la evidencia no es concluyente en cuanto a su indicación.

La Asociación Uruguaya de Perinatología (AUPER) está revisando este tema, en especial lo referido a la repetición de ciclos, uso de corticoides en pretérminos tardíos y términos precoces, fármacos y dosis utilizadas. En caso de publicarse un nuevo consenso se propone seguir sus recomendaciones.

Hasta el momento, la dosis recomendada de dexametasona es de 6 mg cada 12 h, por un total de 4 dosis. De disponerse de betametasona, este sería el fármaco de elección, a dosis de 12 mg IM cada 24 h por 2 dosis.

La administración profiláctica de corticoides no está indicada en gestaciones epidemiológicamente asociadas a prematuridad (malos antecedentes obstétricos, gestaciones múltiples, etc.) sin que exista un riesgo objetivo de parto inminente.

La conducta obstétrica en la APP y el parto de pretérmino se recoge en el *Manual de recomendaciones en el embarazo y parto pretérmino* (MSP, 2019).

Uso de agentes útero-inhibidores:

Solo está justificado en aquellas pacientes con diagnóstico de APP y las siguientes situaciones:

- Necesidad de realizar inducción de la maduración pulmonar fetal (antes de las 34 semanas).
- Necesidad de derivar a centro asistencial de referencia de tercer nivel con CTI neonatal.
- Una vez en centro asistencial de tercer nivel y con maduración pulmonar completa, su uso no es recomendable.

Útero-inhibidores recomendados:

- Nifedipina e indometacina: evidencia de alta calidad recomienda el uso de estos dos fármacos como de primera elección.
- En embarazos menores de 32 semanas de edad gestacional se recomienda utilizar nifedipina o indometacina; en embarazos mayores de 32 semanas de edad gestacional se recomienda el uso de nifedipina.

Dosis recomendadas:

Nifedipina (liberación inmediata):

- 10 a 20 mg dosis inicial vía oral
- 10 mg cada 15 minutos según actividad contráctil (dosis máxima de 40 mg en primera hora)
- 20 mg cada 6-8 horas por 48 horas

Recordar: Suspender si PA < 90/50

Nifedipina (liberación retardada, en caso de no contar con la simple)

- 1 comp. de 20 mg de nifedipina de liberación prolongada cada 30 minutos (en la primera hora)
- Mantenimiento: Nifedipina LP 20 mg cada 12 horas por 48 horas o Nifedipina OROS 30 mg día por 48 horas

Indometacina:

- Intrarrectal 100 mg día por 48 horas
- Vía oral 50 mg inicial, continuar con 25 mg cada 4-6 horas
  Recordar: No usar después de las 32 semanas ni por más de 48 horas

- Atosiban: existe evidencia limitada para recomendar el uso de atosiban como tocolítico de primera elección. Por lo tanto, se recomienda restringir el uso de atosiban para aquellos embarazos mayores de 32 semanas de edad gestacional con contraindicación para el uso de nifedipina y para embarazos menores de 32 semanas con contraindicación para el uso de nifedipina e indometacina. Esta restricción se basa en los datos de eficacia disponibles, su alto costo y el menor tiempo de uso (ausencia de datos de fármaco-vigilancia).

Beta-adrenérgicos (fenoterol, salbutamol, etc.): existe evidencia de alta calidad que no demuestra mayor eficacia de los agonistas beta-adrenérgicos comparado con los demás útero-inhibidores. Dado que los agonistas beta-adrenérgicos no han demostrado ser más eficaces y presentan un inadecuado perfil de seguridad, **NO se recomienda su uso como útero-inhibidores.**

Neuroprotección: ante la inminencia del nacimiento de un prematuro en las siguientes 24 h, se debe atender la neuroprotección del neonato.

El uso de sulfato de magnesio reduce la parálisis cerebral en el pretérmino.

Está indicado entre las 24 semanas y 31 semanas y 6 días de edad gestacional, ante un nacimiento inminente dentro de las siguientes 24 h. El efecto comenzaría, si se produce el nacimiento, como mínimo, luego de las primeras 4 h de iniciada la administración de la medicación. Sus dosis de administración son similares a las utilizadas en la preeclampsia:

- Dosis carga: 4 gr i/v.
- Dosis mantenimiento: 1 gr/hora i/v hasta el nacimiento.

Antibioticoterapia profiláctica: ante un franco trabajo de parto de pretérmino, está indicada la administración de antibióticos para la prevención de la infección neonatal por el estreptococo β hemolítico.

b. Rotura prematura de membranas ovulares (RPMO)

La conducta obstétrica recomendada en estos casos se recoge en el *Manual de recomendaciones para el manejo de situaciones obstétricas vinculadas con cesáreas evitables*. Capítulo 2: "Manejo de la rotura espontánea de membranas ovulares" (MSP, 2023).

c. Estados hipertensivos del embarazo (EHE)

Para el diagnóstico de EHE se requieren dos tomas de PA anormal (mayores o iguales a 140/90 mmHg) en condiciones basales, separadas al menos 4 horas entre sí.

Ante el diagnóstico de EHE referir a ginecólogo.

Para el diagnóstico de preeclampsia (PE):

- Se preferirá la proteinuria de 24 horas a la muestra aislada. Se considera patológica la proteinuria ≥ a 0,3 g en orina de 24 horas (300 mg/24 h).

- En caso de contar con una muestra aislada de orina, de preferencia, realizar:

    - Cociente proteinuria/creatininuria: el valor de ≥ 0,3 g/g (30 mg/mmol) tiene mejor correlación con la proteinuria en 24 horas que la cuantificación exclusiva de proteinuria.

    - Tirilla de orina: considerar patológico 1+ (positivo una cruz) o más.

    - Proteinuria aislada: no existen recomendaciones en relación con qué valor aislado de proteinuria considerar. Las guías internacionales destacan el índice de proteinuria/creatininuria patológica o el valor de la tirilla como las alternativas más válidas a la proteinuria de 24 horas[50].

- Actualmente se está evaluando en población seleccionada la utilidad clínica de la relación receptor de tirosin-quinasa tipo 1 soluble/factor de crecimiento placentario (sFlt-1/PlGF) para el diagnóstico de preeclampsia (PE) en embarazadas de alto riesgo.

Un valor menor a 38 podría descartar la PE en la semana posterior a la medición de esta relación independientemente de la edad gestacional, con un valor predictivo negativo de desarrollar PE en menos de una semana del 99.3% y en las siguientes 4 semanas del 94.3%.

Un valor mayor a 38 apoya el diagnóstico de PE en mujeres con elementos clínicos sugestivos o traduce un alto riesgo de desarrollar PE dentro de las siguientes 4 semanas próximas en mujeres asintomáticas. La implementación de este cociente ha demostrado reducir los ingresos hospitalarios, siendo una opción coste-efectiva en pacientes seleccionadas con sospecha clínica de PE.

- El edema ha dejado de ser un marcador de preeclampsia. El 50-80 % de las embarazadas tienen edemas de MMII. Solo será signo de alarma cuando es de rápida instalación o compromete cara o espalda.

Conducta frente a una paciente con preeclampsia o eclampsia

- Ante casos de preeclampsia severa o eclampsia, actuar según las Guías para la Atención de las Principales Emergencias Obstétricas. OPS 2019. Segunda edición[80].

- Se consideran los siguientes criterios de severidad:

    - PA sistólica ≥ de 160 mmHg o PA diastólica ≥ 110 mmHg
    - Instalación de convulsiones o coma (eclampsia)
    - Elementos de falla multiorgánica:

        - Aparición de síntomas neurológicos, visión borrosa, cefalea persistente e intensa
        - Dolor epigástrico
        - Síndrome HELLP (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, trombocitopenia o algunos de sus componentes)

- Oliguria
- Deterioro de la función renal
- Edema pulmonar

En una gestante hipertensa, la aparición de cualquiera de estos elementos de severidad permite hacer el diagnóstico de preeclampsia independientemente de la proteinuria.

El nivel de atención asistencial deberá decidirse según el balance riesgo-beneficio, sabiendo que la paciente con síndrome preeclampsia-eclampsia severo cumple con los criterios para ser asistida en una maternidad de alta complejidad.

En caso de requerirse, el traslado deberá hacerse en un móvil con médico y enfermero, y que disponga de equipamiento de reanimación, siempre previa coordinación con el centro receptor para mantener continuidad en la asistencia.

Requerir la compañía de un familiar, siempre que sea posible.

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 160/110 mmHg.

Manejo de la HTA severa:

En caso de presentar cifras tensionales mayores o iguales a 160/110 mmHg se comenzará el tratamiento antihipertensivo.

Se debe evitar descender la presión arterial muy bruscamente porque puede afectar la perfusión fetoplacentaria. La PA objetivo en esta situación debe ser entre 140-155 mmHg de PAS y 90-105 mmHg de PAD.

Los fármacos indicados son:

- Nifedipina: 10 mg v/o, con control de PA a los 20 minutos. De persistir PA elevada realizar nifedipina 20 mg v/o y control de PA a los 20 minutos. De continuar la PA con cifras de severidad, repetir dosis de 20 mg y control a los 20 minutos. De no lograr disminuir la PA luego de la dosis máxima de nifedipina (50 mg en 1 hora), prescribir Labetalol (40 mg) i/v. La nifedipina es de acción rápida y de corta duración. Su uso, basado en la evidencia, está recomendado como estrategia de primera línea.

- Labetalol Dosis inicial: 20 mg i/v en bolo. Si no se logra controlar la PA, se debe administrar 40 mg i/v a los 10 minutos y dosis de 80 mg en intervalos de 20 minutos (dosis máxima acumulada 300 mg). Contraindicaciones: paciente asmática o con antecedentes de insuficiencia cardíaca o con alteraciones severas de la conducción auriculoventricular.

- Hidralazina Dosis: 5 mg i/v cada 20 minutos hasta 20 mg, con control estricto de PA, evitando los descensos bruscos. Si bien la hidralazina es probablemente el fármaco de elección, y casi la única alternativa en las contraindicaciones del labetalol, actualmente no existe la presentación i/v en nuestro medio.

Prevención y tratamiento de eclampsia

Ante una paciente con síndrome preeclampsia-eclampsia severa deberá realizarse tratamiento para prevenir la aparición de convulsiones o tratarlas en caso de eclampsia.

- Se deberá administrar sulfato de magnesio. Dosis carga: 4-6 g en 20 minutos por vía intravenosa. Dosis mantenimiento: 1-2 g/hora IV. Dado el estrecho rango terapéutico, se deberá controlar estrictamente: nivel de conciencia, la frecuencia respiratoria, la diuresis, el reflejo patelar.

- Aproximadamente el 10 % puede tener una segunda convulsión después de recibir sulfato de magnesio. En este caso, un segundo bolo de 2 g se puede administrar por vía intravenosa (IV) durante 3 a 5 minutos.

- La administración de sulfato de magnesio se mantendrá 24 a 48 horas después del parto o de la última convulsión y siempre que persista la clínica prodrómica de eclampsia.

- La alternativa intramuscular se puede utilizar a una dosis de 10 g, seguida de 5 g cada 4 h, pero, en general, la concentración sérica fluctúa mucho más con este régimen y el nivel sérico es menos consistente.

- El sulfato de magnesio se excreta casi exclusivamente en la orina; si la función renal está alterada, el magnesio sérico aumentará rápidamente, colocando a la paciente con

riesgo de efectos adversos. Por lo tanto, en pacientes con creatinina sérica > 1,2 mg/dl u oliguria (durante más de 4 horas), la dosis de carga de 6 g debe ser seguida por un mantenimiento de una dosis de solo 1 g/h.

- Son signos de toxicidad: pérdida de los reflejos con más de 9 mg/dL (7 mEq/L), depresión respiratoria a 12 mg/dL (10 mEq/L), y paro cardíaco a 30 mg/dL (25 mEq/L).

- La corrección es con solución de gluconato de calcio al 10 %, 10 ml IV durante 3 minutos.

- Si el reflejo rotuliano está presente, son poco probables los otros efectos tóxicos.

- Recomendamos controlar la magnesemia cada 4 a 6 horas solo en mujeres con disfunción renal (creatinina > 1,2 mg/dl o la producción de orina < 30 ml/h para más de 4 horas) o en mujeres con signos de toxicidad por magnesio. Si el nivel sérico supera los 9,6 mg/dl (8 mEq/l), debe interrumpirse la perfusión.

- El diazepam y la difenilhidantoína no deben utilizarse en el tratamiento de inicio de la eclampsia. En el escenario ocasional de convulsiones recurrentes con una adecuada dosis terapéutica de sulfato de magnesio, el tratamiento recomendado es lorazepam 4 mg IV durante 3 a 5 minutos.

- En caso de evolucionar a estado de mal convulsivo, se tratará con las drogas convencionales y se descartarán otras causas de estado de mal convulsivo.

Contamos con las Listas de chequeo: crisis en obstetricia creadas en 2020 por Mauricio Vasco Ramírez, Martín Pérez de Palleja y Mario Pérez para el manejo de algunas emergencias obstétricas, como la preeclampsia severa y la eclampsia (ver anexo).

Antihipertensivos y lactancia

En el puerperio los siguientes antihipertensivos presentan escasa excreción por la leche materna y no hay evidencia de riesgo para el neonato, por lo que son seguros: Labetalol, Nifedipina, Amlodipina, Hidralacina.

La alfametildopa no se debe usar en el postparto dado que se asocia con riesgo de depresión y psicosis puerperal. Se debe suspender antes de 48 hs postparto.

Enalapril y Captopril: especialmente indicados para pacientes que requieran protección renal / cardíaca. Enalapril está contraindicado en la lactancia de prematuros de menos de 32 semanas.

No usar Atenolol dado que presenta alto pasaje por leche materna.

d.Diabetes gestacional (DG)

Criterios diagnósticos:

Cuadro 8. Criterios diagnósticos diabetes gestacional

Glicemia en ayunas	Valor	Acciones
	< 0.92 g/dl	Resultado normal. Solicitar PTOG en el segundo trimestre (24-28 semanas)
	≥ 0.92 y < 1.26 g/ dl	Diagnóstico de diabetes gestacional. Monitoreo glicémico a los 7-15 días con glicemia capilar luego de dieta y ejercicio. Si: Glicemia capilar basal ≥ 0.95 o glicemia postprandial (1 hora) ≥ 1,40 derivar a ginecólogo o endocrinólogo.
	≥ 1.26 g/dl ≥ 2.00 g/dl al azar	Diabetes mellitus manifiesta. Derivar a ginecólogo o endocrinólogo.
PTOG (75 g)	Ante valores patológicos: glicemia en ayunas ≥ 0.92 g/ dl o glicemia poscarga a la hora (60 minutos) ≥ a 1.80 g/dl o a las 2 horas (120 minutos) ≥ a 1.53 g/dl hacer diagnóstico de diabetes gestacional y derivar a ginecólogo y endocrinólogo o diabetólogo. Glicemia en ayuno ≥ 1.26 g/dl, ≥ a 2.00 g/dl a las 2 horas, hacer diagnóstico de Diabetes Mellitus manifiesta, derivar a ginecólogo y endocrinólogo o diabetólogo	

Controles obstétricos:

Frente a una paciente con diagnóstico de diabetes gestacional debemos prestar mayor atención al control de crecimiento fetal y prevención y diagnóstico precoz de SPE.

Para control del crecimiento fetal es fundamental una correcta monitorización de la glicemia materna, hemoglobina glicosilada cada 3 meses y ecografías obstétricas más frecuentes (con frecuencia según resultado previo).

Controles metabólicos en la diabetes gestacional:

El monitoreo se realizará con hemoglucotest pre- y posprandiales. La frecuencia de estos dependerá de cada paciente.

- Paciente en tratamiento solo con dieta:
    - Óptimo: 3 por día, en ayunas y 2 posprandiales.
    - Básico: 2 por semana posprandiales.
- Paciente con dieta e insulina:
    - Óptimo: 5 por día, en ayunas, antes y 1 hora posalmuerzo y cena.
    - Básico: 3 por día, en ayunas y 2 posprandiales.

Si el control metabólico no es bueno, debe ser derivada a ginecólogo, endocrinólogo o diabetólogo. Se considera un mal control metabólico cuando el 80 % o más de los controles se encuentran fuera de rango.

Valores objetivos del hemoglucotest:	
Glicemia de ayuno	<0.95 g/dl
1 hora posprandial	<1.40 g/dl
2 horas posprandiales	<1.20 g/dl

Para realizar el control post prandial se debe tomar el tiempo desde el inicio de la ingesta. El control 1 hora post prandial demostró ser un mejor indicador.

No se aconseja eco Doppler fetoplacentario rutinario solo por la diabetes gestacional.

Tampoco se recomienda el uso rutinario de corticoides para maduración pulmonar fetal (aunque no están contraindicados), deben usarse solo si hay elementos clínicos o paraclínicos de parto de pretérmino en los próximos 7 a 14 días.

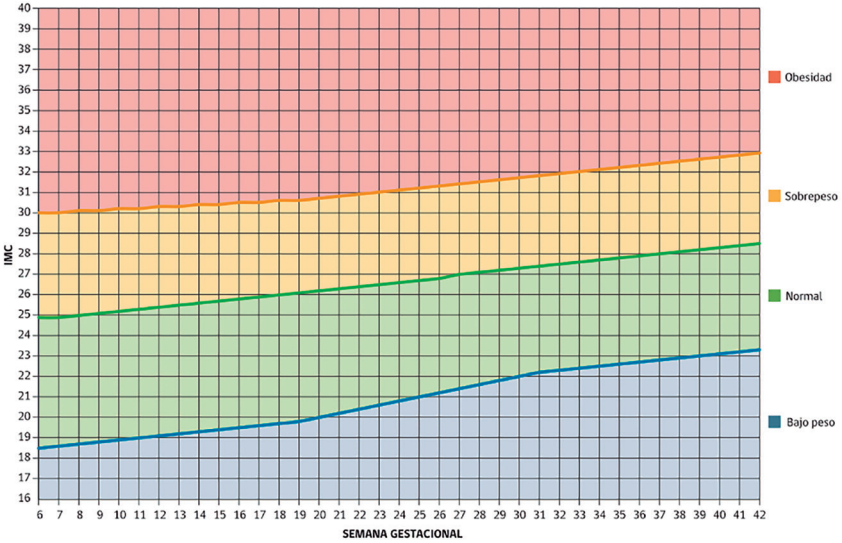
Tratamiento:

El cambio de comportamiento en el estilo de vida es un componente esencial de manejo de la diabetes gestacional y puede ser suficiente como tratamiento para muchas embarazadas.

Nutrición:

El abordaje nutricional de la paciente con diabetes es uno de los pilares más importantes del tratamiento, por lo que recomendamos referirse a las *Pautas para la atención nutricional de la mujer durante el embarazo y la lactancia* (MSP, 2024).

Aumento normal de peso:



Gráfica para evaluación nutricional de la gestante según Índice de Masa Corporal y edad gestacional. MINSAL, 2019.

Debe evitarse el aumento de peso por debajo de lo normal, producto de una dieta muy restrictiva.
Elaborar un plan de alimentación que contribuya al adecuado control metabólico e incremento de peso recomendado.

Ejercicio

Realizar 30 minutos de ejercicio físico aeróbico moderado diario ayuda a mejorar el control metabólico. Se recomienda realizar caminatas diarias de 30 a 40 minutos. Ejercicios aeróbicos de bajo impacto (yoga, gimnasia, pilates, esferodinamia, etc.).

Evitar los deportes de contacto, competitivos y excesivos.

Medicamentoso

La insulina es el tratamiento más efectivo. Debe ser individualizado a cada paciente.

Las insulinas no atraviesan la placenta y se cuenta con análogos que, por su duración y acción, pueden usarse en el embarazo para optimizar el control.

Se debería iniciar el tratamiento luego de 7 días de tratamiento higiénico dietético y con más del 80 % de glicemias fuera del objetivo.

La metformina no está contraindicada en el embarazo (aunque es

categoría B). Metformina y gliburida no deben usarse como fármacos de primera línea. Actualmente se sabe que atraviesan la placenta, alcanzando concentraciones plasmáticas en el feto tan altas como las de la madre o incluso superiores.

Su uso es más frecuente en el primer trimestre. Su dosis es de 1000 a 2500 mg/día.

La metformina, cuando se usa para tratar el síndrome de ovario poliquístico e inducir la ovulación, debe ser descontinuado a fines del primer trimestre.

Por lo tanto, la insulina sigue siendo el tratamiento de primera elección cuando se requiere un fármaco para controlar los niveles de glucosa en sangre durante el embarazo, ya que la insulina presenta la ventaja de no atravesar la barrera placentaria. Al considerar el uso de metformina durante el embarazo, es importante informar a los futuros padres sobre sus ventajas y las incógnitas aún por conocer sobre sus riesgos.

Conducta obstétrica

La diabetes gestacional tiene como complicaciones más frecuentes la macrosomía fetal y el SPE. Asimismo, está demostrado que aumenta el riesgo de anomalías congénitas. Si estas complicaciones no están presentes y la paciente tiene buen control metabólico con dieta, el manejo no difiere del de la población general (41 semana - WHO, 2011).

Si se trata de una diabetes gestacional que requiere insulina, se recomienda su interrupción a las 38-39 semanas cumplidas, al igual que si existen antecedentes obstétricos de feto macrosómico o de óbito fetal (FIGO).

En caso de diabetes pregestacional las recomendaciones internacionales varían entre la interrupción entre las 37 y 38 semanas (NICE) y la interrupción oportuna según cada caso (ACOG - SOGC).

La diabetes gestacional no es una contraindicación en sí misma para parto vaginal, incluso en pacientes con CST previa.

e. Infecciones respiratorias y embarazo

La embarazada presenta cambios fisiológicos que involucran al sistema respiratorio, destacando entre ellos la hiperventilación. Existe un aumento del volumen minuto, aumento del consumo de oxígeno, disminución del volumen de reserva espiratorio y del volumen residual, con una disminución de la capacidad residual funcional. Estos cambios son debidos a un aumento de la progesterona, la cual actúa estimulando el centro respiratorio. Las consecuencias de la hiperventilación son una reducción de la PaCO2 (hipocapnia), con aumento de la excreción renal de bicarbonato que determina una leve alcalosis respiratoria. La PaO2 en el embarazo se encuentra elevada en respuesta a la hipocapnia.

La disnea puede ser un hecho fisiológico que se presenta en un 50 % y 75 % de las embarazadas durante el segundo y tercer tri-

mestre, respectivamente. Se debe a cambios en la conformación de la pared torácica, a la posición del diafragma y a alteraciones en la sensibilidad del centro respiratorio. Además de los cambios fisiológicos descritos, la embarazada puede desarrollar enfermedades respiratorias agudas, que pueden ser causa de morbimortalidad materna y fetal. Muchos de los cuadros agudos se presentan con signos y síntomas que recuerdan los cambios propios de la gestación y por lo tanto pueden pasar inadvertidos. Entre estas enfermedades debe ser destacada la gripe, covid-19, el asma bronquial, la neumonía de la comunidad y la enfermedad tromboembólica.

Por estas razones el embarazo supone una situación en la que el riesgo de sufrir complicaciones en cualquier tipo de infección respiratoria es más elevado que en mujeres no embarazadas, especialmente en el segundo y tercer trimestre.

Los gérmenes causantes de dichas afecciones no difieren de los de la población general y el tratamiento también es similar, teniendo en cuenta la restricción en el uso de algunos antibióticos y antivirales que podrían afectar el desarrollo fetal.

En mujeres embarazadas asmáticas es sumamente importante el correcto control y tratamiento de esta enfermedad antes y durante la gestación. Un tratamiento adecuado se asocia a mejores resultados obstétricos y perinatales.

Es por esto que las mujeres embarazadas tienen indicación formal y prioritaria de administrarse la vacuna antigripal, anti tos convul-

sa y anti covid-19, únicas medidas que pueden prevenir las complicaciones de las enfermedades respiratorias.

La vacuna frente al Virus Sincitial Respiratorio (VRS) tiene como objetivo inducir la producción de anticuerpos maternos que se transfieren al feto vía transplacentaria. Estos anticuerpos protegen al recién nacido durante su primera exposición al VRS (en la temporada invernal). La finalidad principal de esta vacuna es la protección pasiva del neonato, no la protección directa de la gestante. La vacunación materna para VRS previene el 80 % y 70 % de la enfermedad grave a los 3 y 6 meses en lactantes, respectivamente. Además, reduce el número de consultas médicas por infecciones respiratorias graves durante el mismo período.

Uruguay ha introducido en 2024 la vacunación a las embarazadas, se recomienda la administración de esta vacuna a todas las embarazadas, entre las 32 semanas y las 36 semanas y 6 días de embarazo, mediante una única dosis intramuscular. La inmunización debe realizarse al menos 2 semanas antes del nacimiento para asegurar el pasaje de anticuerpos protectores al bebé. Según la evidencia disponible, la vacuna puede ser administrada junto con otras vacunas recomendadas durante el embarazo, como la dpaT (triple bacteriana con componente *pertussis* acelular), la vacuna antigripal y la vacuna contra covid-19.

En cuanto a las recomendaciones para el control y tratamiento de mujeres embarazadas portadoras del covid-19, contamos con las *Recomendaciones referidas a la asistencia de la mujer embarazada y el recién nacido en el marco de la pandemia por COVID-19*, publica-

das por el MSP en 2020. Dado los cambios en el genio evolutivo de esta infección ocurrida en los últimos años, se aconseja seguir las recomendaciones vigentes al respecto.

f. Sífilis y embarazo

La sífilis representa un desafío creciente de salud pública a nivel global y regional, evidenciado por el aumento sostenido en las tasas de incidencia, tanto en la población general como en casos de sífilis congénita.

Actualmente existe un resurgimiento de esta enfermedad en nuestro país, en la región y en el mundo, vinculada directamente con situaciones de mayor vulneración de derechos y pobreza.

La sífilis congénita refleja condiciones de vulnerabilidad social, violencia, exclusión y fallas en el sistema de salud, evidenciando oportunidades perdidas durante el control prenatal, pese a que su transmisión es prevenible y curable.

En 2024 se llegó a duplicar la cantidad de casos de sífilis, tanto gestacional como congénita respecto a 2020.

La tasa de incidencia en 2024 de sífilis congénita fue de 15.4/1000 nacidos vivos. El 79 % de los casos ocurrieron en el subsector público y en mujeres en situación de pobreza.

Con base en esta realidad, y de acuerdo a recomendaciones de la OMS, se sugieren las siguientes acciones[2].

- Se debe ofrecer tamizaje con pruebas no treponémicas (VDRL o RPR-Rapid Plasma Reagin) a la embarazada en el primer control, entre las 18 y 24 semanas y en la rutina del tercer trimestre.

- En usuarias de riesgo realizar tamizaje en cada consulta.

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

- Todo test no treponémico "reactivo" (por primera vez) debe ser seguido de un test treponémico (TPHA, FTA-abs), dado que este confirma la infección.

- El tratamiento de la mujer embarazada con sífilis debe realizarse con penicilina benzatínica 2 400 000 UI i/m. El uso de cualquier otra medicación puede ser efectiva para la madre, pero no está comprobado científicamente que proteja al feto[54]. Este tratamiento debe estar disponible en el primer nivel de atención de salud.

- 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[2,54].

- Si la lúes tiene menos de un año de duración, se indicarán

dos dosis (una por semana).

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

- Si el tratamiento es interrumpido o no se cumple una dosis semanal, debe ser reiniciado.

- Se debe evaluar a los contactos sexuales, realizar su tratamiento inmediato, realizar consejería y promover la utilización de preservativos.

Las pruebas rápidas de sífilis están indicadas en los siguientes casos:

- en la primera consulta de control prenatal, independientemente de la edad gestacional.
- al momento del nacimiento o en el puerperio si no se cuenta con serología para sífilis del último trimestre
- a la/s pareja/s en cualquiera de las consultas prenatales, independientemente del resultado del test en la gestante y del prestador de salud del que sea usuario.

Está indicado el tratamiento inmediato en toda embarazada ante una prueba positiva.

Se recomienda tratar a la o las parejas sexuales en la misma consulta o en cuanto sea posible, sin esperar el resultado de pruebas diagnósticas.

El objetivo del tratamiento es curar la enfermedad, evitar complicaciones y prevenir la transmisión fetal.

Se considera tratamiento materno adecuado cuando recibió penicilina a dosis adecuadas para el estadio de la enfermedad y recibió la primera dosis con un intervalo mínimo de 28 días previo al nacimiento.

Debe existir un mes libre de tratamiento para considerar que el recién nacido se encuentra protegido. Debe informarse a la mujer que, aún realizando un tratamiento adecuado, existe un pequeño porcentaje de fetos en los que el tratamiento no será efectivo.
Las obstetras parteras podrán indicar el tratamiento para sífilis en el contexto de gestación (Ordenanza MSP N° 688/19).

A todos los recién nacidos de madre con serología positiva se les debe realizar pruebas no treponémicas en sangre periférica. Los estudios en sangre de cordón umbilical tienen baja sensibilidad y especificidad, por lo que no es adecuado realizar diagnóstico de sífilis congénita con sus resultados.

Los siguientes deberes corresponden a la institución de la que es usuaria la mujer embarazada:

1. Ofrecer pruebas diagnósticas de sífilis y HIV a la pareja de la mujer embarazada al menos una vez en el embarazo, independientemente del resultado en la mujer. En caso de que el prestador de salud de la pareja sea diferente al de la gestante, serán los mismos prestadores de salud quienes

establecerán la modalidad de acceso a la prueba diagnóstica (Ordenanza MSP 1119/2018).

2. Realizar prueba de VIH entre los 3 y 6 meses de puerperio en toda mujer que esté amamantando (Ordenanza MSP 1119/2018).

3. Brindar en forma inmediata el tratamiento de sífilis al/los contacto/s sexual/es por parte del prestador del que es usuaria la embarazada, y promover el uso de preservativos, facilitando su acceso y entrega (Ordenanza MSP 447/2012).

Recordar que la sífilis congénita y en adultos es un evento de notificación obligatoria.

El decreto de enfermedades y eventos sanitarios de notificación obligatoria (41/012) establece que ambos eventos deben de notificarse ante la sospecha, dentro del plazo de una semana desde que se toma conocimiento de este (Grupo B).

El procedimiento de notificación puede realizarse al Departamento de Vigilancia en Salud del MSP (DEVISA) por cualquiera de las vías disponibles que se citan a continuación:

- Con usuario, vía web: https://sgdevisa.msp.gub.uy
- Tel 1934 interno 4010
- Correo electrónico: vigilanciaepi@msp.gub.uy (enviar foto de formulario de notificación)

La vigilancia de la sífilis basada en la notificación obligatoria de ca-

sos de sífilis y de sífilis congénita es crucial para identificar brechas y priorizar acciones, asegurando datos precisos y una respuesta de salud pública adecuada.

g. VIH y embarazo

En Uruguay la tasa de transmisión vertical de VIH se ha mantenido por debajo del 2 % en el período de 2019 a 2023, encontrándose dentro de la meta de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH de la OMS.

A pesar de ello, en los últimos años se han detectado casos de transmisión materno-infantil del VIH a través de la lactancia, la cifra más alta en 2023 con 3 casos. Por ello es sumamente importante la promoción enfática del uso de preservativo durante el embarazo y la lactancia.

Número de casos según vía de transmisión:

Vía de transmisión	2019	2020	2021	2022	2023
Sexual	593	444	323	640	651
Sanguínea	2	1	0	0	2
Vertical embarazo-parto	1	1	0	1	0
Lactancia	-	-	2	1	3
Sin dato	397	430	432	242	225
Total	993	876	757	884	881

Fuente: Depto. de Vigilancia en Salud. División Epidemiología. MSP

Se debe ofrecer prueba diagnóstica de VIH en la consulta preconcepcional; en el primer control prenatal, en el segundo trimestre (18-24 semanas); en la rutina del tercer trimestre y en la mujer que está amamantando, entre los 3 y 6 meses de puerperio. En mujeres que prolongan la lactancia se debería continuar con las pruebas diagnósticas cada 3-6 meses, mientras continúa la lactancia materna.

Indicaciones para el uso de test rápidos en la mujer embarazada:

- en la primera consulta prenatal si es luego de la semana 14 ó en la primera consulta prenatal realizada en el primer nivel de atención.
- al momento del nacimiento o en el puerperio si se desconoce el estado serológico
- a la/s pareja/s en cualquier momento durante la gestación, parto o puerperio.

Las pruebas rápidas no eximen de solicitar las pruebas de laboratorio.

La consejería en la mujer que se realizará la prueba de VIH en el embarazo debe considerar un lenguaje adecuado:

- Significado de la prueba y posibles resultados.
- Intervenciones frente a un eventual resultado reactivo.
- Promover la realización de la prueba en la pareja.
- Estimular las preguntas para evacuar dudas en la mujer.

Frente a un resultado de VIH positivo en una mujer embarazada se recomiendan las siguientes acciones psicoeducativas:

- Actitud empática y escucha activa: se debe permitir a la paciente exteriorizar conceptos previos de la mujer en relación con la temática, brindando la información adecuada, lo más clara posible. Teniendo en cuenta que el diagnóstico de VIH genera casi siempre una carga importante de angustia y confusión.

- Valorar recursos internos y externos: redes familiares y sociales de apoyo con los que cuenta. Trabajar en conjunto con la mujer, a quien comunicará o no el diagnóstico y qué reacciones puede esperar en los diferentes ámbitos.

- Reforzar la importancia de los controles y la correcta adherencia a la medicación. Es importante capitalizar el momento del embarazo y el acercamiento de la mujer al servicio de salud para motivarla a continuar con los controles propios de la patología luego de nacido el hijo. Es frecuente que las mujeres controlen el embarazo, realicen el tratamiento para evitar la transmisión al hijo, concurran a los controles del niño, pero no realicen sus propios controles.

- Explicar que la reducción de la carga viral a niveles indetectables a través del Tratamiento Antirretroviral (TARV) es fundamental para reducir el riesgo de transmisión vertical.

- Explicar que mejorar o preservar la condición inmunológica mejorará la condición de su propia salud.

- Reforzar la importancia del uso del preservativo, aunque la pareja tenga VIH, para evitar la reinfección; y en caso de esta no saber su condición, reforzar la importancia de realizar la prueba y su captación.

- Informar acerca de la necesidad de inhibición de la lactancia. Es importante trabajar precozmente este aspecto con la mujer, ya que de no ser así podría provocar dificultades en el desarrollo de adecuadas conductas de apego. Es importante transmitir que al no amamantar está protegiendo a su hijo y que por lo tanto es un acto de amor. También enseñar y promover otras conductas importantes para favorecer el apego, como hablarle, acariciarlo, mirarlo a los ojos y estar especialmente atenta a él/ella durante la alimentación.

- Indagar posibles situaciones de violencia o consumo problemático de sustancias (alcohol, cannabis, cocaína, pasta base de cocaína).

- Informar y facilitar el usufructo de beneficios sociales.

Desde el comienzo de la intervención es necesario coordinar acciones con trabajador/a social, para valorar la situación de la mujer en este aspecto.

La valoración y acompañamiento desde el área de salud mental es necesaria para la elaboración de lo antes expuesto. En caso de no ser posible la participación de rutina de salud mental, atender particularmente síntomas de depresión o malestar psicoemocional y realizar consulta con Psicología y/o Psiquiatría para elaborar acciones conjuntas, paciente y equipo de salud.

Información a ser brindada: consejería postest

Cuando es necesario extraer una segunda muestra de sangre, se realiza la consejería postest. En esta instancia debe participar personal entrenado y debidamente capacitado para realizar la consejería sobre:

- Comunicar que el primer resultado es "reactivo" o "positivo preliminar".

- Que se requiere de un nuevo examen para llegar al diagnóstico final con certeza.

- Que la sensibilidad y especificidad de la prueba es de aproximadamente 99 %, pero que existe reactividad inespecífica o "falsos positivos" en los test de tamizaje, por ello es necesario realizar pruebas complementarias (confirmatorias).

- Que es necesario iniciar el TARV sin esperar la confirmación, dado que su inicio precoz es una medida fundamental para evitar la transmisión al niño, y si el resultado defi-

nitivo es negativo se suspenderá.

- Es necesario brindar información clara respecto a la seguridad de los fármacos ARV, haciendo énfasis en que los riesgos de teratogénesis o malformaciones son casi inexistentes.

- Que ante el resultado de VIH reactivo es posible que sea necesario realizar cesárea.

- Que ante el resultado reactivo de VIH se deberá suspender la lactancia.

- Que ante el resultado reactivo se deberá realizar seguimiento con exámenes al RN y tratamiento para disminuir la transmisión.

Cuando el resultado es "no reactivo", se informará que la prueba se repetirá entre las 18 y 24 semanas, en el tercer trimestre y en el trabajo de parto, si es necesario.

Informar la probabilidad de transmisión durante la lactancia y la importancia de la prevención y la realización de pruebas diagnósticas durante dicho período.

Se promoverá enfáticamente el uso del preservativo durante el embarazo y la lactancia.

En casos de parejas serodiscordantes, en que la gestante es VIH

negativa, se sugiere referirse al capítulo mujer embarazada de la Guía de TARV para recomendaciones como la profilaxis preexposición con antirretrovirales.

Ante todo caso de VIH gestacional e infantil deberá realizarse una auditoría completando el formulario oficial, en un plazo no mayor de sesenta días del diagnóstico o nacimiento, siendo responsabilidad de la Dirección Técnica de la institución donde se produce el nacimiento (Ordenanza MSP 367/2013); y debe enviarse al Área Programática de ITS-VIH/Sida (Correo electrónico: ppits-sida@msp.gub.uy).

Recordar que la infección por VIH/SIDA es un evento de notificación obligatoria, dentro del plazo de una semana desde que se toma conocimiento de este (Grupo B).

El procedimiento de notificación al Departamento de Vigilancia en Salud del MSP (DEVISA) puede realizarse por cualquiera de las vías que se mencionan previamente en el apartado de sífilis.

h. Infecciones genitales bajas

- Vaginosis bacteriana (VB): La VB sintomática se asocia a prematurez. Algunas evidencias sugieren que el tratamiento de la VB en pacientes con alto riesgo de parto prematuro reduce el riesgo de este resultado entre un 25 % y un 75 %, sobre todo cuando se realiza antes de las 20 semanas.

El tratamiento de elección es el metronidazol vía oral, a dosis de 500 mg cada 12 horas por 7 días. No se recomienda su investigación en mujeres asintomáticas, porque en ese grupo de mujeres no se ha demostrado que esta infección empeore los resultados perinatales.

- Chlamydia trachomatis: La infección sintomática se asocia con RCIU y prematurez. 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.

- Candidiasis: es una de las infecciones vaginales más comunes en el embarazo dado que los cambios hormonales alteran el pH vaginal. Si bien no tiene consecuencias para el feto es un factor de riesgo para otras infecciones (genitales, urinarias). En el momento del parto esta infección puede ser causa de candidiasis oral en el recién nacido.

  El tratamiento de elección es el local con óvulos (ketoconazol, miconazol), los fármacos sistémicos (fluconazol) están contraindicados en el embarazo, dada su teratogenicidad, sobre todo en el primer trimestre.

8. Intervenciones no recomendadas según la estrategia de medicina basada en la evidencia

A continuación se incluye información sobre prácticas clínicas y uso de paraclínica que, aunque puede ser habitual, no está recomendado:

Cuadro 10. Prácticas clínicas no recomendadas

Pelvimetría

No ha demostrado ser efectiva la pelvimetría clínica ni radiológica para detectar desproporción feto pélvica en embarazos normales

Movimientos fetales

La monitorización de rutina de los movimientos fetales en embarazos normales no ha demostrado ser efectiva en prevenir muertes fetales

USO NO RECOMENDADO DE EXÁMENES PARACLÍNICOS

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. No obstante, los estudios de satisfacción de la mujer en aquellos sugieren que ellas prefieren realizarse más estudios ecográficos, por lo que se deja a criterio del médico tratante

Ecografía doppler feto-materno-placentario

Este examen ha demostrado su eficacia en embarazos que cursan con patologías, en las que se sospecha insuficiencia placentaria, fundamentalmente al diagnosticar RCIU, diabetes con sospecha de vasculopatía, hipertensión arterial, mediante el registro de la arteria umbilical. Su eficacia en embarazos sin patologías no ha sido demostrada

Cardiotocograma fetal basal (CTG)

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 fetal aguda o crónica, genitorragia o disminución de movimientos fetales.

Se recomienda su realización para la vigilancia de la salud fetal a partir de las 41 semanas de edad gestacional.

Capítulo III

Trabajo de parto y parto

Para control y asistencia del Trabajo de parto y Parto normal referirse a: *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional.* MSP, 2018.

Función del dolor en el trabajo de parto y parto

Aspectos a tener en cuenta y desarrollo de herramientas para su manejo en la experiencia de nacimiento

El dolor forma parte de uno de los lenguajes más primitivos, que puede ser compartido también con otros.

Basta considerar la expresión del dolor: el grito, el quejido, la actitud corporal, una facies particular. Es decir que el dolor se comunica en forma inconsciente a los que nos rodean. Quién ve a otro sufriendo comparte la aflicción. El dolor por tanto es un fenómeno compartido; quien observa al sufriente sufre con él, por lo que toma alguna de dos opciones: ayudarlo para evitar el sufrimiento o alejarse para evitar su propio sufrimiento.

Como fenómeno compartido, el dolor puede ser modulado por el observador según la seguridad que se ofrezca al sufriente. La inseguridad, el temor, la ansiedad son componentes que exageran el dolor; por el contrario, la seguridad, la calma, la actitud comprensiva son posturas del observador que disminuyen el dolor. Estas son opciones a las que debe recurrir el equipo de salud más allá de los recursos terapéuticos y que caracterizan al "medeos", esto es, la obligación de cuidar y dar sostén emocional.

La simple presencia del otro tiende a disminuir el dolor, sobre todo cuando toca el lugar donde duele. El propio individuo que sufre lleva sus manos hacia el dolor. Esta acción es más efectiva cuando es otro el que toca. ¿Por qué? Porque el dolor necesita al otro como elemento protector.

El equipo de salud debe considerar elementos particulares en la interpretación del dolor, para ello no basta con técnicas paraclínicas, sino que requiere introducirse en la historia "narrativa" de la mujer, en sus circunstancias vitales, en sus vivencias, en sus afectos, en sus deseos y frustraciones, en su historia personal más allá del relato de sus síntomas.

Sufrimiento y dolor no son sinónimos. El término sufrimiento implica un estado emocional mientras que el dolor se localiza en el cuerpo.

La vivencia del dolor del parto sin embargo tiene variaciones muy importantes de una mujer a otra, de experiencias previas, del número de partos y de un entorno a otro: el ambiente, los familiares presentes, los integrantes del equipo de salud.

Sin duda, existen razones fundadas para que el parto ocurra bajo vigilancia del equipo de salud, pero no necesariamente este debe intervenir siempre; en cualquier situación debe actuar para aliviar el dolor a través de distintas medidas, comenzando por aquellas no farmacológicas.

En ese sentido también se han mencionado los aspectos psicológicos del dolor del trabajo de parto, experiencia que puede ser relatada como un "sufrimiento". Aquí el dolor está asociado a otros sentimientos, como el miedo a lo desconocido, el temor a que el hijo/a nazca con alguna enfermedad, miedo al dolor, que por mandato cultural es lo esperado. En el dolor en general, y sobre todo en el parto, se da la conjunción de diversos factores: creencias, ideales culturales, apoyo emocional del entorno y sus expectativas vitales, el deseo del hijo/a, entre otros.

El parto está cargado de fenómenos simbólicos, mitológicos, espirituales, temores y esperanzas, que se proyectan de diversas maneras en el dolor.

De esta reflexión en el concepto y origen del dolor es que podemos identificar aspectos que pueden disminuir el umbral de dolor (mayor dolor), aspectos bloqueadores y aspectos que pueden aumentar el umbral de dolor (menor dolor), aspectos favorecedores.

Aspectos bloqueadores:

Podemos encontrar aspectos fisiológicos y aspectos obstaculizadores del disfrute del parto.

Dentro de los aspectos fisiológicos podemos encontrar las distocias de tipo dinámicas y mecánicas. Aspectos en los cuales no profundizaremos su abordaje desde el punto de vista médico. También dentro de estos aspectos debemos tener en cuenta los ambientales. Odent (2006) explica que en una mujer en trabajo de parto prima la zona más profunda del cerebro, donde se encuentra la hipófisis y el hipotálamo, las cuales segregan oxitocina, relaxina, prolactina, endorfinas y adrenalina, la cual aparece ante la posibilidad del peligro. Para esto deberíamos evitar cuatro aspectos fundamentales que estimulan la corteza frontal: el lenguaje racional, la luz, sentirse o estar observado. Y el cuarto aspecto es evitar cualquier situación que genere adrenalina.

Aspectos obstaculizadores:

El miedo nos pone en alerta, activa mecanismos en nuestro organismo que son lo opuesto a lo que necesita el cuerpo para transitar el trabajo de parto y nacimiento. Miedo tensión dolor, círculo descrito por Grantly Dick Read, pionero en la implementación de la priscoprofilaxis obstétrica. Que explica cómo el miedo genera tensión y, como consecuencia, aumenta el dolor, lo que genera más miedo, alimentando el círculo.

La tocofobia, terror a parir o experiencias previas negativas son aspectos que deben ser abordados en las etapas previas al nacimiento, las cuales son condicionantes psicológicas para enfrentar la nueva experiencia.

Las prácticas rutinarias e invasivas favorecen el círculo de miedo-tensión-dolor. Estas deberían ser evitadas, según la OMS, para lograr una experiencia de parto positiva.

Aspectos favorecedores:

Clases de preparación para el nacimiento: el desconocimiento, lo imprevisible, el no poder procesar con tiempo la información necesaria, para poder tomar decisiones, hace que las clases de preparación para el nacimiento, además de brindar información, generen espacios de evacuar dudas, derribar mitos, generar lazos con otras mujeres y con el equipo de salud.

Psicoprofilaxis obstétrica: la psicoprofilaxis, junto con la preparación para el nacimiento, forman el complemento perfecto, ya que permite, además de los ya descrito, acompañar en el proceso, estimulando a la mujer a tener una actitud activa, la pone como protagonista y con capacidad de tomar decisiones. Busca desconectar ese reflejo condicionado que existe entre parir y dolor, como una condición dada e inevitable.

Acompañamiento institucional y emocional: cuando este acompañamiento es empático, respetuoso, priorizando las necesidades de la mujer y su familia, se genera el sentido de protección, de refugio, donde hay otros velando por la seguridad de la mujer y el bebé, lo que permite relajarnos y preocuparnos de lo que "hay que hacer" y no de "lo que puede pasar".

Evitemos transmitir que el dolor es un aspecto negativo, el cual debe ser eliminado del proceso del nacimiento, con intrincadas estrategias para negar sus beneficios y aprendizajes.

Por el contrario, es fundamental inculcar desde la infancia que el dolor de parto y sufrimiento no son lo mismo; y que la compañía, el contacto físico, y el cuidado solo en sí mismo ya puede cambiar la percepción de dolor. El dolor es una señal de cuidado y protección para rodearnos de quienes pueden ayudar y acompañar un proceso tan vital como el nacimiento.

Métodos analgésicos no farmacológicos para reducir el dolor

Existen diferentes técnicas que pueden aplicarse durante el proceso del parto con el fin de disminuir la percepción dolorosa.

- Preparación para el nacimiento: las mujeres informadas logran una mayor relajación al disminuir los miedos al proceso, y con ello perciben una disminución del dolor durante el trabajo de parto y parto.

- Hidroterapia. La inmersión en agua durante el primer estadio del trabajo de parto ha demostrado disminuir la necesidad de analgésicos, sin afectar los resultados perinatales. Su efecto en el segundo y tercer estadio no ha podido ser evaluado adecuadamente.

- Esferodinamia: es una técnica de trabajo corporal que utiliza esferas de distintos tamaños, teniendo como objetivo la reeducación y reorganización postural. Los ejercicios con esferas estiran y relajan los músculos pélvicos, que, al ser incorporados al trabajo de parto, reducen la duración de su primera fase y disminuye el dolor.

- Masajes y contacto físico. El masaje superficial abdominal o dorsal, la presión masaje y la aplicación superficial de calor o frío suelen disminuir la intensidad del dolor, haciéndolo más tolerable.

- Métodos disuasivos. Conversar y deambular durante el trabajo de parto, tener una ventana para mirar el exterior, mirar televisión o escuchar música son estímulos sensoriales que permiten que la mujer esté menos pendiente del dolor de las contracciones.

- Técnicas de relajación. El estrés provoca una respiración superficial, dándole al cuerpo menos oxígeno. Un ambiente relajado, acogedor y técnicas respiratorias y posturales de relajación permiten una disminución de la tensión muscular y mental. También la visualización de imágenes mentales permite controlar el dolor.

- Música. Si bien la magnitud de esta técnica no es muy significativa, sumada a otras tiene la capacidad de distracción, relajación y reforzamiento de otras conductas como la respiración rítmica.

- Acupuntura y Acupresión. La acupuntura, técnica china para mejorar el flujo y equilibrio de energía. Acupresión es la aplicación de presión o masaje profundo en los puntos de acupuntura tradicionales.

- Otras: cambio de posiciones, hipnosis, yoga, reflexología, aromaterapia, digitopuntura, etc.

Métodos analgésicos farmacológicos para reducir el dolor

Al momento actual todos los fármacos analgésicos de utilización endovenosa (meperidina, morfina, etc.) han demostrado asociarse con peores resultados perinatales[17,18].

Actualmente, las técnicas espinales y más concretamente la analgesia peridural y la técnica combinada intraperidural son de preferencia. Su seguridad (materna y fetal) y efectividad en cuanto a reducir el dolor, así como los estudios de satisfacción de las pacientes, han demostrado su utilidad. Esta técnica estará a cargo del médico anestesista.

De estar disponible, resulta recomendable realizar una consulta con anestesista previa al parto, iniciar la analgesia peridural cuando la mujer así lo solicita, una vez iniciado el trabajo de parto.

Situaciones especiales

1. El embarazo sin control adecuado en cantidad y calidad durante el preparto

Si la mujer presenta un embarazo sin control adecuado y no dispone de las rutinas obstétricas actualizadas, este será un momento adecuado para su ajuste e indicación.

La paraclínica que debe tener una mujer embarazada antes del parto se indica en el capítulo de control de embarazo.

En algunos casos se podrá obviar alguno de estos exámenes que podrían no tener relevancia dada la proximidad del nacimiento.

El uso de los test rápidos de sífilis y VIH son fundamentales para evitar complicaciones materno-neonatales, por lo que deben estar disponibles para su realización inmediata.

En el caso de detectar resultados alterados, se tomarán sin demora las medidas correspondientes y se realizarán las interconsultas necesarias.

Es importante corroborar que la vacuna antitetánica o dpaT se encuentre vigente, de no ser así, proceder a administrarla.

Si nunca ha recibido la vacuna antitetánica (caso excepcional), se debe comenzar la vacunación (repetir a los 2 y 6 meses) y en el momento del parto o cesárea administrar suero antitetánico.

En época invernal, vacunar contra gripe. Durante temporada de vacunación contra VRS, administrar la vacuna si la EG se encuentra entre 32 y 36,6 semanas.

Si la mujer no ha sido vacunada contra sarampión y rubéola, deberá ser vacunada en el puerperio. En las mujeres nacidas entre los años 1967 y 1986 debemos hacer mayor hincapié en la vacunación (Recomendación MSP-OPS).

2. La mujer con estreptococo del grupo B positivo

Si el exudado recto-vaginal detecta la presencia de *Streptococcus* del grupo B, al diagnosticarse el trabajo de parto se comenzará tratamiento según se indica en el capítulo de control de embarazo.

3. Asistencia de la mujer embarazada con infección por VIH

Referirse a la *Guía clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH* (MSP, 2015) y *Recomendaciones del tratamiento antirretroviral.* Capítulo: "Mujer embarazada" (MSP, 2018).

4. Inducción y conducción farmacológica del trabajo de parto

Referirse a: *Manual de recomendaciones para el manejo de situaciones obstétricas vinculadas con cesáreas evitables*. Capítulo 1: "Inducción del parto" (MSP, 2023).

5. Manejo clínico del trabajo de parto en presencia de líquido amniótico meconial (LAM)

Se define como aquel trabajo de parto en el cual existe la expulsión de meconio por parte del feto, y que se diagnostica al romperse las membranas ovulares, visualizándose la presencia de líquido amniótico meconial.

Es una eventualidad frecuente, se observa en el 7 al 22 % de las gestaciones de término, siendo menos frecuente antes de las 38 semanas y más frecuente luego de las 42 semanas de edad gestacional. El LAM puede ser espeso o diluido, discutiéndose en esta definición la subjetividad del diagnóstico.

Se define liquido meconial espeso o "significativo" como el líquido de color verde oscuro o negro, espeso o cualquier tipo de líquido amniótico que contenga grumos de meconio. Se diferencia del líquido amniótico meconial diluido o "no significativo" porque este es fluido, levemente teñido de verde y su presencia no implica riesgo fetal incrementado.

Las causas pueden ser relacionadas con eventos fisiológicos, asociados a hipoxia fetal o elementos inflamatorios o infecciosos. Puede ser secundario a otras situaciones, como embarazo de postérmino, fiebre materna, consumo materno de opiáceos, circular de cordón, oligoamnios y polisistolía secundaria al uso de fármacos.

La presencia de LAM espeso genera ansiedad en el equipo de salud, ya que se puede asociar con resultados adversos neonatales,

fundamentalmente el Síndrome aspirativo de líquido amniótico meconial (SALAM) al nacimiento. El meconio tiene una tensión superficial muy alta y es un potente inhibidor del surfactante. Estas características hacen que la aspiración de meconio pueda generar: dificultad respiratoria, obstrucción de la vía aérea, síndrome de bloqueo aéreo, neumonitis química, disfunción de surfactante o predisponer a infecciones.

El SALAM es la consecuencia más importante de LAM espeso por su alta morbilidad y mortalidad neonatal; si bien está presente en solo 4 a 5 % de los recién nacidos que presentaron líquido amniótico meconial durante el trabajo de parto.

Se desconoce por qué algunos fetos desarrollan SALAM y otros no. La hipoxia fetal y fenómenos inflamatorios son factores de riesgo para que se produzca. La hipoxia fetal puede desencadenar "gasping" fetal (respiración agónica), que resulte en la aspiración intrauterina y la impactación del meconio en la vía respiratoria.

La existencia de una respuesta fetal inflamatoria, en general infecciosa, es uno de los elementos que más se relaciona con SALAM. Por este motivo la presencia de LAM aislado no debe ser interpretada como sinónimo de pérdida de bienestar fetal. Pero cuando se acompaña de alteraciones en el monitoreo fetal, la mortalidad perinatal aumenta y oscila entre el 3 y 22 %, y la morbilidad, entre el 7 y 50 %.

La realización de una cesárea no minimiza el riesgo de SALAM.

Frente a la presencia de LAM espeso:

- Debería valorarse la situación obstétrica de la paciente, la etapa, la evolución del trabajo de parto y la salud fetal.

- Deberá realizarse la monitorización electrónica continua de la frecuencia cardíaca fetal.

- El control del trabajo de parto estará a cargo del profesional con mayor experiencia.

- Debe asegurarse la presencia de personal de salud con experiencia en reanimación neonatal avanzada.

El LAM espeso, como signo aislado, no deberá guiar la conducta obstétrica ni la vía de finalización de la gestación. Su presencia debe interpretarse en el contexto de la evolución del trabajo de parto y de la situación de bienestar fetal.

En cualquier caso, se debe evitar cualquier situación clínica que favorezca la asfixia (hiperestimulación uterina, parto traumático, hipotensión).

Medidas preventivas, como la amnioinfusión antes del parto, la succión orofaríngea del neonato en el periné y la aspiración después del nacimiento en los recién nacidos vigorosos y no vigorosos, no han sido eficaces para evitar el SALAM. Por lo tanto, no

se recomienda su uso rutinario. La aspiración traqueal puede ser considerada solo cuando se sospecha de una obstrucción de la vía aérea o requiera intubación orotraqueal.

La presencia de LAM espeso durante el trabajo de parto constituye un desafío desde el punto de vista del manejo clínico, ya que ninguna de las múltiples acciones que se han evaluado tiene efecto alguno para la disminución del SALAM. Esto hace que la comunicación a la paciente y su entorno sea extremadamente compleja, básicamente porque luego de instalado, el pronóstico es incierto y ninguna acción que se desarrolle puede asegurar que no existirá el SALAM.

6. El parto instrumental

El parto instrumental consiste en la utilización del fórceps obstétrico (en cualquiera de sus variedades, hay más de 700 descriptas o del vacuum extractor), para asistir el parto de la cabeza fetal.

Cuando la indicación es precisa, su utilización puede salvar la vida del feto o prevenir secuelas de gravedad variable. La mayoría de los expertos concuerdan en que todo obstetra debería estar familiarizado con la utilización de alguna de las variedades de estos instrumentos y toda maternidad debe tener este tipo de instrumental a disposición en forma permanente.

Las indicaciones pueden ser de causa fetal o de la mujer.

- Fetal: sospecha de pérdida de bienestar.

- De la mujer: imposibilidad de ejercer esfuerzos de Valsalva (ejemplo: aneurisma cerebral, enfermedad cardíaca clase III o IV, miastenia gravis, plejias, etc.), agotamiento materno o esfuerzo de pujo ineficaz.

En estas circunstancias, los resultados perinatales son semejantes a haber realizado una cesárea.

Son contraindicaciones para su utilización: presentación no cefálica, desconocimiento de la posición o variedad de la presentación, dilatación no completa, cefálica por encima de tercer plano de Hodge, desproporción céfalo-pélvica, trastornos de la coagulación fetal u osteogénesis imperfecta.

Complicaciones fetales o en la mujer en el parto instrumental:

- Los desgarros perineales pueden ocurrir en una frecuencia de 30 %, laceraciones faciales fetales en 1 %, cefalohematoma 1 %, parálisis faciales 0,5 % y hemorragia intracraneana el 0,1 %.

  Una reciente revisión sistemática que compara el vacuum con el fórceps concluye que el primero tiene menor morbilidad materna pero es menos efectivo, y el segundo menor, cefalohematoma y hemorragias de retina.

- Si bien el parto instrumental se asocia a mayor incidencia de infecciones puerperales, el uso de antibióticos en forma profiláctica no se sustenta en las revisiones de la medicina basada en la evidencia.

7. La distocia de hombros

La distocia de hombros es un evento intraparto que, en muy pocas situaciones, puede prevenirse o sospecharse antes del momento de su ocurrencia.

La incidencia general varía con el peso fetal, pero es preciso tener en cuenta que la mayoría de las distocias de hombros se producen en fetos de peso normal.

Un factor de riesgo a considerar es que la mujer tenga el antecedente de una distocia de hombros previa.

Los estudios de costo-beneficio indican que, cuando el peso estimado del feto es de 5000 g si la mujer no es diabética, y a partir de los 4500 g cuando es diabética, para prevenir un evento de distocia de hombros deberían realizarse 100 cesáreas.

No existen claras evidencias que sostengan o rechacen el uso de maniobras para resolver la distocia de hombros (maniobras de Woods, Zavanelli, cleidotomía y Roberts). Aunque una revisión del ACOG recomienda que todo obstetra debería conocer alguna de ellas para practicarla en el momento indicado. La gran mayoría se resuelve con la maniobra de Mac Roberts combinada (hiperflexión

de miembros inferiores y presión suprapúbica sobre el hombro fetal).

8. La cesárea

El índice de cesárea en nuestro país continúa en aumento en los últimos años. Según datos del SIP 2024, tenemos un promedio de nacimientos por cesárea de un 51 %. El porcentaje sigue siendo mayor en el subsector privado que en el público, con algunas instituciones que llegan a un 80 % de cesáreas. Por lo que esto continúa siendo un problema de Salud Pública.

La medicina basada en la evidencia ha demostrado los beneficios de las siguientes conductas, las cuales se aconsejan:

- Realizar antibioticoterapia profiláctica reduce el riesgo de endomiometritis y la infección de partes blandas. Los antibióticos aconsejados son la ampicilina o las cefalosporinas de primera generación (cefazolina 2 g intravenoso dosis única).

La administración de antibióticos inmediatamente antes de iniciar la operación es más beneficiosa que en el momento del clampeo del cordón (53 % de reducción de endometritis y 50 % de reducción total de morbilidad por infección), con iguales resultados neonatales para marcadores de infección.

- La incisión de Joel-Cohen (incisión longitudinal a 2-3 cm por encima de la sínfisis pubiana) presenta menor índice de fiebre, dolor, necesidad de analgésicos, pérdida de sangre, tiempo operatorio y días de internación que la incisión de Pfannenstiel (incisión arciforme).

- Contacto piel a piel temprano madre-hijo: apenas concluido el nacimiento, el recién nacido sano debe ser entregado a su madre, permitiendo la interacción entre ambos y el acompañante que la mujer elija. Debe favorecerse el contacto piel a piel entre ambos, realizar clampeo oportuno del cordón umbilical y el inicio de la lactancia, mientras se mantiene el monitoreo clínico de la madre y el recién nacido. Para ello podemos liberar al menos un brazo del soporte.

- Considerando ser lo menos invasivos posible, respetando la intimidad de un momento significativo en la vida de las mujeres y sus familias. Se inician las medidas de secado, fundamentalmente del polo cefálico y estimulación del recién nacido. Todas las medidas iniciales pueden realizarse sobre el tórax de la madre.

- Debemos promover la lactancia materna en block quirúrgico.

- El alumbramiento por tracción y no a través de la exploración y extracción manual, disminuye la incidencia de endometritis puerperal.

- Dejar sin suturar el peritoneo parietal y visceral acorta el tiempo operatorio y disminuye el dolor postoperatorio con iguales resultados maternos a corto plazo[63].

- No existe evidencia concluyente en cuanto a las distintas técnicas de sutura de la piel.

- Se recuerda realizar previamente el consentimiento informado y la firma del mismo.

9. Parto vaginal después de una cesárea anterior

Se recomienda referirse a: *Manual de recomendaciones para el manejo de situaciones obstétricas vinculadas con cesáreas evitables*. Capítulo 4: "Parto en gestante con cesárea previa" (MSP, 2023).

10. Acretismo placentario:

El acretismo placentario es un fenómeno del embarazo cuya incidencia ha aumentado considerablemente y que está caracterizado por el anclaje anormal de las vellosidades coriónicas al miometrio, lo cual aumenta la morbimortalidad materna perinatal durante la resolución quirúrgica. Su incidencia viene en aumento conforme lo hace el número de operaciones cesárea.

Según las capas uterinas comprometidas, serán clasificadas como placenta acreta (contacta miometrio), increta (penetra miometrio) y percreta (compromete todo el miometrio hasta la serosa y/o eventualmente órganos adyacentes).

Los factores de riesgo más importantes son la cesárea anterior (o el antecedente de cualquier cirugía uterina) y la placenta previa. El riesgo aumenta hasta un 20 % en pacientes con una cicatriz de cesárea anterior y placenta previa en el embarazo actual, y un 40 % o más en aquella paciente con 2 o más cicatrices de cesáreas anteriores, acompañadas de placenta previa en el embarazo en curso.

Presenta múltiples complicaciones, la más frecuente y grave es la hemorragia masiva con altos requerimientos transfusionales y hemoderivados, la histerectomía de necesidad, así como también el daño secundario, como la coagulopatía intravascular diseminada, la falla multiorgánica y la muerte materna.

Habitualmente no presenta síntomas clínicos hasta el momento del nacimiento, por lo que se requiere un alto índice de sospecha en aquellas pacientes con factores de riesgo.

Debemos referenciar a pacientes con factores de riesgo para que un ecografista entrenado realice una evaluación a partir de las 18-20 semanas o a inicios del tercer trimestre (sensibilidad y especificidad de 91 y 97 %, respectivamente). En ocasiones, cuando la ecografía no es concluyente, se requiere la solicitud de una resonancia nuclear magnética (sensibilidad y especificidad de 94 y 84 %, respectivamente).

El nacimiento debe ser programado en un centro de tercer nivel de referencia que cuente con un equipo multidisciplinario con manejo de esta patología, por lo que estas pacientes deben ser derivadas en forma precoz y oportuna a dichos centros.

Período de alumbramiento

El período de alumbramiento corresponde al desprendimiento y expulsión de la placenta y de las membranas ovulares.

Este período corresponde a uno de los momentos de mayor gravedad potencial de la mujer en el proceso del embarazo, ya que el 88 % de las muertes maternas por hemorragia posparto ocurren dentro de las 4 horas posparto.

Las principales complicaciones que podemos observar en este período son:

- Retención de placenta o de restos placentarios.
- Traumatismos del canal del parto.
- Atonía uterina primaria o secundaria a ciertos anestésicos (halogenados) y otros medicamentos útero-relajantes.
- Hemorragia uterina.
- Rotura uterina.
- Inversión uterina.

La hemorragia posparto (HPP) se define como la pérdida sanguínea mayor a 500 cc luego del parto o de 1000 cc luego de la cesárea, en las primeras 24 horas del nacimiento.

La HPP se considera grave cuando la pérdida sanguínea es superior a 1000 cc y presenta signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica. Puede ocurrir antes o después de la expulsión de la placenta.

La mortalidad por HPP está directamente relacionada con la duración del sangrado, retraso en el diagnóstico o la referencia, en el manejo incorrecto y en los procesos de reanimación[77].

Estrategias de Prevención de la HPP

A. Identificar pacientes con riesgo de HPP.

En el Cuadro 10 se presenta la clasificación de las HPP por factores de riesgo y etiología.

Cuadro 10. Clasificación de las HPP por factores de riesgo y etiología

Etiología y frecuencia	Mecanismo Etiológico	Factores de Riesgo
Tono (70%)	Sobre-distención uterina	Embarazo múltiple
	Parto prolongado o parto precipitado (P.ej.: inducido)	Macrosomía
		Polihidramnios
		Gran Multípara
		Hidrocefalia Severa
	Fatiga muscular uterina	Trabajo parto prolongado
		Corioamnionitis
Trauma (20%)	Desgarros vaginales / cervicales / perineales	Parto instrumental
		Episiotomía
	Extensión del desgarro en la cesárea	Mal posición fetal
		Manipulación brusca durante la extracción fetal
	Rotura uterina	Cirugía uterina previa
	Inversión uterina	Excesiva tracción del cordón
		Gran multípara

Tejidos (9%)	Retención de restos	Placenta o membranas friables
	Anormalidades placentarias o uterinas	Localización: placenta previa
		Invasión: acretismo placentario (acreta, percreta, increta)
		Congénitas: útero bicorne
		Adquiridas: cirugías previas, miomatosis uterina
Trombos (1%)	Coagulopatía congénita	Hemofilia
		Enf. Von Willebrand
		Hipofibrinogenemia
	Coagulopatías adquiridas en el embarazo	HTA
		Muerte fetal
		Enfermedad hepática
		Síndrome HELLP
	Púrpura trombocitopénico idiopático	
	Coagulación intravascular diseminada	Muerte fetal intrauterina
		Toxemia
		Abruptio placentae (DPPNI)
		Embolismo amniótico
		Sepsis
	Coagulopatía dilucional	Transfusiones masivas
	Anticoagulación	Historia de TVP y TEP
		Uso de AAS o Heparinas

LAS PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA HPP NO DEBEN FINALIZAR EL EMBARAZO EN UNA MATERNIDAD SIN BANCO DE SANGRE Y POSIBILIDAD DE REPOSICION INMEDIATA

Extraído de: Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo: CLAP/SMR;2012. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1594).

A pacientes que presentan uno o más factores de riesgo para HPP (ver Cuadro 10), una vez que ingresen para finalización del embarazo (sea parto o cesárea), se les solicitará:

- Grupo Sanguíneo ABO y RH
- Test de Coombs indirecto o anticuerpos irregulares

Se recomienda que cada institución cuente con un protocolo de acción. Se recomienda como guía lo contenido en las *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas*. (Segunda Edición 2019. CLAP/SMR)[79].

Lista de chequeo para hemorragia posparto como ejemplo a tener en cada institución (ver anexo).

B. Manejo activo del alumbramiento

B1. Manejo activo del alumbramiento en el parto vaginal

- Administrar Uterotónicos: Oxitocina 10 Unidades (IM o IV) como primera opción. Si no está disponible, utilizar Misoprostol (600 ug VO) u otro uterotónico (carbetocina o similar).
- Clampeo oportuno de cordón umbilical.
- Tracción controlada del cordón durante el alumbramiento.
- El masaje uterino continuo no está recomendado. Produce molestias a la paciente y no disminuye la pérdida sanguínea. Sí está recomendada la vigilancia del tono uterino por palpación abdominal para un diagnóstico precoz de la atonía uterina.

B2. Manejo activo del alumbramiento durante la cesárea

- Administrar uterotónicos: Oxitocina 10 Unidades (IM o IV).
- Clampeo oportuno del cordón umbilical.
- Se recomienda el alumbramiento mediante tracción del cordón y no alumbramiento manual.

Alumbramiento manual

A partir de los 30 minutos la posibilidad de que la placenta se encuentre retenida aumenta considerablemente, por lo que en la práctica las acciones de intervención comienzan aproximadamente a ese tiempo.

Cuando se sospecha que podría estar ocurriendo una retención placentaria debe procederse de la siguiente manera:

- Realizar controles vitales de la mujer.
- Colocar una vía venosa periférica.
- Realizar masaje uterino vía abdominal y ligera tracción del cordón umbilical.

Si estas maniobras no son efectivas, se puede proceder a practicar una infusión de 20 a 40 ml de suero fisiológico con 10 a 50 U de oxitocina por la vena umbilical.

De no ser efectivas las maniobras anteriores, realizar el alumbramiento manual en block quirúrgico y bajo anestesia. Previo a iniciar la maniobra se puede indicar antibioticoterapia profiláctica

con una dosis única de ampicilina 2 g IV o cefazolina 1 g IV más metronidazol 500 mg IV[58] (aunque no existen estudios randomizados que avalen esta conducta)[59], y posteriormente a la extracción se indicarán uterotónicos.

Siempre comprobar que la placenta se encuentra completa, y si existen dudas se procederá a realizar un legrado evacuador complementario, de preferencia aspirativo.

La placenta deberá ser enviada a estudio anatomopatológico.

En estos casos, el puerperio deberá ser controlado en forma personalizada y con una frecuencia más alta que en las mujeres con puerperio sin complicaciones.

Donación de placenta

En Montevideo existe la posibilidad de donación de la placenta si la madre lo solicita o está de acuerdo. Debe solicitar información sobre criterio de inclusión y procedimiento a seguir en la Institución en la que se asista y en el Instituto Nacional de Donación de Trasplante de Células, Tejidos y Órganos (http://www.indt.gub.uy/?S=donacion_placenta).

Anticoncepción posevento obstétrico: se hará referencia al tema en el capítulo de atención del puerperio. Se deberá valorar, con especial énfasis, esta alternativa en las usuarias con problemas de acceso al sistema de salud o condiciones personales que hagan importante no desaprovechar la oportunidad del nacimien-

to para proceder a la orientación y provisión anticonceptiva.

Recepción del recién nacido

Se recomienda una asistencia humanizada del nacimiento. Referirse a: *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional* (MSP, 2018).

Introducción

El nacimiento es una bellísima experiencia y también el momento de mayor riesgo en la vida de todo ser humano. Son los minutos de oro donde el organismo debe adaptarse a cambios fisiológicos radicales.

Las siguientes recomendaciones son para los RN de término, para la asistencia del nacimiento de un RN de pretérmino referirse a las *Recomendaciones para la Asistencia del recién nacido prematuro* (MSP, 2019).

Los objetivos en la atención del recién nacido son:

- Tener siempre como prioritario el bienestar del recién nacido y su familia.

- Se deben tener presentes las preferencias que manifiestan los padres y el derecho de contar con el acompañante que la mujer elija en el momento del nacimiento, protegido por ley en Uruguay.

- Es importante interferir lo mínimo posible con la adaptación normal a la vida extrauterina.

- No se debe separar al recién nacido de su madre y se debe promover el vínculo con su familia.

- Promover el contacto piel a piel en el momento del parto, lo que mejora la adaptación a la vida extrauterina, disminuye la incidencia de hipotermia e hipoglicemia.

- Se debe promover que se inicie la lactancia materna en la primera hora de vida.

- Realizar la profilaxis de la enfermedad hemorrágica, la oftalmia neonatal y el *screening* neonatal.

- La internación es un período fundamental para educar a la familia en el cuidado del recién nacido.

En la mayoría de los nacimientos la intervención excesiva no está recomendada, entendiéndose como un perjuicio para el recién nacido y su familia.

En el 90 % de los recién nacidos la transición a la vida extrauterina se realiza sin necesidad de intervención del equipo de salud, cuando el cuidado es solo observar para detectar anormalidades y prevenir complicaciones.

Solo en el 10 % de los casos pueden ser necesarias maniobras para apoyar la transición, y en el 1 % se requiere reanimación avanzada. Debe tenerse en cuenta que este es uno de los momentos de riesgo para la vida y el desarrollo, y se requiere en estas situaciones personal capacitado en reanimación neonatal avanzada, en todos los nacimientos que se produzcan en Uruguay.

Lugar del nacimiento

El lugar de nacimiento puede ser muy variable de acuerdo a las distintas culturas.

Dado que hasta un 10 % de los recién nacidos pueden requerir alguna maniobra de reanimación o estabilización, **el MSP recomienda que el nacimiento se realice en un ambiente institucional que cuente con todos los recursos materiales, profesionales y técnicos para poder asistir de forma óptima a aquellos neonatos que requieran medidas de reanimación.**

La clave para lograr una atención exitosa efectiva y de calidad es la preparación y anticipación en relación con los recursos humanos, así como de los materiales que se requieran y contar con ellos en el momento oportuno.

Objetivos de la atención

Trato amable, empático y respetuoso: jerarquizar los derechos del recién nacido y de los padres, respetando sus gustos y preferencias.

Para ello, lo ideal es tomar contacto antes del nacimiento con la familia, explicando cómo se van a ir sucediendo las distintas etapas y cómo se desarrollará la adaptación a la vida extrauterina. Para esto es fundamental la preparación para el nacimiento de la pareja y su familia durante el embarazo, incluyendo la construcción de un plan de parto conjunto.

El ambiente debe ser cálido y tranquilo.

Proveer atención de manera personal, presentarse por el nombre, tener correcta identificación del personal que participa del nacimiento, no conversar con los colegas mientras se realizan procedimientos, respetar la privacidad de la mujer que puede estar a la vista de otras mujeres o acompañantes, son situaciones cotidianas que deben ser tenidas en cuenta.

Apoyo a padres adolescentes: las embarazadas y sus parejas adolescentes merecen una atención especial, por un equipo multidisciplinario sensibilizado en la temática de embarazo adolescente.

Recursos humanos: en todo nacimiento debe estar presente por lo menos una persona cuya única responsabilidad sea la atención del RN, que debe ser un neonatólogo, o un pediatra general, junto al equipo de Enfermería capacitado y entrenado para realizar la asistencia inmediata del RN (incluida la reanimación en caso de ser necesario).

Sector de atención inmediata: en la actualidad la asistencia del RN debe realizarse al lado de la madre. En un sector ubicado en la sala

de nacer o block quirúrgico, con buena iluminación, sin corrientes de aire, paredes lavables y sobre todo con tamaño adecuado para el trabajo de varias personas y equipos. Debe tener un sistema de control de temperatura ambiental para mantenerla entre 26 °C y 28 °C, y próxima a 36 °C en el área específica para asistencia del RN, una fuente de oxígeno y otra de aire medicinal, y un sistema de vacío.

Equipos y materiales: cuna con fuente de calor radiante (de preferencia, controlado), reloj de pared con segundero, termómetro de pared para temperatura ambiente, balanza pediátrica, tallómetro, centímetro, flujómetro de oxígeno y de aire medicinal, mezclador de gases (Blender o artesanal), bolsa autoinflable (Ambu) o respirador neumático manual (Neopuff), oxímetro de pulso (saturómetro), sistema de regulación de la presión de vacío (vacuum).

Bandeja de reanimación: tijeras estériles para cordón, bolsas autoinflables de tamaño neonatal: 250 y 500 ml, máscaras anatómicas de tres tamaños, laringoscopio, palas rectas: pequeña (00), mediana (0) y grande (1). Máscara laríngea tamaño 1.

Guantes estériles, compresas estériles, campos amplios hechos con tela absorbente (toalla), aspirador tipo pera de goma, sonda orogástrica, clamp umbilical, jeringas de 1 cc, 5 cc, 10 cc y 20 cc, ampollas de vitamina K, gasas estériles, desinfectante (clorhexidina 1 %), pulseras identificadoras, almohadillas con tinta para sello para impresión plantar del RN, colirio antibiótico (eritromicina al 0,5 o 1 %), tubos endotraqueales N.° 2,5; 3; 3,5 y 4, ampollas de adrenalina, ampollas y frascos de solución fisiológica, catéteres

umbilicales (3; 3,5; 4 y 5), aspirador de tubo endotraqueal, sondas de aspiración de 8, 10 y 12 French, solución de dextrosa 5 y 10 %, ampollas, frascos de agua destilada estéril y gluconato de calcio al 10 %.

Pasos previos de la atención inmediata: en todo momento se deben observar las medidas universales de control de infecciones, tendientes a proteger tanto al neonato y a la madre como a los trabajadores de salud. Siempre efectuar un correcto lavado de manos y antebrazos con antiséptico y usar guantes estériles, usar además sobretúnicas estériles.

Un aspecto prioritario en el abordaje de la salud maternoinfantil es la continuidad de la atención, identificando que factores pregestacionales y gestacionales pueden influir en el resultado del producto de la gestación.

Es por ello que se debe conocer detalladamente la historia obstétrica, entrevistando a la madre, identificando los distintos factores de riesgo: enfermedades maternas previas, antecedentes obstétricos, antecedentes de la gestación actual, edad gestacional, controles del embarazo en cantidad, enfermedades propias del embarazo, ecografías obstétricas, situaciones de riesgo maternas y fetales durante la gestación, estado de colonización recto- vaginal por *Streptococcus* del grupo B, resultado de tamizajes prenatales: serología para VDRL, VIH, hepatitis B, toxoplasmosis, Chagas, grupo sanguíneo y Rh materno.

Cuidados rutinarios a todos los recién nacidos: la adaptación neonatal inmediata en el momento del parto es un conjunto de modificaciones de cuyo éxito depende fundamentalmente el adecuado paso de la vida intrauterina a la vida en el ambiente exterior.

Para ello, se requieren cuidados rutinarios que todo recién nacido debe recibir.

Estos cuidados incluyen:

- Contacto piel a piel temprano madre-hijo: apenas concluido el nacimiento, el recién nacido sano debe ser entregado a su madre, permitiendo la interacción entre ambos y del acompañante que la mujer elija. Debe favorecerse el contacto piel a piel entre ambos y el inicio de la lactancia, mientras se mantiene el monitoreo clínico de la madre y el recién nacido. Para ello se deben demorar las rutinas habituales que se realizan en el neonato.

  Considerando ser lo menos invasivos posible, respetando la intimidad de un momento significativo en la vida de las mujeres y sus familias. Se inician las medidas de secado, fundamentalmente del polo cefálico y estimulación del recién nacido. Todas las medidas iniciales pueden realizarse sobre el vientre de la madre.

  Se muestran los genitales del recién nacido a la madre y acompañante, así como si hubiera malformaciones externas. No está determinado cuánto tiempo debería ser este

contacto inicial, idealmente se debe mantener el mayor tiempo posible.

El contacto piel a piel debe iniciarse, siempre que sea posible, en la misma sala de partos y lo antes posible.

Todo esto promueve el apego madre-hijo. Este contacto precoz evita la hipotermia, favorece el vínculo parental, la involución uterina y el inicio y mantenimiento posterior de la lactancia materna.

Todas estas medidas también las podemos realizar en block quirúrgico luego de un parto por cesárea.

- Evitar maniobras intempestivas en la recepción del RN.
    - No se recomienda aspirar nariz y boca de los recién nacidos vigorosos.
    - No se recomienda el pasaje de rutina de sondas oro-gástrica y rectales. En el caso de gestaciones no controladas o de sintomatología que lo justifiquen (por p.ej.: polihidramnios) se debe valorar el pasaje de la sonda oro-gástrica.

La eliminación de meconio antes de las 48 horas de vida es signo clínico fundamental para descartar patología intestinal.

- Test de Apgar: su valor al minuto y a los 5 minutos de vida permiten evaluar cómo se realiza la adaptación neonatal a la vida extrauterina. Esta valoración puede realizarse cuando el neonato es colocado en el vientre materno, favoreciendo el vínculo del binomio.

- Ligadura de cordón umbilical: se recomienda mantener el cordón umbilical sin clampear por 1-2 minutos o hasta que el cordón deje de latir o se vuelva pálido y fláccido. Con esta simple medida, logramos que el recién nacido aumente su volemia en casi un 30 %. La ligadura tardía del cordón permite que los depósitos de hierro sean mayores durante el primer año de vida, siendo esta una importante medida para la prevención de la anemia ferropénica, de altísima prevalencia en nuestro medio. El obstetra tomará las muestras del *screening* de cordón (TSH, grupo sanguíneo ABO Rh y test de Coombs directo, VDRL/RPR).

En el recién nacido grave o prematuro se debe ligar el cordón a una distancia mayor de 5 cm para que se pueda realizar cateterismo umbilical en forma adecuada.

La realización de gasometría de cordón no se recomienda de rutina en los nacimientos de término, de bajo riesgo y normales. Su realización quedará a criterio del equipo asistencial.

Cuidados proporcionados posteriormente

- Examen físico: el primer examen físico completo del recién nacido, por parte de un médico, se debe realizar en las primeras doce horas de vida si la adaptación a la vida extrauterina se produce espontáneamente y sin dificultades.

- Determinar la edad gestacional clínica: Los mejores métodos para valorar en forma adecuada la edad gestacional son la fecha de la última menstruación cierta, segura y confiable, coincidente con una ecografía precoz. En el caso de que no se cuente con estos datos o la discordancia entre el aspecto del recién nacido y la edad gestacional calculada sea importante, existen métodos para estimar la edad gestacional. En un recién nacido cercano al término el método de Capurro es un método adecuado.

- Tomar medidas antropométricas: la toma de medidas de peso, longitud y perímetro cefálico deben realizarse en todos los recién nacidos, en las primeras 12 h de vida, no es necesario que sea inmediatamente al nacimiento, puede retrasarse en beneficio del contacto con la madre. Estos datos deben registrarse en la historia clínica.

- Administrar vitamina K1: Todo neonato debe recibir vitamina K. Se ha demostrado que la administración de una dosis única (1 mg) de vitamina K1 intramuscular previene el sangrado temprano (enfermedad hemorrágica del recién nacido, EHRN) y tardío (2 a 7 semanas de vida).

- Tanto la administración por vía intramuscular como por vía oral (1 mg) han mostrado mejorar los valores bioquímicos de estudios de coagulación; sin embargo, solo la administración intramuscular ha sido testeada en estudios clínicos. La vitamina K vía oral puede considerarse en los casos en que los padres no autoricen la vía intramuscular, en estos casos debe informarse la posibilidad de mayor incidencia de fracaso en la prevención. Además, es necesario administrar: 2 mg al nacer y repetir dicha dosis entre los 2-4 meses y entre los 6-8 meses[84].

- Realizar profilaxis ocular de la oftalmia gonocóccica: administrar eritromicina ungüento o colirio al 0,5-1 % (otras opciones medicamentosas como tetraciclina ocular al 1 % y nitrato de plata no están disponibles en el país; respecto a tobramicina y ciprofloxacina no hay reportes sobre su efectividad como preventivo)[85].

- Se administrará una línea de ungüento o una gota de colirio en el saco conjuntival inferior de cada ojo, luego se masajeará suavemente para mejorar la distribución del producto. Los ojos no deben ser lavados luego de la aplicación de colirio o ungüento para no disminuir su efectividad, sí puede limpiarse el excedente que quede sobre la piel. La administración puede realizarse luego del contacto ocular con su madre, pero antes de la primera hora de vida.

- La aplicación tópica de eritromicina utilizada para la prevención de la oftalmia gonocóccica no está incluida en las

opciones de tratamiento de la conjuntivitis neonatal (por ejemplo, no es efectiva para la prevención o tratamiento de la infección por *Chlamydia trachomatis*), en la que debe aislarse el germen y tratarse de acuerdo a la sensibilidad de este con el plan antibiótico adecuado[85,86].

- Inicio precoz de la lactancia materna: la lactancia materna debe iniciarse lo antes posible, no más allá de la primera hora de vida, con el apoyo de todo el equipo de salud.

- Identificar al recién nacido: el procedimiento de identificación del recién nacido tiene importancia singular en todas las instituciones que atienden partos y nacimientos. Esto es una norma legal nacional.

En suma, es importante mantener en la recepción del recién nacido esta secuencia de eventos:

1. Contacto inmediato, piel a piel, con la madre, independiente de la vía del nacimiento.
2. Ligadura oportuna del cordón.
3. Evaluación inicial manteniendo el contacto piel a piel.
4. Aplicación de vitamina K1.
5. Profilaxis ocular.
6. Identificación del RN.
7. Evaluación de la edad gestacional.
8. Estimular el inicio del pecho directo exclusivo, y la participación del acompañante.
9. Antropometría (que podría postergarse hasta 12 horas de vida promoviendo el apego precoz).
10. Confección de la historia clínica, incluyendo el registro de los datos neonatales en el SIP.
11. Traslado al alojamiento conjunto con la madre.

Se debe intentar realizar la mayor parte de estas acciones manteniendo el contacto piel a piel madre-hijo.

Capítulo IV

Asistencia del puerperio

El puerperio es el período que transcurre desde el alumbramiento hasta que la mayoría de las modificaciones producidas por el embarazo vuelven a su estado preconcepcional.

Desde un punto de vista clínico podemos distinguir entre:

- Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 horas posteriores al parto.
- Puerperio precoz: comprende desde el día uno hasta el día diez después del parto.
- Puerperio tardío: se extiende desde el día once después del parto hasta el día cuarenta y dos.
- Puerperio alejado: a partir de los cuarenta y dos días.

Este es un período de gran exigencia para la mujer, desde el punto de vista biológico, psicológico y social, en el que se pueden presentar múltiples y graves complicaciones, tales como:

- Procesos hemorrágicos
- Procesos infecciosos
- Procesos trombo-embólicos
- Procesos hipertensivos
- Cambios y trastornos psicológicos

Es importante recordar que todos los datos concernientes al nacimiento y a la evolución del puerperio deben ser trasladados al Carné Perinatal del SIP y a la Historia clínica perinatal SIP. La paciente debe recibir el carné perinatal del SIP con todos los datos completos al alta.

Se debe completar, a la brevedad posible luego del nacimiento, el Certificado de Nacido Vivo electrónico.

Estos dos instrumentos deben ser llenados en forma completa, sin ninguna excepción.

Los prestadores deberán reportar al MSP los casos de muerte materna en un plazo no mayor a 72 h hábiles, enviando a la Comisión Nacional para la reducción de la morbimortalidad de causa obstétrica el formulario de reporte con copia de la historia clínica, por correo electrónico a comisionmm@msp.gub.uy.

Acciones específicas en cada período puerperal

A. Puerperio inmediato

En las primeras dos horas es de gran importancia el estricto control de la pérdida sanguínea, pulso, presión arterial y la persistencia del globo de seguridad de Pinard (útero bien contraído que llega a ser leñoso inmediatamente por debajo del ombligo).

Si el útero está de consistencia blanda con contornos poco nítidos se pueden realizar maniobras de expresión para expulsar la sangre y coágulos, y colocar una bolsa de hielo en el hipogastrio a la vez que se indican uterotónicos. El masaje continuo del útero es inútil y puede llegar a ser nocivo.

No es rara la aparición de escalofríos (palidez cutáneo-mucosa acompañada de chuchos de frío y castañeteo de dientes), sin ninguna connotación patológica.

Luego de estas dos horas se controlarán diariamente hasta el alta los signos vitales: conciencia, temperatura, pulso y presión arterial, controlando la involución uterina y las características de los loquios.

- **Manejo del dolor**

Luego del parto la mujer siente una sensación de alivio y bienestar.

El dolor en el puerperio inmediato, después de un parto normal, puede ser a causa de la episiotomía y los entuertos (contracciones uterinas). El tratamiento del dolor se realizará mediante la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) por vía parenteral u oral, según la intensidad del cuadro. Alternativamente, podrá utilizarse el paracetamol o ibuprofeno solo o asociado con codeína, aunque esta última puede favorecer el estreñimiento, ya de por sí frecuente en el puerperio.

Si el periné ha sido dañado o reparado puede presentar dolor considerable y requerir analgésicos, hielo y complementos para mejorar el confort en la posición sentada (anillos de espuma, goma o inflables). Si el dolor es muy importante, debe controlarse en busca de infección o hematomas.

Hay que tener en cuenta que no tiene que administrarse de forma rutinaria ningún tipo de medicación cuya indicación no haya sido cuidadosamente valorada, ya que puede pasar al recién nacido a través de la leche materna.

- **Deambulación**

La puérpera deberá deambular tan pronto pueda. Se debe tener precaución al inicio de la deambulación por la posibilidad de hipotensión orto-estática que determine mareos.

- **Hidratación y alimentación**

Después de un parto vaginal sin anestesia o con anestesia local, la ingesta de líquidos y la dieta normal se iniciarán a demanda de la puérpera.

Después de un parto vaginal con anestesia peridural, se iniciará la ingesta hídrica de forma inmediata y, si la tolerancia es adecuada, se continuará con una dieta normal.

Después de una anestesia general, se iniciará la ingesta hídrica a las 4 horas y seguirá una ingesta progresiva, según la tolerancia.

La puérpera tendrá que seguir una dieta equilibrada y rica en fibra.

Si se trata de una mujer lactante, el requerimiento de energía se define como el requerimiento habitual de energía (suponiendo que reanude su nivel habitual de actividad física poco después del nacimiento), más la energía necesaria para producir un volumen apropiado de leche. Una ganancia de peso gestacional adecuada le permitirá a la mujer obtener reservas de grasa corporal (aprox. 4 kg) que actúan como sustrato de energía para cubrir parte de las necesidades energéticas adicionales para la lactancia durante los primeros meses posparto. Razón por la cual se estima que aproximadamente a los seis meses se debe producir la recuperación del peso que tenía antes de quedar embarazada (si lactancia es exclusiva).

Continuar la administración de suplementos de hierro a todas las mujeres en lactancia durante los primeros 6 meses, con 30 mg de hierro elemental en días alternos. Suministrar este hierro lejos de las comidas, y si hay intolerancia, en la noche antes de acostarse.

Es de destacar que una alta proporción de las mujeres en nuestro país comienzan la gestación con sobrepeso u obesidad. El embarazo representa un punto de inflexión significativo para muchas mujeres, en términos de su trayectoria cardiovascular y de salud, ya que los cambios metabólicos promueven el aumento de peso durante el embarazo y la retención de peso después del parto y, por lo tanto, aumentan el riesgo de que la mujer permanezca con sobrepeso u obesidad o lo desarrolle. Las mujeres en etapa de puerperio son una población objetivo importante para el desarrollo de intervenciones de pérdida de peso en los espacios intergenésicos y así disminuir riesgos asociados. Si no fueron derivadas durante la gestación, realizar derivación a nutricionista en mujeres puérperas que presentaron un incremento de peso gestacional excesivo y/o sobrepeso u obesidad previo.

- **Higiene perineal y general**

La región perineal deberá higienizarse con un simple lavado externo, con agua potable y jabón neutro, al menos tres veces al día. No es necesario agregar al agua soluciones desinfectantes. Las duchas vaginales no son útiles ni beneficiosas. La episiorrafia debe mantenerse limpia y lo más seca posible.

Para la higiene corporal se procederá al baño de ducha y se evitará el de inmersión y las irrigaciones vaginales.

- **Control de la episiorrafia**

En el caso de habérsela realizado, se debe observar al menos una vez antes del alta.

- **Control de loquios e involución uterina**

En las primeras 48 horas después del parto su aspecto y color es sanguinolento. Recién al tercer día se vuelven sero-sanguinolentos, a la semana son serosos y suelen desaparecer a los 15-20 días. Los loquios sospechosos de proceso infeccioso son turbios, achocolatados, purulentos o fétidos. Cuando el útero es sensible, suele ser anormal. Un útero blanduzco, doloroso, al que cuesta delimitar, que no se contrae al excitarlo y que es más voluminoso de lo que corresponde debe ser considerado como patológico.

Es importante educar a la mujer puérpera para detectar la posibilidad de infección puerperal y consultar rápidamente ante su sospecha.

El útero subinvoluciona a razón de 2 cm por día.

- **Transito urinario**

Se vigilará desde un comienzo la diuresis y micción espontánea. En los dos o tres primeros días del puerperio puede haber poliuria,

sobre todo en las mujeres que tenían edemas.

Las anomalías en el funcionamiento vesical son frecuentes, pudiéndose observar retención aguda de orina o incontinencia urinaria, que suelen desaparecer en los primeros días, pero, en ocasiones, pueden durar durante varios meses. Se debe alertar de esta situación y brindar posibilidades terapéuticas, comenzando por modificación comportamental y ejercicios de piso pélvico.

- **Tránsito digestivo bajo**

Puede observarse incontinencia rectal para gases y más raramente para materias, que también suele desaparecer en pocos días. De no ser así, derivar con especialista.

Las deposiciones ocurren habitualmente al tercer día y se ven facilitadas con una profusa hidratación, alimentos y deambulación.

Debe valorarse la posibilidad de presencia de hemorroides y sus complicaciones. Para su tratamiento son útiles las pomadas antihemorroidales.

En el caso de trombosis se hará consulta con cirujano y extracción de la trombosis.

- **Control de las mamas**

Se vigilará el estado de turgencia de las mamas, la secreción de calostro y de leche, la ausencia de signos inflamatorios y presencia

de grietas en el pezón. La ducha diaria es suficiente para la higiene de las mamas. No se recomienda limpiar los restos de leche porque hidratan la aréola y previenen la formación de grietas.

Se debe informar a la mujer que el organismo tiende por naturaleza a producir tanta leche como el bebé necesita, por eso, cuanto más seguido se dé de mamar (o se extraiga leche mecánicamente) más leche se producirá.

La mastitis puede ser ocasionada por defectos en la excreción láctea, lo cual mejora con una correcta expresión, compresas frías o calientes (lo que más calme el dolor) y analgésicos comunes. No es necesario suprimir la lactancia.

En ocasiones ocurre la infección (generalmente por *Staphylococcus aureus*) y requiere tratamiento con antibióticos.

El plan antibiótico recomendado es Cefradina 500 mg v/o cada 6 horas por 7 días.

Si se sospecha la presencia de gérmenes anaerobios o no mejora con los antibióticos anteriores, agregar clindamicina 600 mg v/o cada 6 horas.

En el caso de abscedación, se indica drenaje quirúrgico bajo anestesia.

- **Promoción del contacto mujer-hijo y del amamantamiento**

Seguir las Normas de la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño y la Norma Nacional de Lactancia Materna (2017) para la alimentación infantil: incentivar la exclusividad del amamantamiento a demanda desde el nacimiento y evitar cualquier suplemento para el recién nacido que contenga agua, glucosa, o sustitutos de leche materna.

Se debe brindar alojamiento conjunto para todas las mujeres y recién nacidos las 24 horas del día, con la excepción de aquellas madres o neonatos que requieran cuidados especiales.

Se debe incentivar el contacto piel a piel inmediatamente luego del nacimiento y durante toda la estadía posparto en el hospital.

Permitir la libre visita de los miembros de la familia que la mujer elija durante el posparto. Se deberá alertar de los riesgos de la visita de familiares cursando cuadros infecciosos (virosis, etc.) y la conveniencia de limitar la duración de esta para permitir el buen descanso materno y neonatal.

Se deben ofrecer comodidades para que un miembro de la familia pueda acompañar a la mujer durante la noche.

- **Prevención de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV)**

El embarazo y el puerperio son factores de riesgo conocidos para el desarrollo de ETEV. Se trata de una de las principales causas de

muerte materna en el mundo desarrollado.

El riesgo de ETEV en embarazo y puerperio se incrementa en mujeres con factores de riesgo, por lo que toda mujer en este período debe ser evaluada en vista de la necesidad de requerir tromboprofilaxis. Estos factores de riesgo pueden ser preexistentes o de reciente aparición durante el embarazo o puerperio y se mencionan en el cuadro 11.

Cuadro 11. Factores de riesgo para ETEV en el postparto

Preexistentes	De aparición durante el embarazo
TEV previa	Procedimiento quirúrgico en el embarazo o puerperio (legrado, ligadura tubaria postparto, etc)
Trombofilia congénita • Déficit proteína C • Déficit proteína S • Déficit antitrombina • Resistencia a la proteína C (factor V Leiden) • Disfibrinogenemia • Variantes del gen de la protrombina (G20210A)	Hiperemesis
	Deshidratación
	Síndrome de hiperestimulación ovárica
	Infección sistémica que requiera ingreso o antibióticos (por ej. Neumonía, pielonefritis)
	Inmovilización (≥3 días de reposo en cama)
	Hemorragia postparto severa (>1 lt) que requiera transfusión
	Trabajo de parto prolongado
	Cesárea
	Parto instrumental
	Gestación múltiple
	Viajes de larga distancia (>4 hs)

Trombofilia Adquirida • Síndrome Antifosfolípidos primario o secundario	
Edad > 35	
Obesidad (IMC > 30 Kg/m^2) antes o al inicio del embarazo	
Paridad ≥ 3	
Tabaquismo	
Grandes venas varicosas	
Paraplejia	
Drepanocitosis	
Enfermedades inflamatorias	
Algunos trastornos médicos (síndrome nefrótico, algunas cardiopatías)	
Trastornos mielo-proliferativos	

Extraído de: PROTOCOLO PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA DURANTE EL EMBARAZO. Servicio de Medicina Materno-fetal. Instituto Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatología (ICGON), Hospital Clínic de Barcelona

- **Valoración del estado emocional**

La mujer durante el puerperio pasa, normalmente, por una serie de cambios psicológicos y emocionales relacionados, entre otras cosas, con el cansancio físico, el nuevo rol de mujer madre, las expectativas que tenía con respecto a este rol, preocupación por su capacidad como madre y por el bienestar del recién nacido y molestias puerperales.

Se debe diferenciar:

- El "Baby blues", se caracteriza por cambios de humor, elementos de tristeza, llanto, inseguridad. Oscila entre un 50 % y 80 % de las puérperas, de acuerdo a diferentes autores.

Comienza unos días luego del nacimiento, y suele tener un componente neuroendocrino, además de lo psicosocial. Es transitorio y suele tener una resolución espontánea.[3] Se debe dar apoyo y mostrar empatía.

- Depresión puerperal grave, se debe diferenciar de la anterior. Suele extenderse en el tiempo y, además de la tristeza, presenta dificultades en relación con disfrutar del hijo, sentimientos de culpa, entre otros. De acuerdo con la OMS es un cuadro que se presenta en entre el 10 % y 15 % de las puérperas. Se debe derivar al equipo de salud mental.

- Psicosis puerperal, es un trastorno menos frecuente (1-3/1000). Es un cuadro delirante agudo de inicio precoz, con

sintomatología florida y riesgo para la mujer y el recién nacido. Requiere tratamiento inmediato con Psiquiatra[4].

Es importante identificar el estado emocional de la mujer para apoyar y poder brindar una derivación oportuna a un profesional de salud mental especializado.

- **Prevención de la aloinmunización Rh**

A las mujeres Rh negativas no aloinmunizadas al antígeno D, con recién nacido Rh (D) positivo, se recomienda administrar inmunoglobulina anti-D 300 mcg IM, o 120 mcg IV, inmediatamente después del parto (idealmente en las primeras 72 horas, pero, si bien disminuye su eficacia, se puede administrar con fines profilácticos hasta 4 semanas después).

Ante sospecha de hemorragia feto-materna mayor, se recomienda ajustar la dosis según test de Kleihauer Betke, citometría de flujo o similar. En embarazo múltiple se recomienda administrar 300 mcg IV.

- **El alta hospitalaria**

La mayoría de las veces el alta hospitalaria se indicará a partir de las 48 h en un parto normal y a partir de las 48-72 h en una cesárea.

Es importante informar a la mujer y su entorno sobre los siguientes temas:

- Signos de alarma ante los cuales se debe consultar rápidamente.
- Sexualidad y anticoncepción.
- Cronograma de controles puerperales.

Asegurarse de que exista una situación familiar adecuada y continente luego del alta; si esta no existiera, realizar los arreglos necesarios para un seguimiento intensivo. Se recomienda valoración por un asistente social.

Facilitar contactos en la comunidad y fuentes de soporte local para todas las mujeres.

Evacuar todas las dudas que la mujer y su pareja presenten.

B. Puerperio precoz y tardío

• Seguimiento y prevención de infecciones

Una de las complicaciones más importantes que pueden ocurrir en el puerperio precoz y tardío son las infecciosas.

Es frecuente que las mujeres cursando puerperio precoz y tardío posterguen o pongan en segundo lugar su salud, priorizando la del recién nacido, o bien por retomar las actividades del hogar y el cuidado de otros integrantes de la familia. Por este motivo es importante promover la corresponsabilidad de la pareja (si está

presente) y las redes de apoyo, así como informar adecuadamente a la usuaria acerca de los signos y síntomas de alarma ante los cuales consultar. De otro modo, la mujer puede minimizar los síntomas infecciosos y consultar en forma tardía, en etapa de sepsis.

Los síntomas sospechosos o de alarma son: fiebre, chuchos de frío persistentes, malestar general y decaimiento, loquios fétidos, rubor y dolor mamario, dolor abdomino-pélvico que no cede con analgésicos comunes, tos con expectoración mucopurulenta, síndrome urinario bajo y alto, etc. Frente a esta sintomatología se debe estimular la consulta precoz.

Se alienta a los equipos de salud a que ofrezcan a las mujeres la posibilidad de prolongar la internación hospitalaria luego del parto en aquellos casos en los que se sospeche que la mujer presente riesgo aumentado de desarrollar estos cuadros infecciosos, o cuando se dude sobre la accesibilidad al sistema de salud para realizar una consulta precoz ante los síntomas de alarma.

Es importante establecer un plan de controles puerperales con el fin de hacer una valoración global de su estado de salud y de recuperación, así como dar asesoramiento en aquellos temas que se crean necesarios en función de la situación de cada mujer (lactancia, anticoncepción, sexualidad, etc.). **Una alternativa eficaz es hacer coincidir los controles programados puerperales con los del recién nacido, de tal forma de alterar lo menos posible la dinámica familiar.** En casos seleccionados (por riesgo, lejanía

al centro de salud o situación social) se recomienda la visita puerperal a domicilio.

- **Sexualidad**

Desde lo sexual también vemos cambios, la "cuarentena" es un tiempo necesario para la correcta cicatrización y el cese del sangrado. Pero este tiempo dependerá también de la recuperación materna, no solo física, sino también emocional.

Tener en cuenta que es saludable para la mujer y su pareja el reiniciar la actividad sexual, en estos espacios se puede conectar con la pareja, sentirse queridos, mejorar la autoestima y retomar la cercanía que puede sentirse interrumpida por la llegada del recién nacido.

Cada pareja decidirá cuándo recomenzar la actividad sexual, recordando que es conveniente haber elegido el método anticonceptivo en forma previa. Ya desde la primera relación sexual existe la posibilidad de embarazo. Es un proceso lento y paulatino, que significará un reconocer nuevamente, descubrir otros tiempos de encuentro. Puede ser que aparezcan dudas o miedos en cualquiera de los integrantes de la pareja, habilitar a ambos a evacuar inquietudes.

Prevención de las infecciones de trasmisión sexual

El riesgo de contraer ITS luego del parto está en relación con el inicio de las relaciones sexuales. Es de importancia la prevención del VIH-SIDA, ya que la primoinfección en la mujer que está dando de mamar expone al lactante a un alto riesgo de trasmisión vertical. Es por ello que resulta de importancia:

- Realizar prueba de VIH entre los 3 y 6 meses de puerperio, en toda mujer que esté amamantando. Y continuar solicitud de VIH cada 3-6 meses mientras dure la lactancia materna.
- Recomendar el uso de preservativos masculinos o femeninos en las mujeres que están amamantando. Se debe incluir esta recomendación en los materiales educativos y de promoción de la lactancia materna.
- Proveer de preservativos masculinos o femeninos a las mujeres en lactancia y sus parejas.
- Orientar sobre conductas de riesgo para las ITS.
- Evaluar para VIH y sífilis a sus parejas sexuales durante el embarazo.

Métodos anticonceptivos (MAC)

Ninguna mujer debe egresar luego de un parto o cesárea sin haber recibido una consejería completa sobre los métodos disponibles para la prevención de embarazos no planificados.

Para que la mujer pueda elegir un MAC es importante informarle sobre los métodos existentes, cuáles son sus ventajas y desventajas, cómo se usan y cuál es el momento más adecuado para iniciar-

los después del nacimiento. A su vez, se deberá valorar con ella si presenta contraindicaciones para el uso de algún MAC, cuáles ha usado y cuál ha sido su experiencia.

Existe la posibilidad de acceder a un MAC posevento obstétrico, que es el acceso de una persona al método anticonceptivo elegido (idealmente de larga duración) en el período posterior al evento obstétrico (parto vaginal, cesárea o aborto) y antes del alta hospitalaria.

Se ha demostrado que los resultados adversos de salud materna, perinatal e infantil se relacionan estrechamente con el corto período intergenésico.

Por lo tanto, es una estrategia clave para reducir las tasas de mortalidad y morbilidad materna, neonatal e infantil a través de la prevención de los embarazos no planificados y de los espacios intergenésicos no adecuados.

Se prioriza el uso de métodos de larga duración reversibles (DIU, implante subdérmico) o irreversibles (ligadura tubaria, vasectomía), debido a la alta efectividad y, por lo tanto, menor tasa de falla que presentan.

Las mujeres que más se benefician de la anticoncepción posevento son aquellas que tienen una baja adherencia a los sistemas de salud, poblaciones vulnerables, consumidoras problemáticas de sustancias, con bajos recursos socioeconómicos y culturales. El prestador de salud debe priorizar la provisión de métodos anti-

conceptivos en este grupo poblacional.

- Por mayor información sobre orientación anticonceptiva y criterios de elegibilidad de los MAC referirse a: *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual de orientación anticonceptiva métodos temporales y permanentes* (MSP, 2013).

- **Inyectable trimestral**

En nuestro medio contamos con el acetato de medroxiprogesterona de depósito vía intramuscular. Si la mujer está amamantando no se recomienda su administración con menos de 6 semanas de puerperio. Si no está amamantando se puede administrar inmediatamente posaborto, parto o cesárea. Su administración es intramuscular cada 3 meses.

Por mayor detalle referirse a la *Guía técnica para la orientación anticonceptiva vinculada a anticonceptivos inyectables trimestrales de progestina*[87].

- **Inserción de DIU**

Es posible insertar un DIU inmediatamente después de producido el alumbramiento. La técnica es de fácil realización y de seguridad comprobada (no aumenta la tasa de infecciones y la expulsión es menor al 12 % al año)[73].

Esta maniobra está contraindicada en los casos de sospecha de infección ovular o en situaciones que elevan el riesgo de infección

(por ejemplo: rotura prematura y prolongada de membranas ovulares, fiebre durante el trabajo de parto, etc.)[74].

A los 30 días se realiza un control. Los antibióticos profilácticos no se recomiendan para la inserción del DIU.

- **Implante subdérmico**

Los implantes con progestágenos son un tipo de anticoncepción de acción prolongada. Los disponibles en nuestro país son con levonorgestrel y etonogestrel.

Se puede colocar inmediatamente posparto o posaborto. No es necesario proporcionar anticoncepción adicional.

- **Ligadura tubaria**

En aquellas mujeres que habiendo tenido un parto vaginal deseen esterilización definitiva y que tengan problemas con la continuidad de sus controles, se aconseja practicar la ligadura tubaria previo al alta.

Esta podrá realizarse en block quirúrgico y bajo control de anestesista, por vía laparoscópica o laparotómica (pequeña incisión mediana infraumbilical a la altura del fondo uterino).

En aquellas mujeres que hayan decidido en forma informada la

ligadura tubaria, y tengan indicación de cesárea, esta se realizará en el mismo acto quirúrgico.

En todos los casos la ligadura tubaria se realizará según la Ley 18426 (los formularios de consentimiento informado se pueden descargar libremente de la página web del MSP: www.msp.gub.uy).

- **Vasectomía**

Es un procedimiento de bajo riesgo que consiste en el cierre de los conductos deferentes y que puede realizarse en modalidad ambulatoria.

Debe considerarse un método permanente y se debe proporcionar el asesoramiento correspondiente a todas las personas y parejas que contemplen esta opción. Debe considerarse un método irreversible.

Se debe esperar 3 meses antes de confiar en la vasectomía como método anticonceptivo, dada la vida media de los espermatozoides en los testículos. Si está disponible, el análisis del semen puede confirmar la eficacia anticonceptiva tras el período de espera de 3 meses[79].

Tabla 12. Resumen de algunas características de los métodos más utilizados durante esta etapa.

Nombre y efectividad del método	**Inyectable trimestral**
Ventajas	Método considerado de larga duración, reversible
Desventajas	• No se aconseja antes de las 6 semanas de puerperio, si se encuentra en lactancia • No controla bien el ciclo menstrual (amenorrea, sangrados intermenstruales, polimenorrea, hipermenorrea), sobre todo al inicio de su uso • No protege contra ITS
¿Cuándo se inicia el método y cómo se usa?	

Nombre y efectividad del método	**DIU** (dispositivo intrauterino) La T de Cobre 380 A tiene una duración de 10 a 12 años, con una efectividad anticonceptiva del 99,8%
Ventajas	• Método de larga duración, reversible. • No requieren acciones diarias ni interfiere con la relación sexual. • Pueden usarse durante la lactancia. • Efecto rápidamente reversible. • No interactúan con otros medicamentos. • Bajo costo.
Desventajas	• Pueden generar aumento del sangrado menstrual. • Aparición o aumento del dolor durante la menstruación. • No protegen contra las ITS.

¿Cuándo se inicia el método y cómo se usa?	La T de Cobre 380 A se puede colocar en diferentes momentos: • Pos alumbramiento. • Posparto inmediato (en las primeras 48 horas posparto). • A las 4 semanas posparto o entre los 30 y 40 días después del parto o cesárea. • La inserción en este momento se asocia con el menor índice de expulsión del DIU. • Requiere control al mes de insertado, a los 3 y 6 meses y luego una vez por año

Nombre y efectividad del método	**DIU con levonorgestrel** (Mirena 8 años de duración, Kyleena 5 años de duración)
Ventajas	• Método de larga duración, reversible. • No requieren acciones diarias ni interfiere con la relación sexual. • Pueden usarse durante la lactancia. • Evaluar efectos adversos en pacientes con antecedentes de ETEV • Efecto reversible. • Alto costo.
Desventajas	• Habitualmente produce sangrado escaso e incluso amenorrea. • No protege contra ITS
¿Cuándo se inicia el método y cómo se usa?	Idem T de cobre 380 A

Nombre y efectividad del método	**Pastillas anticonceptivas** Si la mujer está amamantando están contraindicados los anticonceptivos hormonales combinados ya que interfieren con la producción de leche, tanto en cantidad como en calidad y sobre todo aumenta el riesgo de ETEV. El ACO de elección es el de gestágenos solo o minipíldora. Junto con la lactancia su efectividad alcanza el 99%.
Ventajas	Método reversible, se pueden utilizar en forma ininterrumpida, disminuye la dismenorrea, regulariza los ciclos menstruales, disminuye la incidencia de enfermedades benignas de la mama y de quistes funcionales del ovario, disminuye la incidencia de cáncer de endometrio y de ovario, menos acné e hirsutismo.
Desventajas	No previenen las ITS, requieren adhesión y organización para el suministro correcto, pueden provocar efectos secundarios leves (sangrados entre una menstruación y la otra, cefaleas, náuseas, vómitos). Aumenta la incidencia de embarazos gemelares en el mes inmediato al abandono de la anticoncepción.
¿Cuándo se inicia el método y cómo se usa?	Se inicia a las 6 semanas posparto. Se toma todos los días, a la misma hora y sin descanso entre paquetes. La efectividad de la minipíldora disminuye con el cese de la lactancia exclusiva.

Nombre y efectividad del método	**Preservativo masculino**
Ventajas	• No tiene riesgos ni contraindicaciones médicas. • Son de fácil acceso, bajo costo, previenen el embarazo y protegen de las ITS
Desventajas	Requieren motivación por parte de la pareja para su uso correcto.
¿Cuándo se inicia el método y cómo se usa?	Se puede usar cuando se reinician las relaciones sexuales. Se recomienda su asociación con cualquiera de los otros métodos.

Nombre y efectividad del método	**Preservativo femenino**
Ventajas	Sin contraindicaciones. No depende de la colaboración del varón. Previene el embarazo y protegen de las ITS.
Desventajas	Requieren motivación por parte de la pareja para su uso correcto.
¿Cuándo se inicia el método y cómo se usa?	Se puede usar cuando se reinician las relaciones sexuales. Se recomienda su asociación con cualquiera de los otros métodos.

Nombre y efectividad del método	**Implantes subdérmicos** Pequeños cilindros o cápsulas de plástico, que liberan progestágenos. La probabilidad de embarazo es menor de 0,01%

Ventajas	• Método de larga duración, reversible. • No requieren acciones diarias ni interfiere con la relación sexual. • Pueden usarse durante la lactancia. • No requiere controles adicionales • Jadelle: efectividad durante cinco años • Implanon: efectividad durante tres años
Desventajas	Cambios en los patrones de sangrado: sangrado escaso y de menor duración, sangrado irregular que dura más de 8 días, sangrado infrecuente o amenorrea.
¿Cuándo se inicia el método y cómo se usa?	Mujer amamantando: insertar en cualquier momento entre 6 semanas y 6 meses posparto. Mujer que no está amamantando con menos de 4 semanas después del parto puede insertarse los implantes en cualquier momento.

Capítulo V

Traslados perinatales

El traslado in útero

Es importante recordar que en aquellos casos en que se indique el traslado de la mujer embarazada a un centro de atención de mayor complejidad para la asistencia del parto, siempre que sea posible, el traslado intraútero muestra mejores resultados para el recién nacido. La mujer deberá ser trasladada en una ambulancia con tecnología acorde al riesgo y acompañada por personal competente.

En el caso de que esto no sea posible y el recién nacido se encuentre en un lugar distinto a donde está su madre, es deseable que la mujer sea transportada tan pronto como sea posible, en condiciones de estabilidad, con el fin de mantener la proximidad madre-hijo.

Una vez coordinado el traslado, la mujer debe ser enviada junto con un completo resumen de su historia clínica, realizado con letra clara, firma y contrafirma legible y número de teléfono para intercambio de información.

A su egreso, la mujer deberá regresar a su lugar de origen con un exhaustivo resumen de alta, con las mismas consideraciones que se hicieron para el resumen de traslado inicial.

Situaciones o escenarios en los que está indicado el traslado perinatal

- Patología que complica el embarazo y requiere internación de la mujer embarazada para tratamiento y prevención de complicaciones en el recién nacido.

- Necesidad de trasladar a la mujer embarazada antes de la interrupción del embarazo.

- Traslado de la mujer o el recién nacido o ambos a un centro de mayor complejidad luego del nacimiento (cuando no se realizó el traslado oportuno).

- Patología fetal que requiere atención especializada, específica e inmediata posnacimiento.

- Estas situaciones son dinámicas, pudiendo requerir evolutivamente la reclasificación (ver figura 1) para decidir la oportunidad y condiciones del traslado.

Siempre que la salud materna y fetal lo permitan debemos optar por el traslado fetal in útero.

Figura 1. Algoritmo para la toma de decisiones en el Trabajo de parto

Nombre de la madre:				
Centro de Salud de referencia:				
Puntuación	**0**	**1**	**2**	**Total**
Paridad	1	2	≥3	
Duración del Parto	<3 h	3 – 5 h	>6 h	
Duración de las contracciones	<1 min	1 min	>1 min	
Intervalo entre las contracciones	>5 min	3 – 5 min	<3 min	
Rotura de bolsa	no	recientemente	>1 h	

Puntuación:

- **<5:** Ambulancia convencional
- **5-7:** Valorar si ambulancia convencional + aviso a sistema de transporte crítico + partera durante el traslado
- **7 y/o pujos:** Valorar si sistema de transporte crítico con partera o parto en la maternidad de origen y transporte neonatal.

Tiempo estimado al parto según resultado de exploración cervical

Capítulo VI

Embarazo en poblaciones especiales

1. Abordaje de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo

Embarazo en menores de 15 años

> El embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años está vinculado de algún modo a la violencia; tanto de manera inmediata, en los casos en que los embarazos son producto de una violación u otra relación abusiva; como de forma más estructural, múltiple y acumulada en el tiempo, cuando las niñas y adolescentes tiene trayectorias que implican diversas vulneraciones a sus derechos que las sitúan en un contexto de asimetrías de poder o en escenarios de escasas posibilidades de elección autónoma de sus proyectos de vida. (Mapa de Ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo, pág. 15)

La evidencia muestra que el embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años es manifestación de una combinación de

vulneraciones de sus derechos humanos e implica serios riesgos biopsicosociales (CLADEM 2016). Es uno de los problemas de salud pública más complejos y dramáticos, y se encuentra directamente vinculado a situaciones de violencia en las que se articulan desigualdades de género, salud, educación, justicia y derechos humanos. Es un indicador de desarrollo y bienestar social trazador de situaciones de alta vulnerabilidad y exclusión. Si bien el número de embrazadas en esta franja etaria es menor que en adolescentes de 15 a 19 años, su impacto es crítico dadas las consecuencias de su salud y bienestar, en el curso de su vida y en las posibilidades de ejercicios de sus derechos. Se trata de embarazos y maternidades que ocurren antes de la maduración física, psíquica, sexual, afectiva y social de la persona, que afectan su pleno desarrollo y comprometen las etapas posteriores del ciclo vital.

Concomitantemente, los recién nacidos hijos de estas niñas-madres enfrentan riesgos vitales, con un 50 % más de probabilidad de muerte durante el embarazo y en las primeras semanas de vida, bajo peso al nacer, entre otros.

En suma, estas situaciones no son frecuentes, pero siempre implican una alta complejidad. Estas niñas en situación de extrema vulnerabilidad requieren esfuerzos adicionales y herramientas específicas para la protección de sus derechos.

En este mismo sentido, el proceso asistencial del embarazo, parto, puerperio e IVE debe estar diseñado contemplando dichas características.

Normativa nacional

Desde el año 2016 Uruguay cuenta con la Estrategia Intersectorial y Nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes, desarrollada por los ministerios de Salud Pública, Desarrollo Social, Educación y Cultura, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Administración Nacional de Educación Pública, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, y la Administración de Servicios de Salud del Estado, con el apoyo del núcleo interdisciplinario de adolescencia y derechos sexuales y reproductivos de la Universidad de la Republica, y del Fondo de Población de Naciones Unidas.

En este marco interinstitucional se identifica la necesidad de abordar específicamente el embarazo en la niñez y adolescencia temprana. Con tal motivo se realiza un profundo proceso de articulación intersectorial e interdisciplinario que construyó el *Mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo* (2019).

Esta guía fue elaborada por equipos técnicos y avalada por autoridades de: Presidencia de la República, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Salud Pública, Ministerio Desarrollo Social, Instituto Nacional de la Juventud, Instituto Nacional de las Mujeres, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, Administración Nacional de Educación Pública y Administración de Servicios de Salud del Estado.

Elementos a considerar posteriormente a la puesta en vigencia de la Ley 19889, LUC.

Para todas las niñas y adolescentes menores de 13 años se presupone la situación de embarazo como producto de violencia sexual. Así como en todos los casos en que exista una diferencia igual o mayor a 8 años entre el progenitor-perpetrador y la niña o adolescente.

Es responsabilidad de cada institución establecer los mecanismos para que dicha guía se aplique en cada uno de los sectores.

En el mapa de ruta se establecen las siguientes orientaciones técnicas aplicables al sector salud:

1	Frente a la sospecha de embarazo, el diagnóstico de gravidez debe hacerse en el día.
2	Se debe indagar sobre la característica del progenitor del embarazo en particular sobre la edad, y vínculo sexo-afectivo. Frente a **una diferencia mayor a 8 años de edad** entre el progenitor y la niña o adolescente, debe presumirse violencia sexual (ley 19.889)
3	La discapacidad intelectual o mental de la niña o adolescente embarazada implica niveles adicionales de vlnerabilidad tanto a la hora de consentir la relación sexual como en su capacidad para decidir la continuación o no del embarazo.
4	Si se detecta abuso sexual, se debe proceder siguiendo el *Protoloco para el Abordaje de la violencia sexual a niños, niñas y adolescentes desde el sector salud* (MSP, 2018) y las *Pautas de atención a las situaciones de violencia sexual en los servicios de emergencia y urgencia* (MSP, 2017).
5	Si se detecta abuso sexual, las acciones deben iniciarse en el mismo día en que se detectó el abuso. Esto incluye, entre otras acciones comprendidas en los protocolos: informar a las autoridades; convocar a un ateneo multi-disciplinario; evaluar la necesidad de traslado ya sea por situación clínica, necesidad de valoración más exhaustiva o que se requieran medidas de protección transitoria,; dependiendo de la situación realizar paraclínica urgente.
6	Se deberá generar un espacio para la toma de decisiones respecto a la continuidad o no del embarazo. (Ver *Orientaciones para el abordaje de situaciones de embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años desde la perspectiva psicoemocional*)[3].
7	Si la niña o adolescente temprana decide interrumpir el embarazo, junto con el equipo de IVE, se debe seguir la Guía técnica para la interrupción voluntaria del embarazo (MSP, 2016). Dadas las características de inmadurez física, psíquica, sexual, afectiva y social de las adolescentes se debe evaluar el método y lugar en el que se llevaría a cabo la interrupción.
8	Si la niña o adolescente decide continuar con el embarazo, pero no criar al niño, o la justicia así lo decide el equipo de salud actuante deberá trabajar en las líneas del proceso de *desvínulo madre de origen-recién nacido.*
9	Si la niña o adolescente decide continuar con el embarazo, se debe generar un plan de atención específico. Se establecerán acciones de seguimiento de los equipo de salud mental o equipos de salud adolescentes.

2. Sobrepeso y obesidad en el embarazo

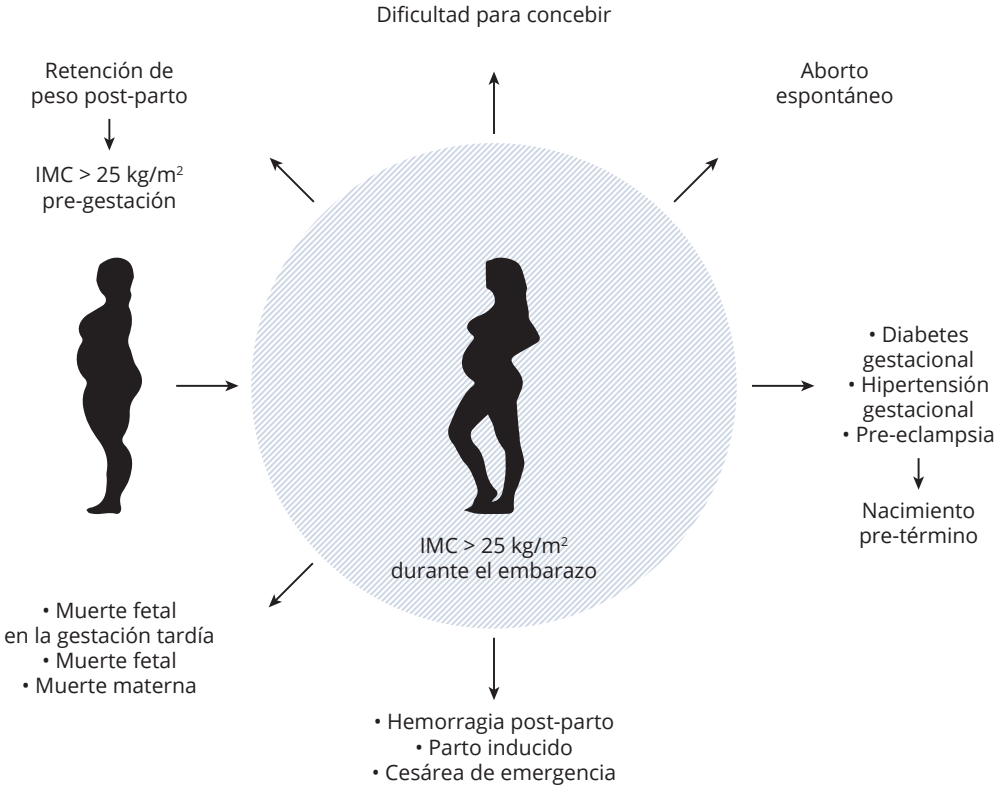
Las tasas de sobrepeso y obesidad en las mujeres en edad fértil han aumentado de forma sostenida en las últimas décadas y Uruguay no escapa a esta realidad. Según datos analizados a partir del Sistema Informático Perinatal (SIP), se observa que en nuestro país un elevado porcentaje de las mujeres presenta problemas de nutrición por exceso antes de iniciar la gestación. Para el año 2021, al analizar el peso anterior al embarazo declarado por las mujeres, el 46,8 % de ellas presentaron sobrepeso u obesidad de acuerdo a su índice de masa corporal.

Estado nutricional materno pre-gestacional. SIP 2021	
Bajo peso (IMC < 18,5)	4,2%
Normopeso (IMC 18,5 - 24,9)	49,0%
Sobrepeso (IMC 25 a 29,9)	26,8%
Obesidad (IMC >30)	20,0%
Total	100%
	n=26829

Fuente: procesamiento propio a partir de base de datos del Sistema Informático Perinatal 2021.

Si bien desde hace tiempo existen guías de ganancia de peso diferenciadas de acuerdo a la situación nutricional de la mujer, es frecuente que el sobrepeso y la obesidad no solo no disminuyan durante la gestación, sino que se vean incrementados.

El sobrepeso y la obesidad durante el embarazo constituyen un importante factor de riesgo de resultados adversos. Estos se han asociado con infertilidad, así como también con aborto espontáneo. Dentro de las complicaciones del embarazo más frecuentes, se observa el riesgo elevado de diabetes gestacional (DG), hipertensión y preeclampsia. Además de mayor frecuencia de complicaciones en el parto, como cesárea de emergencia, parto inducido y hemorragia posparto, así como muerte fetal y materna. Estos riesgos también están asociados con el incremento excesivo de peso durante el embarazo. Asimismo, debe considerarse que muchas mujeres presentan dificultades para perder el peso ganado durante la gestación (retención de peso materno), por lo que un aumento excesivo de peso durante el embarazo representa un riesgo de resultados adversos en la gestación subsiguiente. Finalmente, existe un cúmulo de evidencia que sugiere que la obesidad materna tiene implicancias en la programación de la salud y el bienestar a largo plazo del feto en crecimiento. La exposición fetal a la obesidad materna o a la DG se asocia en la edad adulta a mayores riesgos de obesidad, diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular.


Dificultad para concebir
Retención de peso post-parto
IMC > 25 kg/m2 pre-gestación
Aborto espontáneo
• Diabetes gestacional
• Hipertensión gestacional
• Pre-eclampsia
Nacimiento pre-término
IMC > 25 kg/m2 durante el embarazo
• Muerte fetal en la gestación tardía
• Muerte fetal
• Muerte materna
• Hemorragia post-parto
• Parto inducido
• Cesárea de emergencia

La evidencia disponible apoya firmemente la integración de intervenciones dietéticas estructuradas y de actividad física brindada por profesionales capacitados, junto con la atención prenatal de rutina, para mejorar la salud de madres y sus hijos. De modo que se debe priorizar a este grupo para la atención nutricional individualizada a cargo de licenciado en Nutrición.

La intervención dietética en embarazadas con sobrepeso u obesidad se basa en una dieta saludable combinada con al menos media hora de actividad física moderada; entendiéndose por dieta saludable, según la OMS, como aquella en la que la proporción de la ingesta energética de grasas totales es inferior al 30 %, preferiblemente de grasas insaturadas en lugar de grasas saturadas, con una ingesta de frutas y verduras de al menos 400 g por día, y al menos 25 g de fibra dietética al día. Se deben seguir por lo tanto las recomendaciones de la Guía alimentaria para la población uruguaya, considerando además cubrir el aporte de nutrientes críticos durante la gestación.

El aumento de peso insuficiente y la pérdida de peso gestacional deben ser evitados en mujeres obesas, ya que podría conllevar mayor riesgo de PEG, menor peso al nacer y masa grasa, así como disminución de la masa corporal magra, la longitud y el perímetro cefálico.

Intervención nutricional en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad:

- **Captación temprana**
- **Profesionales capacitados**
- **Intervención estructurada**
- **Adecuación de la ganancia de peso durante el embarazo en mujeres que inician la gestación con sobrepeso u obesidad**
- **Disminución de peso durante la gestación está desaconsejada**
- **Evitar dietas de modas que determinan desequilibrios de macronutrientes (Keto, Paleo, etc.)**

3. Embarazo en población migrante

Uruguay está hoy ante un nuevo escenario migratorio. Al respecto, uno de los indicadores más ilustrativos es que desde 2009, y por primera vez en décadas, el saldo migratorio en el país se registró positivo, es decir, ingresó una mayor cantidad de personas de las que salieron del país.

Las personas migrantes en Uruguay proceden de una diversidad de orígenes geográficos, aspecto que tiene implicaciones en los desafíos que los sistemas de salud enfrentan para otorgar servicios adecuados a sus necesidades.

La principal migración se trata de población proveniente de los países limítrofes (Brasil y Argentina), y los que provienen de países latinoamericanos no limítrofes (CEIP, 2018).

La inmigración femenina es superior a la masculina, con 57 330 mujeres, lo que supone el 52,95 % del total de inmigrantes, frente a los 50 937 de inmigrantes varones, que son el 47,04 %.

Esta población de inmigrantes femenina trae como consecuencia la aparición de necesidades específicas en atención sanitaria, sobre todo en lo que a su salud sexual y reproductiva se refiere.

La relación entre la salud y la migración es compleja e implica elementos biológicos, sociales, económicos, culturales. Esto cobra mayor jerarquía durante la gestación, ya que esta se da en mujeres que se han alejado de sus redes de apoyo familiar y social,

que se deben integrar a una sociedad con costumbres distintas y donde el acceso a la vivienda, trabajo digno y controles en salud muchas veces presentan dificultades.

Al respecto se destacan la Ley 18250, que reconoce los derechos humanos y la equidad en el acceso a ellos para las personas migrantes, y la Ley 18250/008, que establece los preceptos que amparan a las personas migrantes y, entre ellos, el "derecho a la salud en pie de igualdad con los nacionales".

Uruguay reconoce explícitamente la salud de la persona migrante y crea un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) basado en los principios rectores de promoción de la salud; intersectorialidad de las políticas; cobertura universal; equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones; respeto al derecho de los usuarios; solidaridad en el financiamiento; entre otros principios.

No obstante, se hace necesario monitorear el acceso real y el conocimiento del sistema por parte de las personas migrantes.

Requisitos de afiliación al SNIS para migrantes:

- Documento de identidad (original y copia, vigente) de todos los integrantes del hogar, cuenten o no con otra cobertura de salud.

NOTA: Si no cuenta con cédula de identidad expedida por la Dirección Nacional de Identificación Civil deberá presentar el documento de identidad del país de origen y en subsidio: la constancia de residencia en trámite, ingresado con comprobante de pago o Constancia expedida por MIDES (Departamento de Migrantes).

Si no cuenta con trámite de residencia, podrá ser beneficiario del SNIS mediante el pago de una cuota mensual.

- Constancia de ingresos de todos los integrantes del hogar:

    - En caso de que en el hogar se perciban ingresos por actividad laboral, jubilación, pensión, asignaciones familiares, Mides, etc., se debe presentar el recibo del último mes (en el caso de que el cobro sea quincenal, presentar los 2 últimos recibos).
    - Si es monotributista, presentar recibo de pago de BPS.
    - Si cuenta con otro tipo de empresa, debe presentar certificado de ingresos realizado por su contador.

Si realiza trabajos por la cuenta o recibe ayuda económica, los ingresos obtenidos los declara al momento de realizar la afiliación.

IMPORTANTE: Si es refugiado o solicitante de refugio, de acuerdo a la Ley 18076, deberá presentar:

A tener en cuenta durante los controles de mujeres inmigrantes

Inmunización:

Como ya se expuso, los esquemas de vacunación en esta población son muy diversos y dependen del lugar geográfico del cual provienen. Es por ello que la actualización de la inmunización de acuerdo a lo que establece el esquema de vacunación nacional, de ser posible, debe realizarse en la consulta pregestacional. De no ser posible, es muy importante actualizarlo a medida que se realicen los controles obstétricos según nuestro esquema de vacunación (capítulo II de esta guía).

Nutrición:

En la población migrante los hábitos alimenticios tienen especial importancia por su repercusión en el estado de salud.

Se debe prestar atención a la obesidad, destacando que, en América Latina y el Caribe, las personas con obesidad se triplicaron desde 1975 y las que padecen hambre aumentaron 11 % en los últimos cuatro años (FAO et al., 2019).

La prevalencia de desnutrición, si bien es baja en Uruguay (2,5 %), alcanza el 7,9 % en Perú, 13 % en Venezuela y 13,5 % en República Dominicana (PLISA-OPS/OMS, 2015 - s. d.).

Asimismo, se debe prestar atención a la disalimentación, en la que una dieta no balanceada expone a mayores riesgos perinatales.

La accesibilidad a los diferentes alimentos muchas veces se hace dificultosa dadas las diferencias culturales y los problemas económicos de esta población.

Debemos recordar que la desnutrición se asocia con RCIU, bajo peso al nacer y prematurez, y el sobrepeso y la obesidad con desarrollo de síndrome preeclampsia- eclampsia, diabetes e hipertensión arterial crónica.

Es por ello que en esta población cobra mayor importancia la evaluación y asesoramiento nutricional y la adecuación de los hábitos, de forma de mejorar el pronóstico materno perinatal.

Hacer énfasis en la importancia y los beneficios de la lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida y la nutrición del lactante es otro punto a tener en cuenta dada la diversidad en la cultura alimenticia.

Actividad física:

La actividad física insuficiente es otro de los factores de riesgo de relevancia que se ha instaurado en un porcentaje importante de la población adulta del mundo actual y es notoriamente superior en poblaciones migrantes.

Debemos informar sobre la importancia de la actividad física durante el transcurso del embarazo, parto y puerperio, y los beneficios que esto conlleva en el bienestar biopsicosocial, tanto de la paciente como del recién nacido.

Violencia:

La Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones determinó que en Uruguay el 76,7 % de las mujeres mayores de 15 años (ocho de cada 10) han sufrido una situación de violencia de género al menos una vez en sus vidas. La cifra asciende a 81,1 % cuando de población migrante se trata.

Las dificultades económicas, sociales, la falta de redes de apoyo, de conocimiento de sus derechos y la vulnerabilidad de las migrantes hacen que estas busquen con menor frecuencia ayuda ante una situación de violencia.

Es por esto que es importante indagar sobre elementos de violencia en cada encuentro durante el control de embarazo en esta población y asesorar sobre las vías existentes en nuestro país para acompañar las situaciones de violencia.

Se recuerda que todos los prestadores cuentan con:

- Equipos de referencia de atención a mujeres en situación de violencia basada en género.
- Canales de denuncia contra la violencia sexual y de género.

Estrés:

Las mujeres migrantes viven este proceso con altos niveles de estrés. Las causas por las cuales deciden migrar ya son una fuente de estrés previo al inicio del proceso, a lo cual le sumamos encontrarse en un nuevo país con diferencias sociales, culturales y dificultades económicas.

Esta población suele tener dificultades para tener una vivienda y un trabajo dignos, así como, por su condición de mujeres y migrantes, tener remuneraciones más bajas.

Generalmente dejan en su país de origen parte de sus familias, incluidos a veces hijos y parejas, por lo que los niveles de angustia, depresión y ansiedad también son muy altos.

A todo esto, le debemos sumar el embarazo, que muchas veces no es planificado y es vivido como otro evento estresante, que debe ser controlado y durante el cual pueden aparecer complicaciones.

Es conocida la asociación de estrés materno con el parto de pretérmino, el bajo peso al nacer y la restricción de crecimiento intrauterino.

En los últimos años también se vio una correlación entre el estrés y/o la ansiedad con resultados bajos en test de valoración del desarrollo cognitivo. Cualquier tipo de estrés (estuviera o no relacionado específicamente con el embarazo), y en cualquier momento de la gestación, podría afectar a sus futuros hijos: efectos

perjudiciales en el lenguaje, la memoria, el desarrollo psicomotor, el razonamiento perceptivo y la velocidad de procesamiento, entre otras posibles consecuencias.

Se recomienda durante el control de embarazo:

- Evaluar el nivel de estrés de las mujeres embarazadas (en especial de la población inmigrante).

- Ofrecer la consulta con psicólogo y asistente social cuando está indicada.

- Adoptar medidas para paliar la situación, tales como ofrecer apoyo psicológico e informar sobre diferentes redes de apoyo existentes en cada región, con el fin de prevenir la afectación fetal y mejorar los resultados obstétricos.

Patrones culturales vinculados a la asistencia del trabajo de parto y parto

Los movimientos migratorios hacen que los equipos de salud nos encontremos ante nuevas situaciones de diversidad cultural, de variabilidad y heterogeneidad en las demandas y expectativas en cuanto a la salud y los procesos asistenciales. En este contexto debemos recordar que los procesos de nacimiento deben ser ajustados a cada mujer, siendo la variabilidad individual lo que prime en la asistencia.

Algunas características deben ser consideradas especialmente:

Ajustar el lenguaje, no solo el idioma; dentro del español, iguales palabras pueden tener diferentes significados, por lo que debemos asegurarnos de que se está comprendiendo lo que queremos transmitir.

El manejo del pudor, no solo en cuanto a qué profesional asiste, también el manejo de la intimidad ante otros integrantes del equipo de salud. Esta es una característica que no debe diferir por origen cultural, pero que cabe mencionar especialmente.

Manejo del dolor, el significado del dolor, como ya fue abordado en el capítulo de trabajo de parto y parto, está claramente influenciado por características culturales y vivencias previas. Esto hace que la expectativa a tener dolor y a cómo manejar ese dolor, y la actitud de quien acompaña a esa mujer, puede ser de un gran abanico de expresiones, que no se vinculan directamente por el amor o involucramiento de estos con la mujer. El rol del varón en otras culturas puede ser muy diferente a las expectativas que se tiene en nuestra cultura.

El manejo del recién nacido puede presentarnos grandes desafíos, ya que se atraviesan también modelos de crianza que pueden distar de los arraigados en nuestra población y ser mal interpretados.

Recordar que en esta población se suman las vulnerabilidades que son propias de la población migrante, desarraigo familiar, cambio de cultura, en la mayoría de los casos, dificultades económicas, etc.

Motivar y estimular a las mujeres a concurrir a clases de preparación para el nacimiento, así como la realización del Plan de nacimiento. Son herramientas que nos permiten aproximarnos previamente a las expectativas y conocimientos con los cuales cuentan las mujeres previo al momento del nacimiento, generando espacios de intercambio, escucha y desarrollo de condiciones para poder asistir el nacimiento según las pautas culturales de cada migrante, respetando los derechos humanos.

Cuando somos capaces de identificar en nuestras propias prácticas la influencia de valores culturales, y comprendemos que las manifestaciones, expresiones y costumbres con respecto a la salud y la enfermedad cambian de una cultura a otra, podemos mantener una asistencia de calidad contemplando la diversidad cultural.

4. Personas privadas de libertad durante el embarazo y lactancia

Si bien solo el 5 %, aproximadamente, de las personas privadas de libertad son mujeres, en los últimos años ha aumentado de forma dramática el número de mujeres privadas de libertad en nuestro país. Este incremento en el número de mujeres en reclusión se debe sobre todo a delitos relacionados con drogas, fenómeno que se ha registrado a nivel mundial, y América Latina no ha sido una excepción.

Esta población, en su gran mayoría (cerca de 8 de cada 10) se encuentran en la franja etaria de 19 a 39 años y han abandonado en

forma temprana la educación formal. También tienen en común la precariedad laboral, la maternidad temprana, y otras variables asociadas las ubican en los estratos menos favorecidos y más vulnerables de la sociedad.

Se trata de una población con una mayor fertilidad, con una media de hijos propios de 2.65, por encima de la media país de 1.88 a 2017.

El 90,6 % de las mujeres privadas de libertad tienen hijos, de los cuales el 89,7 % son menores (0 a 17 años), el 90 % están con familiares, un 5 % están bajo protección del INAU y el otro 5 %, con sus propias madres (cuando la situación y el establecimiento lo permiten).

Si bien el número de mujeres embarazadas en la población carcelaria es muy bajo, debemos tener presente que estas mujeres tienen características especiales que debemos contemplar durante el control de embarazo.

Todo ello implica que se trata de una población con mayor exposición a:

- VBGG y abuso sexual.
- Consumo de drogas, tabaco y alcohol.
- Abandono parental.
- Estigma social.
- Problemas de salud mental. La incidencia de patologías psiquiátricas, tales como la depresión y los trastornos de

ansiedad, son muy frecuentes en esta población y existen dificultades para el acceso a la atención en estos casos.

5. Consumo problemático de sustancias en embarazo y lactancia

El consumo de drogas durante el embarazo constituye siempre un uso problemático, ya sea bajo la forma de abuso o dependencia, y se relaciona con consecuencias negativas para la salud, tanto de la mujer como del feto. Se ha asociado con trastornos neurológicos y neurocomportamentales en el recién nacido y en el niño en su primera infancia, muchos de estos catalogados como irreversibles, a punto de partida de una situación que, en efecto, es 100 % prevenible.

Ninguna dosis ha sido estimada como segura, por lo tanto, la abstinencia al consumo de drogas durante el embarazo (y, de planificarlo, antes de la concepción) parece ser la única conducta que asegura la ausencia de riesgo y daño para el feto y el recién nacido.

El policonsumo es muy frecuente en usuarios de drogas y habitualmente genera dificultades para establecer una clara relación entre la exposición a una sustancia y una complicación existente, la cual podría deberse a una o más sustancias.

Las complicaciones maternas y feto-neonatales pueden sistematizarse en:

Complicaciones maternas:

- Sobredosis - intoxicación aguda.
- Obstétricas relacionadas con el consumo: aborto espontáneo, desprendimiento placentario, estado hipertensivo del embarazo.
- Cuadros psiquiátricos agudos.
- Síndrome de abstinencia.
- Por la vía utilizada: infección por VIH, hepatitis B y C, enfermedades respiratorias.
- Repercusión por consumo crónico.

Complicaciones feto-neonatales:

- Vinculadas a la exposición embrio-fetal: malformaciones congénitas, restricción del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal agudo, muerte fetal intrauterina, prematurez.

- Por la vía utilizada: enfermedades infecciosas de transmisión vertical.

- Síndrome de abstinencia neonatal.

- Sobredosis - intoxicación aguda (lactancia).

- Trastornos del crecimiento y desarrollo (neuroconductuales).

En las siguientes tablas se detallan las sustancias psicoactivas de mayor importancia toxicológica y relevancia epidemiológica en nuestro medio, con la repercusión orgánica derivada de su consumo en el embarazo y lactancia.

Sustancia psicoactiva	Consumo durante el embarazo
Alcohol etílico	• Síndrome alcohólico fetal (Jones-Smith 1973). Trastornos del espectro alcohólico fetal (2004): Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) y del crecimiento posnatal. Dismorfismo facial característico. Trastornos del neurodesarrollo. • Mayor riesgo de aborto espontáneo y síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).
Tabaco	• Mayor riesgo de aborto espontáneo, embarazo ectópico, RCIU, rotura prematura de membranas (RPM), parto de pretérmino, placenta previa, estados de hipercoagulabilidad, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI). • Bajo peso al nacer, enfermedades respiratorias, trastornos del comportamiento y del aprendizaje. Riesgo SMSL.
Cocaína (pasta base, clorhidrato, crack)	• Mayor riesgo de aborto espontáneo, RCIU, RPM, parto de pretérmino, DPPNI, síndrome preeclampsia-eclampsia. • Bajo peso al nacer. RN pequeños para la edad gestacional (PEG). • Sufrimiento fetal agudo, infartos cerebrales. • Malformaciones congénitas (actualmente discutido en estudios prospectivos). • RN: inestabilidad autonómica, temblores, convulsiones. • Síndrome de abstinencia neonatal. • Trastornos del neurodesarrollo.
Marihuana	• Mayor riesgo de RCIU, bajo peso al nacer. • RN con temblores y alternaciones en reflejos oculares (transitorias). • Trastornos neurocomportamentales.
Benzodiacepinas	• Dismorfismo facial. • Síndrome del recién nacido flácido (letargia, hipotonía). • Síndrome de abstinencia neonatal.

Opiáceos	• Sobredosis, bajo peso al nacer, PEG. Síndrome de abstinencia neonatal.
Solventes	• Síndrome fetal por solventes (dismorfias faciales). Mayor riesgo de RCIU, bajo peso al nacer y trastornos del neurodesarrollo.
Anfetaminas	• Aborto espontáneo, parto prematuro, hipertensión arterial, DPPNI.

Sustancia psicoactiva	Consumo durante la lactancia
Alcohol etílico	• Alternaciones del desarrollo motor, letargia, sudoración excesiva, trastornos del sueño, disminución de la ingesta de leche, episodios de hipoglicemia. Reducción de la excresión de leche y del período de lactancia.
Tabaco	• Disminución de la secreción láctea.
Cocaína (pasta base, clorhidrato, crack)	• Temblor, vómitos e hipertensión arterial en RN hijos de mujeres madres con consumo reciente (últimas 48 a 72 horas).
Marihuana	• Reducción de la secreción láctea. Letargia y retardo del desarrollo psicomotor.
Benzodiacepinas	• Sedación, letargia, hipotonía y dificultad para alimentarse, riesgo de trastornos neurocomportamentales a largo plazo. Síndrome de abstinencia en el lactante.
Opiáceos	• Sedación, temblores, vómitos, dificultad en la alimentación (heroína).
Solventes	• Trastornos neuroconductuales.
Anfetaminas	• Riesgo de sobredosis en el lactante, disminución de la secreción láctea.

Como mencionamos, los trastornos mentales y patología psiquiátrica también son más frecuentes en las personas privadas de libertad, por lo que el abordaje multidisciplinario y las interconsultas con especialistas son muy importantes en estas mujeres.

6. Trastornos mentales perinatales

Los Trastornos Mentales Perinatales (TMP) han sido destacados, en los últimos años, como un importante problema de salud pública, por el impacto que tienen sobre la salud y calidad de vida de las mujeres y de sus hijos, a corto y largo plazo, y se ha señalado la necesidad urgente de mejorar la detección, prevención y tratamiento especializado.

Antes se pensaba que el embarazo era protector en cuanto a lo emocional, luego se vio que no, y la vulnerabilidad del puerperio tiene que ver con los cambios hormonales, con el momento de la vida que se transita, así como con la historia y el contexto psicosocial. Se calcula que 1 de cada 5 mujeres tendrá un trastorno mental a lo largo de la gestación y/o posparto, siendo la depresión y los trastornos de ansiedad las complicaciones más frecuentes del embarazo y el puerperio.

Por otra parte, las mujeres que ya padecen alguna enfermedad psiquiátrica tienen riesgo de tener exacerbaciones de su patología en este momento. Y aquellas mujeres que en algún momento de su vida tuvieron el antecedente de alguna patología psiquiátrica tendrán más riesgo de recaída durante el embarazo y el puerperio.

Los trastornos mentales que más frecuentemente aparecen durante el embarazo y los primeros 12 meses posparto son:

- depresión durante el embarazo y posparto
- psicosis puerperal
- alteraciones del vínculo madre/hijo por patología mental materna
- trastornos postraumáticos posparto
- duelo perinatal

Los cambios hormonales que se producen durante el embarazo y puerperio, el estrés y los miedos que genera el estar embarazada, el parto y el desafío a poder enfrentar la maternidad en forma responsable son algunas de las causas que se asocian a la recaída o descompensación de estas enfermedades.

Por otro lado, el miedo a que el uso de psicofármacos pueda generar daño al embrión, feto o recién nacido hace que el abandono del tratamiento sea una conducta frecuente en estas pacientes lo que aumenta aún más el riesgo de exacerbaciones y recaídas.

La ansiedad y la depresión en el embarazo aumentan el riesgo de trabajo de parto prematuro, neurodesarrollo fetal alterado y bajo peso al nacer. También "se ha demostrado que los hijos de madres deprimidas presentan déficits en su desarrollo social y cognitivo incluso desde los tres meses de edad, lo que los pone en mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos en una edad temprana".

Aquellas pacientes con trastornos mentales que abandonan el tratamiento durante el embarazo o el puerperio tienen un riesgo de recaída de un 70-90 %.

Sabemos que muchas de las mujeres con trastornos mentales no planifican su embarazo, esto se debe a múltiples causas: no concurren a los controles ginecológicos, usan de forma irregular los métodos anticonceptivos, el consumo de psicofármacos muchas veces genera amenorrea secundaria, la propia patología puede generar alteraciones del ciclo menstrual, así como la descompensación de esta puede hacer que las mujeres tengan conductas impulsivas (conductas de riesgo).

Es muy importante, en la consulta preconcepcional, indagar sobre antecedentes psiquiátricos personales y familiares, así como la presencia de descompensaciones psiquiátricas en otros embarazos. Debemos explicar la importancia del correcto tratamiento previo a la búsqueda de embarazo y qué psicofármacos debemos evitar durante el embarazo y puerperio, por lo que la interconsulta con psiquiatra es fundamental.

Se estima que aproximadamente un 15 % de las mujeres van a tener episodios depresivos durante el primer año de puerperio. Es importante tener presentes los principales síntomas de depresión para poder buscarlos durante los controles puerperales y neonatales y poder diferenciarlo del conocido "baby blues" posparto.

Son síntomas de depresión posparto

- Estado de ánimo depresivo o cambios graves de humor
- Llorar demasiado
- Dificultad para establecer un vínculo con tu bebé
- Alejarte de tus familiares y tus amigos
- Perder el apetito o comer mucho más de lo habitual
- Incapacidad para dormir (insomnio) o dormir demasiado
- Fatiga o falta de energía
- Menor interés y entusiasmo por las actividades que solías disfrutar
- Intensa irritabilidad e ira
- Miedo de no ser una buena madre
- Desesperanza
- Sentimientos de inutilidad, vergüenza, culpa o ineptitud
- Menos capacidad para pensar con claridad, concentrarte o tomar decisiones
- Desasosiego
- Intensa ansiedad y ataques de pánico
- Pensamientos sobre lastimarte a ti misma o a tu bebé
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y el Colegio Americano de las Enfermeras-Matronas (*American College of Nurse-Midwives*) recomiendan que el 100 % de las mujeres deben acceder a mecanismos de tamizaje adecuados para la detección de la depresión, tanto en el embarazo como en el posparto. Es decir, "promueven la detección universal durante el periparto".

En nuestro medio existe una recomendación del MSP para pesquisar depresión posparto (Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS)), la cual debería ser realizada por las madres durante los controles ginecológicos o neonatales durante el primer año de vida de su hijo.

Las mujeres con trastornos mentales requieren un modelo de atención multidisciplinario y especializado, con toma de decisiones compartidas, basadas en la mejor evidencia disponible para poder llevar a cabo un tratamiento personalizado, centrado en la diada madre/embrión feto-recién nacido-lactante-niño.

El tratamiento con psicofármacos durante el embarazo debe seguir algunos lineamientos:

- de ser posible, monoterapia
- usar la menor dosis del fármaco posible
- evitar los fármacos de depósito (liberación prolongada)

Es importante, previo a suspender o iniciar un tratamiento con un psicofármaco en una paciente embarazada, realizar la interconsulta con el psiquiatra, para de esta forma poder evaluar correctamente los riesgos y beneficios de los cambios en la terapia en este momento de la vida de la mujer.

Respecto a la depresión durante el embarazo, se recomienda referirse a la *Guía de Práctica Clínica para el abordaje de la depresión en el Sistema Nacional Integrado de Salud* (MSP, 2024).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Introducción y capítulo I

1. *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo* ISBN 978-92-75-32033-4. World Health Organization 2016

2. Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003; (1).

3. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva, World Health Organization, 2006.

4. Mozurkewich E, Luke B, Avni M, Wolf F. Working conditions and adverse pregnancy outcome: A meta-analysis. Obstetrics and Gynecology 2000; 95: 623-35.

5. 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.

6. Van den Broek N et al. Vitamin A supplementation during pregnancy for maternal and newborn outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010, Issue 11. Art. núm.: CD008666. Doi: 10.1002/14651858.CD008666.pub2.

7. Haver D, Saeed M, Bhutta Z. Suplemento de piridoxina (vitamina B6) en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 núm. 4.

8. Rumbold A, Crowther C. Suplemento de vitamina C durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 núm. 4.

9. De-Regil LM et al.Vitamin D supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012, (2): CD008873. Doi: 10.1002/14651858.CD008873.pub2.

10. Rumbold A, Crowther C. Suplementos de vitamina E en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 núm. 4.

11. British Medical Association, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. British National Formulary. London: March 2003. pp. 439-40.

12. Kramer M, Mcdonald S. Ejercicio aeróbico durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 núm. 4.

13. 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.

14. Tamosiunas G, Pagano E, Artagveytia P. Una introducción al perfil farmacológico y terapéutico de la marihuana. Arch Med Interna 2013; 35 (3): 113-116

15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Alcohol consumption in pregnancy. Guideline núm. 9. 1999.

16. Zhou FC, Kane CJ, Smith SM Proceedings of the 2009 annual meeting of the Fetal Alcohol Spectrum Disorders Study Group. Alcohol. 2012 Feb; 46 (1): 101-5. Epub 2011 May 28.

17. 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 núm. 4.

18. Ohnson H, Pring D. Car seatbelts in pregnancy: the practice and knowledge of pregnant women remain causes for concern. BJOG 2000;107:644-7.

19. Manual de Atención nutricional de la mujer durante el embarazo y la lactancia. MSP. Marzo 2024

Referencias capítulo II

1. Revised ACIP recommendation for avoiding pregnancy after receiving a rubella-containing vaccine. MMWR-Morbidity and Mortality Weekly Report 2001; 50: 1117.

2. Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud Departamento de Programación Estratégica en Salud. Área Salud Sexual y Reproductiva. Guía Clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH. MSP, 2015

3. 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

4. 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 núm. 4.

5. Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003; (1).

6. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP. Alternative versus standard

packages of antenatal care for lowrisk pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 10. Art. núm.: CD000934; DOI: 10.1002/14651858.CD000934.pub2

7. Ordenanza Ministerial 447/12. Control de embarazo e ITS. Protocolo de intervención ante el mal control de embarazo. MSP. Agosto, 2012

8. Ley 18987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo

9. Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). MSP, 2012

10. Guía técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). MSP, 2012.

11. 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.

12. Carla E. Ransom, Amy P. Murtha. Progesterone for Preterm Birth Prevention. Obstet Gynecol Clin N Am 39 (2012) 1-16.

13. ACOG Committee Opinion no. 419 October 2008 (replaces no. 291, November 2003). Use of progesterone to reduce preterm birth. Obstet Gynecol 2008; 112 (4): 963-5.

14. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered to be at risk of preterm birth (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 7. Art. núm.: CD004947

15. World Health Organization 2011. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. En:http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preeclampsia_eclampsia/en/-. Acceso: 21/11/2013.

16. Ayala DE, Ucieda R, Hermida RC. Cronotherapy with low-dose aspirin for prevention of complications in pregnancy. Epub 2012 Sep 24, 30 (1-2) 2600-79.

17. Bujold E, Roberge S, Lacasse Y, Bureau M, Audibert F, Marcoux S, Forest JC, Giguère Y. Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 2010 Aug; 116(2 Pt 1): 402-14.

18. Roberge S, Villa P, Nicolaides K, Giguère Y, Vainio M, Bakthi A, Ebrashy A, Bujold E. Early administration of low-dose aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. Fetal Diagn Ther. 2012; 31 (3): 141-6.

19. American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes 2013. Diabetes Care, Volume 36, Supplement 1, January 2013

20. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. IASPG. Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. Diabetes Care, Volume 33, Number 3, March 2010.

21. Consenso Latinoamericano de Diabetes y Embarazo. ALAD. La Habana, Cuba. 2007. En: http://www.alad-latinoamerica.org/DOCConsenso/DIABETES%20Y%20 EMBARAZO.pdf. Último acceso: 20/3/2014.

22. Trombofilia y embarazo. Pautas de diagnóstico y tratamiento. Rev Med Urug 2011; 27 (4): 236-264

23. Ordenanza Enfermedad Hemolítica Perinatal. Recomendación para la 1. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hemolítica fetoneoatal en la gestación y 2. Inmunoprofilaxis anti-D. MSP, 2011.

24. RCOG. The Use of Anti-D Immunoglobulin for Rhesus D Prophylaxis. Green-top Guideline No. 22. marzo 2011. En: http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG22AntiD-July2013.pdf. Acceso: 21/11/2013

25. Recomendaciones para la prevención de la deficiencia de hierro. MSP 2023 (en proceso de validación).

26. RAMSEY M, JAMES D, STEER P, WEINER C, GORNIK B. Normal values in pregnancy. 2nd ed. London: WB Saunders; 2000.

27. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Dowswell T, Viteri FE. Daily oral iron supplementation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. núm.: CD004736. DOI: 10.1002/14651858. CD004736.pub4.

28. Iron Deficiency Anaemia. Assessment. Prevention and Control. A guide for programme managers. UNICEF/ ONU/ WHO. WHO/NHD/01.3

29. World Health Organization. Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy. WHO/NMH/MND/13.2 Geneva: World Health Organization; 2013.

30. Durlach R, Kaufer F, Carral L. Consenso argentino de toxoplasmosis congénita. MEDICINA (Buenos Aires) 2008; 68: 75-87

31. Deborah M. Feldman, Diane Timms, Adam F. Borgida, Toxoplasmosis, Parvovirus, and Cytomegalovirus in Pregnancy. Clin Lab Med 30 (2010) 709-720.

32. 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.

33. Hoffman CS. Comparison of gestational age at birth based on last menstrual period and ultrasound during the first trimester. Paediatr Perinat Epidemiol. 01-NOV2008; 22 (6): 587-96

34. Verburg BO New charts for ultrasound dating of pregnancy and assessment of fetal growth: longitudinal data from a population-based cohort study. Ultrasound Obstet Gynecol-01-APR-2008; 31 (4): 388-96

35. Nicolaides K, Falcón O. La ecografía de las 11-13+6 semanas. Fetal Medicine Foundation, Londres, 2004. En: http://www.fetalmedicine.com/fmf/FMF-spanish.pdf

36. World Association of Perinatal Medicine (WAPM). Recommendations and Guidelines for Perinatal Medicine. J. Carrera, Ed. EGS. Barcelona, Spain, 2007.

37. Antenatal Care. NICE clinical guideline 62. National Institute for Health and Clinical Excellence 2008.

38. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease Revised Guidelines from CDC, 2010. MMWR 2010; 59 (núm. RR-10):

39. RCOG. The Prevention of Early-onset Neonatal Group B Streptococcal Disease. Green-top Guideline No. 36 2nd edition. July 2012

40. Caughey AB, Nicholson JM, and Washington AE. Firstvs second-trimester ultrasound: the effect on pregnancy dating and perinatal outcomes. Am J Obstet Gynecol 2008; 198: 703.e1-703.e6

41. 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.

42. Crowley P. Intervenciones para prevenir o mejorar el resultado del parto a término o postérmino (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 núm. 4.

43. FIGO. Misoprostol, dosis recomendadas, 2012. En: http://www.figo.org/files/figo-corp/Misopros- tol%20Dosis%20Recomendadas_2012.pdf. Acceso: 18/11/2013

44. Delaney M, Roggensack A. Guidelines for the Management of Pregnancy at 41+0 to 42+0 Weeks. SOGC Clinical Practice Guideline. J Obstet Gynaecol Can 2008; 30 (9): 800-810

45. Clínica Ginecotocológica A, B y C. Departamento de Farmacología y Terapéutica. Facultad de Medicina. UdelaR. Reco-

mendaciones para el uso racional de los uteroinhibidores en la práctica clínica. AGO 2012; Volumen 50, núm. 2: 99-164.

46. Harding JE, Pang J,Knight DB, Liggins GC. Do antenatal corticosteroids help in the setting of preterm rupture of membranes? Am J Obstet Gynecol 2001;184:131-9.

47. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes. Cochrane Database Syst Rev 2010; (2): CD001058.

48. Hypertension in Pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists'Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstetrics & Gynecology Vol. 122, No. 5, November 2013

49. Royal College Of Obstetricians And Gynecologists. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. NICE Clinical Guideline. Agosto 2010.

50. Noboa O, Pérez M coord. Estados Hipertensivos del Embarazo. Hipertensión Arterial, 3er Consenso Uruguayo.2005. En: http://www.surhta.com/PDF/3er%20 CONSENSO%20 HA.pdf. Último acceso: 17/12/2013

51. Guía de Asistencia de Emergencias Obstétricas y Traslado Perinatal. MSP. 2013

52. Duley L, Henderson-Smart D, Chou D. Sulfato de magnesio versus fenitoína para la eclampsia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 7. Art. No.: CD000128. DOI: 10.1002/14651858.CD000128

53. HAPO Study Cooperative Research Group. The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO)_ Study. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2002;78:69-77. [PubMed:12113977]

54. Walker G. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy [protocol]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001; (2).

55. Centers for Disease Control, Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010; 59 (RR-12):1-116.

56. 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.

57. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva, World Health Organization, 2006.

58. Enkin M, et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth.University Press. Oxford: Oxford University, 1996.

59. Pattinson R. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001;(3). 2001.

60. 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 núm. 4.

61. 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.

62. Bricker L, Neilson J. Ecografía Doppler en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Nº. 4.

63. Neilson JP, Alfirevic Z. Ecografía Doppler para la evaluación fetal en embarazos de alto riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Nº. 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

64. Rosalie M Grivell, Zarko Alfirevic, Gillian ML Gyte, Declan Devane. Cardiotocografía prenatal para la evaluación fetal (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

65. Control antenatal de gestaciones únicas obtenidas mediante técnicas de reproducción asistida. Https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patología-fetal/control-antenatal.html.

66. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo ISBN 978-92-75-32033-4. World Health Organization 2016

67. Hod M., Kapur A., Sacks D., Hadar E., Agarwal M., Gian Carlo Di Renzo G.C. et al, The International Federation of Gynecology and Pstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care International Journal of Gynecology and Obstetrics 131 S3 (2015) S137-S211

68. World Health Organitation. Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85975/WHO_NMH_MND_13.2_eng.pdf. Published 2013

69. Diabetes in pregnancy: management from preconcepcional to the postnatal period NICE guideline. Published: 25 February 2015. Web site nice.org.uk/guidance/ng3

70. American Diabetes Asspcoatopm Stamdards of Medocal Care in Diabetes 2017. http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40. Supplement_1.DC1/DC40_S1_final.pdf. Entrada 7 julio de 2017.

71. Practice Bulletin No. 180: Gestational Diabetes Melliltus. Committee on Practice Bulletins Obstetrics. Obstet Gynecol.2017 Jul:130(1): e17-e37.

72. SOGC. SOGC clinical practice guideline, induction of labor Canada. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada: 2013

73. Glucocorticoides prenatales. Documento Uruguayo de Consenso. Arch Pediatr Urug 2018; 89(3):13-20.

74. ENGLUND J, GLEZEN WP, PIEDRA PA. Maternal immunization against viral disease. Vaccine 1998; 16:1456-1463.

75. Alfaro A, Castejon I, Magán R, Alfaro M. Embarazo y salud oral. Fam vol.11 núm.: 3 Albacete.Oct.2018 Epud 01-Oct-2019.

76. https://www.fundacionmapfre.org

77. OMS. Preparación y respuesta ante emergencias. Información para quienes viajan a países afectados por virus de Zika. Actualización marzo 2017

78. Guía ALEG Anticoncepción. Coordinadora Selva Lima y Alejandro Manzur. Capitulo Anticoncepción luego de un evento obstétrico.

79. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. OMS tercera edición 2018.

80. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Segunda edición. OPS 2019

81. Dr. Aguirre JA, Dra. Donato ML, Dra. Busc M o, Dra. Ceballos V, Dra. Armen M o, Lic. L. Aizpurúa, Dra. Arpi L. Compromiso neurológico grave por déficit de vitamina B12 en lactantes hijos de madres veganas y vegetarianas. Arch Argent Pediatric 2019; 117(4):e420/e424.

82. Moraes M, Sosa C, González G, Umpiérrez E, Berta S, Borbonet D. Relación entre el consumo de mate en el embarazo con el peso a nacer. Arch. Pediatric. Urug. vol. 85 núm. 1 Montevideo, mar. 2014.

83. National Institure for Helth and Care Excellence. NICE. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. Clinical Guideline. 2008.

84. Bianchi A, Blasina F, Borda K, Castillo E et al. Glucocorticoides Prenatales. Documento Uruguayo de Consenso. Arch. Pediatr Urug 2018; 89(3):13-20.

85. Guía ADA (Asociación Americana de Diabetes) 2019.

86. Guía de actividad física para la población uruguaya. 2022.

87. Update Clinical Guidance for the Use of Progesterone Supplementation for the Prevention of Recurrent Preterm Birth.ACOG. April 2023

88. Protocolo: Amenaza de Parto de Pretermino. Clinic Barcelona. Última actualización abril 2022

89. Protocolo: Manejo de la paciente con riesgo de parto prematuro. Clinic Barcelona. Última actualización marzo 2023

90. Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. MSP. 2019

91. Shanks AL, Grasch JL, Quinney SK, Haas DM. Controversies in antenatal corticosteroids. Semin Fetal Neonatal Med. 2019 Jun; 24(3):182-188. DOI: 10.1016/j.siny.2019.05.002. Epub 2019 May 2.

92. Katie M. Groom. Antenatal corticosteroids after 34 weeks' gestation: Do we have the evidence? Semin Fetal Neonatal Med. 2019 Jun; 24(3):189-196. DOI: 10.1016/j.siny.2019.03.001. Epub 2019 Apr 2

93. Katri Räikkönen, Mika Gissler, Terhi Tapiainen et al. Associations Between Maternal Antenatal Corticosteroid Treatment and Psychological Developmental and Neurosensory Disorders in Children. Obstetrics and Gynecology August 24, 2022.

94. Antenatal corticosteroids to reduce neonatal morbidity and mortality (Green-top Guideline No. 74). Royal College of Obstetricians and Gynecologists. March 2020

95. Daskalakis G, Pergialiotis V, Domellöf M, Ehrhardt H, Di Renzo GC et al. European Guidelines on perinatal care: corticosteroids for women at risk of preterm birth. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 2023.

96. Guglielmone R, De Elías R, Kiener O, Kiener G, Maldonado V. Importancia clínica y diagnóstica de la relación receptor de tirosin-quinasa tipo 1 en su forma soluble y el factor de crecimiento placentario. Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana, vol. 54, núm. 2, pp. 125-133, 2020.

97. Metformina durante el embarazo: posible riesgo de malformaciones. Rev Prescrire 2022; 42 (469): 828-830. Traducido por Salud y Fármacos, publicado en Boletín Fármacos 2023; 26 (2)

98. Protocolo gripe y embarazo. Clinic Barcelona. Actualizado octubre 2022

99. Viroga S, Castro M, Speranza N. Discontinuación de nifedipina de liberación estándar, ¿con qué otras opciones se cuenta para la uteroinhibición? Boletín Farmacológico. Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Facultad de Medicina. UDELAR. Montevideo. Uruguay. Vol. 11. núm. 2. Octubre 2020.

100. The American Asociation for the Study of Liver Diseases and The Infectious Diseases Society of America. AASLD-IDSA HCV Guidance: Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C. Last updated: January 21, 2021 (www.hcvguidelines.org).

101. Schillie S, Wester C, Osborne M, Wesolowski L, Ryerson AB. CDC Recommendations for Hepatitis C Screening Among Adults — United States, 2020. MMWR Recomm Rep 2020;69(no. RR-2):1–17.

102. Terrault NA, Levy MT, Cheung KW, Jourdain G. Viral hepatitis and pregnancy. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2021;18(2):117-30.

103. Guía Nacional para el abordaje de las hepatitis B y C en los distintos niveles de atención del MSP. Parte 2. Tratamiento de la hepatitis B y C. Poblaciones especiales. 2022.

104. Am J Obstet Gynecol. 2023 Apr; 228(4):418-429.e34. DOI: 10.1016/j.ajog.2022.10.004. Epub 2022 Oct 12

105. Am J Obstet Gynecol. 2023 Jul; 229(1):59.e1-59.e12. DOI: 10.1016/j.ajog.2022.12.322. Epub 2023 Jan 6

106. Am J Obstet Gynecol. 2022 Feb; 226(2S):S1237-S1253. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.09.037. Epub 2020 Sep 24

107. Guglielmone R, De Elías R, Kiener O, Kiener G, Maldonado V. Importancia clínica y diagnóstica de la relación receptor de tirosin-quinasa tipo 1 en su forma soluble y el factor de crecimiento placentario. Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana, vol. 54, núm. 2, pp. 125-133, 2020.

108. Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del Embarazo y Nacimiento Institucional MSP 2018

Referencias Capítulo III

1. Ordenanza Ministerial 693/12. Documento Técnico de Maternidades. MSP, 2012.

2. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva, World Health Organization, 2006.

3. The Use of Electronic Fetal Monitoring: The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2001. ISBN 1-900364-49-2

4. Neilson JP, Alfirevic Z. Ecografía Doppler para la evaluación fetal en embarazos de alto riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

5. Rosalie M Grivell, Zarko Alfirevic, Gillian ML Gyte, Declan Devane. Cardiotocografía prenatal para la evaluación fetal (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software com.

6. WHO recommendations for induction of labour. Geneva, World Health Organization, 2011.

7. Clark SL, Simpson KR, Knox GE, et al. Oxytocin: new perspectives on an old drug. Am J Obstet Gynecol 2009;200:35. e1-35. e6.

8. Chauhan SP, Ananth CV. Induction of labor in the United States: a critical appraisal of appropriateness and reducibility. Semin Perinatol. 2012 Oct; 36(5):336-43. DOI: 10.1053/j.semperi.2012.04.016

9. Faundes A. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. FLASOG 2005:33-46.

10. Hofmeyr G, Gülmezoglu A. Vaginal misoprostol for cervical

ripening and induction of labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.

11. FIGO. Misoprostol, dosis recomendadas, 2012. En:http://www.figo.org/files/figo-corp/Misoprostol Dosis Recomendadas_2012.pdf. Acceso: 18/11/2013

12. Vause S, Macintosh M. Evidence based case report: use of prostaglandins to induce labour in women with a Caesarean section scar. BMJ 1999; 318: 1056-1058.

13. Cluett E, Nikodem V, Mccandlish R, Burns E. Immersion in water in pregnancy, labour and birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.

14. Birnbach. Anestesia Obstetrica. Cap I pp. 3-28. Mecanismos del dolor en el trabajo de parto. Cap X pp. 161- 173. Analgesia epidural para el trabajo de parto. Cap. XI pp. 175-203 Alternativas no farmacologicas para analgesia. Cap. XIV pp. 228-233.

15. Harper B. Opciones para un parto suave. Editorial Lasser Tress Mexicana Edición 2002.

16. Hodnett ED, Gates S, Hofmery GJ, Sakala C. Apoyo continupo para la mujer durante el parto. Cochrane Plus número 4. 2007 Oxford, Update Softwere Ltd. Fecha de modificado el articulo 18/04/2007.

17. WHO. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors. Section 1: Anaesthesia and Analgesia. 2003.

18. Sosa CG, Buekens P, Hughes JM, Balaguer E, Sotero G, Panizza R, Piriz H, Alonso JG. Effect of pethidine administered during the first stage of labor on the acid-base estatus at birth. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006 Dec;129 (2): 135-9. Epub 2006 Jan 6.

19. Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud Departamento de Programación Estratégica en Salud. Área Salud Sexual y Reproductiva. Guía Clínica para la eliminación de la Sífilis Congénita y transmisión vertical del VIH. MSP, 2015.

20. Ziadeh S, Sunna E. Obstetric and perinatal outcomes of pregnancies with term labour and meconium-stained amniotic fluid. Arch Gynecol Obstet 2000; 264: 84-87.

21. Bhat R, Vidyasagar D. Delivery Room Management of Meconium-Stained InfantClin Perinatol 39 (2012) 817- 831.

22. Thacker SB, Stroup D, Chang M. Monitorización electrónica continua de la frecuencia cardíaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

23. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2009, Art. No. CD005122. DOI: 10.1002/14651858.CD005122.pub2

24. Briozzo L, Martínez A, Nozar F, Fiol V, Pons J, Alonso J. Delayed delivery versus emergency delivery in cases of nonreassuring fetal estatus during labor. A randomized controlled trial. Journal of Obstetrics and Gynecology Research. Vol. 33 Issue 3 Page 266-271. June 2007.

25. Kulier R, Hofmeyr G. Tocolytics for suspected intrapartum fetal distress (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.

26. Fawole B, Hofmeyr G. Maternal oxygen administration for fetal distress (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.

27. Gupta J, Hofmeyr G, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858. CD002006.pub2

28. Ojeda Lazo, E. "Parto vertical, riesgos y beneficios" presentado en el "III Congreso Internacional de Obstetricia" 20 y

23 de agosto de 2012. Ciudad de cusco, Perú.

29. Gallego Vallejo, M. "Posición materna y parto. Resultados perinatales" Publicación científica del CLAP núm. 0862, Montevideo Uruguay Año 1980.

30. Halpern S, Leighton B, Ohlsson A, Barret J, Rice A. Effect of epidural vs. opioid analgesia on the progress of labor: a meta analysis. JAMA. 1998; 280:2105-10.

31. ACOG Practice Bulletin N.º 49. Dystocia an augmentation of labor. 2003.

32. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 38, oct. 2011.

33. Riquelme R, Gutiérrez M, Lagares F, Lorite C, Moore T; Ruiz C. "Influencia de las posiciones de la mujer sobre distintos parámetros en el proceso del parto". (Revisión España) Matronas Profesión 2005, cap. 6, núm . 4, pp. 9-12.

34. Kettle C, Hills R, Ismail K. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.

35. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software

36. LiljestranD J. Episiotomy policies in vaginal births: RHL commentary (last revised: 20 October 2003). The WHO Guía en Salud Sexual y Reproductiva 176 Reproductive Health Library, No 9, Update Software Ltd, Oxford, 2006. www.rhlibrary.com.

37. Fescina R, De Mucio B, Ortíz El, Jarkin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. CLAP/SMR. OPS/OMS 2012. http://new.paho.org/clap

38. Recomendaciones para la prevención de la deficiencia de hierro. MSP 2023 (en proceso de validación).

39. Hutton. E, Hassan E. Late vs Early Clamping of the Umbilical Cord in Full-term Neonates Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials JAMA. 2007; 297: 1241-1252.

40. Rheenen P, Brabin B. A practical approach to timing cord clamping in resource poor settings. BMJ 2006; 333:954-958 (4 November), doi:10.1136/bmj.39002.389236.BE

41. Gei A, Belfort M. Forceps-assisted vaginal delivery. Obstet Gynecol Clin North Am 1999;26:345-70.

42. Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K. Dystocia abnormal labor and fetopelvic disproportion. In: Williams Obstetrics. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2001: 425-50.

43. Guidelines for operative vaginal birth. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada Clinical Practice Guidelines núm. 148. J Obstet Gynaecol Can 2004; 26(8): 747-53.

44. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Operative vaginal delivery. Guideline No. 26. 2005.

45. Johnson J, Figueroa R, Garry D, Elimian A, Maulik D. Immediate maternal and neonatal effects of forcepsand vacuum-assisted deliveries. Obstet Gynecol 2004; 103 (3): 513-8.

46. Johanson R, Rice C, Doyle M, Arthur J, Anyanwu L, Ibrahim A. A randomised prospective study comparing the new vacuum extractor policy with forceps delivery. Br J Obstet Gynaecol 1993; 100: 524-

47. Wen S, Liu S, Kramer M, Maroux S, Ohlsson S. Comparison of maternal and infant outcomes between vacuum extraction and forceps deliveries. Am J Epidemiol 2001; 153(2): 103-7.

48. Johanson R, Menon V. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2008.

49. Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyananjarassri K, Islam M. Antibiotic prophylaxis for operative vaginal delivery (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2008.

50. Geary M, Mcparland P, Johnson H, Stronge J. Shoulder dystocia-is it predictable? European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 1995; 62: 15-8.

51. Rouse D, Owen J. Prophylactic cesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by means of ultrasonography- a faustian bargain? American Journal of Obstetrics and Gynecology 1999; 181: 332.

52. Athukorala C, Middleton P, Crowther C. Intrapartum interventions for preventing shoulder dystocia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.

53. Fetal macrosomia. In: Practice Bulletin No. 22 American College of Obstetricians and Gynecologists, 2000.

54. Prendiville W, Elbourne D, Mcdonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.

55. Cotter A, Ness A, Tolosa J. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.

56. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva, World Health Organization 2012.

57. Carroli G, Bergel E. Umbilical vein injection for management of retained placenta (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.

58. Mathai M, Sanghvi H, Guidotti R. Manual removal of placenta. In: Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors Geneva: World Health Organization, 2000: 77-80.

59. Chongsomchai C, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Prophylactic antibiotics for manual removal of retained placenta in vaginal birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.

60. Smaill F, Hofmeyr G. Antibiotic prophylaxis for cesarean section (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.

61. Hopkins L, Smaill F. Antibiotic prophylaxis regimensand drugs for cesarean section (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.

62. Constantine M, Longo M, Wen T, Hankins G, Saade G.Timing of perioperative antibiotics for cesarean section: a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2007; 197: S77.

63. Bamigboye A, Hofmeyr G. Closure versus nonclosure of the peritoneum at caesarean section (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.

64. Alderdice F, Mckenna D, Dornan J. Techniques and materials for skin closure in caesarean section (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.

65. Mathai M, Hofmeyr G. Abdominal surgical incisions for caesarean section (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.

66. ACOG Practice Bulletin, No. 5, July 1999. Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery.

67. Martel M, Mackinnon C. Clinical Practice Obstetrics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologiests of Canada. Guidelines for vaginal birth after previous Caesarean birth. J Obstet Gynaecol Can 2004 Jul; 26 (7): 660-83.

68. Bujold E, Mehta S, Bujold C, Gauthier R. Inter delivery interval and uterine rupture. Am J Obstet Gynecol 2002; 187: 1199-202.

69. Lydon-Rochelle M, Holt V, Easterling T, Martin D. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. New England Journal of Medicine 2001; 345: 3-8.

70. Landon M, Leindecker S, Spong C, Hauth J, Bloom S, Varner M. The MFMU Cesarean Registry: factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2005; 193: 1016-23.

71. Arulkumaran S, Gibb D, Ingemarsson I, Kitchener H, Ratnam S. Oxytocin augmentation in dysfunctional labour after previous caesarean section. Br J Obstet Gynaecol 1989; 96: 939-41.

72. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after previous caesarean birth. Green Top Guideline No. 45. 2007.

73. Muthal-Rathore A. Immediate post-partum insertion for intrauterine devices: RHL commentary (last revised: 27 August 2004). The WHO Reproductive Health Library, No 9, Update Software Ltd, Oxford, 2006. www.rhlibrary.com.

74. Grimes D, Schulz K, Van Vliet H, Stanwood N, Lopez L. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD003036. DOI: 10.1002/ 14651858. CD003036

75. Levcovitz E, Fescina R, Fernández Galeano M, Durán P, ed. Manual Clínico AIEPI Neonatal en el contexto del continuo materno-recién nacido-salud infantil. Uruguay 2013. Montevideo: OPS; 2013.

76. Guía de asistencia Práctica. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prog Obstet Ginecol 2018;61(5):510-527.

77. *Protocolos Cínicos en la Maternidad*. Tomo 1: Atención integral, humanizada e institucional, de la mujer en trabajo de parto y parto y del recién nacido. Departamento Medico Obstétrico. Maternidad Augusto Tourenne. Hospital de la Mujer. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

78. Manual de Recomendaciones en el Embarazo y parto prematuro. Montevideo. MSP. 2019, p. 75.

79. Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Segunda Edición 2019 Montevideo: CLAP/SMR ISBN: 978-92-75-32088-4.

80. Protocolo profilaxis de la enfermedad tromboembólica durante el embarazo. Servicio de Medicina Materno-fetal. Instituto Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatología (ICGON), Hospital Clínic de Barcelona.

81. Grille S, Stevenazzi C, Díaz L, Vitureira G, Lauria W. Tromboprofilaxis en el periodo grávido puerperal. Montevideo.

82. Puckett R, Offringa M, Puckett R, Offringa M. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. Cochrane Database Syst Rev. 2000;4:CD002776.

83. Sankar MJ, Chandrasekaran A, Kumar P, Thukral A, Agarwal R, Paul VK. Vitamin K prophylaxis for prevention of vitamin K deficiency bleeding: a systematic review. J Perinatol. 2016 May; 36 Suppl 1:S29-35.

84. Ng E, Loewy AD. Guidelines for vitamin K prophylaxis in newborns. Paediatr Child Health. 2018 Sep;23(6):394-402.

85. US Preventive Services Task Force. Ocular Prophylaxis for Gonococcal Ophthalmia Neonatorum: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. JAMA. 2019;321(4):394–398.

86. Sánchez Luna M, Pallas Alonso CR, Botet Mussons F, Echaniz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E y Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. An Pediatr (Barc). 2009; 71(4):349-361.

87. Guía técnica para la orientación anticonceptiva vinculada a anticonceptivos inyectables trimestrales de progestina. MSP. Área Salud Sexual y Reproductiva. 2018.

88. Véliz F, Núñez A, Selman A. Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. Rev. chil. obstet. ginecol. vol. 83 núm. 5 Santiago nov. 2018.

89. Díaz A, Martínez E. “El dolor en la relación médico paciente”. 2023. Enviado al colegio médico para su revisión.

Referencias Capítulo IV

1. Recomendaciones para la prevención de la deficiencia de hierro. MSP 2023 (en proceso de validación).

2. Eleventh Model List of Essential Drugs. In: The Use of Essential Drugs. Ninth report of the WHO Expert Committee (including the revised Model List of Essential Drugs). World Health Organization (Technical report Series No. 895), Geneva 2000.

3. Defey, D. Mujer y Maternidad. Tomo II. Montevideo, Rocaviva. 1995

4. Corbo G, Defey D, D´Oliveira N. De-Presiones Maternas. Depresión Materna en el primer año postparto; un tema oculto. Estudio de prevalencia. Montevideo, OIT/ Cinterfor 2011.

5. Ordenanza Enfermedad Hemolítica Perinatal. Recomendación para la 1. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hemolítica fetoneoatal en la gestación y 2. Inmunoprofilaxis anti-D. MSP, 2011

6. Crowther C, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation (Cochrane

Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software

7. David M, Smidt J, Chen FCK, Stein U, Dudenhausen JW. Risks factors for fetal-to-maternal transfusion in Rh D-negative women-results of a prospective study on 942 pregnantwo men. J Perinat Med 2004; 32:254-257

8. Adeniji AO, Mabayoje VO, Raji AA et al. Feto-maternal haemorrhage in parturients: Incidence and its determinants. J Obstet Gynecol 2008;28:60-63.

9. Guías en salud sexual y reproductiva. Capítulo: Anticoncepción. Métodos reversibles e irreversibles. MSP. Área Salud Sexual y Reproductiva. 2013.

10. Guía técnica para la orientación anticonceptiva vinculada a anticonceptivos inyectables trimestrales de progestina. MSP. Área Salud Sexual y Reproductiva. 2018.

Referencias Capítulo V

1. Guía de Asistencia de Emergencias Obstétricas y Traslado Perinatal. MSP. 2013

2. Ordenanza Ministerial 693/12. Documento Técnico de Maternidades. MSP, 2012

Referencias Capítulo VI

1. Mapa de Ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo. MSP, 2018, pág. 19.

2. OMS. Organización Mundial de la Salud. "El embarazo en la adolescencia". 2020. Disponible en https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

3. Mapa de Ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo. MSP, 2018. Capítulo V.

4. Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional. Revisión para la elaboración de la Guía Alimentaria para la población uruguaya. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/diagnostico-situacion-alimentaria-nutricional. MSP 2016

5. Langley-Evans SC, Pearce J & Ellis S. (2022). Overweight, obesity and excessive weight gain in pregnancy as risk factors for adverse pregnancy outcomes: A narrative review. Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association, 35(2), 250–264. https://doi.org/10.1111/jhn.12999

6. Ma RCW, Schmidt MI, Tam WH, McIntyre HD & Catalano PM. (2016). Clinical management of pregnancy in the obese mother: before conception, during pregnancy, and post partum. The lancet. Diabetes & endocrinology, 4(12), 1037-1049. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30278-9

7. Guía alimentaria para la población uruguaya. MSP 2016. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-alimentacion-para-poblacion-uruguaya

8. Estimaciones del personal del Banco Mundial sobre la base de la distribución por edades de las Previsiones Demográficas Mundiales de la División de Población de las Naciones Unidas.2020

9. Barreda F, Bnetancourt D. Vivencia de la gestación en mujeres migrantes, que controlan su embarazo con Obstetras Parteras en Centro de salud Ciudad Vieja. Trabajo final de grado. 2020.

10. Cardozo Delgado, S. (2018). Mujeres que migran: atención en salud sexual y reproductiva a migrantes afrocaribeñas en Uruguay.

11. Bonapelch S, Reolon C. La salud de las personas migrantes en Montevideo. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF Uruguay Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República - Observatorio de Movilidad, Infancia y Familia en Uruguay. Noviembre 2021.

12. Segunda encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones. 2019.

13. Béjar-Poveda C, Santiago-Vasco M. Influencia del estrés materno durante el embarazo en el desarrollo cognitivo del niño: una revisión. Matronas Prof. 2017; 18(3): 115-122.

14. Vidal AC, Benjamin Neelon SE, Liu Y, Tuli AM, Fuemmeler BF, Hoyo C, Murtha AP, Huang Z, Schildkraut J, Overcash F et al. Maternal stress, preterm birth, and DNA methylation at imprint regulatory sequences in humans. Genet. Epigenetics 2014, 6, 37-44.

15. Miller GE, Chen E, Zhou ES. If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. Psychol. Bull. 2007, 133, 25-45.

16. Universitat Rovira Virgili. Las culturas del nacimiento. Presentaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. María Jesús Montes Muños. ISBN: 978-84-690-7782-5 / DL: T.1237-2007.

17. Priore JL. Salud en cárceles del Uruguay. Reflexiones y propuestas de intervención en gestión y política sanitaria. Revista urug. enferm. (En línea) vol. 18 núm.1 Montevideo 2023. Epub 01-Jun-2023.

18. Diagnóstico sobre la situación actual, las principales problemáticas y necesidades de las mujeres privadas de li-

bertad en Uruguay. Proyecto «Desarrollo personal, social e institucional sostenibles para mujeres privadas de libertad». nomadeconsultora.uy marzo de 2023.

19. Abordaje del uso problemático de drogas en mujeres privadas de libertad. *Un modelo posible*. ONU Mujeres - Secretaría Nacional de Drogas. Noviembre 2011

20. La Salud Mental durante el Embarazo.Mental Health in Pregnancy. Royal College of Psychiatrists.

21. Unidad de salud mental Perinatal Hospital Clinic Barcelona.

22. Sanabria L, Islas Tezpa D, Flores Ramos M. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Acta médica Grupo Ángeles vol. 20 núm.2 México abr./jun. 2022. Epub 31-Oct-2022.

23. Malo Ocejo P, Prieto M, Oraá R, José Zardoya M, Uriarte JJ, Medrano J y Pachecoa L. Uso de antidepresivos durante el embarazo y la lactancia. Psiq. Biol. 2018; 25(1):20-25.

24. Krauskopf ab V, Valenzuelac P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2020; 31(2) 139-149].

25. Montelongo Y. *Estrategias para Detectar la Depresión Perinatal en Uruguay*. Trabajo Final de Grado. Proyecto de Investigación. Universidad de la República. Facultad de Psicología. Diciembre 2022.Jadresic E, Nguyen D, Halbreich U. What

does Chilean research tell us about pospartum depression? J Affect Disord 2007; 102: 237-43.

26. Guía de Práctica Clínica para el abordaje de la depresión en el Sistema Nacional Integrado de Salud – MSP - 2024

Anexo

Bebé en camino

https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/bebe-en-camino

2 | HEMORRAGIA POSPARTO

Sangrado > 1500 ml Alteración del sensorio | PAS < 90 mmHg | FC > 100 cpm | Índice de choque > 0,9

COMIENZO

1) Solicitar ayuda. Considerar activar el código rojo obstétrico.
Pregunte "¿Quién será el líder?"
Líder designa lector de lista de crisis.

2) Canalizar 2 vías venosas Nº 14 – 16.

3) Si $SatO_2$ < 95%, administrar oxígeno a la mayor FiO_2 posible.

4) Extraer sangre para clasificación sanguínea y laboratorio.
Realizar gasometría arterial.

5) Administrar cristaloides calefaccionados a 39°C.

6) Administrar uterotónicos y realizar masaje uterino.

7) Considerar Traje antishock no neumático (TANN).

8) Valorar Índice de Choque cada 5 min.

9) Administrar 2 volúmenes de Glóbulos Rojos de preferencia O–, sino O+.

10) Buscar causa de hemorragia.

DOSIS DE DROGAS Y TRATAMIENTO

Uterotónicos.
- **Oxitocina** 20 U/500 ml a 60-125 ml/h i/v.
- **Metilergonovina** 0,2 mg IM.
- **Misoprostol** 800 mcg mucosa yugular o rectal (4 comp).

Ácido tranexamico 1 g i/v en 100 ml de SF.
Calcio 2 g i/v en 100 ml de SF.

CAUSAS DE HEMORRAGIA POSPARTO

Tono (80%): Uterotónicos, Masaje uterino.
Trauma (20%): Sutura de desgarros.
Laparotomía si rotura uterina.
Tejido (10%): Remoción manual, legrado.
Trombina (1%): PFC y/o crioprecipitados.

PARACLÍNICA

Hemograma, Tiempos de Coagulación, Fibrinógeno, Lactato. Azoemia, Creatinemia, Ionograma con calcemia.

CONSIDERAR

Anestesia general: Alteración de la conciencia o shock hemodinámico.
Monitorización invasiva.
Si persiste sangrado por atonía a pesar de uterotónicos y masaje, considere:
Balón Bakri: inflar 300 a 500 ml con SF y ver drenaje.
B-Lynch en Cesárea.
Histerectomía Periparto si sangrado persiste o Shock.
De persistir el sangrado considerar Packing.

HEMODERIVADOS

Consulta con médico hemoterapeuta.
Administre GR precozmente.
Si se mantiene sangrado administrar precozmente plasma y plaquetas.
Administre fibrinógeno si el valor es < 200 mg/dl.
Dosis 3 g o crioprecipitados / plasma fresco congelado.

2. HEMORRAGIA POSPARTO

3 | PREECLAMPSIA SEVERA

PAS ≥ 160 | PAD ≥ 110 y/o falla orgánica

COMIENZO

1) Solicite ayuda.
Pregunte "¿Quién será el líder?"
Líder designa lector de lista de crisis.

2) Monitorización de PA, ECG y $SatO_2$, monitorización fetal.

3) Canalizar vía venosa periférica y extraer sangre para paraclínica.

4) Profilaxis de eclampsia.
Infusión de $MgSO_4$.

5) Si PA > 160/110 por más de 15 min administre antihipertensivo.
Objetivo estabilizar cifras en 1 h.

6) Fluidoterapia, concentrar todas las soluciones parenterales, no sobrepasar los 80 ml/h.

7) Si el abordaje del neuroeje no es seguro, realice anestesia general de ser necesario con intubación orotraqueal en secuencia rápida.

8) Terminación del embarazo según criterio obstétrico. Técnica anestesiológica según criterio anestésico.

DOSIS DE DROGAS Y TRATAMIENTO

Profilaxis de eclampsia:
- **Sulfato de Magnesio** 4 g en 20 min. (carga) + 1 g/h en infusión, se puede aumentar hasta 2 g/h en infusión.

Antihipertensivos:
- **Labetalol** realizar cada 20 min. en forma progresiva, 20/40/80/80 mg i/v. Dosis max 300 mg.
- **Nifedipina** 10 mg v/o repetir cada 20 min. según sea necesario.

Solo en el caso de crisis hipertensiva refractaria para tratamiento agudo y corto plazo: Nitroprusiato de sodio. Objetivo PAS 140-160 y PAD 90-110.

CONSIDERAR

Disminuir respuesta hipertensiva a la laringoscopia e IOT:
Remifentanil 0,5 - 1 mcg/kg i/v.

Si la coagulación lo permite colocar en forma precoz catéter peridural.

PARACLÍNICA

Hemograma,
Fibrinógeno,
Tiempos de Coagulación,
Función Renal,
Funcional y Enzimograma Hepático LDH.
Lactato venoso.
Glicemia.

3. PREECLAMPSIA SEVERA

4 | ECLAMPSIA

Convulsión en Preeclampsia sospechada o confirmada

COMIENZO

1) Solicite ayuda. Pregunte "¿Quién será el líder?"
Líder designa lector de lista de crisis.

2) Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo, evitar traumatismos por la convulsión y mordeduras.

3) Comprobar la presencia de vía venosa periférica permeable.

4) Monitorización ECG, PA, $SatO_2$. Monitorización fetal.

5) Si $SatO_2$ < 95%, administrar oxígeno a la mayor FiO_2 posible.

6) Comenzar con $MgSO_4$ dosis carga o hacer 2 g en 50 ml SG al 5% a pasar en 20 min, si ya venía recibiendo.
Si contraindicación para $MgSO_4$ (miastenia gravis, insuficiencia renal) Difenilhidantoina.

7) Evitar benzodiacepinas, propofol o tiopental.

8) Si presión arterial > 160/110 mmHg, realizar antihipertensivo **ir a la lista 3.**

9) No es indicación sólo por la convulsión la finalización inmediata del embarazo.

10) Terminación del embarazo según criterio obstétrico.
Técnica anestesiológica según criterio anestesico.

DOSIS DE DROGAS Y TRATAMIENTO

Difenilhidantoina 1 g (4 amp) en 250 ml a pasar en 20 min.

CONSIDERAR

Si la paciente presenta recuperación completa del sensorio y los tiempos de coagulación normales se puede realizar técnica regional.

Dirección:
Avda. 18 de Julio 1892,
Montevideo, Uruguay.
Teléfono: 1934

msp.gub.uy