



Instrucciones
del año XIII

Ministerio de Salud Pública

Montevideo, 4 JUN. 2013

VISTO: la Ordenanza Ministerial N° 447 de 14 de agosto de 2012;

RESULTANDO: I) que por dicha Ordenanza, se define la categoría de prestador con mal control obstétrico, como aquellos que presenten una prevalencia de embarazos mal controlados mayor al 15%;

II) que asimismo se resuelve que, para realizar un adecuado control obstétrico y de las infecciones de transmisión sexual en los embarazos, las instituciones deberán actuar conforme a las normativas vigentes de esta Secretaría de Estado, las guías clínicas de dicha Cartera y las guías de procedimiento que se anexan y forman parte integral de dicha Ordenanza y se aprueba la “Guía de Procedimiento Para Reducir las Infecciones de Transmisión Sexual en la Etapa Connatal y Optimizar el Control de Embarazo” y en el marco de la “Iniciativa para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe”, (OMS/OPS/CLAP/UNICEF);

CONSIDERANDO: I) que el Área de Salud Sexual y Reproductiva del Departamento de Programación Estratégica en Salud, y la Asesoría Jurídica de la Dirección General de la Salud, solicitan realizar modificaciones en la mencionada Ordenanza, sustituyendo el punto cuarto del literal g del numeral 3° del Anexo de la misma, titulado “Guía de Procedimiento Para Reducir las Infecciones de Transmisión Sexual en la Etapa Connatal y Optimizar el Control de Embarazo”, por el siguiente: “Realizar una auditoría interna de todos los casos de Sífilis confirmada (congénita, gestacional, infantil o

adultos) y VIH gestacional e infantil, confeccionando un informe dirigido al Ministerio de Salud Pública, siguiendo los lineamientos que éste estipule. La Dirección Técnica Institucional será quien realice la misma, debiendo elevar un informe al Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública, en un plazo no mayor de 60 (sesenta) días del diagnóstico o nacimiento”;

II) que la Dirección General de la Salud recomienda proceder a la sustitución del punto cuarto del literal g del numeral 3º del Anexo que forma parte integral de la Ordenanza Ministerial N° 447 de 14 de agosto de 2012, titulado “Guía de Procedimiento Para Reducir las Infecciones de Trasmisión Sexual en la Etapa Connatal y Optimizar el Control de Embarazo”;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido en las Leyes N° 9.202 de 12 de enero de 1934 (Orgánica de Salud Pública), y N° 18.426 de 1º de diciembre de 2008;

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA
RESUELVE:

- 1º) Sustitúyese el punto cuarto del literal g del numeral 3º, del Anexo de la Ordenanza Ministerial N° 447 de 14 de agosto de 2012, titulado “Guía de Procedimiento Para Reducir las Infecciones de Trasmisión Sexual en la Etapa Connatal y Optimizar el Control de Embarazo”, por el siguiente: “Realizar una auditoría interna de todos los casos de Sífilis confirmada (congénita, gestacional, infantil o adultos) y VIH gestacional e infantil, confeccionando un informe dirigido al Ministerio de Salud Pública, siguiendo los lineamientos que éste estipule. La Dirección Técnica Institucional será quien realice la



Instrucciones
del año XIII

Ministerio de Salud Pública

misma, debiendo elevar un informe al Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública en un plazo no mayor de 60 (sesenta) días del diagnóstico o nacimiento”.

- 2º) Comuníquese. Publíquese en la página web de esta Secretaría de Estado. Tomen nota la Dirección General de la Salud y el Área de Salud Sexual y Reproductiva del Departamento de Programación Estratégica en Salud. Cumplido, archívese.


Ord. N° 367

Ref. N° 001-3-1760-2013

CR.-

TH


Dra. SUSANA MUÑIZ
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA


ES COPIA FIEL
Dra. CRISTINA ROCA
DIRECTORA
Dpto. de Secretaría General
y Acuerdos - M.S.P.



Ministerio de Salud Pública

Montevideo, 14 AGO. 2012

VISTO: la necesidad de establecer acciones que mejoren la captación y control de embarazo, optimizar los resultados perinatales y reducir la prevalencia de sífilis y sífilis congénita en nuestra población;

RESULTANDO: I) que el país ha presentado un aumento de la prevalencia de sífilis en toda la población, con especial impacto a nivel perinatal;

II) que existe una alta prevalencia de embarazos no controlados y mal controlados en la población asistida por algunos de los prestadores públicos y privados de nuestro país;

CONSIDERANDO: que el control del embarazo y las acciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y educación, son de gran importancia para abatir la sífilis y optimizar los resultados materno perinatales con vistas a obtener los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM);

ATENTO: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido por las Leyes N° 9.202 de 12 de enero de 1934, Orgánica de Salud Pública y N° 18.426 de 1 de diciembre de 2008;

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

RESUELVE:

- 1º) Se define la categoría de prestador con mal control obstétrico, como aquellos que presenten una prevalencia de embarazos mal controlados mayor al 15 %.
- 2º) Se define como embarazo mal controlado a aquellos que al momento de nacimiento tenga menos de (5) cinco controles obstétricos realizados según la normativa vigente del Ministerio de Salud Pública.
- 3º) Para realizar un adecuado control obstétrico y de las infecciones de transmisión sexual en los embarazos, las instituciones deberán actuar

conforme a las normativas vigentes de esta Secretaría de Estado, las guías clínicas de dicha Cartera y las guías de procedimiento que se anexan y forman parte integral de la presente Ordenanza.

- 4º) El incumplimiento de las normas a que refiere el artículo anterior, en caso de que el prestador quede incluido en la categoría definida en el artículo primero, lo hará pasible de las sanciones previstas en el Decreto N° 137/006 de 15 de mayo de 2006.
- 5º) Dispónese que a partir del 1º de julio de 2012, todos los prestadores con servicios obstétricos autorizados, deberán comunicar al Servicio de Información Perinatal (SIP) todos los controles obstétricos realizados.
- 6º) Establécese que se podrá requerir el cumplimiento de las guías de procedimiento anexas a esta Ordenanza, para obtener o para mantener la habilitación de los servicios respectivos.
- 7º) Comuníquese. Publíquese en la página web del Ministerio de Salud Pública. Tomen nota la Dirección General de la Salud y el Área de Salud Sexual y Reproductiva del Departamento de Pogramación Estratégica en Salud. Cumplido, archívese.

Ord. N° 467

Ref. N° 001-3-273-2012

CR.-



Dr. JORGE E. VENEGAS
Ministro de Salud Pública



Ma. CRISTINA ROCA
DIRECTORA
Dpto. de Secretaría General
y Asesorías - M. S. P.



Ministerio de Salud Pública

GUIA DE PROCEDIMIENTOS PARA REDUCIR LAS INFECCIONES DE TRASMISION SEXUAL EN LA ETAPA CONNATAL Y OPTIMIZAR EL CONTROL DE EMBARAZO

1°.- Se define como prestadores con mal control obstétrico a aquellos con una prevalencia de embarazos mal controlados mayor al 15%. Esta cifra surge de la suma de la prevalencia de embarazos con mal control obstétrico (de 1 a 4 controles inclusive, al momento del nacimiento) más la prevalencia de embarazos no controlados (0 control) al momento del nacimiento.

2°.- El Ministerio de Salud Pública a través del Área de Salud Sexual y Reproductiva y la oficina del Sistema Informático Perinatal (SIP), informarán a cada prestador con una periodicidad de 6 (seis) meses las cifras de control de embarazo de la población que asisten.

3°.- Todos los prestadores de salud deberán:

- Realizar test de embarazo(rápido) o BHCG a toda mujer que lo solicita (por sola voluntad) y en el momento de consulta, tanto en la consulta del Primer Nivel de Atención como en Servicios de Urgencia.
- Iniciar las acciones de control de embarazo, ante la constatación clínica o paraclínica del mismo (incluye test rápido realizado por la institución o que trae la usuaria). Se destaca que el control de embarazo incluye, siempre, las siguientes acciones:
 - a) Registro completo y entrega de carné SIP vigente.
 - b) Registro completo de la historia SIP e Historia Clínica.

- c) Solicitar rutinas de embarazo, ecografía, interconsultas necesarias, etc. (según norma del Ministerio de Salud Pública).
 - d) Realizar test rápido de sífilis y VIH (si corresponde según el prestador).
 - e) Indicar Hierro y Ácido Fólico (si corresponde según pauta).
 - f) Anotar la embarazada en un registro de las gestantes en control obstétrico por la Institución y a utilizar para la cita de las usuarias que faltan al control (si corresponde al prestador).
 - g) Acciones de educación y promoción de salud.
- Disponer la realización de los exámenes paraclínicos de rutina obstétrica dentro de los 7 (siete) días de solicitado y la ecografía obstétrica dentro de los 15 (quince) días de solicitada.
 - Establecer y divulgar, a todo el equipo de salud, los lineamientos de consejería y la ruta crítica de derivación de la usuaria embarazada con estudio de VIH positivo (incluye test rápido).
 - Utilizar el Sistema Informático Perinatal (SIP), tanto en lo que refiere a la Historia Clínica, carné y programa informático, vigente para uso en Uruguay y proceder al cargado de los datos en la base SIP, entregando la misma en forma mensual a la oficina del Sistema Informático Perinatal del Ministerio de Salud Pública.
 - Realizar una auditoría interna de todos los casos de sífilis confirmada (congénita, gestacional, infantil o



Ministerio de Salud Pública

adultos) confeccionando un informe dirigido al Ministerio de Salud Pública siguiendo los lineamientos que éste estipule. La Dirección Técnica Institucional será quien realice la misma, debiendo elevar un informe al Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública en un plazo no mayor a 60 (sesenta) días del diagnóstico o nacimiento.

- Realizar la denuncia obligatoria al Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA) de todos los casos confirmados o sospechosos de Sífilis por los procedimientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública. Esto incluye los resultados positivos del test de sífilis (treponémicos y no treponémicos) desde el laboratorio y de los casos de estudio anátomo-patológicos compatibles con sífilis.
- Contar y disponer fórmulas para lactantes para los hijos de madres VIH positivo.
- Administrarle en forma inmediata el tratamiento a los contactos sexuales infectados a la embarazada con Sífilis, por parte del prestador del que es usuaria la embarazada.
- Promover el uso del preservativo:
 - * Facilitando el acceso y la entrega de los mismos por el personal de salud promoviendo:
 - El uso del doble método (preservativo y otro método anticonceptivo).
 - El uso de preservativo durante el embarazo en el entendido que reduce el riesgo de

infecciones genitales bajas, Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) y la posibilidad de prematurez (en usuarias de riesgo).

- * Entregando más de quince preservativos por consulta, en casos justificados a criterio del equipo de salud (trabajo sexual, conductas de riesgo, ITS, etc.).
- En la investigación de sífilis durante la realización del carné de salud laboral, ante un resultado positivo no se debe emitir el mismo, hasta que el usuario presente un certificado médico que certifique que se encuentra en evaluación y/ en tratamiento.

Para ello se debe realizar:

a) La derivación por escrito y dejando constancia en la Historia Clínica del usuario a un médico de su prestador de salud.

b) La notificación confidencial y por escrito, dirigida a la Dirección Técnica del prestador de salud del cual es usuario, para que se proceda a la evaluación del usuario. Se dejará copia y constancia de que fue recibida. Una vez comprobado que el usuario está en evaluación y o tratamiento, se debe emitir el carné independientemente de su condición al respecto de la sífilis.

4°.- Se incluye como pautas clínicas obligatorias, para toda la población, sin perjuicio de lo contenido en las guías y normas vigentes:

- Realizar VDRL o RPR en el segundo trimestre entre las semanas 18 (dieciocho) a 23 (veintitrés). Registro del

Ministerio de Salud Pública

resultado del mismo en la Historia Clínica materna y en el sector observaciones del carné del Sistema Informático Perinatal (SIP) (reverso del mismo).

- Realizar estudio de sífilis (test rápido, VDRL o RPR) a toda usuaria en proceso de aborto o embarazo ectópico. Registro del resultado de la Historia Clínica.
- Tratar a toda embarazada con test de sífilis positivo (treponémico o no treponémico) a excepción de que exista la certeza de un tratamiento previo adecuado y completo de la Sífilis con penicilina benzatínica según la norma. Se debe disponer de este antibiótico en todos los centros de atención primaria.
- Recoger de la usuaria el consentimiento oral para que se realice test de ITS. En caso de que se niegue a realizarlo deberá consignarlo por escrito en la Historia Clínica y solicitar la firma del usuario o representante legal.
- Proceder a la evaluación de usuaria/os y los recién nacidos según los algoritmos establecidos por el Ministerio de Salud Pública con respecto a la sífilis y el VIH.
- Realizar test rápido de sífilis y VIH (si corresponde según el prestador).

5°.- Con vista a optimizar el control obstétrico y los resultados maternos perinatales, los prestadores con mal control obstétrico deberán además:

- Contar con test rápidos de embarazo, sífilis y VIH en los servicios de primer nivel y servicios de emergencia.
- Realizar test rápidos de sífilis y VIH en base a las guías clínicas del Ministerio de Salud Pública.

- Establecer un registro en las embarazadas en control obstétrico. El registro debe incluir al menos: datos patronímicos de la usuaria, datos de contacto, edad gestacional en cada control, fecha de su próximo control y principales detalles del embarazo en curso.
- Establecer un protocolo que permita:
 - a) evaluar dicho registro en forma semanal, de forma de identificar a las embarazadas que han faltado a las citas programadas.
 - b) identificar mediante la articulación con redes comunitarias y de servicios, usuarias embarazadas en situación de no control.
 - c) identificar los usuarios con probable sífilis o VIH positivo.
 - d) establecer intervenciones ante el mal control obstétrico o usuario con sífilis. El mismo debe incluir las acciones incluidas en el anexo adjunto. Contar con un equipo responsable de llevar adelante los protocolos de intervención.
 - e) incluir, en las campañas de promoción dirigidas a los usuarios y personal, el tema de la importancia del control del embarazo y la prevención de las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS).
- Actuar en base al protocolo de intervención ante el mal control obstétrico que se adjunta y forma parte integral de la presente Guía.
- Disponer de los recursos humanos y materiales que permitan establecer equipos responsables de llevar adelante los protocolos de intervención.

Ministerio de Salud Pública

Aquellas Instituciones que aún trabajan con versiones anteriores a la vigente según lo establecido por el Ministerio de Salud Pública, deberán actualizar el programa informático del Sistema Informático Perinatal (SIP). Se puede obtener a través del sitio web www.clap.ops-oms.org/sistemas. La Historia Clínica Perinatal (HCPB) y el Carné Perinatal en formato papel será entregando a las Instituciones médicas de cada Departamento por la Dirección Departamental de Salud del Ministerio de Salud Pública. En caso de necesitar material adicional el pedido se realizará vía mail a: sip@msp.gub.uy para coordinar el envío de las HCPB y Carné Perinatal.

La base de datos deberá ser enviada a mes vencido antes del día 30 de cada mes de acuerdo a la normativa legal vigente. Como fecha final se tomará el plazo de cierre otorgado por Metas asistenciales correspondiente al trimestre. Vencido el mismo se informará a Metas asistenciales la cantidad de casos enviados a nuestra Unidad para el control del cumplimiento de la Meta 1.



Ministerio de Salud Pública

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN ANTE EL MAL CONTROL DE EMBARAZO

Ante la constatación de una usuaria que no ha controlado el embarazo, ha faltado a las citas programadas o un usuario con probable sífilis no correctamente evaluado o tratado, se debe proceder a:

- Realizar una comunicación telefónica con la usuaria/o y re-coordinar la consulta a la brevedad. De no lograr establecer contacto telefónico en las primeras 72 (setenta y dos) horas hábiles de iniciado el intento de contacto, se debe proceder a realizar una visita domiciliaria. Se dejará constancia en la Historia Clínica de la fecha de las llamadas, nombre del contacto establecido, motivo del no control, fecha re-coordinada y firma del funcionario actuante.
- En caso de no poder realizar contacto telefónico (por no contar con el mismo u otra razón) negativa a concurrir a la consulta re-programada o ausencia a la segunda consulta pautada se procederá a realizar una visita domiciliaria. Se dejará constancia en la Historia Clínica de: fecha de la visita domiciliaria, nombre del contacto, motivo de la no concurrencia al control, fecha de la nueva consulta re-coordinada y firma del funcionario actuante.
- En caso de no contar con datos reales que permitan el contacto (datos falsos, mudanza, cambio de teléfono, etc.) se debe derivar el caso al Servicio Social de la Institución para la búsqueda de vías de contacto y actuar en consecuencia. Se debe dejar constancia en la Historia Clínica del hecho.

- En casos excepcionales, en donde luego de la visita el usuario/a se niega en forma repetida a realizar la consulta (orientación y consejo mediante) se dejará constancia escrita en la Historia Clínica con fecha, nombre, explicación de la negativa, firma del usuario/a y del técnico actuante. Se deberá entregar folletería que explica la importancia del control y dejar constancia de ello en la Historia Clínica.
- En todos los casos las citas y asignación de hora para el control obstétrico o de un usuario/a con sífilis o VIH se debe de considerar una prioridad asistencial.