



GOBIERNO DE LA  
REPÚBLICA DE HONDURAS



---

SECRETARÍA DE SALUD

**NHSS06: 2015**

---

**ATENCIÓN DURANTE LA PRECONCEPCIÓN, EL  
EMBARAZO, EL PARTO, EL PUERPERIO Y DEL  
NEONATO.**

---

**Tegucigalpa, M.DC. Honduras, C.A.**

**Marzo, 2016**



GOBIERNO DE LA  
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

---

NHSS 06: 2015

---

## **NORMA HONDUREÑA DEL SECTOR SALUD**

---

**ATENCIÓN DURANTE LA PRECONCEPCIÓN, EL  
EMBARAZO, EL PARTO, EL PUERPERIO Y DEL  
NEONATO.**

Tegucigalpa, M. D. C. Honduras, Marzo 2016



**NORMA HONDUREÑA DEL SECTOR  
SALUD**

**NHSS 06: 2015**

---

**ATENCIÓN DURANTE LA PRECONCEPCIÓN, EL  
EMBARAZO, EL PARTO, EL PUERPERIO Y DEL NEONATO.**

---

### **APROBACION**

Elvia María Ardón, Directora General de Normalización mediante **RESOLUCION No.DGN (NHSS-06-2015)** del 30 de Agosto del 2016, me permito aprobar el NHSS06: 2015 **“NORMA DE ATENCIÓN DURANTE LA PRECONCEPCIÓN, EL EMBARAZO, EL PARTO, EL PUERPERIO Y DEL NEONATO.”**

**NHSS06: 2015**

---

**ATENCIÓN DURANTE LA PRECONCEPCIÓN, EL  
EMBARAZO, EL PARTO, EL PUERPERIO Y DEL NEONATO.**

---

## CONTENIDO

1.	PROLOGO .....	1
2.	INTRODUCCIÓN .....	2
3.	OBJETO .....	4
4.	CAMPO DE APLICACIÓN .....	4
5.	REFERENCIAS NORMATIVAS.....	4
6.	TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	5
7.	ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS.....	8
8.	DIRECTRICES PARA LA ATENCIÓN DURANTE LA PRECONCEPCIÓN, EL EMBARAZO, EL PARTO, EL PUERPERIO Y DEL NEONATO. ....	9
8.1	Atención Preconcepcional.....	9
8.2	Atención Durante el Embarazo .....	10
8.3	Atención Durante el Parto.....	11
8.4	Atención del Neonato .....	13
8.5	Atención Durante el Puerperio .....	15
8.6	Complicaciones Obstétricas .....	16
8.6.1	Hemorragia Obstétrica .....	16
8.6.2	Trastornos Hipertensivos del Embarazo .....	17
8.6.3	Otras Complicaciones.....	18
8.7	Complicaciones Neonatales .....	20
9.	BIBLIOGRAFIA.....	22

## 1. PROLOGO

En la elaboración de esta Norma Técnica del Sector Salud participaron las siguientes instituciones:

1. Asociación Pediátrica Hondureña
2. Colegio Médico de Honduras
3. Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras
4. Facultad de Medicina de la UNAH
5. Sociedad Hondureña de Ginecología y Obstetricia de Honduras
6. Managment Sciences for Health (MSH)
7. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
8. Secretaría de Salud
9. Unidad Local de Apoyo Técnico (ULAT/USAID)
10. Hospital Escuela Universitario

## 2. INTRODUCCIÓN

En Honduras, se siguen las acciones definidas y priorizadas en la “Visión de País y Plan de Nación”, el Modelo Nacional de Salud y el Plan Nacional de Salud 2014-2018. En cumplimiento a lo anterior, la Secretaría de Salud (SESAL), está impulsando y desarrollando un proceso de normalización que permite sistematizar la atención para contribuir a la eficacia, eficiencia y sostenibilidad de las intervenciones orientadas a una atención de calidad.

La salud materna y la reducción de la mortalidad materna y de la niñez es una preocupación constante del Estado y ha sido motivo de debate en varias Cumbres, Conferencias Internacionales, incluyendo la Cumbre del Milenio donde se definieron los objetivos y metas del milenio a los que el país se adhirió; el Objetivo de Desarrollo del Milenio cuatro (ODM 4) y cinco (ODM 5) plantea mejorar la salud materna y de la niñez estableciendo dos metas: reducir entre el periodo de 1990 a 2015, la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes de 182 a 46 por 100.000 nacidos vivos y lograr para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva y de la niñez, y reducir la mortalidad infantil de 23 a 17 por mil nacidos vivos.

La mortalidad infantil ha venido disminuyendo de 39 en 1994 a 24 por mil nacidos vivos en el periodo del 2006 -2012 de las cuales el 71% de las muertes son en el periodo neonatal (17 X 1,000 NV). Siendo la prematurez / bajo peso, traumas de nacimiento/asfisia y las malformaciones congénitas las tres primeras causas de muerte neonatal.

Las principales causas de la mortalidad materna continúan siendo la hemorragia, los trastornos hipertensivos y la sepsis; en Honduras la velocidad de reducción de mortalidad materna disminuyó en el periodo 1997 (108) al 2010 (73) en comparación a la de 1990, por lo tanto para alcanzar la meta de reducción del 75% (46) al 2015, deberá mantener una reducción anual de 3%, para esto deberá acelerar los progresos en la reducción de la mortalidad materna.

En los nuevos Objetivos de desarrollo sostenible que en total son 17, el Objetivo 3 que se refiere a la Salud enuncia: “Garantizar una vida sana y promover el



bienestar para todos en todas las edades para promover la salud y el bienestar físico y mental y prolongar la esperanza de vida de todas las personas, debemos lograr la cobertura sanitaria universal y el acceso a una atención médica de calidad, sin que nadie se quede atrás". Nos comprometemos a acelerar los avances conseguidos hasta la fecha en la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna poniendo fin a todas las muertes prevenibles para 2030. Nos comprometemos también a garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación.

En este contexto y en cumplimiento de su rol rector/regulador, la Secretaría de Salud presenta la: norma técnica para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato.

En este documento se especifican las directrices mínimas requeridas para la promoción, prevención y atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato en los diferentes niveles de atención.

### **3. OBJETO**

Este documento describe las directrices para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato.

### **4. CAMPO DE APLICACIÓN**

Esta Norma Técnica es aplicable en las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud.

### **5. REFERENCIAS NORMATIVAS**

Los siguientes documentos de referencia normativa son indispensables para la aplicación de esta Norma Técnica del Sector Salud:

- Secretaría de Salud de Honduras Normas y Procedimientos del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de Honduras, julio 2011.
- Secretaría de Salud de Honduras. Normas Nacionales para la Atención Materno Neonatal.
- Congreso Nacional de la República de Honduras. Ley de Fomento y Protección de la Lactancia Materna.
- Secretaría de Salud de Honduras. Manual Normas de control de Tuberculosis
- Secretaría de Salud de Honduras. Manual de Atención Integral a la Embarazada para la Prevención de la Transmisión del VIH de madre a hijo o hija.
- Secretaría de Salud de Honduras. Manual de procedimientos para la detección temprana de cáncer infantil.
- Secretaría de Salud. Departamento de Salud Integral a la Familia. Programa de Atención Integral a la Niñez. “Manual de Procedimientos Atención Integral a la Niñez”. Versión vigente.

## 6. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Para los propósitos de este documento, aplican los siguientes términos y definiciones:

**Asfixia Perinatal:** Es la falta ulterior de oxígeno con grados variables de encefalopatía hipóxica isquémica.

**Aspiración Meconial:** Cuadro de dificultad respiratoria causado por la aspiración de líquido amniótico teñido de meconio dentro de la vía aérea.

**Atención Preconcepcional:** Son las acciones realizadas a la mujer y/o su pareja con el equipo de salud previo al embarazo con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta es que la pareja reciba toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo.

**Conducción del trabajo de parto:** Estimulación de las contracciones uterinas cuando las contracciones espontáneas han fallado en lograr una dilatación cervical progresiva y/o descenso del feto.

**Consejería:** Es un proceso activo para brindar información sobre temas de Salud sexual, reproductiva y lactancia materna para que la mujer y/o pareja tome la mejor decisión informada respecto a estos temas.

**Embarazo de término tardío:** Gestación con una edad entre 40 y 41 semanas con 6 días.

**Embarazo Prolongado:** Gestación igual o mayor a 42 semanas.

**Encefalopatía Hipóxica Neonatal:** La encefalopatía neonatal es un síndrome clínico definido como una alteración de la función neurológica durante la primera semana de vida en un RN. Alteración difusa del cerebro cuyo sello clínico en la Encefalopatía Neonatal (EN) aguda es la alteración de la vigilia.

**Encefalopatía hiperbilirrubinémica (Kernicterus):** Trastorno grave que clínicamente se caracteriza por alteración del tono, llanto y succión del recién nacido, secundario al aumento de los valores normales de bilirrubina.

**Establecimiento de salud:** Son aquellos establecimientos públicos o privados, en los cuales se brinda atención dirigida fundamentalmente a la prevención, curación, diagnóstico y rehabilitación de la salud: como hospitales, maternidades, policlínicas, centros de salud, consultorios, clínicas médicas, clínicas odontológicas, clínicas homeopáticas y naturales, clínicas de acupuntura, dispensarios, sanatorios, asilos, casas de reposo, laboratorios mecánicos dentales, depósitos dentales, ópticas, bancos de sangre y derivados, bancos de leche materna, bancos de tejidos y órganos, establecimientos de psicoterapia, fisioterapia y radioterapia, laboratorios de salud, laboratorios de análisis, centros de diagnósticos, laboratorios farmacéuticos, droguerías, farmacias, puestos de venta de medicamentos y botiquines de emergencias médicas, fondos comunales de medicamentos, establecimientos de estética y nutrición, ambulancias, unidades móviles: terrestres, aéreas y marítimas; y otros que defina la autoridad sanitaria.

**Factores de riesgo:** Es toda circunstancia o situación que aumenta las posibilidades de una embarazada, o neonato de presentar una complicación que amenace su vida.

**Hemólisis:** Destrucción eritrocitaria anormalmente elevada y, por lo tanto, una reducción de la vida media de los hematíes. Si esta destrucción aumentada no es adecuadamente compensada por un incremento en la producción de hematíes, se produce una anemia hemolítica.

**Inducción del trabajo de parto:** Estimulación de las contracciones uterinas antes del inicio espontáneo del trabajo de parto para lograr el nacimiento de la unidad feto placentaria.

**Mujer en edad fértil (MEF):** Toda persona del sexo femenino que tiene una edad comprendida entre 10 y 49 años.

**Neonato:** Todo recién nacido entre los cero y veintiocho días de vida.

**Parto Institucional:** Es la atención que se brinda a la parturienta durante su trabajo de parto y post parto inmediato por personal calificado en un

establecimiento de salud que reúna las condiciones de eficiencia necesarias para tal fin.

**Periodo de Transición neonatal:** Serie de cambios fisiológicos, que inician desde la primera respiración y terminan aproximadamente a las 72 horas de vida e involucra cambios a nivel cardiorrespiratorio, metabólico, neurológico y hormonal.

**Personal Calificado:** Incluye a toda auxiliar de enfermería, Licenciada en enfermería o Médicos que han sido capacitado para la atención del embarazo, parto, puerperio y neonato y tiene los conocimientos, habilidades y destrezas para la aplicación de la presente norma.

**Potencialmente séptico o en riesgo de sepsis:** Es el recién nacido con factores de riesgo predisponentes para infección, que no presenta evidencia clínica local o sistémica de infección.

**Promoción de la salud:** Es el proceso para facilitar que las personas aumenten el control sobre su salud, las determinantes y como consecuencia mejoren su estado de salud, a través de las diferentes estrategias: abogacía e incidencia política, alianzas estratégicas/organización comunitaria, movilización social, comunicación para cambios de comportamiento, mercadeo social, educación para la salud, tecnología de la información y comunicación.

**Referencia efectiva:** Es la acción de hacer llegar a una mujer o neonato con complicaciones en las mejores condiciones al nivel de mayor complejidad donde le solucionaran su problema de salud.

**Referencia –respuesta:** Es la derivación horizontal o vertical de un usuario, desde la persona tratante hacia otro profesional de la salud que incluye la comunicación en sentido opuesto requiriéndose una respuesta, con el propósito de garantizar el continuo de la atención.

**Recién nacido prematuro:** Todo neonato que nace antes de las 37 semanas de gestación (22 a 36 6/7 semanas)

**Recién nacido Pos termino:** Recién nacido que nace después de las 42 semanas de gestación.

**Recién Nacido Perinatalmente Expuesto:** Todo neonato que durante el embarazo, parto y puerperio estuvo expuesto a enfermedades de transmisión vertical: Toxoplasmosis, Rubéola, Sífilis, Malaria, Chagas, Hepatitis B, VIH, Chikungunya, Zika y Dengue.

**Sepsis neonatal:** Síndrome clínico de respuesta sistémica a una infección hematógena, con o sin localización, con hemocultivo positivo o no, que se produce dentro de los primeros 28 días de vida.

**Síndrome de Distres Respiratorio (Enfermedad de Membrana Hialina):** es una condición de insuficiencia pulmonar predominantemente en el recién nacido prematuro, que en su curso natural inicia poco tiempo después del nacimiento y empeora en severidad en los primeros 2 días de vida.

## 7. ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS

**BPN:** Bajo peso al nacer

**DPPNI:** Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta

**EBPN:** Extremado Bajo Peso al Nacer

**EMH:** Enfermedad de Membrana Hialina

**EN:** Encefalopatía neonatal

**FCF:** Frecuencia Cardíaca Fetal

**FCFB:** Frecuencia Cardíaca Fetal Basal

**HPP:** Hemorragia Post Parto

**HELLP:** H de "hemolysis": hemólisis, EL de "elevated liver enzymes": enzimas hepáticas elevadas, LP de "low platelet count": conteo de plaquetas bajo

**MBPN:** Muy Bajo Peso al Nacer

**MEF:** Mujeres en edad fértil

**NTSS:** Norma Técnica del Sector Salud.

**RAM:** Ruptura Artificial de Membranas

**RCIU:** Restricción de Crecimiento Intrauterino

**REM:** Ruptura Espontánea de Membranas

**RN:** Recién Nacido

**RNPT:** Recién Nacido Pre Término

**RNT:** Recién Nacido a Término

**Factor RH:** factor Rhesus

**SAM:** Síndrome de Aspiración Meconial.

## **8. DIRECTRICES PARA LA ATENCIÓN DURANTE LA PRECONCEPCIÓN, EL EMBARAZO, EL PARTO, EL PUERPERIO Y DEL NEONATO.**

A continuación se definen las directrices para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato.

### **8.1 Atención Preconcepcional**

- 8.1.1** El personal de los establecimientos de salud promoverá la atención preconcepcional en la población en edad fértil a nivel institucional y comunitario aprovechando cualquier medio y oportunidad que se presente.<sup>1</sup>
- 8.1.2** El personal de los establecimientos de salud atenderá a las mujeres, hombres y/o parejas en edad fértil, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo.<sup>1</sup>
- 8.1.3** En caso de presencia de alguna condición que amerite tratamiento especializado deberá referir al nivel que corresponde.<sup>1</sup>
- 8.1.4** Cuando se identifique un factor de riesgo modificable la mujer, hombre y/o pareja deben utilizar un método de planificación familiar hasta que el problema se haya resuelto.<sup>1</sup>
- 8.1.5** Toda mujer en edad fértil recibirá atención para la prevención en salud incluyendo la suplementación con micronutrientes particularmente hierro y ácido fólico, las vacunas que le corresponden de acuerdo al esquema nacional de vacunación, evaluación de salud oral y, en caso necesario será referida para atención por odontología.<sup>1</sup>

- 8.1.6** En caso que la mujer sea Rh negativo brindar información y educación para prevenir la iso-inmunización y promover la auto-donación. <sup>1</sup>

## **8.2 Atención Durante el Embarazo**

- 8.2.1** El personal de salud captará a la mujer embarazada para atención prenatal en las primeras doce semanas de embarazo. <sup>1, 2, 3.</sup>
- 8.2.2** Toda embarazada debe contar con un plan de parto elaborado según instrumento establecido. <sup>1, 2, 3.</sup>
- 8.2.3** La embarazada debe recibir atención prenatal de calidad durante todo el embarazo como mínimo en 5 ocasiones, debiendo continuar su evaluación hasta que finalice el embarazo, con el objetivo de vigilar y tomar decisiones durante la evolución del embarazo, obtener una adecuada preparación para el parto y puerperio así como un neonato sano. <sup>1, 2, 3.</sup>
- 8.2.4** Durante las atenciones prenatales se deben practicar pruebas de laboratorio y exámenes complementarios necesarios para identificar factores de riesgo y posibles complicaciones. <sup>1, 2, 3.</sup>
- 8.2.5** Durante las atenciones prenatales se debe asegurar la prevención de enfermedades por vacuna mediante la aplicación de toxoide tetánico y anti-rubeola. <sup>1, 2, 3.</sup>
- 8.2.6** Todos los datos de las atenciones prenatales deben ser registrados en los instrumentos del Sistema Informático Perinatal tales como la Historia Clínica Perinatal Base y el Carnet Perinatal. <sup>1, 2, 3.</sup>
- 8.2.7** La embarazada durante la atención prenatal recibirá acciones de prevención como la suplementación con micronutrientes especialmente hierro elemental y ácido fólico, evaluación de salud oral, las vacunas que le corresponden de acuerdo al esquema



nacional de vacunación, orientación nutricional y preparación para la lactancia materna.<sup>1, 2, 3.</sup>

**8.2.8** El personal de salud en el caso de identificar factores de riesgo (cesáreas anteriores, defectos de cicatrización, implantaciones anormales de placenta), complicaciones o signos de peligro debe referir a la mujer embarazada al tipo de establecimiento que corresponda.<sup>1, 2, 3.</sup>

**8.2.9** El personal de salud debe asegurar la coordinación con el establecimiento de salud al cual refiere, el manejo inicial de la complicación y las condiciones óptimas para el traslado.<sup>1, 2, 3.</sup>

### **8.3 Atención Durante el Parto**

**8.3.1** El personal de salud debe promover por todos los medios posibles la atención institucional del parto, es decir en establecimientos de salud que cuenten con las condiciones de eficiencia para la atención del parto limpio, humanizado, atención inmediata del recién nacido, el manejo de las complicaciones y la referencia efectiva.<sup>1, 2, 4.</sup>

**8.3.2** El parto debe ser atendido por personal calificado (Todo recurso humano de salud: Auxiliar de enfermería, Licenciada en enfermería o médico capacitado en la aplicación de los protocolos para la atención obstétrica y neonatal) utilizando los protocolos correspondientes basados en las mejores prácticas y evidencia científica actualizada.<sup>1, 2, 4.</sup>

**8.3.3** Posterior a la atención del parto se le dará consejería individualizada y se suministrará el método de planificación familiar de acuerdo a los criterios de elegibilidad.<sup>1, 2, 4.</sup>

**8.3.4** Durante la atención del parto se deben evitar prácticas consideradas como violencia obstétrica:<sup>1, 2, 4.</sup>

Violencia física:

- Parto atendido por personal no calificado

- Tactos vaginales innecesarios.
- Tactos vaginales durante la contracción.
- Dilatación digital del cérvix.
- Maniobra de Kristeller.
- Revisión uterina sin analgesia/anestesia.
- Cesáreas sin indicación.
- Episiotomía de rutina.
- Episiotomía y/o Episiorrafia sin anestesia.
- Obviar medidas de bioseguridad.
- Suministro de medicación innecesaria.
- Parto operatorio por personal sin experiencia.
- Manipulación vaginal durante la expulsión.
- Extracción manual de la placenta sin anestesia/analgésico.
- Restricción de las necesidades básicas de la mujer.
- Divulgación de imágenes o información sin consentimiento.
- Obligar o negar el derecho a recibir un método de planificación familiar.

#### **Violencia Psicológica:**

- Lenguaje inapropiado y grosero.
- Discriminación.
- Humillación
- Burlas y críticas con respecto al estado de la madre y a su hijo.
- Omisión de la información sobre la evolución del embarazo por parte del personal de salud.
- Irrespeto a la dignidad de la mujer.
- No ser llamada por su nombre.

- 8.3.5** El personal de los establecimientos de salud brindará consejería a la embarazada sobre la decisión de atención de parto institucional, si su decisión es que será atendida en la comunidad, se le brindará apoyo para asegurar el cumplimiento de las siguientes tres condiciones: <sup>1, 2, 4</sup>
- Que la embarazada no tenga factores de riesgo ni signos de peligro.
  - Que la atención este negociada en el plan individual de parto.

- Que exista un plan de emergencia para que el personal comunitario capacitado en la atención materno neonatal, refiera a la embarazada o puérpera que presente algún signo o síntoma de complicación materna o perinatal.

**8.3.6** En el caso de la detección de complicaciones o signos de peligro durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio el personal de los establecimientos de salud donde se atiende el parto, debe brindar el manejo inicial y referir a la mujer al nivel correspondiente de acuerdo a su grado de riesgo. <sup>1, 2, 4.</sup>

**8.3.7** En caso de partos en establecimientos de salud, si la evolución del puerperio es normal y el recién nacido se encuentra saludable, el alta debe ser dada a las 24 horas de ocurrido el parto por vía vaginal y 48 horas después de una cesárea. <sup>1, 2, 4</sup>

## **8.4 Atención del Neonato**

**8.4.1** Todo neonato que nace fuera de un establecimiento de salud recibirá su primera atención por personal de salud, realizando evaluación integral que incluya Historia Clínica Neonatal Ambulatoria, en la que se identifiquen factores de riesgo familiares, sociales, maternos, de la gestación y del parto, cálculo de la edad gestacional y examen físico completo con el objetivo de identificar factores de riesgo y signos de peligro que permitan tomar acciones oportunas y eficaces que garanticen su salud.<sup>5,6,7</sup>

**8.4.2** Todo neonato, atendido por personal de salud al momento de su nacimiento, recibirá los cuidados inmediatos en base al protocolo correspondiente, para favorecer la transición exitosa a su vida extrauterina, pinzamiento tardío del cordón, práctica del apego precoz, con el objetivo de prevenir, detectar y manejar inmediatamente las complicaciones.<sup>8-12</sup>

**8.4.3** Todo neonato al momento de su ingreso a la sala de puerperio y previo al alta, será evaluado por el personal de salud para: confirmar su identificación, determinar su estado de salud, vigilar sus signos

vitales seis veces en las primeras dos horas y cada cuatro horas en el resto de las 24 horas y sus funciones orgánicas generales, identificar problemas de alimentación, fomentar la lactancia materna exclusiva e iniciar el esquema de vacunación, al momento del alta, entre otros.  
5,6,7

- 8.4.4** El Personal calificado de los establecimientos de salud de segundo nivel de atención, se asegurará de la implementación de los tamizajes neonatales para la detección de cardiopatías congénitas y detección de Sífilis congénita. <sup>6,13</sup>
- 8.4.5** El personal de salud realizará actividades de orientación a la familia que fomenten la prevención y promoción de la salud del recién nacido, como lactancia materna exclusiva, higiene, cuidados del cordón e inmunizaciones. <sup>8,10,11</sup>
- 8.4.6** Todo neonato que al momento de su nacimiento no este vigoroso recibirá atención inmediata conforme al protocolo de reanimación de acuerdo a su condición de salud con el objetivo de prevenir o disminuir el riesgo de complicaciones y secuelas. <sup>5,14,15</sup>
- 8.4.7** Todo neonato que presente signos de peligro recibirá el manejo inicial según protocolo correspondiente y será referido de ser necesario de acuerdo a su gravedad, siguiendo el protocolo de traslado y llenado de la hoja de referencia establecida por la Secretaria de Salud. <sup>5,7,14,16-18</sup>
- 8.4.8** Después del egreso del establecimiento de salud, todo neonato sin complicaciones, debe ser evaluado idealmente en los primeros tres días de vida y no tardar más de 7 días, aquellos que presentaron complicaciones y permanecieron hospitalizados, serán evaluados después de su egreso según protocolos específicos. <sup>5,6</sup>
- 8.4.9** Todo neonato que nace fuera de los establecimientos de salud será evaluado por personal de salud idealmente dentro de las primeras veinticuatro horas de vida. <sup>5</sup>

## 8.5 Atención Durante el Puerperio

- 8.5.1** Toda mujer que tiene su parto en un establecimiento de salud debe recibir atención del puerperio inmediato garantizando seis evaluaciones en las primeras dos horas después del nacimiento del niño. <sup>1,2,4</sup>
  
- 8.5.2** Previo al alta se realizara la evaluación clínica de la mujer y el neonato y en caso de detectar cualquier tipo de violencia u otras condiciones de riesgo social debe ser referida a las instancias correspondientes. <sup>1,2,4</sup>
  
- 8.5.3** La primera atención puerperal ambulatoria para la madre y neonato, idealmente debe ser brindada entre los tres y los siete días después del parto, orientada a verificar el bienestar de la madre y el neonato y a identificar signos de peligro y complicaciones, para su manejo oportuno y la realización de actividades de promoción y prevención de la salud como lactancia materna, inmunizaciones y planificación familiar. <sup>1,2,4</sup>
  
- 8.5.4** En caso de detección de complicaciones o signos de peligro se debe brindar el manejo inicial y referir a la madre o el neonato al nivel correspondiente de acuerdo al tipo de complejidad del establecimiento de salud y a su gravedad. <sup>1,2,4</sup>
  
- 8.5.5** El personal de salud debe promover y proveer un método de planificación familiar que la puérpera decida utilizar de acuerdo a los criterios de elegibilidad según la norma de atención. <sup>1,2,4</sup>

## 8.6 Complicaciones Obstétricas

### 8.6.1 Hemorragia Obstétrica

- 8.6.1.1 El personal calificado de los establecimientos de salud atenderá, de acuerdo al protocolo correspondiente, a toda mujer que se presente con amenaza de aborto para dar manejo adecuado según el caso.<sup>19-23</sup>
- 8.6.1.2 El personal calificado de los establecimientos de salud del segundo nivel atenderá a toda mujer que se presente con aborto en curso, inevitable o incompleto garantizando la atención cumpliendo la Estrategia de Atención Post Aborto.<sup>19-23.</sup>
- 8.6.1.3 El personal calificado de los establecimientos de salud del segundo nivel atenderá a toda mujer que se presente con embarazo molar garantizando la evacuación total del útero y el seguimiento para la prevención de una enfermedad trofoblástica.<sup>24,25,26</sup>
- 8.6.1.4 El personal calificado de los establecimientos de salud del segundo nivel atenderá a toda mujer que se presente con embarazo ectópico garantizando el manejo de la complicación hemorrágica.<sup>27-30</sup>
- 8.6.1.5 El personal calificado de los establecimientos de salud del primer nivel referirá al segundo nivel a toda mujer con amenaza de parto pretérmino asegurando el manejo inicial de la inducción de maduración pulmonar, neuro protección fetal y profilaxis antibiótica si fuese necesario.<sup>31-38</sup>
- 8.6.1.6 El personal calificado de los establecimientos del segundo nivel atenderá a toda mujer que se presente con amenaza de parto pretérmino para evitar que ocurra el parto y favorecer la inducción de maduración pulmonar, neuro protección fetal y profilaxis antibiótica.<sup>31-38</sup>

- 8.6.1.7 El personal calificado de los establecimientos de salud del segundo nivel atenderá a toda mujer que se presente con placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta o ruptura uterina garantizando la resolución de la complicación hemorrágica y la obtención de un neonato en las mejores condiciones posibles. <sup>39,40,41</sup>
- 8.6.1.8 El personal calificado de los establecimientos de salud del primer nivel dará manejo inicial y referencia oportuna al segundo nivel a toda mujer que presente un cuadro de hemorragia post parto. <sup>42,43</sup>
- 8.6.1.9 El personal calificado de los establecimientos de salud del segundo nivel, atenderá a toda mujer que presente un cuadro hemorragia post parto aplicando el código rojo obstétrico, el esquema de las "Cuatro T" y el concepto de la Hora Dorada. <sup>19,42-55</sup>

## 8.6.2 Trastornos Hipertensivos del Embarazo

- 8.6.2.1 El personal calificado de los establecimientos de salud del primer nivel al identificar una embarazada con trastorno hipertensivo del embarazo, brindara la atención inicial si es necesaria y la referirá al segundo nivel. <sup>56-68</sup>
- 8.6.2.2 El personal calificado de los establecimientos de salud del segundo nivel atenderá a toda mujer que se presente con hipertensión gestacional o preeclampsia garantizando una evaluación que permita identificar situaciones que puedan generar progreso de la enfermedad o complicaciones. <sup>56-68</sup>
- 8.6.2.3 El personal calificado de los establecimientos de salud del segundo nivel atenderá, con base a los protocolos correspondientes, a toda mujer que presente preclampsia severa, eclampsia o Síndrome de HELLP, procurando que no se presenten o se repitan las convulsiones, manteniendo las cifras tensionales en niveles aceptables, evitando el agravamiento del cuadro y favoreciendo la finalización oportuna del embarazo. <sup>56-68</sup>

**8.6.2.4** El personal calificado de los establecimientos de salud atenderá a toda mujer que se presente con hipertensión arterial crónica garantizando la continuidad del tratamiento convencional y la identificación de signos y síntomas de agravamiento y de preeclampsia sobre-agregada.<sup>56-68</sup>

### **8.6.3 Otras Complicaciones**

**8.6.3.1** El personal de los establecimientos de salud del primer nivel identificara manifestaciones clínicas de Sufrimiento fetal (disminución de los movimientos fetales, presencia de meconio y alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal) referirá con manejo inicial de reanimación intrauterino a establecimientos del segundo nivel.<sup>69-72</sup>

**8.6.3.2** El personal calificado de los establecimientos de salud del segundo nivel que identifique embarazadas con sufrimiento fetal brindara la atención considerando las manifestaciones clínicas siguientes: disminución de los movimientos fetales, presencia de meconio y alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, para decidir el manejo definitivo a fin de evitar la morbilidad y mortalidad fetal y neonatal de acuerdo al nivel de complejidad y resultados de las pruebas de bienestar fetal.<sup>69-72</sup>

**8.6.3.3** El personal calificado de los establecimientos de salud del primer nivel al identificar a toda mujer que se presente con endometritis, absceso pélvico, infección de sitio quirúrgico o mastitis brindara manejo inicial y referirá oportunamente.<sup>73-78</sup>

**8.6.3.4** El personal calificado de los establecimientos de salud del segundo nivel atenderá a toda mujer que se presente con endometritis, absceso pélvico, infección de sitio quirúrgico o mastitis garantizando el manejo adecuado.<sup>73-78</sup>

**8.6.3.5** El personal calificado de los establecimientos de salud atenderá a toda mujer embarazada complicada con una enfermedad trasmisible o infecciosa aplicando la normativa correspondiente.<sup>79-86</sup>



- 8.6.3.6 El personal calificado de los establecimientos de salud aplicara a toda mujer embarazada inducción o conducción del trabajo de parto cuando existan indicaciones establecidas en el protocolo correspondiente. <sup>87-89</sup>
- 8.6.3.7 El personal calificado de los establecimientos de salud atenderá a toda mujer embarazada con ruptura prematura de membranas realizando acciones para la prevención de infecciones maternas y fetales. <sup>90,91,92</sup>
- 8.6.3.8 El personal calificado de los establecimientos de salud del primer nivel refiere a establecimientos del segundo nivel a la mujer con embarazo de 40 semanas o con dudas de la edad gestacional para su manejo. <sup>93</sup>
- 8.6.3.9 El personal calificado de los establecimientos de salud del segundo nivel atenderá a toda mujer con embarazo de término tardío garantizando la finalización del embarazo con un neonato en las mejores condiciones posibles. <sup>93</sup>
- 8.6.3.10 El personal calificado de los servicios de salud atenderá a toda mujer embarazada con situaciones especiales tales como: embarazo múltiple, presentación pélvica, distocia de hombros y prolapso de cordón aplicando los protocolos correspondientes según el nivel de atención. <sup>94-109</sup>
- 8.6.3.11 El personal calificado de los establecimientos de salud atenderá a toda mujer embarazada con cesárea previa aplicando los protocolos de Parto Vaginal después de Cesárea. <sup>110-112</sup>
- 8.6.3.12 El personal calificado de los establecimientos de salud atenderá a toda mujer embarazada o puérpera con: trombo embolismo y cardiopatías aplicando los protocolos correspondientes. <sup>113-120</sup>
- 8.6.3.13 El personal calificado de los establecimientos de salud del segundo nivel manejará a toda embarazada con diagnóstico de Macrosomía fetal indicando y practicando una cesárea si las siguientes condiciones están presentes: <sup>121</sup>

- Peso fetal estimado por ultrasonido mayor o igual 4,300g. (realizado por personal calificado), y
- Peso estimado por JOHNSON mayor o igual a 4,300g como límite máximo. (NO ENCAJADO: AFU-11X155 a este resultado súmele 500g).

## 8.7 Complicaciones Neonatales

- 8.7.1** El personal calificado de los establecimientos de salud atenderá a todo neonato con asfixia perinatal con el objetivo de manejar y tratar las complicaciones en base al protocolo correspondiente, procurando el menor grado de secuelas posibles. <sup>15,122-124</sup>
- 8.7.2** El personal calificado de los establecimientos de salud brindará atención a todo neonato pretérmino con la finalidad de prevenir, identificar y tratar oportunamente las complicaciones asociadas a su condición en base al protocolo correspondiente. <sup>125-130</sup>
- 8.7.3** El personal calificado de los establecimientos de salud brindará atención a todo neonato post término, con base al protocolo correspondiente, con la finalidad de prevenir, identificar y tratar oportunamente las complicaciones asociadas a su condición. <sup>131-134</sup>
- 8.7.4** El personal calificado de los establecimientos de salud atenderá, con base al protocolo correspondiente, a todo neonato potencialmente séptico o con diagnóstico de sepsis neonatal, empleando racionalmente los antibióticos, con el fin de resolver oportunamente el cuadro infeccioso y evitar complicaciones. <sup>135-141</sup>
- 8.7.5** El personal calificado de los establecimientos de salud atenderá, con base al protocolo correspondiente, a todo neonato con ictericia con el objetivo de identificar factores riesgo de hemólisis y afectación neurológica (Encefalopatía por Hiperbilirrubinemia), dará el manejo correspondiente para evitar complicaciones. <sup>142-145</sup>

- 8.7.6** El personal calificado de los establecimientos de salud atenderá a todo neonato con distress respiratorio, con base al protocolo correspondiente, con el propósito de identificar y tratar la causa subyacente: Síndrome de Distress respiratorio del pretérmino (EMH), Síndrome de Aspiración Meconial, Neumonía Connatal, Taquipnea Transitoria del Recién Nacido y otros. <sup>146-162</sup>
- 8.7.7** El personal calificado de los establecimientos de salud que atiende a neonatos con requerimientos de oxígeno hará uso racional del mismo, según protocolo correspondiente, con el fin de prevenir complicaciones asociadas a hipoxemia o hiperoxemia. <sup>163-166</sup>
- 8.7.8** El personal calificado de los establecimientos de salud identificará y atenderá a todo neonato con malformaciones congénitas a fin de clasificar y brindar el manejo según la condición, con base al protocolo correspondiente. <sup>13,167-181</sup>
- 8.7.9** El personal calificado de los establecimientos de salud identificará y atenderá con base al protocolo, a todo neonato perinatalmente expuesto a: toxoplasmosis, rubeola, sífilis, malaria, enfermedad de Chagas, hepatitis B, VIH, dengue, chikungunya y Zika, entre otras con el objetivo de brindar el manejo oportuno y prevenir las complicaciones. <sup>182-196</sup>
- 8.7.10** El personal calificado de los servicios de salud realizará el traslado de neonatos complicados garantizando que el mismo sea efectuado en condiciones que aseguren lo siguiente: normoglicemia, eutermia, oxigenación, estado hemodinámico adecuado, la continuidad del tratamiento instaurado, cumpliendo con el protocolo, que incluye la técnica canguro y apoyo emocional a la familia. <sup>16,17,18</sup>

## 9. BIBLIOGRAFIA

1. OPS/CLAP/SMR Fescina, R. H., De Mucio, B, Díaz Rosello, J. L., Martínez G., & Serruya, S. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. *Pub. Cient.* Enero 2008 (1562).
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – Buen Inicio. Cuidado de la Gestación. En Crecimiento y Desarrollo Temprano – Prácticas y Recursos en comunidades seleccionadas de Apurímac, Cajamarca, Loreto y Cusco. UNICEF /USAID. Lima; 2003:37-55.
3. TheLancet. Maternal and Child Nutrition. 2013. Disponible en: <http://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-nutrition>.
4. Chaparro CM, Lutter C. Más allá de la supervivencia: Prácticas Integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la salud de madres y niños. OPS/OMS Washington DC. Dic. 2007.
5. Lacarrubba J, Galván L, Barreto N, Adler E, Céspedes E: Practical Guidelines for Neonatal Management: Immediate Attention for Healthy Full-Term Newborns. *Pediatr. (Asunción)*. 2011; 38(2): 138-145.
6. Johnson L, Cochran WD. Valoración del recién nacido: historia y exploración física. En: Cloherty JP, Eichenwald EC, Hansen AR, Stark AR. Manual de Neonatología 7ª edición (español). Barcelona. Editorial Wolters Kluwer Health España, S.A. Lippincott Williams & Williams. 2012: 91-102.
7. M. Sánchez L, Pallas C, Mussons F, Urcelay E, Castro JR, López E. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*. 2009; 71(4): 349-361.
8. Ceriani C. J., Carroli G., Pellegrini L., Ferreira, M., Ricci, C., Casas, et al. [The effect of early and delayed umbilical cord clamping on ferritin levels in term infants at six months of life: a randomized, controlled trial]. *Archivos argentinos de pediatría*. 2010: 108(3): 201-208.

9. Darling EK, McDonald H. meta-analysis of the efficacy of ocular prophylactic agents used for the prevention of gonococcal and chlamydial ophthalmia neonatorum. *J Midwifery Womens Health*. 2010; 55(4):319-27.
10. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5(3). doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.
11. Sinha A, Sazawal S, Pradhan A, Ramji S, Opiyo N. Chlorhexidine skin or cord care for prevention of mortality and infections in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015 Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD007835.pub2.
12. McCall EM, Alderdice F, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 3. Art. No.: CD004210. DOI: 10.1002/14651858.CD004210.pub4.
13. Cullen Benitez, P., & Guzman Cisneros, B. Tamiz de Cardiopatías Congénitas Críticas: Recomendaciones Actuales. *Acta Medica Grupo Angeles*, 2014; 12(1):24-29.
14. Thomas EJ, Williams AL, Reichman EF, Lasky RE, Crandell S, Taggart WR. Team Training in the Neonatal Resuscitation Program for Interns: teamwork and Quality of Resuscitations. *Pediatrics*. 2010; 125:539-46.
15. Wyckoff MH, Aziz K, Escobedo MB, Kapadia VS, Kattwinkel J, Perlman, et al, Part 13: neonatal resuscitation: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary, Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015;132(suppl 2): 543–560.
16. Iglesias E. Álvaro, Castañón López L. Transporte (traslado) neonatal. *Protocolos de Neonatología. Bol Pediatr* 2006; 46(SUPL. 1): 166-171.
17. Morillo, M.Thió, A. Alrcón, Ma. T.Esqué. Transporte neonatal. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría*, 2008.

18. CLAP/SMR - OPS/OMS. Guía de traslado Neonatal. Medellín septiembre de 2007
19. Chandraharan,e. Arulkumaran,s; surgical Aspects of Postpartum haemorrhage; best practice & research clinical Obstetrics and Gynaecology,2008. vol 22, no. 6, pp. 1089-1102.
20. Jones R, Darroch J, Henshaw S; Contraceptive Use Among U.S. Women Having Abortions in 2000-2001; Perspectives on Sexual and Reproductive Health[on line]; February 2003. 34/6; 294-303. DOI: 10.1363/3429402
21. Aura Melisa Mejía Monroy, Ana Lisbeth Moreno Espinosa, Gerardo Efraín Téllez Becerrillb, Francisco Eduardo Turcios Mendoza (coordinadores) Guía clínica de Sepsis y Embarazo. № 1. Panama: FLASOG GC, 2013
22. Committee opinion no. 465: Antimicrobial prophylaxis for cesarean delivery: timing of administration. Obstet Gynecol [on line] 2010; 116(3):791. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181f68086
23. Mackeen A D, Packard E, Ota E , Speer L. Antibiotic regimens for postpartum Endometritis [on line], Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015, onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001067.pub3/abstract
24. ACOG Committee & Sgo Education Committee; Diagnosis and Treatment of Gestational Trophoblastic Disease; Clinical Management Guidelines For Obstetrician-Gynecologists .Number 53, June 2004.93/3,575-585.
25. Benedet J;Pecorelli S. And Cols; Staging Classifications And Clinical Practice Guidelines Of Gynaecologic Cancers. 2a Ed. International Journal Of Gynaecology And Obstetrics, sep 2000.70: 207-312.
26. El – Helw LM, Cloeman RE, Everard JE et al. Impact of the revised FIGO/ Who system on the management of patients with gestational trophoblastic neoplasia. Gynecologic oncology 2009; 113/3 306 -311. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2009.02.006>
27. Lippincott Williams & Wilkins CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, 2012. 55(2): 440–447.

28. Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo: CLAP/SMR; 2012.
29. Hajenius PJ, Mol F, Mol BWJ, Bossuyt PMM, Ankum WM, van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998; Issue 4. Art. No.: CD000324; DOI: 1002/14651858.CD000324.pub2.
30. Tay JI, Moore J, Walker JJ. Ectopic pregnancy. West J Med 2000; 173(2): 131-4.
31. Oyarzún E. Parto Prematuro. Clínicas Perinatológicas Argentinas 1996/1997; 1:32-76.
32. IFFY-Kamieszky. Obstetricia y perinatología. Principios y práctica,1992. 2:1460.
33. Uranga Imaz F. Obstetricia práctica. Quinta edición, 1981: 400.
34. Swarcz R, Sala, Duverges. Obstetricia. Quinta edición, 1995:218
35. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Guideline Nº 7. Antenatal corticosteroids to prevent respiratory distress syndrome. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, April 1996 (Type I evidence – review including one large meta-analysis)
36. Tucker J, McGuire W, Epidemiology of preterm birth . BMJ 2004;329:675-678
37. Costantine MM, Drever N. Antenatal Exposure to Magnesium Sulfate and Neuroprotection in Preterm Infants.Obstet Gynecol Clin N Am 2011;38(2):351-366. doi.10.1016/j.ogc.2011.02.019
38. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice; Society for Maternal- Fetal Medicine. Committee Opinion No. 455: Magnesium sulfate before anticipated preterm birth for neuroprotection. Obstet Gynecol 2010 Mar;115(3):669-71.

39. Segundo Cecilio Acho-Mego; Jorge Salvador Pichilingue; Jorge Antonio Díaz-Herrera; José Raúl Paredes-Salas Hemorragia de la segunda mitad del embarazo Rev peru. Ginecol Obstet.[en línea]. [fecha de acceso 27 de junio del 2011] 2011; 57(4): 243-247
40. Oyeles; Yinka MD;. John C. MD; Smulina; MPH. Placenta previa, placenta accrete and vasa previa. Rev Obstet Gynecol. Abril 2006. 107(4): 927-941 Medline. doi: 10.1097/01.AOG.0000207559.15715.98
41. Joy, Saju; Deborah Lyon (agosto de 2008). «Placenta Previa». Obstetrics and Gynecology (en inglés). eMedicine.com. Consultado el 15 de mayo de 2009
42. ACOG practice bulletin No. 76; Postpartum Hemorrhage; clinical management guidelenes of obstetrician-gynecologists, Oct 2006: 1039-1046
43. Lalonde, a. Daviss, b.a. Acosta,a. Potpartum Hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006; international journal of gynecology and obstetrics .2006. 94(3): 243-253 doi: 10.1016/j.ijgo.2006.04.016.
44. Hoffman, Camille MD. Postpartum hemorrhage; postgraduate obstetrics & gynecology, Jan 2009.29(2): 1-6. doi: 10.1097 / 01.PGO.0000342884.77973.30
45. Schuurmans, n. mac kinnon c. lane, c. and cols. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage; Journal sogc, april 2000. 22(4): 271-281.
46. Sushing, g. britt, l. Reperfusion injury After Hemorrhage. a collective review; annals of surgery. june 2008. 247(6): 909-1088.
47. Versaevel, n. Darling, l. and cols. Prevention and Management of postpartum Haemorrhage; Aom clinical Practice Guideline. march 2006 no. 9: 1-12
48. Cameron, m. robson, s. vital statistics: an overview; Postpartum Hemorrhage. sapiens publishing. 2006: 17-34.



49. Ramanathan, g. Arulkumaran, s. Postpartum Hemorrhage; journal obstet gynecol can 2006; 28 (11): 967-973.
50. Magann, e. Evans, s. Chauhan, s. and cols. The Length of the Third stage of labor and the risk of postpartum hemorrhage; obstet gynecol 2005. 105(2): 290-293
51. Mercier, f. Van de Velde, m. Major Obstetric Hemorrhage; Anesthesiology clinics 26 (2008). 26(1) 53-66. doi: 10.1016/j.anclin.2007.11.008.
52. Santoso, Joseph T. MD; Saunders, Brook A. MD; Grosshart, Ken MD. Massive Blood loss and transfusion in obstetrics and gynecology; obstetrical and gynecological survey. Dec 2005. 60(12): 827-837.
- ~~53.~~ Oyelese,y. Scorza,w, Mastrolia,r and cols. Postpartum Hemorrhage; Obstet gynecol 2007; 34(3): 421-441. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2007.06.007>
54. Fuller,a. Bucklin,b. Blood Component therapy in Obstetrics; Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 34(2007) 443-458.
55. Lombaard,h. Pattinson,r. Common Errors and remedies in managing postpartun haemorrhage; best practice & research clinical obstetrics and gynaecology. xxx (2009) 1-10.
56. National High Blood Pressure Education Program working group; Report of the National high blood Pressure education program working group on high blood pressure in pregnancy; American Journal of Obstetrics and Gynecology July 2000. 183(1): 1-22. <http://dx.doi.org/10.1067/mob.2000.107928>
57. ACOG Practice Bulletin No 33; Diagnosis and Management of preeclampsia and eclampsia; clinical management guideline for Obstetrician Gynecologists, Janu 2002:444-452.
58. Sibai, b. Diagnosis, Prevention, and Management of Eclampsia; Obstet Gynecol, February 2005; volume 105: 402-10.

59. Sibai, b. Diagnosis and Management of Gestational and Preeclampsia; *Obstet Gynecol*, July 2003; 102 (1): 181-192.
60. Sibai, b. chronic Hypertension in Pregnancy; *Obstet Gynecol*, Agosto 2002; ÷ 100(2): 369-377.
61. Sibai, b. Diagnosis, Controversies, and Management of the syndrome of hemolysis, elevated liver Enzymes, and Low Platelet count.; *Obstet Gynecol*, may 2004. 103(5) part 1: 981-991.
62. Martin,j. Rose,c. Briery,c. Understanding and managing hellp syndrome: the integral role of aggressive Glucocorticoids for Mother and child; *American journal of Obstetrics and Gynecology*.2006.195 (4): 914-934  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.08.044>
63. Haram,k. Svendsen, E. abildgaard,u ; the Hellp Syndrome: clinical issues and Management. a Review; *bmc Pregnancy and childbirth*. february 2009, 9:8 DOI: 10.1186/1471-2393-9-8
64. Sibai, b. stella,c. Diagnosis and Management of atypical preeclampsia-eclampsia; *American journal of Obstetrics and Gynecology*.2009. 200(5):481.e1-481.e7  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2008.07.048>
65. Witlin,a. sibai,b. Magnesium sulfate therapy in Preeclampsia and Eclampsia; *obstet Gynecol* 1998; 92:883-889.
66. Dr. Paulino Vigil de Gracia Módulo de Capacitación en preeclampsia-eclampsia Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología Noviembre 2012.
67. Miller, David; Intrapartum fetal monitoring. Maximizing benefits and minimizing risks; *Contemporary ob Gyn*. Feb 2010: 26-39.
68. ACOG Committee opinion No 348; Umbilical Cord Blood Gas and Acid-Base Analysis; *Obstet Gynecol* nov 2006. 108(5): 1319-1322.

69. Task Force on Neonatal Encephalopathy and Cerebral Palsy; Neonatal Encephalopathy and Cerebral Palsy; Defining the pathogenesis and pathophysiology ACOG.2002; 1-83.
70. Liston, R. Sawchuck, D. Young, D and cols. Intrapartum fetal Surveillance; JOGC. Sept 2007.S25-S42.
71. Strijbis, E. Oudman, I. Van Essen, P, McLennan, A.; Cerebral palsy and the application of the International criteria for acute Intrapartum Hypoxia; Obstetrics and Gynecology. June 2006.107(6):1357-1365.
72. Faro C, Faro FS. Postoperative Pelvic Infections. Infectious Disease Clinics of North America.2008; 22: 653-663.
73. T Cobo, M López, M Palacio. Protocolo: Servei Medicina Maternofetal: Servei Microbiologia: J Bosch Servei Malalties Infeccioses: J MensaData .8/02/2014.
74. Institut clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, hospital Clínic de Barcelona.Protocolo: Fiebre Puerperal. 8/02/2014.
75. Eduardo Malvino, Infecciones Graves en el Embarazo y el Puerperio Buenos Aires, 2011.
76. French LM, Smaill FM. Regímenes de antibióticos para la endometritis postparto. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. 2007. DOI: 10.1002/14651858.CD001067.pub2
77. Barton, J. R., & Sibai, B. M. Severe sepsis and septic shock in pregnancy. Obstetrics & Gynecology. 2012;120 (3): 689-706.
78. World Health Organization Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control.2009.
79. Secretaría de Salud de Honduras. Lineamientos para el manejo clínico de pacientes con Dengue. 1 ed. 2011.

80. Organización Panamericana de la Salud. Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus Chikungunya en las Américas. Washington D.C. 2011.
81. Secretaría de Salud de Honduras. Guías de Manejo Clínico de Fiebre Chikungunya, 1 ed. 2014
82. Huerta A, González N, Torres A. Influenza A (H1N1): manifestaciones clínicas e indicaciones profilácticas y terapéuticas. Barcelona España. 2010.
83. Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia FLASOG. Guía Clínica para el Manejo de Sepsis y Embarazo. 2013. Guía №1
84. ACOG. Induction of labor; Clinical Management Guidelenes for Obstetrician-Gynecologists. Practice bulletin number 10.November 1999.
85. Rangunath, *M.*, Mc Ewan, A.S. *Induction of labour. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine.* 2008; 18: 1–6.
86. ACOG. dystocia and augmentation of labor; clinical management guidelenes for obstetrician-gynecologists. Practice bulletin number 49, December 2003. Compendium acog 2009.
87. *Goldberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet 2008; 371: 75–84.*
88. Saigal S, Doyle LW. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. Lancet 2008; 371: 261-9.
89. Lumbiganon P, Villar J, Laopaiboon M, Widmer M, Thinkhamrop J, Carroli G, et al. One-day compared with 7-day nitrofurantoin for asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2009; 113 (2 pt 1):339-45.
90. Hussain AA, Yakoob MY, Imdad A, Bhutta ZA. Elective induction for pregnancies at or beyond 41 weeks of gestation and its impact on stillbirths: a systematic review with meta-analysis. BMC Public Health .2011; 11 (3):5.

91. American College of Obstetrician and Gynecologists Committee on Practice Bulletins-Obstetrics; Society for Maternal-Fetal Medicine. ACOG Joint Editorial Committee. ACOG Practice Bulletin 56: Multiple gestation: complicated twin, triplet, and high-order multifetal pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004; 104(4): 869-88.
92. The SOGC Consensus Statement. Management of Twin Pregnancies (Part 1). *J Soc Obstet Gynaecol Can* 2000; 22(7): 519-529.
93. Oyarzún E. *Clínicas Perinatológicas Argentinas* 1996/1997; 1:32-76.
94. Swarchz R, Duverges C, Gonzalo D, Fescina R. *Obstetricia*. Quinta edición. Buenos Aires: El Ateneo. 1995; 218-232.
95. ACOG; Practice Bulletin Shoulder Dystocia Clinical Management; Guidelines Of Obstetrician-Gynecologists. November 2002; 40: 759-763.
96. Zafeiriou D, Psychogiou, K. Obstetrical Braquial Plexus Injury; *Pediatric Neurol*.2008; 38: 235-242.
97. ACOG; Practice Bulletin Fetal Macrosomia Clinical Management; Guidelines Of Obstetrician-Gynecologists. November 2000; 22: 663-670.
98. Gottlieb,A. Galan,H; Shoulder Dystocia: An Update; *Obstetrics And Gynecology Clinics Of North America*. Impact Factor: 1.38.2007; 34: 501-531.
99. Gherman, Robert; Shoulder Dystocia: Prevention And Management; *Obstetrics And Gynecology Clinics Of North America*. 2005; 32(2): 297-305.
100. YamamuraY, RaminK, Rami,S. Trial Of Vaginal Breech Delivery: Current Role; *Clinical Obstetrics And Gynecology*.2007; 50(2): 526-536.
101. Royal College Of Obstetrician And Gynaecologists; The Management Of Breech Presentation; RCOG. Guideline No. 20b, December 2006.
102. Vidaeff A. Breech Delivery Before And After The Term Breech Trial; *Clinical Obstetrics And Gynecology*. Vincenzo Berghella. 2007; 49 (1): 198-210.

103. Gherman R, Chauhan S , Ouzounian J, Lemer H, Gonik B, Murphy T. Shoulder Dystocia: The Unpreventable Obstetric Emergency With Empiric Management Guidelenes.2006: AJOG. September 2006; 195(3): 657-672.
104. ACOG; Practice Bulletin Shoulder Dystocia Clinical Management. Guidelenes Of Obstetrician-Gynecologists.2002; 40:759-763.
105. ACOG; Practice Bulletin No. 115: Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery; Clinical Management Guidelines For Obstetrician-Gynecologists. August 2010. 116(2 PT 1): 450-463. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181eeb251
106. Landon, MB.; Vaginal Birth After Cesarean Delivery; Clin Perinatol. Sep 2008. 35(3):491-504. doi: 10.1016/j.clp.2008.07.004.
107. Smith,J. Mertz,H, Merrill,D.; Identyfing Risk Factors For Uterine Rupture; Clin Perinatol Mar 2008. 35(1) 85-99. doi: 10.1016/j.clp.2007.11.008.
108. Rosenberg,V. Lockwood,C.; Thromboembolism In Pregnancy; Obstetrics Gynecology Clinics Of North America.2007.34(3):481-500. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2007.06.006>
109. ACOG; Practice Bulletin No123. Thromboembolism In Pregnancy; Clinical Management Guidelines For Obstetrician-Gynecologists, Sep 2011.
110. Fields,J. Goyal,M.; Venothromboembolism; Emergency Medicine Clinics Of North America,2008.26(3): 649-683. <http://dx.doi.org/10.1016/j.emc.2008.04.004>
111. Gei, A. Hankins,G.; Cardiac Disease And Pregnancy; Obstetrics And Gynecology Clinics. Sep 2001.28(3) [http://dx.doi.org/10.1016/S0889-8545\(05\)70214-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0889-8545(05)70214-X)
112. Reirnold,S. Rutherford,J.; Valvular Heart Disease In Pregnancy; New England Journal Of Medicine,2003. 349(1):52-59
113. Klein, L. Galan, H.; Cardiac Disease In Pregnancy. Obstetrics And Gynecology Clinics Of North America, Jun 2004.31(2): 429-459. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2004.03.001>

114. Earing M, Webb G. Congenital Heart Disease And Pregnancy Maternal And Fetal Risks; Clinics Perinatology.2005; 32: 913-919.
115. Simpson L, MD. Cardiopatías Maternas: Actualización para el Médico, 2012 The American College of Obstetricians and Gynecologists Obstet Gynecol 2012; 119: 345–59.
116. Induction of labour for suspected fetal macrosomia (Review) Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley y Sons, Ltd.
117. Wall SN, Lee AC, Carlo W, Goldenberg R, Niermeyer S, Darmstadt GL, et al. Reducing intrapartum-related neonatal deaths in low- and middle-income countries-what works?. Semin Perinatol. 2010 Dec; 34(6):395-407.
118. Berhan Y, Berhan A. Meta-analysis of selected maternal and fetal factors for perinatal mortality. Ethiop J Health Sci. 2014 Sep; 24 (Suppl):55-68.
119. Blanco D, García A.A, Valverde E, Tenorio V, Vento M, Cabañas F; Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (SEN). Neuroprotección con hipotermia en el recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica. Guía de estándares para su aplicación clínica. An Pediatric (Barc). 2011; 75: (5)341.e1-20.
120. Tonse R.N. “Moderately Preterm, Late Preterm and Early Term Infant: Research Needs.” Clinics in perinatology. Dic.2013:40(4)
121. Support Study Group of the Eunice Kennedy Shriver NICHD Neonatal Research Network. Target Ranges of Oxygen Saturation in Extremely Preterm Infants. The New England journal of medicine. 2010;362(21):1959-1969.
122. Farrow KN, Lee KJ, Perez M, Schriewer JM, Wedgwood S, Satyan Lakshminrusimha, et al. Brief Hyperoxia Increases Mitochondrial Oxidation and Increases Phosphodiesterase 5 Activity in Fetal Pulmonary Artery Smooth Muscle Cells. Ogost 2012;17 (3): 460-470

123. Henderson G, Fahey T, McGuire W. Nutrient-enriched formula milk versus human breast milk for preterm infants following hospital discharge. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007; 4.
124. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014; 4.
125. Bell EF, Acarregui MJ, Cochrane Review: Restricted versus liberal water intake for preventing morbidity and mortality in preterm infants, Article first published online. 20 abril 2011; 6(3).
126. Díaz Villegas Manuel, Trastornos del Desarrollo. Recién Nacido Post Término. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.
127. Stotland NE, Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. Gestational weight gain and adverse neonatal outcome among term infants. *Obstetric Gynecol*. Sep 2006; 108(3 Pt 1): 635-43.
128. Grupo de Reanimación Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología. Manual de Reanimación Neonatal. 2ª Edición, Editorial Ergon. Sociedad Española de Neonatología. 2007.
129. Guzmán JC, Carrasco SR, Gómez EG, Herrainz C, Tofé I V. Embarazo prolongado. Recién Nacido Post Maduro, Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría. 2008.
130. Bradley JS, Elk Grove Village. Antimicrobial therapy for newborns, *Pediatrics* 2012; 129 (5): 1006–1015; and *American Academy of Pediatrics In*: 2014; 17–36.
131. Lutsar I, Chazallon C, Carducci FI, Trafojer U, Abdelkader B, de Cabre VM, et al. Current management of late onset neonatal bacterial sepsis in five European countries. *Europ J. Pediatrics*. 2014; 173 (8): 997- 1004.



132. Camacho G, Spearman PW, Stoll BJ, Neonatal Infectious Diseases, Evaluation of Neonatal Sepsis; *Pediatric Clinics North America*. 2013; 60 (2) 367–389.
133. Puopolo KM, Draper D, Wi S, Newman TB, Zupancic J, Lieberman E, et al. Estimating the probability of neonatal early-onset infection on the basis of maternal risk factors. *Pediatrics* 2011; 128 (2):1155-63.
134. Stoll BG, Hansen NI, Sanchez PJ, Faix R, Poindexter B, Van Meursk, et al. Early Onset Neonatal Sepsis: The Burden of Group B Streptococcal and E. coli Disease Continues, *Pediatrics* 2011; 127(5).
135. Long S, Pickering L, Prober C. Clinical approach to the infected neonate. *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*. 4th Edition. Philadelphia. Elsevier Saunders. 2012; 536-538.
136. Santos RP, Tristram D: A Practical Guide to the Diagnosis, Treatment, and Prevention of Neonatal Infections *Pediatric Clinics North America*. 2015; 62: 491–508.
137. Neonatal Jaundice, National Institute for Health and Care Excellence Centre for Clinical Practice – Surveillance Programme. Recommendation for Guidance Executive. *Indian*. 2014
138. Ceresetto M, Albarracín M. I, Fedullo T. M. Pautas para el manejo de hiperbilirrubinemia indirecta neonatal en los recién nacidos de 35 ó más semanas de edad gestacional que requieren internación. *Sociedad Bonaerense de Neonatología – Sobneo*. diciembre 2007.
139. Trikalinos T, Chung M, Lau J, Ip S. Systematic review of screening for bilirubin encephalopathy in neonates. *Pediatrics*. 2009; 124(4):1162–1171.
140. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement: Screening of Infants for Hyperbilirubinemia to Prevent Chronic Bilirubin Encephalopathy. *Pediatrics*. October 2009; 124 (4).
141. Reuter S, Moser C, Baack. Respiratory Distress in the Newborn. *Pediatrics in Review*. 2014; 35 (10): 417 - 429.

142. Secretaria de Salud. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido. México: CENETEC 2009.
143. Coto C GD, López S J, Fernández C B, Álvarez C F, Ibáñez F A. Recién Nacido a Término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. Asociación Española de Pediatría. 2008.
144. Anderson, J. Delivery Through Meconium stained Amniotic Fluid. NeoReviews. 2012; 13 (6): 384 - 387.
145. Bahadue F, Soli R. Early versus Delayed Selective Surfactant Treatment for Neonatal Respiratory Distress Syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews.2014.
146. Di Renzo G, Roura, L, Baccinetti F, Antsaklis A, Breborowicz G, Gratacos E, et al. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm rupture of membranes and preventive tools for pre term birth. The Journal of Maternal - Fetal and Neonatal Medicine.2011; 24(5):659 - 667.
147. Hahn S, Choi H. Lung Lavage for meconium Aspiration Syndrome in Newborns Infants. Cochrane Database in Systematic Reviews.2014.
148. Lakshminrusimha S, Manja V, Mathew B and Suresh G. Oxygen targeting in preterm infants: a physiological interpretation. Journal of Perinatology. 2015; 35: 8 - 15.
149. Pakeshumar, S, Arne O. Sildenafil for Hypertension in Neonates. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009.
150. Reuter, S., Moser C, Baack M. Respiratory Distress in the Newborn. Pediatrics in Review 2014; 35 (10): 417 - 431.
151. Swarnam K, Soraisham A, Sivanandan S. Advances in the Management of Meconium Aspiration Syndrome. International Journal of Pediatrics. 2012; 2012: 1 - 7.

152. Sweet, D., Carnieli V, Greisen G, Hallman M, Ozek E, Plavka R, et al. European Consensus Guidelines on the Management of Neonatal Respiratory Distress Syndrome in Preterm Infants. *Neonatology*. 2013; 103: 353 - 368.
153. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Guía Rápida Registro SIGGES. Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido. Grupo Gestión del Cambio – Proyecto SIGGES. Junio 2007.
154. Coto C GD, López S J, Fernández C B, Álvarez C F, Ibáñez F A. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. *Anales Españoles de Pediatría* 2007; 17:257-273.
155. Sánchez LM. Asistencia respiratoria neonatal, tendencia actual Neonatal respiratory assistance: current trends. *Anales de pediatría (Barc)*.2009; 70(2):107–110.
156. Sola A. Oxygen Saturation in the Newborn and the Importance of Avoiding Hyperoxia – Induced Damage. *NeoReview* 2015; 16(7): 393-405.
157. American Association for Respiratory Care (AARC). Clinical Practice Guideline. Oxygen Therapy for Adults in the Acute Care Facility. *Respiratory Care* 2002; 47(6):717-720.
158. American Association for Respiratory Care (AARC). Clinical practice guideline. Selection of an Oxygen Delivery Device for Neonatal and Pediatric Patients. Revision & Update. Reprinted from *Respiratory Care* 2002; 47(6):707-716.
159. Fisher AB. Oxygen therapy: Side effects and toxicity. *Am Rev Respir Dis*.1980; 122(5 pt 2 ): 61-69.
160. Moore A, Vachharajani A. Preparing for the Delivery of a Neonate with Neural Tube Defect. *NeoReviews*.2014;15 (10): 461 - 464.
161. Garnea E, Loane M, Addor MC, Boyd P, Barisic I, Dolk H. Congenital hydrocephalus. Prevalence, prenatal diagnosis and outcome of pregnancy in four European regions. *European Journal of Paediatric Neurology*.2010; 14(2): 150 – 155.

162. Kotecha S, Barbato A, Bush A, Claus F, Davenport M, Delacourt C, et al. Congenital diaphragmatic hernia. *European Respiratory Journal*. 2012; 39: 820 - 829.
163. Benjamin, J, Bizzarro M, Cotten C. Congenital Diaphragmatic Hernia: Updates and Outcomes. *Neo Reviews*. 2011; 12(8): 439 - 452.
164. De Lucaa D, De Carolisa M, Capelli A, Gallini F, Draisci G, Pinto R, et al. Tracheal agenesis without esophageal fistula: genetic, resuscitative, and pathological issues. *Journal of Pediatric Surgery* .January 2008; 43 (1):29–32.
165. Keckler SJ, St Peter SD, Valuse KP, Tsao K, Snider C, Holcomb GW, et al. VACTERL anomalies in patients with esophageal atresia: an updated delineation of the spectrum and review of the literature. *Pediatric Surgery Int*. 2007; 23 (4):309-13.
166. Kastenber, Z., Dutta S. Ventral Abdominal Wall Defects. *NeoReviews*. Julio 2013; 4 (8): 402 – 411.
167. Aguinaga RM, Hernández TM. Evolución neonatal de pacientes con Gastrosquisis. *Perinatología Reproductiva Humana*. Septiembre 2007; 21(3)
168. Primucci P, Viglanc M y Brignoli V. Onfalocel. *Revista Argentina de Ultrasonido*. 2009; 8 (1): 5-8.
169. Sánchez Z, JM, Bono A A, Romero GJ, López LJ. Análisis de los datos maternos y perinatales en pacientes con hipospadias en un periodo de 25 años. *Actas Urológicas Españolas*. Madrid. Julio- agosto 2007; 31(7)
170. FujimotoT, Suwaa T, et al. Placental insufficiency in early gestation is associated with hipospadias. *Journal of Pediatric Surgery*.2008; 43: 358–361.
171. Buys Roessingh A.S, Mueller C, Wiesenauer C, Bensoussan A, Beaunoyer M. Anorectal malformation and Down's syndrome in monozygotic twins. *Journal of Pediatric Surgery*. 2009; 44; 13–16.

172. Tighe D, Petrick, L, Cobourne M, Rabe H. Cleft Lip and Palate: Effects on Neonatal Care. NeoReviews. Mayo 2011; 12 (6): 315 - 325.
173. Chen Harold, MD. Down Syndrome. Louisiana State University Medical Center. Mar, 2010.
174. Ranweiler R, Merritt L. Assessment and Care of the Newborn with Down syndrome. February 2009; 9 (1): 17 – 24.
175. Fillips, D., & Bucciarelli R, MD. Cardiac Evaluation of the New Born. Pediatric Clinical of North America. 2014; 62 (2): 471 - 489.
176. Durlach R., Kaufer F., Carral L., Freuler C. y col. Consenso Argentino de Toxoplasmosis Congénita. Medicina (B Aires). 2008; 68(1):75-87.
177. Tian Cuixia; Congenital Infections, Part 2, Neo Reviews. American Academy of Pediatrics. 2010; 11 (12):673 – 680.
178. Protocolos Diagnóstico y Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría, 2008.
179. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolo de vigilancia de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en la fase de eliminación. España Julio de 2008.
180. OPS/OMS/UNICEF/CLAP/SMR N° 1569. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. Documento Conceptual. Septiembre de 2009.
181. Syphillis, Congenital. En Guidelines for acute Care of neonate. Newborn section, Department of Pediatrics, Baylor College of Medicine.15th ed.2007 - 2008.
182. Carmona F.J., M.D., Maestre B. A,M.D. Incidencia de las malaria gestacional, congénita y placentaria en Urabá (Antioquia, Colombia), 2005-2007. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.2009; 60 (1): 19-33.

183. Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal. Manual de Manejo de Enfermedades Parasitarias Prioritarias en Honduras / Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal/OPS –OMS. 2a. Ed. 2009.
184. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Enfermedad de Chagas Importada. Protocolo de Actuación en la Comunitat Valenciana.2009.
185. Jackson Y, Myers C, Diana A, Marti H.P, Wolff H, Chappuis F, et al. Congenital Transmission of Chagas Disease in Latin American Immigrants in Switzerland. *Emerging Infectious Diseases*. April 2009; 15 (4).
186. Pérez B.A. Enfermedad de Chagas: Un desafío asistencial y de salud pública. España. 2009.
187. Lee C, Gong Y, et al; Inmunización contra la hepatitis B para los recién nacidos de madres con pruebas positivas para el antígeno de superficie de la hepatitis B. *Biblioteca Cochrane Plus*. 2008; 2.
188. Koff, R. S. Review article: vaccination and viral hepatitis—current status and future prospects. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2007; 26 (10): 1285-1292.
189. Cordero JL, Fernández R.M, Grande A.M, Arroyo J.E. Prevención de las Infecciones Víricas en el Recién Nacido. *Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría*.2008:55; 522-524.

