



Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud - Asistencial
Consulta Médica General de Control al Programa de Control Prenatal

Código:PA-GU-10-PT-26

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 1 de 42

1. PROCESO/SUBPROCESO RELACIONADO:	Gestión de la cultura y el bienestar- Gestión Asistencial Unidad de Salud
2. RESPONSABLE(S):	Medico (a) especialista en ginecobstetricia y profesional de enfermería y profesional de enfermería.
3. OBJETIVO:	Garantizar una adecuada valoración clínica que permita vigilar la evolución del embarazo y prepara a la madre para el parto y la crianza de su hijo.
4. ALCANCE:	Aplica a las consultas médicas donde se da continuidad a la atención de la gestante afiliadas a la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, en el programa de detección temprana de alteraciones en el embarazo
5. MARCO NORMATIVO:	<ul style="list-style-type: none">• Ley 100 del 23 diciembre 1993. (SSSI)• Resolución 3997 del 30 octubre de 1996. (Definen acciones de p y p).• Acuerdo 117 del 30 noviembre 1998 (obligatoriedad).• Resolución 412 del 25 febrero 2000. (norma técnica: actividades p y p, demanda inducida y guías enfermedades en salud pública, programación de actividades, seguimiento y evaluación).• Resolución 3384 del 29 de diciembre de 2000 (incluye actividades Pos, copagos y cuotas moderadoras.• Ley 1098 de 2006: Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia• Guía para la detección temprana de alteraciones del embarazo. Ministerio de la Protección Social. 2007.• Resolución 425 de 2008: Define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales.• Acuerdo 29 de 2011: Aclara y actualiza el POS.• Circular 90 de 2011: Intensificación de las acciones para la eliminación de la sífilis congénita en el país.



Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud - Asistencial
Consulta Médica General de Control al Programa de Control Prenatal

Código:PA-GU-10-PT-26

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 2 de 42

	<ul style="list-style-type: none">• Resolución 4505 del 28 de diciembre de 2012. (Reporte SISPRO sistema de integración de la información de la protección social)• Circular 16 de 2012: lineamientos para el funcionamiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH.• PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA 2012-2021• Resolución 2003 de 2014: Requisitos que deben cumplir las entidades de salud para prestar sus servicios.
--	--

6. CONTENIDO:

No.	Actividad / Descripción	Cargo Responsable	Punto de control
1	Saludar a la paciente y confirmar su identificación. Revisar que este agendada y facturada.	Medico (a) especialista en ginecobstetricia	Historia Clínica
2	Realizar lavado de manos según protocolo institucional.	Medico (a) especialista en ginecobstetricia	Historia Clínica
3	Crear un ambiente de confianza para la atención	Medico (a) especialista en ginecobstetricia	Historia Clínica
4.	Realizar Anamnesis: debe estar orientada a la identificación e intervención de los riesgos biosipcosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación. – Identificar la aparición de nuevos síntomas, signos y otros eventos asociados con la gestación, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales o auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, sintomatología urinaria, intolerancia a la vía oral y patrón de sueño alterado. – Cumplimiento de remisiones, tratamientos, recomendaciones, y otros: Toma de exámenes de laboratorio (anexo1), tamizaje para cáncer de cérvix, realización de ecografía obstétrica,	Medico (a) especialista en ginecobstetricia	Historia Clínica



	<p>toma de micronutrientes, vacunación con Td, asistencia a odontología, asistencia a otros profesionales y/o especialistas, tratamiento farmacológico prescrito diferente a micronutrientes, asistencia a curso de preparación gestante, cumplimiento de recomendaciones dadas en consultas anteriores.</p> <p>– Cambios en el patrón de los movimientos fetales. Dejar registrada la información en el PA-GU-10-FOR-27 Registro complementario de la consulta de control prenatal.</p>		
5	<p>Registrar en la Historia clínica del CLAP 2010 y anexo 6 del Consulta de primera vez para la detección temprana de alteraciones en el embarazo) la información referida a los exámenes de laboratorio que indagó en el anterior paso.</p>	Médico (a) especialista en ginecobstetricia	Historia Clínica
6	<p>Examen físico: debe ser completo por sistemas, de manera céfalo caudal. Debe hacerse especial énfasis en la evaluación de:</p> <p>– La tensión arterial Debe realizarse la Prueba de Gant o Roll over test entre las semanas 28 a 32, a todas las gestantes con factores de riesgo biopsicosocial presentes (Guía de complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo)</p> <p>– Las curvas de ganancia de peso y crecimiento uterino</p> <p>– El registro de la frecuencia cardíaca fetal</p> <p>– La valoración de la situación y presentación fetal a partir de la 36 semana, por ser en este momento una estimación más segura y comfortable para la gestante. La identificación de una situación o presentación anormal deberá confirmarse mediante una ecografía obstétrica.</p> <p>-Tomar signos vitales: pulso, respiración, temperatura y tensión arterial.</p> <p>-Tomar medidas antropométricas: peso, talla.</p> <p>- Evaluar el aspecto general, cabeza, cara,</p>	Medico (a) especialista en ginecobstetricia	Historia Clínica



Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud - Asistencial
Consulta Médica General de Control al Programa de Control Prenatal

Código:PA-GU-10-PT-26

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 4 de 42

	cuello, cavidad oral, mamas, cardiopulmonar, abdomen (valoración obstétrica: altura uterina, colocación fetal, número de fetos, fetocardia y movimientos fetales), genitales externos e internos, extremidades, piel y anexos, SNC.		
7	Realizar la valoración de la tensión arterial diastólica, del crecimiento uterino y del estado nutricional, según lo descrito en el anexo 6; registrar el resultado de esta valoración en el PA-GU-10-FOR-27 Registro complementario de la consulta de control prenatal y en el PA-GU-10-FOR-28 Carné de control prenatal.	Medico (a) especialista en ginecobstetricia	Historia Clínica
8	Solicitud de exámenes paraclínicos (previa autorización de la gestante para aquellos que así lo requieran), luego de informársele la naturaleza de los mismos. Ver anexo 7.	Medico (a) especialista en ginecobstetricia	Historia clínica
9	Se debe verificar y orientar hacia: • Administración de toxoide tetánico y diftérico, DPTa e influenza. • Administración de micronutrientes • Situaciones especiales ver anexo 8 • Educación individual a la madre, compañero y familia. Ver anexo 9.	Medico (a) especialista en ginecobstetricia	Historia Clínica
10	Realizar el diagnóstico obstétrico y registrarlo en el formato PA-GU-10-FOR-27 Registro complementario de la consulta de control prenatal y su respectivo instructivo (anexo 6).	Medico (a) especialista en ginecobstetricia	Historia Clínica
11	Definir las conductas diagnósticas, remisorias, terapéuticas y/o preventivas pertinentes; registrarlas en el formato PA-GU-10-FOR-27 Registro complementario de la consulta de control prenatal, según el respectivo instructivo (anexo 6); y comunicarlas a la gestante y a su acompañante.	Medico (a) especialista en ginecobstetricia	Historia Clínica
12	Brindar educación a la gestante y a su acompañante en temáticas específicas de	Medico (a) especialista en	Historia Clínica



Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud - Asistencial
Consulta Médica General de Control al Programa de Control Prenatal

Código:PA-GU-10-PT-26

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 5 de 42

	acuerdo a los hallazgos de la consulta.	ginecobstetricia	
13	Remitir a enfermería para la respectiva sesión educativa individual y de seguimiento que se brindarán en la postconsulta de ginecobstetricia.	Medico (a) especialista en ginecobstetricia	Historia Clínica
14	Diligenciar el PA-GU-10-FOR-28 Carné de control prenatal y entregarlo a la gestante.	Medico (a) especialista en ginecobstetricia	
15	Orientar a la gestante para que se dirija a la sala SIP de la institución con el objetivo de: <ul style="list-style-type: none">• Adelantar el respectivo trámite de las órdenes de apoyo para los exámenes y/o interconsultas solicitados.• Agendar la cita con Psicología para la consulta de control por Psicología para la valoración del riesgo sicosocial, si la edad gestacional lo amerita.• Agendar cita con Odontología para continuar tratamiento, si hubiera lugar a éste.• Agendar cita de consulta con ginecobstetricia (a más tardar en 8 días) para la revisión de resultados de exámenes solicitados, si hubiere lugar a ello.• Agendar la cita del próximo control del embarazo con ginecobstetricia y de educación con enfermería.	Medico (a) especialista en ginecobstetricia	Historia Clínica
16	Indicar a la paciente la importancia de asistir a las siguientes consultas acompañada de un familiar significativo	Medico (a) especialista en ginecobstetricia	Historia Clínica
17	Dar educación en signos de alarma para la gestación y en la importancia de la consulta oportuna ante la presentación de dichos signos.	Medico (a) especialista en ginecobstetricia	Historia Clínica
18	Informar a la mujer, el compañero o familia, acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características. En este momento es preciso brindar educación, orientación, trato amable, prudente y	Medico (a) especialista en ginecobstetricia	Historia Clínica



Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud - Asistencial
Consulta Médica General de Control al Programa de Control Prenatal

Código:PA-GU-10-PT-26

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 6 de 42

	respetuoso, responder a las dudas e informar sobre cada uno de los procedimientos que se realizarán, en un lenguaje sencillo y apropiado que proporcione tranquilidad y seguridad.		
19	Orientar a la gestante para que se dirija a la Farmacia a reclamar los micronutrientes y/o otros medicamentos formulados.	Medico (a) especialista en ginec obstetricia	Historia Clínica

7. FORMATOS:	PA-GU-10-FOR-27: Registro complementario de Historia Clínica de CPN PA-GU-10-FOR-28: Carnet Materno
8. ABREVIATURAS Y DEFINICIONES:	

9. REGISTRO DE MODIFICACIONES:

Fecha	Versión: No.	Código	Modificaciones
11-04-2016	0	PA-GU-10-PT-26	Creación de protocolo

10. ANEXOS:	<ul style="list-style-type: none">- Anexo 1 Exámenes de promoción y prevención a realizar a la mujer gestante.- Anexo 6: Instructivo de diligenciamiento del Historia Clínica del CLAP.- Anexo 7: Exámenes obligatorios del control prenatal consultas de seguimiento.- Anexo 8: Situaciones especiales- Anexo 9: Educación individual a la madre, compañero y familia
--------------------	--



Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud - Asistencial
Consulta Médica General de Control al Programa de Control Prenatal

Código:PA-GU-10-PT-26

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 7 de 42

ELABORACIÓN		REVISIÓN	
Nombre: Yenny Patricia Galindo Valencia		Nombre: María del Socorro Cisneros Enríquez	
Cargo: Enfermera		Responsable Subproceso	
Fecha: DD-MM.AA		Cargo: Directora	
Fecha: DD-MM.AA		Fecha: DD-MM.AA	
REVISIÓN		APROBACIÓN	
Nombre: María del Socorro Cisneros Enríquez		Rector Juan Diego Castrillón Orrego	
Responsable Proceso		Fecha: 11-04-2016	
Cargo: Directora			
Fecha: DD-MM.AA			

COPIA NO CONTROLADA



ANEXO 1. EXAMENES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN A REALIZAR A LA MUJER GESTANTE

EXÁMENES paraclínicos y ayudas diagnósticas del control prenatal

	<12 semanas	12 - 16 semanas	20 - 24 semanas	24 - 28 semanas	28 - 34 semanas
HEMOGRAMA (Simple: 902207) (+ Plaquetas: 902208)	X				X
HEMOCLASIFICACIÓN (902212)	X				
COOMBS INDIRECTO SI Rh NEGATIVO (Cualitativo: 902202 y Cuantitativo: 902203)		X	X	X	X
GLICEMIA EN AYUNAS (903841)	X			X	
TEST O'SULLIVAN (903845)					
TAMIZAJE SÍFILIS (VDRL: 906916 ó RPR: 906915)	X				X
TAMIZAJE VIH (906249)	X				
TAMIZAJE HEPATITIS B (AG HBS: 906317)	X				
UROCULTIVO (901235; 901236; 901237)	X	X			X
TAMIZAJE DE TOXOPLASMA* (IgG: 906127; 906128) (IgG: 906129; 906130)	X				
ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA (TV: 881432 y Abd: 881431)	X (trans-vaginal)		X		
CITOLOGÍA CERVICAL (898001)	X				

* No incluido en norma 412/00



ANEXO 6. INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA CLAP 2010

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- **NOMBRE – APELLIDO:** Espacio para colocar el nombre y apellidos (paterno y materno) de la mujer

• **DOMICILIO – LOCALIDAD:** Se refiere a la residencia habitual de la mujer. Anotar la calle, el número y la localidad (nombre de la ciudad, pueblo, paraje, etc.). Si no se pudiera identificar el domicilio con estos datos, anotar cualquier otra referencia que facilite su ubicación.

- **TELÉFONO:** Anotar el teléfono del domicilio habitual. Si no tuviera, se anotará un número de teléfono alternativo que permita la comunicación del establecimiento con la familia.

- **FECHA DE NACIMIENTO:** Anotar día, mes y año del nacimiento de la mujer.

- **EDAD (años):** Al momento de la primera consulta preguntar:

¿Cuántos años cumplidos tiene?: Anotar la respuesta en los dos espacios disponibles. Si es menor de 15 años o mayor de 35, marcar también el casillero amarillo.

- **ETNIA:** La forma de obtener el dato podría ser: **¿Cómo se considera?... ¿blanca? ¿Indígena?, ¿mestiza?, ¿negra?, ¿otros?** Marcar respuesta según corresponda.

- **ALFABETA:** Preguntar: **¿Sabe leer y escribir?** Anotar la respuesta (Si o No) según corresponda.

- **ESTUDIOS:** Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación. Preguntar **¿Cuál fue el nivel de estudios más alto al que asistió? , ¿Primaria? ¿Secundaria? ¿Universitaria?** Registrar únicamente el máximo nivel alcanzado.

- **AÑOS EN EL MAYOR NIVEL:** Preguntar: **¿Cuál fue el año más alto que aprobó en ese nivel?**

Registrar únicamente el año que haya sido aprobado. Por ejemplo, si la mujer refiere haber completado hasta el 3er año de secundaria, entonces marcar

Secundaria y registrar “3” en el espacio que corresponde a ‘años en el mayor nivel.

- **ESTADO CIVIL:** Registrar el estado civil según corresponda: Casada, unión estable, soltera, otro. También se registrará si vive sola o no.

- **LUGAR DEL CONTROL PRENATAL:** Cuando se trate de mujeres que se encontraban asistiendo a control antenatal se anotará el código asignado por las autoridades nacionales de salud al lugar donde se realizó el control prenatal.

- **NÚMERO DE IDENTIDAD:** Corresponde al número de identificación de la mujer.

ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y OBSTÉTRICOS

- **ANTECEDENTES FAMILIARES:** Se refieren a los antecedentes de la pareja, padres o hermanos.

Preguntar: *¿En su familia alguien ha tenido... (Mencionar cada una de las patologías descritas)?* Si la respuesta es afirmativa, preguntar *¿Quién?*

- **ANTECEDENTES PERSONALES:** Se refieren a los antecedentes propios de la mujer. Notar que la lista incluye las patologías mencionadas en los antecedentes familiares más otros 5 antecedentes (cirugía genito urinaria, infertilidad, cardiopatía, nefropatía y violencia). El término cirugía genito urinaria no incluye a las cesáreas. En cuanto al tema violencia, se recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no de violencia en el embarazo actual. Marcar el círculo “SI” o “NO” según corresponda.

- **ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:**

- **GESTAS PREVIAS:** Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual. Colocar 00 si es el primer embarazo.

- **PARTOS / VAGINALES - CESÁREAS:** Se refiere al número de partos. Si corresponde se anotará el número de partos y de ellos preguntar: *¿Cuántos fueron partos vaginales y Cuántos fueron por cesárea?*



Se indagará sobre el peso del recién nacido en el último embarazo. Marcar si pesó menos de 2500 g o fue mayor o igual a 4000g fue normal o N/C (no corresponde) si no hubo nacimientos previos.

Finalmente en relación a las gestaciones previas, registrar si hubo antecedente de embarazo múltiple (gemelar) (SI/NO) según corresponda.

– **ABORTOS:** Se define como Aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gramos. Se registrarán de la misma manera los antecedentes de abortos espontáneos o inducidos. En relación al número de abortos, si la mujer reporta haber tenido 3 abortos espontáneos consecutivos, entonces marcar el rectángulo amarillo correspondiente.

– **NACIDOS VIVOS:** Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Se considerarán signos de vida si el recién nacido respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios. La clasificación de un nacimiento como vivo es independiente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o que la placenta permanezca unida o no.

– **EMBARAZO ECTÓPICO:** Se anotará el número correspondiente a los antecedentes de embarazo producidos fuera del útero.

– **NACIDOS MUERTOS:** Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como muerto sino evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.

– **VIVEN:** Se refiere al número de hijos que están vivos al momento de la consulta.

– **MUERTOS 1ra SEMANA:** Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y

hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos) y se registrará en el rectángulo correspondiente.

– **MUERTOS DESPUÉS DE 1ra SEMANA:** Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más). No hay límite superior y en teoría incluye las muertes ocurridas hasta el mismo día de la consulta, lo que se registrará en el rectángulo correspondiente.

– **FIN EMBARAZO ANTERIOR:** Anotar día, mes y año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que se trate de un parto o un aborto. Dejar en blanco si se trata de una primigesta. Marcar el círculo amarillo si la finalización del embarazo anterior ocurrió antes de un año del inicio del embarazo actual. Marcar el círculo amarillo en los siguientes casos: Intervalo entre parto previo y gestación actual menor a 1 año; intervalo entre aborto previo y gestación actual menor de 1 año.

– **EMBARAZO PLANEADO:** Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno, cuando se cumplan ambas condiciones se marcará SI, cuando no se cumpla una de las dos condiciones se marcará NO (en amarillo). Puede ayudar para identificar el embarazo no planeado preguntar:

¿Cuando supo de este embarazo ¿quería estar embarazada?, ¿quería esperar más tiempo? o ¿no quería tener (más) hijos?

– **FRACASO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE EMBARAZO ACTUAL (Fracaso Método Anticonceptivo.):** Preguntar:

Al enterarse de este embarazo, ¿estaba usando algún método para evitar el embarazo?

Las respuestas posibles están clasificadas como:

- * No usaba ningún método (no usaba)
- * Barrera: condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón cervical.
- * Dispositivo Intrauterino (DIU)
- * Hormonal: oral (píldoras), transdérmico (parche, vaginal), implante subdérmico o inyectable.



- * Anticoncepción de emergencia (emergencia): Levonorgestrel solo o de estrógenos y progestina combinados.
- * Métodos naturales (natural): método de día fijo, método de amenorrea por lactancia, abstinencia periódica, ritmo, entre otros.

GESTACIÓN ACTUAL

GESTACION ACTUAL		FUM: día mes año 27 06 06		EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s.		FUM ACT. no si		FUM PAS. no si		DROGAS no si		ALCOHOL no si		VIOLENCIA no si		ANTIRUBEOLA preta no sabe		ANTITETANICA vigente no si		EX. NORMAL ODONT. no si	
PESO ANTERIOR: 60 kg		TALLA (cm): 165		FUM: día mes año 03 04 07		1 ^{er} trim		2 ^o trim		3 ^{er} trim		embarazo		no		DOSIS 1 ^o		DOSIS 2 ^o		MAMAS no si	
CERVIX Insp. visual		normal		GRUPO Rh		Toxoplasmosis <20sem IgG		VIH <20 sem		Hb <20 sem		Fe/FOLATOS indicados		Hb ≥20 sem		SIFILIS - Diagnostico y Tratamiento		no		Tto. de la pareja	
PAP		normal		Inmuniz. no si		≥20sem IgG		solicitado		128		Fe: no		no		no treponémica		sí		no	
COLP		normal		γglobulina anti D		1 ^o consulta IgM		realizado		<11.0 g/dl		sí		<11.0 g/dl		sí		sí		sí	
CHAGAS		PALUDISMO/MALARIA		BACTERIURIA		GLUCEMIA EN AYUNAS		ESTREPTOCOCO B		PREPARACION PARA EL PARTO		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA		no		sí		sí		sí	
no se hizo		no se hizo		sem. normal		≥20 sem		solicitado		30		30		sí		sí		sí		sí	
no se hizo		no se hizo		no se hizo		≥105 mg/dl		realizado		no se hizo		no		sí		sí		sí		sí	

- **PESO ANTERIOR:** Se refiere al peso habitual de la mujer antes del embarazo actual.

Preguntar: **¿Cuánto pesaba antes de este embarazo?**

Se registrará el peso expresado en kilogramos. Este dato es útil para evaluar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo. La medida más utilizada es el Índice de Masa Corporal (IMC) que se calcula dividiendo el peso en kilogramos (Kg) sobre el cuadrado de la talla expresada en metros (m²). Por ejemplo, si la gestante pesa 60 Kg y tiene una talla de 1.60 m, el cálculo será: $60 / 1.60^2 = 23.44$ Kg/m².

- **TALLA (cm):** Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control. La técnica de medida consiste en que la gestante se ubique de pie, sin calzado, con los talones juntos, bien erguida, con los hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el tallímetro. El dato obtenido se registrará en centímetros.
- **FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM):** Este dato es esencial para calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto. Muchas decisiones clínicas están basadas en la edad gestacional y por ello es crítico obtener un dato confiable.

Preguntar: **¿Cuál fue el primer día de su última menstruación?**

Anotar en la HCP el dato proporcionado en formato día-mes-año



- **FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP):** Se recomienda utilizar la regla de Naegele:

Al primer día de la FUM agregar 7 días y al mes se le restan 3 meses

- **CONFIABILIDAD DE LA EDAD GESTACIONAL (EG confiable por FUM, Eco<20s):**

Aquí se solicita al proveedor una evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por FUM o por ECOGRAFÍA.

Ecografía: Cuando la fecha de la última menstruación no está disponible, una posibilidad es estimar la FPP a partir de una ecografía fetal temprana. Registrar si la edad gestacional es considerado dato confiable a partir del dato de FUM y/o la Ecografía (SI/NO), según corresponda. En caso de no efectuarse ecografía dejar en blanco.

- **ESTILOS DE VIDA:** El estado de fumadora activa, fumadora pasiva, el consumo de drogas, alcohol y las situaciones de violencia pueden cambiar a lo largo del embarazo, por esa razón la HCP sugiere indagar estos datos al menos un vez cada trimestre preguntando: ***Desde su última visita, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica?, etc.***

– **Fumadora activa (Fuma Activamente):** Se refiere a si la mujer está fumando durante la actual gestación. La situación de fumadora puede cambiar a lo largo del embarazo. Por lo que se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

– **Fumadora pasiva (Fuma Pas.):** Se refiere a la exposición actual al humo del tabaco debido a que otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo y se anotar la respuesta según corresponda (NO/SI). También se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.



– **Drogas:** Se refiere al uso actual de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína, entre otras. Se anotará la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

– **Alcohol:** Se refiere a la ingesta actual de cualquier tipo de bebida con alcohol en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, tequila, pisco, whisky, etc.

Preguntar: **¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en este embarazo?**

Anotar en la HCP si la mujer ha ingerido alcohol en este embarazo (NO/SI).
En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

– **Violencia:** Este término involucra la violencia física, mental, psicológica y sexual que ocurre durante la actual gestación. Se recomienda usar el siguiente modelo de interrogatorio en la primera visita prenatal: *“Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su actual relación de pareja. Sé que algunas de estas preguntas son muy personales y permítame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales:*

1. En el último año, ¿alguna vez ha sido Ud. humillada, avergonzada, prohibida de ver a amigos, o hacer cosas que a Ud. le interesan? Si la respuesta es positiva, continuar:

– Desde que está embarazada ¿alguna vez ha sido Ud. humillada, avergonzada, impedida de ver amigos, o hacer cosas que a Ud. le interesan?

2. En el último año, ¿ha sido Ud. golpeada, o lastimada físicamente por alguien? Si la respuesta es positiva, continuar:

– Desde que está embarazada ¿ha sido Ud. golpeada, o lastimada físicamente por alguien?

3. En el último año, ¿ha sido Ud. forzada a tener actividades sexuales? Si la respuesta es positiva, continuar:

– Desde que está embarazada ¿ha sido Ud. forzada a tener actividades sexuales?

4. En el último año, ¿se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos? Si la respuesta es positiva, continuar:



– Desde que está embarazada ¿se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos?

5. En el último año ¿ha tenido Ud miedo de su pareja o de alguna otra persona?

Si la respuesta es positiva, continuar:

– Desde que está embarazada ¿ha tenido Ud miedo de su pareja o de alguna otra persona?”

En visitas posteriores no es necesario indagar por lo ocurrido en el último año y debe sustituirse la frase inicial “Desde que está embarazada....” por la frase “Desde su última visita.....” Una respuesta positiva a cualquiera de las preguntas que indagan sobre violencia en el último año debe registrarse en la sección Antecedentes Personales. Si hay respuesta afirmativa a las preguntas relacionadas con el embarazo actual, marcar “SI” en el casillero que corresponda.

- **ANTI RUBEOLA:** La eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) es uno de los retos pendientes en la región de las Américas. Una forma de contribuir a este esfuerzo nacional y regional es indagar en forma rutinaria sobre el estado de vacunación anti-rubéola durante el control prenatal.

Preguntar: **¿Ha recibido alguna vez la vacuna contra la rubéola?** Si la respuesta es afirmativa, indagar **¿Cuándo?**

- Marcar el casillero “previa” si recibió la vacunación en cualquier momento antes del presente embarazo.
- Marcar el círculo “embarazo” si la vacuna fue inadvertidamente colocada durante esta gestación; “no sabe” cuando no recuerda si recibió la vacuna; “NO” si nunca fue inmunizada.

Si la mujer no ha sido vacunada, la inmunización debe diferirse hasta el puerperio inmediato (antes del alta), o en el post aborto inmediato.

- **ANTITETÁNICA:**

La eliminación del tétanos neonatal es otro de los retos de esta región. Una de las estrategias claves para alcanzar esta meta es vacunar a todas las mujeres en edad reproductiva. Con la finalidad de identificar a las mujeres que requieren inmunización antitetánica.



Se debe indagar el estado de vacunación al momento de la primera visita de control prenatal. Es importante solicitar a las gestantes la tarjeta de vacunación, o algún otro registro o documento en donde se pueda verificar el número y el intervalo entre dosis.

Se deberán colocar a la gestante dos dosis con un intervalo de un mes entre ellas, en los primeros siete meses de embarazo. Si ya ha sido vacunada dentro de los últimos cinco años, se le administrará una sola dosis de refuerzo. Además, se debe educar a la gestante para que complete su esquema de vacunación en el postparto

Registrar *Vigente=NO* en los siguientes casos:

- Ninguna dosis recibida. *Acción:* Colocar dos dosis durante el embarazo actual
- Información poco confiable acerca de número y fechas de administración de dosis previas. *Acción:* Colocar dos dosis durante el embarazo actual.
- Recibió dos dosis y el embarazo actual se inicia después de los 3 años de protección. *Acción:* colocar únicamente una dosis (la tercera).
- Recibió tres dosis y el embarazo actual se inicia después de los 5 años de protección. *Acción:* Colocar únicamente una dosis (la cuarta).

Registrar *Vigente=SI* en los siguientes casos:

- Recibió dos dosis y el embarazo actual está dentro de los 3 años de protección.
- Recibió tres dosis y el embarazo actual está dentro de los 5 años de protección.
- Recibió 5 dosis.

• **EXAMEN ODONTOLÓGICO:** La atención odontológica en el embarazo es una oportunidad para promover la salud oral de la mujer y su familia. La infección periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente – hueso, ligamentos, cemento, etc.). La transmisión del *streptococomutans* de la madre hacia el niño tiene efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños.

Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes. Marcar según corresponda. Si el examen



fuera anormal registrar NO y referir al odontólogo. En caso de ser normal registrar SI.

- **EXAMEN DE MAMAS:** La historia incluye el dato Examen Normal, marcar NO cuando el examen de mamas sea anormal, y SI en caso contrario.

- **CÉRVIX:** Se recomienda la realización del examen vaginal con espéculo como parte de la evaluación del control prenatal con la finalidad de detectar anomalías o infecciones cervicales.

- **Inspección visual (Insp. visual):** Si una anomalía cervical es observada durante el examen con espéculo, se anotará anormal en inspección visual, si el cuello está sano se registrará normal y en caso de no haberse efectuado el examen, se registrará no se hizo.

- **Papanicolaou (PAP):** Si se encuentra alguna anomalía cervical o se duda que la mujer pueda regresar después del parto, considerar tomar un PAP durante el control prenatal. Registrar el resultado del PAP según corresponda: Normal/Anormal y si el PAP no se realizó, registrar no se hizo.

- **Colposcopia (COLP):** Registrar como 'Normal' si la Colposcopia es negativa para lesiones malignas o precursoras de cáncer cervical. De lo contrario marcar "Anormal" o no se hizo, según corresponda.

- **GRUPO Rh:** Anotar en el recuadro el grupo sanguíneo (Grupo) que corresponda (A, B, AB, O). Para "Rh" marcar (+) si la mujer es Rh positivo y (-) si es Rh Negativo. Se entiende que la mujer está **inmunizada** cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer está inmunizada (tendrá positivo el test de Coombs indirecto) y en ese caso se marcará (SI), en caso contrario se marcará (NO).

- **GAMAGLOBULINA ANTI D:** Se marcará **SI** si siendo Rh negativo no inmunizada recibió gamaglobulina anti D en el embarazo y si no la recibió se marcará **NO**. En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar "no corresponde" N/C.

- **TOXOPLAMOSIS:** Si las normas locales incluyen la realización de esta prueba en el control prenatal, registrar el valor de la prueba (IgG o IgM) según corresponda.



- **INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH):** Registrar Test VIH: Solicitado: NO o SI, Realizado: NO o SI, según corresponda.

- **PRUEBA DE HEMOGLOBINA (Hb):** Los valores obtenidos se registrarán en los rectángulos correspondientes y en caso que los niveles sean inferiores a 11 gramos, marcar el círculo amarillo.

- **Fe/FOLATOS Indicados:**

- Marcar el círculo (NO) si no se indicó suplemento de hierro y marcar el círculo blanco (SI) cuando se lo haya indicado.

- Marcar el círculo (NO) si no se indicó suplemento de ácido fólico y marcar el círculo blanco (SI) cuando se lo haya indicado.

- **SÍFILIS (Diagnóstico y tratamiento):** Las pruebas de detección utilizadas pueden ser No Treponémicas o Treponémicas. Se sugiere que las pruebas de detección se realicen en dos oportunidades, una al momento de la captación en la primera visita prenatal (antes de las 20 semanas de gestación) y otra en el tercer trimestre.

En caso de prueba No Treponémica se marcará (-) cuando la prueba fue no reactiva, (+) si fue reactiva y (S/D) sin dato.

En las pruebas Treponémicas se agrega la opción (N/C) cuando no corresponda (ej.: recuerdo inmunológico de infección previa).

Registrar (ya sea antes o después de las 20 semanas de embarazo) la semana de gestación en que fue realizada la o las pruebas. Para cada una marcar según corresponda. Registrar la semana de gestación en que se realizó el tratamiento, si no fue realizado (NO), si se desconoce (S/D) o no corresponde (N/C).

- **CHAGAS:** Registrar el resultado de la Prueba de Chagas (Negativa/Positiva/No se hizo) según corresponda.

- **PALUDISMO / MALARIA:** Se registrará el resultado de la prueba diagnóstica realizada NEGATIVA si no se detectó paludismo, POSITIVA (círculo amarillo) si se confirma la enfermedad y NO SE HIZO, en caso de no realizar la prueba.



- **BACTERIURIA:** Se marcará Bacteriuria: NORMAL, cuando el urocultivo es negativo (menos de 100,000 unidades formadoras de colonia/ml), o Uroanálisis es negativa; ANORMAL, si el Urocultivo o la tirilla reactiva tienen resultados positivos. En caso de no realizar urocultivo o Uroanálisis lo largo del control del embarazo, se registrará el círculo que indica que la prestación NO SE HIZO.
- **GLUCEMIA EN AYUNAS:** Si la glucemia basal es igual o mayor a 105 mg/dl marcar además el círculo amarillo.
- **ESTREPTOCOCCO B 35 - 37 semanas:** Registrar el resultado de la prueba (NEGATIVO/POSITIVO/NO SE HIZO), según corresponda.
- **PREPARACIÓN PARA EL PARTO:** Si la gestante ha recibido alguna de estas prestaciones indicar SI, en caso contrario registrar NO.
- **CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA:** Se entiende por consejería la entrega reglada y oportuna de la siguiente información:
 - Beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial.
 - Formas de amamantar.
 - Los cambios en la leche materna después del parto y discutir las dudas y preguntas de la gestante.
 - También es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño.

CONSULTAS ANTENATALES

CONSULTAS ANTENATALES	día	mes	año	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presen- tación	FCF (ppm)	movim. fetales	protei- nuria	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales Técnico	próxima cita						
	2	4	0	3	0	8	12	6,3	3	110/70	-	-	-	-	-	AC	2	4	0	4

Los datos a registrar son:

- Día, mes y año de la consulta.
- Edad gestacional al momento de la consulta (edad gest.): registrar en semanas completas. Para el cálculo de la edad gestacional por amenorrea se



cuenta sobre el calendario el número de semanas de 7 días que han transcurrido entre la fecha de la última menstruación y el día de la consulta.

- Peso, en kilogramos.
- Presión arterial (PA): en mm de Hg.
- Altura uterina: registrar en centímetros.
- Presentación: cefálica (cef), pelviana (pel), incluye la situación transversa (tra).
- Frecuencia cardíaca fetal: registrar en latidos por minuto (FCF lpm)
- Movimientos fetales, positivos o negativos, la falta de datos se interpretará como prestación no hecha
- Proteinuria: registrar positivo si se detecta albúmina o proteínas en la orina, si no contiene anotar Negativo, dejar la casilla en blanco se interpretará como no se hizo.
- Signos de alarma, exámenes y tratamientos, anotar solo signos positivos y relevantes.
- Iniciales del técnico que realiza la atención.
- Fecha de próxima cita, día y mes.

En aquellas situaciones que por la edad gestacional no aplique efectuar alguna de estas prestaciones (por ejemplo, presentación fetal antes de las 28 semanas), se anotará NC (no corresponde)

ANEXO 7. Exámenes obligatorios del control prenatal consultas de seguimiento

EXAMEN	VALOR NORMAL	12 A 16 SEM	20 A 24 SEM	24 A 28 SEM	28 A 34 SEM
Hemoglobina y hematocrito	> 11g/dl				x
VDRL	Negativo				x
Urocultivo	Negativo	x			
Prueba de glicemia	≤ 140mg/dl			x	
Ecografía obstétrica			x		
Frotis de flujo vaginal		x			

a. Urocultivo: es la prueba de elección para el diagnóstico de la bacteriuria asintomática (> 100.000 UFC/ml). Si el control pos tratamiento nuevamente es positivo, la gestante se deberá remitir para estudio.

Si es necesario, en el segundo o tercer trimestre deberá volver a solicitar si la madre presenta signos o síntomas sugestivos de infección urinaria.

b. Prueba de glicemia a la hora con una carga de 50 gr de glucosa, previo ayuno de dos horas. Valores entre 140 y 199 mg/dl requieren de la realización de la prueba de tolerancia oral a la glucosa para descartar el diagnóstico de Diabetes Mellitus gestacional; valores mayores o iguales a 200 mg/dl confirman el diagnóstico y no requieren de pruebas adicionales.

c. Ecografía obstétrica: a pesar de que la evidencia no es fuerte en demostrar que el tomar este examen impacte positiva o negativamente sobre el desenlace perinatal, sí existe evidencia de su utilidad para confirmar edad gestacional, número de fetos, localización de la placenta, líquido amniótico y descartar anomalías anatómicas mayores, antes de las 24 semanas de gestación.

En caso de placenta de implantación baja, en gestantes asintomáticas deberá repetirse el examen a la semana 36 para confirmar el diagnóstico.

En caso de no ser conclusivo el resultado, se deberá solicitar una ecografía transvaginal para confirmar el diagnóstico.

d. Frotis de flujo vaginal: el tratamiento de elección de la vaginosis bacteriana es el metronidazol 250 mg, tres veces al día por siete días. Se debe repetir el examen al

mes para confirmar curación y, en caso de recurrencia, se deberá repetir el tratamiento.

Además, si es necesario de acuerdo con el perfil de riesgo de la mujer, deberán solicitarse en el tercer trimestre las Prueba de ELISA HIV Y HBS Ag.

ANEXO 8 SITUACIONES ESPECIALES

- En regiones endémicas de malaria, se debe suministrar a la mujer gestante tratamiento presuntivo intermitente, con piremetamina 75 mg - sulfadoxina 1500 mg (3 tabletas.), dosis única, en el segundo (18 a 24 semanas) y tercer trimestre (28 a 34 semanas). No se recomienda su uso en el primer trimestre.

La gestante con sospecha de malaria debe tener prioridad para su estudio y tratamiento, de acuerdo con la Guía de atención de la malaria

- En regiones endémicas de uncinariasis (*necator americanus*, *ancylostoma duodenale*) con una prevalencia del 20 a 30%, se debe suministrar antihelmíntico en el segundo trimestre (18 a 24 semanas); y en áreas con una prevalencia > 50%, repetirlo en el tercer trimestre (28 a 34 semanas). El tratamiento de elección es el pamoato de pirantel 10 mg/kg/día (Max. 1 g), por tres días.

- En regiones endémicas de fiebre amarilla, las mujeres no inmunizadas en zonas de alto riesgo deberían ser inmunizadas después de la 26 semana de gestación, previa información. No se recomienda su uso en el primer trimestre.

- Las mujeres gestantes sintomáticas respiratorias deben tener prioridad para su estudio y tratamiento, de acuerdo con la Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extra pulmonar

- Las mujeres gestantes seropositivas para HIV o hepatitis B, víctimas de maltrato o adolescentes por ser un grupo de alto riesgo deben tener prioridad para su estudio y manejo integral, de acuerdo con las normas y guías respectivas

- **Vaginosis Bacteriana**

La vaginosis bacteriana es un desequilibrio de la flora vaginal causado por la disminución de la flora lactobacilar normal y la gran proliferación de flora anaeróbica mixta que incluye *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* y especies de *Mobiluncus*. No se ha podido dilucidar por qué muchos de estos microorganismos, que normalmente se encuentran en pequeñas cantidades en la vagina, se multiplican, mientras que los lactobacilos, que por lo general son prevalentes, disminuyen. Es importante recordar que los lactobacilos productores de peróxido de



hidrógeno parecen tener un papel importante en la prevención de la proliferación de anaerobios en la flora vaginal normal.

La vaginosis bacteriana no es una enfermedad de transmisión sexual, pero puede estar asociada con la actividad sexual.

En el **embarazo**, la presencia de vaginosis bacteriana es un factor de riesgo para amenaza de parto y parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, aborto espontáneo, corioamnionitis, e infecciones post parto como endometritis e infecciones de la herida quirúrgica post cesárea. No obstante, el tamizaje y tratamiento en mujeres de bajo riesgo, no ha mostrado reducción de la incidencia de parto pretérmino en estos grupos en estudios a gran escala.

Las recomendaciones actuales relacionadas con la vaginosis bacteriana en el embarazo son las siguientes:

- ❖ Gestantes asintomáticas o sin factores de riesgo identificables para parto pretérmino, no realizar tamizaje de rutina o tratamiento para vaginosis bacteriana [B1]
- ❖ Las gestantes con riesgo aumentado de parto pretérmino pueden beneficiarse del tamizaje de rutina para vaginosis bacteriana [B1]
- ❖ En mujeres embarazadas sintomáticas, realizar un frotis de flujo vaginal y dar tratamiento sintomático [A1].
- ❖ En gestantes con vaginosis bacteriana sintomática, con bajo riesgo de complicaciones obstétricas, es aceptable el tratamiento oral o vaginal con antibióticos [A1].
- ❖ Ante riesgos de resultados adversos durante el embarazo, se debe realizar tratamiento vía oral (ver más adelante). La terapia tópica (vaginal) no es recomendada [B1].
- ❖ Se deben repetir las pruebas de laboratorio un mes después del tratamiento para asegurar que hubo cura de la enfermedad [3].

El **diagnóstico** clásico de vaginosis bacteriana se realiza con tres de los siguientes criterios:

- ❖ Presencia de leucorrea homogénea
- ❖ pH vaginal mayor de 4,5
- ❖ Presencia de "células guías" en una muestra de flujo vaginal (tinción de Gram o frotis en fresco)
- ❖ Test de aminas positivo: olor a pescado al añadir hidróxido de potasio (KOH) a una muestra de flujo

Sin embargo, el uso de estos criterios para realizar un diagnóstico es complejo, por lo cual en la actualidad se acepta como método alternativo el cultivo vaginal con cuantificación de la flora microbiana y tinción de Gram.

El examen de la muestra vaginal con tinción de Gram tiene alta sensibilidad y especificidad y permite evaluar la presencia y cantidad de lactobacilos frente a la de bacilos Gram negativos/Gram variables. La presencia de células guía no es indispensable para el diagnóstico.

Para establecer el diagnóstico de vaginosis bacteriana se utilizan diversos sistemas de evaluación de la relación entre lactobacilos y otras bacterias. Uno de los más utilizados es la **clasificación de Nugent** que establece un sistema de puntaje (0-10) para muestras vaginales con tinción de Gram (ver Tabla).

Puntaje	Lactobacilos	Gardnerella y bacteroides spp	Bacilos Gram variables
0	4+	0	0
1	3+	1+	1+ o 2+
2	2+	2+	3+ o 4+
3	1+	3+	
4	0	4+	

Clasificación de Nugent

Un **puntaje de 7 o más** establece el diagnóstico de vaginosis bacteriana, un puntaje de 4-6 considera la muestra como intermedio, y un puntaje de 0-3 considera la muestra como normal.

En cuanto al **tratamiento**, la recomendación actual es utilizar la **vía oral** con alguno de los siguientes antibióticos:

- ❖ **Metronidazol** tabletas de 500 mg, 2 veces al día por 7 días.
- ❖ **Clindamicina** cápsulas de 300 mg, 2 veces al día por 7 días.

No hay evidencia de que el metronidazol sea teratogénico y su uso se considera seguro en el embarazo. Los medicamentos para aplicación tópica no se recomiendan porque aunque las tasas de curación son similares a las observadas



por vía oral, no han demostrado ser efectivos en la prevención del parto pretérmino.

Candidiasis vaginal La infección por el hongo *Candida albicans* durante el embarazo es muy frecuente, no se ha encontrado que cause ningún daño al feto y no hay claridad sobre su asociación con parto pretérmino.

Clínicamente la candidiasis vaginal se manifiesta por ardor y prurito vulvar asociado a flujo líquido o grumoso. Puede haber o no edema y dispareunia.

Con respecto al tratamiento, una revisión sistemática realizada por Cochrane en 2001 mostró que los imidazoles (miconazol o clotrimazol) son más efectivos que la nistatina para el alivio sintomático y resolución de infección persistente. Asimismo encontró que la mayor eficacia se logró con tratamientos por una semana. El tratamiento tópico para la candidiasis no se ha asociado con malformaciones o daño fetal.

En la actualidad se plantean manejos locales no farmacológicos como es la aplicación de mezclas con yogurt encontrando respuestas de curación superiores a la obtenida con el tratamiento farmacológico de rutina.

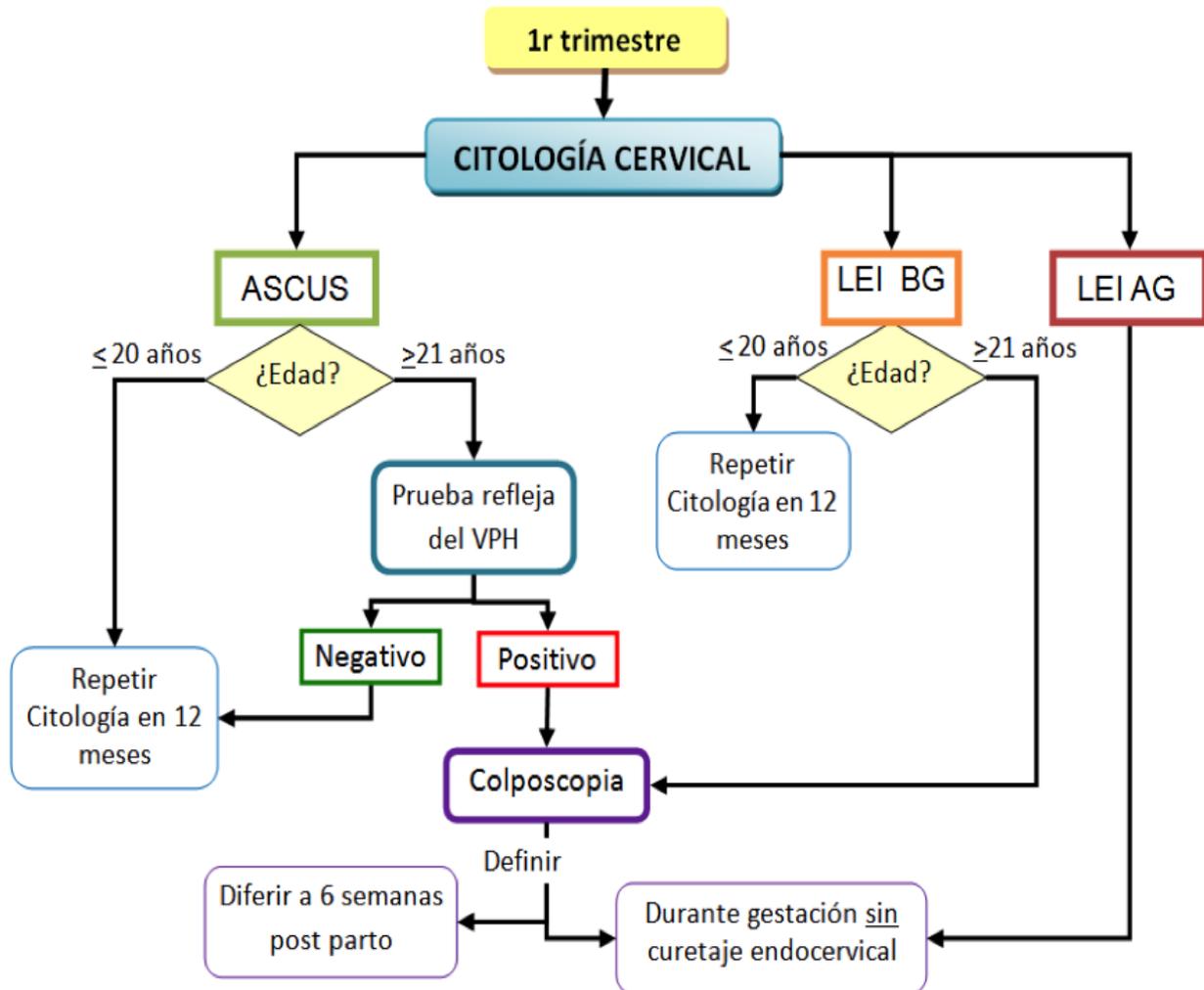
Algunos estudios han evaluado el uso de fluconazol en el embarazo encontrando que las malformaciones solo se presentan en dosis altas; sin embargo, en la actualidad se recomienda evitar su uso hasta que no se demuestre su seguridad

• CITOLOGIA ANORMAL

Vale la pena recordar que el cáncer de cérvix afecta a mujeres en edad reproductiva y por lo tanto el control prenatal es una oportunidad para el tamizaje de este tipo de cáncer, especialmente en mujeres que no asisten rutinariamente a la citología cervical.

La recomendación de la normativa vigente es solicitar la citología siguiendo el esquema 1-1-3.

En la figura siguiente se presenta el flujograma a seguir en las gestantes según el resultado de la citología tomada idealmente en el primer trimestre.



Conducta ante citología anormal

• INFECCION URINARIA

La infección urinaria es la complicación más frecuente del embarazo debido al efecto facilitador de los cambios gestacionales: dilatación fisiológica de uréteres, útero grávido que genera obstrucción mecánica al flujo urinario, reflujo ureterovesical por incremento del volumen plasmático y disminución del tono vesical.

Existen factores de riesgo para la infección urinaria en el embarazo como son el bajo estrato socioeconómico, drepanocitosis, infecciones urinarias previas, diabetes, vejiga neurogénica y otras alteraciones del tracto urinario, la multiparidad, la actividad sexual, la vaginosis bacteriana (OR 2.21 IC 95% 1.16 – 4.18).

En las gestantes, la infección urinaria puede cursar como bacteriuria asintomática, cistitis aguda o pielonefritis aguda. Las características de estas presentaciones se encuentran en la siguiente tabla.

ENTIDAD	FRECUENCIA	DIAGNÓSTICO	EFEECTO PERINATAL
Bacteriuria asintomática	7-10%	Urocultivo \geq 100.000 UFC/ml de un único patógeno en una mujer asintomática.	Bajo peso al nacer y prematurez
Cistitis aguda	1-2%	El parcial de orina no sirve para el diagnóstico. Bacteriuria significativa asociada a urgencia urinaria, tenesmo, poliaquiuria, nicturia, disuria y/o hematuria, sin evidencia de compromiso sistémico por la enfermedad.	Bajo peso al nacer y prematurez
Pielonefritis Aguda	1-2% En 3er trimestre (60 a 75%) Recurrencia (10-18%)	Fiebre, dolor en los ángulos costo-vertebrales, hipersensibilidad en flanco, náuseas y vómito. Puede haber ictericia y un cuadro de sepsis.	Bajo peso al nacer, parto pretérmino, anemia materna, hipertensión materna. Sin tratamiento aumenta el riesgo de recién nacido con retardo mental [OR 1.31 IC 95% 1.11 – 1.54] 293031

Infección urinaria en embarazo

Siendo la **bacteriuria asintomática** la entidad de infección urinaria más frecuente, es importante tener presente lo siguiente:

- ❖ Si el primer cultivo de tamizaje es negativo, solamente entre el 2 y el 10% de las gestantes desarrollarán bacteriuria durante el embarazo.

- ❖ Si el primer urocultivo es positivo, existe una alta frecuencia de recurrencia por lo cual es necesario el seguimiento con urocultivo mensual hasta el parto.
- ❖ Sin tratamiento, el 25-30% de la bacteriuria asintomática progresará a infección sintomática, generalmente una pielonefritis [A1].
- ❖ El tratamiento por siete días de la bacteriuria asintomática previene entre el 70 a 80% de las pielonefritis (RR 0,23; IC95% 0,13–0,41).
- ❖ El tratamiento de la bacteriuria asintomática durante el embarazo se asocia con menor incidencia de recién nacidos de bajo peso al nacer (RR 0,66; 95% CI 0,49–0,89), sin embargo no hay evidencia de que reduzca la incidencia de parto pretérmino [RR 0,37; 95% CI 0,10–1,36).

La etiología de la infección urinaria en embarazo corresponde en el 80% de los casos a la bacteria *E. Coli*. Otros gérmenes frecuentes son la *Klebsiella* y *Enterobacter*; con menos frecuencia están *Proteus*, *Pseudomona*, *Citrobacter*, *Estafilococos* y *Streptococo* del grupo b, y en rara ocasión se encuentra *Enterococo*, *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*.

Aunque el uroanálisis (parcial de orina) es útil para diagnosticar otras enfermedades renales, la **prueba de elección para el diagnóstico de la infección urinaria en embarazo es el urocultivo**. El análisis costo beneficio apoya la realización de este examen teniendo en cuenta que es más costoso el tratamiento de las complicaciones (pielonefritis y recién nacidos prematuros). En Colombia al 50% de las embarazadas se les diagnostica infección urinaria con base en un parcial de orina anormal lo cual está considerado mala práctica a nivel internacional.

La recomendación actual es hacer tamizaje a toda mujer embarazada en el 1er control prenatal con urocultivo y repetirlo en el 3er trimestre [A1].

En los casos de gestantes con **amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino o sintomatología urinaria** se recomienda tomar la muestra para urocultivo y realizar también un Gram de orina no centrifugada cuyo resultado se obtiene más pronto. Si hay presencia de más de 5 bacterias por campo en el uroanálisis se debe iniciar tratamiento empírico mientras sale el resultado del urocultivo tomado previamente. Se ha encontrado correlación del 87% entre la presencia de más de 5 bacterias por campo en el uroanálisis y un urocultivo positivo. Si el urocultivo es negativo se suspende el tratamiento [B2] y de ser positivo se completa el tratamiento y se realiza el seguimiento con urocultivo [C4].

El **tratamiento** se debe iniciar con Ampicilina 4 g/día (1g cada 6 horas) o Cefalosporina de 1ª generación (cefalexina 4 g/día) [A1] y se debe realizar control



con urocultivo posterior al tratamiento completo. Si es negativo, no se requieren urocultivos posteriores [A1].

Si se presenta un segundo episodio de infección, se debe continuar, luego del tratamiento, profilaxis con Nitrofurantoína 100 mg por la noche hasta el parto [A1].

Las gestantes que presenten dos o más episodios de infección urinaria en el embarazo deben ser remitidos a especialista de ginecología para estudio.

El tratamiento de la pielonefritis debe realizarse con la gestante hospitalizada e iniciarse con tratamiento biconjugado (Ampicilina, Gentamicina) [A1]. Aunque hay un riesgo teórico de ototoxicidad y nefrotoxicidad porque los aminoglucósidos atraviesan la placenta, no hay reportes de anomalías congénitas, ototoxicidad o nefrotoxicidad después de la exposición intrauterina a la Gentamicina.

Toda gestante con infección urinaria asociada a pielonefritis o con un cuadro de SIRS/Sepsis debe ser remitida para manejo hospitalario de nivel III o IV. En el siguiente vínculo se encuentra información sobre los criterios de SIRS/Sepsis.

• TAMIZAJE Y MANEJO POR TOXOPLASMOSIS

La infección por *Toxoplasma gondii* es una parasitosis común que se adquiere por la ingestión de ooquistes excretados por gatos infectados que contaminan la tierra o el agua, o por la ingesta de quistes que permanecen viables en la carne cruda o poco cocinada.

En el humano inmunocompetente este parásito permanece latente en el músculo esquelético e incluso puede ser eliminado por completo sin ocasionar mayores manifestaciones clínicas. Además genera una memoria inmunológica que lo protege de futuras infecciones.

Lo contrario ocurre en el paciente inmunodeficiente o en el feto, en quienes ocasiona importantes trastornos.

En la gestación, la infección aguda puede afectar a 2–8/1.000 mujeres embarazadas y en aproximadamente un tercio de estas se produce una transmisión de la infección al feto, porque la forma invasiva (taquizoito) puede traspasar o infectar la placenta.

La severidad de las lesiones fetales es inversamente proporcional a la edad gestacional en la que el feto adquiere la infección mientras que la transmisión



materno-fetal del parásito es directamente proporcional a la edad gestacional tabla siguiente.

TRIMESTRE	SEMANA DE GESTACIÓN	RIESGO DE INFECCIÓN FETAL
Primer	0 - 10	2%
	11 - 15	15 - 20%
Segundo	16 - 28	30 - 55%
Tercero	29 - 42	60 - 65%

Riesgo de infección fetal según edad gestacional

En otras palabras, si la infección materna ocurre durante el tercer trimestre del embarazo, la probabilidad de infección transplacentaria es alta (65%) pero el recién nacido normalmente suele ser asintomático aunque presenta una incidencia alta de trastornos del aprendizaje y secuelas neurológicas crónicas. En cambio, si hay primo infección en el primer trimestre, el riesgo de infección fetal es menor (15%), pero las manifestaciones clínicas son más graves (muerte fetal, lesiones intracerebrales, etc.).

En la Tabla siguiente se presentan las consecuencias de la infección por toxoplasma según el trimestre de embarazo en el que ocurrió la infección:

MOMENTO EN QUE OCURRIÓ LA Infección	MANIFESTACIONES CLÍNICAS
Primer trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto espontáneo (90%) • Signos de infección severa (10%) con la triada clásica: • Calcificaciones intracerebrales • Hidrocefalia • Retinocoroiditis <p>También puede haber retardo mental severo y/o ceguera, miocarditis, microftalmia y mortinato.</p>
Segundo y tercer trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Retinocoroiditis - 85 a 90% • Calcificaciones intracerebrales • Mastoiditis e infección del oído interno que generan hipoacusia o sordera) • Retardo mental leve a moderado (rara vez severo) • Infección de septos alveolares, septum interventricular y ventrículo derecho cardiaco; glomerulonefritis focal,



restricción del crecimiento intrauterino.

La triada clásica es muy rara en este periodo.

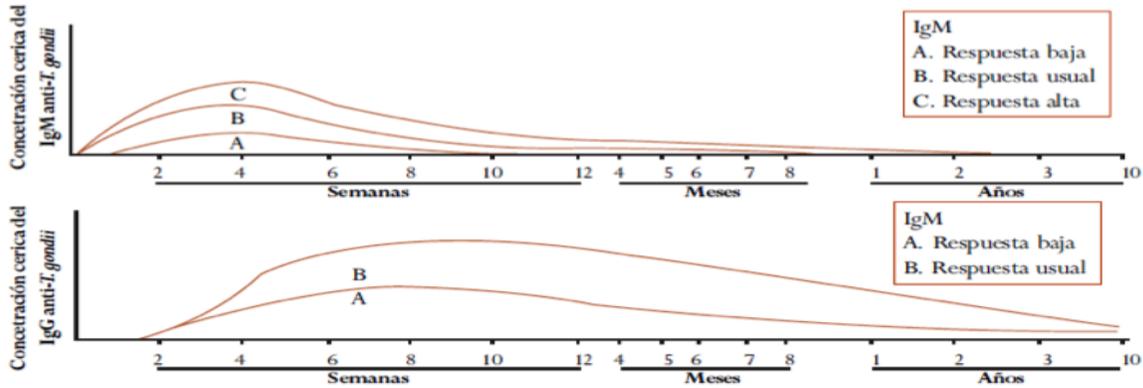
Infección congénita por Toxoplasmosis

En Colombia se calcula que entre 2 a 10 de cada mil nacidos vivos sufren de toxoplasmosis congénita siendo 85-90% asintomáticos.

La prevalencia de anticuerpos IgG en mujeres embarazadas, esto es que están inmunes a la infección, no es clara en Colombia aunque diferentes estudios encuentran valores entre 47-60%. La alta prevalencia de anticuerpos contra el toxoplasma en las mujeres embarazadas en Colombia pone en evidencia una alta exposición y circulación del parásito pero también señala un porcentaje importante de mujeres susceptibles a la infección durante la gestación. Estudios realizados en diferentes regiones del país, indican que **entre 0,6 y 3% de las gestantes adquieren esta infección durante el embarazo**. Uno de los estudios más importantes sobre toxoplasmosis congénita en Latinoamérica fue realizado en el departamento del Quindío (Colombia) e informó una frecuencia de seroconversión en maternas de 1.9% (IC 95%: 1.2-2.8%).

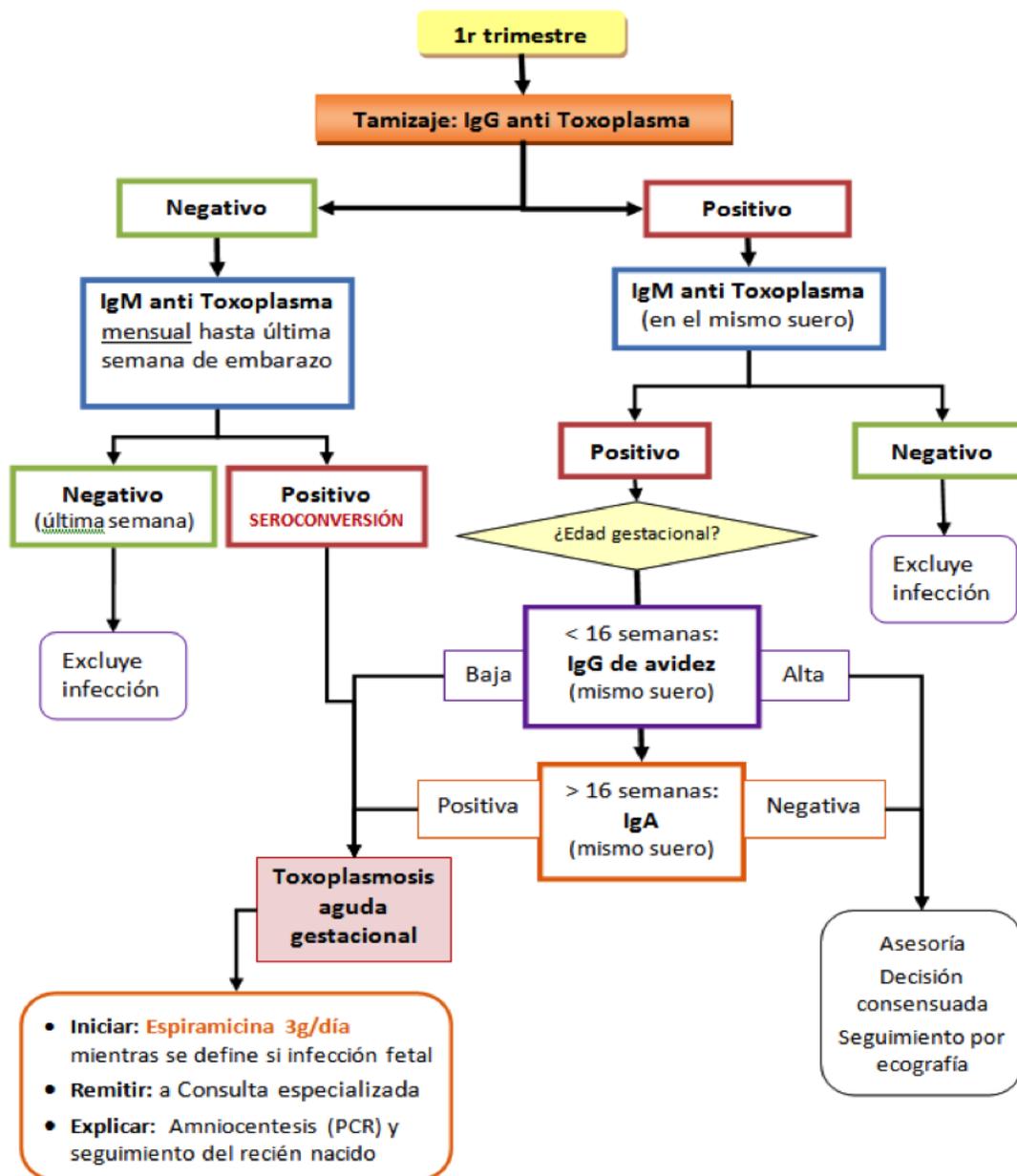
Teniendo en cuenta esta situación, lo aconsejable es que **toda mujer en edad fértil tenga un tamizaje con IgG anti Toxoplasma previo al embarazo**. De ser positiva, se considerará inmunizada y no habrá necesidad de otra valoración. Si la gestante no tiene evaluación previa, se le debe realizar tamizaje serológico idealmente en consulta preconcepcional o, de estar embarazada, en el primer trimestre de la gestación.

El **diagnóstico** se realiza a través de la medición de anticuerpos IgG e IgM; sin embargo, estas serologías no permiten establecer el tiempo en que ocurrió la infección. Este dato se infiere al correlacionar la variación en los títulos séricos de IgG y la IgM.



Infección congénita por Toxoplasmosis

En 2007, luego de una reunión de consenso, se publicó la **Guía de práctica clínica para toxoplasmosis durante el embarazo y toxoplasmosis congénita en Colombia** la cual recomienda para el tamizaje prenatal el uso de IgG, IgM e IgA anti Toxoplasma tal como se presenta en el flujograma siguiente.



Tamizaje prenatal de toxoplasmosis

Cuando el **IgG anti Toxoplasma es negativo**, es importante dar a la gestante indicaciones y recomendaciones para que pueda evitar la infección durante el embarazo.



La recomendación del **monitoreo mensual de IgM** en las gestantes susceptibles [A1] surge del análisis de la evidencia que señala que el tratamiento con Espiramicina tiene un efecto positivo únicamente si se inicia en las primeras 5 semanas de la conversión serológica. Para poder detectar oportunamente esta seroconversión, se vuelve necesario hacer el seguimiento mensual. En el esquema propuesto se indica también **cuantificar el IgM en el mismo suero** en donde se evaluó el IgG [A1]. Esta conducta permite determinar rápidamente si se trata o no de una infección gestacional sin necesidad de orden médica y sin obligar a la gestante a un nuevo desplazamiento para la toma del IgM.

Ante la presencia de una IgM positiva, es necesario realizar una prueba confirmatoria, ya sea una **prueba de IgG de avidéz** o una **IgA** anti Toxoplasma.

La evidencia señala que **el IgG de avidéz debe realizarse antes de la semana 16** ya que los valores altos luego de esa semana, sin pruebas previas, no permite descartar la infección durante las primeras semanas de embarazo.

Si la edad gestacional es superior a 16 semanas, la recomendación es la cuantificación de IgA en el mismo suero en donde se cuantificó la IgM.

En los casos de IgA baja, teniendo en cuenta la sensibilidad reducida de esta prueba, la recomendación es asesoría y seguimiento mensual por ecografía realizada por perinatólogo.

Si se confirma infección por *Toxoplasma gondii* durante la gestación, se debe **remite a la gestante** a un nivel de complejidad superior para que sea vista por especialista de alto riesgo.

Es importante explicarle a la mujer la necesidad de iniciar el tratamiento con Espiramicina de inmediato y ofrecerle información sobre las características de la infección congénita así como la necesidad de realizar un seguimiento de su hijo/a durante un periodo de 5 años.

• TAMIZAJE Y MANEJO DE INFECCION POR RUBEOLA

La rubeola durante el embarazo está asociada con infección fetal. El **síndrome de rubeola congénita** se caracteriza principalmente por problemas de audición (58%), afectación ocular, especialmente cataratas y microftalmia (43%), y cardiopatía congénita, principalmente ductus arterioso persistente (50%). Otras afectaciones de esta infección son alteraciones en funcionamiento de hígado,



bazo o médula ósea; microcefalia, bajo peso al nacer; micrognatismo; retraso mental y dificultades en el aprendizaje.

Estudios de cohortes de gestantes que presentaron infección por rubeola en diferentes momentos de la gestación han mostrado que 43% de los hijos/as presentan rubeola congénita. La posibilidad de infección congénita varía entre el 80% si la infección ocurrió en el primer trimestre descendiendo a 25% si ocurrió a finales del segundo trimestre. La totalidad de los niños/as nacidos de madres que tuvieron infección en las primeras 11 semanas de gestación presenta defectos relacionadas con la rubeola.

Aunque en el esquema PAI de vacunación está incluida la vacunación contra rubeola (triple viral aplicada al año de edad con refuerzo a los 5 años), en la actualidad existen mujeres en edad fértil sin adecuada inmunización por lo cual el tamizaje de esta infección es importante durante el control prenatal. Debe tenerse cuidado en la interpretación de las pruebas durante la gestación. Ante un **IgG positivo**, debe siempre investigarse si la madre presentó algún episodio de rash sugestivo de infección por rubeola teniendo presente que los niveles de IgM específico para rubeola desaparecen 4 a 6 semanas luego de la infección.

En la actualidad no existe un tratamiento que evite la transmisión madre-hijo de la rubeola.

En los casos en que la inmunidad sea negativa (anticuerpos ausentes o inferiores a 10 UI) se debe realizar la vacunación en el puerperio inmediato [B]. La vacunación durante el embarazo está contraindicada por riesgo de teratogenicidad aunque algunos estudios no han encontrado efectos en hijos nacidos de madres vacunadas durante el primer trimestre.

Si bien el tamizaje no evita la ocurrencia de infección, sí permite brindar recomendaciones a la gestante para que evite el contacto con personas que puedan estar cursando con esta infección, principalmente niños/as en edad escolar.

- **GESTANTE RESIDENTE EN REGION ENDEMICA PARA CHAGAS, MALARIA, UNCINARIASIS Y/O FIEBRE AMARILLA.**

Tomando en cuenta las características del país, es importante tener presente la posibilidad de que la gestante esté expuesta a determinadas infecciones no contempladas en guías de control prenatal internacionales.



De forma resumida se plantea en la siguiente tabla el manejo a seguir si la gestante reside en áreas con prevalencia de alguna de las tres infecciones consideradas.

REGIÓN ENDÉMICA PARA...	MANEJO	OBSERVACIONES
Chagas	<p>Para prevenir la infección congénita por <i>Trypanosoma cruzi</i> la OPS recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none">Tamizaje serológico materno universal en el primer control de embarazo o en admisión por parto.En hijos de madre con serología chagásica positiva:Tamizaje parasitológico directo neonatal	<p>Mayor información sobre el manejo de gestantes con diagnóstico de Chagas se encuentra en los siguientes vínculos</p>
Fiebre Amarilla	<p>Tamizaje serológico convencional entre los 9 y 12 meses de edad. Vacuna Fiebre Amarilla</p> <ul style="list-style-type: none">Por ser una vacuna de virus vivos atenuados, no se recomienda en embarazo.Si la gestante debe vacunarse por motivo de un viaje dar información y hasta que finalice el embarazo.Si vive en zona endémica, puede vacunarse explicando riesgos y solicitando consentimiento informado.	<p>Aunque no se han encontrado malformaciones fetales por la vacuna, no se recomienda su uso en el primer trimestre [D4] excepto cuando el riesgo de exposición es mayor que el riesgo para el feto. La misma recomendación aplica durante la lactancia por potencial riesgo de transmisión por la leche.</p>

- La vacuna protege por 10 años

La OMS recomienda un enfoque centrado en 3 vertientes:

1. Mosquiteros tratados con insecticidas (MTI)
2. Tratamiento preventivo intermitente
3. Tratamiento eficaz de los casos de paludismo

No usar TPI en primer trimestre [A1].

La gestante con sospecha de malaria debe tener prioridad para su estudio y tratamiento.

Malaria

El *tratamiento presuntivo intermitente* (TPI) consiste en:

Pirimetamina 75 mg + Sulfadoxina 1.500 mg

Administrar 3 tabletas en dosis única en 2 momentos de la gestación:

Mayor información sobre el manejo de gestantes con **diagnóstico de Malaria** se encuentra en los siguientes vínculos.

- 2º trimestre : 18-24 semanas y
- 3er trimestre: 28-34 semanas

Como provoca pérdida de sangre puede generar anemia ferropénica. Es recomendable el tratamiento a las gestantes combinando con suplementación de hierro si hay anemia.

Uncinariasis

(*Necator americanus*,
Ancylostoma duodenale)

Pamoato de Pirantel

- Dosis: **10 mg/Kg/día** (máx. 1 gr), por 3 días
- Administrar en 2º trimestre (18-24 semanas) si la prevalencia del área es

del 20 – 30%

Repetir en 3er trimestre (28-34
semanas) si la prevalencia del
área es mayor al 50%

ANEXO 9 Educación individual a la madre, compañero y familia

Los siguientes aspectos son relevantes como complemento de las anteriores actividades:

- Fomentar la integración a la consulta del padre o familia (no solo el acompañamiento a la consulta, sino durante el momento del parto y del puerperio)
- Incrementar los factores protectores para la salud de la gestante, tales como medidas higiénicas, guía nutricional, fomento de la actividad física, sexualidad, prevención de infecciones vaginales, sueño, vestuario, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y la atención institucional del parto.
- Fortalecer los vínculos afectivos, la autoestima y el autocuidado como factores protectores.
- Prevenir la automedicación y el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación. La gestante fumadora debe ser informada sobre los riesgos del cigarrillo en el embarazo (parto pretérmino, bajo peso al nacer) y la importancia de suspender su consumo disminuir al mínimo su empleo. De igual forma, el consumo del alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- Orientar sobre los signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, o sintomatología urinaria.
- Brindar un espacio para resolver inquietudes e interrogantes de la gestante.
- Recomendar sitios para su atención durante las 24 horas del día o de solicitud de información en situaciones de urgencia.

Se debe entregar material impreso con información básica a la gestante y su familia sobre los conceptos arriba señalados.

Aunque la gestación sea algo más que cotidiano para el/la médico/a que realiza la consulta, este evento es único para la gestante, su pareja y familia.

Como se mencionó previamente (Valoración biopsicosocial) cada día se hace mayor énfasis en asegurarse que la gestante cuente con una buena red de apoyo constituida principalmente por su pareja y su familia.

Una de las formas de poder evaluar y fortalecer esa red de apoyo es vincular a la pareja u otro familiar desde el inicio del control prenatal. Lamentablemente en muchas instituciones no se contempla esta participación y la pareja y la familia quedan por fuera del proceso de atención.

La información que se comparte con la pareja y la familia debe ser dada siempre en presencia de la gestante e incluye los siguientes temas:

INFORMACIÓN para gestantes y acompañantes

TEMA	DESCRIPCIÓN
1 Cambios relacionados con la gestión	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios corporales - Patrón de sueños y vigilia - Actividad sexual
2 Importancia de favorecer los factores protectores	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuada nutrición - Actividad física - Apoyo afectivo - Vestuarios cómodo - Hábitos higiénicos - Asistencia a las citas de control - Protocolo de vacunación - Atención institucional del parto
3 Importancia de prevenir los factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Tabaquismo - Alcohol - Sustancias psicoactivas - Estrés
4 Signos de alarma	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión arterial - Cefalea - Teastomos visuales y auditivos - Epigastralgia - Sintomatología urinaria - Disminución o ausencia de movimientos fetales - Actividad uterina - Sangrado genital - Amniorrea o leucorrea





Es muy importante que esta información sea transmitida siempre en un lenguaje comprensible para la gestante y su(s) acompañante(s).

Además de lo mencionado, el profesional a cargo de la consulta debe informar a la gestante y familiares los sitios de atención durante las 24 horas del día o de solicitud de información en situaciones de urgencia.

- Fomentar la integración a la consulta del padre o familia, no solo el acompañamiento a la consulta, sino durante el momento del parto y del puerperio)
- Incrementar los factores protectores para la salud de la gestante, tales como medidas higiénicas, guía nutricional, fomento de la actividad física, sexualidad, prevención de infecciones vaginales, sueño, vestuario, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y atención institucional del parto
- Informar y educar sobre la importancia de la atención del parto institucional, condiciones particulares y signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, o sintomatología urinaria
- Remitir a curso de preparación para el parto
- Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los dos años.
- Informar, educar y brindar consejería en planificación familiar. Solicitar firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir un método permanente para después del parto (Guía para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres)
- Diligenciar y entregar el carné con los resultados transcritos de los exámenes paraclínicos y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico
- Brindar un espacio para resolver inquietudes e interrogantes de la gestante
- Informar acerca de los sitios para su atención durante las 24 horas del día o de solicitud de información en situaciones de urgencia.

Se debe entregar material impreso con información básica a la gestante y su familia sobre los conceptos arriba señalados.

– Valoración del riesgo materno:

* En cada consulta de seguimiento y control, de acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos, se deberá reclasificar a la gestante de acuerdo con los factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación, y se establecerá el manejo más adecuado

* En caso de encontrar riesgos que impliquen manejo en otro nivel de complejidad, en la nota de remisión se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los



resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión. Es deber de los prestadores de salud garantizar la atención adecuada y oportuna a estas gestantes.

* Se les debe recomendar a las gestantes de bajo riesgo que no hayan tenido su parto al cumplir la semana 41, asistir en esa fecha directamente a la institución de salud previamente definida para su atención del parto, para su remisión inmediata a un especialista en obstetricia para valoración y terminación del embarazo

COPIA NO CONTROLADA