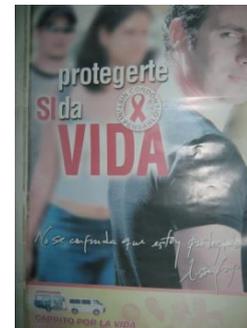
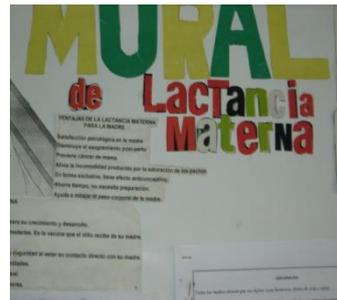


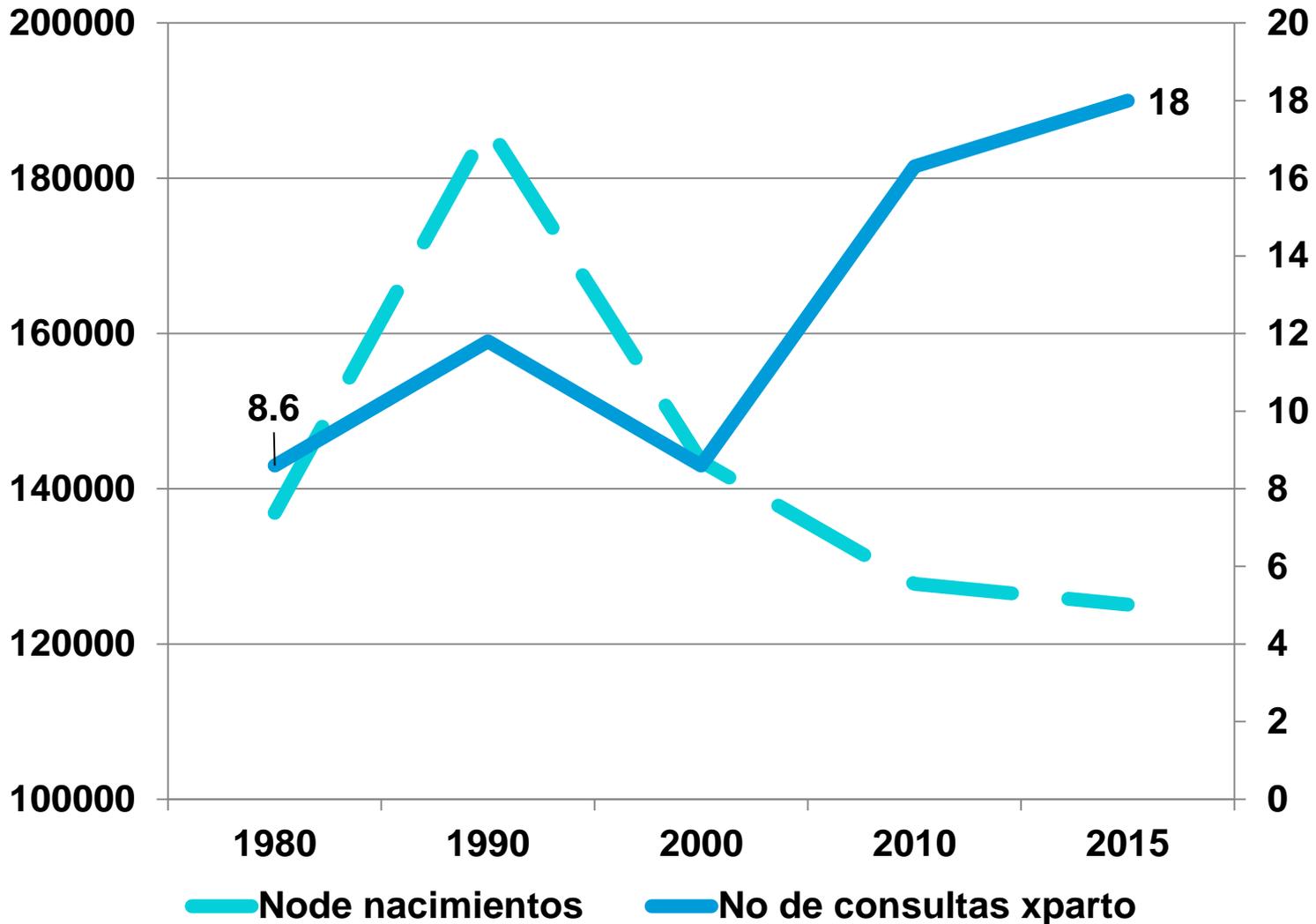
Atención prenatal .

Dra. Mercedes Piloto Padrón
Programa Materno Infantil. MINSAP

Marzo 2017



Consultas prenatales por parto. Cuba. Años seleccionados



Cronología de la atención prenatal. Programa del Médico y la enfermera de la familia. 2012

CONSULTAS	EDAD GESTACIONAL
Consulta de Captación	Antes de las 12 semanas
*Evaluación	En los 15 días posteriores a la captación
Consulta	A las 18 semanas
Consulta	En la semana 22 (22.6)
Re evaluación	En la semana 26 (26.6)
Consulta	En la semana 30 (30.6)
Interconsulta	En la semana 32 (32.6)
Consulta	En la semana 36 (36.6)
Consulta	En la semana 38 (38.6)
Interconsulta y remisión al Hospital	En la semana 40

Complementarios por trimestre

Complementarios	1er trimestre	2do trimestre	3er trimestre
Hb y Hto	x	x	x
Grupo y factor	x		
Prueba de Combs Si Rh negativo sin eventos sensibilizantes previos	Captación	20 sem	28, 36 y 40 sem
Prueba de Combs Si Rh negativo con eventos sensibilizantes previos	Captación	20 y 24	28-32-36 y 40
VDRL / VIH (pareja)	x	x	x
Si VIH positivo	Carga viral y CD4	Carga viral y CD4	Carga viral y CD4
Glicemia (sin factores de riesgo)	x		x
Glicemia (con factores de riesgo)	x	x	PTG
Electroforesis de Hb	x (indicar)		
Antígeno de superficie	X (indicar)		

Complementarios por trimestre

Complementarios	1er trimestre	2do trimestre	3er trimestre
Alfa feto proteína		Entre 15 y 19 semanas	
Urocultivo	x	x	x
Orina	En cada control		
Heces fecales	x		
Exudado vaginal	Seguir indicación de manejo sintomático del flujo vaginal		
Ultrasonografía	12-13 sem	20-22 sem cervicometría	28 sem

Mujeres >35 años. EKG, ácido úrico, lipidograma

Que debemos seguir en cada consulta

La consulta por el médico de familia debe estar basada en el análisis de la paciente de forma integral: Comenzar por un buen interrogatorio. (Zika y embarazo, antecedentes de eventos tromboembólicos) Examen físico completo haciendo hincapié en examen cardiovascular, respiratorio, TSC, abdomen (con el examen obstétrico) y mucosas.

Análisis de las 3 curvas.

•**Curva de Peso:** Todas las pacientes deben ser pesadas en consulta. Referir si se encuentra por el canal de percentil que se le calculó en la captación. Hacer énfasis en los incrementos o saltos. Propuestas de manejo si hay alteraciones en la evolución ponderal de la gestante.

•**Curva de tensión Arterial (TA):** A todas las pacientes se les debe tomar en cada consulta la TA, realizando análisis de la misma globalmente en el embarazo. Calculando la tensión arterial media. Estableciendo si está normal o no.

•**Curva de Altura Uterina (AU):** A todas las pacientes se les debe medir la AU en la consulta (en dependencia de la edad gestacional), comparando con la consulta anterior y globalmente, hacer énfasis en los incrementos o saltos, o no aumento de la altura estableciendo hipótesis o conductas al respecto.

Análisis de complementarios y pruebas indicados. Transcribiendo los resultados a la historia clínica y comentando si se encuentran normales o no.

Impresión diagnóstica que incluye edad gestacional, clasificación de la gestante (riesgo o no) y el diagnóstico de los diferentes problemas de salud de la misma.

Indicaciones: que incluyen el uso de las prenatales y el tratamiento impuesto a sus diferentes problemas de salud. Así como los complementarios indicados acorde a la problemática individual de cada paciente.

Programación de la próxima consulta.

Firma y cuño del médico.

Zika y embarazo

Acciones a desarrollar con las gestantes

- Captación precoz.
- Cumplimiento de la frecuencia de evaluación prenatal establecida, **buscar intencionadamente riesgos de exposición a la infección y/o haber tenido síntomas.**
- Promover la concurrencia de la mujer a los controles prenatales, imprescindible **los seis controles de la atención genética** (captación, ultrasonografía del primer trimestre, ultrasonografía del segundo trimestre, ultrasonografía del tercer trimestre y evaluación para alta de genética de las 33 semanas).
- Orientar medidas de protección ambiental en su vivienda y alrededores (autofocal).
- Aquellas gestantes que residen en zonas con transmisión activa del virus del Zika se orientará:
 - a) el **uso de medios de protección personal día y noche durante todo el embarazo**, fundamentalmente en el primer y segundo trimestre: ropas que cubran el cuerpo, uso de mosquitero y usar repelentes que contengan icaridina, picaridina o permetrina (productos seguros durante embarazo y lactancia),
 - b) **uso de condón o abstinencia de las relaciones sexuales durante la gestación.**

Evaluación del estado nutricional de la embarazada

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

TABLAS ANTROPOMÉTRICAS DE LA EMBARAZADA

2009



**CLASIFICACIÓN DEL ESTADO
NUTRICIONAL:**

	Indice de Masa Corporal (IMC) a la captación	Tablas de Evolución del Peso
Peso deficiente	$\leq 18.8 \text{ Kg/m}^2$	\leq percentil 10
Peso adecuado	$>18.8 \text{ Kg/m}^2$ a $< 25.6 \text{ Kg/m}^2$	$>$ percentil 10 a $<$ percentil 75
Sobrepeso	$\geq 25.6 \text{ Kg/m}^2$ a $< 28.6 \text{ Kg/m}^2$	\geq percentil 75 a $<$ percentil 90
Obesidad	$\geq 28.6 \text{ Kg/m}^2$	\geq percentil 90

ESQUEMA RECOMENDADO PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO EN EL EMBARAZO

Valores de hemoglobina en el curso del embarazo (g/L)	¿QUE HACER?
<p>NORMAL 110 o más - <i>Confirmar cumplimiento de la indicación</i></p>	<p>1 “Prenatal”. Desde el mismo día de la captación 1 tableta diaria, y a partir de la semana 14 hasta el parto, indicar 1 tableta 2 veces al día. 2.- Indicar lo establecido en “ Una alimentación adecuada durante el embarazo”</p>
<p>ANEMIA LIGERA 100 – 109 - <i>Confirmar cumplimiento de la indicación</i></p>	<p>1.- “Prenatal” Indicar 1 tableta 2 veces al día hasta el parto. 2.- Indicar lo establecido en “ Una alimentación adecuada durante el embarazo”</p>
<p>ANEMIA MODERADA * 80 – 99 - <i>Confirmar cumplimiento de la indicación</i> - <i>Investigar otras posibles causas de anemia y tratarlas</i></p> <p>ANEMIA GRAVE * menos de 80 - <i>Confirmar cumplimiento de la indicación</i> - <i>Investigar otras posibles causas de anemia y tratarlas</i> - Hemoglobina ≤ 70 requiere hospitalización</p>	<p>1.- Indicar una de estas 2 opciones: a) “ Prenatal” Indicar hasta el parto 2 tabletas diarias más 30-60 mg de hierro elemental en forma de cualquier sal ferrosa. b) “ Prenatal” Indicar hasta el parto 2 tabletas diarias junto con un suplemento a base de hierro hemínico. (Trofin, Bioestimulin, Ferrical, etc). 2.- Indicar lo establecido en “ Una alimentación adecuada durante el embarazo”</p> <p>1.- “Prenatal”. Indicar lo establecido para anemia moderada. 2.- Cuando fuere necesario, seguir las orientaciones establecidas para: a) Tratamiento con hierro-dextrán IM (Inferón) b) Administración de glóbulos 3.- Indicar lo establecido en “ Una alimentación adecuada durante el embarazo”</p>

* A los efectos de este documento para mayor margen de protección a la gestante

GUIA DE ALIMENTOS A CONSUMIR DIARIAMENTE		
GRUPOS DE ALIMENTOS	Número de RACIONES DIARIAS	TAMANO DE RACION Cada ración equivale a una de estas cantidades:
Leche, o yogurt, o queso	3-4	1 taza de leche o yogurt 1½ onzas (45 g) de queso
Carne de res, o cerdo, o pollo, o pescado, o vísceras, o frijoles o huevo	2-3	2-3 onzas (60-90 g) de cualquier carne cocinada Equivalen a 2 onzas(60 g) de carne: <ul style="list-style-type: none"> • 2 huevos o • 1 taza de frijoles cocinados
Arroz, o viandas, o pastas o pan, u otros cereales	6-10	1 rebanada de pan ½ pan redondo 4 galleticas ½ taza de arroz cocinado, o pastas, o maíz o vianda u otros cereales cocinados
VEGETALES	3-5	1 taza de vegetales de hoja ½ taza de vegetales cortados crudos o cocinados ¾ taza de jugo de vegetales
FRUTAS	2-4	1 fruta mediana ¾ taza de jugo de fruta fresca ½ taza de fruta cocida o en conserva

Estos alimento deberán distribuirse **en 6 comidas al día**

PRECISAR

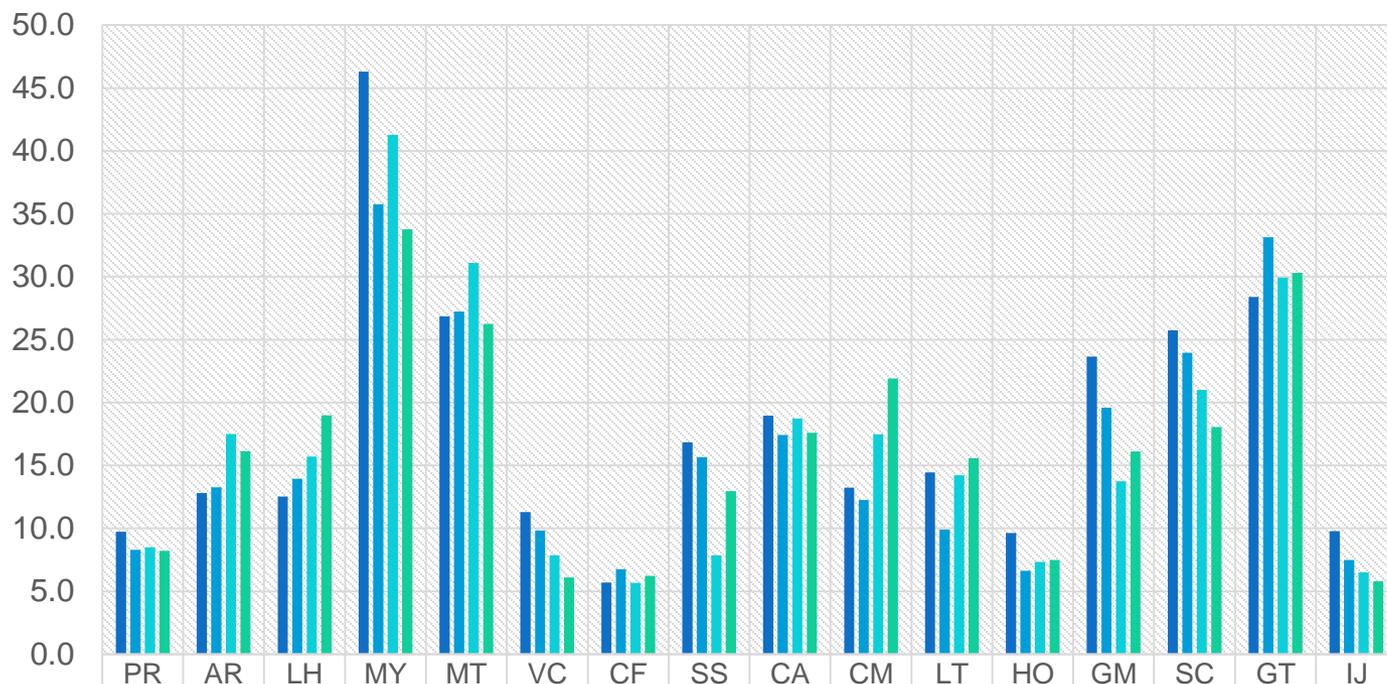
- Usar las tablas antropométricas de la embarazada para la evaluación de la ganancia de peso según talla longitudinalmente en el carril correspondiente según la evaluación nutricional a la captación.
- Vigilar y actuar ante ganancias bruscas de peso, para lo cual se trabajará con las tablas A y B del anexo Ganancia de peso gestacional.
- Insistir en la evaluación por nutricionista y explorar que la paciente entienda como consumir las kilocalorías calculadas según evaluación nutricional.
- Trazar estrategias de conjunto con nutricionista según desviaciones de la debida ganancia de peso de la gestante.
- Para el tratamiento de la anemia solo aportar de **60 a 120 mg de hierro elemental** administrando cualquier presentación de sal ferrosa.

INDICACIONES TÉCNICAS PARA AL MANEJO DE LA EMBARAZADA CON SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL.

Abril 2012

- 1) Se mantiene vigente el protocolo de actuación para el Síndrome de Flujo Vaginal normado en el manual “Infecciones de Transmisión Sexual pautas para su tratamiento” páginas 43 a la 48. (Anexo I)
- 2) Se introducen cambios en el protocolo de actuación en gestantes que después de haberse aplicado correctamente el flujograma de manejo sindrómico para el flujo vaginal y reconsultada a los 7 días de concluido el tratamiento persiste el flujo vaginal (Anexo II)
- 3) La indicación de exudado vaginal para cultivo y/o estudio de Clamidia y Mycoplasma la hará el especialista en ginecología y obstetricia y la toma de muestra se realizará en los hospitales maternos donde serán procesadas dichas muestras. (ANEXO III)
- 4) En todos los casos que se atiendan por síndrome de flujo vaginal se cumplirán las buenas prácticas de atención para casos de ITS, las que incluyen: notificación en hoja de cargo (sólo la primera vez), consejería en ITS, tratamiento completo, control y tratamiento de parejas sexuales y promoción del uso de condones, mostrar cómo se usan, entregar alguno e informar dónde pueden adquirirse.

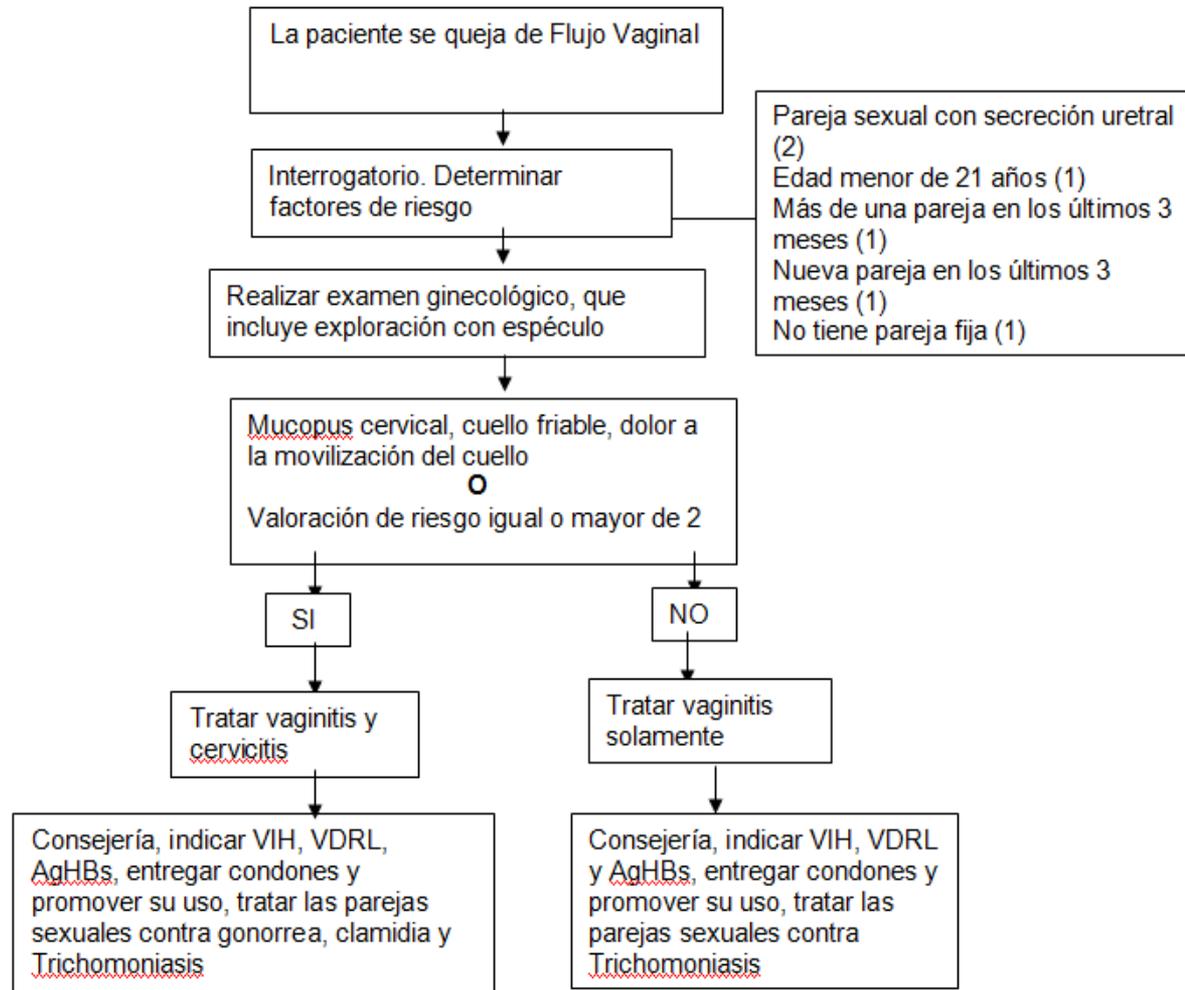
Proporción de Gestantes con Flujo Vaginal por provincias. Año 2013-2016



	PR	AR	LH	MY	MT	VC	CF	SS	CA	CM	LT	HO	GM	SC	GT	IJ
2013	9.7	12.8	12.5	46.3	26.9	11.3	5.7	16.8	19.0	13.2	14.5	9.6	23.7	25.7	28.4	9.8
2014	8.3	13.3	13.9	35.8	27.2	9.8	6.8	15.7	17.4	12.3	9.9	6.6	19.6	24.0	33.1	7.5
% Fujo Vag Gestantes 2015	8.5	17.5	15.7	41.3	31.1	7.9	5.7	7.9	18.8	17.5	14.2	7.3	13.7	21.0	29.9	6.5
% Fujo Vag Gestantes 2016	8.2	16.1	19.0	33.8	26.3	6.1	6.2	13.0	17.6	21.9	15.6	7.5	16.1	18.0	30.3	5.8

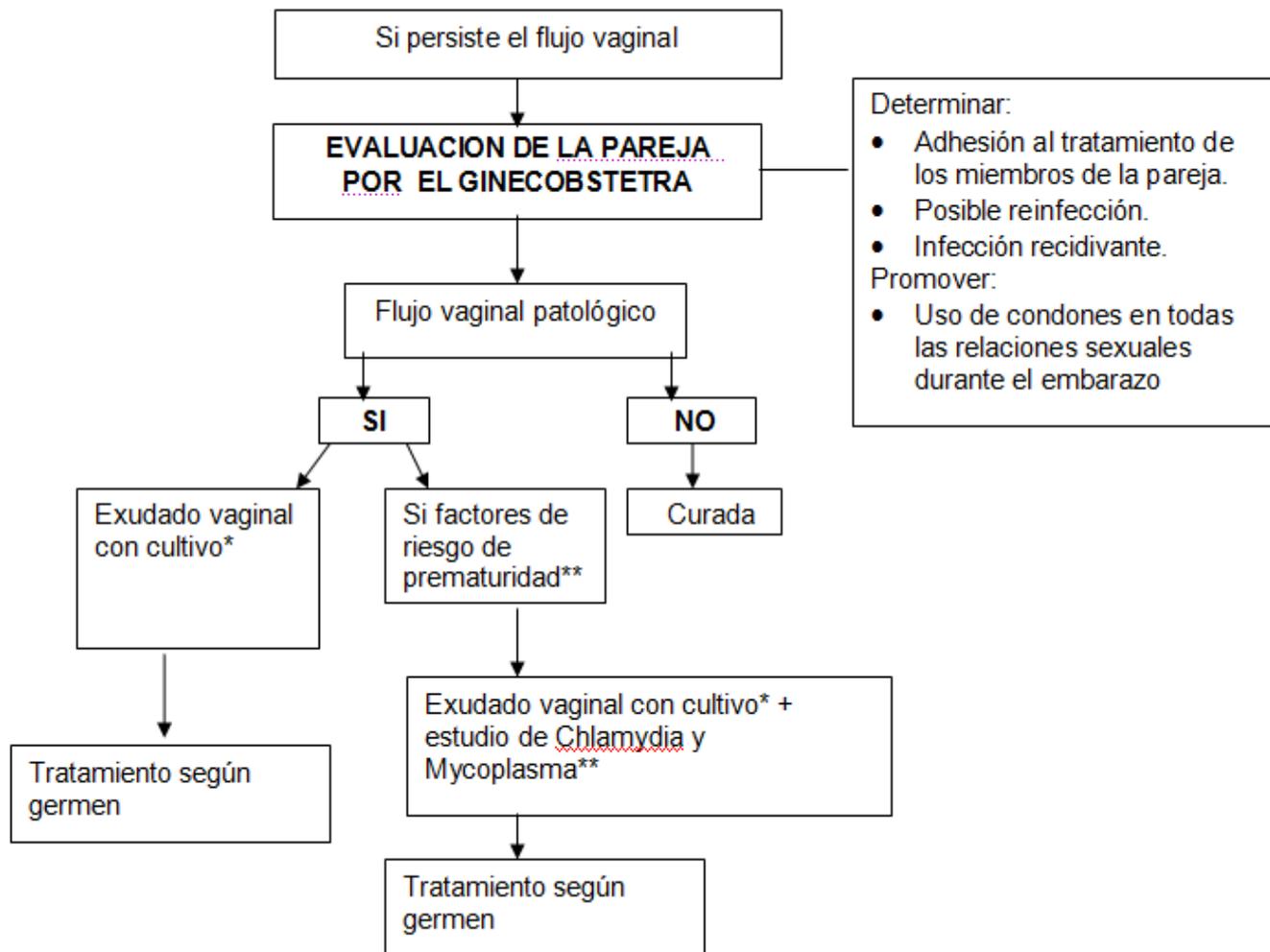
■ 2013 ■ 2014 ■ % Fujo Vag Gestantes 2015 ■ % Fujo Vag Gestantes 2016

Protocolo para el manejo del Síndrome de Flujo Vaginal en gestantes



Re-evaluar a la paciente a los 7 días de haber concluido el tratamiento.

Protocolo para el manejo del Síndrome de Flujo Vaginal persistente en gestantes ya tratadas sindrónicamente.



Esquemas de tratamiento recomendados. SFV

Tratamiento de la cervicitis

(Incluye tratamiento. para Neisseria y Chlamidias de la gestante y su pareja sexual)



Ceftriaxona 250 mg IM
dosis única

+

Azitromicina 1 g VO dosis única

Eritromicina se retira del cuadro básico de medicamentos.

Tratamiento de la vaginitis

(Incluye tratamiento. para vaginosis bacteriana, trichomoniasis y candidiasis)



Metronidazol 250 mg VO 3 v/día x 7 días
(Para trichomoniasis y vaginosis bacteriana)

(Las parejas sexuales de gestantes con vaginitis deben recibir tratamiento para trichomoniasis con:

Metronidazol 250 mg VO 3v/día x 7 días

o

Metronidazol 2 gr VO un solo día (1 g c/ 12 horas)



Clotrimazol 500 mg vag dosis única

Nistatina 100 000 U vag 1 v/día x 14 días

PRECISAR

- El médico de familia tiene que reportar el Síndrome de Flujo vaginal en gestantes en la hoja de cargo.
- Se mantiene el flujograma para manejo del síndrome de flujo vaginal.
- Para el diagnóstico y tratamiento hay que basarse en el puntaje de la evaluación de riesgo más el examen físico de la gestante.
- En el tratamiento medicamentoso desaparece la presentación de Eritromicina y el Clotrimazol ovulo en presentación de 500 mg se indica en dosis única.
- El exudado vaginal con cultivo solo está indicado si persiste la infección al reevaluar a los 7 días a la paciente.
- Tiene que indicar VDRL, VIH, Antígeno de superficie para hepatitis B y anticuerpo para hepatitis C en la gestante con síndrome de flujo vaginal.

**Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia,
Departamento Materno Infantil Nacional.
Octubre 2016.**

**Protocolo de atención diferenciada de la paciente con
obesidad en etapa preconcepcional, embarazo, parto y
puerperio.**

Clasificación	Rango de IMC (Kg/m²)	Riesgo de desarrollar problemas de salud
Sobrepeso	25,0 a 29,9	Incrementado
Obesa Clase I	30,0 a 34,9	Alto
Obesa Clase II	35,0 a 39,9	Muy alto
Obesa Clase III	>40	Extremadamente alto

La obesidad definida como Índice de Masa Corporal > 28.6Kg/m², según nuestras tablas de nutrición, está asociada a morbilidad durante el embarazo y el parto.

Atención prenatal:

- 1- Evaluación nutricional establecida en la atención prenatal y diferenciar según la clasificación de obesidad (OMS).
- 2- En la captación enviar a interconsulta con Medicina Interna, Nutrición, Endocrinología, realizando pesquisa de comorbilidades como diabetes, hipertensión, insuficiencia venosa, trastornos cardiovasculares, renales, endocrinos, según protocolo.
- 3- Iniciar el uso de ácido fólico, si no lo estaba ingiriendo en la etapa preconcepcional desde la captación.
- 4- Realizar EKG, perfil de hipertensión, fondo de ojo.

Atención prenatal:

- 5- En la evaluación efectuar consentimiento informado sobre los riesgos del presente embarazo y establecer el plan de manejo especializado y multidisciplinario.
- 6- Realizar pesquisa de diabetes gestacional como está establecido en el protocolo de diabetes.
- 7- Evaluar la posibilidad de realizar ejercicios durante el embarazo según estado de salud .
- 8- Adecuada evaluación de la ganancia de peso y las medidas para el control de la misma.

Atención prenatal:

8-En caso de tener factores de riesgo de preeclampsia tales como:

Primer embarazo.

> 10 años del primer parto o > 40 años de edad.

Embarazo múltiple, Preeclampsia previa.

Historia familiar de preeclampsia.

Diastólica \geq 80 mm de Hg en la captación.

Proteinuria \geq 300mg /24h.

Comorbilidades como: síndrome de Ac antifosfolipídicos, hipertensión crónica, enfermedad renal o diabetes.

Debe asociarse el uso de aspirina a bajas dosis de 125 a 150 mg/día en la noche antes de las 16 semanas y ultrasonido doppler de las arterias uterinas a las 24 semanas. Reevaluando el riesgo según el resultado del mismo. Seguimiento por especialista de obstetricia.

Atención prenatal:

9- Si Ecografía Doppler de las arterias uterinas patológico, realizar: controles de curva de tensión arterial 3 veces/semana, hasta la semana 36 y realizar perfil de HTA, incluido enzimas hepáticas a las 24,28,32 y 36 semanas así como biometría y cálculo de peso fetal con doppler de arteria umbilical cada 15 días desde las 30 semanas.

10- En las que no tengan estos factores de riesgo de pre eclampsia debe monitorearse la tensión arterial 3 veces/ semana entre las 24 a 32 semanas y 2 veces/semana desde las 32 semanas hasta el parto.

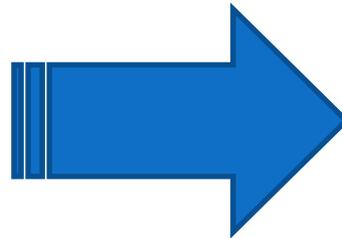
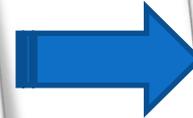
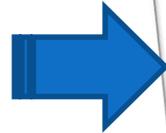
11- Identificar y documentar desde la evaluación el riesgo de tromboembolismo y definir las medidas de tromboprofilaxis.

Atención prenatal:

12- Toda paciente obesa en especial con $IMC > 40 \text{ Kg/m}^2$ deben tener interconsulta de Anestesiología antes de su ingreso hospitalario, con vistas a evaluar los riesgos potenciales. Estándar auditable.

13- El cálculo de peso fetal debe realizarse por ecografistas con experiencia, en el mejor equipo disponible y debe corroborarse el peso con una segunda opinión.

Atención Prenatal. Definición



Bibliografía a consultar.

Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Protocolo de atención diferenciada de la paciente con obesidad en etapa preconcepcional, embarazo , parto y puerperio.

Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en el embarazo y el puerperio.

Indicaciones específicas para la Prevención de los efectos de la infección por virus transmitidos por *Aedes aegypti* y *albopictus* sobre la salud materno infantil. Febrero 2017