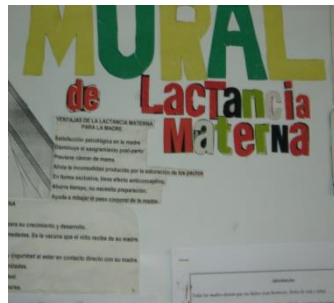
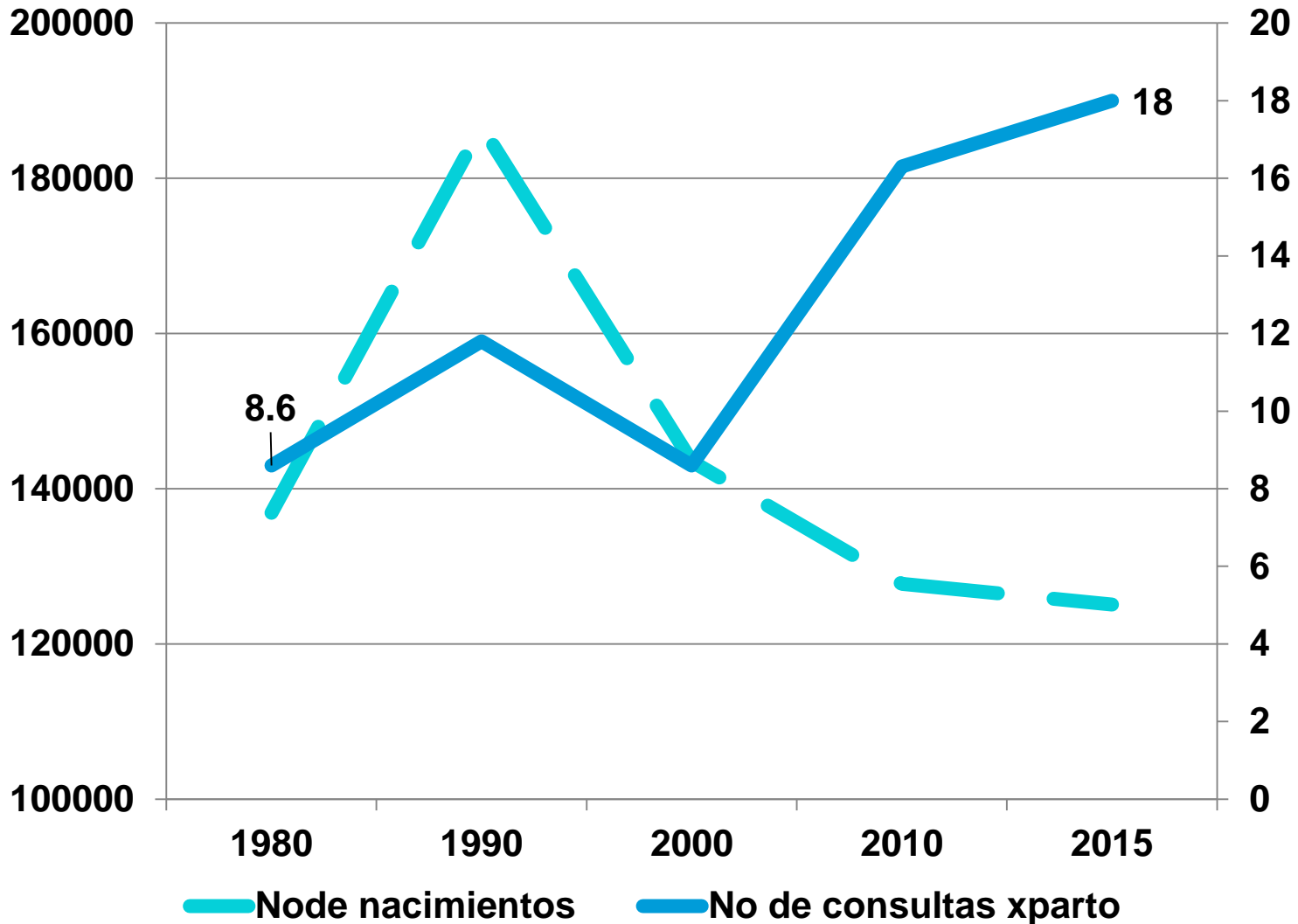


# Atención prenatal.

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                   |
| <b>*Evaluación</b>                          | En los 15 días posteriores a la captación |
| Consulta                                    | A las 18 semanas                          |
| Consulta                                    | En la semana 22 ( 22.6)                   |
| <b>Re evaluación</b>                        | En la semana 26 ( 26.6)                   |
| Consulta                                    | En la semana 30 ( 30.6)                   |
| <b>Interconsulta</b>                        | En la semana 32 ( 32.6)                   |
| Consulta                                    | En la semana 36 ( 36.6)                   |
| Consulta                                    | En la semana 38 ( 38.6)                   |
| <b>Interconsulta y remisión al Hospital</b> | 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<br>Si Rh negativo <b>sin</b><br>eventos<br>sensibilizantes<br>previos | Captación         | 20 sem            | 28, 36 y 40 sem   |
| Prueba de Combs<br>Si Rh negativo <b>con</b><br>eventos<br>sensibilizantes<br>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<br>de riesgo)  | x                 |                   | x                 |
| Glicemia (con<br>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<br>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

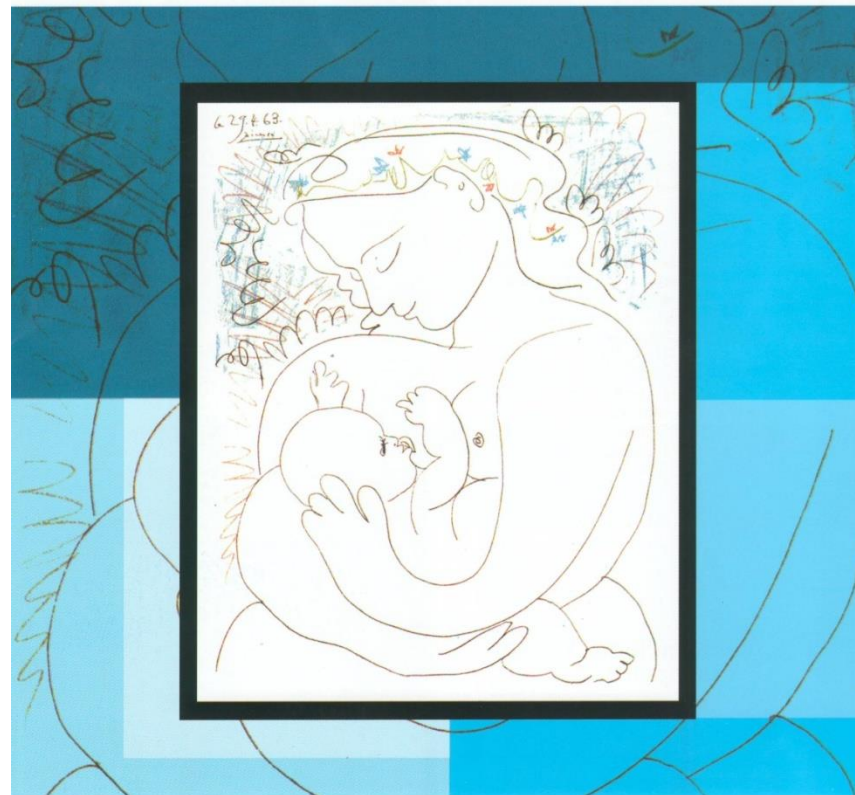
- Captación precoz.
- Cumplimiento de la frecuencia de evaluación prenatal establecida, **buscar intencionadamente riesgos de exposición a la infección y/o haber tenido síntomas.**
- Promover la concurrencia de la mujer a los controles prenatales, imprescindible **los seis controles de la atención genética** (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:**

|                        | <b>Indice de Masa Corporal (IMC) a la captación</b>  | <b>Tablas de Evolución del Peso</b>    |
|------------------------|--|--|
| <b>Peso deficiente</b> | $\leq 18.8 \text{ Kg/m}^2$                           | $\leq$ percentil 10                    |
| <b>Peso adecuado</b>   | $>18.8 \text{ Kg/m}^2$ a $< 25.6 \text{ Kg/m}^2$     | $>$ percentil 10 a $<$ percentil 75    |
| <b>Sobrepeso</b>       | $\geq 25.6 \text{ Kg/m}^2$ a $< 28.6 \text{ Kg/m}^2$ | $\geq$ percentil 75 a $<$ percentil 90 |
| <b>Obesidad</b>        | $\geq 28.6 \text{ Kg/m}^2$                           | $\geq$ 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><b>NORMAL</b><br/> <b>110 o más</b><br/>                     - <i>Confirmar cumplimiento de la indicación</i></p>   | <p><b>1 “Prenatal”.</b> 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.<br/> <b>2.-</b> Indicar lo establecido en “ <b>Una alimentación adecuada durante el embarazo</b>”</p>  |
| <p><b>ANEMIA LIGERA</b><br/> <b>100 – 109</b><br/>                     - <i>Confirmar cumplimiento de la indicación</i></p>  | <p><b>1.- “Prenatal”</b> Indicar 1 tableta 2 veces al día hasta el parto.<br/> <b>2.-</b> Indicar lo establecido en “ <b>Una alimentación adecuada durante el embarazo</b>”</p>  |
| <p><b>ANEMIA MODERADA *</b><br/> <b>80 – 99</b><br/>                     - <i>Confirmar cumplimiento de la indicación</i><br/>                     - <i>Investigar otras posibles causas de anemia y tratarlas</i></p> <p><b>ANEMIA GRAVE *</b><br/> <b>menos de 80</b><br/>                     - <i>Confirmar cumplimiento de la indicación</i><br/>                     - <i>Investigar otras posibles causas de anemia y tratarlas</i><br/>                     - <b>Hemoglobina ≤ 70 requiere hospitalización</b></p> | <p><b>1.-</b> Indicar una de estas 2 opciones:<br/> <b>a) “ Prenatal”</b> Indicar hasta el parto 2 tabletas diarias <b>más</b> 30-60 mg de hierro elemental en forma de cualquier sal ferrosa.<br/> <b>b) “ Prenatal”</b> Indicar hasta el parto 2 tabletas diarias <b>junto con</b> un suplemento a base de hierro hemínico. (Trofin, Bioestimulin, Ferrical, etc).<br/> <b>2.-</b> Indicar lo establecido en “ <b>Una alimentación adecuada durante el embarazo</b>”</p> <p><b>1.- “Prenatal”.</b> Indicar lo establecido para anemia moderada.<br/> <b>2.-</b> Cuando fuere necesario, seguir las orientaciones establecidas para:<br/>                     a) Tratamiento con hierro-dextrán IM (Inferón)<br/>                     b) Administración de glóbulos<br/> <b>3.-</b> Indicar lo establecido en “ <b>Una alimentación adecuada durante el embarazo</b>”</p> |

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

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

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

# PRECISAR

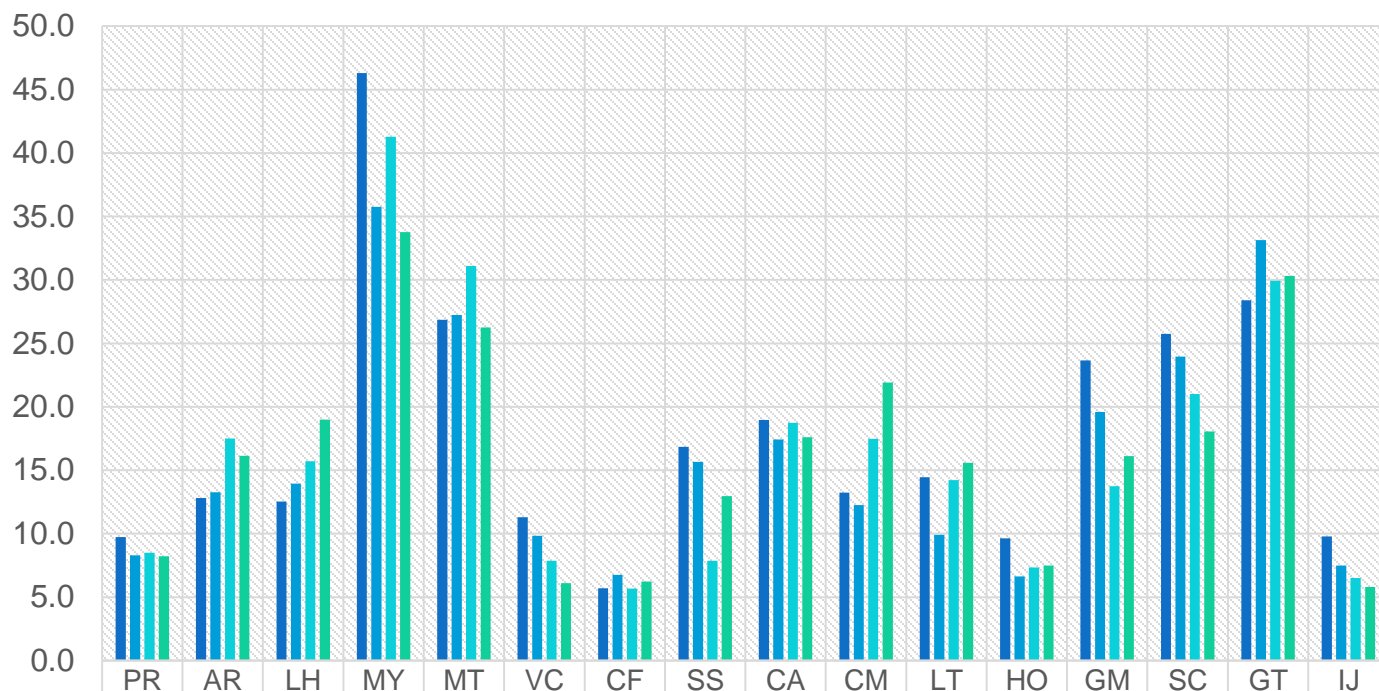
- Usar las tablas antropométricas de la embarazada para la evaluación de la ganancia de peso según talla longitudinalmente en el carril correspondiente según la evaluación nutricional a la captación.
- Vigilar y actuar ante ganancias bruscas de peso, para lo cual se trabajará con las tablas A y B del 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.

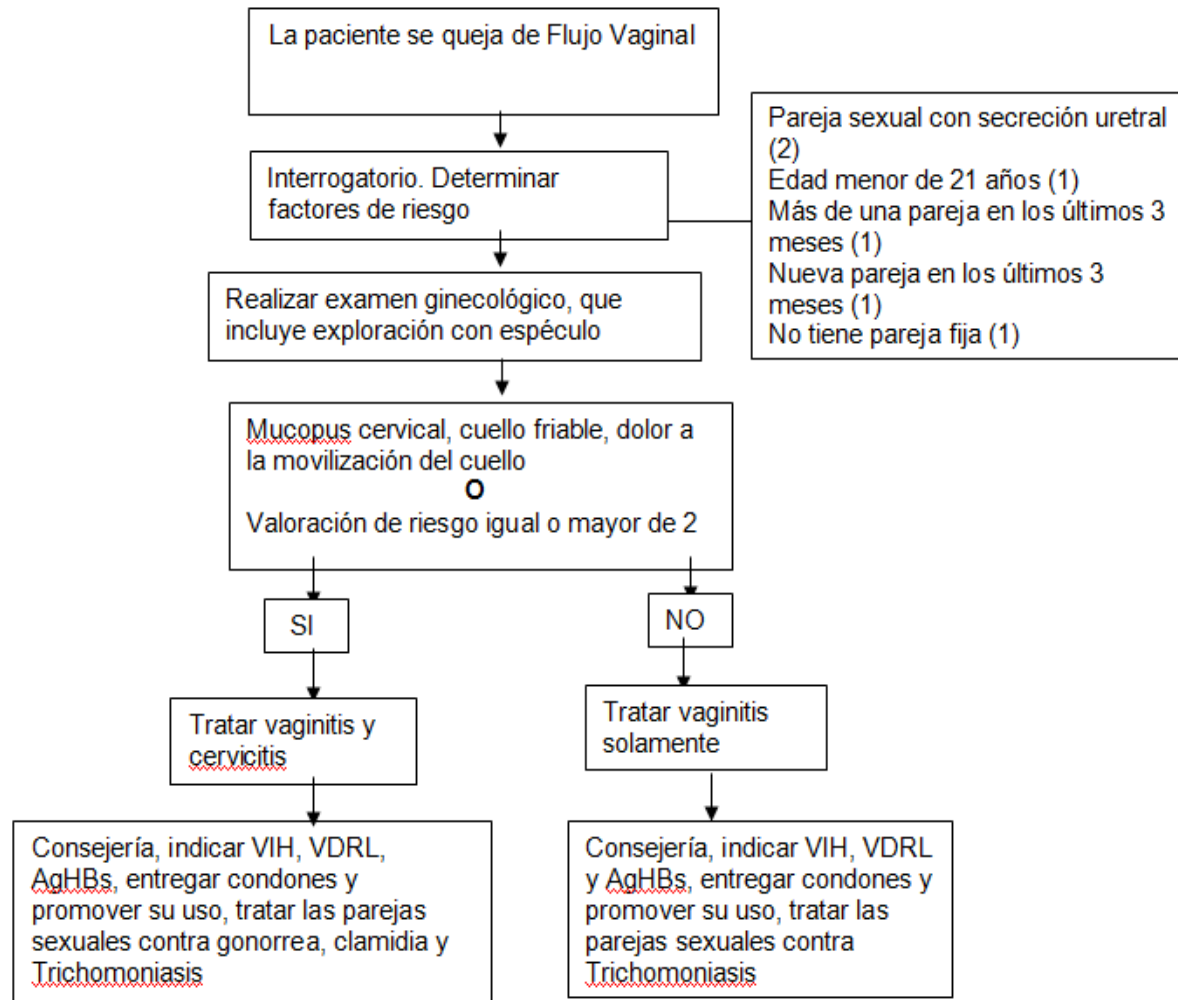
# Proporción de Gestantes con Flujo Vaginal por provincias. Año 2013-2016



|                           | 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 |

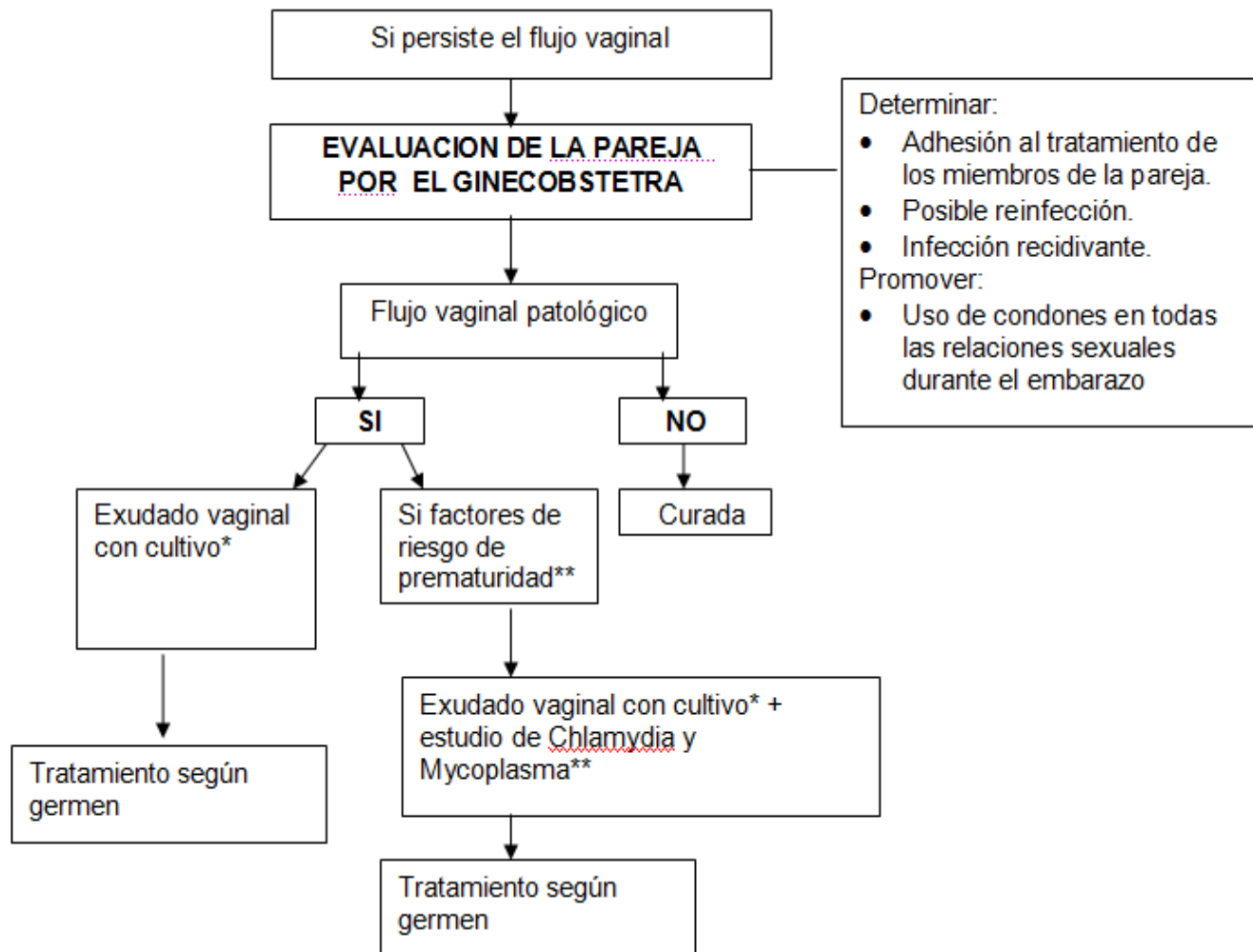
■ 2013   ■ 2014   ■ % Fujo Vag Gestantes 2015   ■ % Fujo Vag Gestantes 2016

## 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)



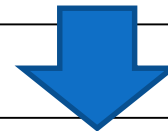
Metronidazol 250 mg VO 3 v/día x 7 días  
(Para trichomoniasis y vaginosis bacteriana)

(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.**

| <b>Clasificación</b>   | <b>Rango de IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b> | <b>Riesgo de desarrollar problemas de salud</b> |
|------------------------|--|---|
| <b>Sobrepeso</b>       | 25,0 a 29,9                            | Incrementado                                    |
| <b>Obesa Clase I</b>   | 30,0 a 34,9                            | Alto  |
| <b>Obesa Clase II</b>  | 35,0 a 39,9                            | Muy alto  |
| <b>Obesa Clase III</b> | >40                                    | Extremadamente alto                             |

**La obesidad definida como Índice de Masa Corporal > 28.6Kg/m<sup>2</sup>, 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.

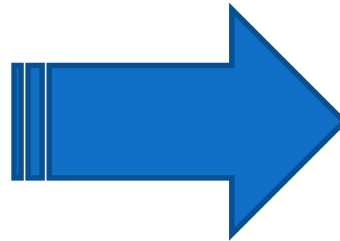
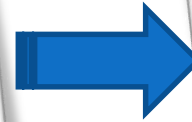
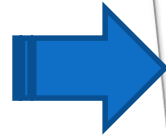


## Atención prenatal:

**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