



Actualización temática en Atención Prenatal para la Atención Primaria de Salud.

Upgrading on pre natal care for Primary Health Attention.

Maritza San José Pérez,¹ Ailyán Serra García,² Marcia Ávila Oliva,³ Mariela Dieguez Martínez.⁴

1. Especialista de Primer en Ginecobstetricia y de Segundo Grado en MGI. Profesor Asistente. Máster en Atención Integral a la Mujer. Policlínico René Ávila Reyes.

2. Especialista de Primer Grado en MGI, Residente 2do año de Bioquímica Clínica, Profesor Instructor. Facultad de Ciencia Médicas.

3. Especialista de Segundo Grado en MGI, Residente 1er año de Histología. Profesor Auxiliar. Máster en Longevidad Satisfactoria. Facultad de Ciencia Médicas.

4. Especialista de Primer Grado en MGI, Especialista de Primer Grado Bioquímica Clínica, Profesor Asistente. Máster en Atención Integral al niño. Facultad de Ciencia Médicas.

Contacto: msj@cristal.hlg.sld.cu

RESUMEN

Se realizó una guía práctica para la atención prenatal, donde se exponen los acápites que debe seguir el médico de la atención primaria en el seguimiento a la gestante. La misma incluye los complementarios que va indicar en cada control hasta la conducta que debe tomar ante cualquier alteración que pueda aparecer durante la gestación. Se confeccionó de una manera sencilla, fácil de entender y aplicar. Actualizada, en forma de plegable para que sea fácil de manejar, con el objetivo de elevar la calidad en la atención que se brinda a la gestante, y de esta manera contribuir a disminución del Índice de BPN, la tasas de Mortalidad Infantil, de Mortalidad Materna, así como evitar complicaciones perinatales.

Palabras Clave: atención prenatal, gestante, bajo peso al nacer, complicaciones perinatales.

ABSTRACT

A practical guide was done for pre natal care where the most important guidelines for the family doctor are provided so as to carry out an adequate pregnant patient's follow up. This guide includes all lab tests the doctor orders in each consultation as well as what to do in case she perceives any change in the normal course of her pregnancy. This guideline was written in such a way that the doctor can work with it in an easy way with the main aim of achieving a better health attention this patient requires. Hence, it contributes to diminish the incidence of low birth weight, mother mortality rate, newborn mortality rate as well as perinatal complications.

Key Words: pre natal care, pregnant patient, low birth weight, perinatal complications.

atención prenatal, gestante, bajo peso al nacer, complicaciones perinatales.

INTRODUCCIÓN

El año 1983 marca el inicio de una etapa trascendental de trabajo en el sistema de salud en Cuba. Fue este el año en que se inició el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI), el cual tuvo su antecedente en el Programa para la Reducción de la Mortalidad Infantil y Materna, iniciado en el año 1970.

Con una visión más abarcadora que su antecesor, el PAMI ha tenido como centro de atención, desde entonces, la salud de la mujer, los niños, los adolescentes y la planificación familiar.

Desde hace 2 décadas, la atención primaria de salud ha alcanzado una posición relevante en el sistema de salud cubano, y para su desarrollo se han destinado cuantiosos recursos, tanto humanos como materiales.

La metodología de trabajo que ha permitido garantizar el logro de los buenos indicadores de salud, en general, ha sido la aplicación de programas con lineamientos que deben cumplirse estrictamente en los niveles primario y secundario de atención.

Entre estos, de forma priorizada, el Programa Nacional de Atención Materno-infantil, que tiene como uno de sus objetivos fundamentales: reducir la tasa de mortalidad perinatal, a la cual contribuye de manera determinante el bajo peso al nacer.

El resultado más plausible ha sido la disminución de la tasa de mortalidad infantil en Cuba de 19,6 por cada 1 000 nacidos vivos en el año 1980 a 4,2 por cada 1 000 nacidos vivos en el 2013.

Si bien Cuba es un país en vías de desarrollo, gracias a su sistema socioeconómico tiene asegurada la atención médica a todos sus habitantes; no obstante, en la Carpeta Metodológica del Ministerio de Salud Pública se afirma que aún persisten deficiencias capaces de influir negativamente en estos indicadores, por lo que uno de los propósitos planteados es mejorar la calidad de la atención a las grávidas.

Elevar la calidad de la atención médica primaria es indispensable para alcanzar los propósitos de incrementar la salud de la población cubana; de ahí la importancia de garantizar el cumplimiento de los objetivos del Programa de Atención Materno Infantil.

La calidad de los servicios en la atención primaria de salud depende de muchos factores y está directamente vinculada con la competencia del equipo sanitario que brinda asistencia y los resultados alcanzados por estos en la mejoría del estado de salud de la población.

Dentro de estos factores se encuentran que afectan la calidad de la atención prenatal la inestabilidad médica por salidas a cumplir misión, la incorporación de residentes de otras nacionalidades y el recién graduado con poca experiencia.

OBJETIVO

- Realizar una actualización en la temática de la atención prenatal para un mejor manejo de la gestante en la Atención Primaria de Salud.

MÉTODO

Se confeccionó una guía actualizada, en forma de plegable, que facilitará la comprensión y asimilación de los diferentes acápite de la atención prenatal en la atención primaria de salud, que abarca desde los complementarios que se le deben indicar en cada control hasta la conducta que debe tomar ante cualquier alteración que pueda aparecer durante la gestación, de una manera sencilla, fácil de entender y de aplicar.

GUÍA

ATENCION PRENATAL

Captación alrededor de las 10 semanas (antes de las 12 semanas).

Evaluación (antes de los 15 días); Consulta de Evaluación Integradora.

Controles cada 15 días o 21 días en dependencia del riesgo de cada gestante.

Reevaluación: Alrededor de las 26 Semanas

IC Obstetricia 32, semanas. Al término (38s)

Consulta de preingreso hospitalario (40s)

Las pacientes alto riesgo obstétrico (ARO) deben ser vistas por el Obstetra 1 vez al mes. Ej. Evaluación 22, 26, / 28 y 30, 32, 36.

Complementarios

| Captación | 2do Trimestre ≈20 s | 3er Trimestre / 28y32 s |
|----------------------|---|---|
| Hb | Hb | Hb |
| Grupo y Factor | Ex. Vaginal | Glicemia |
| Glicemia | Cituria | Ex. Vaginal |
| Microelisa | Urocultivo | Cituria |
| Serología | Microelisa(ambos) | Urocultivo |
| | Serología(ambos) | Microelisa y Serología ambos |
| Electroforesis de Hb | Pacientes con riesgos de Diabetes Gestacional | |
| Ex. Vaginal | Glicemia 24 s y | PTG 3er T |
| Cituria | Pte >30a EKG y | Lipidograma |
| Urocultivo | Si RH – P. de | Coombs al diagnóstico y |
| H. fecales | Si primigesta 20,28,36 y 40 s Al parto, 3 y 6 meses después | Si embarazos anteriores 20,24,28,32,36 y40 s |
| Al esposo | | |
| Grupo y Factor | Entre 15 y 19 s(16) | A las 36 semanas Hb y cituria |
| Microelisa | Alfafeto Proteina. | |
| Serología | Antígeno de Superficie | Cituria (mensual) |

Valoración Nutricional según IMC

$$IMC = \frac{\text{Peso}}{\text{Talla}^2}$$

| Clasificación nutricional | Embarazada adolescente | Embarazada adulta |
|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------|

| | | |
|-----------------|---------------|---------------|
| Peso deficiente | Menos de 19.8 | Menos de 18.9 |
| Peso adecuado | 19.8 a 26.0 | 18.9 a 25.5 |
| Sobrepeso | 26.1 a 29.0 | 25.6 a 28.5 |
| Obesidad | Mayor de 29 | Mayor de 28.5 |

Ganancia de peso según IMC

| VN | Emb. adolescente | Embarazada adulta | GPxSemana | GPxMes |
|-------|------------------|-------------------|-----------|---------|
| BP | 12.5-18 kg | 14.2 kg | ≈0,5 Kg | ≈3 Kg |
| NP | 11.5-16.0 kg | 12,8 kg | ≈0,4 Kg | ≈2 Kg |
| SP | 7.0 -11.5 kg | 11,2 kg | ≈0,3 Kg | ≈1,5 Kg |
| OBESA | 6.0 kg | 5,8 kg | ≈0,2 Kg | ≈1 Kg |

Patrones de dieta para las gestantes

- 2300 Kcal, obesa
- 2500 Kcal, sobrepeso
- 2800 Kcal, peso adecuado
- 3000 Kcal, peso deficiente

A ninguna embarazada se le debe recomendar una dieta menor de 2300 Kcal ni mayor de 3000 Kcal.

| Energía (cal) | 2000 Kcal. | 2300 Kcal. | 2500 Kcal. | 2800 Kcal. | 3000 Kcal. |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Proteínas | 60 gramos | 69 gramos | 74 gramos | 84 gramos | 91 gramos |
| Grasas | 62 gramos | 71 gramos | 78 gramos | 87 gramos | 93 gramos |
| Ch | 300 gramos | 345 gramos | 375 gramos | 420 gramos | 450 gramos |

Atención Prenatal

Captación

Se considera:

Precoz la captación realizada antes de las 12 semanas de edad gestacional.

Intermedia hasta las 22 semanas

Tardía a partir de las 22 semanas

Captación de embarazo

Metodología.

Por su importancia en la detección de factores de riesgo de la gestante, deberá realizarse lo más temprana y oportunamente que sea posible. (una vez que se conoce el embarazo debe ser captado)

Primera hoja:

Hoja de datos generales

Incluye: CMF y Área de salud

Nombre y apellidos de la gestante

- Edad
- Dirección legal (por carnet de identidad) y dirección real (donde esta residiendo en el momento de la captación)
- Ocupación
- Escolaridad

Nombre y apellidos del esposo

- Edad
- Dirección legal (por carnet de identidad) y dirección real (donde esta residiendo en el momento de la captación)
- Ocupación
- Escolaridad

De la gestante, además:

- APP y APF
- Historia obstétrica: E P A (embarazos) (partos) (abortos)
- Valoración nutricional que incluye: peso, talla, IMC y Valoración nutricional.
- **Vacunación:** aquí definir si tiene carné de vacunación actualizado o no y de tenerlo precisar última dosis recibida con fecha y esquema de vacunación a cumplir en este embarazo. (ver anexo de vacunación) Diapositiva 58
- **Citología:** precisar si le corresponde por edad(mas de 25 años) o por criterio médico y especificar con letra legible **fecha de ultima citología y resultado.** Recordar que si le corresponde la citología debe realizarse en la captación o en la consulta de evaluación y de no ser así **antes de las 20 semanas debe rescatarse.**

Del embarazo actual:

- **FUM**
- **FPP**
- **Tiempo de gestación (TG)**

Si la FUM no es confiable y se calcula el TG y la FPP por Ultrasonografía, se debe comentar en esta primera hoja que el cálculo se hizo a través de un Ultrasonido con fecha y TG del mismo y entonces se calcula la FUM probable y se dice:

FUM operacional

IDENTIFICAR DESDE LA CAPTACION LAS CANDIDATAS A SANGRAR

Captación de embarazo

Fecha y Hora

Anamnesis adecuada: Para considerarla como tal los parámetros siguientes deben de tomarse en cuenta:

- **Anamnesis general y obstétrica** precisando: tipo de captación, embarazo deseado y planificado o no, antecedentes de salud, antecedente de sus ciclos menstruales, fecha de la última menstruación.

Se debe incluir los aspectos de la evolución de cada uno de los embarazos, abortos y partos:

- Tipo de partos previos (eutócico, instrumentado o cesárea primitiva o iterada, pesos y tiempo de gestación al nacer de los hijos, morbilidad importante asociada)
- De los abortos: tipo y numero (provocados o espontáneos), edad gestacional fundamentalmente de los espontáneos y si alguno fue interrupción por causa médica precisar la misma.

-Aspectos socioeconómicos y especificar si se trata de una paciente de riesgo reproductivo.

-APP y APF

-Hábitos nocivos

-Operaciones

-Transfusiones de sangre

-Alergias a medicamentos

Examen físico completo, con énfasis en el examen cardiovascular y respiratorio. Comprobar toma y registro de TA y TAM (Tomar la tensión arterial con técnica adecuada). **(Se considera un exámen físico adecuado cuando incluya: Examen físico general, Examen físico regional y Examen físico por aparatos) con todos y cada uno de sus datos registrados y completos.**

Mensuración de la paciente: peso, talla, cálculo del IMC y valoración nutricional de la gestante.

Examen obstétrico que incluye: **Examen con espéculo y Tacto vaginal mensurador** (sin exploración transcervical).

Es de extrema importancia y valor realizar un TV en el primer control prenatal que, además de las **características cervicales (longitud, posición, consistencia, características del orificio cervical externo)**, precise lo más exactamente posible el tiempo de embarazo. Ello cobra valor cuando se reajusta la edad gestacional en una paciente que ingresa con la sospecha de RCIU, embarazo prolongado, amenaza de parto pre término, máxime si no tiene bien precisada su fecha de última menstruación.

El examen obstétrico se describe como sigue:

Speculum:

Cuello de: multípara o nulípara +/- cm

posterior ,central o anterior

Sano o describir las características patológicas

Cerrado o describir las modificaciones observadas

Presencia o no de leucorrea (en caso de existir leucorrea describir sus características).

Tacto vaginal: Útero aumentado de tamaño de +/- _____cm que se corresponde con tiempo de amenorrea. Cuello **largo** (+/- 3cm),**posterior, duro y cerrado**. Anejos no tactables.

Realización del **test de Papanicolau (Citología orgánica)**, si corresponde o registro escrito de ultima citología realizada con fecha y resultado de la misma, de acuerdo al programa de diagnóstico precoz del cáncer cérvico – uterino y **examen de las mamas**, con descripción detallada de las características del examen realizado.

ID (Impresión diagnostica): Embarazo de _____ semanas

Clasificación: Bajo o Alto riesgo Obstétrico

Factores de riesgo: Identificación correcta de todos los factores de riesgo presentes en la gestante.

➤ Modificables

➤ No Modificables

Pronóstico: de acuerdo a los factores de riesgo identificados.

Conducta a seguir: de acuerdo a los factores de riesgo identificados y las características individuales de cada paciente.

No debe faltar:

- Reposo en DLI (decúbito lateral izquierdo)
- Dieta: calcular kilocalorías de acuerdo a su estado nutricional y registrarlas en la historia clínica. Agregar 1 litro de leche diario, abundantes frutas y vegetales.
- Prenatales 1 tableta diaria hasta las 14 semanas y luego 2 tab /día
- Remitir a la Consulta Multidisciplinaria Integral, (importante la evaluación en la consulta de Genética antes de las 12 semanas de gestación para determinar factores de riesgo genético y marcadores tempranos.
- Indicar **primer marcador genético** independientemente del TG calculado.
- **Indicar complementarios del primer trimestre** establecidos para valorar en la consulta de evaluación: Hemograma completo, Grupo y factor, Glicemia, Cíturia, Examen parasitológico de Heces fecales, Serología y Microelisa a la pareja y Electroforesis de Hemoglobina. (**En mujeres mayores de 35 años realice electrocardiograma, ácido úrico y lípidograma**).
- **Cuando existan las posibilidades** y dada la creciente incidencia de la bacteriuria asintomática, se recomienda la realización de urocultivo en cada trimestre.
- Orientar Consulta de Evaluación (precisar fecha y lugar donde se efectuará)
- Educación para la salud: planificadas de acuerdo al TG y solo 1 tema por vez lo más preciso y conciso posible, con palabras no técnicas y entendibles para la generalidad de las pacientes.
- Concluir con la **firma y cuño del médico** que hace la captación del embarazo.

Control prenatal

- Fecha y Hora
- TG
- Evaluación **concurrente** del embarazo. Se recoge situación de salud desde el último control (que sucede hoy, como está, estado general, apetito, necesidades fisiológicas, precisar si presenta dolores bajo vientre y/o caderas y pérdidas vaginales (con sus características).
- Evaluación de las **curvas principales e imprescindibles** del embarazo.

1.- Curva de peso: Peso inicial: Peso actual:

Ganancia de peso:

Control/Control: cantidad de kg ganados, en que periodo de tiempo y evaluar si es adecuada, insuficiente o excesiva.

Total: cantidad de kg ganados, en que periodo de tiempo y evaluar si es adecuada, insuficiente o excesiva.

2.- Curva de TA: estable ó modificada (si se ha modificado especificar cifras de TA alteradas y TG al diagnostico de las mismas y la conducta tomada, así como evaluación de esa conducta.

3.- Curva de AU: acorde o no a TG (Si existe alguna modificación (signo de menos o de más) especificar la variación registrando TG y AU.

➤ **Examen físico:** donde se recogen en un orden lógico los principales sistemas explorados y sus datos:

Piel y mucosas

Aparato respiratorio

Aparato cardiovascular: **no puede faltar TA y cálculo de TAM** en ningún control.

Abdomen

TCS

➤ Comentar los exámenes complementarios previamente indicados, con sus resultados y la evaluación de los mismos.

➤ **Evaluación retrospectiva** de la evolución del embarazo: en este punto se hace énfasis en los complementarios o situaciones de salud alteradas anteriores especificando la misma, el tratamiento impuesto, el seguimiento dado y la evolución referida a si ya se resolvió o está pendiente de resolver y por qué.

Por ejemplo Si tuvo una Hb en 103 gramos /L en la evaluación, se comenta que se realizo estudio de la anemia con resultados de: (aquí se comentan estos complementarios, se menciona el tratamiento impuesto y se comenta si llego la Hb Evolutiva realizada y su resultado)

ID.

Factores de riesgo:

Modificados

Recuperados

Nuevos



CAS: orientada a sus factores de riesgo y donde se orientará todo lo relativo al tiempo que mediará entre esta consulta y la próxima.

No debe faltar:

- Reposo en DLI (decúbito lateral izquierdo)
- Dieta: describir kilocalorías de acuerdo a su estado nutricional. Agregar 1 litro de leche diario, abundantes frutas y vegetales.
- Prenatales 1 tableta diaria hasta las 14 semanas, 2 tabletas diarias después de las 14 semanas.
- Complementarios por programa (de acuerdo al TG y a evolución anterior)
- Ecografías genéticas (según TG)
- Educación para la salud: planificadas de acuerdo al TG y solo 1 tema por vez lo más preciso y conciso posible, con palabras no técnicas y entendibles para la generalidad de las pacientes.
- Orientar próxima interconsulta, de acuerdo a riesgos u otras situaciones de salud que lo ameriten.
- Precisar conducta oportuna y precoz orientada a los factores de riesgo identificados.
- Concluir con la **firma y cuño del médico** que da el control prenatal.

Controles de seguimiento:

Se consideran adecuados si:

- Se recoge situación de salud desde el último control.
- Están recogidos los síntomas y signos cronológica y debidamente descritos.
- Se comentan y evalúan los exámenes complementarios previamente indicados.
- Uso adecuado de la semiología obstétrica según la edad gestacional.
- Evaluación adecuada de las curvas de peso, altura uterina y tensión arterial.
- Las evoluciones reflejan el pensamiento médico.
- Identificación oportuna y correcta de los factores de riesgo así como recuperación de los mismos registrada en la historia clínica.
- Toma adecuada de conducta (orientada a los riesgos identificados)
- Debidamente firmada y con cuño del médico tratante.

- ❑ La gestante es nuestra responsabilidad hasta el momento del parto independientemente de si esta ingresada en una de nuestras instituciones o dentro del área de salud.
- ❑ Tenemos el deber de **visitarlas durante su ingreso**, registrar la visita en su historia clínica y **dejar copia en la historia clínica obstétrica de la APS** dentro de las actividades de terreno. Durante esta visita somos responsables de intercambiar con su médico y enfermera tratante, conocer su estado de salud actual y la evolución desde el ingreso, actualizar sobre sus factores de riesgo y/o complementarios pendientes o alterados y **como derecho** recibir toda la información que se solicite.
- ❑ **Consulta Integral Multidisciplinaria:**

1.-Todas las gestantes deben ser valoradas por genética, estomatología y trabajo social.

2.-En mujeres con enfermedades crónicas y las mayores de 35 años es obligatoria la interconsulta con el especialista Medicina Interna.

3.- Interconsulta con el psicólogo, nutriólogo (mujer de baja talla e $IMC \leq 18,8 \text{ Kg/m}^2$ SC, a las sobrepeso ($\geq 25,6 \text{ Kg/m}^2$) y las obesas ($\geq 28,6 \text{ Kg/m}^2$)), según necesidad individual de cada gestante.

Cálculo Fecha Probable de parto y Tiempo de gestación

El tiempo de gestación debe contarse en semanas, a partir del primer día de la fecha de la última menstruación (FUM) conocida. **La gestación dura como promedio 40 semanas o 280 días a partir ese momento.** Cuando se conoce la fecha del coito fecundante (único) la fecha probable del parto se puede calcular al añadirle: 266-270 días.

Se realiza a través de:

- 1.- Calendarios obstétricos
- 2.- Calendarios habituales o almanaques
- 3.- Cálculo matemático

En cualquiera de los métodos usados debe recordarse que las semanas tienen una duración de 7 días.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) una forma práctica de calcular la FPP (Método de Naegele) sería:

- Sumar 7 días al día de la Última menstruación referida
- Restar 3 meses al mes de la Última menstruación referida

Por ejemplo: Si tiene FUM 14/12/12, su FPP será 21/9/13

Recordar que cuando la FUM pasa del día 24 del mes entonces en vez de restar 3 meses, solo se restan 2 meses.

Se puede hacer también un cálculo matemático:

- A partir del primer día de la FUM conocida comenzar a sumar los días transcurridos según meses del año hasta el día en que la calculamos y luego dividir por 7.

Resulta extremadamente importante es una correcta datación del embarazo que permita en ciertas condiciones, definir un diagnóstico y una conducta oportunas.

CANDIDATAS A SANGRAR

(Principales Factores de Riesgo)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Cesárea anterior</i> | <input type="checkbox"/> <i>Hipertensión inducida por la gestación</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Anemia</i> | <input type="checkbox"/> <i>Volumen de Líquido extracelular disminuido (Restricción de sodio, uso de diuréticos ó vómitos)</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Desnutrición materna (Poco volumen sanguíneo materno)</i> | <input type="checkbox"/> <i>Placenta previa</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Multiparidad</i> | <input type="checkbox"/> <i>Hematoma Retroplacentario</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Embarazo múltiple</i> | |
| <input type="checkbox"/> <i>Macrosomía fetal</i> | |
| <input type="checkbox"/> <i>Polihidramnios</i> | |
| <input type="checkbox"/> <i>Historia de Atonía Previa</i> | |
| <input type="checkbox"/> <i>Baja talla</i> | |

PROFILAXIS DEL BAJO PESO AL NACER

Parto Pretérmino

Factores de riesgo Parto Pretérmino

Deben identificarse e intervenir sobre los modificables desde el período preconcepcional.

Las condiciones o enfermedades de la madre o el feto asociadas al parto pretérmino pueden resumirse en:

1. Enfermedad hipertensiva
2. *Abruptio placentae*

- | | |
|---|--|
| 3. Placenta previa | 14. Incompetencia cervical |
| 4. Anemia | 15. Diabetes Mellitus |
| 5. Polihidramnios | 16. Nefropatías |
| 6. Enfermedades virales y febriles | 17. Cardiopatías |
| 7. Toxoplasmosis | 18. Enfermedad de la glándula tiroides |
| 8. Colestasis | 19. Rotura prematura de membranas ovulares |
| 9. Hepatitis | 20. Corioamnionitis |
| 10. Sífilis | 21. Dispositivos intrauterinos |
| 11. Infecciones urinarias | 22. Cirugías abdominales |
| 12. Leiomioma uterino | |
| 13. Defectos estructurales del útero, congénitos o adquiridos | |

En el 50 % de los partos pretérmino no se conoce la causa. En más de la mitad de éstos se supone que sea por una infección.

Entre los factores más relevantes se hallan:

1. Partos pretérmino espontáneos anteriores
2. Primiparidad precoz
3. Baja talla
4. Malas condiciones socioeconómicas
5. Hábito de fumar
6. Periodos intergenésicos cortos
7. Abortos espontáneos previos, sobre todo del segundo trimestre.
8. Abortos inducidos previos.

Atención a todas las gestantes con riesgo de CIUR y prematuridad. Entregar a la gestante patrón contráctil normal y educar en relación con riesgos de BPN así como los signos y síntomas de parto pretérmino

PATRÓN CONTRÁCTIL NORMAL

| | | | | | | |
|----|----|----|----|---------|---------|-----------|
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 - 32 | 33 - 36 | En 1 hora |
| 1 | 3 | 5 | 7 | 8 | 9 | Sin dolor |

Realizar 3 veces al día.

RESULTADO DEL U/S TRANSVAGINAL

| Características generales | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------|-----------|---------|----------|----------|-----------|
| Longitud | 30 mm ó + | 28-25mm | 24-21 mm | 20-16 mm | 15 mm y + |
| Permeabilidad | Cerrado | | | 5-10 mm | 10 mm y + |
| Prueba de estrés | Negativa | | | | Positiva |
| Presencia de protrusión | Ausente | | | | Presente |

RESULTADO DEL U/S TRANSVAGINAL EN EMBARAZO GEMELAR

| Características generales | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------|-----------|----------|----------|---------|----------|
| Longitud | 30 mm ó + | 29 – 28 | 27-26 mm | 25 mm | < 25mm |
| Permeabilidad | Cerrado | Cerrado | 3 – 5 mm | 6- 9 mm | ≥10 mm |
| Prueba de estrés | Negativa | Negativa | | | Positiva |
| Presencia de protrusión | Ausente | Ausente | | | Presente |

PUNTAJE PARA RIESGO DE PREMATURIDAD

0-1 - Bajo riesgo de prematuridad

2 - Riesgo incrementado de prematuridad (Reposo en el domicilio)

3-5- Alto riesgo de prematuridad (Ingreso Hogar Materno)

6 y más - Inminencia de prematuridad (Ingreso Hospitalario)

CONSULTA DE PROFILAXIS DE LA PREMATURIDAD

Todas las gestantes a las 20 semanas Gestantes con riesgos relevantes Ej: gemelar, abortadora, amenaza de aborto, modificaciones cervicales al espéculo, adolescentes, conizadas. Entre 16 y 18 semanas

Partos pret. ant 35 semanas en los últimos 5 años a las 14 semanas

El seguimiento se hace en dependencia del riesgo.

Administración de Progesterona a todas las gestantes que tienen antecedentes de parto pretérmino espontáneo (35 sem) en los últimos 5 años / las 16 y 18 semanas y a las que en la Consulta Profilaxis de la Prematuridad se le compruebe una LC < 25 mm.

Progesterona de Depósito (250 mg) 1 ampula IM profunda semanal hasta las 36 semanas

Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU)

Factores de riesgo:

- Edad < 16 y > 35 años
- Múltiparas con período intergenésico corto (< 1 año)

- Productos de bajo peso al nacer previos
- Fumadora habitual
- Estado socio-económico bajo y trabajo duro
- Enfermedades maternas previas al embarazo o dependientes de éste
- Antecedentes de amenaza de aborto en embarazo actual
- Hemorragia de la 2ª mitad del embarazo
- Bajo peso materno a la captación
- Ganancia insuficiente de peso materno durante el embarazo
- Infecciones (TORCHS)
- Factores genéticos (talla materna pequeña)
- Embarazo múltiple
- Mioma uterino
- Drogadicción y alcoholismo
- Vivir a grandes alturas
- Exposición a radiaciones
- Infertilidad de causa uterina
- Malformaciones congénitas fetales.

Condiciones etiológicas modificables en la RCIU en los períodos pre concepcional y prenatal:

- Hábito de fumar (reducción del peso en 6 %, si se fuma durante la gestación y de 1,7 % cuando se deja de fumar después del primer trimestre)
- Consumo de alcohol
- Lo ideal: suprimir estas adicciones antes del embarazo para eliminar los efectos dañinos sobre la organogénesis.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones fetales virales y parasitarias

Pasos para el diagnóstico de la RCIU:

| RIESGO DE RCIU | SOSPECHA DE RCIU |
|-------------------------------------|---|
| Existencia de factores de riesgo | Discordancia de la AU/EG |
| RCIU previa : factor más importante | Detención o insuficiente ganancia de peso materno |

Signos clínicos de disminución
del líquido amniótico

Probable RCIU

La **probabilidad de RCIU** se establece ante la anormalidad de los **parámetros biométricos recogidos por ultrasonografía**

SOSPECHE LA POSIBILIDAD DE UNA RCIU BASÁNDOSE EN:

(Use su juicio crítico con relación al grado en que los siguientes hallazgos se hallan presentes, dado que la RCIU puede involucrar uno o más de estos riesgos):

Discordancia AU/EG con signo de menos ≤ 4 cm en relación a la EG estimada,
Hasta la 34ª semana, AU estacionaria o regresión de la AU.

Ganancia de peso materno menor del 5º percentil.

Peso fetal estimado $< 10^{\circ}$ percentil

Índice CC/CA > 1

ILA ≤ 5 cm

Placenta con madurez grado III < 34 semanas

Disminución subjetiva de los movimientos fetales

DIAGNOSTICO US DE LA RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

DBP: Está influido por la variabilidad en la forma de la cabeza fetal y la redistribución sanguínea, debe combinarse con la **CC**

CA: Aumento menor de 10 mm en 14 días

LF: Útil para valorar peso fetal y proporcionalidad

Otros parámetros empleados en el diagnóstico de la RCIU:

- Cociente LF/CA x 100: Valor normal $> 22 \pm 2$ %. Si $>$ de 24 % sospechar RCIU asimétrico.
- Cociente CA/LF: (Propuesta del CLAP): $<$ de 4.25: Posible RCIU asimétrico
- Índice ponderal fetal: Peso fetal en g/ (LF X 3) > 7 .
- TCS pared anterior fetal < 5 mm.

Realizar biometría fetal tomando medidas DBP- LF- CC- CA en las – 28 –30 – 32– 34 semanas

Monitoreo a todas las gestantes con B. fetal 30 semanas.

Valorar peso fetal por tablas de Hadlock.

CONDUCTA

BIENESTAR FETAL

- **Normal:** Seguimiento en el área.
- **Entre 3ero y 10mo Percentil:** Seguimiento Hogar Materno hasta el término y luego ingreso en patología obstétrica
- **Por debajo del 3er Percentil:** -Hasta 30 semanas patologías obstétricas.
-32 semanas Perinatología

ANEMIA Y EMBARAZO

Se considera como anemia durante la gestación la existencia de un nivel de hemoglobina por debajo de 110 g/L de sangre y un hematocrito de 33 % ó menos.

Valores de Hb de la embarazada (OMS 2001)

- Normal: Más de 110 g/l
- Anemia ligera: 100 – 109 g/l
- Anemia moderada: 80 – 99 g/l
- Anemia grave: Menos de < 80 g/l

Se indica estudio a todas las gestantes con anemia

| Valores de Hb (g/l) | ¿Qué hacer? |
|---|---|
| Normal | Prenatal desde la captación 1 tab/d y a partir de las 14 sem. 2 tab/d |
| Anemia ligera | Prenatal 1 tab 2v/d hasta el parto |
| Anemia moderada (80 - 99) (Indicar estudio de la anemia) | Prenatal 1 tab 2v/d + F. Ferroso (60 mg de Fe) 1 tab/d hasta el parto. |
| Anemia grave (<80) - Indicar estudio de la anemia) | Igual Tto que en la moderada Si necesario: - Administración de hierro parenteral Administración de glóbulos |

| | |
|---------------------------|--|
| -Requiere hospitalización | |
|---------------------------|--|

Tratamiento con hierro parenteral

Se utiliza el Hierro Dextrán (Inferón), en ampulas de 50 y 100 mg/ml.

En los casos que sea necesario utilizarlo, siempre se requiere el cálculo previo de la dosis total a utilizar.

$\text{mg de Fe a administrar} = \text{Hb normal} - \text{Hb de la paciente} \times 225$

Se indica 2 ampulas (50mg) IM profunda en días alternos

Algunas consideraciones del tratamiento con Inferón

- . No exceda la dosis de 2000 mg
- . No administre más de 100 mg / día
- . Adminístrelo en días alternos
- . Inyección IM profunda en zig-zag para evitar reacciones alérgicas y manchas en la piel
- . La respuesta inicial al tratamiento es aumento de la reticulocitosis y posteriormente, incremento de la hemoglobina, hematocrito y hematíes.

DIABETES GESTACIONAL

Factores de riesgo:

1. Antecedentes de familiares diabéticos de primer grado.
2. Edad de la embarazada igual o mayor de 30 años.
3. Sobrepeso u obesidad en la embarazada (I.M.C. 25.6 Kg/m^2 SC o más)
4. DG en embarazos previos.
5. Mortalidad perinatal inexplicada.
6. Partos previos de 4 000 g o más.
7. Malformaciones congénitas.
8. Glucosuria en muestras matinales.
9. Polihidramnios.
10. Antecedentes de enfermedad tiroidea auto inmune.
11. Aquellas gestantes que pesaron al nacer menos de 5 lb. o más de 9 lb.
12. Otros factores recientemente incorporados:
 - a. Hipertrofia del tabique interventricular.
 - b. Crecimiento fetal disarmónico.

- c. Grosor placentario > 50 mm en ausencia de enfermedad hemolítica perinatal por Rh.
- d. Hipertensión gestacional en embarazos previos y/o actual.

Flujograma basado en los valores de la glucemia en ayunas y la presencia o no de factores de riesgo:

| Gestantes | Captación | 22 a 24 semanas | 28 a 32 semanas |
|------------------------|--------------------|----------------------------|----------------------------|
| Sin factores de riesgo | Glucemia en ayunas | | Glucemia en ayunas |
| Con factores de riesgo | Glucemia en ayunas | Glucemia en ayunas | PTGo |

Si glucemia en ayunas en alguna de las determinaciones \geq de 4,4 mmol/L (80 mg/dl), se debe realizar PTGo.

Criterios de Diabetes gestacional

- Valor PTG: si 2da hora valores \geq 7,8 mmol/l
- Dos glicemias consecutivas en ayunas \geq 5,6 mmol/l.

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA

Factores de Riesgo

Relacionados con la pareja:

- Limitada exposición al semen,
- Primipaternidad,
- Embarazo luego de técnicas de fertilización asistida,
- Efecto protector del cambio de pareja en caso en preeclampsia previa,
- Pareja masculina de riesgo.

Factores maternos y propios de la gestación:

- Preeclampsia en gestación previa,
- Edades maternas extremas,
- Primipaternidad,
- Historia familiar de preeclampsia (familiares de primer grado),
- Obesidad e insulino-resistencia,
- Gestación múltiple,

- Hipertensión arterial crónica o enfermedad renal previas,
- Enfermedad reumática,
- Bajo peso materno al nacer,
- Diabetes mellitus pregestacional,
- Infecciones maternas,
- Trombofilia preexistente,
- Genes de susceptibilidad maternos,
- Degeneración hidrópica de la placenta,
- Polihidramnios,
- Color negro de la piel,
- Malnutrición materna por defecto,
- Colagenopatías,
- Vasculopatías.
- Nefropatías.
- Ultrasonografía Doppler patológica después de las 16 semanas (incremento del índice de resistencia)

Otros autores añaden a los anteriores:

1. Nuliparidad

2. Aumento exagerado del peso entre las 20 - 28 semanas (más de 0,75 Kg por semana)

MANEJO DE GESTANTES CON RIESGO DE TOXEMIA

Indicar:

- ASA (125mg) 1 tab/d a partir de las 12 semanas hasta las 36sem.
- Carbonato de Calcio (500mg) 2 tab. /d a las de mayor riesgo
- Orientar sobre la dieta. Leche 1 litro diario, no restringir sal
- Vigilancia curva de peso y TA.

Si aumento brusco de peso, orientar peso C/ 2 días y TA 2v/día y valorar en una semana y si continúa y definir. Si riesgo de toxemia (aumento brusco de peso que se mantiene, edema que no mejora con el reposo, variaciones de la TA) ingreso en H Materno previo estudio de la toxemia.

HTA CRÓNICA

Se considera a la gestante con APP de esta entidad o a toda gestante que antes de las 20 semanas presente cifras de TA $\geq 120/80$ mmHg.

Se debe realizar estudio desde la captación o al momento del diagnóstico o la sospecha y evolutivo en el tercer trimestre.

Se mantiene con tratamiento dietético y vigilancia de las cifras de TA

Solo se usará Metildopa (250 mg) si la gestante presenta cifras de TA 150/100 mmHg o 140/90 mmHg mantenidas.

Dosis Mínima: 1 tab c/8h

Dosis Máxima: 2 tab. c/6h

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

PESQUIZA

Urocultivo en los 3 trimestres.

Cituria en C/ Control (mensual)----- (patológica >20000 ml)

Si urocultivo positivo.

Tratamiento.

Amoxicilina (500 g) 2 a 4 gr divididos en subdosis C/6 ó 8 horas x 10 días.

Cefalexina (500 g) 2 a 4 gr divididos en subdosis C/6 ó 8 horas x 10 días.

Sulfaprin 160 – 800 mg oral c/12 h x 10 d. No debe usarse en el 1er y 3er T.

Otras opciones terapéuticas (esquemas de monodosis)

Amoxicilina 3 g – día

Cefalosporina 2 g - día

El seguimiento: Urocultivo a los 7 días de terminado el tratamiento y luego urocultivo mensual hasta el parto.

Si criterio de Pielonefritis Aguda ingreso hospitalario para tto parenteral.

Profilaxis de las recaídas (2 ó más episodios) un antibiótico oral diario al acostarse por el resto del embarazo y las dos primeras semanas del puerperio mediante:

Sulfaprin 1 tab hasta las 36 semanas

Amoxicilina (2520) mg

Nitrofurantoina (50mg)

Si criterio de Pielonefritis aguda, Ingreso hospitalario.

MANEJO DEL FLUJO VAGINAL

- Trichomonas y vaginosis bacteriana (Gardnerella).

Metronidazol 1 tab C/ 8 horas x 7-10 días.

Tratamiento a las parejas sexuales.

Metronidazol 2 g dosis única o 1gr c/12h

- Candidas (Monilias). Clotrimazol (500mg) 1 óvulo diario 3 días.
o dosis única o 1óvulo semanal x 3 semanas.

Nistatina 1 ovulo diario x 14 días.

Tratamiento a las parejas sexuales si sintomatología.

Aplicar Nistatina (Crema).

En el Síndrome de Flujo Vaginal (SFV) se debe usar tratamiento sindrómico

- Metronidazol +Clotrimazol+ Azitromicina o Eritromicina

OBSERVACIÓN

Metronidazol usarlo después de las 14 sem.

Si persiste moniliasis se sospecha Clamydia, añadir al tratamiento Azitromizina 1gr oral dosis única

Tto a las parejas sexuales- igual esquema tratamiento.

FLUGOGRAMA SEGUIMIENTO

Diagnóstico Clínico y/o de Laboratorio

Si exudado vaginal positivo _____ Colocar especulo

Negativo

Positivo

No criterio de Tto

Tto.

Abrir **Plan terapéutico**

Fecha de Inicio de Tratamiento _____

Fecha de terminación del Tratamiento _____

Colocar espéculo

Positivo

Negativo

Definir ID y continuar

Alta

Seguimiento.

Si ID lab

esperar

resultado ex. vag

PROFILAXIS PRENATAL ISOINMUNIZACIÓN POR RH-

Administración de Anti D a toda gestante Rh- con esposo Rh+ con P. de Coombs negativa a las 28 y 34 semanas.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN CON TOXOIDE TETÁNICO

| Situación inmunitaria | 1ª dosis | 2ªdosis | Reactivación |
|------------------------------------|------------|-------------|---------------|
| Cero dosis | 22 semanas | 26 semanas | Al año |
| 1 dosis | | 26 semanas* | Al año |
| 2 dosis | | | 26 semanas** |
| 2 dosis más 1 o más reactivaciones | | | 26 semanas*** |

*Entre 1ra y2da dosis intervalo >27 días y < 181 días

**Entre 2da dosis y reactivación >5 meses

***No se aplica ninguna reactivación a menos que hayan pasado más de 10 años.

CONCLUSIONES

Se contará con una Guía actualizada en la atención prenatal para la Atención Primaria de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colectivo de autores. Gestación normal Parte II. En: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p. 71-112, 121-137.
2. Colectivo de autores. Gestación de riesgo Parte IV. En: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p. 179-486.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la Reducción del Bajo Peso al Nacer. La Habana: Ciencias Médicas; 1998.
4. Peraza Roque GJ, Gil Rivas Y, Arce Rojas A, Gil Colla J. Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Rev. Cubana Med. Gen Integr. 2000; 16(1):68-72.
5. UNICEF. Child Nutrition statistics By Region. UNICEF; 2005.
6. Álvarez Sintés, Domínguez Dieppa, Temas de Medicina General Integral. V1. Atención al recién nacido pretérmino y de bajo peso. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.154-55.

7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud, Low Birthweight: Country, regional and global estimates, UNICEF y OMS, Nueva York y Ginebra, 2004, pp. 2-3.
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud, Low Birthweight: Country, regional and global estimates, UNICEF y OMS, Nueva York y Ginebra, 2004, p. 9
9. Vázquez Niebla Juan Carlos, Hernández Hernández Yanil. Farnot Cardoso Ubaldo. Caracterización de la madre del recién nacido con crecimiento intrauterino retardado. Rev. Cubana Obstet Ginecol v.29 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2003.
10. Saling, E. Programa de prevención del parto pretérmino. J Perinat Med 2000;28: 546-51.
11. López José Israel, Lugones Miguel, cols. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. v.30 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2004.
12. Marín GH, Fazio P, Rubbo S, Baistrocchi A, Sager G, Gelemur A. Prevalencia de anemia del embarazo y análisis de sus factores condicionantes. Atención Primaria 2002; 56: 241-6.
13. Jiménez Acosta S. Alimentación y nutrición. vol 1. En: Álvarez Sintés R. Temas de Med Gen Integr. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 106-112.
14. Diane Savitsky. Preeclampsia, Hipertensión Causada por Embarazo. British Medical Journal, February 2, 2001.

15. Grandi Carlos A. Relación entre la antropometría materna y la ganancia de peso gestacional con el peso de nacimiento, y riesgos de peso bajo al nacer, pequeño para la edad gestacional y prematurez en una población urbana de Buenos Aires. ALAN v.53 n.4 Caracas dic. 2003.
16. Oliva Rodríguez JA, Trastornos Hipertensivos del Embarazo. Temas de Obstetricia y Ginecología [en línea] 2002 [24-5-2006]; 1-14.
<http://bvs.sld.cu/libros/E/publicación.htm>
17. Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2000; 26(2):99-114.