



# Control Prenatal de Bajo Riesgo

**Elaborado por:**

Grupo de Médicos Especialistas Ginecoobstetras del IGSS

**18**





**GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA  
BASADA EN EVIDENCIA  
(GPC-BE) No. 18  
“CONTROL PRENATAL DE BAJO RIESGO”**

**INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL  
SUBGERENCIA DE PRESTACIONES EN SALUD  
COMISIÓN CENTRAL DE ELABORACIÓN GPC-BE**



Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)  
Subgerencia de Prestaciones en Salud  
Comisión de Elaboración de Guías de Práctica Clínica  
Basadas en Evidencia (GPC-BE)  
**GPC-BE 18 “Control prenatal de Bajo Riesgo”**  
Edición 2015; págs. 96.  
IGSS, Guatemala.

**Publicación autorizada en:**

**Oficio No. 437** del 14/01/2016, Subgerencia de  
Prestaciones en Salud y Oficio **No. 789** del 26/01/2016,  
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

**Revisión, diseño y diagramación:**

Comisión Central de Elaboración de  
Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia;  
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS-Guatemala 2015

Derechos reservados-IGSS-2015

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro, a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



## **GERENCIA**

**Licenciado Oscar Armando García Muñoz**  
Gerente

**Doctor Iván Federico Rosada Barreno**  
Subgerente de Prestaciones en Salud



---

## AGRADECIMIENTOS

### **Grupo de desarrollo 1era. Edición**

#### **Coordinador**

**Dr. Jack Steve Farrington Sepúlveda**

Ginecoobstetricia

Hospital de Gineco-Obstetricia-IGSS

**Dr. Marco Vinicio González Moscoso**

Especialista “B”

Ginecoobstetricia

Hospital de Gineco-Obstetricia-IGSS

**Licda. Ana Lucrecia Anleu Escobar**

Jefe de Servicio.

Hospital de Gineco-Obstetricia-IGSS

#### **Revisores:**

**Dr. Edgar Herrarte Méndez**

Jefe de servicio

Hospital de Gineco-Obstetricia-IGSS

**Dr. Rolando Calderón**

Jefe del Departamento de Ginecoobstetricia

Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo-IGSS

**Dr. Salvador Alvarado**

Jefe de Servicio

Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo-IGSS

**Dr. Anti Aguilera**

Jefe del Depto. de Ginecoobstetricia

Hospital de Escuintla-IGSS



**Dr. Carlos Domínguez**

Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia  
Hospital de Mazatenango

**Dr. Mario Aldana**

Médico Especialista  
Ginecología y Obstetricia  
Subgerencia de Prestaciones en Salud

**Revisor 2015:**

**Dr. Marco Vinicio González Moscoso**

Ginecólogo y Obstetra  
Jefe de Departamento Clínico  
Hospital de Gineco-Obstetricia-IGSS



---

## **COMISIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA**

### **Msc. Dr. Edwin Leslie Cambranes Morales**

Jefe del Departamento de Medicina Preventiva  
Subgerencia de Medicina Preventiva

### **Msc. Dr. Jorge David Alvarado Andrade**

Coordinador  
Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE  
Subgerencia de Prestaciones en Salud

### **Dr. Edgar Campos Reyes**

Médico Supervisor  
Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE  
Subgerencia de Prestaciones en Salud

### **Msc. Leiser Marco Tulio Mazariegos Contreras**

Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE  
Subgerencia de Prestaciones en Salud





---

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:**

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta Guía, tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.





---

## PRÓLOGO

### GUIAS DE PRACTICA CLINICA DEL IGSS

#### ¿En qué consiste la Medicina Basada en Evidencia?

Podría resumirse, como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible **-la evidencia-**, para aplicarla a la práctica clínica.

**El nivel de Evidencia clínica** es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación.

(Tabla No. 1)



**Tabla No. 1\* Niveles de evidencia:**

Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja Calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

**\* Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.**

**\*\*All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

**Los grados de recomendación** son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el nivel de evidencia; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales.

(Tabla No. 2)

## Tabla No.2

Significado de los grados de recomendación

Grado de Recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de Buena Práctica clínica sobre el cual el Grupo de Desarrollo acuerda.

Las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA**, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.).

1a

En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **Nivel de Evidencia**<sup>1a</sup> (en números y letras minúsculas, sobre la base de la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan el **grado de recomendación**

A

***de buena práctica clínica***, que se anota en el lado derecho del texto <sup>A</sup> (siempre en letras mayúsculas sobre la base de la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

Las Guías, desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras.

La **GUÍA DE BOLSILLO** es una parte de la guía, que resume lo más relevante de la entidad con relación a 4 aspectos: 1. La definición de la entidad, 2. Como se hace el diagnóstico, 3. Terapéutica y 4. Recomendaciones de buenas prácticas clínicas fundamentales, originadas de la mejor evidencia.

En el formato de Guías de Bolsillo desarrolladas en el IGSS, los diversos temas se editan, imprimen y socializan en un ejemplar de pequeño tamaño, con la idea de tenerlo a mano y revisar los temas incluidos en poco tiempo de lectura, para ayudar en la resolución rápida de los problemas que se presentan durante la práctica diaria.

Las Guías de Práctica Clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.



Las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como **“los elementos esenciales de las buenas guías”**, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

**En el IGSS, el Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda a la hora de tomar decisiones clínicas.** En una Guía de Práctica Clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el que poder compararse.



Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales -especialistas y médicos residentes- que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **Comisión Central Para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de Prestaciones en Salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y de trabajo, con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares editados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, siendo así mismo aplicable, práctica y de fácil estudio.

El IGSS tiene el alto privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo esta Guía, con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta noble Institución.

**Comisión Central para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica, IGSS, Guatemala, 2015**

---

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

## GUÍA DE BOLSILLO

### 1. INTRODUCCIÓN

### 2. OBJETIVOS

### 3. METODOLOGÍA

- Definición de preguntas
- Estrategias de Búsqueda
- Población Diana
- Usuarios
- Fecha de elaboración de la Guía

### 4. CONTENIDO

- a. Definición y Epidemiología
- b. Historia Clínica
- c. Terapéutica
- d. Componente Básico
  - a) Primera visita
  - b) Contenido primera visita
  - c) Segunda visita
  - d) Contenido segunda visita
  - e) Tercera visita
  - f) Contenido tercera visita
  - g) Cuarta visita
  - H) Contenido cuarta visita
  - l) Visita postparto

### 5. INFORMACIÓN PARA USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS



## 6. ANEXOS

## 7. BIBLIOGRAFÍA

---

## **GUIA DE BOLSILLO CONTROL PRENATAL DE BAJO RIESGO**

### **¿Cómo se define Control Prenatal de Bajo Riesgo?**

Control Prenatal de Bajo Riesgo es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos, periódicos, eficaces y eficientes que se brinda a mujeres embarazadas sin factores de riesgo que alteren la condición materno-fetal.

**A**

### **¿Cuál es la cantidad adecuada de los Controles Prenatales?**

Se recomienda la aplicación del modelo de cuatro controles prenatales en embarazos de bajo riesgo ya que la evidencia indica que las pacientes se muestran satisfechas con la mayor duración del tiempo otorgado por los prestadores de salud en la consulta en comparación con el esquema anterior de ocho citas en cual el tiempo por paciente es menor, y que en este esquema se debe priorizar dar más tiempo por paciente.

**A**

Recomendamos la utilización del modelo con un número reducido de consultas en comparación con el modelo estándar ya que los resultados globales demuestran que los costos por embarazo para las mujeres y los prestadores de salud fueron más bajos.

**A**

**1b**

Con base en el análisis de la evidencia se propone que la cantidad mínima adecuada para desarrollar las actividades básicas del Control Prenatal de Bajo Riesgo, sin afectar o incrementar los riesgos para madre y feto, es de 4 controles prenatales. Por lo que en el Hospital de Gineco-obstetricia, en

el cual se atienden en promedio 15,000 partos por año, de los cuales el 75% han llevado control prenatal desde el inicio en el Hospital, la frecuencia de consultas promedio es de 5 citas durante el embarazo.

## ¿Cómo deber realizarse el Control Prenatal?

Para la realización del Control Prenatal, con base a la evidencia actual se propone utilizar el modelo propuesto por OMS, en el cual se detalla cada una de las actividades a realizar por visita.

A

### a) LA PRIMERA VISITA

#### Aspectos generales

Esta visita deberá realizarse preferentemente antes de la semana 12 de embarazo. Sin embargo, independientemente de la edad gestacional en el momento de la primera consulta, todas las embarazadas que llegan a la clínica de CP serán examinadas de acuerdo a las recomendaciones para la primera visita y las visitas subsiguientes.

A

En relación a la evaluación ginecológica, esta deberá realizarse en un ambiente cómodo y privado, el médico deberá estar acompañado de personal de enfermería y la paciente deber estar informada y aceptar la evaluación. Se recomienda que en esta primera cita se realice la evaluación en particular para realizar Citología Cervical (Papanicolaou) y para descartar patologías del tracto genital. Luego se hará esta evaluación únicamente si la paciente manifiesta problemas a ese nivel.

A

Algo importante a considerar es que la toma de Papanicolaou no es un procedimiento obligatorio, este se debe ofrecer a todas las pacientes en su primer control, pero quedará al criterio de la paciente si acepta o no la realización del mismo. Es importante, educar a la paciente sobre el hecho que al final del embarazo será necesaria una evaluación vaginal para determinar la configuración de la pelvis y su relación con el feto.

v

1a

A todas las mujeres en control prenatal durante la primera cita es recomendable la suplementación con Ácido Fólico (Cod. 648) y Hierro (Cod. 599), con la finalidad de prevenir defectos del tubo neural y anemia materna.

A

El asegurar a la paciente el acceso a la atención es un punto importante del modelo de Control Prenatal, por lo que es recomendable proporcionar información en cuanto a sitios de atención para emergencias, procedimientos para consultar y/o teléfonos para poder comunicarse, con la finalidad que la paciente este segura y confiada que podrá ser atendida a la brevedad posible en caso de una emergencia.

A

## Contenido de la primera visita

Durante esta visita es fundamental obtener información sobre:

### Datos y antecedentes personales

- Nombre completo
- Edad (fecha de nacimiento)
- Domicilio de residencia
- Número de teléfono
- Estado civil
- Ocupación
- De la embarazada

- Del esposo
- Escolaridad
- Sabe leer y escribir
- Nivel socioeconómico
  - Vivienda: tipo, tamaño, número de ocupantes
  - Condiciones sanitarias: tipo de baño, fuente de agua, electricidad o fuente de calefacción e iluminación
- Hábitos
  - Consumo de tabaco o de otras sustancias nocivas.
  - Consumo de bebidas alcohólicas
  - Actividades físicas
  - Actividades extremas


### **Historia clínica**

- Enfermedades y patologías específicas
  - Tuberculosis, cardiopatía, nefropatía crónica, epilepsia, diabetes Mellitus
  - Enfermedades de transmisión sexual
  - Estado de VIH
  - Otras patologías específicas que dependen de la prevalencia en el lugar donde se realiza el estudio (por ejemplo hepatitis, malaria, anemia drepanocítica)
  - Otras enfermedades, previas o crónicas, como alergias
- Cirugías además de cesárea
- Transfusiones de sangre. Anticuerpos Rhesus (D)
- Uso actual de medicamentos. Especificar
- Período(s) de infertilidad: ¿Cuándo? Duración, causa(s)



---

## **Antecedentes obstétricos:**

- Número de embarazos previos
    - Fecha (mes, año) y resultado de cada acontecimiento (nacido vivo, nacido muerto, aborto, ectópico, mola hidatiforme). Especificar, si corresponde y es posible (validar nacimientos prematuros y tipo de aborto).
    - Peso al nacer (si se conoce)
    - Sexo de los productos
    - Períodos de lactancia exclusiva: ¿Cuándo?, ¿Cuánto tiempo?
  - Complicaciones maternas particulares y acontecimientos en embarazos previos; especificar qué embarazo(s), validar por registros (si es posible):
    - Aborto temprano recurrente
    - Aborto inducido y cualquier complicación asociada
    - Trombosis, embolia
    - Hipertensión, pre-eclampsia o eclampsia
    - Desprendimiento placentario
    - Placenta previa
    - Presentación podálica o transversa
    - Obstrucción del trabajo de parto, incluyendo distocia
    - Desgarros perineales de tercer/cuarto grado
    - Hemorragia excesiva del alumbramiento
    - Sepsis puerperal
    - Diabetes gestacional
  - Operaciones obstétricas
    - Cesárea (indicación, si se conoce)
    - Asistencia manual/instrumental en el parto vaginal
    - Alumbramiento manual de la placenta
  - Complicaciones perinatales especiales
- 

(fetales, neonatales) y acontecimientos en embarazos previos; especificar qué embarazo(s), validar por medio de registros (si es posible):

- Gemelares o embarazo múltiple de mayor orden
- Bajo peso al nacer < 2500 g
- Restricción de crecimiento intrauterino (si se confirma)
- Enfermedad de anticuerpos Rhesus (Eritroblastosis, hidropesía)
- Niño malformado o cromosómicamente anormal
- Recién nacido macrosómico (> 4000 g)
- Reanimación u otro tratamiento neonatal
- Muerte fetal, neonatal o infantil (también: muerte posterior)
- Antecedentes del embarazo actual
- Fecha última menstruación (FUM); certeza de Fechas (por regularidad, precisión en el recuerdo u otra información relevante)
- Hábitos: tabaquismo o mascar tabaco, alcohol, drogas (frecuencia y cantidad)
- Cualquier acontecimiento inesperado (dolor, sangrado vaginal, otros: especificar)
- Antecedentes de ataques de paludismo.

### **Realizar el examen físico**

- Examinar signos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral y punta de la lengua, y falta de aire.
- Registrar peso (en libras) y altura (en centímetros) para evaluar el estado nutricional de la madre.
- Medir la presión arterial sanguínea.
- Auscultar tórax y corazón.

- 
- Medir altura uterina (en centímetros). Se debería usar una tabla para graficar la altura uterina.
  - Considerar evaluación ginecológica.

## Estimación de la edad gestacional

Determinar la fecha probable de parto (FPP):

Esta puede ser estimada de tres reglas para determinarla (Naegele, Wahl o Pinard), basándose en utilizar los días primero o último, del ciclo menstrual.

Tradicionalmente la más utilizada es la regla de Naegele que consiste en: **sumar** 07 días al primer día de la última menstruación y **restar** 03 meses al mes de la última menstruación (variación normal +/- 10 días), y al año le sumamos 01 (si aplica).

Ya con la FPP determinada, se establece la edad gestacional, al momento de la evaluación, por ej. FUR 10/10/2014 entonces:

- o Al día de FUR le sumamos 7 = 17
- o Al mes de FUR le restamos 3 = 07
- o Entonces la FPP sería = 17/07/2015
- o Ya con esto determinar con la fecha de evaluación la edad gestacional (EG)

Es importante determinar si la FUR es confiable o no, por lo que deben indagarse acerca de las siguientes condiciones:

- ¿Son los periodos menstruales regulares
- 

- ¿Se conoce exactamente el primer día de la última menstruación?
- ¿Hubo uso de métodos de planificación familiar hormonales (anticonceptivos orales, inyectados, Intravaginales, transdérmicos, intrauterinos) en los seis meses previos al embarazo?
- ¿Está la madre en período de lactancia?

Para fines prácticos una FUR no es confiable si se obtiene al menos una respuesta positiva a cualquiera de las interrogantes anteriores.

### **Valores de la altura uterina por semanas de gestación**

#### **Medición de la Altura Uterina:**

Este es un parámetro subjetivo para estimar la edad gestacional, sin embargo puede aportar datos de alarma para hacer pruebas más objetivas. Existen varias formas de determinar la edad gestacional por medio de la medición de la altura uterina:

#### **Medición del fondo uterino:**

Se realiza la palpación desde la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino y se estima la edad gestacional de la siguiente forma:

## Edad Gestacional por Altura Uterina

Ubicación del fondo uterino	Edad gestacional estimada
Sobre sinfisis del pubis	8 a 10 semanas
Punto medio entre sinfisis del pubis y ombligo	12 a 14 semanas
A la altura del ombligo	20 a 22 semanas
Debajo del borde costal	36 semanas

\* Cercano a las 40 semanas el fondo uterino desciende

Fuente: <http://www.drsexto.com/pdf/capitulo3.pdf>. (Modificado IGSS 2014)

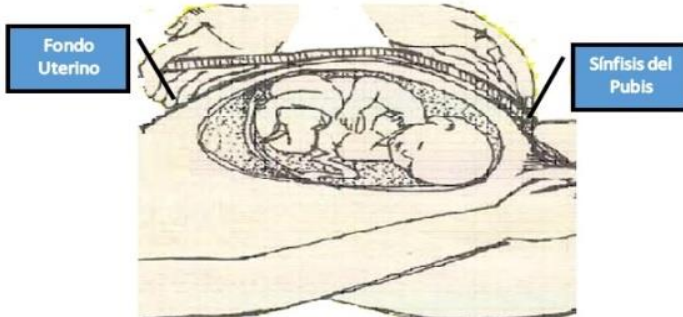
### Regla de McDonald:

Se determina la edad gestacional al medir en centímetros la distancia entre el borde superior de la sínfisis del pubis y el fondo uterino, el valor obtenido se multiplica por 8 y se divide entre 7. (Ej. Altura uterina 20 cms  $\times 8 = 160/7 = 22.8$  semanas)

Como recomendación del grupo de expertos, se propone que una forma rápida y sencilla para determinar la EG por AU puede ser:

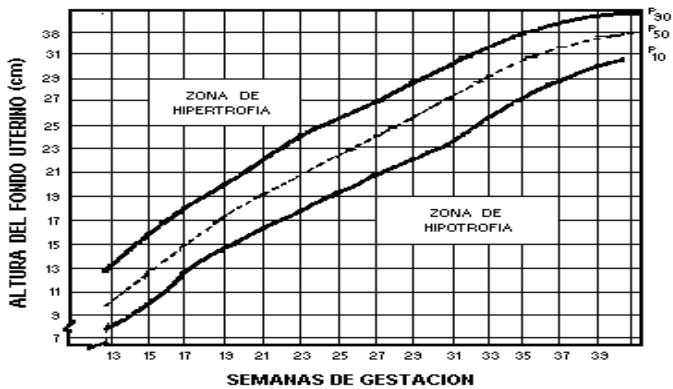
- AU  $\leq$  a 20 cms = correlaciona con EG (1cm por semana)
- AU de 21 a 24 cms = medida + 4 = EG
- AU de 25 a 31 cms = medida + 7 = EG

## Medición de Altura Uterina para determinar Edad Gestacional



Fuente: <http://www.drsixto.com/pdf/capitulo3.pdf> (Modificado IGSS 2014)

### ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN LA EDAD GESTACIONAL



FUENTE: FESCINA, R.N. y COLS ; CLAP ; 1990

## **b) La segunda visita**

Información general:

La segunda visita debería programarse cerca de la semana 26 de embarazo. Los exámenes y las pruebas se limitan a medir la presión sanguínea, peso, la altura uterina y la FCF.

**La valoración de proteína en orina simple (con tira), se debe realizar en todas las mujeres nulíparas  $\geq$  de 20 semanas.**

**B**

### **Contenidos de la segunda visita**

Obtener información sobre

#### ***Antecedentes personales:***

Cambios desde la primera visita.

#### **Historia clínica**

- Revisar los temas relevantes de la historia clínica tal como se registraron en la primera visita.
- Tener en cuenta las enfermedades intercurrentes u otras patologías desde la primera visita.
- Tener en cuenta la ingesta de medicamentos aparte de hierro y ácido fólico.
- Ingesta de hierro: controlar el cumplimiento.
- Tener en cuenta otras consultas médicas, internación o licencia por enfermedad en el embarazo actual.

## Antecedentes obstétricos

- Revisar los temas relevantes de los antecedentes obstétricos registrados en la primera visita.
- Embarazo actual
- Registrar los síntomas y acontecimientos desde la primera visita: por ejemplo, dolor, sangrado, flujo vagina, salida de líquido amniótico, signos y síntomas de anemia severa.
- Otros síntomas o acontecimientos específicos.
  - Tener en cuenta los cambios en las características corporales o en la capacidad física (por ejemplo: edemas periféricos, disnea), observados por la misma mujer, por su pareja u otros miembros de la familia.
  - Movimientos fetales: ¿se perciben? Tener en cuenta el momento del primer reconocimiento en la historia clínica.
  - Control de los hábitos: tabaquismo, alcohol, otros.

## Realizar el examen físico

- Medir la presión sanguínea.
- Valores de altura uterina y peso: registrar en gráfico y FCF
- Edema generalizado.
- Otros signos de alarma de enfermedad: disnea, tos, otros.
- Tacto vaginal: realizarlo únicamente en caso de no haberlo hecho en la primera visita. Si la paciente está sangrando, no realizar tacto vaginal; derivar a la emergencia del hospital con orden de ultrasonido, para



---

descartar placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

### **Realizar las siguientes pruebas:**

- Sangre: Repetir Hb sólo si la Hb en la primera visita estaba por debajo de 11 g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen.

### **Evaluar para derivación**

- Volver a evaluar si la mujer puede seguir el componente básico del nuevo modelo de la OMS, basado en la evidencia y las observaciones desde la primera visita.
- Síntomas inesperados: derivar como se requiera.
- Hb < 9 g/l en la primera y en la actual (segunda) visita: derivar.
- Si hay sangrado o pérdida: derivar como se requiera.
- Evidencia de pre-eclampsia, hipertensión y/o proteinuria: derivar a un nivel superior según normas del hospital.
- Sospecha de restricción de crecimiento fetal (valores de altura uterina por debajo del 10 percentil -con 2 evaluaciones consecutivas-: derivación a clínica de alto riesgo).
- La mujer no percibe movimientos fetales: usar doppler para la detección de los latidos cardíacos fetales; si es negativo, derivar a ultrasonido, de forma inmediata.



## c) LA TERCERA VISITA

### Información general

La tercera visita debería tener lugar a las 32 semanas de embarazo o alrededor de esa fecha y su duración se estima en 20 minutos. Si no asistió a la segunda visita, la tercera visita también debería incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse tanto tiempo como sea necesario. Los exámenes y las pruebas se limitan a medir la presión sanguínea, la altura uterina, realizar un análisis de tira reactiva múltiple para detectar bacteriuria y hemoglobina de rutina.

A

### Contenidos de la tercera visita

Obtener información sobre:

#### Antecedentes personales

- Tener en cuenta cualquier cambio o acontecimiento desde la segunda visita.

#### Historia clínica

- Revisar los temas relevantes de la historia clínica como se registró en la primera y segunda visita.
- Tener en cuenta las enfermedades intercurrentes, lesiones u otras patologías desde la segunda visita.
- Tener en cuenta la ingesta de medicamentos aparte de hierro y ácido fólico.
- Ingesta de hierro: cumplimiento.
- Tener en cuenta otras consultas médicas, internación o licencia por enfermedad en el embarazo actual.

---

## **Antecedentes obstétricos**

- Revisar los temas relevantes de los antecedentes obstétricos como se registró en la primera visita y como se controló en la segunda.
- Embarazo actual
- Síntomas y acontecimientos desde la segunda visita: dolor abdominal o lumbar, trabajo de parto prematuro, sangrado, flujo vaginal, salida de líquido amniótico. Otros síntomas o acontecimientos específicos.
- Cambios en las características corporales o la capacidad física, observados por la misma mujer, su pareja u otros miembros de la familia.
- Movimientos fetales.
- Control de los hábitos: tabaquismo, alcohol, otros.

## **Realizar el examen físico**

- Medir la presión sanguínea.
- Valores de altura uterina y peso: registrar en gráfico y FCF
- Palpar el abdomen para la detección de embarazo gemelar.
- Latidos cardíacos fetales: usar un Doppler
- Edema generalizado.
- Otros signos de alarma de enfermedad: disnea, tos, etc.
- Si hay sangrado o pérdida: derivar.

## ***Realizar las siguientes pruebas:***

- Sangre: Hb a todas las mujeres



## **Evaluar para derivación**

- Reevaluar el riesgo basado en la evidencia desde la segunda visita y las observaciones hechas en la visita actual.
- Síntomas inesperados: referir como se requiera.
- Si hay sangrado: referir como se requiera.
- Evidencia de pre-eclampsia, hipertensión y/o proteinuria: derivar a una unidad especial en la clínica o a un hospital.
- Sospecha de restricción de crecimiento fetal (valores de altura uterina por debajo de lo esperado o indicativos de restricción de crecimiento tal como se evidencia en la tabla): derivar.
- Si la Hb persiste  $< 9$  g/l: derivar.
- Si Hb  $> 13$  g/l: nueva consulta no más tarde de las 36 semanas para controlar el crecimiento fetal, la presión sanguínea y la posibilidad de proteinuria. Si en la nueva consulta se detectan anomalías en el crecimiento fetal o la presión sanguínea o si se encuentra proteinuria: derivar.

### **d) LA CUARTA VISITA**

#### Información general

La cuarta debería ser la visita final que tendría lugar entre las semanas 36 y 38.

#### **Contenido de la cuarta visita**

Obtener información sobre:

---

## Antecedentes personales

- Tener en cuenta los cambios y los acontecimientos desde la tercera visita.

## Historia clínica

- Revisar los temas relevantes de la historia clínica como se registró en las tres primeras visitas.
- Tener en cuenta las enfermedades intercurrentes, lesiones u otras patologías desde la tercera visita.
- Tener en cuenta la ingesta de medicamentos aparte de hierro y ácido fólico.
- Ingesta de hierro: vigilar su cumplimiento.
- Tener en cuenta las consultas médicas, hospitalizaciones o licencias por enfermedad en el embarazo actual desde la tercera visita.

## Antecedentes obstétricos

- Revisión final de los antecedentes obstétricos respecto a cualquier complicación en el parto previo.
- Embarazo actual
  - Síntomas y acontecimientos desde la tercera visita: dolor, contracciones (¿trabajo de parto prematuro?), sangrado, flujo vaginal, (¿líquido amniótico?). Otros síntomas o acontecimientos específicos.
  - Cambios en las características corporales o capacidad física observados por la mujer, por su pareja u otro miembro de la familia.
  - Movimientos fetales.



## **Realizar el examen físico**

- Medir la presión sanguínea.
- Valores de altura uterina y peso: registrar en el gráfico y FCF
- Situación (longitudinal, transversa) y posición fetal (cefálica, podálica).
- Percepción de movimientos fetales por la madre o percibidos por el examinador.
- Edema generalizado.
- Otros signos de enfermedad: disnea, tos, etc.
- Si hay sangrado o pérdida: derivar al hospital.

## **Realizar las siguientes pruebas:**

### **Evaluar para referencia**

- Reevaluar el riesgo, basados en la evidencia desde la tercera visita y las observaciones realizadas en la visita actual.
- Síntomas inesperados: derivar como se requiera.
- Si hay sangrado vaginal: derivar.
- Evidencia de pre-eclampsia: Ingresar a servicio de Labor y Partos, según normas de clínica de alto riesgo.
- Sospecha de retardo de crecimiento fetal (valores de altura uterina por debajo de lo esperado): derivar.
- Sospecha de embarazo gemelar: disponer para el parto en el hospital.
- Sospecha de presentación podálica: derivar a clínica especializada. Parto obligatorio en hospital.

## Recomendaciones generales para el Control Prenatal

A

Las mujeres ingresan a este control prenatal de bajo riesgo según las siguientes directrices y esquemas:

- Todas las pacientes, idealmente previo a su primera consulta, deberán realizar los siguientes laboratorios:
  - Hematología
  - Grupo sanguíneo y factor RH
  - VDRL
  - Examen simple de orina
  - Prueba serología para la detección de VIH con consentimiento informado.
  - Pruebas sanguíneas para Toxoplasma IgM.
- Se debe promover el primer control prenatal antes de las 20 semanas, para hacer un diagnóstico precoz de algunas patologías.
- Anemia se define como hemoglobina por debajo de 11 gramos por decilitro.
- Realización de citológico-cérvico Vaginal (Papanicolaou) en la primera consulta.
- Solicitar evaluación ultrasonográfica lo más temprano posible durante el embarazo, con la finalidad de contar con datos excelentes-buenos para estimación de edad gestacional.
- Auscultar con doppler manual, los latidos fetales a partir de las 13 semanas.
- Se vacunará a la gestante partir del 5<sup>o</sup> mes, Antitetánica, iniciando la primera consulta. Las siguientes dosis se colocarán de acuerdo al calendario de vacunaciones (como mínimo dos dosis durante el embarazo).





## Anexo I. Actividades a realizar en el Control Prenatal

PRIMERA VISITA: Para todas las mujeres que consultan por primera vez al obstetra independientemente de la edad gestacional. Si la primera visita tiene lugar después de la fecha recomendada, realice todas las actividades necesarias hasta ese momento.	Visitas			
	1ª	2ª	3ª	4ª
FECHA: / /	SEMANAS DE EMBARAZO: _____			
Formulario de clasificación para elegibilidad al Componente Básico				
Examen médico:				
Anemia clínicamente severa. Prueba de hemoglobina				
Examen obstétrico: estimación de edad gestacional, altura uterina, FCF				
Examen ginecológico: (puede posponerse hasta la segunda visita)				
Medición de la presión arterial				
Peso / altura de la madre				
Realización inmediata análisis para sífilis, detección de ITS sintomáticas				
Realización de la prueba de orina (con múltiples tras reactivas)				
Solicitud de grupo sanguíneo y factor Rh				
Administración de vacuna antitetánica				
Aporte complementario que incluya hierro y ácido fólico				
Recomendaciones para emergencias/línea directa para emergencias				
Ficha prenatal completa				
SEGUNDA VISITA y visitas posteriores	Edad gestacional No. Aproximado de semanas			
FECHA / /				
Examen médico para detección de anemia				
Examen obstétrico: estimación edad gestacional, AU, FCF				
Medición de presión arterial				
Peso materno				
Prueba de orina para detección de proteínas (solo nulíparas)				
Aporte complementario que incluya hierro y ácido fólico				
Recomendaciones para situaciones de emergencia				
Ficha prenatal completa				
TERCERA VISITA agregar a la segunda	FECHA / /			
Solicitud de prueba de hemoglobina				
Aplicación de vacuna antitetánica (segunda dosis)				
Instrucciones para el parto / preparación del nacimiento				
Recomendaciones para la lactancia / anticoncepción				
CUARTA VISITA agregar a la tercera visita	FECHA / /			
Detección de presentación anómala y su derivación a MR				
Realización AFI+NST a las 40 semanas en clínica monitoreo materno fetal				
Plan educación en signos de alerta de SFA y riesgo materno				
Recomendaciones para parto, lactancia y anticoncepción				

## Anexo II. Tabla para la Clasificación de Alto Riesgo Obstétrico

### FORMULARIO DE CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

Una respuesta SI en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir, una cruz en cualquier casillero

Número de historia clínica				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre de la paciente _____										
Dirección _____ Teléfono _____										
<b>INSTRUCCIONES:</b> Responda las preguntas marcando con <b>X</b> el casillero correspondiente:										
<b>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>							No	SI		
8.	Muerte fetal o muerte neonatal previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
9.	Antecedentes de 3 o + abortos espontáneos o consecutivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
10.	Peso al nacer del último bebé < 2500 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
11.	Peso al nacer del último bebé > 4000 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
12.	¿Internación por hipertensión, preeclampsia o eclampsia última gesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
13.	Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del fálax, conización, oocárea oláctoa, oerolaje oervioal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<b>EMBARAZO ACTUAL</b>										
13.	Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
14.	Menos de 16 años de edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
15.	Más de 40 años de edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
16.	Isoinmunización Rh (-) en el embarazo actual o anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
17.	Hemorragia vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
18.	Masas pélvicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
19.	P / A diastólica de 90 mmHg o + durante el registro de datos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<b>HISTORIA CLINICA GENERAL</b>										
19.	Diabetes mellitus insulina dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
20.	Nefropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
21.	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
22.	Consumo de drogas (Incluido consumo excesivo de alcohol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
23.	Cualquier otra enfermedad o afección médica severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Por favor, especifique _____										

sombreado) significa que la mujer no es elegible para el Componente Básico del modelo de control prenatal.

¿Es elegible?

(Marque con un círculo) NO SI

Si la respuesta es NO, será derivada a \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

(Personal responsable de CPN)

# Anexo III. Carne prenatal lado a

**CARNÉ PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS**

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo de prácticas inadecuadas)

<b>NOMBRE</b> _____ <b>APELLIDO</b> _____		<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> día mes año		<b>ETNIA</b> blanca <input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> mestiza <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>	<b>ALFA RITA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<b>ESTUDIOS</b> ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secundaria <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> años en el mayor nivel <input type="checkbox"/>	casada <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> viuda <input type="checkbox"/> vive sola <input type="checkbox"/>	Lugar de cotiza prenatal <input type="checkbox"/> Lugar del parto <input type="checkbox"/> Lugar de nacimiento <input type="checkbox"/>			
<b>DOMICILIO</b> _____ <b>LOCALIDAD</b> _____ <b>TELEF.</b> _____		<b>EDAD (años)</b> < de 15 <input type="checkbox"/> de 15 a 35 <input type="checkbox"/>		<b>ESTRUCO C/NE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				Lugar de cotiza prenatal <input type="checkbox"/> Lugar del parto <input type="checkbox"/> Lugar de nacimiento <input type="checkbox"/>			
<b>FAMILIARES</b> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		<b>PERSONALES</b> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		<b>OBSTETRICOS</b> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		<b>FIN EMBARAZO ANTERIOR</b> día mes año menos de 1 año <input type="checkbox"/>		<b>EMBARAZO PLANEADO</b> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <b>FRACASO METODO ANTICONCEP.</b>			
<b>ANTECEDENTES</b> TBC <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> hipertensión <input type="checkbox"/> preclampsia <input type="checkbox"/> eclampsia <input type="checkbox"/> gta cont. médica grave <input type="checkbox"/>		grupo genético <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		gestas previas <input type="checkbox"/> abortos <input type="checkbox"/> partos <input type="checkbox"/>		nacidos vivos <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/>		muertos <input type="checkbox"/> 1° sem <input type="checkbox"/> después <input type="checkbox"/> 1° sem <input type="checkbox"/>			
<b>GESTACION ACTUAL</b> día mes año RESO ANTERIOR <input type="checkbox"/> TALLA (cm) <input type="text"/>		EG CONFABLE por FUM <input type="checkbox"/> Ezo <20 s <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		RUMACT <input type="checkbox"/> RUM PAS <input type="checkbox"/> DROGAS <input type="checkbox"/> ALCOHOL <input type="checkbox"/> VIOLENCIA <input type="checkbox"/>		ANTRUBUEOLA <input type="checkbox"/> no satis <input type="checkbox"/> no satis <input type="checkbox"/>		ANTITETANICA <input type="checkbox"/> vigente no <input type="checkbox"/> Dosis 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/>			
EX. NORMAL <input type="checkbox"/> ODONT <input type="checkbox"/> MAMAS <input type="checkbox"/>		TOXOPLASMOSIS <input type="checkbox"/> <20sem IgG <input type="checkbox"/> >20sem IgG <input type="checkbox"/> 1° consulta IGM <input type="checkbox"/>		VIH <20 sem <input type="checkbox"/> >20 sem <input type="checkbox"/> VIH >20 sem <input type="checkbox"/> >20 sem <input type="checkbox"/>		Hb <20 sem <input type="checkbox"/> >20 sem <input type="checkbox"/>		Fe/FOLATOS indicados <input type="checkbox"/> Fe <input type="checkbox"/> folatos <input type="checkbox"/>			
VDRL/RPR <input type="checkbox"/> SIFILIS confirmada por FTA <input type="checkbox"/> Dosis 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/>		GLUCICEMIA EN AYUNAS <input type="checkbox"/> <20 sem <input type="checkbox"/> >20 sem <input type="checkbox"/>		ESTREPTOCOCCO B <input type="checkbox"/> 35 - 37 semanas <input type="checkbox"/>		PREPARACION PARA EL PARTO <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
CHAGAS <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		BACTERIURIA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		GUCICEMIA EN AYUNAS <input type="checkbox"/> <20 sem <input type="checkbox"/> >20 sem <input type="checkbox"/>		ESTREPTOCOCCO B <input type="checkbox"/> 35 - 37 semanas <input type="checkbox"/>		PREPARACION PARA EL PARTO <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
día mes año edad gest. <input type="text"/> peso <input type="text"/> P.A. <input type="text"/> altura uterina <input type="text"/> presión tación <input type="text"/> FCF (pm) <input type="text"/> movim. fetales <input type="text"/> proteo. huria <input type="text"/>		día mes año edad gest. <input type="text"/> peso <input type="text"/> P.A. <input type="text"/> altura uterina <input type="text"/> presión tación <input type="text"/> FCF (pm) <input type="text"/> movim. fetales <input type="text"/> proteo. huria <input type="text"/>		día mes año edad gest. <input type="text"/> peso <input type="text"/> P.A. <input type="text"/> altura uterina <input type="text"/> presión tación <input type="text"/> FCF (pm) <input type="text"/> movim. fetales <input type="text"/> proteo. huria <input type="text"/>		día mes año edad gest. <input type="text"/> peso <input type="text"/> P.A. <input type="text"/> altura uterina <input type="text"/> presión tación <input type="text"/> FCF (pm) <input type="text"/> movim. fetales <input type="text"/> proteo. huria <input type="text"/>		día mes año edad gest. <input type="text"/> peso <input type="text"/> P.A. <input type="text"/> altura uterina <input type="text"/> presión tación <input type="text"/> FCF (pm) <input type="text"/> movim. fetales <input type="text"/> proteo. huria <input type="text"/>			
<b>CONSULTAS/ATENCIÓNES</b> día mes año edad gest. <input type="text"/> peso <input type="text"/> P.A. <input type="text"/> altura uterina <input type="text"/> presión tación <input type="text"/> FCF (pm) <input type="text"/> movim. fetales <input type="text"/> proteo. huria <input type="text"/>		<b>CONSULTAS/ATENCIÓNES</b> día mes año edad gest. <input type="text"/> peso <input type="text"/> P.A. <input type="text"/> altura uterina <input type="text"/> presión tación <input type="text"/> FCF (pm) <input type="text"/> movim. fetales <input type="text"/> proteo. huria <input type="text"/>		<b>CONSULTAS/ATENCIÓNES</b> día mes año edad gest. <input type="text"/> peso <input type="text"/> P.A. <input type="text"/> altura uterina <input type="text"/> presión tación <input type="text"/> FCF (pm) <input type="text"/> movim. fetales <input type="text"/> proteo. huria <input type="text"/>		<b>CONSULTAS/ATENCIÓNES</b> día mes año edad gest. <input type="text"/> peso <input type="text"/> P.A. <input type="text"/> altura uterina <input type="text"/> presión tación <input type="text"/> FCF (pm) <input type="text"/> movim. fetales <input type="text"/> proteo. huria <input type="text"/>		<b>CONSULTAS/ATENCIÓNES</b> día mes año edad gest. <input type="text"/> peso <input type="text"/> P.A. <input type="text"/> altura uterina <input type="text"/> presión tación <input type="text"/> FCF (pm) <input type="text"/> movim. fetales <input type="text"/> proteo. huria <input type="text"/>			
<b>PARTO</b> <input type="checkbox"/> <b>ABORTO</b> <input type="checkbox"/> FECHA DE INGRESO día mes año CONSULTAS PRE NATALES <input type="checkbox"/> local <input type="checkbox"/> CARNÉ <input type="checkbox"/>		<b>HOSPITALIZ. EMBARAZO</b> completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		<b>CORTICOIDES ANTEMATALES</b> completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		<b>INICIO ESPERANTE</b> completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		<b>RUPTURA DE MEMBRANAS ANTERPARTO</b> día mes año hora min temp. > 38°C <input type="checkbox"/>		<b>EDAD GEST. al parto</b> <37 sem <input type="checkbox"/> >37 sem <input type="checkbox"/>	
<b>PRESENTACION SITUACION</b> cefalica <input type="checkbox"/> pelviana <input type="checkbox"/> transversa <input type="checkbox"/>		<b>TAMANO FETAL ACORDE</b> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>ACOMPANANTE</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>							



# Anexo V. Códigos CIE-10 Ficha Perinatal-CLAP

CLAP/SMR (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

## LISTADO DE CÓDIGOS

Historia Clínica Perinatal

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		PATOLOGIA NEONATAL	
50 GESTACION MULTIPLE	O30	50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HALINAS	P22.0
51 HIPERTENSION PREVIA	O10	51 SINDROME ASPIRATORIO	P24
52 Hipertensión previa esencial complicando EPP	O10.0	52 APNEAS POR PREMATUREZ	P28.3-P28.4
53 PRECLAMPSIA	O14	53 OTROS SÍNDROMES	P27-P27.7
54 Hipertensión transitoria del embarazo	O14.0	01 Ductos arteriales persistentes	Q25.0, P29.3, P23, P25, P27, P27.7
55 Postclampsia leve	O16	02 Persistencia de la circulación fetal	Q25.0
04 Preclampsia severa y moderada	O16.0	03 Neumonía congénita	P23
05 Preclampsia previa con proteinuria sobregregada	O16.1	04 Neumonía y enfisema intersticial	P25
54 ECLAMPSIA	O17	05 Leptespirosis	P22.1
55 CARDIOPATÍA	286.7	06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P27
56 DIABETES	O24	07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P53
57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	O24.0	08 Neumonía pulmonar originada en el periodo perinatal	P26
58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	O24.1	09 Hemorragia umbilical (excluye las entelias con hemorragia)	P51
59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	O24.2	10 HEPERILIRUBINEMIAS	
60 Gonorrea complicando EPP	O24.3	08 Enfermedad hemolítica por inmunización Rh	P55.0
60 INFECCION URINARIA	R73.0	09 Enfermedad hemolítica por inmunización ABO	P55.1
60 Bacteriuria asintomática del embarazo	O23.0-O23.4	10 Infección neonatal asociada a parto de pretermino	P59.0
61 OTAS INFECCIONES	O23.5-O23.9	38 HEMATOLOGICAS (incluyendo P50-P59)	P60-P61
62 Infecciones del tracto genital en el embarazo	O23.5	08 Sífilis congénita	P61.1
63 Sífilis complicando EPP	O23.6	12 Anemia congénita	P61.3
10 Gonorrea complicando EPP	O23.7	79 Anemia talofémica	D57.0-D57.2 y D57.8
11 Malaria	B50-B54	13 Otras alteraciones hematológicas	P75-P79, A09, G00, A04.3
12 Infección hepatitis agonalítica (herpes simplex)	O24.4	08 INFECCIONES	
63 Hepatitis viral	O24.4	14 Difteria	000
64 TBC complicando EPP	O24.1	15 Meningitis	P38
80 Rubéola complicando EPP	O24.2	16 Onfalitis	P39.1, A54.3
85 PARATUBERCULOSIS COMPLICANDO EPP	O24.3	17 Conjuntivitis	P39.1, I00
77 Chagas	O24.4	59 Infecciones de la piel del recién nacido	P39.1
78 Toxoplasmosis	O24.5	68 Septicemia	(resto del P39)
66 RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	O26.0	20 Enterococcosis necrotizante (ECN)	P37
67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	O26.1	49 Tetanos neonatal	A33
68 DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLICA	O26.2	67 Enfermedades congénitas virales	P35
14 Parto obstructivo por malposición y anomalía de la presentación del feto	O64, O65, O66	68 Síndrome de Rubéola congénita (SRC)	P35.5
15 Parto obstructivo debido a anomalía pélvica materna	O66	69 Citomegalovirus (CMV)	P35.1
15 Otras parias obstructivas de causa fetal	O66.1	70 Toxocariosis congénita	P37.1
69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE	O02.1, O03	39 HIV positivo	R75
17 Mola hidatídica	O02.0	09 Otras infecciones del periodo perinatal	(resto de P60-P61)
18 Aborto espontáneo y aborto retenido	O03	NEUROLÓGICA EXCLUYE MALFORMACIONES	
19 Embarazo ectópico	O03.0	33 Hidrocefalia aguda	G91
20 Aborto inducido y terapéutico	O03.1	38 Trauma obstétrico perineurítico y cerebral	P10.1, P91.2
21 Amnionza de acto	O04	35 Trauma obstétrico con lesión intracraneal, del SNC y del sistema nervioso periférico	P10.1, P14
22 HEMORRAGIA DEL 2º y 3º TRIMESTRE	O44.1	36 Enfermedad intracerebral no traumática	P52
23 Placenta previa con hemorragia	O44.2	37 Convulsiones	P90
24 Desprendimiento prematuro de placenta	O44.3	71 Epilepsia	P90
25 Hemorragia aneurótica con defecto de la coagulación	O44.4	72 Síndrome de la muerte súbita	P91
26 Ruptura uterina aneica o durante el parto	O71.0, O71.1	08 METABOLICA	
29 Laceración obstétrica del cuello del útero	O71.2	43 Síndrome de "hipo de diabético"	P70.0, P71.1
71 ANEMIA	O99.0	45 Hipoglucemia	P70.3, P70.4, E15.2
27 Anemia por deficiencia de hierro	O99.1	46 Hipocalcemia	P70.7-8
79 Anemia bilirrubinémica	O99.2	60 OTRAS PATOLOGÍAS RN	H35
72 RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS	D57.0-D57.2 y D57.8	47 Hiponatremia	K40
28 Infección del saco amniótico y membranas	O42	48 METABOLICA NUTRICIONAL	
73 INFECCION PUERPERAL	O85, O86	43 Síndrome de "hipo de diabético"	P70.0, P71.1
29 Sepsis puerperal	O85	45 Hipoglucemia	P70.3, P70.4, E15.2
30 Infección mamaria asociada al nacimiento	O91	60 OTRAS PATOLOGÍAS RN	H35
74 HEMORRAGIA POSTPARTO	O72.0, O72.1	47 Hiponatremia	K40
31 Placenta retenida	O72.2	48 METABOLICA NUTRICIONAL	
32 Útero atónico	O70.0, O71.1	43 Síndrome de "hipo de diabético"	P70.0, P71.1
33 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado	O70.2, O70.3	45 Hipoglucemia	P70.3, P70.4, E15.2
34 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado	O70.3	46 Hipocalcemia	P70.7-8
75 OTAS PATOLOGÍAS MATERNALES	O44.0	60 OTAS PATOLOGÍAS RN	H35
35 Placenta previa sin hemorragia	O21	47 Hiponatremia	K40
38 Hipertensión gravídica	O26.8, O99.8 (condiciones en N00-A39)	48 METABOLICA NUTRICIONAL	
37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo	F10-F19	43 Síndrome de "hipo de diabético"	P70.0, P71.1
38 Dependencia de drogas	O41.0	45 Hipoglucemia	P70.3, P70.4, E15.2
39 Sulfamido fetal	O08	60 OTAS PATOLOGÍAS RN	H35
40 Polihidramnios	O74	47 Hiponatremia	K40
41 Oligamnios (sin mención de ruptura de membranas)	O41.0	48 METABOLICA NUTRICIONAL	
42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	O09	43 Síndrome de "hipo de diabético"	P70.0, P71.1
43 Complicaciones anélicas durante parto y puerperio	O74	45 Hipoglucemia	P70.3, P70.4, E15.2
44 Embriomas obstétricos	O08	60 OTAS PATOLOGÍAS RN	H35
45 Falla de cierre de la herida de cesárea	O90.0	47 Hiponatremia	K40
46 Falla de cierre de la episiotomía	B20-B24	48 METABOLICA NUTRICIONAL	
47 SIDA	R75	43 Síndrome de "hipo de diabético"	P70.0, P71.1
78 HIV positivo	O72.0, O72.1	45 Hipoglucemia	P70.3, P70.4, E15.2
48 Neoplasia maligna del cuello uterino	C53	60 OTAS PATOLOGÍAS RN	H35
49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria	C60	47 Hiponatremia	K40

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION	
01 Cesárea previa	14 Posición transversa
02 Suficiente fetal agudo	15 Ruptura prematura de membranas
03 Desproporción cefalo-pélvica	16 Infección oxuter (isocopechada o confirmada)
04 Alteración de la contractilidad	17 Placenta Previa
05 Parto prolongado	18 Abrujo placentar
06 Frenazo de la inducción	19 Ruptura uterina
07 Desaparición definitiva de la presentación	20 Fiebre/taquipsia y eclampsia
08 Embarazo múltiple	21 Herpes anogenital
09 Parto de pretermino	22 Condilomatoses genital
11 Parto de posttermino	23 Otras enfermedades maternas
12 Presentación podálica	24 Muestra fetal
13 Posición posterior	25 Miedo exhausta
	26 Otras
	78 VH

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	
01 Lidocaina o similar	18 Inhibidores de Prostaglandinas
02 Anest. simplicomiloides	17 Antagonistas del calcio
03 Gases anestésicos (pentrane-fluorano-ox. nitroso)	18 Sulfato de magnesio
04 Barbitúricos	19 Héparina
05 Betalépticos	20 Beta Bloqueantes
06 Diazepodidos	21 Otros antihipertensivos
07 Meperidino	22 Sangre y derivados
08 Espasmolíticos	23 Heparín
09 Diltiazem	24 Corticoides
10 Prostaglandinas	25 Cardiotónicos
11 Betalépticos (Pancilinas-efalospartinas)	26 Diuréticos
12 Anestésicos (pentranca-oxitracina)	27 Anestésicos
13 Eritronina	28 Insulina
14 Metonazida	29 Difenildantona
15 Betamiméticos	30 Clorazepato
	31 Antitrombóticos
	32 Sulfadiazina-Primitamina
	33 Clorazepato

INFECCIONES RN




---

# GUIA DE PRACTICA CLINICA BASADAS EN EVIDENCIA SOBRE CONTROL PRENATAL DE BAJO RIESGO

## 1 INTRODUCCIÓN

Las preocupantes estadísticas de morbilidad materna y perinatal en los países en desarrollo reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno y perinatal. Tradicionalmente, en los países en desarrollo se han recomendado programas de control prenatal siguiendo los lineamientos de los programas que se usan en los países desarrollados, incorporando sólo adaptaciones menores de acuerdo con las condiciones locales. Muchos de los componentes de estos programas prenatales no han sido sometidos a una rigurosa evaluación científica para determinar su efectividad. A pesar del amplio deseo de mejorar los servicios de cuidados maternos, esta falta de evidencia sólida ha impedido la identificación de intervenciones efectivas y por lo tanto la asignación óptima de recursos. En los países en desarrollo, estos programas frecuentemente son mal implementados y las visitas a las clínicas pueden ser irregulares, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres.

Para solucionar la escasez de evidencia relacionado al control prenatal, el Programa Especial del Banco Mundial/OMS/UNFPA/UNDP para Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana (HRP) implementó un estudio clínico aleatorizado multicéntrico que comparó el modelo occidental estándar de control prenatal con un nuevo modelo de la OMS que limita el número de visitas a las clínicas y restringe los exámenes, los



procedimientos clínicos y las acciones de seguimiento a aquellos que han demostrado mejorar los resultados maternos y/o perinatales.

Los resultados del estudio mostraron que no hubo diferencias significativas entre el modelo nuevo y el estándar en términos de anemia severa postparto, pre-eclampsia, infecciones de los tractos urinarios o neonatos con bajo peso al nacer. De manera similar, no hubo diferencias significativas (clínica y estadísticamente) en los resultados secundarios maternos y/o perinatales, entre los cuales se incluyen eclampsia y muerte materna y neonatal. Además, tanto las mujeres como los prestadores de salud en general se mostraron satisfechos con el nuevo modelo de la OMS.

Esta guía es un componente de todas las acciones que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) desarrolla para mejorar la salud materno-infantil, en el cual se provee instrucciones detalladas sobre cómo conducir el plan de cuatro visitas del componente básico del modelo de control prenatal de la OMS.

Mientras algunas de las evaluaciones e intervenciones pueden ser realizadas por parteras, enfermeras y asistentes médicos formalmente entrenados, otros elementos requieren las habilidades de un médico calificado para su ejecución e interpretación.

El propósito es fortalecer las actividades que han demostrado ser efectivas y adecuadas para el control prenatal de bajo riesgo.



---

## **2 OBJETIVO DE LA GUIA**

### **GENERAL**

Proporcionar a los prestadores en servicios de salud las directrices necesarias para la adecuada, oportuna y efectiva atención de las pacientes que acuden a las diferentes unidades de atención obstétrica del IGSS, para el control prenatal de bajo riesgo con el fin de reducir la morbi-mortalidad materno fetal.

### **ESPECIFICOS**

- a) Estandarizar las 4 visitas de control prenatal de bajo riesgo.
- b) Vigilar el desarrollo y evolución del embarazo normal.
- c) Establecer las prácticas recomendadas y de efecto positivo para ejecutar durante el control prenatal.
- d) Optimizar la utilización de los recursos utilizados en el control prenatal de bajo riesgo.
- e) Identificar factores de riesgo.
- f) Estandarizar el traslado a clínicas de mediano y alto riesgo obstetrico.





---

### 3. METODOLOGIA

#### Definición de preguntas

Para el desarrollo de esta guía se consideraron las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo se define Control Prenatal?
2. ¿Qué es el Control Prenatal de Bajo Riesgo?
3. ¿Cuál es el comportamiento de las actividades del Control Prenatal en el IGSS?
4. ¿Cuánta son las citas mínimas para un adecuado Control Prenatal?
5. ¿Cuáles son las actividades básicas a realizar en cada visita del Control Prenatal?
  - a. Primera visita
  - b. Segunda visita
  - c. Tercera visita
  - d. Cuarta visita

#### Estrategia de Búsqueda

Se procedió a localizar la información deseada mediante consultas electrónicas a los siguientes sitios:

[www.pubmed.com](http://www.pubmed.com),

[www.bjm.com](http://www.bjm.com),

[www.cochrane.org](http://www.cochrane.org),

[www.clinicalevidence.com](http://www.clinicalevidence.com)

[www.hinary.org](http://www.hinary.org)



## **Criterios para la valoración de los estudios de esta revisión**

### **Tipos de estudios**

Todos los estudios clínicos controlados aleatorizados que se escogieron como candidatos y que compararon los programas de control prenatal con consultas de distinta frecuencia y diversos tipos de prestadores de salud.

### **Tipos de participantes**

Embarazadas que reciben control prenatal en consultorios y que, según diferentes criterios, presentan un bajo riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo y el trabajo de parto.

### **Tipos de intervención**

Implementación de un programa de control prenatal basado en un menor número de consultas, con o sin objetivos establecidos, en relación con el programa estándar de consultas prenatales.

Control prenatal dirigido por prestadores que no sean obstetras o ginecólogos, comparado con el conducido por estos profesionales.

### **Tipos de medidas de resultado**

Las medidas de resultado analizadas en esta revisión son los resultados clínicos a nivel materno, fetal y neonatal. También se analizaron, como resultados importantes para la revisión,

---

la efectividad del control prenatal desde el punto de vista económico y la evaluación de la respuesta al control prenatal por parte de las mujeres y de los prestadores de salud que participaron en los estudios clínicos.

A continuación se incluye la lista resumida de los resultados: Parto prematuro (< 37 semanas), preeclampsia, anemia, infección urinaria, cesárea, inducción del trabajo de parto, hemorragia anteparto, hemorragia postparto, bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional, mortalidad perinatal, mortalidad materna y costo efectividad, además de las variables que permiten comprobar la respuesta de las mujeres y los prestadores de salud al tipo de atención brindada.

### **Métodos de búsqueda para la identificación de los estudios**

Esta revisión adoptó la estrategia de búsqueda desarrollada por el Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Pregnancy and Childbirth Group) en su totalidad. La lista completa de revistas y actas de congresos, al igual que las estrategias de búsqueda para las bases de datos electrónicas, que utiliza el Grupo en representación de sus revisores, se describe detalladamente en la sección “Estrategias de búsqueda para la identificación de estudios” dentro de la información editorial sobre el Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Pregnancy and Childbirth Group).



## **Población:**

Pacientes beneficiarias y derechohabientes que asisten al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que cursan con embarazo de bajo riesgo y que llevan el control prenatal en cualquiera de las unidades del Seguro Social.

No se incluye en esta guía la atención de pacientes con embarazo de alto riesgo.

## **Usuarios:**

Personal médico especializado o no especializado y personal de enfermería, promotores que presta sus servicios en las unidades de atención obstétrica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y en otras instituciones de salud del país.

## **Fecha de elaboración y revisión**

Primera edición: Elaboración 2009

Revisión 2015: Abril-Mayo 2015

Publicación 2016.

## 4. CONTENIDO

### ¿Cómo se define Control Prenatal de Bajo Riesgo?

Control prenatal puede definirse como el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente, esto significa que la cobertura deber ser máxima (cubrir al 90% de la población obstétrica).

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. A este grupo se le clasifica como bajo riesgo.

Se estima que del 25 al 30% de mujeres embarazadas pueden presentar o desarrollar una condición que incremente el riesgo y ser clasificadas como embarazo de alto riesgo.

En conclusión, control prenatal de bajo riesgo es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos, periódicos, eficaces y eficientes que se brinda a mujeres embarazadas sin factores de riesgo que alteren la condición materno-fetal.

A

### ¿Cuál es el comportamiento epidemiológico de las pacientes en Control Prenatal en el IGSS?

En el IGSS, según los registros estadísticos de los años 2010 a 2014 se han generado en total 510.293 consultas en control prenatal, en los dos hospitales de referencia principales en el

país para el IGSS (Hospital de Ginecoobstetricia [HGO] y Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo [HJJAB]). Por lo que en un año se atienden 102.058 consultas de control prenatal.

De este total de consultas, 60% (61.235) se atienden en el HGO, lo que representa 5.102 y 3.401 consultas de control prenatal mensuales para el HGO y HJJAB respectivamente.

En relación a las edades de las mujeres que acuden a control prenatal, el 92% se encuentran comprendidas entre las edades de 20 a 39 años, seguidas por las embarazadas adolescentes 6%.

### **¿Cuál es la cantidad adecuada de los controles prenatales?**

1b

Para responder a esta interrogante, se analiza con base en la evidencia si existe alguna relación entre la frecuencia de controles prenatales y la ocurrencia de eventos de riesgo en la población.

Se encontró que la intervención no presenta efectos diferenciales cuando se combinan los resultados relativos de bajo peso al nacer (Odds Ratio [OR]: 1.04; intervalo de confianza [IC] del 95 %: 0.93 a 1.17).

En cuanto a la preeclampsia, el modelo de control prenatal con un número reducido de consultas presenta OR similares a los del modelo estándar de consultas prenatales cuando se combinan todos los estudios clínicos (OR: 0.91; IC 95 %: 0.66 a 1.26).



Con respecto a la anemia postparto severa (OR: 1.01) y la infección urinaria (OR: 0.93; IC 95 %: 0.79 a 1.10), no se encuentran diferencias significativas.

El Metaanálisis para medir la mortalidad perinatal indica un OR: 1.06; IC 95%: 0.82 a 1.36, para la comparación entre la frecuencia de controles prenatales. En cuanto a la mortalidad materna, el Metaanálisis global revela un OR: 0.91 con un IC 95%: 0.55 a 1.51 (prueba de homogeneidad  $p = 0.99$ ).

1b

De igual manera, no se observó diferencias significativas al comparar eventos como: hemorragia postparto, inducción del trabajo de parto, parto por cesárea, parto prematuro, neonato pequeño e ingreso a la unidad de cuidados intensivos, en relación a la frecuencia de controles prenatales.

Un factor que va de la mano con la cantidad de controles prenatales, es la calidad del mismo. Luego de revisar la evidencia se puede concluir que existe un pequeño margen de insatisfacción en la población obstétrica con una cantidad reducida de controles, pero esta insatisfacción se ve reducida cuando se comprueba que el tiempo invertido durante la consulta es efectivo y enfocado a la atención integral de la paciente, por lo que se propone que el modelo de cantidad reducida de controles prenatales se enfoque en la calidad del contenido y actividades de cada visita, para que esta satisfaga las necesidades de las usuarias.

A

Otro aspecto a considerar es el factor económico, se revisó la literatura y se encuentra suficiente evidencia que demuestra que existe una diferencia entre el costo de la atención prenatal de 08 citas en comparación a la propuesta de 04 citas prenatales, estos costos a nivel individual no son importantes,

pero al considerar al grupo atendido en un año en control prenatal, se demuestra una economía importante de recursos con los mismos resultados clínicos.

**Se recomienda la aplicación del modelo de cuatro controles prenatales en embarazos de bajo riesgo ya que la evidencia indica que las pacientes se muestran satisfechas con la mayor duración del tiempo otorgado por los prestadores de salud en la consulta en comparación con el esquema anterior de ocho citas en cual el tiempo por paciente es menor, y que en este esquema se debe priorizar dar más tiempo por paciente.**

A

**Recomendamos la utilización del modelo con un número reducido de consultas en comparación con el modelo estándar ya que los resultados globales demuestran que los costos por embarazo para las mujeres y los prestadores de salud fueron más bajos.**

A

1b

**Con base en el análisis de la evidencia se propone que la cantidad mínima adecuada para desarrollar las actividades básicas del control prenatal de bajo riesgo, sin afectar o incrementar los riesgos para madre y feto, es de 4 controles prenatales. Por lo que en el Hospital de Gineco-obstetricia, en el cual se atienden en promedio 15,000 partos por año, de los cuales el 75% han llevado control prenatal desde el inicio en el hospital, la cantidad de consultas promedio es de 5 citas durante el embarazo.**

---

## ¿Cómo deber realizarse el control prenatal?

Para la realización del Control Prenatal, con base a la evidencia actual se propone utilizar el modelo propuesto por OMS, en el cual se detalla cada una de las actividades a realizar por visita.

A

### **b) LA PRIMERA VISITA**

#### **Aspectos generales**

Esta visita deberá realizarse preferentemente antes de la semana 12 de embarazo. Sin embargo, independientemente de la edad gestacional en el momento de la primera consulta, todas las embarazadas que llegan a la clínica de CP serán examinadas de acuerdo a las recomendaciones para la primera visita y las visitas subsiguientes.

A

Una actividad prioritaria en esta primera cita es conocer los antecedentes clínicos y obstétricos de la paciente, así como la determinación de factores de riesgo; para poder realizar la clasificación del embarazo y así determinar si se trata de un embarazo de bajo o alto riesgo.

Si la paciente se cataloga como de bajo riesgo, entonces llena los criterios de elegibilidad para seguir el componente básico del modelo de la OMS. Se espera en promedio, que 75 % de las mujeres puedan ser incluidas en el componente básico.

Ciertos factores, tales como una carga de trabajo extenuante, pueden identificar a las mujeres en riesgo de desarrollar complicaciones del embarazo. El trabajo físicamente arduo,



que exige estar de pie durante un período prolongado o implica estar expuesta a agentes teratogénicos (metales pesados, químicos tóxicos, radiación ionizante) podrían afectar adversamente los resultados maternos y neonatales. Se debe aconsejar a las mujeres sobre estos riesgos y además se les debe suministrar información para que reduzcan o suspendan dichas tareas.

Existen otros problemas no clínicos, que es necesario identificar, ya que están relacionados con riesgo aumentado para complicaciones, como: pobreza, edad temprana de la madre, mujeres que sufren violencia familiar y mujeres que viven solas, por lo que es necesario su identificación y referencia para apoyo psicológico o de trabajo social.

En la clínica se les debe ofrecer la solicitud escrita de prueba de detección de embarazo (sub unidad beta cuantificada) a aquellas mujeres que durante su primer trimestre piden confirmación del embarazo si no existen signos o síntomas de embarazo.

En relación a la evaluación ginecológica, esta deberá realizarse en un ambiente cómodo y privado, el médico deberá estar acompañado de personal de enfermería y la paciente deber estar informada y aceptar la evaluación. Se recomienda que en esta primera cita se realice la evaluación en particular para realizar citología cervical (Papanicolaou) y para descartar patologías del tracto genital. Luego se hará esta evaluación únicamente si la paciente manifiesta problemas a ese nivel.

Algo importante a considerar es que la toma de Papanicolaou no es un procedimiento obligatorio, este se debe ofrecer a

A

✓

todas las pacientes en su primer control, pero quedará al criterio de la paciente si acepta o no la realización del mismo. Es importante, educar a la paciente sobre el hecho que al final del embarazo será necesaria una evaluación vaginal para determinar la configuración de la pelvis y su relación con el feto.

La evaluación ginecológica se puede efectuar en cualquier momento del embarazo, cuando el caso lo amerite.

En las mujeres que informan sangrado en el presente embarazo, el tacto vaginal para determinar la causa puede realizarse en la clínica sólo durante el primer trimestre. El traslado de la paciente a un nivel superior de atención depende del médico.

Después del primer trimestre, el tacto vaginal en las mujeres con sangrado vaginal no debería hacerse en la clínica; en cambio, se debería referir a la paciente inmediatamente con ingreso a emergencia para estudios como ultrasonido, con la finalidad de descartar patologías como placenta previa, desprendimientos de placenta, entre otros.

1a

A todas las mujeres en control prenatal durante la primera cita es recomendable la suplementación con Ácido Fólico (Cod. 648) y Hierro (Cod. 599), con la finalidad de prevenir defectos del tubo neural y anemia materna.

A

La interacción individual entre la paciente y el médico es un elemento esencial del modelo de control prenatal. Como se incluyen sólo cuatro visitas, se debe dedicar el tiempo suficiente durante cada visita a la discusión del embarazo y temas relacionados al mismo con la paciente.

La interacción debería incluir información general sobre el embarazo y el parto así como cualquier respuesta específica a las preguntas de la paciente. La información transmitida en estas visitas debería focalizarse sobre los signos y síntomas de emergencia relacionados con el embarazo y cómo tratarlos, es decir, si la paciente sufre sangrado vaginal, a quién debería llamar y dónde debería concurrir para su asistencia. Deberá enfocarse en por lo menos cuatro puntos importante de la consejería como lo son: dolores uterinos, hemorragia vaginal, salida de líquido y movimientos fetales (esto evaluable posteriormente).

Se debe disponer de instrucciones simples redactadas en el idioma de la paciente, idealmente que contenga ilustraciones para la comprensión de mujeres analfabetas.

El asegurar a la paciente el acceso a la atención es un punto importante del modelo de control prenatal, por lo que es recomendable proporcionar información en cuanto a sitios de atención para emergencias, procedimientos para consultar y/o teléfonos para poder comunicarse, con la finalidad que la paciente este segura y confiada que podrá ser atendida a la brevedad posible en caso de una emergencia.

A

## **Contenido de la primera visita**

Durante esta visita es fundamental obtener información sobre:

### **Datos y antecedentes personales**

- Nombre completo
- Edad (fecha de nacimiento)
- Domicilio de residencia

- 
- Número de teléfono
  - Estado civil
  - Ocupación
  - De la embarazada
  - Del esposo
  - Escolaridad
  - Sabe leer y escribir
  - Nivel socioeconómico
    - Vivienda: tipo, tamaño, número de ocupantes
    - Condiciones sanitarias: tipo de baño, fuente de agua, electricidad o fuente de calefacción e iluminación
  - Hábitos
    - Consumo de tabaco o de otras sustancias nocivas.
    - Consumo de bebidas alcohólicas
    - Actividades físicas
    - Actividades extremas

### **Historia clínica**

- Enfermedades y patologías específicas
  - Tuberculosis, cardiopatía, nefropatía crónica, epilepsia, diabetes Mellitus
  - Enfermedades de transmisión sexual
  - Estado de VIH
  - Otras patologías específicas que dependen de la prevalencia en el lugar donde se realiza el estudio (por ejemplo hepatitis, malaria, anemia drepanocítica)
  - Otras enfermedades, previas o crónicas, como alergias




- Cirugías además de cesárea
- Transfusiones de sangre. Anticuerpos Rhesus.
- Uso actual de medicamentos. Especificar
- Período(s) de infertilidad: ¿Cuándo? Duración, causa(s)

### **Antecedentes obstétricos:**

- Número de embarazos previos
  - Fecha (mes, año) y resultado de cada acontecimiento (nacido vivo, nacido muerto, aborto, ectópico, mola hidatiforme). Especificar, si corresponde y es posible (validar nacimientos prematuros y tipo de aborto).
  - Peso al nacer (si se conoce)
  - Sexo de los productos
  - Períodos de lactancia exclusiva: ¿Cuándo?, ¿Cuánto tiempo?
- Complicaciones maternas particulares y acontecimientos en embarazos previos; especificar qué embarazo(s), validar por registros (si es posible):
  - Aborto temprano recurrente
  - Aborto inducido y cualquier complicación asociada
  - Trombosis, embolia
  - Hipertensión, pre-eclampsia o eclampsia
  - Desprendimiento placentario
  - Placenta previa
  - Presentación podálica o transversa
  - Obstrucción del trabajo de parto, incluyendo distocia
  - Desgarros perineales de tercer/cuarto grado
  - Hemorragia excesiva del alumbramiento
  - Sepsis puerperal
  - Diabetes gestacional



- 
- Operaciones obstétricas
    - Cesárea (indicación, si se conoce)
    - Asistencia manual/instrumental en el parto vaginal
    - Alumbramiento manual de la placenta
  - Complicaciones perinatales especiales (fetales, neonatales) y acontecimientos en embarazos previos; especificar qué embarazo(s), validar por medio de registros (si es posible):
    - Gemelares o embarazo múltiple de mayor orden
    - Bajo peso al nacer < 2500 g
    - Restricción de crecimiento intrauterino (si se confirma)
    - Enfermedad de anticuerpos Rhesus (Eritroblastosis, hidropesía)
    - Niño malformado o cromosómicamente anormal
    - Recién nacido macrosómico (> 4000 g)
    - Reanimación u otro tratamiento neonatal
    - Muerte fetal, neonatal o infantil (también: muerte posterior)
    - Antecedentes del embarazo actual
    - Fecha última menstruación (FUM); certeza de fechas (por regularidad, precisión en el recuerdo u otra información relevante)
    - Hábitos: tabaquismo o mascar tabaco, alcohol, drogas (frecuencia y cantidad)
    - Cualquier acontecimiento inesperado (dolor, sangrado vaginal, otros: especificar)
    - Antecedentes de ataques de paludismo.
- 

## Realizar el examen físico

- Examinar signos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral y punta de la lengua, y falta de aire.
- Registrar peso (en libras) y altura (en centímetros) para evaluar el estado nutricional de la madre.
- Medir la presión arterial sanguínea.
- Auscultar tórax y corazón.
- Medir altura uterina (en centímetros). Se debería usar una tabla para graficar la altura uterina.
- Considerar evaluación ginecológica.

## Estimación de la edad gestacional

Determinar la fecha probable de parto (FPP):

Esta puede ser estimada de tres reglas para determinarla (Naegele, Wahl o Pinard), basándose en utilizar los días primero o último, del ciclo menstrual.

Tradicionalmente la más utilizada es la regla de Naegele que consiste en: **sumar** 07 días al primer día de la última menstruación y **restar** 03 meses al mes de la última menstruación (variación normal +/- 10 días), y al año le sumamos 01 (si aplica).

Ya con la FPP determinada, se establece la edad gestacional, al momento de la evaluación, por ej. FUR 10/10/2014 entonces:

- 
- o Al día de FUR le sumamos 7 = 17
  - o Al mes de FUR le restamos 3 = 07
  - o Entonces la FPP sería = 17/07/2015
  - o Ya con esto determinar con la fecha de evaluación la edad gestacional (EG)


Es importante determinar si la FUR es confiable o no, por lo que deben indagarse acerca de las siguientes condiciones:

- ¿Son los periodos menstruales regulares
- ¿Se conoce exactamente el primer día de la última menstruación?
- ¿Hubo uso de métodos de planificación familiar hormonales (anticonceptivos orales, inyectados, intravaginales, transdérmicos, intrauterinos) en los seis meses previos al embarazo?
- ¿Está la madre en período de lactancia?

Para fines prácticos una FUR no es confiable si se obtiene al menos una respuesta positiva a cualquiera de las interrogantes anteriores.

### **Valores de la altura uterina por semanas de gestación medición de la Altura Uterina:**

Este es un parámetro subjetivo para estimar la edad gestacional, sin embargo puede aportar datos de alarma para hacer pruebas más objetivas. Existen varias formas de determinar la edad gestacional por medio de la medición de la altura uterina:



## Medición del fondo uterino:

Se realiza la palpación desde la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino y se estima la edad gestacional de la siguiente forma:

### Edad Gestacional por Altura Uterina

Ubicación del fondo uterino	Edad gestacional estimada
Sobre sínfisis del pubis	8 a 10 semanas
Punto medio entre sínfisis del pubis y ombligo	12 a 14 semanas
A la altura del ombligo	20 a 22 semanas
Debajo del borde costal	36 semanas

\* Cercano a las 40 semanas el fondo uterino desciende

Fuente: <http://www.drsexto.com/pdf/capitulo3.pdf>. (Modificado IGSS 2014)

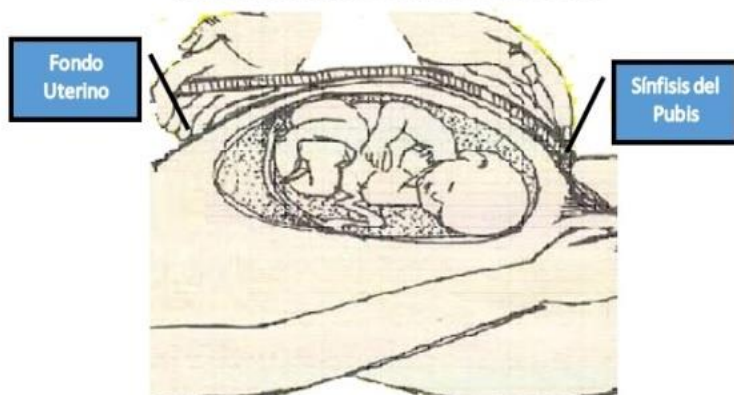
### Regla de McDonald:

Se determina la edad gestacional al medir en centímetros la distancia entre el borde superior de la sínfisis del pubis y el fondo uterino, el valor obtenido se multiplica por 8 y se divide entre 7. (Ej. Altura uterina 20 cms  $\times 8 = 160/7 = 22.8$  semanas)

Como recomendación del grupo de expertos, se propone que una forma rápida y sencilla para determinar la EG por AU puede ser:

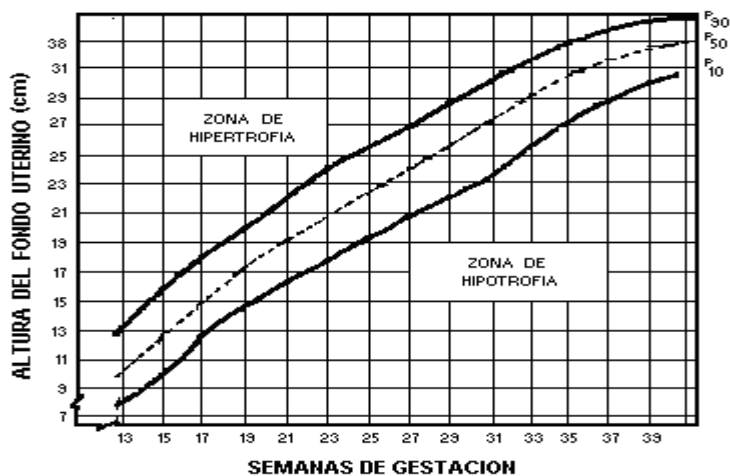
- AU  $\leq$  a 20 cms = correlaciona con EG (1cm por semana)
- AU de 21 a 24 cms = medida + 4 = EG
- AU de 25 a 31 cms = medida + 7 = EG

## Medición de Altura Uterina para determinar Edad Gestacional



Fuente: <http://www.drsexto.com/pdf/capitulo3.pdf> (Modificado IGSS 2014)

### ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN LA EDAD GESTACIONAL



FUENTE: FESCINA, R.N. y COLS ; CLAP ; 1990

## **Recomendaciones, preguntas y respuestas y programación de la próxima consulta**

- Dar consejos sobre sexo seguro. Enfatizar el riesgo de adquirir VIH o una ITS en caso de no usar preservativos.
- Dar consejos a las mujeres para dejar de lado el consumo de tabaco (tabaquismo o mascar tabaco), alcohol y otras sustancias dañinas.
- Consejos sobre la lactancia:
  - Cuándo y cómo suspender la lactancia del bebé anterior.
  - Cuándo y cómo comenzar la lactancia del bebé que se espera.
- Dar consejos sobre a quién llamar o dónde concurrir en caso de sangrado, dolor abdominal o cualquier otra emergencia o cuando se necesite consejo.

### **Esto debería ser confirmado por escrito en la ficha prenatal.**



- Pedirle a la mujer que registre cuando nota los primeros movimientos fetales.
- Dar consejos sobre planeamiento de lugar de nacimiento, incluyendo transporte especial hacia la institución donde se atenderá el parto.
- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- Programar el turno: segunda consulta, a las 26 semanas (o cerca): fecha y hora de la consulta. Esto debería escribirse en la ficha prenatal y en el libro de turnos de la clínica.

## Mantener los registros completos

- Completar la historia clínica.
- Completar la ficha prenatal o el registro llevado en el hogar.
- Entregarle el carne de control prenatal a la paciente y aconsejarle que lo traiga a todas las consultas que pueda tener con cualquier servicio de salud.

### b) La segunda visita

Información general:

La segunda visita debería programarse cerca de la semana 26 de embarazo. Los exámenes y las pruebas se limitan a medir la presión sanguínea, peso, la altura uterina y la FCF.

**La valoración de proteína en orina simple (con tira), se debe realizar en todas las mujeres nulíparas  $\geq$  de 20 semanas.**

B

Se debería realizar un análisis de sangre para determinar la hemoglobina. Dependiendo de los síntomas y signos, en algunas mujeres se podría coordinar una visita anterior a la tercera visita. Tener en cuenta que un útero de mayor tamaño que el correspondiente a la edad gestacional (descubierto a través de la palpación abdominal y la medición de la altura uterina), puede indicar embarazo gemelar o un trastorno patológico y, por consiguiente, la mujer debería ser referida a un nivel superior de atención para una evaluación especializada. (Que incluya estudios complementarios como por ej. ultrasonido)

## **Contenidos de la segunda visita**

Obtener información sobre

### ***Antecedentes personales:***

Cambios desde la primera visita.

### **Historia clínica**

- Revisar los temas relevantes de la historia clínica tal como se registraron en la primera visita.
- Tener en cuenta las enfermedades intercurrentes u otras patologías desde la primera visita.
- Tener en cuenta la ingesta de medicamentos aparte de hierro y ácido fólico.
- Ingesta de hierro: controlar el cumplimiento.
- Tener en cuenta otras consultas médicas, internación o licencia por enfermedad en el embarazo actual.

### **Antecedentes obstétricos**

- Revisar los temas relevantes de los antecedentes obstétricos registrados en la primera visita.
- Embarazo actual
- Registrar los síntomas y acontecimientos desde la primera visita: por ejemplo, dolor, sangrado, flujo vagina, salida de líquido amniótico, signos y síntomas de anemia severa.
- Otros síntomas o acontecimientos específicos.
  - Tener en cuenta los cambios en las características corporales o en la capacidad física (por ejemplo:



- 
- edemas periféricos, disnea), observados por la misma mujer, por su pareja u otros miembros de la familia.
- Movimientos fetales: ¿se perciben? Tener en cuenta el momento del primer reconocimiento en la historia clínica.
  - Control de los hábitos: tabaquismo, alcohol, otros.


### **Realizar el examen físico**

- Medir la presión sanguínea.
- Valores de altura uterina y peso: registrar en gráfico y FCF
- Edema generalizado.
- Otros signos de alarma de enfermedad: disnea, tos, otros.
- Tacto vaginal: realizarlo únicamente en caso de no haberlo hecho en la primera visita. Si la paciente está sangrando, no realizar tacto vaginal; derivar a la emergencia del hospital con orden de ultrasonido, para descartar placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

### **Realizar las siguientes pruebas:**

- Sangre: Repetir Hb sólo si la Hb en la primera visita estaba por debajo de 11 g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen.

### **Evaluar para derivación**

- Volver a evaluar si la mujer puede seguir el componente básico del nuevo modelo de la OMS, basado en la evidencia y las observaciones desde la primera vista.
- 

- Síntomas inesperados: derivar como se requiera.
- Hb < 9 g/l en la primera y en la actual (segunda) visita: derivar.
- Si hay sangrado o pérdida: derivar como se requiera.
- Evidencia de pre-eclampsia, hipertensión y/o proteinuria: derivar a un nivel superior según normas del hospital.
- Sospecha de restricción de crecimiento fetal (valores de altura uterina por debajo del 10 percentil -con 2 evaluaciones consecutivas-: derivación a clínica de alto riesgo).
- La mujer no percibe movimientos fetales: usar doppler para la detección de los latidos cardíacos fetales; si es negativo, derivar a ultrasonido, de forma inmediata.

### **Implementar las siguientes intervenciones:**

- Hierro: continuar, con la suplementación. Si tiene síntomas clínicos de anemia, derivar.
- Si se trató la bacteriuria en la primera visita y si persiste el resultado positivo en el análisis, derivar.

### **Recomendaciones, preguntas y respuestas y programación de la próxima consulta.**

- Repetir todos los consejos que se dieron en la primera visita.
- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- Dar consejo sobre a quién llamar o dónde ir en caso de sangrado, dolor abdominal o cualquier otra emergencia o cuando se necesita otro tipo de asesoramiento.

---

Debería ser confirmado por escrito (por ejemplo, en la ficha prenatal), como en la primera visita.

- Programar el turno: tercera visita, a las 32 semanas (o cerca).

## **Mantener los registros completos**

- Completar la historia clínica.
- Completar el registro llevado en el hogar o la ficha prenatal. Entregarle la ficha de control prenatal a la paciente y aconsejarle que la traiga a todas las consultas que pueda tener con cualquier servicio de salud.

## **c) LA TERCERA VISITA**

### Información general

La tercera visita debería tener lugar a las 32 semanas de embarazo o alrededor de esa fecha y su duración se estima en 20 minutos. Si no asistió a la segunda visita, la tercera visita también debería incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse tanto tiempo como sea necesario. Los exámenes y las pruebas se limitan a medir la presión sanguínea, la altura uterina, realizar un análisis de tira reactiva múltiple para detectar bacteriuria y hemoglobina de rutina. Las pruebas para proteinuria en tira reactiva, sólo deberían realizarse en las mujeres nulíparas. Las referencias se basan en síntomas y hallazgos que requieren intervención especial. Por ejemplo, hemoglobina alta (Hb >13 g/l) en ausencia de otros síntomas puede significar crecimiento fetal anormal, garantizando una visita extra en la semana 36 para evaluar el crecimiento fetal o la necesidad de derivación. Si en el mismo momento, la altura

uterina está por debajo de lo esperado o es indicativa de retardo de crecimiento fetal como se evidencia en la tabla, se indica derivación o internación.

Algunas mujeres tendrán su parto antes de la siguiente visita programada. Por lo tanto se debe prestar atención extra al proporcionar información y consejos acerca del comienzo del trabajo de parto (por ejemplo, qué hacer en caso de dolor abdominal o pérdida de líquido amniótico) y asegurar que la paciente consulte a la emergencia del hospital de forma inmediata. Las instrucciones escritas deberían reafirmar el consejo verbal y se deberían revisar los planes con instrucciones para llegar al hospital.

También se debería estimular a la mujer para que hable con su pareja acerca del espaciamiento entre nacimientos y las opciones anticonceptivas e idealmente elegir un método antes de que se resuelva el embarazo.

## **Contenidos de la tercera visita**

Obtener información sobre:

### **Antecedentes personales**

- Tener en cuenta cualquier cambio o acontecimiento desde la segunda visita.

### **Historia clínica**


- Revisar los temas relevantes de la historia clínica como se registró en la primera y segunda visita.
- Tener en cuenta las enfermedades intercurrentes, lesiones u otras patologías desde la segunda visita.

- 
- Tener en cuenta la ingesta de medicamentos aparte de hierro y ácido fólico.
  - Ingesta de hierro: cumplimiento.
  - Tener en cuenta otras consultas médicas, internación o licencia por enfermedad en el embarazo actual.

### **Antecedentes obstétricos**

- Revisar los temas relevantes de los antecedentes obstétricos como se registró en la primera visita y como se controló en la segunda.
- Embarazo actual
- Síntomas y acontecimientos desde la segunda visita: dolor abdominal o lumbar, trabajo de parto prematuro, sangrado, flujo vaginal, salida de líquido amniótico. Otros síntomas o acontecimientos específicos.
- Cambios en las características corporales o la capacidad física, observados por la misma mujer, su pareja u otros miembros de la familia.
- Movimientos fetales.
- Control de los hábitos: tabaquismo, alcohol, otros.

### **Realizar el examen físico**

- Medir la presión sanguínea.
  - Valores de altura uterina y peso: registrar en gráfico y FCF
  - Palpar el abdomen para la detección de embarazo gemelar.
  - Latidos cardíacos fetales: usar un Doppler
  - Edema generalizado.
  - Otros signos de alarma de enfermedad: disnea, tos, etc.
- 

- Si hay sangrado o pérdida: derivar.

### **Realizar las siguientes pruebas:**

- Sangre: Hb a todas las mujeres



### **Evaluar para referencia**

- Reevaluar el riesgo basado en la evidencia desde la segunda visita y las observaciones hechas en la visita actual.
- Síntomas inesperados: referir como se requiera.
- Si hay sangrado: referir como se requiera.
- Evidencia de pre-eclampsia, hipertensión y/o proteinuria: derivar a una unidad especial en la clínica o a un hospital.
- Sospecha de restricción de crecimiento fetal (valores de altura uterina por debajo de lo esperado o indicativos de restricción de crecimiento tal como se evidencia en la tabla): derivar.
- Si la Hb persiste  $< 9$  g/l: derivar.
- Sí Hb  $> 13$  g/l: nueva consulta no más tarde de las 36 semanas para controlar el crecimiento fetal, la presión sanguínea y la posibilidad de proteinuria. Si en la nueva consulta se detectan anomalías en el crecimiento fetal o la presión sanguínea o si se encuentra proteinuria: derivar.

### **Implementar las siguientes intervenciones:**

- Hierro: continuar con todas. Si la Hb es  $< 9$  g/l, derivar.
- Toxoide antitetánico: segunda dosis.

---

## **Recomendaciones, preguntas y respuestas y programación de la próxima consulta.**

- Repetir el consejo brindado en la primera y segunda visita.
- Dar consejo sobre las medidas a tomar en caso de trabajo de parto (o amenaza).
- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- Volver a confirmar la información escrita sobre a quién llamar y dónde ir en caso de emergencia o cualquier otra necesidad.
- Planes para asegurar que haya algún medio de transporte disponible en caso de que fuera necesario durante el trabajo de parto.
- Brindar recomendaciones sobre lactancia, anticoncepción y la importancia de la visita post parto.
- Programar el turno: cuarta visita, a las 38 semanas (o cerca).

## **Mantener los registros completos**

- Completar la historia clínica.
- Completar el registro en la ficha prenatal. Entregarle el carné de control prenatal a la paciente y aconsejarle que lo traiga a todas las consultas que pueda tener con cualquier servicio de salud.



## d) LA CUARTA VISITA

### Información general

La cuarta debería ser la visita final que tendría lugar entre las semanas 36 y 38.

En esta visita, es extremadamente importante detectar aquellas mujeres con fetos en presentación anómala (Podálica-trasversa) para su derivación a un nivel superior para evolución obstétrica. Toda la información sobre qué hacer, a quién llamar y dónde ir (a qué servicio de salud) cuando comienza el trabajo de parto o en caso de otros síntomas, se confirmará por escrito y se comunicará no solo a la paciente, sino también a los miembros de su familia y/o amigos.

A todas las pacientes en base a ultrasonido realizado antes de las 20 semanas de gestación o fecha de última regla confiable, se les debe llenar la solicitud, para realizarse NST (Non Stress Test) y AFI (Amniotic Fluid Index), a las 40 semanas de gestación exactas. No se puede permitir que ninguna paciente con 280 días de gestación no sea evaluada en la clínica de monitoreo materno fetal.

La ficha prenatal debe completarse durante la cuarta visita y el carné debe ser entregado nuevamente a la mujer. Durante esta visita se debe informar nuevamente a la paciente sobre los beneficios de la lactancia y la anticoncepción así como sobre la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el consultorio para púerperas.



---

## **Contenido de la cuarta visita**

Obtener información sobre:

### **Antecedentes personales**

- Tener en cuenta los cambios y los acontecimientos desde la tercera visita.

### **Historia clínica**

- Revisar los temas relevantes de la historia clínica como se registró en las tres primeras visitas.
- Tener en cuenta las enfermedades intercurrentes, lesiones u otras patologías desde la tercera visita.
- Tener en cuenta la ingesta de medicamentos aparte de hierro y ácido fólico.
- Ingesta de hierro: vigilar su cumplimiento.
- Tener en cuenta las consultas médicas, hospitalizaciones o licencias por enfermedad en el embarazo actual desde la tercera visita.

### **Antecedentes obstétricos**

- Revisión final de los antecedentes obstétricos respecto a cualquier complicación en el parto previo.
- Embarazo actual
  - Síntomas y acontecimientos desde la tercera visita: dolor, contracciones (¿trabajo de parto prematuro?), sangrado, flujo vaginal, (¿líquido amniótico?). Otros síntomas o acontecimientos específicos.
  - Cambios en las características corporales o capacidad física observados por la mujer, por su pareja u otro miembro de la familia.
  - Movimientos fetales.



## **Realizar el examen físico**

- Medir la presión sanguínea.
- Valores de altura uterina y peso: registrar en el gráfico y FCF
- Situación (longitudinal, transversa) y posición fetal (cefálica, podálica).
- Percepción de movimientos fetales por la madre o percibidos por el examinador.
- Edema generalizado.
- Otros signos de enfermedad: disnea, tos, etc.
- Si hay sangrado o pérdida: derivar al hospital.

## **Realizar las siguientes pruebas:**

### **Evaluar para derivación**

- Reevaluar el riesgo, basados en la evidencia desde la tercera visita y las observaciones realizadas en la visita actual.
- Síntomas inesperados: derivar como se requiera.
- Si hay sangrado vaginal: derivar.
- Evidencia de pre-eclampsia: Ingresar a servicio de Labor y Partos, según normas de clínica de alto riesgo.
- Sospecha de retardo de crecimiento fetal (valores de altura uterina por debajo de lo esperado): derivar.
- Sospecha de embarazo gemelar: disponer para el parto en el hospital.
- Sospecha de presentación podálica: derivar a clínica especializada. Parto obligatorio en hospital.

---


## **Implementar las siguientes intervenciones:**

Hierro: continuar.

### **Recomendaciones, preguntas y respuestas y programación de la próxima consulta.**

- Repetir el consejo de las visitas previas.
- Dar consejos sobre las medidas que se deben tomar en caso de comenzar el trabajo de parto o tener pérdida de líquido amniótico.
- Dar consejos sobre lactancia.
- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre. Dar consejos acerca de la planificación familiar y la conveniencia del control post parto.
- Volver a confirmar la información escrita sobre a quién llamar y dónde ir (lugar del parto) en caso de trabajo de parto o cualquier otra necesidad.

### **Mantener los registros completos**

- Completar la historia clínica.
  - Completar la ficha perinatal. Darle la ficha de control prenatal a la paciente y aconsejarle que la traiga consigo al hospital o a cualquier consulta adicional que pueda tener con un servicio de salud.
- 

## Recomendaciones generales para el control prenatal

Las mujeres ingresan a este control prenatal de bajo riesgo según las siguientes directrices y esquemas:

- Todas las pacientes, idealmente previo a su primera consulta, deberán realizar los siguientes laboratorios:
  - Hematología
  - Grupo sanguíneo y factor RH
  - VDRL
  - Examen simple de orina
  - Prueba serología para la detección de VIH con consentimiento informado.
  - Pruebas sanguíneas para Toxoplasma IgM.
- Se debe promover el primer control prenatal antes de las 20 semanas, para hacer un diagnóstico precoz de algunas patologías.
- Anemia se define como hemoglobina por debajo de 11 gramos por decilitro.
- Realización de citológico—cérvico vaginal (Papanicolaou) en la primera consulta.
- Solicitar evaluación ultrasonográfica lo más temprano posible durante el embarazo, con la finalidad de contar con datos excelentes-buenos para estimación de edad gestacional.
- Auscultar con doppler manual, los latidos fetales a partir de las 13 semanas.
- Se vacunará a la gestante partir del 5<sup>o</sup> mes, Antitetánica, iniciando la primera consulta. Las siguientes dosis se colocarán de acuerdo al calendario de vacunaciones (como mínimo dos dosis durante el embarazo).

## 5. USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Información para el uso racional de Hierro		
Principios activos	Efectos adversos	Contraindicaciones
Hierro	Más frecuentes	Más significativas
Sacarato o citrato		
	Irritación gástrica	✓ Anafilaxia
Código: 649	Dolor abdominal	
Nivel: III	Náuseas / vómitos	
Grupo Terapéutico: VII	Diarrea	
	Estreñimiento	
Concentración/presentación	Anafilaxia (intravenoso-IV-)	
100 mg / 10 ml	Taquicardia (IV)	
Solución inyectable	Sincope (IV)	Contraindicaciones significativas
	Dolor (intramuscular-IM-)	
	Tinidón (IM)	
Hierro Aminoquelado + ácido fólico		✓ Historia de alergias
	Menos frecuentes	✓ Asma
		✓ Colagenopatías
Código 598	Trastornos del gusto	
Nivel: I	Artralgia	Interacciones
Grupo Terapéutico: VII	Mialgia	
:	Linfadenopatía	✓ Tetraciclinas
Concentración/presentación	Hematuria	✓ Antiácidos
30 mg + 250 - 500 mg	Mareo	✓ Cloranfenicol
jarabe		✓ Fluoroquinolonas
	Raros o muy raros	✓ Metildopa
		✓ Levodopa
Hierro Aminoquelado + ácido fólico	Hemociderosis	✓ Levotiroxina
	Hemoorromatosis	✓ Enfosepona
Código 599		Seguridad en embarazo y lactancia
Nivel: I		
Grupo Terapéutico: VII		
:		Hierro dextrano:
Concentración/presentación		Contraindicado embarazo
30 mg + 250 - 500 mg		
tableta		☐ D / ☐ -
		☐ D / ☐ -

Precauciones y puntos clave: Evitar uso con alimentos por alteración de la absorción.

Información para el uso racional de Ácido Fólico		
Principios activos	Efectos adversos	Contraindicaciones
<b>Ácido fólico</b>	<b>Más frecuentes</b>	<b>Más significativas</b>
Código: 648	¿?	✓ Anemia megaloblástica
Nivel: I		
Grupo Terapéutico: VII		
Concentración/presentación		<b>Interacciones</b>
Tableta 5 mg		✓ Antiepilépticos
	<b>Raros o muy raros</b>	✓ Anticoagulantes orales
		✓ Fármacos
	<b>Moléculas gastrointestinales</b>	antituberculosos
	<b>Reacción hipersensibilidad</b>	✓ Alcohol
		✓ Trimetoprim
		✓ Metotrexato
		✓ Aminopterina
		✓ Pirimetamina
		✓ Sulfamidas
		<b>Seguridad en embarazo y lactancia</b>
		♀ A/ ♂ +

**Precauciones y puntos clave:**

No dar en pacientes con anemia no determinada, para evitar el enmascaramiento de anemia megaloblástica o exacerbación de los síntomas que ésta presenta.

## 6. ANEXOS:

### Anexo I. Actividades a realizar en el Control Prenatal

PRIMERA VISITA: Para todas las mujeres que consultan por primera vez al obstetra independientemente de la edad gestacional. Si la primera visita tiene lugar después de la fecha recomendada, realice todas las actividades necesarias hasta ese momento.	Visitas			
	1ª	2ª	3ª	4ª
FECHA: / /	SEMANAS DE EMBARAZO:			
Formulario de clasificación para elegibilidad al Componente Básico				
Examen médico:				
Anemia clínicamente severa. Prueba de hemoglobina				
Examen obstétrico: estimación de edad gestacional, altura uterina, FCF				
Examen ginecológico: (puede posponerse hasta la segunda visita)				
Medición de la presión arterial				
Peso / altura de la madre				
Realización inmediata análisis para sífilis, detección de ITS sintomáticas				
Realización de la prueba de orina (con múltiples tras reactivas)				
Solicitud de grupo sanguíneo y factor Rh				
Administración de vacuna antitetánica				
Aporte complementario que incluya hierro y ácido fólico				
Recomendaciones para emergencias/línea directa para emergencias				
Ficha prenatal completa				
SEGUNDA VISITA y visitas posteriores	Edad gestacional No. Aproximado de semanas			
FECHA / /				
Examen médico para detección de anemia				
Examen obstétrico: estimación edad gestacional, AU, FCF				
Medición de presión arterial				
Peso materno				
Prueba de orina para detección de proteínas (solo nulíparas)				
Aporte complementario que incluya hierro y ácido fólico				
Recomendaciones para situaciones de emergencia				
Ficha prenatal completa				
TERCERA VISITA agregar a la segunda	FECHA / /			
Solicitud de prueba de hemoglobina				
Aplicación de vacuna antitetánica (segunda dosis)				
Instrucciones para el parto / preparación del nacimiento				
Recomendaciones para la lactancia / anticoncepción				
CUARTA VISITA agregar a la tercera visita	FECHA / /			
Detección de presentación anómala y su derivación a MR				
Realización AFI+NST a las 40 semanas en clínica monitoreo materno fetal				
Plan educación en signos de alerta de SFA y riesgo materno				
Recomendaciones para parto, lactancia y anticoncepción				

## Anexo II. Tabla para la Clasificación de Alto Riesgo Obstétrico

### FORMULARIO DE CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

Una respuesta SI en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir, una cruz en cualquier casillero

Número de historia clínica <input type="text"/>			
Nombre de la paciente _____			
Dirección _____		Teléfono _____	
<b>INSTRUCCIONES:</b> Responda las preguntas marcando con <b>X</b> el casillero correspondiente:			
<b>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>			
		No	SI
8.	Muerte fetal o muerte neonatal previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Antecedentes de 3 o + abortos espontáneos o consecutivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Peso al nacer del último bebé < 2500 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Peso al nacer del último bebé > 4000 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿Intervención por hipertensión, preeclampsia o eclampsia última gesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomeotomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, oerolaje oervioal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>EMBARAZO ACTUAL</b>			
13.	Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Menos de 16 años de edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Más de 40 años de edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Isolinización Rh (-) en el embarazo actual o anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Hemorragia vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Masas pélvicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	P / A diastólica de 90 mmHg o + durante el registro de datos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>HISTORIA CLINICA GENERAL</b>			
19.	Diabetes mellitus insulina dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Nefropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Consumo de drogas (Incluido consumo excesivo de alcohol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Cualquier otra enfermedad o afección médica severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por favor, especifique _____			

sombreado) significa que la mujer no es elegible para el Componente Básico del modelo de control prenatal.  
¿Es elegible? (Marque con un círculo) NO SI

Si la respuesta es NO, será derivada a \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(Personal responsable de CPN)



---

### **Anexo III. Abreviaturas y términos**

**AFI** Índice de líquido amniótico (Amniotic Fluid Index)

**AU** Altura uterina

**BC** Componente Básico (Basic Component)

**BSR** Biblioteca de Salud Reproductiva

**CPN** Control Prenatal

**FC** Frecuencia cardíaca

**FCF** Frecuencia cardíaca fetal

**FUM** Fecha de última menstruación

**Hb** Hemoglobina

**ITS** Infecciones de Transmisión Sexual

**MR** Mediano riesgo


**ARO** Alto Riesgo Obstetrico

**NST** Prueba de bienestar fetal (Non Stress Test)

**OMS** Organización Mundial de la Salud

**Rh** Factor sanguíneo (Rhesus)

**VDRL** Venereal Disease Research Laboratory



**USG** Ultrasonido

**FUR** Fecha de última regla

**OR** Odds Ratio

**HGO** Hospital de Ginecoobstetricia-IGSS

**HJJAB** Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo-IGSS

**HIV** Virus de Inmunodeficiencia Humana-inglés

**EG** Edad Gestacional

**FPP** Fecha Probable de Parto

**AU** Altura Uterina

**IgM** Inmunoglobulina M









---

## **7. BIBLIOGRAFÍA:**

1. Guía de Control Prenatal de la OMS, 2012
2. Los efectos de hierro profiláctico administrado en suplementos prenatales sobre el estado de hierro y resultados al nacimiento: un ensayo aleatorio controlado (The effects of prophylactic iron given in prenatal supplements on iron status and birth outcomes: a randomized controlled trial.) Siega-Riz AM, Hartzema AG, Turnbull C, Thorp J, McDonald T, Cogswell ME American Journal of obstetrics and gynecology. 2006 Feb.
3. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. OPS, CLAP/SMS, No. 1652-2008.





Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social

7a. Avenida 22-72 Zona 1  
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala  
Guatemala, Centroamérica  
PBX: 2412-1224  
[www.igssgt.org](http://www.igssgt.org)