

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA



para cada niño

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO

Santo Domingo, D.N.



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

“Año de la Consolidación de la Seguridad Alimentaria”

01-7-2020

RESOLUCION NO. 000019

QUE PONE EN VIGENCIA LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PARA DIVERSOS EVENTOS CLÍNICOS.

CONSIDERANDO: Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

1



000019

01-7-2020

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que la implantación y apego a guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

VISTA: La Constitución dominicana.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No.247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

VISTA: La Ley General de Salud, No.42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, N0. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

VISTA: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio de 2012.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.

VISTO: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de protocolos de atención para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

2



000019

01-7-2020

SEGUNDO: Se ordena la puesta en vigencia de las siguientes guías y protocolos de atención en salud:

1. Protocolo de Atención para el Diagnóstico y Manejo del Hipotiroidismo Congénito. Actualización.
2. Protocolo de Atención para Diagnóstico y Manejo de las Hiperfenilalaninemias.
3. Protocolo de Atención para Diagnóstico y Manejo de las Galactosemias.
4. Protocolo de Atención para el Diagnóstico y Manejo de las Talasemias en Pediatría.
5. Protocolo Diagnóstico y Manejo de la Anemia Falciforme en Paciente Pediátrico.
6. Protocolo de Atención para Diagnóstico y Manejo del Déficit de Glucosa 6 Fosfato Deshidrogenasa.
7. Protocolo de Manejo de Colitis Ulcerativa.
8. Protocolo de Manejo de la Enfermedad de Crohn en el Paciente Ambulatorio.
9. Protocolo de Atención Preconcepcional.
10. Protocolo de Atención en Embarazo de Bajo Riesgo.
11. Protocolo de Actuación para Reducción de Cesáreas Innecearias.
12. Protocolo de Atención al Puerperio de Bajo Riesgo.
13. Protocolo de Atención del Recién Nacido Prematuro.
14. Protocolo de Estabilización y Traslado Neonatal.
15. Protocolo para el Cuidado del Recién Nacido Prematuro y el de Peso Bajo al Nacer Mediante el Método Madre Canguro, con Énfasis en la Alimentación.
16. Protocolo de Evaluación y Atención Inmediata el Recién Nacido.
17. Protocolo de Atención del Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR).
18. Protocolo para la Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Materna.
19. Guía de Prevención y Manejo Integral del Sobrepeso y la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia.
20. Guía de Atención de las Embarazadas con VIH en la República Dominicana.
21. Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB y VIH.
22. Guía de la Profilaxis Preexposición (PrEP) al VIH en la República Dominicana.

TERCERO: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de protocolos de atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

CUARTO: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

QUINTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información publicar en el portal web institucional el contenido de la presente disposición.

Am



000019

01-7-2020

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los uno (1) días del mes de Julio, del año dos mil veinte (2020).

DR. RAFAEL AUGUSTO SÁNCHEZ CARDENAS
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



Ministerio de Salud Pública

Título original

Protocolo de Atención del Embarazo de Bajo Riesgo

Coordinación editorial:

Dr. Francisco Neftalí Vásquez B.

Copyright © Ministerio de Salud Pública. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.

ISBN:

978-9945-621-18-1

Formato gráfico y diagramación:

Enmanuel Trinidad

Impresión:

Primera edición:

Impreso en República Dominicana





GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA



EQUIPO RESPONSABLE

EQUIPO FORMULADOR

Dra. Yuderca Lerebours

Medica Ginecóloga Obstetra, Magister en Educación Superior, docente de la Escuela de Medicina de la UASD, Técnica División Materno Infantil y Adolescentes, Ministerio de Salud Pública.

Dra. Zobeida Peralta.

Medica Ginecóloga Obstetra, post grado en Gerencia en Salud, y Gerencia en Sala de Partos, facilitadora de la estrategia COEM y Metodología GRADE. Técnica División Materno Infantil y Adolescentes, Ministerio de Salud Pública

Dr. Pedro M. Romero Peña.

Medico Base Ayudante, Obstetra, Endocrino ginecólogo, Experto en Lactancia Materna. Hospital de la Mujer Dominicana S.N.S, Dpto. Endocrinología.

Dra. Martha Nina

Médico Salubrista, Maestría en Planeación y Gestión de Políticas y Programas de Alimentación Infantil, especialidad en infecciones intrahospitalaria asociada a la atención en salud. Coordinadora del Programa nacional de Lactancia Materna Ministerio de Salud Pública.

Dra. Mélida Ortiz Reyes.

Medica Internista Intensivista, Especialista en Metodología GRADE, Especialista en Calidad en Salud, Gerencia en Salud

Dr. Pablo Warner

Medico Ginecobstetra, Hospital Universitario Materno Infantil San Lorenzo de los Mina

COLABORADOR

Dr. José Mordan.

Ginecólogo Obstetra, Maestro en Salud Publica, Experto en Metodología GRADE



EVALUADOR EXTERNO

Dr. Luis Ramón De Jesús Nova,

Medico Gineco-Obstetra, Profesor y Maestro en Educación Superior. Hospital
Universitario Materno Infantil San Lorenzo de los Mina
Sociedad Dominicana de Ginecología y Obstetricia

COORDINACIÓN TÉCNICA

División Materno Infantil y Adolescente, Ministerio de Salud Pública

COORDINACIÓN METODOLÓGICA

Unidad de Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Salud,
Viceministerio de Garantía de la Calidad, MSP

*Agradecemos el Apoyo y la Colaboración en la
Elaboración del Protocolo a*

UNICEF





INTRODUCCION

La atención en el embarazo es la asistencia prestada por profesionales de salud capacitados a las embarazadas, con el objetivo de garantizar las mejores condiciones de salud para la madre y también el bebé durante el embarazo.

En la actualidad, la atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio requiere de un enfoque integral, humanizado, intercultural y seguro, libre de violencia y sin medicalización innecesaria, que reconozca y valore la autonomía de las mujeres, su protagonismo durante el parto, garantice sus derechos y respete los aspectos socioculturales de las mujeres y su familia.

Cada año mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto unas 287,000 mujeres, el 99% de ellas en países en desarrollo. La mayoría de esas complicaciones son prevenibles o tratables y pueden aparecer durante el embarazo y; otras pueden estar presentes desde antes, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer.

De acuerdo con el último informe de la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2018, p. 15) se establece que, aunque la tasa de fecundidad total (número de hijos por mujer) ha ido disminuyendo en América Latina y el Caribe a lo largo de los treinta últimos años, la tasa de fecundidad en adolescentes solo ha disminuido ligeramente durante ese período y sigue siendo la segunda más alta del mundo.

Según las cifras y datos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), correspondiente al 2018, reporta que cada día, cerca de 830 mujeres fallecen por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, ocupando el segundo lugar dentro de las causas de mortalidad que afectan a las mujeres en edad fértil.

La República Dominicana es uno de los países con mayor tasa de embarazo en adolescentes de la región latinoamericana y el caribe. El gobierno dominicano ha venido realizando políticas públicas dirigidas a promover la educación sexual y la ampliación de la cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva, que persigue el Reglamento Técnico mediante la Resolución No.000021 del Ministerio de Salud.

Este protocolo de atención busca estandarizar las prácticas de atención con un enfoque integral, que garantice la prevención y el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el embarazo, identificando los riesgos para contribuir a la disminución de la mortalidad materna y neonatal.



1. OBJETIVO

Estandarizar los procesos de atención en el embarazo de bajo riesgo basado en la mejor evidencia disponible, para prevenir complicaciones y fomentar la atención integral, contribuyendo a la disminución de la mortalidad materna neonatal.

2. EVIDENCIAS

Guía de Práctica Clínica, Control Prenatal. MSP: Quito. 2015

Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio. Año 2014.

NIPO: 680-13-122-7

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos ginecobstetras, generales, familiares, enfermeras, psicólogos, consejeros y bioanalistas.

4. POBLACION DIANA

Mujeres embarazadas.

5. DEFINICIONES

- a. Se denomina **embarazo, gestación, preñez o gravidez** al periodo que transcurre desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto. Es un proceso fisiológico y la atención estará basada en los cuidados para su desarrollo normal, el uso de la tecnología apropiada y la toma de decisiones de la embarazada.
- b. **Embarazo sin riesgo o normal:** Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la concepción y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. No cursa con criterios de riesgo y puede ser atendido en el primer nivel de atención.
- c. **Embarazo de riesgo:** Es aquel en que existe probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto que aumentan los peligros para la salud de la madre y el recién nacido.
- d. **Control prenatal:** Conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de



riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a

Los componentes de la atención prenatal son:

- Promoción
- Prevención
- Recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional
- Reconocimiento de los riesgos

6. RECONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS:

6.1 Frecuencia de la atención Prenatal:

Todos los servicios de atención al embarazo tienen que establecer los controles en la etapa prenatal siguiendo el esquema a continuación:

- Primera consulta antes de las 12 semana
- Segunda consulta entre las 22 y 24 semana
- Tercera a las 32 semanas
- Cuarta a las 36 semanas
- Quinta a las 37 semanas
- Sexta a las 38 semanas
- A partir de las 38 semanas habrá un seguimiento de cerca, semanal hasta el momento del parto, tomando en cuenta los signos de alarma

Es importante en cada visita de control, la clasificación de la gestante en su nivel de riesgo según los distintos parámetros, para determinar el nivel de atención óptimo a las necesidades de su situación.

6.2 Historia Clínica

Registrar en la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) o el Expediente Único donde se haya implementado, toda información y compartirla facilitando la integración de todos los niveles de atención. De tal manera que se identifiquen posibles factores de riesgo y actualizarla en cada seguimiento del embarazo.

6.2.1 Datos generales:

- Nombre, edad, cédula, fecha de nacimiento e idioma



- Actividad laboral: incluir si trabaja más de 36 horas a la semana, más de 8 horas diarias, si trabaja de pie más de cuatro horas, en ambiente frío, exposición a químico, ruido excesivo, fumadora pasiva, inadecuada nutrición por limitación horaria y levantar objetos pesados
- Existencia de problemas familiares o personales: Valoración del apoyo familiar, si tiene pareja, existencia de malos tratos
- Los/las profesionales de la salud estén alerta ante los síntomas y signos de la violencia de género durante el embarazo, preguntando a las mujeres por posibles malos tratos en un ambiente en el que se sientan seguras, al menos en la primera visita prenatal, trimestralmente y en la revisión posparto
- Valoración de factores emocionales y trastornos mentales, estrés, consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias aditivas
- Consejería sobre alimentación, nutrición e higiene durante el embarazo.
- Consejería en Lactancia Materna exclusiva y continuada hasta por lo menos dos años
- Consejería sobre alimentación a partir de los 6 meses de edad del niño o niña
- Información sobre acceso y libre elección al uso de anticonceptivos modernos
- Prevención de cólera y otras enfermedades diarreicas
- Prevención de Dengue, Malaria, Zika y Chikungunya
- Prevención de transmisión materno infantil del VIH, sífilis congénita y hepatitis B
- Prevención de la neumonía H1N1
- Prevención de preeclampsia y eclampsia
- Prevención de anemia y desnutrición
- Prevención de accidentes laborales
- Psicoprofilaxis del parto

6.2.2 Anamnesis:

Tomar en cuenta factores de riesgo durante la visita prenatal:

- Estado civil
- Nivel de escolaridad
- Nacionalidad
- Mujeres con una edad de más 40 años y menos de 19 años
- Nuliparidad
- Intervalo entre dos embarazos de más de 10 años o menos de 2 años
- Historia familiar sobre trastornos hipertensivos
- IMC = o mayor 30 kg/m²
- Antecedentes de enfermedad vascular o enfermedad renal.
- Antecedentes de uso de medicamentos
- Embarazo múltiple



6.2.3 Antecedentes familiares:

- Enfermedades que puedan ser transmitidas o repercutir sobre la descendencia (diabetes, defectos congénitos, enfermedades hereditarias, síndrome de Down, partos gemelares, hipertensión arterial)
- Enfermedades previas
- Enfermedades infecciosas
- Vacunaciones
- Trastornos endocrinos y metabólicos.
- Enfermedad tromboembólica
- Transfusiones
- Intervenciones quirúrgicas
- Trastornos autoinmunes

6.2.4 Antecedentes personales patológicos

- Cirugía genito urinaria
- Infertilidad
- Cardiopatía
- Nefropatía
- Violencia
- VIH
- Hipertensión
- Diabetes
- Anemia
- Otra condición medica

6.2.5 Antecedentes Gineco-obstétricos

- Menarquia
- Telarquía
- Pubarquia
- Edad primer coito
- Número de pareja sexual
- Ciclo menstrual
- Métodos anticonceptivos utilizados con anterioridad.
- Número de embarazos anteriores
- Número de partos anteriores
- Número de partos prematuros
- Estado y peso del recién nacido en partos anteriores (menos de 2500 grs y mayores de 4000grs)
- Experiencia con la lactancia materna y duración de la lactancia con los hijos anteriores si es múltipara
- Abortos:



- Antecedentes a abortos a repetición, realizar estudios para identificar las causas y dar tratamiento
- Antecedentes de embarazos complicados
- Antecedentes de parto complicado

6.2.6 Gestación actual

- Fecha de última menstruación
- Cálculo de la edad gestacional y posible fecha de parto por la regla de Naegele.
- Embarazo planificado
- Cálculo del peso anterior
- Cálculo de la talla
- Hábitos tóxicos
- Citología vaginal
- Realización de analíticas (RH, orina Urocultivo, hemograma, glicemia, VDRL y pruebas virales, tipificación falcemia, toxoplasmosis entre otros).
- Vacunas
- Evolución del embarazo:
 - Síntomas comunes
 - Complicaciones
 - Exposición a sustancias tóxicas, medicamentos o radiaciones

7. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO O CONCURRENTES:

7.1 DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO:

- Amenorrea con un retraso de más de 10 días en mujeres con ciclos regulares
- Detección en plasma u orina de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana

7.2 Análisis de laboratorio

- Hemograma
- Tipificación
- Examen de orina
- Urocultivo en la primera consulta prenatal para detectar la presencia de bacteriuria asintomática
y prevenir el riesgo de infección de tracto urinario superior y de bajo peso al nacer (repetir el cultivo si la bacteriuria es positiva en el examen de orina de >20 semanas)
- Glicemia
- Creatinina
- Urea



- Cribado universal de anemia en la primera visita prenatal.
- Repetir el cribado universal de anemia alrededor de las 28 semanas de gestación.
- Establecer el diagnóstico de anemia en el embarazo cuando la hemoglobina es inferior a 11 g/dl en el primer trimestre, inferior a 10,5 g/dl en el segundo e inferior a 11 g/dl en el tercer trimestre
- Determinar el nivel de ferritina en suero para confirmar un diagnóstico dudoso de anemia ferropénica
- Cribado de estreptococo B y malaria. 2do trimestre
- Cribado universal de VIH en la primera visita prenatal y repetir la determinación en la última analítica del embarazo en mujeres con riesgo de infección por VIH, previo consejería y firma del consentimiento informado. Las gestantes seronegativas con factores de riesgo asociados se repite la determinación en el tercer trimestre de gestación. Un resultado negativo en ausencia de factores de riesgo, descarta la infección por el VIH. Un resultado positivo o indeterminado en la prueba de cribado implica solicitar nueva muestra para repetir la determinación y confirmar el resultado obtenido mediante las técnicas de confirmación
- Repetir analíticas en la última semana del embarazo
- Cribado de compatibilidad Rh, del grupo sanguíneo ABO y de anticuerpos irregulares a todas las mujeres embarazadas durante la primera visita prenatal
- Repetir la determinación de anticuerpos anti-Rh a las mujeres embarazadas Rh negativo con incompatibilidad Rh entre las 24 y 28 semanas de gestación
- Ofrecer un cribado de rubeola a las gestantes en la primera visita prenatal para valorar la inmunidad frente a la rubeola y posibilitar la vacunación tan pronto como sea posible en el posparto de mujeres no inmunizadas

7.3 Primera Consulta Prenatal:

La primera consulta prenatal es prioridad realizarla entre la 10ª - 12ª semana, lo cual posibilita una captación precoz de la gestante y una adecuada planificación de las acciones a realizar durante todo el periodo gestacional. Es ideal que en la primera visita prenatal se realice una anamnesis registrando la información en una historia clínica estructurada con la finalidad de valorar el estado general de la mujer e identificar posibles factores de riesgo.

Esta visita incluirá:

- Anamnesis (FUM, FPP, violencia intrafamiliar, depresión)
- Exploración general
- Inicio del protocolo de embarazo.



- Examen físico completo con énfasis en:
 - Calcular Índice de masa corporal para identificar aquellas mujeres que requieran un seguimiento individualizado y no de rutina de la ganancia del peso durante su embarazo
 - Vigilancia del peso por ganancia o por disminución de peso
 - Toma de tensión arterial, sentada y en reposo
 - Auscultación de corazón y pulmones
 - Exploración ginecológica

No realizar el examen de rutina de mama durante la atención prenatal, ni tampoco las intervenciones para modelar el pezón (Ejercicios de Hoffman).

- **Análisis de laboratorio**
 - Hemograma
 - Tipificación
 - Examen de orina
 - Urocultivo en la primera consulta prenatal para detectar la presencia de bacteriuria asintomática y prevenir el riesgo de infección de tracto urinario superior y de bajo peso al nacer
 - Glicemia en ayunas
 - Creatinina
 - Urea
- Cribado universal de anemia
- Cribado universal de trastornos hipertensivos y de cáncer de cérvix
- Cribado universal de VIH en la primera visita prenatal previo consejería y firma del consentimiento informado
- Grupo sanguíneo ABO y de anticuerpos irregulares a todas las mujeres embarazadas.
- Cribado de rubeola a las gestantes en la primera visita prenatal para valorar la inmunidad frente a la rubeola y posibilitar la vacunación tan pronto como sea posible en el posparto de mujeres no inmunizadas
- Cribado de la función tiroidea en la primera visita en gestantes con factores de riesgo de disfunción tiroidea que incluye:
 - Antecedentes personales de enfermedad tiroidea
 - Mujeres con DM tipo 1 u otros trastornos autoinmunes
 - Mujeres con antecedentes de abortos a repetición, de irradiación de cabeza o cuello, en tratamiento sustitutivo con levotiroxina o que viven en zonas que presumiblemente son deficientes en yodo
- Ofrecer la administración de la vacuna antigripal inactivada durante la temporada gripal a todas las mujeres embarazadas durante cualquier momento del embarazo



- Cribado de la hepatitis B a todas las mujeres embarazadas en su primera visita
- Realizar un tamizaje de diabetes gestacional durante el primer trimestre
- Determinación de hipertensión o proteinuria

7.3.1 Para determinar el riesgo de Preeclampsia:

Existen síntomas y signos propios de la preeclampsia que ponen en alerta a las gestantes y al profesional salud, estos incluyen:

Signos de alarma

- Ganancia de peso excesiva
- Cefalea grave
- Problemas de visión (visión borrosa o destellos tras los ojos).
- Dolor pronunciado bajo las costillas
- Vómitos
- Hinchazón súbita de la cara, manos o pies
- Hipertensión arterial en embarazos anteriores o eclampsia
- Antecedentes familiares de hipertensión
- La determinación de hipertensión o proteinuria en cualquiera de las visitas prenatales

7.3.2 Para determinar el riesgo de diabetes gestacional:

- Realizar una glucemia en ayunas en la consulta médica inicial, que se interpretará de la siguiente manera:
 - Mayor a 126 mg/dL = diabetes preexistente
 - Entre 92 a 126 mg/dL = DG
 - Menor de 92 mg/dL = se realizará una PTOG de 75 g entre las semanas 24 y 28 de gestación
- IMC=30 kg/m²
- Antecedentes de hijos macrosómicos con peso al nacer =4,5 kg
- Antecedentes de diabetes gestacional o antecedentes familiares de primer grado de diabetes. Realizar un tamizaje de diabetes gestacional durante el primer trimestre
- Repetir el tamizaje entre las semanas 24 y 28 de gestación, en aquellas mujeres en las que se identifique cualquiera de los factores de riesgo de diabetes gestacional, con un resultado negativo en el cribado del primer trimestre, o con un resultado positivo y una curva de glucemia normal

7.3.3 Para la detección de sífilis

En el primer control:

- VDRL



- Repetir la prueba si la usuaria o su pareja refiere conducta de riesgo
- Realizar prueba rápida de VIH previa consejería y firma del consentimiento informado. Si resulta positivo se refiere al servicio de atención integral para inicio de tratamiento y realización de CD4 y carga viral

7.3.4. Para detección de toxoplasmosis:

Indicar la prueba en embarazada en riesgo post exposición.

7.3.5 Exámenes complementarios y de imágenes

a) Exámenes complementarios

- En los casos en los que la gestante presente antígeno HbsAg (+) referir al servicio correspondiente, con el fin de instaurar tratamiento si procede y programar un seguimiento
- Cribado del virus de la hepatitis C (VHC) no realizarlo de manera universal en mujeres embarazadas. Solo realizarlo en mujeres con riesgo de infección por el VHC:
 - Antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral
 - Receptoras de transfusiones sanguíneas
 - Trasplantadas antes de la década de los 90

Un cribado de citomegalovirus en el embarazo no es necesario realizarlo

La máxima sensibilidad del screening se obtiene realizando la determinación analítica en la semana 10 y la ecografía en la semana 12 del embarazo

b) Imágenes:

- Realizar una primera ecografía al final del primer trimestre (11 -13+6) y la segunda alrededor de la semana 20
- Antes de cada exploración ecográfica informar a la mujer sobre las características y objetivos de la prueba
- Tomando en cuenta que la estimación de la edad gestacional por FUM no es exacta se recomienda realizar una ecografía con el fin de diagnosticar embarazo, determinar la edad gestacional y detectar embarazo múltiple

No existe evidencia suficiente para indicar la ecocardiografía para control prenatal de rutina, ya que tampoco existe evidencia de que esta prueba modifique la morbilidad y mortalidad materno-fetal



8. CONSULTAS SUBSECUENTES DURANTE EL EMBARAZO

Es de suma importancia un programa de seguimiento de entre 6 y 9 visitas en mujeres con bajo riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo o el parto y tomar en cuenta que la historia clínica hay que actualizarla en cada visita de seguimiento del embarazo. Del mismo modo dicha historia clínica será integral y compartida con los diferentes niveles de atención.

Es necesario la determinación de hipertensión o proteinuria en cualquiera de las visitas prenatales y repetir las analíticas en la última semana del embarazo.

8.1 Examen obstétrico:

- Estimación de edad gestacional
- A partir de la 22-24 semana gestación, en cada control prenatal se realizará la medición de la altura uterina y cálculo de la edad gestacional como parte de las intervenciones para evaluar el crecimiento fetal. En caso de encontrar discrepancias entre la medición y la edad gestacional se referirá la usuaria al especialista correspondiente (Gineco-obstetra, endocrinólogo)
- Valoración de la presentación del feto y la frecuencia cardíaca fetal
- Realizar la segunda ecografía alrededor de la semana 20. El mejor momento para realizar el estudio morfológico del feto por ecografía es durante las 18 y 24 semanas de gestación, óptima a las 22 semanas. En ese momento la ecografía permite la confirmación de viabilidad fetal, biometría fetal (diámetro biparietal, longitud femoral y diámetros abdominales), anatomía fetal y diagnóstico de malformaciones, además de anomalías de anejos ovulares.

En caso de que la primera ecografía del embarazo sea realizada durante este periodo, el diámetro biparietal es el parámetro que mejor estima edad gestacional

No realizar tacto vaginal en forma rutinaria pues no predice con exactitud la edad gestacional, nacimientos pre-término o desproporción céfalo pélvico y si favorece la ruptura prematura de membranas.

No realizar el examen de rutina de mama durante la atención prenatal, ni tampoco las intervenciones para modelar el pezón (Ejercicios de Hoffman).

8.2 Detección de estreptococos grupo B



- Entre la 35 y 37 semana de gestación realizar tamizaje de estreptococos grupo B en usuarias con factores de riesgo, infección urinaria confirmada en el embarazo actual. Recolectando muestra en vagina y recto. Si esta positivo tratar durante el trabajo de parto
- Realizar profilaxis antibiótica para el EGB en pacientes con parto prematuro, ruptura prematura de membrana mayor de 18 horas y fiebre mayor de 38 grado centígrado

8.3. Evaluación nutricional e índice de masa corporal

Calcular índice de masa corporal para identificar a aquellas mujeres que requieran un seguimiento individualizado y no de rutina de la ganancia o pérdida de peso durante su embarazo:

- IMC < 20 kg/m²: ganancia de peso, entre 12 a 18 kg
- IMC 20 - 24.9 kg/m²: ganancia de peso, entre 10 a 13 kg
- IMC 25 - 29 kg/m²: ganancia de peso, entre 7 a 10 kg
- IMC > 30 kg/m²: ganancia de peso, entre 6 a 7 kg

En caso de embarazada con un IMC < 20 debido al alto riesgo de parto pre-término, diseñar por parte del nutricionista un plan nutricional específico.

8.4 Determinación de riesgo diabetes gestacional

- En aquellas mujeres en las que se identifiquen factores de riesgo de diabetes gestacional con un resultado negativo en el cribado en el primer trimestre, o con un resultado positivo y una curva de glucemia normal, repetir el tamizaje entre las 24 y 28 semanas de gestación
- Realizar el test de O 'Sullivan entre las semanas 24-28 como prueba de cribado, informando a las mujeres sobre las características de la prueba

9. MANEJO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO

9.1 Manejo farmacológico:

Durante el embarazo aplicar el menor número de fármacos y en la menor dosis posible, limitándose su uso a aquellas circunstancias en las que los beneficios esperados para la madre y el feto superen a los riesgos conocidos para el feto, evitando los fármacos que puedan tener efecto teratógeno.

A nivel individual, el uso preconcepcional de:



- Ácido fólico 0.4 mg + 60 mg de hierro elemental por vía oral al día: Preconcepcional por 1-2 meses
- Prenatal hasta las 12 semanas de gestación
- Ácido fólico 5 mg por vía oral al día hasta las 12 semanas de gestación: Mujeres con epilepsia que estén tomando anticomisiales. (suspender un mes antes la medicación y comenzar a ingerir ácido fólico, refiriendo el caso donde un especialista en Gineco-obstetricia.)
- Antecedentes personales y familiares de defectos del tubo neural
- Mujeres diabéticas insulino dependientes
- Mujeres con IMC >35 Tomar ácido fólico cuando ya se conoce el embarazo, no ayuda a prevenir el defecto del tubo neural
- Administración oral de 75 a 100 mg de ácido acetil salicílico todos los días a partir de las 12* semanas de embarazo hasta el parto en mujeres con alto riesgo para desarrollar preeclampsia o hipertensión gestacional

9.1.1 Inmunoglobulina anti-D

- Profilaxis prenatal rutinaria con una administración de 300 µg (1.500 UI) de inmunoglobulina anti-D a las mujeres embarazadas Rh negativo y no sensibilizadas para reducir el riesgo de sensibilización
- Administrar dosis única de inmunoglobulina anti-D durante las primeras 72 horas tras cualquier episodio de potencial sensibilización (aborto, embarazo ectópico, mola parcial, biopsia de corion, amniocentesis, cordocentesis, versión cefálica externa)
- Administrar una dosis adicional de inmunoglobulina anti-D si se produce una hemorragia feto materna de entre 10 y 15 ml
- Ofrecer profilaxis prenatal rutinaria con la administración de 300 µg (1.500 UI) de inmunoglobulina anti-D a las mujeres Rh negativa y no sensibilizadas cuyo recién nacido (RN) sea Rh positivo durante las primeras 72 horas posparto

9.1.2 Vacunación

- La única vacuna que hay que utilizar durante el embarazo es la del tétanos (Antitoxina tetánica) aplicando la primera dosis antes de las 20 semanas y la segunda dosis entre las semanas 27 y 29
- No administrar la vacuna atenuada de la gripe, o la vacunación anti rubeola, anti parotiditis, anti sarampión, y anti varicela durante el embarazo ya que están contraindicadas
- Administración de la vacuna antigripal inactivada durante la temporada gripal a todas las mujeres embarazadas durante cualquier momento del embarazo



- Administrar la vacuna para difteria y tétanos a aquellas mujeres embarazadas que no tienen una pauta de vacunación completa, evitando su administración durante el primer trimestre de embarazo
- En el caso de las mujeres embarazadas en las que no existe evidencia de inmunización contra el virus de la rubeola, administrar de una dosis de vacuna triple vírica posparto, valorando sus beneficios y riesgos durante el periodo de lactancia
- En las mujeres embarazadas en las que no existe evidencia de inmunización contra el virus de la varicela administrar la primera dosis de la vacuna tan pronto termine el embarazo y, siempre que sea posible, antes de ser dada de alta del hospital. La segunda dosis de la vacuna debe administrarse entre las 4 y las 8 semanas después de la primera dosis
- Ofrecer un cribado de rubeola a las gestantes en la primera visita prenatal para valorar la inmunidad frente a la rubeola y posibilitar la vacunación tan pronto como sea posible en el posparto de mujeres no inmunizadas

9.1.3 Suplementación con Hierro

- Suplementación con hierro oral durante todo el embarazo para disminuir:
 - el riesgo de sufrir anemia ($Hb < 11$ g/L) al final del embarazo
 - el riesgo de dar a luz a recién nacidos con bajo peso

9.1.4 Ácido Fólico

- Administrar suplementación diaria en dosis de 0,4 mg/día (400 µg/día de ácido fólico durante las primeras doce semanas de gestación

9.1.5 Multivitaminas

- Informar a las mujeres embarazadas evitar la ingesta de suplementos de vitamina A en dosis superiores a 2.500 UI o 750 µg por su teratogenicidad
- No suplementar a las mujeres con complejos multivitamínicos durante la gestación

9.1.6 Antiácidos

- Administrar antiácidos para el alivio de la pirosis, combinar con ranitidina (antagonista de los receptores H₂) cuando persiste la pirosis tras el tratamiento de antiácidos solos
- Informar a las gestantes con pirosis sobre modificaciones en el estilo de vida y la dieta

9.1.7 Laxantes



- En mujeres embarazadas con estreñimiento aumentar la ingesta de alimentos ricos en fibra para incrementar la frecuencia de defecación y considerar el uso de laxante para aumentar la motilidad intestinal

9.1.8 Manejo del dolor lumbar:

- Recomendar a la embarazada de ejercicios acuáticos y otros programas de ejercicio individualizados, así como los masajes terapéuticos

9.2 Manejo no farmacológico

a. Alcohol:

- Las mujeres que estén embarazadas o estén planificando un embarazo se abstengan de consumir alcohol

b. Tabaco y sustancias psicoactivas

- Abandonar por completo el consumo de tabaco y sustancias psicoactivas
- Realizar en las gestantes fumadoras información detallada sobre los efectos del tabaquismo en su salud y en la del feto, así como sobre los beneficios del abandono del tabaco
- Ofrecer a las gestantes fumadoras intervenciones basadas en la educación y motivación (incluida la participación en programas de deshabituación tabáquica) para conseguir el abandono del tabaquismo
- Informar a las mujeres embarazadas que no quieren dejar de fumar y no acepten las intervenciones no farmacológicas, acerca de los riesgos y beneficios de la terapia de reemplazo a base de nicotina (NRT)

10. INFORMACION A USUARIAS Y/O FAMILIARES

Los/las profesionales de la salud darán información a las mujeres sobre los riesgos que suponen para el feto y el recién nacido/a determinadas enfermedades inmunoprevenibles. Es necesario que el/la profesional sanitaria revise durante la visita prenatal conjuntamente con la mujer su calendario vacunar, y que se discutan los beneficios derivados de la vacunación.

- Ofrecer consejo individualizado sobre el inicio o mantenimiento de la actividad física, así como la intensidad, duración y frecuencia de la misma
- Las mujeres embarazadas deben ser informadas de los peligros potenciales de ciertas actividades durante el embarazo, por ejemplo, deportes de contacto, deportes de alto impacto y los deportes de raqueta que pueden implicar riesgo de traumatismo abdominal; las caídas o el



- estrés articular excesivo y el buceo pueden causar problemas en el nacimiento del feto y la enfermedad de la descompresión del feto
- Informar a las mujeres embarazadas y a sus parejas que durante el embarazo pueden mantenerse relaciones sexuales de manera habitual debido a que no se asocian a ningún riesgo para el feto
 - Informar sobre los posibles riesgos que puedan derivarse de un viaje dependiendo de las circunstancias de la gestante y del momento del embarazo en el que exprese su deseo de viajar. Cuando se expresa el deseo de viajar, aconsejar a la mujer que se informe de las posibles restricciones que para las embarazadas establecen las compañías de transportes. Cuando se expresa el deseo de viajar en avión, se informa a la mujer sobre el aumento de riesgo de tromboembolismo venoso en viajes de larga distancia
 - Informar sobre el buen uso del cinturón de seguridad en la embarazada para evitar riesgos tanto para la madre como para el feto

11. INDICADORES

Para medir el cumplimiento a la implementación del protocolo de atención del embarazo de bajo riesgo se debe recolectar información para dar respuesta a los indicadores siguientes:

Proceso de Atención	Indicador
Frecuencia de la atención Prenatal	Porcentaje de embarazadas a las cuales se les realizaron los controles prenatales de acuerdo al esquema establecido en el protocolo
Historial clínico	Porcentaje de embarazadas con historia clínica completa de acuerdo a las informaciones requerientes en el protocolo



12. BIBLIOGRAFIA

1. Manual de Estándares de Calidad y Humanización de la Atención Materno y Neonatal y Para Optar por la Certificación en Calidad y Humanización de la Atención a la Madre y al Recién Nacido. Ministerio de Salud Pública/ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, 2018. República Dominicana.
2. Guía de Práctica Clínica. Primera Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
3. Protocolo de Atención al Embarazo y al Puerperio. Servicio Cántabro de Salud. Primera edición 2007 y actualización 2017.
4. Antenatal Care: routine care for the healthy pregnant woman. NICE 2008. Disponible en www.rcog.org.uk
5. Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio. 1ra. Edición 200. Actualización: 2017. ISBN 978-84-697-8202-6.
6. Guía de Práctica Clínica. Control Prenatal con enfoque de riesgo. Catálogo Maestro de México. 2009.
7. World Health Organization. Standards for Maternal and Neonatal Care OMS 2006.
8. Ministerio de Salud Pública. Norma y Protocolo Materno. Quito: MSP; 2008. Disponible en: <http://salud.gob.ec>



9. Plan Nacional de reducción de la muerte materna y neonatal. MSP Ecuador 2008.
10. AGREE Colaboración. Evaluación de guías de práctica clínica. Instrumento AGREE. 2001. Disponible en: <http://www.agreecollaboration.org/pdf/es.pdf>
11. MSP Subsistema de Referencia, Derivación, contra referencia, referencia inversa y transferencia del SNS. Norma Técnica. 2014.
12. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
13. Mark H, Jordan ET, Cruz J, Warren N. What's new in sexually transmitted infection management: changes in the 2010 guidelines from the Centers for Disease Control and Prevention. J Midwifery Womens Health. 2012.
14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Norma Técnica "Educación Prenatal" Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, febrero de 2015, Quito, Ecuador.
15. Routine Prenatal care. ICSI 2007. <http://www.guideline.gov/compare/compare.aspx>
16. Villar J, Bergsjo P, Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS. Grupo de investigación del Estudio de Control Prenatal de la OMS. Organización Mundial de la Salud 2003.
17. Ministerio de Salud Pública. Infección de vías urinarias en el embarazo. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
18. Ministerio de Salud Pública. Hipotiroidismo congénito. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
19. Ministerio de Salud Pública. Anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
20. Ministerio de Salud Pública. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
21. Ministerio de Salud Pública. Atención integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Cuadros de procedimientos. Quito: MSP 2016.
22. Mozurkewich EL1, Luke B, Avni M, Wolf FM Working conditions and adverse pregnancy outcome: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 2000 Apr;95(4):623-35.
23. Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno Neonatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. MSP 2008.
24. ACOG. Definition of Term Pregnancy. ACOG; Society for Maternal-Fetal Medicine. 2013 nov; (579).
25. Buitrago G, Castro A, Cifuentes R, et al. Guía de Práctica clínica para el abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo.



13. ANEXO

Actividades prioritarias a realizarse durante atención en las consultas prenatales según las semanas de gestación.

Acciones a realizarse de acuerdo a las semanas de gestación

Primer Trimestre de embarazo: (<12 semanas)

- Anamnesis (FUM, FPP, violencia intrafamiliar, depresión)
- Examen físico completo (incluyendo IMC y TA)
- B-HCG en sangre
- Ecografía
- Tipología sanguínea
- Hb y Hcto
- Glicemia en ayunas
- VIH, Hepatitis B, VDRL,
- Citología Vaginal
- Urocultivo
- Exámen odontológico
- Informar acerca de signos de alarma.
- Seguimiento de factores de riesgo modificables

Segundo trimestre (12-24 semanas):

Examen físico completo

- Frecuencia cardiaca fetal
- Ecografía
- Detectar preeclampsia mediante toma de TA y valoración con proteinuria en 24 horas.
- Seguimiento de factores de riesgo modificables
- Socializar la existencia de las sesiones de educación prenatal.
- Informar acerca de signos de alarma.



Acciones a realizarse de acuerdo a las semanas de gestación

A partir de las 34 semanas:

- En las pacientes con tratamiento de anemia, seguir las indicaciones según GPC de Anemia en el Embarazo.
- En embarazos con evolución normal informar fecha probable de parto
- Referencia según el caso para decisión de lugar y momento de terminación del embarazo de riesgo
- Asesoría en planificación familiar
- Informar acerca de signos de alarma.^{3,4}

36 - 38 semanas.

- Determinar la presentación, posición y situación fetal, en caso de duda realizar ecografía.
- Las embarazadas con producto en presentación no cefálica deben ser informadas acerca de las alternativas para conseguir la presentación cefálica y referir al especialista.
- En embarazadas con reporte anterior de placenta previa realizar nueva ecografía para verificar ubicación de la placenta.
- Dar información de forma verbal apoyada en asesoramiento prenatal, facilitar información escrita y discutir dudas y problemas
- Asesoría en planificación familiar
- Informar acerca de signos de alarma.

40 o más semanas.

- Dar medidas preventivas de embarazo pos-término.
- Referir al especialista en gineco-obstetricia para manejo individualizado^{1, 3, 13}.
- Informar acerca de signos de alarma^{2, 3, .}

GPC diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo



CARNET PERINATAL

CARNET PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS

NOMBRE _____ **APELLIDO** _____

DOMICILIO _____ **TELEF.** _____

LOCALIDAD _____ **EDAD (años)** _____

FECHA DE NACIMIENTO día mes año

ETNIA blanca indigena mestiza negra otra

ALFA BETA no si

ESTUDIOS ninguno primaria secund. univers. años en el mayor nivel _____

ESTADO CIVIL casada unión estable soltera otro vive sola no si

Lugar del control prenatal _____ **Lugar del parto** _____ **N° Identidad** _____

ANTECEDENTES

FAMILIARES TBC diabetes hipertensión preeclampsia eclampsia otra cond. médica grave

PERSONALES genito-urinario infertilidad cardiopat. nefropatía violencia

OBSTETRICOS gestas previas abortos vaginales nacidos vivos viven nacidos muertos después 1° sem.

ULTIMO PREVIO n/c <2500g normal ≥4000g

Antecedente de gemelarios no si

FIN EMBARAZO ANTERIOR día mes año menos de 1 año

EMBARAZO PLANEADO no si

FRACASO METODO ANTICONCEP. DIU hormo. emer. natural gencia

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR _____ **TALLA (cm)** _____

EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s.

FUMA ACT 1° trim 2° trim 3° trim

FUMA PAS no si

DROGAS no si

ALCOHOL no si

VIOLENCIA no si

ANTIRUBEOLA no sabe previa embarazo no si

ANTITETANICA vigente no si DOSIS 1° 2°

EX. NORMAL ODONT. MAMAS

CERVIX insp. visual PAP COLP.

GRUPO Rh toxoplasmosis <20sem IgG ≥20sem IgG

VIH <20 sem ≥20 sem

Hb <20 sem ≥20 sem

Fe/FOLATOS indicados no si

Hb ≥20 sem

VDRU/RPR <20 sem ≥20 sem

SIFILIS confirmada por FTA no si

VDRU/RPR ≥20 sem

SIFILIS no si

CHAGAS no si

PALUDISMO/MALARIA no si

BACTERIURIA sem. normal anormal

GLUCEMIA EN AYUNAS <20 sem ≥1,05 g/dl ≥30 sem

ESTREPTOCOCCO B 35 - 37 semanas

PREPARACION PARA EL PARTO no si

CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA no si

TITO SIFILIS no si

CONSULTAS ANTENATALES

día mes año edad gest. peso P A altura uterina presen. tación FCF (ppm) movim. fetales prota. nuria signos de alarma, exámenes, tratamientos Iniciales Técnico próxima cita

PARTO **ABORTO**

FECHA DE INGRESO día mes año **CONSULTAS PRE NATALES** total _____ días _____

CARNÉ no si

HOSPITALIZ. en EMBARAZO días _____

CORTICOIDES ANTENATALES completo incompi. ninguna semana inicio n/c

INICIO espontáneo no inducido

RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO día mes año hora min temp. ≥ 38°C

EDAD GEST. al parto semanas _____ días _____

PRESENTACION SITUACION cefálica pelviana transversa

TAMAÑO FETAL ACORDE no si

ACOMPANANTE pareja familiar otro ninguno

P

NACIMIENTO **VIVO** **MUERTO**

TERMINACION espont. forceps cesárea otra vacuum

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION _____

NOTAS _____

ENFERMEDADES HTA previa HTA inducida preeclampsia eclampsia cardiopatía nefropatía diabetes

infección HTA HTA preeclampsia eclampsia cardiopatía nefropatía diabetes

infección HTA HTA preeclampsia eclampsia cardiopatía nefropatía diabetes

POSICION PARTO sentada acostada

DESGARROS Grado (1 a 4) _____

OCITOCICOS prealumb. postalumb.

PLACENTA completa retenida

LIGADURA CORDON precoz

ocitócicos en TDP no si

antibiot. no si

analgésia anest. local anest. regional anest. gen.

transfusión no si

otras no si

especificar _____

RECÉN NACIDO

SEXO f m

PESO AL NACER _____ g

P. CEFALICO cm _____

LONGITUD cm _____

EDAD GESTACIONAL sem. _____ días _____

PESO E.G. adec. peq. gde.

APGAR (min) 1° _____ 5° _____

REANIMACION estimulac. aspiración máscara oxígeno masaje tubo

FALLECE en LUGAR de PARTO no si

REFERIDO alog. neonat. otro cong. tolog. hosp.

ATENDIO médico obst. enf. auxil. estud. empir. otro

NEONATO _____

PUERPERIO

día hora T°C P A pulso invol. uter. loquios

DEFECTOS CONGENITOS menor mayor

ENFERMEDADES no si

TAMIZAJE NEONATAL VDRL TSH Hbpatía Bilirrub. Toxo IgM

ANTIRUBEOLA POST PARTO vigente no si

ANTICONCEPCION consejería no si

METODO ELEGIDO DIU postevento ligadura DIU barrera hormonal natural otro ninguno

EGRESO RN vivo fallece traslado

EGRESO MATERNO día mes año traslado lugar _____

ALIMENTO AL ALTA lact. exc. parcial artificial

Boca arriba no si

BCG no si

PESO AL EGRESO _____ g

Nombre Recién Nacido _____ **Responsable** _____

Nombre Recién Nacido _____ **Responsable** _____

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se la ubica en la gráfica y se comparan los valores obtenidos con los centiles (P10, P25 y P90) graficados.

