

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2017

CONTROL PRENATAL
CON ATENCIÓN CENTRADA EN LA
PACIENTE

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: : IMSS--028-08

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 Ciudad de México.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía : **Control prenatal con atención centrada en la paciente**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:

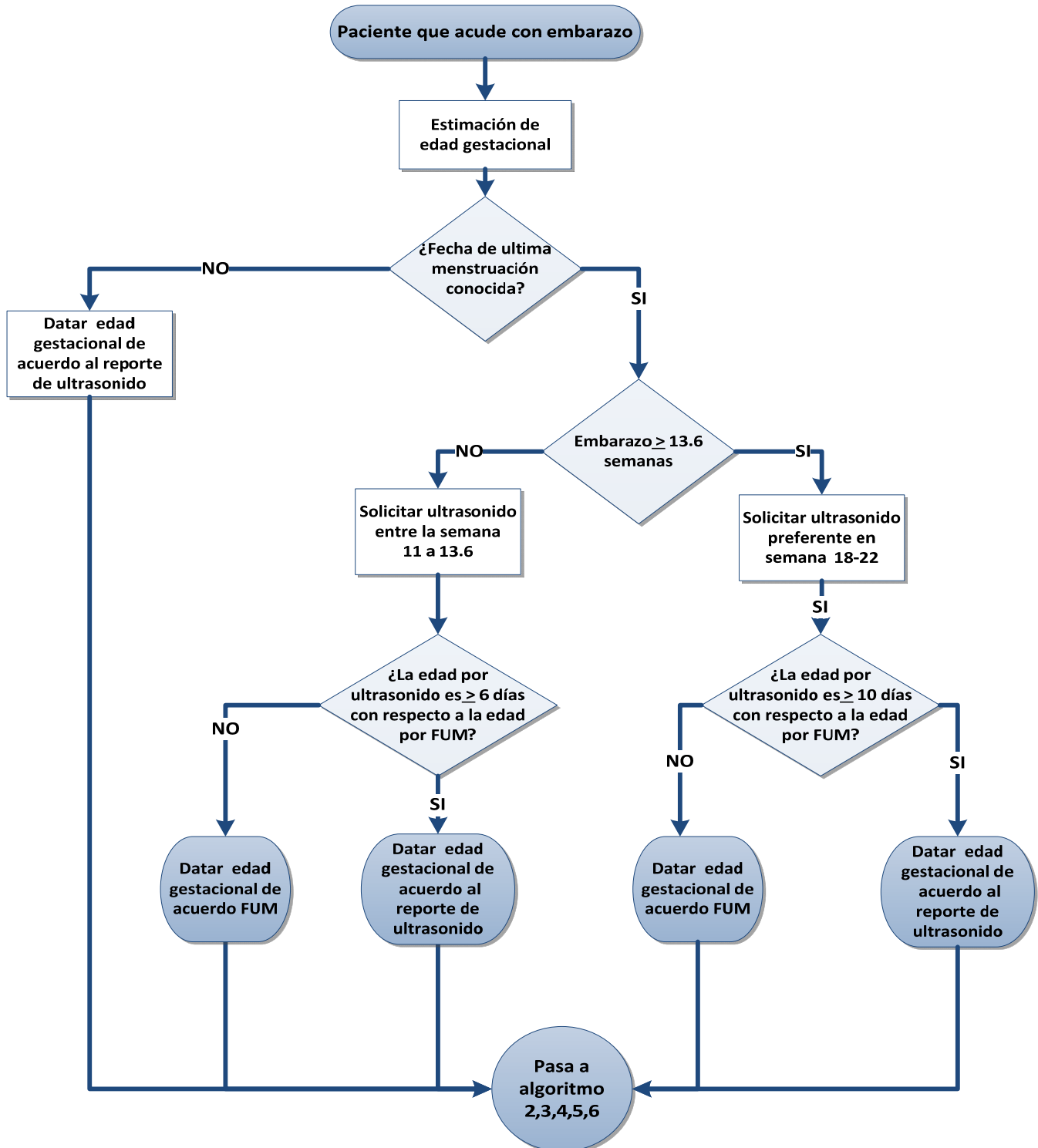
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Debe ser citado como: **Control prenatal con atención centrada en la paciente**. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC;
Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

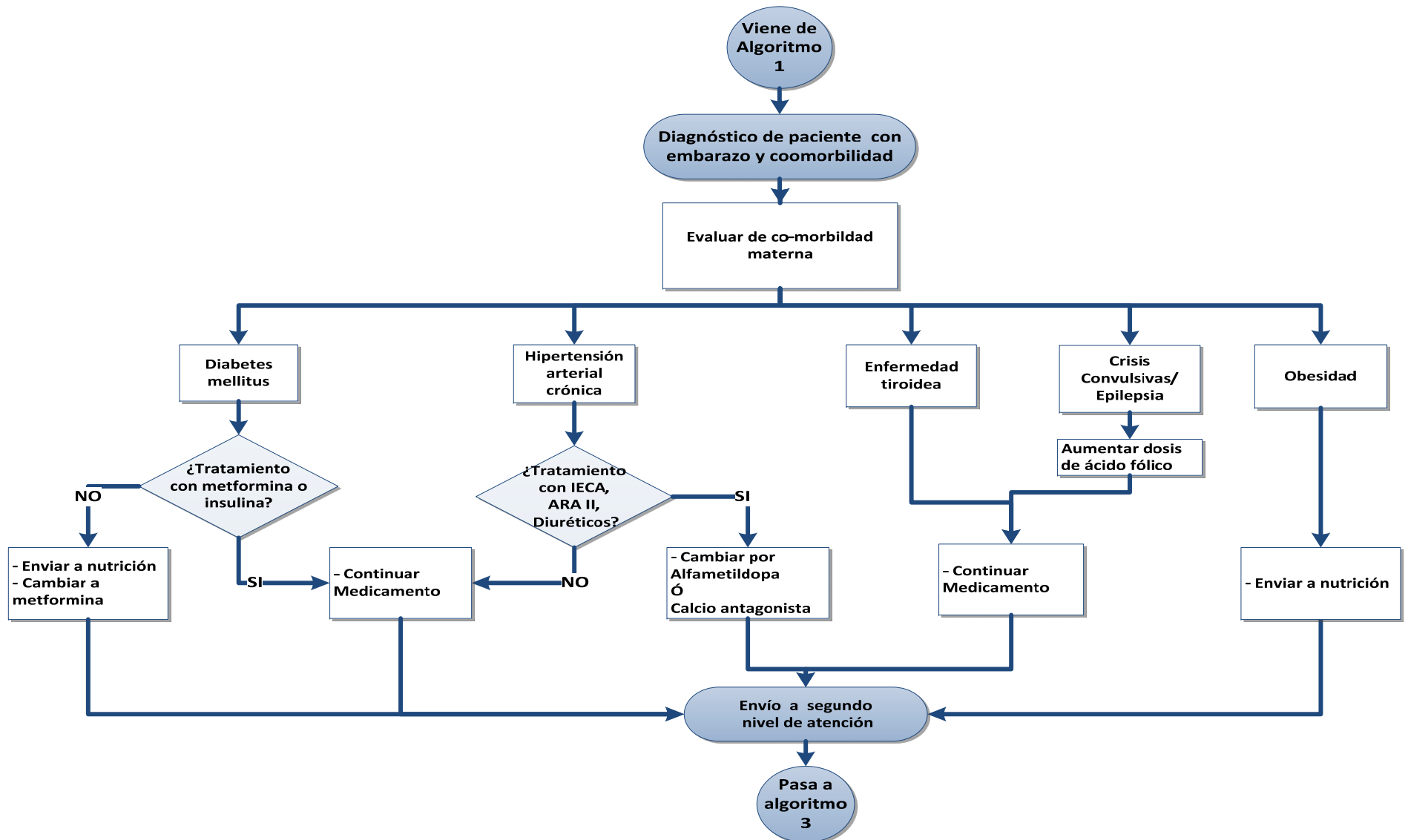
ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO

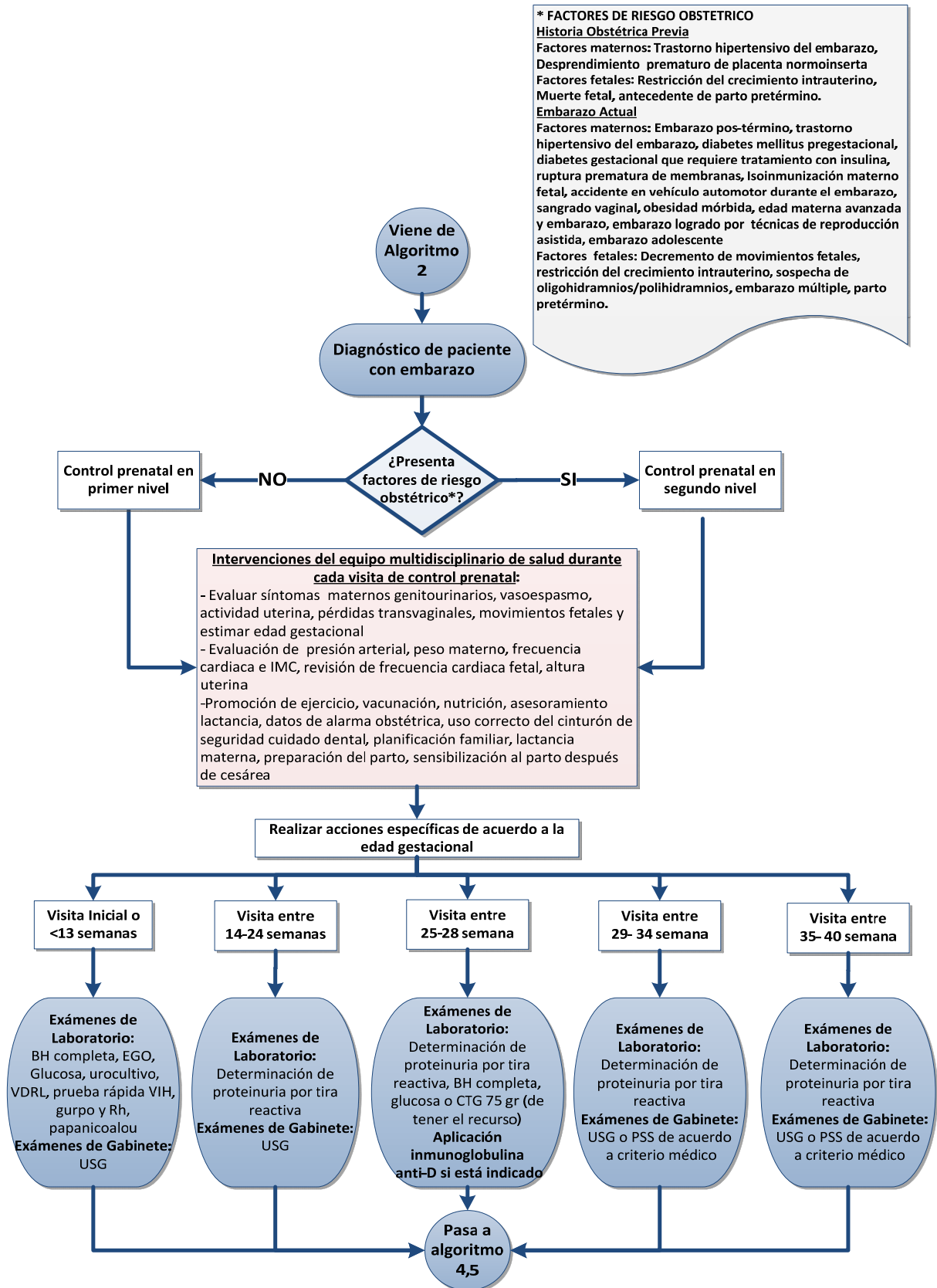
Algoritmo 1. Estimación de edad gestacional



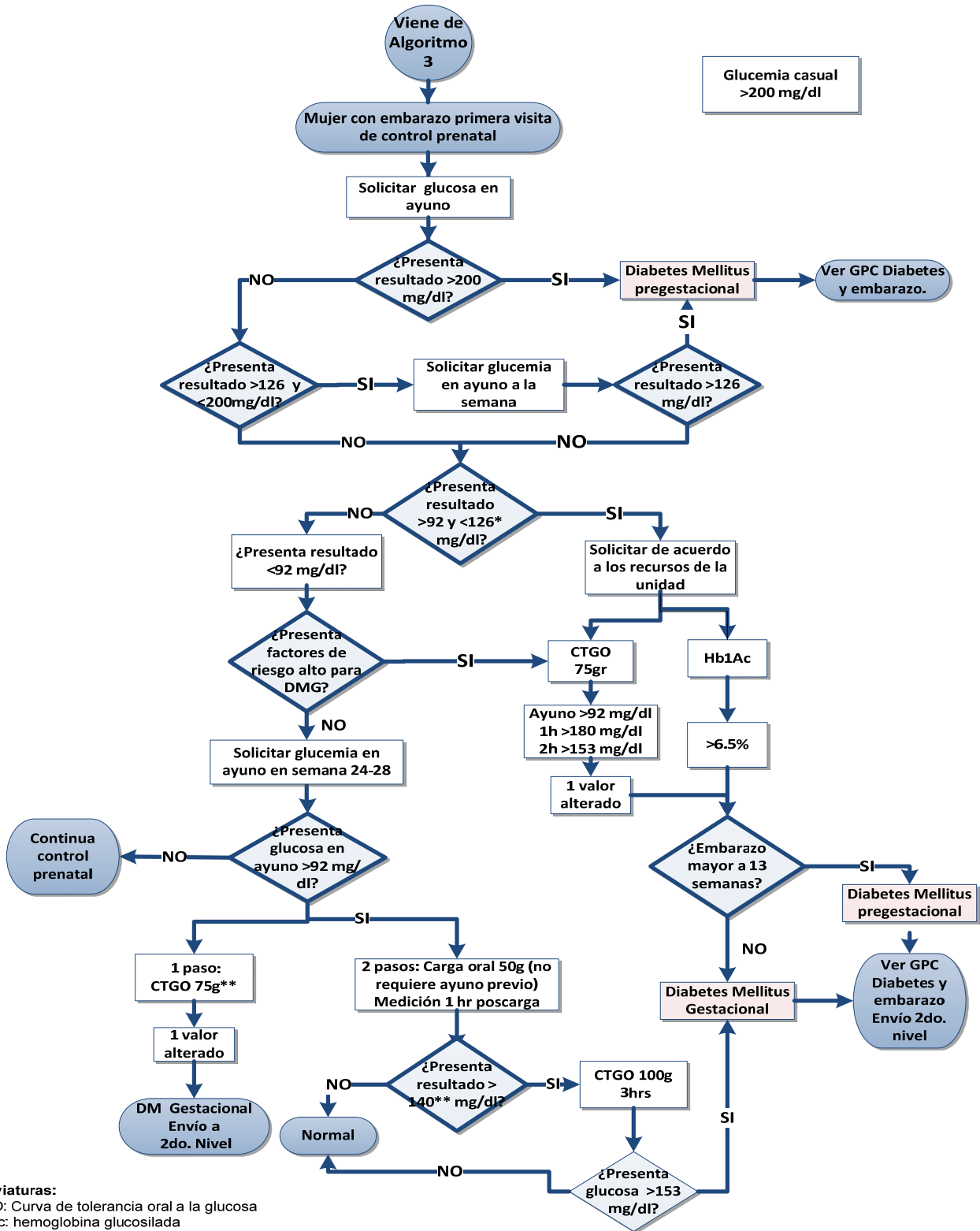
Algoritmo 2. Evaluación de Coomorbilidades



Algoritmo 3. Vigilancia prenatal

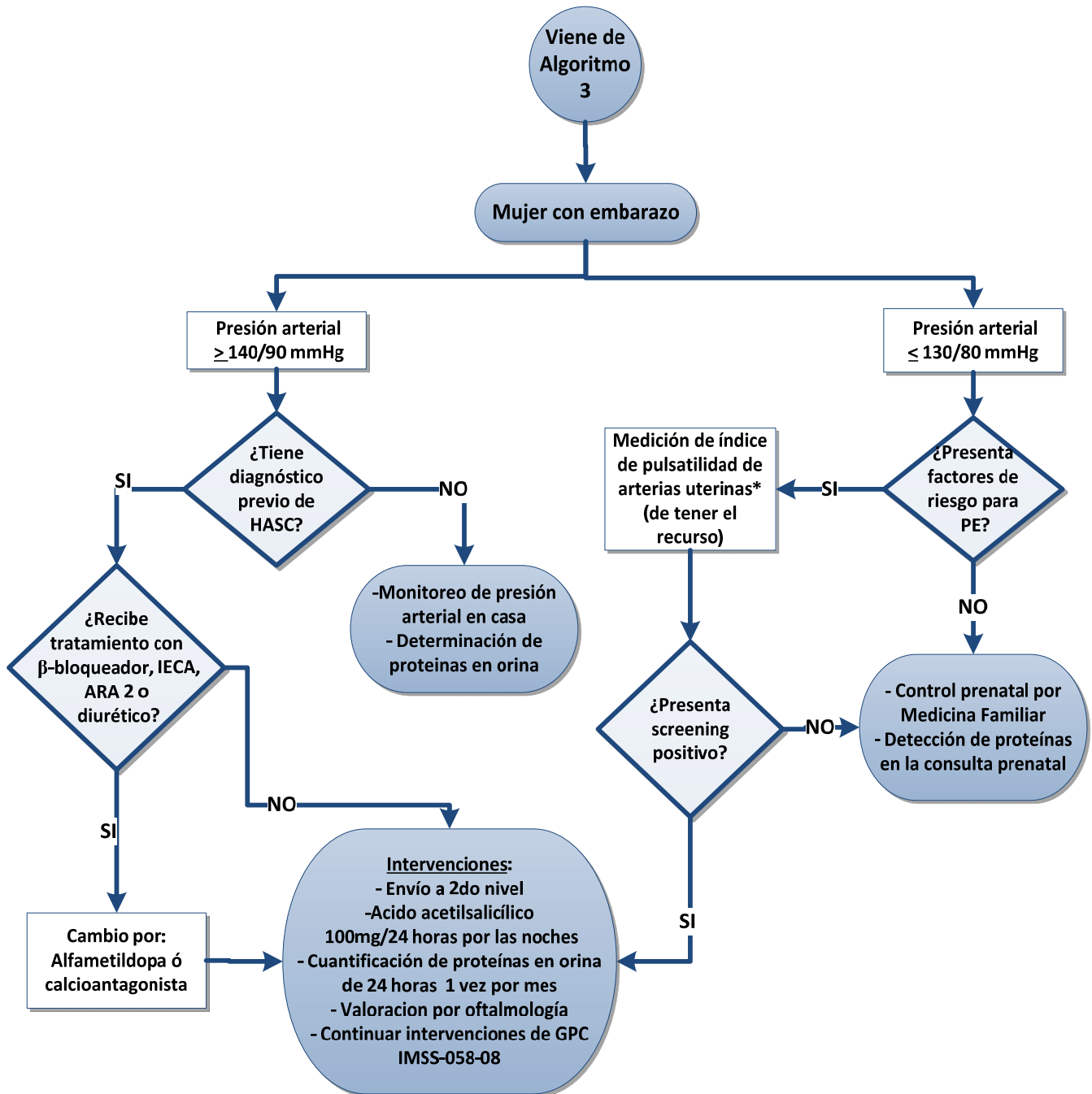


Algoritmo 4. Tamizaje de patologías durante el control prenatal: Diagnostico de diabetes gestacional



Abreviaturas:
 CTGO: Curva de tolerancia oral a la glucosa
 Hb1Ac: hemoglobina glucosilada
 DMT2: Diabetes Mellitus Tipo 2
 DMG: Diabetes Mellitus Gestacional
 * Glucosa alterada de ayuno
 **Se sugiere disminuir el umbral a 135 mg/dl en población de alto riesgo

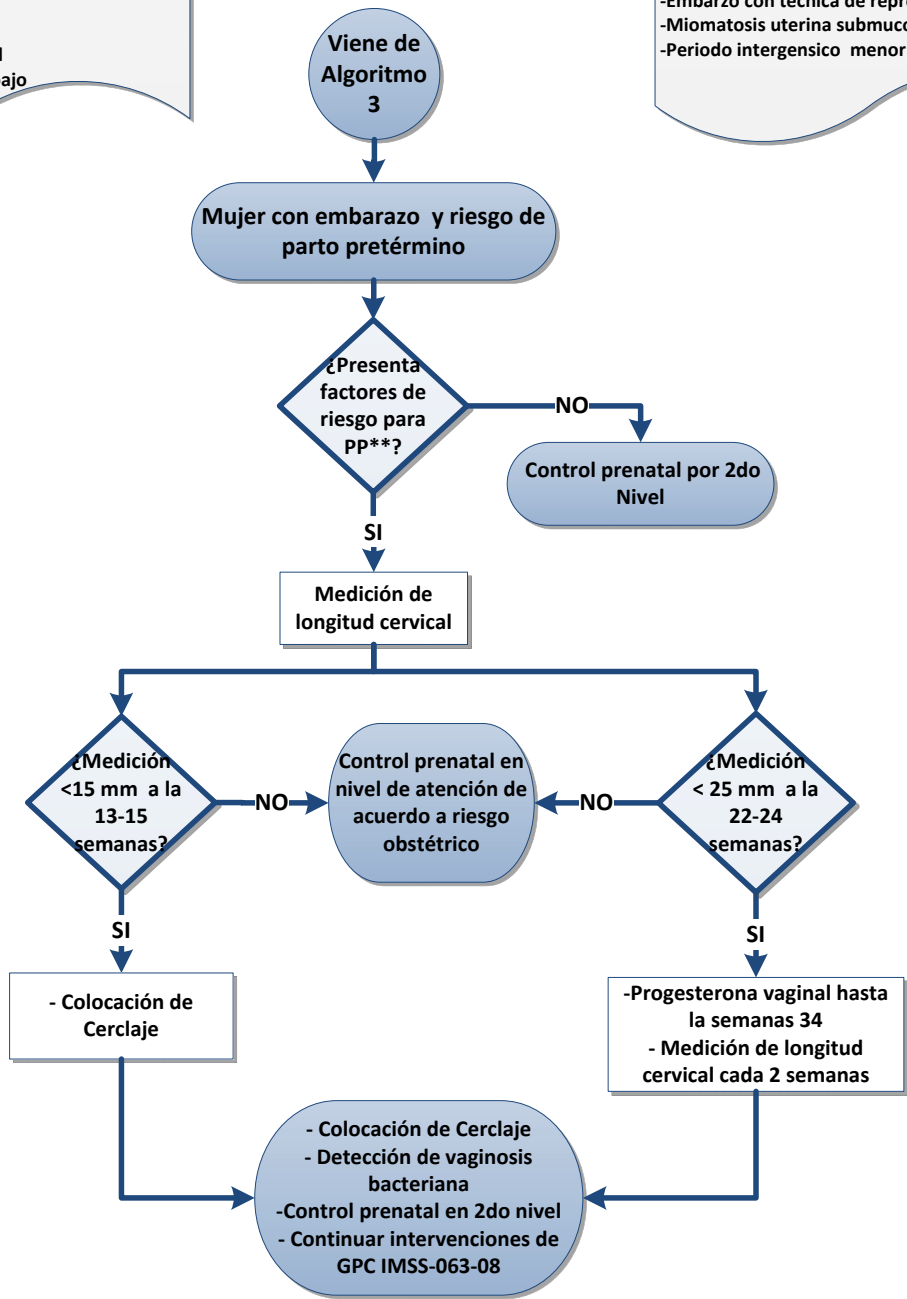
Algoritmo 5. Tamizaje de patologías durante el control prenatal: Transtornos hipertensivos en el embarazo



Algoritmo 6. Tamizaje de patologías durante el control prenatal: Parto pretérmino

*** RIESGO ALTO**
 Mujeres que presenten al menos uno de los siguientes factores de riesgo:
 -Antecedente de parto pretérmino
 -Antecedente de 3 pérdidas ó PP <34semanas.
 -Gestación gemelar o múltiple
 -Embarazo único y LC menor de 25 mm por ecografía transvaginal entre las 20 a 24 semanas
 -Mujeres con embarazo y con LC menor de <15mm a las 14-15 semanas
 -Mujeres con embarazo gemelar o múltiple y cérvix corto
 -Polihidramnios
 -Defectos mullerianos
 -Antecedente de cono cervical
 -Más de 2 factores de riesgo bajo

****RIESGO BAJO**
 Pertenecen a este grupo las mujeres que cumplen al menos uno de los siguientes factores de riesgo:
 -Raza africana y afrocaribeña
 -Peso bajo materno
 -Obesidad materna
 -Enfermedad periodontal
 -Tabaquismo (cigarrillo >10/día)
 -Vaginosis bacteriana
 -Sangrado trasvaginal en 2do trimestre
 -Embarzo con técnica de reproducción asistida
 -Miomatosis uterina submucosa
 -Periodo intergenésico menor a 18 meses



2. INTERVENCIONES EN SALUD

PROMOCION A LA SALUD

Recomendación Clave	GR*
<p>Es recomendable que el control prenatal considere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la salud y prevención de enfermedades • Seguimiento y tratamiento de enfermedades existentes. • Detección y tratamiento oportuno de patologías • Preparación al parto y los preparativos en caso de posibles complicaciones (Ver Anexo 5.3, Cuadro 1). 	B NICE
<p>Se recomiendan dosis altas de ácido fólico (5 mg/día) en casos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo previo con feto y defecto de tubo neural • Miembros de la familia con defecto de tubo neural • Uso de drogas con efecto anti-folato (anticonvulsivos) • Mutaciones genéticas en la vía metabólica del ácido fólico o sus receptores • Diabetes mellitus 1 o 2 mal controlada • Pobre ingesta de ácido fólico en la dieta • Tabaquismo positivo, activo o pasivo • Antecedente de uso de anticonceptivos orales • Enfermedad celiaca o enfermedad de Crohn 	B NICE
<p>Se recomendable proporcionar información a la mujer con embarazo y su pareja sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma y, en caso de presentarlos, debe acudir inmediatamente a un hospital o centro de salud más cercano, como son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuerte dolor de cabeza • Zumbido en el oído • Visión borrosa con puntos de lucecitas • Náuseas y vómitos frecuentes • Disminución o ausencia de movimientos fetales por más de 2 horas, después de la semanas 28 • Disminucion o ausencia de movimientos fetales por mas de dos horas en embarazo mayor de 28 semanas • Palidez marcada • Hinchazón de pies, manos o cara • Pérdida de líquido o sangre por la vagina o genitales aumentar más de dos kilos por semana, • Fiebre • Contracciones uterinas de 3 a 5 minutos de duración antes de las 37 semanas. • Dolor abdominal persistente (en el bajo vientre) de cualquier intensidad • Dificultad para respirar • Aumento en el número de micciones y molestia al orinar • Convulsiones 	C NICE

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Recomendación Clave	GR*
<p>Se recomienda que en la primera cita de control prenatal se realice a toda persona embarazada determinación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo sanguíneo • Rh <p>Coombs indirecto (búsqueda de anticuerpos) en pacientes con riesgo de sensibilización.</p>	<p>C Shekelle</p>
<p>Es recomendable identificar a la mujer con embarazo en riesgo de depresión postparto.</p>	<p>B NICE</p>
<p>Es recomendable la atención odontológica integral en la persona embarazada como una intervención de alto impacto.</p>	<p>C NICE</p>

TAMIZAJE DE PATOLOGÍAS

Recomendación Clave	GR*
<p>Es recomendable realizar glucosa plasmática de ayuno en la primera visita prenatal ó antes de las 13 semanas a toda persona embarazada, para una detección temprana de mujeres con DM tipo 2 no diagnosticadas antes del embarazo.</p>	<p>A NICE</p>
<p>El control prenatal de toda persona embarazada debe incluir la identificación de factores de riesgo para desarrollo de hipertensión gestacional y/o pre-eclampsia, los cuales se deben reconocer de forma oportuna.</p>	<p>B NICE</p>
<p>Es recomendable la verificación de los signos vitales, incluyendo la presión arterial en todas las consultas prenatales.</p>	<p>C NICE</p>
<p>Algunos factores de riesgo socioculturales y geográficos pueden contribuir a la adquisición del VIH en mujeres en edad fértil, que deberán investigarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres que han tenido contacto sexual con compañeros infectados por el VIH • Antecedente de infecciones de transmisión sexual • Trabajadoras sexuales • Antecedente de uso ilegal de drogas intravenosas • Historia de transfusión (antes de 1986) <p>Relaciones sexuales sin protección con más de una pareja.</p>	<p>Recomendación Fuerte Grade</p>
<p>Es recomendable desde la primera consulta prenatal la identificación de factores de riesgo para parto pretérmino (Ver Anexo 5.3, Cuadro 2), sin embargo, sistemas de cuantificación sólo por historia clínica, debido a su bajo</p>	<p>LE2 Autoridad Sanitaria</p>

valor predictivo, no son recomendados como herramienta única para predecir parto pretérmino.

Francesa

EVALUACION CLINICA

Recomendación Clave	GR
La evidencia sugiere que el ultrasonido de primer trimestre, es un predictor más preciso de la edad gestacional que la fecha de la FUM, sin embargo, si no se cuenta con ultrasonido, la estimación de la edad gestacional y la fecha probable de nacimiento debe ser calculada a partir del primer día de la última menstruación.	C NICE
La medición del fondo uterino, constituye un primera herramienta de detección en la persona embarazada con sospecha de alteración en el crecimiento fetal. Es recomendable el registro de la altura uterina en el expediente clínico para identificar a las mujeres quienes requieren una evaluación sonográfica del crecimiento fetal (Ver Anexo 5.3 Cuadro 3).	B NICE
Se recomienda el inicio de pruebas de bienestar fetal a partir de las 32-34 semanas, y se puede considerar realizarlas a edades gestacionales menores si existen condiciones de muy alto riesgo para la madre y el feto.	Moderado GRADE
Se recomienda la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal en cada consulta prenatal.	C NICE

3. CUADROS O FIGURAS

Cuadro1: Sugerencia de control prenatal. Tamizaje e intervenciones.

Visita Inicial: <14 semanas	Visita entre: 14-24 semanas	Visita entre: 24-28 semanas	Visita entre: 28-34 semanas	Visita entre: 34-41 semanas
Evaluación y Procedimientos				
<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica completa e identificación de riesgos. Evaluación de edad gestacional por fecha de última menstruación Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC. Verificación de esquema de vacunación Referencia al especialista de acuerdo a riesgo obstétrico Entre la semanas 11 a 13.6 ultrasonido para descartar aneuploidia 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de frecuencia cardiaca fetal. Altura uterina Movimiento fetales Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC. Ultrasonido estructural semana 18-22 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de frecuencia cardiaca fetal. Altura uterina Movimiento fetales Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC. Aplicación de Inmunoglobulina anti-D en la semana 28 en pacientes Rh negativas no sensibilizadas . 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de frecuencia cardiaca fetal. Altura uterina Movimiento fetales Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC. Evaluación de salud fetal (USG obstétrico para evaluación de crecimiento , PSS de acuerdo a criterio médico y antecedentes obstétricos) 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de frecuencia cardiaca fetal. Altura uterina Presentación fetal Movimiento fetales Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC. Evaluación de salud fetal (USG, PSS de acuerdo a criterio médico y antecedentes obstétricos)
Pruebas de Laboratorio				
<ul style="list-style-type: none"> Biometría hemática, Grupo y Rh, Glucosa, Exámen general de orina, urocultivo, Papanicolaou, Exudado vaginal ,VDRL, prueba rápida VIH, 	<ul style="list-style-type: none"> Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina 	<ul style="list-style-type: none"> Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina Biometría hemática Curva de tolerancia a la glucosa 	<ul style="list-style-type: none"> Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina 	<ul style="list-style-type: none"> Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina
Educación y Consejería				
<ul style="list-style-type: none"> Ejercicio Nutrición Asesoramiento para lactancia materna Cese de uso de sustancias como tabaquismo, alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> Explicación de resultados de pruebas realizadas 	<ul style="list-style-type: none"> Signos y síntomas de parto pretérmino 	<ul style="list-style-type: none"> Signos y síntomas de Preeclampsia Signos y síntomas de parto pretérmino Síntomas de depresión en el embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> Signos y síntomas de Preeclampsia Signos y síntomas del inicio de parto Síntomas de depresión en el embarazo <ul style="list-style-type: none"> Lactancia
Educación y Consejería en todas las semanas de gestación				
<ul style="list-style-type: none"> Datos de Alarma Obstétrica, uso correcto del cinturón de seguridad Cuidado dental, planificación familiar, lactancia materna, preparación del parto, sensibilización al parto después de cesárea, 				

Modificado de: Berguella V. Obstetrics evidence based guidelines. Florida Estados Unidos de Norteamérica. Taylor & Francis Group.2012. [Fecha de consulta: 05 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.taylorandfrancis.com>

Cuadro 2. Estratificación de Riesgo Papiernik- Berhauer modificado por Gonik- Creasy (1986) Parto pretérmino.

Puntaje	Estatus socioeconómico	Historia Obstetrica previa	Hábitos diarios	Embarazo actual
1	2 hijas(os) en casa Bajo estatus socioeconómico	1 aborto con intervalo intergestacional < 1 año	Trabajo fuera de casa	Fatiga no usual
2	< 20 años > 40 años Madre soltera	2 abortos	Tabaquismo >10 cigarrillos diarios Subir > 3 pisos por escaleras sin elevador	Ganancia de peso < 13 kg a las sem 32 Albuminuria Hipertensión Bacteriuria
3	Muy bajo nivel socioeconómico Talla < 150 cm Peso <45 kg	3 abortos	Trabajo pesado Viajes diarios con trayectos largos fatigantes	Pérdida de peso > 2 kg Cabefa fetal encajada a las 32 semanas
4	<18 años	Pielonefritis		Sangrado despues de la semanas 12 Ceérvix corto Borramiento y dilatación cervical Actividad uterina
5		Malformación Mulleriana Aborto de 2do. Trimestre Exposición a dietilestilbestrol		Placenta previa Polihidramnios
10		Parto pretérmino previo Aborto del 2do trimestre de repetición.		Embarazo gemelar Cirugia abdominal

***Interpretación: 0-5= Bajo riesgo 5- 9= Riesgo intermedio >10 = Riesgo elevado**

Cuadro 3. Altura uterina esperada en función del trimestre de gestación.

Altura uterina (centímetros)	Semanas de gestación
20	18
24	22
28	26
32	30
34	33

Tomado de: Coutin AS. Médecins Sans Frontières. Soins obstétricaux et néonataux essentiels.2015