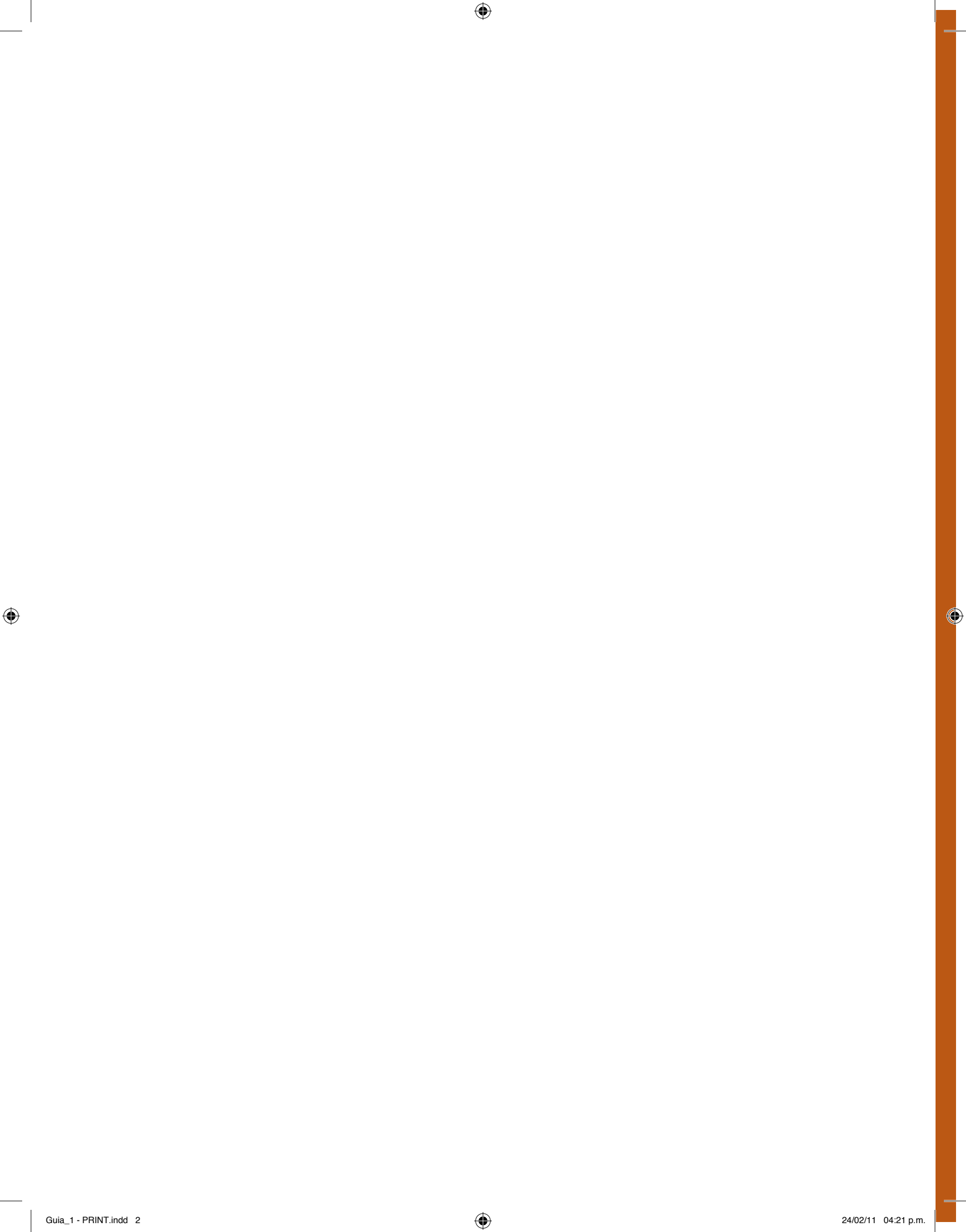


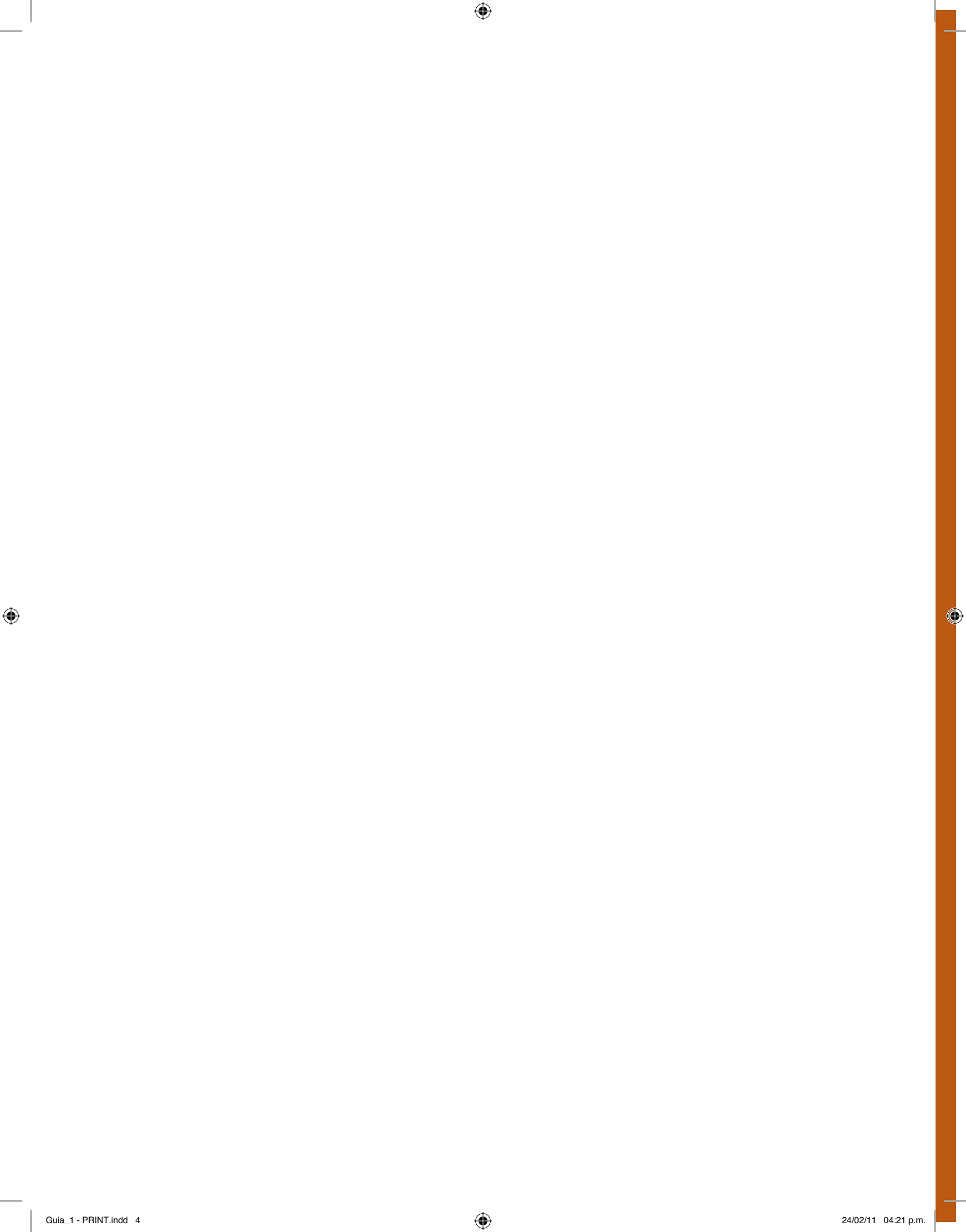
PROTOCOLO

Atención prenatal en atención primaria de la salud



Índice

Consideraciones generales	5
Esquema de visitas de Atención Prenatal	6
Actividades del ESF	7
Esquema de manejo de las visitas obstétricas	9
Primera visita	9
Visitas sucesivas	12
Manejo de problemas frecuentes en el embarazo	14
VIH en la embarazada	14
Sífilis en la embarazada	15
Manejo de la Pre-eclampsia	16
Anexos	19
Formulario de Clasificación de las gestantes para el Componente Básico del Modelo de Atención Prenatal	19
Clasificación de estados hipertensivos en el embarazo	21
Bibliografía	22



Atención prenatal en atención primaria de la salud

Consideraciones generales

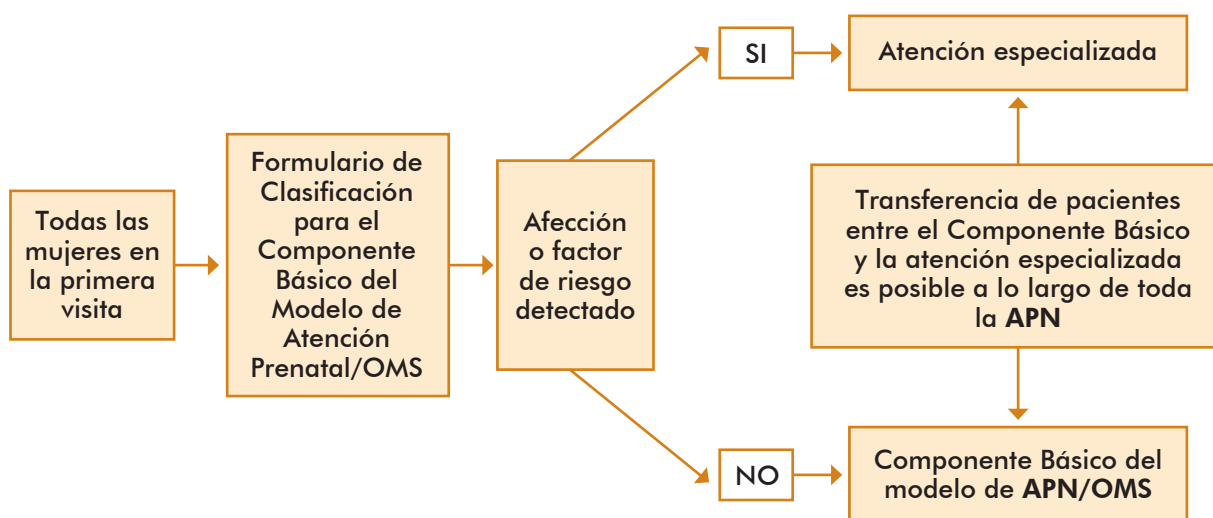
La atención prenatal es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

El modelo de atención prenatal de la OMS clasifica a las mujeres embarazadas en dos grupos:

- Aquellas elegibles para recibir la Atención Prenatal (APN) de rutina, llamado componente básico.
- Aquellas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo (figura 1).

La inserción de las mujeres en el Componente Básico se determina a través de criterios preestablecidos. Las seleccionadas para éste son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional. Las no elegibles para el Componente Básico serán remitidas para la atención especializada. Éstas representarán aproximadamente el 25% de todas las mujeres que inician la atención prenatal.

Figura 1. El modelo de Atención Prenatal de la OMS



Con la atención prenatal se persigue:

- La detección de enfermedades maternas subclínicas
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo
- La preparación psicofísica para el nacimiento
- La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y el recién nacido
- La Información a las mujeres embarazadas sobre los signos de alarma durante el embarazo y conducta a seguir

La APN debe ser eficiente y cumplir con cuatro requisitos: precoz, periódica, completa y de amplia cobertura.

Las actuaciones de la Red de Atención Primaria de la Salud y de la Red de Atención Especializada ambulatoria y hospitalaria son las siguientes:

Atención Primaria

- Captación de la mujer embarazada
- Atención del embarazo normal
- Detección del riesgo gestacional y derivación a Atención Especializada, si procede

- Educación sanitaria y maternal
- Asistencia al puerperio extrahospitalario

Atención Especializada

- Valoración y seguimiento del embarazo de riesgo
- Hospitalización del embarazo de riesgo
- Interconsultas ante situaciones de duda diagnóstica o evolutiva
- Controles ecográficos
- Técnicas de diagnóstico prenatal invasivas
- Control del embarazo que supere las 40 semanas
- Asistencia al parto y puerperio inmediato

Esquema de visitas de Atención Prenatal

Proponemos un esquema de entre cuatro y seis visitas atendiendo a las normativas nacionales e internacionales. La primera consulta prenatal debe realizarse lo más precozmente posible y preferiblemente de forma conjunta por el médico/a y la obstetra del ESF. Existe evidencia científica de que una primera visita antes de las 12 semanas de gestación se acompaña de mejores resultados perinatales. Posteriormente, dos visitas en el segundo trimestre y tres en el tercero. Si la gestante no tuvo el parto a las 40 semanas, será derivada al hospital-maternidad. La duración aproximada de las visitas será entre 30 a 40 minutos para la primera y 20 minutos para las siguientes, garantizando que sean realizadas todas las actividades propuestas y se cumplimenten debidamente la Historia Clínica Perinatal y el Carnet Perinatal.

Visitas	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta	Sexta
Edad gestacional (semanas)	Antes de las 12	12 a 20	22 a 24	27 a 29	33 a 35	38 a 40

Actividades del ESF

Agente comunitario/a de salud y/o auxiliar de enfermería

- Identificar al 100% de las embarazadas de la comunidad, animarles a acudir a la consulta prenatal. Registrar e informar al ESF
- Educar a la embarazada, familia y comunidad sobre la importancia del control prenatal, orientación sobre el parto, puerperio, promoción de la lactancia materna, planificación familiar y cuidados del recién nacido, generando club de madres
- Identificar a las embarazadas con factores de riesgo (adolescentes, mayores de 30 años, desnutrición, obesidad, tabaquistas, tosedoras crónicas, bajo nivel socioeconómico, etc.) y orientarlas para acudir a la consulta. Programar un plan de visitas junto con el ESF
- Disponer del registro de las embarazadas del territorio y de las que acuden a la atención prenatal de su USF, verificar la continuidad y realizar visitas domiciliarias a las que no acuden para conocer las causas que motivan la falta de adherencia a los controles y reafirmar la importancia de la APN
- Disponer el registro de las embarazadas en tratamiento para sífilis, verificar el cumplimiento, verificar que sus contactos sexuales hayan sido evaluados y/o tratados, realizar visitas domiciliarias a las que no acuden para continuar la medicación y/o a los controles. Registrar e informar al ESF
- Disponer el registro de las embarazadas en tratamiento para VIH, verificar el cumplimiento, realizar visitas domiciliarias a las que no acuden para continuar la medicación y/o controles, registrar e informar al ESF
- Disponer el registro de las embarazadas en tratamiento para diabetes gestacional, verificar el cumplimiento, realizar vi-

sitas domiciliarias a las que no acuden para continuar la medicación y/o controles, registrar e informar al ESF

- Disponer del registro de las embarazadas en tratamiento para hipertensión arterial, verificar el cumplimiento, programar y realizar visitas domiciliarias a las que no acuden para continuar la medicación y/o controles, registrar e informar al ESF
- Verificar la suplementación con hierro, ácido fólico y calcio de todas las embarazadas, registrarlo e informar al ESF
- Disponer del registro de las embarazadas en tratamiento para TB, verificar el cumplimiento, realizar visitas domiciliarias a las que no acuden para continuar la medicación y/o controles, registrar e informar al ESF
- Revisar sus antecedentes de vacunación (carnet / libreta de salud) y remitir a la USF para completar esquema según normas del PAI, garantizando esquema al día con Td y Anti-Influenza
- Orientar a la embarazada para que se realice su control odontológico
- Acompañar con especial énfasis a la embarazada adolescente en los aspectos físicos y emocionales, dada la vulnerabilidad de esta etapa

Lic. enfermería u obstetricia

- Identificar a la embarazada de riesgo, registrarla e informar al ESF
- Educar a la embarazada, familia y comunidad de la importancia del control prenatal, orientación sobre el parto, puerperio, promoción de la lactancia materna, planificación familiar y cuidados del recién nacido, generando club de madres
- Realizar el control completo de la embarazada en cada consulta en búsqueda de patologías o factores de riesgo, registrarlo e informar al ESF
- Disponer el registro de las embarazadas de la comunidad. Identificar y buscar embarazadas y púerperas que no acu-

den a la consulta. Evaluar las de mayor riesgo e iniciar con el ESF visitas domiciliarias para propiciar la consulta según nivel de riesgo, urgencia y necesidad

- Acompañamiento del prenatal de bajo riesgo junto con el médico/a
- Controlar que el 100% de las embarazadas de la comunidad se realicen los estudios de detección de VIH y sífilis, previa consejería. Animar a acudir a la consulta a la pareja sexual de la embarazada
- Disponer del registro de las embarazadas con sífilis, VIH, HTA, diabetes gestacional, bajo peso, etc., así como de la fecha de nuevo control, y en caso de que no acudan, programar con el ESF una visita domiciliaria
- Revisar sus antecedentes de vacunación (carnet / libreta de salud) y completar si es necesario esquema según normas del PAI, garantizando esquema al día con Td y Anti-Influenza
- Orientar a la embarazada para que se realice su control odontológico
- Dispensar en cada visita prenatal el suministro adecuado de medicamentos hasta la próxima consulta
- Revisar carnet de vacunación y administrar las vacunas pertinentes según normas
- Informar sobre el lugar al que acudir para el parto y/o situaciones de urgencia
- Construcción de estrategias para la captación y seguimiento de todas las embarazadas del territorio
- Realizar actividades educativas individuales y colectivas durante el prenatal sobre la gestación, parto, puerperio, planificación familiar, promoción de la lactancia materna y cuidados del recién nacido, incluyendo a la pareja de la gestante

Médico/a

- Disponer del registro de todas las embarazadas de la comunidad. Verificar si acuden a la consulta, el cumplimiento

terapéutico y los factores de riesgo. Planificar con el ESF las acciones a seguir

- Clasificación de riesgo gestacional según el formulario del componente básico
- Educar a la embarazada, familia y comunidad sobre la importancia de la atención prenatal y orientar sobre el embarazo, parto, puerperio, promoción de la lactancia materna, planificación familiar y cuidados del recién nacido
- Realizar las actividades correspondientes a cada visita de APN
- Revisar sus antecedentes de vacunación (carnet / libreta de salud) y completar si es necesario esquema según normas del PAI, garantizando esquema al día con Td y Anti-Influenza
- Orientar a la embarazada para que se realice su control odontológico
- Identificar factores de riesgo y signos de alarma para la derivación oportuna
- Derivar a atención especializada los casos de VIH para valoración inmunoviológica e inicio del seguimiento especializado
- Identificar el riesgo de adquirir ITS para realizar consejería y educación
- Identificar las patologías que requieren tratamiento como sífilis, VIH, HTA, infecciones urinarias, diabetes gestacional, etc., e iniciar el tratamiento. Evaluar necesidad de derivación en cada consulta, programar las próximas e informar al ESF. Búsqueda activa con el ESF de las que no acuden a las consultas programadas
- En caso de ITS o enfermedades de notificación obligatoria, completar los formularios correspondientes y notificar a la Unidad Epidemiológica Regional
- En caso de embarazadas de alto riesgo, mantener contacto con el nivel pertinente para el seguimiento y/o control de las consultas con el especialista, registrarlo e informar al ESF
- Entregar a la embarazada los medicamentos adecuados según la patología en cada visita

- Informar sobre el lugar al que acudir para el parto y/o situaciones de urgencia

Esquema de manejo de las visitas obstétricas

PRIMERA VISITA

Subjetivo

- Completar el Formulario de Clasificación para el Componente Básico de la OMS y clasificar a la gestante

- Llenar los apartados de datos personales y antecedentes de la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB)
- Investigar la presencia de antecedentes o patología previa que pudiera ser causa de derivación (ver Tabla 1)
- Preguntar sobre hábitos alimentarios
- Preguntar sobre síntomas de infección urinaria
- Evaluar riesgo social, malos tratos, bajo nivel socioeconómico, analfabetismo, poco apoyo familiar

Objetivo

Examen Físico	• Llenar la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) y el Carnet Perinatal • Examinar si presenta signos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral y punta de la lengua, falta de aire • Registrar peso (en kilos) y altura (en centímetros) para evaluar el estado nutricional de la madre (IMC) • Medir la presión sanguínea en los cuatro miembros • Auscultar tórax y corazón • No olvidar examen buco-dental • Medir altura uterina (en centímetros) y graficar en la tabla correspondiente del carnet perinatal • Realizar el examen genital (utilizando un espéculo), especialmente si existe alguna patología o trastorno y toma de muestra para examen de PAP si no lo tuviera según normas • Realizar examen de mama
----------------------	---

Apreciación diagnóstica

Evaluar diagnósticos probables como:

- Anemia
- Desnutrición, sobrepeso u obesidad
- RCIU (Restricción del crecimiento intrauterino) por altura uterina a partir de la semana 12

- Enfermedades endémicas o endemoepidémicas (de acuerdo a información disponible para cada territorio social)
- Hipertensión crónica o inducida por el embarazo
- Infección de vías urinarias
- Cardiopatías
- Definir si es elegible para el componente básico del nuevo modelo de atención de la OMS o si necesita atención especializada

Plan

Exámenes complementarios	Prueba de tiras reactivas múltiples para bacteriuria y proteinuria. Orina simple y/o urocultivo según proceda Hemograma Tipificación de grupo sanguíneo (ABO y Rhesus) Glicemia en ayunas Solicitar TTOG según algoritmo Estudio para sífilis (prueba rápida). Si no se dispone, solicitar VDRL Test rápido para determinación del VIH 1,2. (ver "Manual de consejería en ITS/VIH/SIDA – Test rápido para la determinación del VIH 1,2 Manual Operativo") Solicitar estudio ecográfico para datar edad del embarazo, de preferencia entre las 11 y 14 semanas
Intervenciones	Suplemento de hierro, ácido fólico y calcio: un comprimido de 60 mg de hierro elemental y 250 microgramos de ácido fólico una o dos veces por día, calcio 1.200 mg/día en dos dosis Suplemento multivitamínico a criterio del médico tratante Si la prueba rápida de sífilis es positiva iniciar tratamiento. Si se realizó VDRL y su resultado es positivo realizar búsqueda de la paciente para tratamiento Administración de vacuna Td y anti-Influenza según esquema de vacunación del PAI En áreas endémicas de paludismo y/o enfermedad de Chagas, consulte la norma técnica nacional Consejería sobre hábitos de vida saludables adaptados a las necesidades de la mujer dependiendo de las semanas de gestación, de los datos obtenidos de la anamnesis y de su situación personal
Preguntas, respuestas y consejería	Preguntas y respuestas, momento de comunicación libre Aconsejar a la mujer que invite a su pareja o a miembro de la familia o amiga a las siguientes visitas de APN para que puedan involucrarse en las actividades y aprendan cómo apoyar a la mujer a lo largo de su embarazo Invitar a la mujer a participar del club de madres de la USF, si lo hubiera Dar consejos sobre a quién llamar o dónde concurrir en caso de sangrado, dolor abdominal o cualquier otra emergencia o cuando se necesite consejo Entregar el Carnet Perinatal y el formulario Preparando mi Parto e instruir para su correcto llenado
Derivación	Si necesita atención especializada según Formulario de Clasificación para Componente Básico/OMS y según tabla 1
Próxima consulta	Citar a control con resultados de exámenes complementarios solicitados lo antes posible Agendar segunda visita y registrar en la HCPB, en el carnet perinatal y en la agenda de consultas programadas de USF

Cuidar la salud bucodental de la embarazada forma parte de la atención prenatal, por ello recomendamos una atención odontológica una vez superado el primer trimestre.

Si detecta patología previa o actual proceda según la siguiente tabla

Tabla 1

Diabetes	Derivar al especialista ginecólogo. El manejo debe ser multidisciplinario (ginecólogo, diabetólogo, nutricionista y ESF) con controles regulares
Cardiopatía	Derivar y continuar según criterio del especialista
Nefropatía	Derivar y continuar según criterio del especialista
Epilepsia	Derivar y continuar según criterio del especialista
Abuso de drogas	Derivar para cuidados especializados
Signos de anemia severa y/o Hb <7 g/dl	Derivar al ginecoobstetra
VIH positivo	Asesorar sobre la práctica de sexo seguro y sobre el riesgo para el niño y el compañero Derivar para tratamiento y prevención de la transmisión vertical del VIH
Antecedentes familiares de enfermedad genética	Derivar
Mortinato previo	Derivar y continuar según criterio del especialista
Neonato previo con Restricción de Crecimiento Intrauterino (RCIU validado)	Derivar y continuar según criterio del especialista
Antecedente de eclampsia o preeclampsia	Derivar y continuar según criterio del especialista
Presión sanguínea alta (>130/90 mmHg)	Derivar según protocolo
Índice de Masa Corporal (IMC)(peso en kg/altura m ²)	Derivar para evaluación nutricional si previo al embarazo el IMC <18,5 ó ≥ 32,3

VISITAS SUCESIVAS

El objetivo de las visitas prenatales posteriores es confirmar la buena evolución del embarazo, ofrecer apoyo emocional y detectar cualquier complicación o situación de riesgo que no se haya puesto de manifiesto en la primera visita. La identificación del riesgo gestacional es un proceso dinámico y evolutivo que debe realizarse en cada visita prenatal. Para ello, es necesario realizar un número adecuado de consultas prenatales a lo largo del embarazo. Las sucesivas visitas prenatales pueden ser realizadas de forma alternativa por el médico/a del ESF o por la lic. en obstetricia del ESF si la hubiere, o bien de forma conjunta.

Subjetivo

SIEMPRE volver a investigar factores de riesgo, evaluación social y signos de alarma como:

- Pérdida de sangre por vagina (pérdida roja)
- Pérdida de líquido por vagina
- Cefalea, visión borrosa, pérdida de conciencia o convulsiones
- Fiebre
- Dificultad respiratoria
- Dolor abdominal
- Edemas
- Síntomas de infección urinaria

Objetivo

Examen Físico	• Llenar la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) y el Carnet Perinatal • Registrar peso (en kilos) para evaluar el estado nutricional • Medir la presión sanguínea • Examinar si se presentan signos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral y punta de la lengua, falta de aire • Auscultar tórax y corazón • Medir altura uterina (en centímetros) y graficar en la tabla correspondiente del Carnet Perinatal • Palpación abdominal para la detección de embarazo múltiple, tipos de presentación (pelviana, cefálica), situación (longitudinal, transversa, oblicua) • Controlar dinámica uterina si hay dolor en bajo vientre • Controlar latidos cardíacos fetales a partir de la semana 20 con estetoscopio, Pinard o Doppler manual • Realizar examen de mama
----------------------	---

Apreciación diagnóstica

Siempre evaluar diagnósticos como:

- Anemia
- Desnutrición, sobrepeso u obesidad
- RCIU por altura uterina
- VIH, sífilis, otras ITS
- Hipertensión crónica o inducida por el embarazo
- Diabetes gestacional
- Redefinir si es elegible para el componente básico del nuevo modelo de atención de la OMS o si necesita atención especializada.

Plan

Resumen del contenido de las visitas prenatales

ACTIVIDADES	VISITAS					
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Historia Clínica Perinatal, evaluación de riesgo y llenado del Carnet Perinatal	*	*	*	*	*	*
Investigar estilos de vida de riesgo	*	*	*	*	*	*
Cálculo de amenorrea	*	*	*	*	*	*
Evaluación del crecimiento fetal		*	*	*	*	*
Exploración general	*	*	*	*	*	*
Control de la PA	*	*	*	*	*	*
Control de peso	*	*	*	*	*	*
Control de talla	*					
EXPLORACIÓN GINECOOBSTÉTRICA						
Exploración genitales externos	*					
Examen de mamas	*					*
Inspección con espéculo	*					
Altura uterina		*	*	*	*	*
Frecuencia cardíaca fetal		*	*	*	*	*
Percibe movimientos fetales			*	*	*	*
Valoración posición, situación y presentación fetal			*	*	*	*
Detección de latido fetal (Pinard o doppler manual)		*	*	*	*	*
PRUEBAS DE LABORATORIO						
Prueba del embarazo	*					
Grupo sanguíneo y Rh	*					
Sensibilización materna sólo si Rh negativo	*					
Hemograma	*		*		*	
Glicemia basal	*		*			
Detección sífilis	*			*		
Detección VIH	*				*	
Tiras reactivas de orina (bacteriuria y proteinuria) ¹	*			*		*
Citología cervical, PAP (si no lo tuviera según normas)	*					
OTROS						
Administración de Fe, ácido fólico y calcio	*	*	*	*	*	*
Ecografía	*		*		*	
Vacunación Td ² y anti-influenza	*					
Remisión a odontología	*					
Educación sanitaria	*	*	*	*	*	*
Educación maternal				*	*	*

1. Si bacteriuria solicitar sedimento y/o urocultivo según proceda

2. Aplicar de acuerdo al esquema de vacunación del PAI (ver PAI). En caso de no tener ninguna dosis previa, garantizar segunda dosis un mes después de la primera.

Las actividades programadas para la primera visita se deberán hacer siempre, independientemente de la edad gestacional al momento de la consulta

Manejo de problemas frecuentes en el embarazo

VIH en la embarazada

A toda embarazada realizar el despistaje para VIH, independientemente de los factores de riesgo, edad, etc.

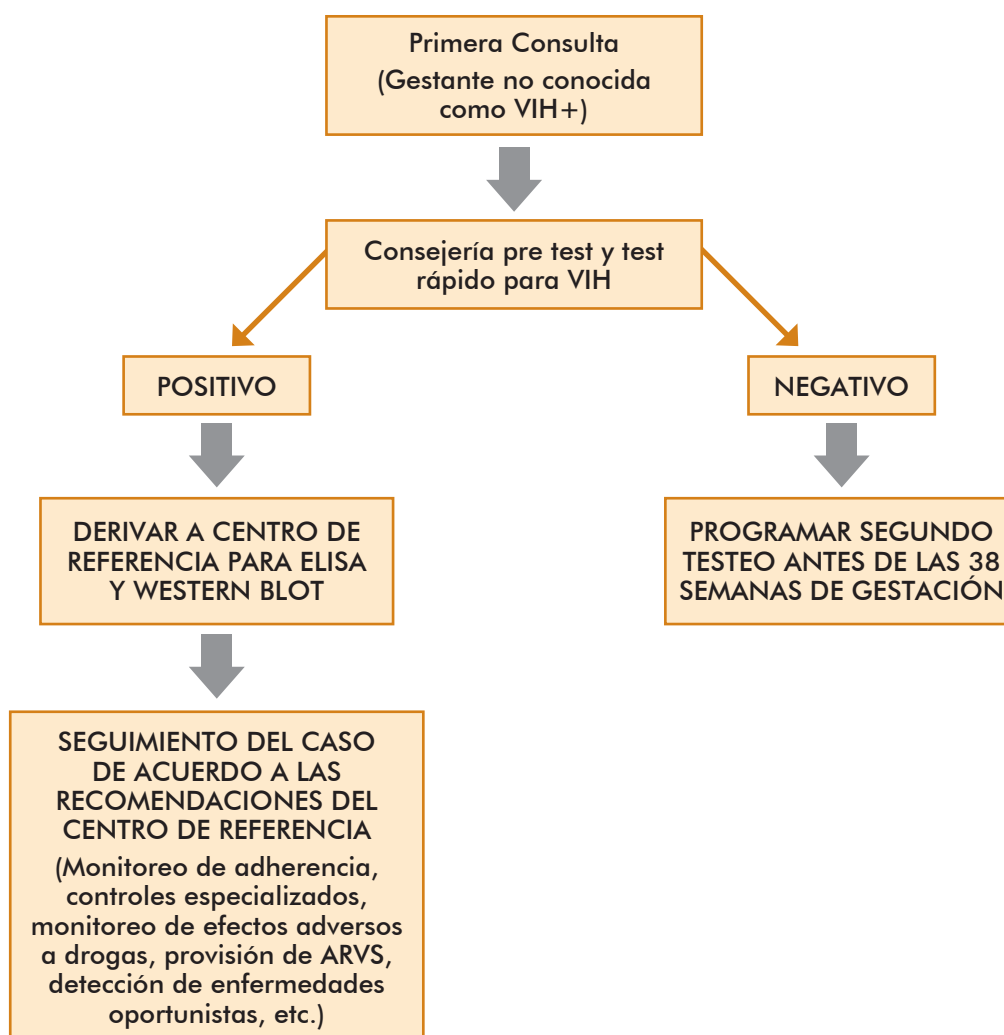
Objetivo

Realizar examen minucioso en búsqueda de signos de ITS en la embarazada y en la pareja

Apreciación Diagnóstica y Plan

Proceda según el siguiente algoritmo

Algoritmo para el despistaje de VIH en gestantes que acuden a controles prenatales regulares



OBS: Para mujeres que acuden en trabajo de parto sin control prenatal existe un protocolo diferenciado, de acuerdo a norma técnica. Requiere de la disponibilidad de drogas para la profilaxis de la transmisión perinatal

Sífilis en la embarazada

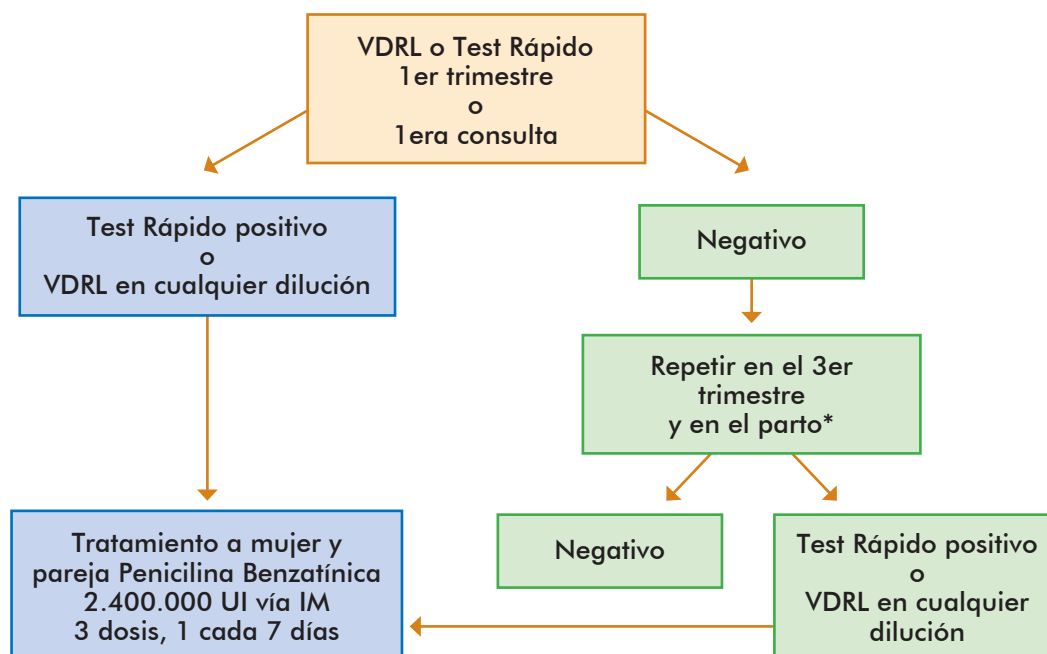
A toda embarazada realizar el despistaje para sífilis, independiente de los factores de riesgo, edad, etc.

Objetivo

Realizar examen minucioso en búsqueda de signos de ITS en la embarazada y en la pareja.

Apreciación Diagnóstica y Plan

Proceda según el siguiente algoritmo



* Remitir inmediatamente al RN al especialista si VDRL positivo en el parto o la madre no fue tratada cuatro semanas antes del mismo.

NUNCA olvidar investigar y tratar a la pareja sexual

Para la prevención de la transmisión vertical de la sífilis el único antibiótico efectivo es la penicilina, es decir, una embarazada con sífilis que recibe tratamiento diferente a la penicilina en el esquema estipulado, tendrá probablemente un RN con sífilis congénita.

La incidencia de reacciones alérgicas a la penicilina está **sobrealorada**. Son pocos frecuentes, con una incidencia de 1 a 4 por cada 10.000 personas tratadas, y 1 a 2 reacciones anafilácticas graves por cada 100.000 tratamientos. Se estima que solamente un 10% de las personas que refieren haber tenido reacciones alérgicas graves a la penicilina permanecen alérgicas¹.

¹ CLAP/SMR N° 1570, Guía clínica para la eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe, 2010

Las contraindicaciones de uso de penicilina solamente son reacción anafiláctica previa comprobada y el síndrome de Stevens Johnson².

Manejo de Pre-eclampsia

Es un proceso evolutivo de gravedad creciente y una de las tres primeras causas de mortalidad materna, de ahí la importancia de su detección precoz, manejo adecuado y tratamiento oportuno.

Cifras tensionales $\geq 130/90$ mm.Hg., o un aumento de 30 mm.Hg. de la PA sistólica y 15 mm.Hg. de la diastólica en relación a las cifras tensionales previas, en dos determinaciones separadas por un lapso de 4 horas, con o sin proteinuria, son criterios diagnósticos.

Subjetivo

Detectar el riesgo de desarrollar hipertensión inducida por el embarazo. Son factores predisponentes: nuliparidad, embarazo múltiple, obesidad, antecedentes familiares

o personales de preeclampsia-eclampsia, diabetes mellitus pregestacional, consumo de drogas, edades extremas (menor de 18 años y mayor de 35 años), trombofilias, enfermedad renal crónica, enfermedades autoinmunes, alcoholismo, tabaquismo, etc.

Investigar antecedente de hipertensión arterial o crisis hipertensiva antes del embarazo.

Objetivo

Registro de presión arterial en los cuatro miembros en la primera consulta y un miembro en las siguientes. En caso de sospecha solicitar controles diarios de presión arterial domiciliaria o en la USF por tres días.

Apreciación diagnóstica

Proceda al diagnóstico y clasificación en base a lo siguiente

Clasificación y criterios diagnósticos de Pre-eclampsia

² Normas para el tratamiento de la sífilis en la embarazada, PRONASIDA, MSP y BS 2009

PREECLAMPSIA LEVE	PREECLAMPSIA SEVERA
Tensión arterial $\geq 130/90$ mm.Hg, o un aumento de 30 mm.Hg de la sistólica y 15 mm.Hg de la diastólica en relación a las cifras tensionales previas, después de la semana 20 del embarazo MÁS Proteinuria > 300 mg/l. en orina de 24 horas y/o proteinuria cualitativa de 1 a 2 (+) Edema localizado que compromete las manos, la cara y las piernas. En la actualidad se acepta que el edema no es indispensable en el diagnóstico de preeclampsia No hay compromiso de órganos blanco	Presión arterial sistólica ≥ 160 y diastólica ≥ 110 mm.Hg en 2 o más ocasiones ó aumento de 30mmHg. Proteinuria ≥ 1 gr/l. en orina de 24 horas y/o proteinuria cualitativa de 3 o más (+) Compromiso de órgano blanco definido como: -oliguria (menos de 400cc en 24 horas) -trastornos cerebrales o visuales (cefalea, acúfenos, visión borrosa, moscas volantes, fosfenos y mareos) -edema pulmonar -epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho con signos de disfunción hepática -trombocitopenia -restricción del crecimiento intrauterino -oligoamnios -hiperreflexia Aumento de la creatinina sérica > 1.2 mg/dl Aumento de urea y ácido úrico Recuento de plaquetas de menos de 100.000 /mm³ y/o evidencia de anemia hemolítica microangiopática (con LDH aumentada) Enzimas hepáticas elevadas (GOT/GPT) Exudados o papiledema en el fondo de ojo Es criterio diagnóstico la presencia de cualquiera de estos factores

Observacion: Ver anexo, cuadro de Clasificación de estados hipertensivos en el embarazo para conocimiento de otros estados hipertensivos del embarazo.

Plan

En caso de detección de hipertensión arterial: sin síntomas, (PA $\geq 130/90$) iniciar tratamiento con alfa metildopa 500 mg cada 12 horas y derivar a atención especializada en 48 horas. Si presenta síntomas derivar inmediatamente.

Si la embarazada se encuentra en la semana 27 iniciar maduración pulmonar con uno de los siguientes y DERIVAR:

- Betametasona 12 mg IM cada 24 horas por 2 días
- Dexametasona 6 mg IM cada 12 horas por 2 días

Continuar seguimiento de la paciente según criterios del especialista.

Medidas farmacológicas

MEDICAMENTO	DOSIS	EFEECTO
ALFAMETILDOPA	1000 a 2000 mg/día fraccionado en 2 a 4 dosis	Agonista alfa adrenérgico central, que disminuye la resistencia periférica Tratamiento de referencia, de primera elección para la mayoría de las sociedades científicas. Seguridad bien documentada luego del 1 trimestre

Anexos

FORMULARIO DE CLASIFICACIÓN

CRITERIOS PARA CLASIFICAR A LAS MUJERES PARA EL COMPONENTE BÁSICO DEL MODELO DE ATENCIÓN PRENATAL

Nombre de la paciente:Número de Historia clínica.....

Dirección:.....Teléfono:.....

INSTRUCCIONES: responda las siguientes preguntas con una cruz en el casillero correspondiente

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- Muerte fetal o muerte neonatal previa
- Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos
- Peso al nacer del último bebé de menos de 2500gr.
- Peso al nacer del último bebé de más de 4500gr.
- ¿Tuvo una internación por HTA o preeclampsia en el último embarazo?
- Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical)

NO	SI
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

EMBARAZO ACTUAL

- Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple
- Menores de 16 años de edad
- Más de 40 años de edad
- Isoinmunización Rh (-) en el embarazo actual o en embarazos anteriores
- Hemorragia vaginal
- Masa pélvica
- Presión arterial diastólica de 90 mm.Hg o más durante el registro de datos

NO	SI
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

HISTORIA CLÍNICA

Diabetes mellitus insulín dependiente

Neuropatía

Cardiopatía

Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol)

Cualquier otra enfermedad o afección médica severa

NO	SI
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Por favor especifique la enfermedad o afección médica severa.....
.....

Una respuesta SÍ en cualquiera de las preguntas anteriores significa que la mujer no es elegible para el componente básico del nuevo modelo de control prenatal

¿Es elegible?

Maque con un círculo

NO

SI

Si la respuesta es NO, será derivada a.....

Fecha:.....Nombre:.....Firma:.....

Personal responsable de APN

Este formulario de clasificación se usa desde la primera visita prenatal, las mujeres que responden "sí" a cualquiera de las 18 preguntas no son elegibles para el componente básico del nuevo modelo de atención prenatal de la OMS y deben ser derivadas a atención especializada.

Clasificación de estados hipertensivos en el embarazo

TRASTORNO	DEFINICIÓN
HIPERTENSIÓN CRÓNICA O PRE-GESTACIONAL	Es cuando se constata hipertensión fuera del embarazo, o en las primeras 20 semanas de gestación, o que se diagnostica por primera vez durante el embarazo y que no se resuelve en el post parto
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL (O TRANSITORIA O INDUCIDA POR EL EMBARAZO)	Es aquella que se diagnostica por primera vez después de las 20 semanas de gestación sin proteinuria
PREECLAMPSIA	Estado hipertensivo que se diagnostica luego de 20 semanas del embarazo, se acompaña de proteinuria y revierte en los días sucesivos al parto
ECLAMPSIA	Preeclampsia que sobreagrega convulsiones y/o coma Es una complicación obstétrica de extrema gravedad y alta mortalidad materna y fetal.
PREECLAMPSIA SOBREIMPUESTA A HIPERTENSIÓN CRÓNICA	Sobre un proceso hipertensivo crónico aumentan las cifras de presión arterial y se instala una proteinuria que desaparece con la finalización del embarazo

CLAP/SMR Publicación científica N° 1573 – 2010 Guías para el Continuo de Atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS



Bibliografía

CLAP/SMR Publicación científica N° 1573, Guías para el Continuo de Atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS, 2010

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social -Paraguay, Norma Nacional De Atención Prenatal, 2006

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada-Manual Técnico, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno n° 5, Brasília – DF, 2005

Dirección General de Salud Pública/Consejería de Sanidad Gobierno de Cantabria, Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio, 2007

UNDP/UNFPA/OMS/ Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana (PRH) del Banco Mundial, "Estudio de atención prenatal", 2001

MSP y BS-Paraguay, Manejo de Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en la Atención Primaria de Salud, 2009

CLAP/SMR N° 1570, Guía clínica para la eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe, 2010

SHR/OMS Ginebra, Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto, 2002

MSP y BS-Paraguay, Contenido programático para los Equipos de Salud de la Familia, 2010



PROTOCOLO **1**

**Atención prenatal en
atención primaria
de la salud**