

Guías de abordaje y seguimiento

Guía de exámenes básicos para el Control del Proceso Reproductivo (CPR)

Coordinación científica EPS SURA / Marzo de 2013

Los conceptos y recomendaciones establecidos en estas Guías de Abordaje pretenden orientar la gestión y el manejo de las pacientes gestantes de riesgo general y algunas de sus co-morbilidades y complicaciones, sin embargo, toda paciente deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración de esta guía se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden surgir cambios sobre opciones de diagnóstico, tratamiento y farmacoterapia.

Se sugiere al personal de salud que utilice estas fichas y complementar la información con los anexos bibliográficos y otros documentos digitales facilitados. Igualmente, recomendamos estar atentos a los cambios que se presenten en el tema en cuestión.

PARA TODAS LAS GESTANTES:

- Priorizar a la gestante en TODAS las atenciones de Salud que se realicen.
- Ingreso prioritario y oportuno al CPR. (Óptimo : 1er. trimestre. Oportunidad ingreso: 8º día).
- Exámenes básicos CPR o según enfermedad concomitante.
- TODAS las evaluaciones de la gestante deben ser por Médico.
- **SIEMPRE:** Eduque a la gestante sobre los signos de alarma y atención oportuna.
- **SIEMPRE:** Buscar factores de riesgo y desencadenantes.
- **SIEMPRE:** Realice interrogatorio y examen físico completo.
- **SIEMPRE:** Diligenciar historia clínica del Clap (IPSØ o Físico) y carné de la materna.
- **SIEMPRE:** Clasificación PROD (Probable Riesgo Obstétrico Detectado) en cada atención. Ver tabla de riesgo.
- **SIEMPRE:** Eduque a su paciente sobre la importancia del control prenatal.
- **SIEMPRE:** Eduque a la GESTANTE sobre la importancia y el uso del carné prenatal.
- **SIEMPRE:** Procure que la gestante esté acompañada por su compañero en los CPN.
- **SIEMPRE:** Interprete los hallazgos.
- **SIEMPRE:** Entregue por escrito los signos de alarma.
- **SIEMPRE** que solicite prueba de VIH, agregue como código diagnóstico Z717.
- **SIEMPRE** recomienda la asistencia al curso educativo Mamás consentidas.

RECUERDE

Realizar una codificación según CIE 10 de acuerdo con los hallazgos encontrados.

RECUERDE

Los embarazos en adolescentes deben tener un SEGUIMIENTO Y CUIDADO ESPECIAL.

PERIODICIDAD DE LAS CONSULTAS DE RIESGO BÁSICO

MENSUAL: Hasta la semana 36.

QUINCENAL: De la semana 36 al final del embarazo.

Otro riesgo: evaluación individual.

DIAGNÓSTICO

Prueba Inmunológica de Embarazo (PIE) positiva o confirmación del embarazo por cualquier método

En cualquier trimestre en el que se le detecte a la usuaria el embarazo y se la ingrese al programa, se le debe realizar el total de los exámenes básicos de ingreso y los de seguimiento según la edad gestacional en que se encuentre.

EVALÚE Y TENGA EN CUENTA **SIEMPRE** EN CADA ATENCIÓN DE LA GESTANTE PARA DEFINIR RIESGO OBSTÉTRICO

ANTECEDENTES PERSONALES

- Hipertensión crónica.
- Infección urinaria recurrente.
- Hipotiroidismo.
- Infertilidad.
- Diabetes.
- Rh (-).

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

- Adolescente o mayor de 35 años.
- Estatura menor a 1,40 mts.
- Evalúe IMC <18 o >25 (remita a nutrición).

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- Preeclampsia o HIE en embarazos anteriores.
- Intervalo intergenésico < de 2 años.
- Multiparidad (más de 3 partos).
- Hemorragias tercer trimestre.
- Parto anterior pretérmino.
- 2 abortos consecutivos.
- Hemorragia posparto.
- Antecedente de RCIU.
- Cesárea o cirugía uterina.
- Cirugía ginecológica previa.
- Malformaciones congénitas.
- Mortinato o muerte neonatal.

EMBARAZO ACTUAL

- Discordancia entre **Edad Gestacional** y **Altura Uterina**.
- Presentación anormal en embarazo mayor a 31 semanas.
- Comportamiento sexual de riesgo.
- Infección urinaria recurrente.
- APP.
- VDLR positivo.
- Embarazo múltiple.
- Estilo de vida no saludable.
- VIH indeterminado o positivo.

EVALÚE ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL PRENATAL (Herrera J.) Y TENGA EN CUENTA EN CADA ATENCIÓN A LA GESTANTE PARA DEFINIR RIESGO OBSTÉTRICO

ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL PRENATAL		
	Clasificación	Puntos
Historia reproductiva		
Edad	<16 años 16-35 años >35 años	1 0 2
Paridad		
	0 1-4 >4	1 0 2
Cesárea previa		1
Preeclampsia o hipertensión		1
Abortos recurrentes o infertilidad		1
Hemorragia postparto o remoción		
Manual de placenta		1
Peso del recién nacido		
Mortalidad fetal tardía o neonatal temprana	<2.500 g o 4.000 g	1 1
Trabajo de parto anormal o dificultoso		1
Cirugía ginecológica previa		1
Embarazo actual		
Enfermedad renal crónica		2
Diabetes gestacional		2
Diabetes preconcepcional		3
Hemorragia	<20 semanas ≥20 semanas	1 2
Anemia	(Hb <10g/l)	1
Embarazo prolongado	(>42 semanas)	1
Hipertensión arterial		2
Polihidramnios		2
Embarazo múltiple		3
Presentación de frente o transversa		3
Isoinmunización		3
Riesgo psicosocial		
Ansiedad severa		1
Soporte social familiar inadecuado		1

↓
Alto riesgo biopsicosocial: ≥3 puntos

- Se recomienda, como parte del tamizaje de violencia doméstica, que a la mujer embarazada se le pregunte:
1. ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue golpeada, abofeteada, pateada o lastimada físicamente de otra manera?
2. ¿DESDE QUE ESTÁ EMBARAZADA, ha sido golpeada, abofeteada, pateada o lastimada físicamente de otra manera?
3. ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue forzada a tener relaciones sexuales?
4. Se recomienda que en el **primer control prenatal**, en la semana 28 de gestación y en la consulta de puerperio se identifique el riesgo de depresión postparto mediante dos preguntas:
- Durante el mes pasado ¿se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza con frecuencia?
 - Durante el mes pasado ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas?
- Una tercera pregunta se debe considerar si la mujer responde "sí" a cualquiera de las preguntas iniciales:
- ¿Siente que necesita ayuda?

REMITA PARA EVALUACIÓN POR EQUIPO PSICOSOCIAL DE LA IPS BÁSICA

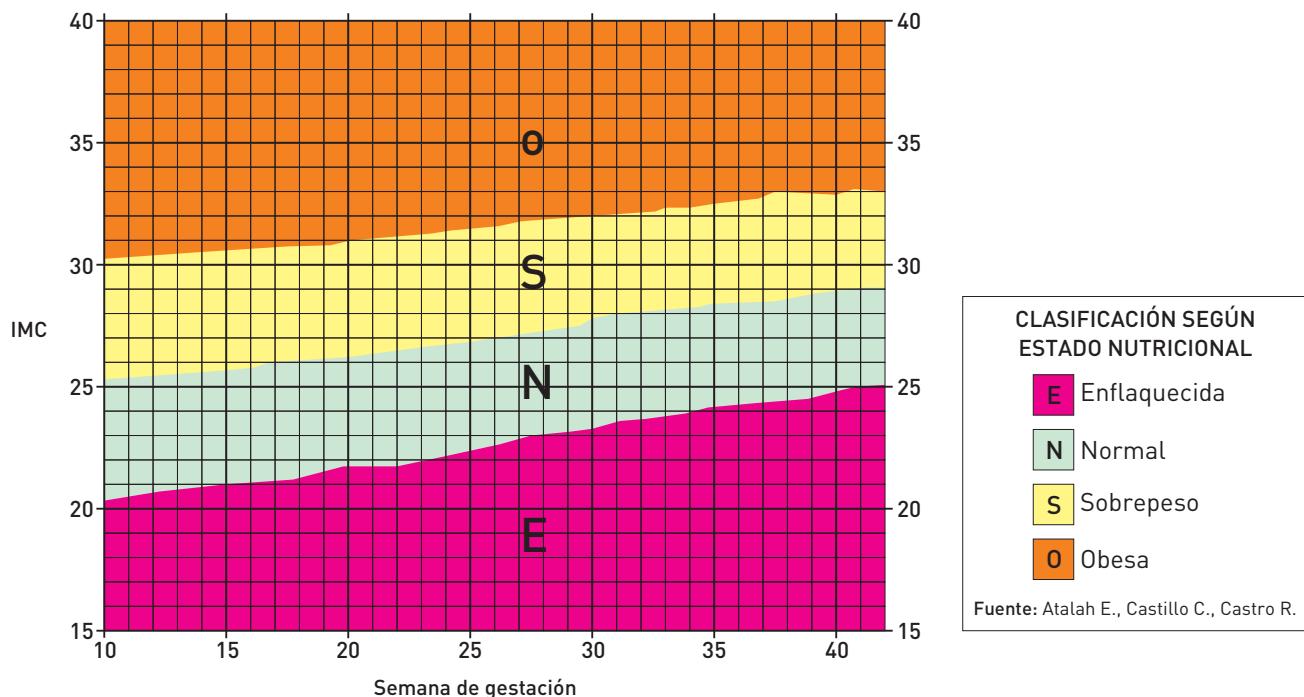
Si la respuesta es positiva a una de las anteriores, se debe reportar el caso y orientar a la gestante a recibir apoyo de un equipo multidisciplinario.

EVALÚE ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN CADA ATENCIÓN DE LA GESTANTE. IMC: Peso/talla 2

Se recomienda registrar el Índice de Masa Corporal (IMC) de la gestante en la cita de inscripción al control prenatal (alrededor de la semana 10) y con base en éste establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación de acuerdo con los siguientes parámetros.

Continúa >>

GRÁFICA PARA LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE LA EMBARAZADA SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL



EXÁMENES DE LABORATORIO BÁSICOS PARA EL INGRESO AL CONTROL DEL PROCESO REPRODUCTIVO

ORDENE:

- HEMOGLOBINA (902213)
- HEMATOCRITO (902211)
- HEMOCLASIFICACIÓN SANGUÍNEA (902212): Si la Gestante NO tiene previa o NO la demuestra. Si RH(-) y/o incompatibilidad ABO: Solicitar HEMOCLASIFICACIÓN al compañero.
- COOMBS INDIRECTO (902203): a todas Rh (-), sin exclusión por el número de gestaciones y/o Rh de la pareja.
- SEROLOGÍA (VDRL) (906916): Si reactivo estudie al compañero y utilice guía de Sífilis Gestacional.
- UROCULTIVO Y ANTIBIOPRAGMA (901235): No se debe realizar citoquímico de orina.
- GLUCEMIA EN AYUNAS (903841): Si hay riesgo de Diabetes Gestacional, obesidad, historia familiar de Diabetes, bebés anteriores macrosómicos. HIPERTENSIÓN, HDL >35 mg/dl - Triglicéridos >250 mg.
- INMUNOGLOBULINA G PARA TOXOPLASMA (906128): Si hay factores de riesgo o sospecha (ver guía Toxoplasmosis).

ORDENE:

- GRAM Y DIRECTO DE FLUJO VAGINAL (901107): Si hay signos o síntomas, antecedentes de APP o historia de Vaginosis o Vaginitis. Historia de abortos anteriores, historia de RPM o comportamiento sexual de riesgo.

"Sospecha vaginosis, el 50% son asintomáticas"
 Si G y D POSITIVOS, repetir después de tratamiento para confirmar resultado"
 "No se deben tratar los flujos vaginales por clínica"

- PRUEBA DE VIH1 (906128): (Previo consentimiento informado). Se debe realizar asesoría pre-test y post-test (si positivo estudie al compañero).

-ECOGRAFÍA:

- Ordenar ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA (881431): > de 14 semanas de gestación.
- Ordenar ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL (881432): Entre 6 y <14 semanas de gestación.
- AgSHB (906317): Si no tiene esquema de vacunación completo verificado.

DIRECCIÓN A EVALUACIÓN
ODONTOLOGÍCA

PRESCRIBA: Ácido fólico + fumarato ferroso,
cod. 8083 y calcio(8083), 2 tab. 600 mg.

2o. TRIMESTRE 13-28 SEMANAS

ORDENAR PARA SEGUIMIENTO BÁSICO

- Serología (VDRL) (902203).
- Citología vaginal tumoral (20301) si no se tiene en el último año o presenta alguna indicación.
- Glucosa pre y post cargo de 75 gr. (exclusivo CPN). 9038451.
- Ecografía obstétrica.

PRESCRIBA
 -Ácido fólico + fumarato ferroso,
cod. 15025 y calcio[8083] 2 tab. 600 mg.

Tamizaje Diabetes Mellitus Gestacional (DMG):

- Glucosa pre y post carga de 75 gr. (exclusivo CPN) 9038451.
- Sin diagnóstico previo de diabetes evidente.
- Debe ser realizada en la mañana con ayuno nocturno de al menos 8 horas.
- Esta prueba remplazará a la PTOG con carga de 50 o 100 g (O Sullivan).

Criterios diagnósticos de DMG:

Cuando se excede cualquiera de los siguientes valores en la PTOG:

- Ayunas ≥ 92 mg/dL
- 1 h ≥ 180 mg/dL
- 2 h ≥ 153 mg/dL

No se debe comprobar con pruebas adicionales.

VERIFIQUE

- Estado de vacunación y direccione al centro de vacunación de la IPS para APLICACIÓN DE TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO, completar esquema de vacunación individual de cada usuaria. (A la gestante se le deben aplicar dos dosis con un intervalo de un mes entre ellas, en los primeros siete meses del embarazo).
- Verificar historia clínica de vacunación por carné o por historia clínica, (evaluar y verificar) NUNCA VERBAL.
- No vacunar contra Hepatitis B.
- Vacuna de Fiebre Amarilla sólo si va a viajar a una zona endémica.
- Recomiende aplicación de Influenza Estacional (no incluida dentro del Programa Ampliado de Inmunizaciones y calcule riesgo).

TERCER TRIMESTRE 29-40 SEMANAS**ORDENE:**

- | | |
|--|---|
| - HEMOGLOBINA (902213). | - VIH 1 (906128). |
| - HEMATOCRITO (902211). | - GRAM Y DIRECTO DE FLUJO VAGINAL (901107) (Si hay signos o síntomas, antecedentes de APP o Historia de Vaginosis o Vaginitis. Historia de abortos anteriores o antecedentes de RPM). |
| - PARCIAL DE ORINA (907106). | |
| - SEROLOGÍA (VDLR)(906916). | |
| - ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA (881431) si hay indicación. | |

No se recomienda realizar tamizaje de rutina para Estreptococo del Grupo B durante las semanas 35 a 37 de gestación con cultivo rectal y vaginal.

Si se detecta presencia de Estreptococo del Grupo B en un Urocultivo tomado en el último trimestre, se recomienda dar tratamiento sin necesidad de realizar tamizaje con cultivo rectal y vaginal o antecedente de infección en otro embarazo.

Se recomienda profilaxis antibiótica preparto para SGB cuando existan factores de riesgo de enfermedad temprana Stafilococo Grupo B.

CONTINÚE: Ácido fólico + fumarato ferroso, cod. 15025 y calcio, 2 tab. 600 mg. Hasta dos meses pos-parto.

En la última consulta prenatal se le debe recomendar a las gestantes que no hayan tenido el parto a la semana 40, asistir a la IPS básica para definir la atención del parto.

Recomendaciones a tener en cuenta

- Toda precesareada debe tener evaluación especializada después de las 32 semanas para definir vía del parto.
- Toda paciente con IMC <18>25 debe tener evaluación y seguimiento por nutrición.
- En la gestante no se recomienda realizar examen rutinario de seno.
- No debe utilizarse de forma rutinaria el Monitoreo Fetal sin estrés (recomendación tipo B).
- No se recomienda el uso rutinario de Doppler de Arteria fetal (recomendación tipo B).
- No se debe recomendar de forma rutinaria el perfil biopsico (recomendación tipo C).
- No se recomienda el uso rutinario de vitamina D y A en pacientes gestantes sin ninguna patología específica.
- Si el resultado de Urocultivo es (-) en el tamizaje de bacteriuria asintomática, no se recomienda realizar uno nuevamente durante la gestación.
- No realizare perfil biofísico rutinario.

En caso de recidiva o resistencia de la infección por bacteriuria asintomática, se recomienda que la paciente sea referida a continuar su control por obstetricia.

RECOMENDACIONES QUE SE LE DEBEN REALIZAR A TODA GESTANTE PARA CONSULTA DE ATENCIÓN MÉDICA PRIORITARIA O URGENTE

Se recomienda advertir a todas las gestantes sobre la necesidad de consultar por urgencias si experimentan algunos de los siguientes síntomas asociados a preeclampsia, eclampsia o Síndrome Hellp:

- Cefalea severa.
- Alteraciones visuales como visión borrosa o fosfeno.
- Vómito.
- Edema matutino de cara, manos o pies.

Se recomienda advertir a las embarazadas que deben consultar por urgencias si se presenta sangrado durante el embarazo, ya que se asocia con resultados adversos como aborto, placenta previa, abrupcio de placenta, parto pretérmino, muerte fetal in utero y anomalías congénitas.

Se recomienda advertir a las embarazadas que el dolor abdominal tipo cólico irradiado a la espalda o a la cara anterior de los muslos, el aumento de las contracciones uterinas en comparación con el patrón anterior, el cambio en el color del moco vaginal, la pérdida de líquido claro, manchado o sangrado y la sensación de que el bebé ha descendido se asocian con el aborto o parto pretérmino, por lo cual debe consultar por urgencias.

Se recomienda advertir a las gestantes que síntomas tales como debilidad, cansancio fácil y sensación de vértigo se pueden asociar con anemia, por lo cual debe consultar a su IPS Básica.

Se recomienda advertir a la gestante que si presenta fiebre, dificultad respiratoria y tos, debe consultar a la IPS Básica.

Se recomienda advertir a la gestante que síntomas como disuria, polaquiuria y hematuria, se asocian a infección de vías urinarias, la cual puede desencadenar parto pretérmino y ruptura prematura de membranas por lo cual debe consultar a la IPS Básica.

POS-PARTO INMEDIATO (1-7 días del nacimiento)

VERIFIQUE SI EL NEONATO TIENE:

- TSH NEONATAL de cordón umbilical. (Deberán realizarse preferiblemente en el posparto inmediato).
- Si no se realiza de cordón umbilical, se debe realizar TSH NEONATAL de talón o sangre periférica en los cinco primeros días de nacimiento.
- HEMOCLASIFICACIÓN del bebé.
- DIRECCIONE: -INGRESO AL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (Metodología SIPI).
-INGRESO AL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
- Verifique esquema de vacunación BCG al recién nacido -ANTI HEPATITIS B-.
- DETECTE: Anemia materna, infección sobre-agregada puerperal y hemorragia en la madre.
- ESTIMULE: Vínculo afectivo y lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los dos años.

RECUERDE:

En el POSPARTO se debe considerar a la materna como paciente ESPECIAL, los cambios que presente se deben tener en cuenta y evaluarlos de forma integral, ya que las muertes maternas por complicaciones se presentan más frecuentemente en este período.

El seguimiento y los exámenes paraclínicos sugeridos en esta guía sólo pretenden orientar el seguimiento de la gestación, toda usuaria deberá tener un manejo INDIVIDUALIZADO según su anamnésis, examen físico y los factores de riesgo detectados.

Bibliografía

1. American College of Obstetricians and Gynecologists www.acog.org [Accesed on May 01, 2012].
2. The Management of Uncomplicated Pregnancy Working Group. DoD/VA Clinical Practice Guideline for the Management of Uncomplicated Pregnancy. Washington DC: Department of Defense and Veterans Administration, 2002.
3. Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care www.aafp.org.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence (see Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman). www.nice.org.uk [Accesed on April 19, 2012].
5. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Clinical practice Guidelines. Obstetrics. www.sogc.org [Accesed on May 01, 2012].
6. WHO Reproductive Health Library. Pregnancy and Childbirth. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/en/ [Accesed on May 01, 2012].
7. Recomendaciones preliminares no publicadas guías GAI Ministerio de Salud de Colombia.
8. Herrera JA, Hurtado H, Cáceres D. Antepartum biopsicosocial risk and perinatal outcome. Fam Pract Res J 1992;12: 391-399.
9. Herrera JA, Alvarado JP, Restrepo W. Riesgo biopsicosocial prenatal y preeclampsia. Atenc. Primaria 1995; 16: 552-555.