

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Para control prenatal con Enfoque de riesgo.

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-028-08

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**Z349 Supervisión de Embarazo Normal
Guía de Práctica Clínica Para el Control Prenatal Con Enfoque de Riesgo.**

GPC

ISBN: 978-607-7790-81-5

DEFINICIÓN

Embarazo normal: es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

FACTORES DE RIESGO

- 1.- El exceso de alcohol tiene efecto adverso en el feto. Por lo tanto se sugiere que la mujer embarazada limite su consumo a ocasiones esporádicas en cantidad no más de una unidad estándar por día.
- 2.- La mujer embarazada debe ser informada acerca de los riesgos específicos por el tabaco durante el embarazo. Hacer énfasis en los beneficios de suspender el tabaquismo; ofrecer intervención para suspender el tabaquismo. Las intervenciones que parecen ser efectivas incluyen consejos por médicos, sesiones de grupo y terapia de adicciones (basado en manuales de auto ayuda).
- 3.- Los profesionales de la salud, deben estar alertas ante síntomas de violencia intrafamiliar; dar la oportunidad de denunciar la violencia, propiciar un ambiente donde las pacientes se sientan seguras y en caso necesario referirlas a centros de apoyo emocional.
Se requiere mayor número de investigaciones para establecer el tamiz de violencia intrafamiliar más apropiado
- 4.- En etapas tempranas del embarazo, preguntar si se ha tenido enfermedades psiquiátricas. Las mujeres que han tenido en el pasado una historia de trastornos serios psiquiátricos, deben ser referidas a psiquiatría durante el periodo prenatal
- 5.- No debe ofrecerse rutinariamente a las mujeres embarazadas la escala de depresión postnatal de Edimburgo, ya que no ha demostrado su efectividad.

6.- Independientemente de la edad gestacional, en la primera consulta, el médico familiar, debe identificar los factores de riesgo para resultados adversos del embarazo. Identificar los que son modificables y dar indicaciones precisas.

7.- Se han identificado factores de riesgo para resultados adversos del embarazo que son modificables:

- a) Exposiciones laborales a tóxicos, químicos, incluyendo agentes anestésicos, solventes y pesticidas y enfermedades infecciosas.
- b) Trabajar mas de 36 horas por semana, o 10 horas por día
- c) Posición de pie por tiempo prolongado (mas de 6 hrs por turno)
- d) Levantar objetos pesados
- e) Excesivo ruido
- f) Combinados (mas de 4 hrs de pie por turno, estrés mental, trabajo en ambiente frío, ruido intenso).
- g) Factores de riesgo para enfermedades infecciosas
- h) Enfermedades hereditarias
- i) Automedicación
- j) Historia de abuso sexual, físico o emocional
- k) Inadecuada nutrición
- l) Tabaquismo
- m) Abuso de sustancias (alcohol, cocaína etc.)
- n) Factores de riesgo para parto pre termino, bajo peso al nacer, enfermedades hipertensivas del embarazo
- o) Factores de riesgo para malformaciones y otros resultados adversos.

8.- Los factores de riesgo no modificables y que incrementan significativamente la probabilidad de resultados adversos expresarán la necesidad de derivar a la paciente

9.- La mayoría de las mujeres pueden continuar trabajando durante el embarazo. Debe indagarse la ocupación de la mujer embarazada e identificar a las que tienen riesgo por exposición laboral.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- 1.- Se debe aconsejar que inicie o continúe con ejercicio moderado durante el embarazo, esto no está asociado con resultados adversos.
- 2.- La mujer embarazada debe ser informada del daño potencial de ciertas actividades durante el embarazo por ejemplo deportes de contacto, deportes de alto impacto, ejercicios vigorosos (tenis).
- 3.- Se debe informar que no existe evidencia de que la actividad sexual durante el embarazo se relacione con resultados adversos
- 4.- La mujer embarazada debe ser informada acerca del uso correcto del cinturón de seguridad.
- 5.- A la mujer embarazada se le debe ofrecer la oportunidad de asistir a clases de cuidados prenatales y tener la información por escrito acerca de los cuidados prenatales
- 6.- Se le debe ofrecer información basada en la evidencia durante su capacitación para la toma de decisión informada respecto a sus cuidados. La información debe incluir detalles de donde y quién le dará la atención prenatal. La decisión de la mujer embarazada debe ser reconocida y agregarse al proceso de toma de decisiones.
- 7.- Desde el primer contacto con la mujer embarazada se le debe ofrecer información acerca de los cuidados del embarazo, servicios y opciones disponibles, consideraciones al estilo de vida incluyendo información acerca de la dieta, y pruebas de laboratorio
- 8.- En cada cita prenatal la enfermera materno infantil y los médicos deben ofrecer información clara y consistente, se debe dar oportunidad a la mujer embarazada para discutir sus problemas, dudas y preguntas.
- 9.- Trabajo social en coordinación con enfermera materno infantil deberán capacitar grupos de embarazadas, con información basada en evidencia en relación a los cuidados prenatales que de forma integral mejoran los resultados perinatales, y los derechos que tiene dentro del IMSS durante su atención prenatal, para que sea capaz de tomar decisiones informadas. Establecer un plan para que la paciente reconozca datos de alarma, durante el embarazo y al momento del parto, para que pueda tomar la decisión de acudir a urgencias obstétricas en caso necesario
- 10.- Proporcionar educación y promoción para la salud de la embarazada y su familia (estilos de vida, prevención de accidentes, adherencia a tratamientos, identificar síntomas y signos de alarma).

INTERROGATORIO

1.- La náusea es el síntoma gastrointestinal más común durante el embarazo, ocurre entre 80 y 85% durante el primer trimestre, se asocia con vómito en 52% de los embarazos. Usualmente se presenta en las primeras 8 semanas de gestación y desaparece a las 16 a 20 semanas de gestación en 11 a 18% predomina por la mañana. Recomendar alimentos no condimentados ni irritantes y dieta seca fraccionada en quintos.

2.- La pirosis se presenta durante el primer trimestre en 22% de las mujeres, 39% en el segundo y 72% en el tercer trimestre.

Este síntoma mejora con el cambio en el estilo de vida, que incluye corrección de la postura, especialmente después de la comida, dormir en posición apropiada, fraccionar la comida, reducir alimentos irritantes como el café

3.- El dolor epigástrico puede ser manifestación de enfermedad acidopéptica, pero siempre habrá que diferenciarlo del dolor epigástrico asociado a preeclampsia.

4.- Se ha observado que a las 14 semanas de gestación, 39% de las mujeres embarazadas reportan síntomas de constipación, 30% las 28 semanas y 20% a las 36 semanas.

El uso de suplementos de fibra mejoran significativamente el síntoma.

5.- Una dieta baja en fibra es un factor precipitante para formación de hemorroides. El 8% de las mujeres experimentan hemorroides en el último trimestre del embarazo.

Su tratamiento incluye modificación de la dieta.

6.- Las varices pueden causar edema y prurito, el uso de inmersión en agua fría parece proporcionar mejoría temporal, al igual que la compresión, sin embargo no se ha probado que exista efectividad en su uso.

7.- La presencia de exudado vaginal verdoso asociado con mal olor, prurito o ardor en la micción se asocia con vaginosis bacteriana y tricomonas. Cuando existe secreción blanquecina se relaciona a candidiasis vaginal. El exudado puede estar asociado a otras condiciones psicológicas, patológicas como dermatosis vulvar reaccional.

8.- El dolor de espalda se presenta en 35 a 61% de las pacientes embarazadas y del 47 al 60% de ellas lo refieren del 5° al 7° mes y de predominio nocturno; se atribuye al incremento de peso, alteración de la postura y al incremento de la hormona relaxina durante el embarazo.

Las técnicas para mejorar el sueño, masajes y ejercicios de relajación son efectivos para disminuir el dolor de espalda.

9.- Sangrado transvaginal en el primer trimestre del embarazo, con o sin dolor abdominal durante las etapas iniciales del embarazo afecta entre 16 y 25 % de todos los embarazos; una de sus principales causas es la amenaza de aborto. Esta condición clínica se diagnostica en ausencia de dilatación cervical y es susceptible de tratarse exitosamente en aproximadamente 50 % de los casos; cuando ya existe dilatación cervical se considera a la gestante con aborto en evolución. El aborto se asocia en 50 a 75 % de los casos con defectos de los cromosomas, con enfermedad materna (endocrinológica, inmunológica, infecciones) o con disfunción placentaria. Las intervenciones para su tratamiento no han probado su efectividad; el reposo en cama es el tratamiento más prescrito para la amenaza de aborto y es probable que sea efectivo sólo en la mitad de los casos en que se indica

10.- Cuando la placenta previa es sintomática se presenta sangrado transvaginal con dolor en el segundo o tercer trimestre; las mujeres con placenta previa tienen 14 veces más probabilidad de presentar este sangrado transvaginal. Los factores de riesgo para placenta previa son antecedentes de placenta previa, edad materna avanzada, multiparidad, tabaquismo, uso de cocaína, cesárea previa, antecedentes de abortos espontáneos o inducidos.

EXPLORACIÓN

1. Estatura en la primera consulta.
2. Peso e IMC en cada cita. Pesar regularmente como indicador de la dieta, hábitos y estilo de vida. Evitar restricción caloricoprotéica en la embarazada con sobrepeso u obesidad
3. A partir de las 24 semanas de gestación, medir fondo uterino en cada consulta (con técnica adecuada)
4. Durante todo el embarazo realizar toma de presión arterial (con técnica adecuada)
5. Auscultar frecuencia cardíaca fetal en cada consulta a partir de la semana 20-24
6. Considerar que las maniobras de Leopold tienen sensibilidad deficiente, si se sospecha presentación pélvica está indicado ultrasonido abdominal (semana 36)

ESCALAS

Estratificación con base en la magnitud del riesgo de desarrollar preeclampsia.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

- Realizar pruebas de tamiz para detectar anemia en la primera cita y a las 28 semanas de gestación. El rango de hemoglobina en la mujer embarazada a las 12 semanas es de 11g/dl y 10.5 g/dl de las 28 a las 30 semanas de gestación. Hay evidencia de asociación entre los niveles de hemoglobina de 8.5 g/dl a 10.5g/dl con parto prematuro y con niños con bajo peso al nacimiento
- A todas las embarazadas se debe realizar grupo y RH al inicio de la gestación. Es recomendable de rutina en mujeres RH negativas, no sensibilizadas, la profilaxis anti-D. Se debe efectuar tamiz para aloanticuerpos de eritrocitos atípicos, en el embarazo temprano y repetir a las 28 sdg de acuerdo a su estado inmunológico relacionado con RH. Las embarazadas con aloanticuerpos de eritrocitos atípicos significativos deberán ser atendidas en gineco-obstetricia
- Solicitar glucemia al inicio de la gestación y entre las 24 a 28 semanas de gestación. La diabetes gestacional tiene una incidencia de 2 a 3 %; el momento considerado más adecuado para investigar la enfermedad después de la glucemia basal en la primera consulta, es entre las semanas 24 a 28 de la gestación
- En la primer consulta prenatal debe ser realizada la detección de Sífilis (VDRL), y repetir la prueba si la paciente o su pareja refieren conducta de riesgo.Toda embarazada en que se reporte VDRL positivo debe ser enviada a Gineco-obstetricia
- Detectar bacteriuria asintomática con urocultivos en etapas temprana del embarazo. Al identificar bacteriuria proporcionar tratamiento ya que reduce el riesgo de parto pre termino.(ver GPC de infección de vías urinarias durante la gestación)
- No realizar detección de vaginosis bacteriana asintomática. En caso de presentar síntomas de vaginosis bacteriana corroborar diagnóstico con exudado y cultivo vaginal y proporcionar tratamiento
- La evidencia disponible no sustenta el tamiz de rutina para cytomegalovirus en mujeres embarazadas
- La detección de hepatitis C no se recomienda de "rutina" por deficiente evidencia de efectividad y costoefectividad. Se recomienda para mujeres con factores de riesgo (antecedentes de exposición a sangre o sus derivados, utilización de drogas parenterales, tatuajes, perforaciones, multiples parejas sexuales, VIH+)
- En la primera consulta prenatal de rutina, se debe ofrecer la detección de VIH. Toda paciente que resulte positiva a VIH se debe enviar de inmediato a segundo nivel de atención médica (Obstetricia)
- No se recomiendan las pruebas de detección de toxoplasmosis en la atención prenatal ya que es probable que los daños superen los beneficios

EXÁMENES DE IMAGEN

- Idealmente el ultrasonido debe realizarse entre las 10-13 semanas y usar la longitud cabeza-nalga como medida para determinar edad gestacional. Para las mujeres embarazadas quienes se presenten a las 14 semanas o más de gestación se debe ofrecer un ultrasonido para estimar la edad gestacional utilizando la circunferencia de la cabeza o diámetro biparietal
- No existe evidencia suficiente para recomendar el ultrasonido abdominal de rutina en embarazadas de bajo riesgo.
- No está indicado el uso de ultrasonografía Doppler durante la atención prenatal de rutina, para predicción de preeclampsia, de restricción de crecimiento fetal o muerte perinatal
- No existe evidencia de que, el efectuar la ecocardiografía para control prenatal de rutina modifique la morbilidad y mortalidad.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Las mujeres embarazadas y las que planean embarazarse deben ser informadas de la suplementación con ácido fólico antes de la concepción y hasta la semana 12 de gestación (reduce el riesgo de tener un bebé con defecto del tubo neural). La dosis recomendada es de 400 microgramos día
- La suplementación de hierro no debe ser ofrecida en forma rutinaria a todas las mujeres embarazadas.
- Aplicar Inmunizaciones principalmente toxoide tetánico.
- Hay insuficiente evidencia para evaluar la efectividad de la vitamina D en el embarazo. En la ausencia de evidencia del beneficio, la suplementación de vitamina D no debe ser ofrecida en forma rutinaria a la mujer embarazada.
- Informar que la ingesta de vitamina A (mayor de 700 microgramos) puede ser teratogénico y por lo tanto debe ser evitada. La mujer embarazada debe ser informada que el hígado y sus productos pueden contener altos niveles de vitamina A, el consumo de estos alimentos debe ser evitados
- Los antiácidos, se pueden ofrecer a las mujeres que persisten con pirosis a pesar de modificar su dieta y estilo de vida.

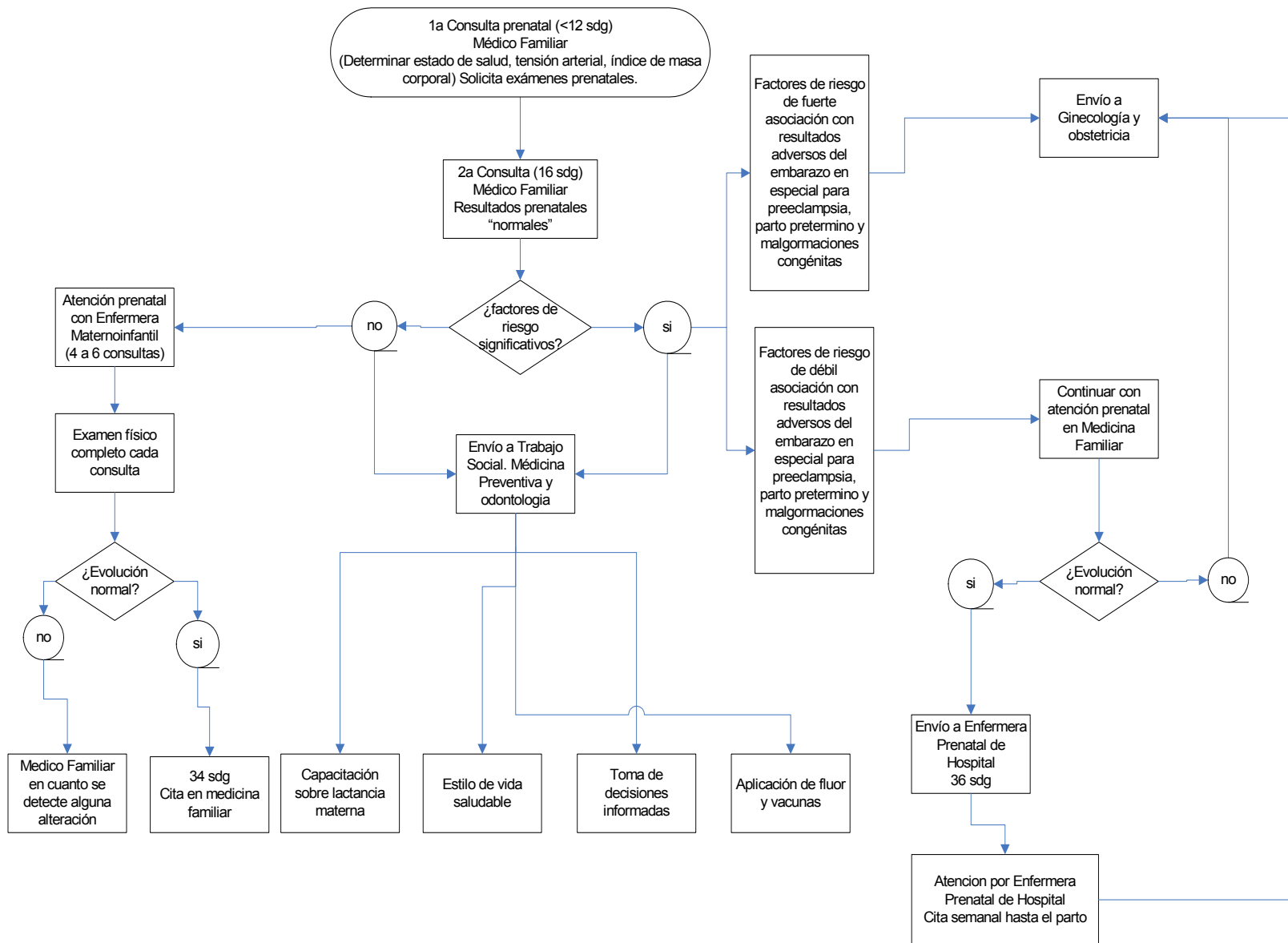
- Si persiste la constipación a pesar de la modificación en la dieta, indicar psyllium plántago, 2 cucharadas en agua a dosis respuesta
- Si a pesar de las modificaciones en la dieta los síntomas persisten, las cremas antihemorroideas se deben considerar
- Indicar Imidazole vaginal por 7 días en el caso de candidiasis vaginal o nistatina durante diez días por vía vaginal.
- Indicar metronidazol vaginal en el caso de tricomoniasis vaginal por diez días

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

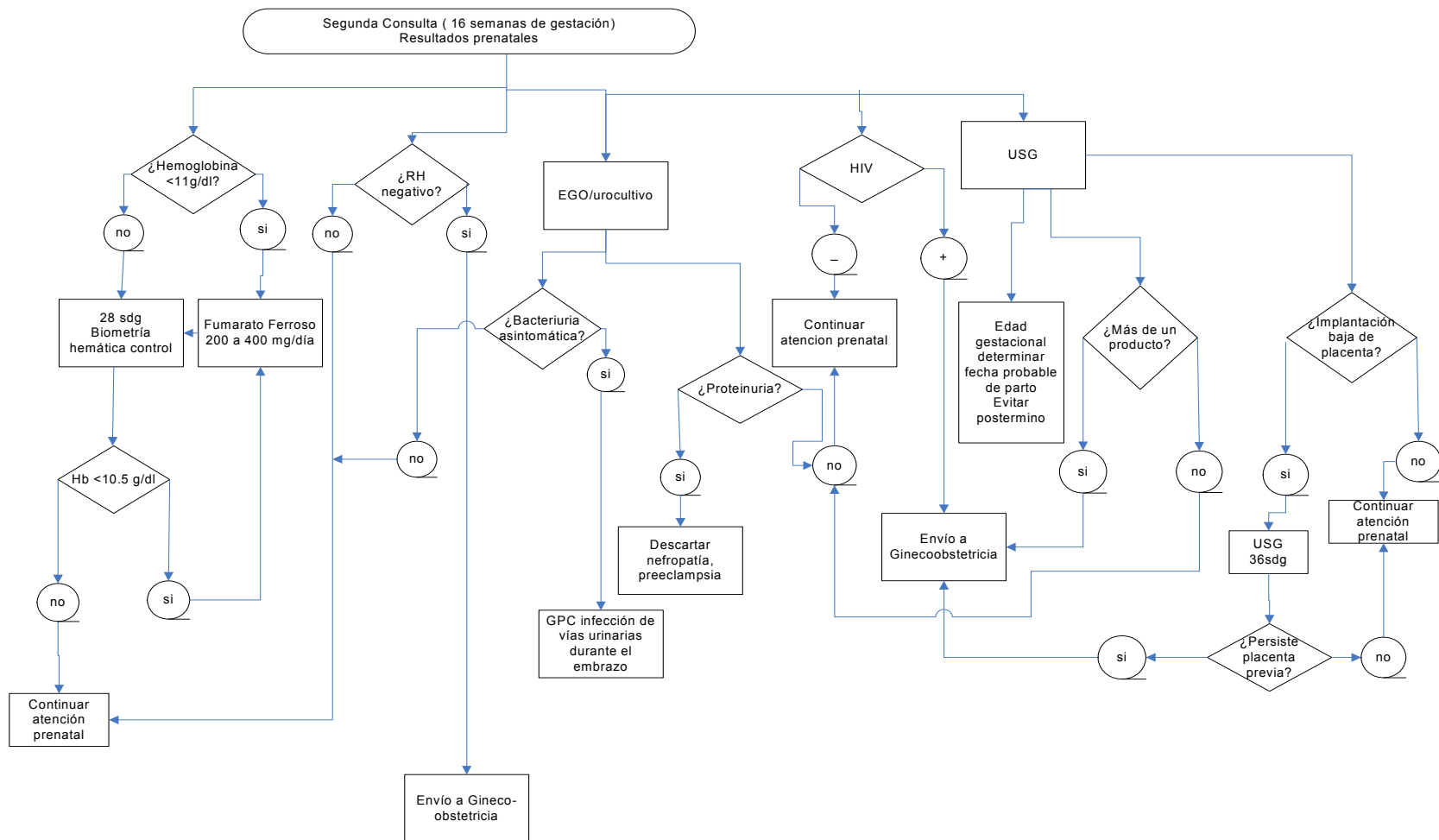
Se cuenta con evidencia de que los ejercicios del piso pélvico para fortalecer los músculos durante el primer embarazo reducen el riesgo de incontinencia urinaria post natal. En general en paciente primíparas y múltiparas.

ALGORITMOS

Algoritmo 1. Atención prenatal con enfoque de riesgo



Algoritmo 2. Exámenes de laboratorio



Algoritmo 3. Indicaciones de ultrasonografía abdominal.

