

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA CONTROL DE GESTANTES

Proyecto “Embarazo Saludable: Cuidado Pre-Natal en una Mochila”

Alta Verapaz y San Marcos (Guatemala)

Junio de 2015



ÍNDICE

- Introducción.....3
- 1º Control: 1º trimestre de gestación4
- 2º Control: 34-38 semanas.....6
- Situaciones especiales8
- Manejo de la gestante del 1º trimestre de gestación (10-14 semanas)..... 11
- Manejo de la gestante del 2º trimestre de gestación (14-28 semanas)..... 14
- Manejo de la gestante del 3º trimestre de gestación (2º control)..... 18
- Anexos23

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MASPAS) recomienda 4 controles para el control de gestantes:

- 1° control: antes de las 12 semanas.
- 2° control: 26 semanas
- 3° control: 32 semanas
- 4° control: 36-38 semanas.

Este protocolo busca la incorporación de la ecografía móvil y del cribado en sangre y orina en el protocolo habitual recomendado. En el Proyecto “Embarazo Saludable” se realizarán dos controles completos con ECOGRAFIA, SANGRE Y ORINA.

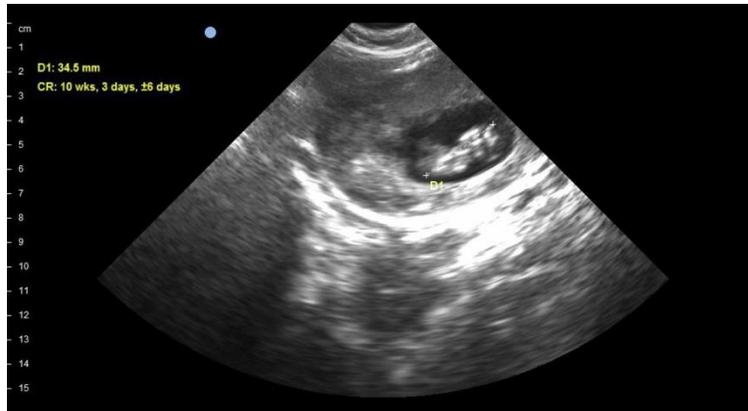
✓ **PRIMER CONTROL: Al momento del primer contacto con la paciente.**

- Se realiza primer control a toda mujer embarazada, independientemente de la edad gestacional que tenga al momento de la primera visita.
- Idealmente debe realizarse en primer trimestre (no antes de las 10 semanas de amenorrea).

✓ **SEGUNDO CONTROL: 3° trimestre.**

- Se programará el segundo control para el tercer trimestre, en las semanas 34-38 de gestación.
- Puede realizarse a partir de las 32 semanas.

PRIMER CONTROL: Primer Trimestre De Gestación (10-14 semanas)



- ❖ Anamnesis completa e identificación de factores de riesgo.
- ❖ Exploración física habitual: Presión arterial, peso y talla.

ECOGRAFIA ABDOMINAL:

- Número de sacos gestacionales.
 - ✓ Gestación múltiple: **precisa control de gestación en centro hospitalario.**
- Vitalidad fetal: LCF (latido cardiaco fetal).
- Dataje de gestación: Medir CRL (longitud cráneo caudal).
 - ✓ Programar próximos controles.
 - ✓ Calcular fecha probable de parto.
- Sospecha de malformaciones graves.

ANALISIS:

- Sangre:
 - ✓ Hemoglobina y glucosa
 - ✓ Hepatitis B, VIH, Sífilis.

- Tira de Orina.
 - ✓ Sintomatología de Infección de orina: tratar para infección de orina.
 - ✓ Nitritos (+) en paciente asintomática: bacteriuria asintomática. Tratar.
 - ✓ Leucocitos (+), nitritos (-), paciente asintomática: nada, posible muestra contaminada durante la toma.
 - ✓ Leucocitos (++) , bacteriuria asintomática, tratar.

SEGUNDO CONTROL (34-38 semanas)



- ❖ Atención integral.
- ❖ Anamnesis y signos de alarma.
- ❖ Exploración física habitual: Peso, presión arterial.

ANALISIS (segunda toma de muestra):

- Serologías (VIH, sífilis, Hepatitis B).
- Hemoglobina y glucosa. La OMS define anemia como $Hb < 11 \text{ g/dL}$.
- Orina.

ECOGRAFIA ABDOMINAL:

- Número de fetos.
- Valoración de Vitalidad fetal: LCF.
- ESTATICA FETAL.

- Biometria fetal.
 - Localización de la placenta.
 - Valoración de Líquido amniótico.
-
- **Recomendaciones para el parto, plan de emergencia.**
 - **Referencia para parto en centro de salud si precisa.**

SITUACIONES ESPECIALES:

PRIMERA VISITA CON AMENORREA > 14 semanas

- En el caso de gestaciones que inician control más allá de las 14 semanas, se realizarán las tres pruebas (ecografía, muestra de sangre y test de orina) y se considera PRIMER CONTROL, se programarán los siguientes controles según la edad gestacional.
- Para gestaciones mayores de 15 semanas, el dataje de gestación se realiza mediante biometrías fetales.
- Para gestantes con PRIMER control a partir de las 34 semanas, y siempre que la gestación curse dentro de la normalidad, no es indispensable un segundo control.

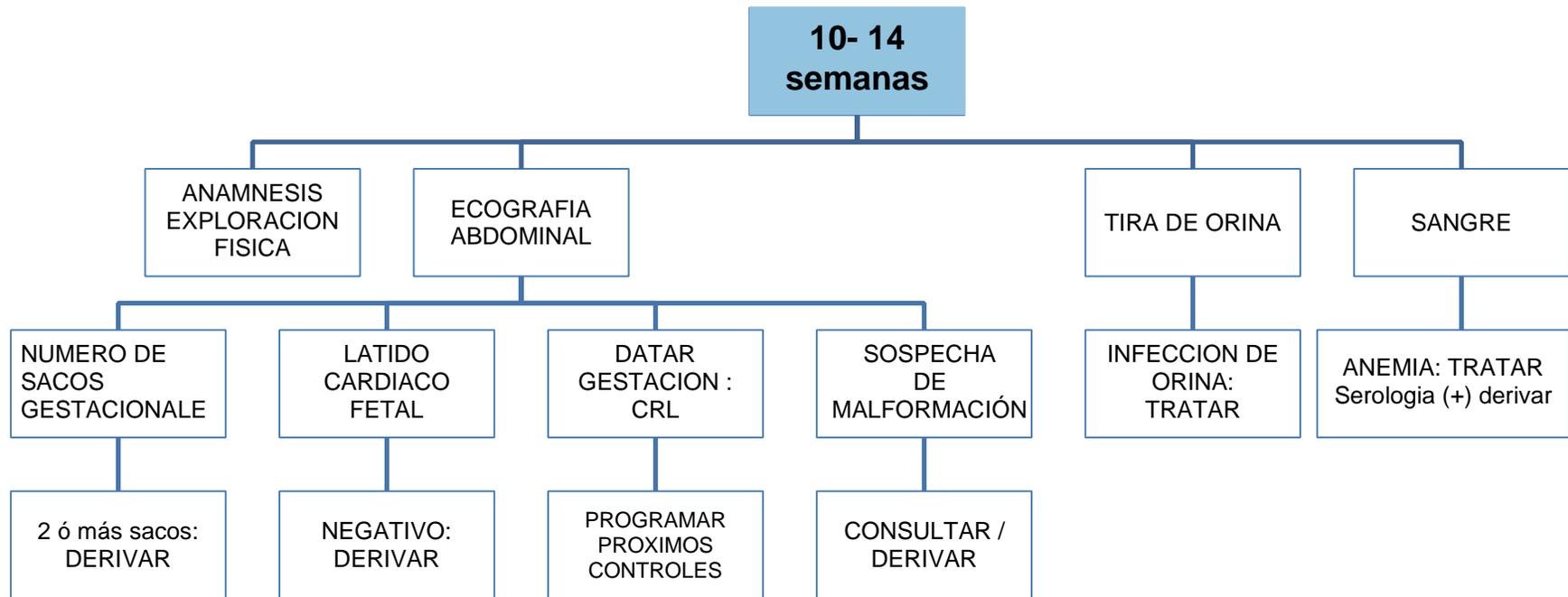
PRIMERA VISITA CON AMENORREA < 10 semanas

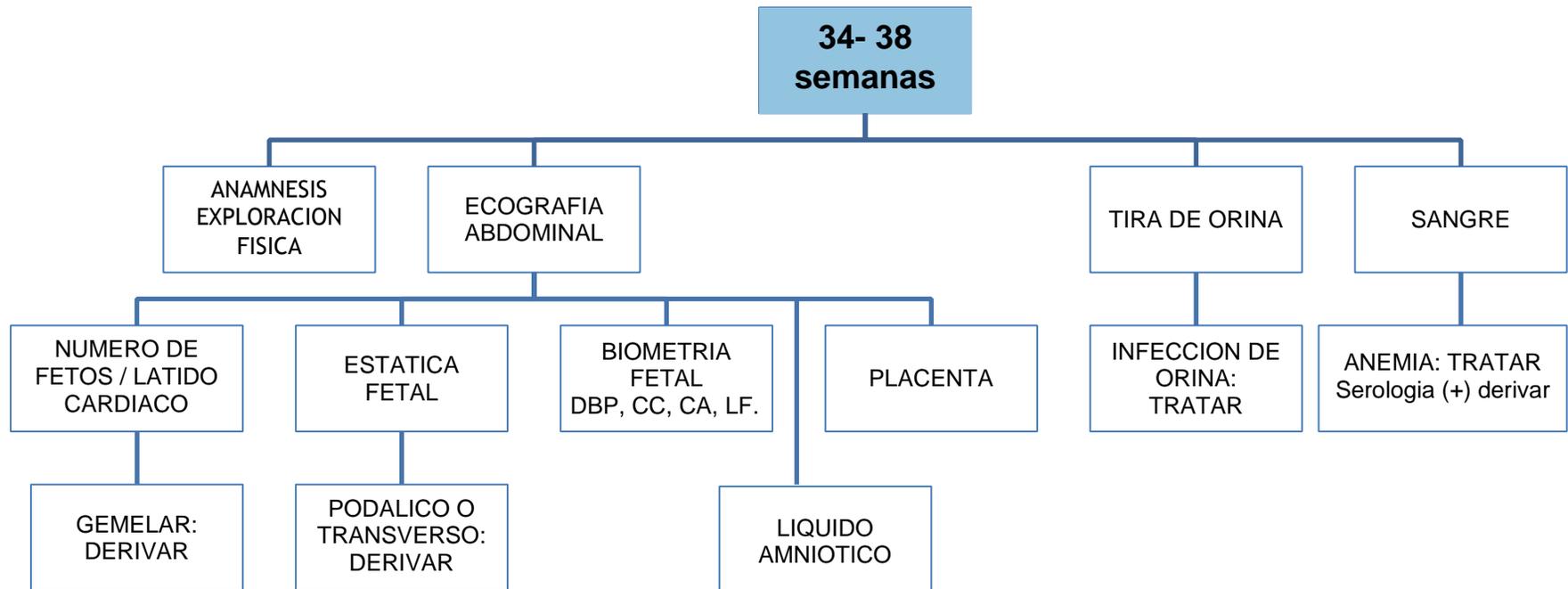
- Se programa una nueva visita a partir de las 10 semanas.
- Está recomendación es necesaria dada la limitación y la dificultad para la exploración ecográfica en gestaciones tempranas.

PACIENTES CON SINTOMATOLOGIA DE ALARMA:

Se recomienda la exploración ecográfica en cualquier momento de la gestación en casos de sintomatología.

- Ecografía abdominal en aquellas pacientes que refieran ausencia de movimientos fetales, pérdida de líquido amniótico, sangrado.
- Toma de muestra de sangre para analítica sanguínea si no se ha realizado previamente.
- Tira de orina si la paciente refiere sintomatología compatible con infección de orina o TA > 140/90.





MANEJO DE LA GESTANTE DE PRIMER TRIMESTRE DE GESTACION (10-14 semanas)

❖ Exploración física: Presión arterial, peso y talla.

* *Presión arterial > 140/90 en embarazos menores de 20 semanas. Repetir toma de PA tras reposo. Si persiste alta es sospecha de HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA y precisa seguimiento.*

ECOGRAFIA ABDOMINAL:

- **Número de sacos gestaciones y embriones.**
 - ✓ Gestación única: Puede continuar control de embarazo de bajo riesgo.
 - ! **Gemelar:** el embarazo gemelar precisa seguimiento en centro hospitalario >>
 - Son embarazos de mayor riesgo de complicaciones y de prematuridad de la gestación, del parto y del puerperio.
 - SIEMPRE ES PARTO HOSPITALARIO.
- **Vitalidad fetal: LCF (latido cardiaco fetal).**
 - ✓ Todo embarazo de 10 semanas debe verse claramente LCF.
 - ! La AUSENCIA de latido cardiaco hace el diagnóstico de GESTACIÓN INTERRUMPIDA o ABORTO y es motivo de REFERENCIA a centro hospitalario para tratamiento.
- **Dataje de gestación: Medir CRL (longitud cráneo caudal).**

✓ A partir del CRL podemos calcular la EDAD GESTACIONAL, y a partir de esta la FECHA DE ULTIMA REGLA (que no siempre coincide con la regla de la gestante) y la FECHA PROBABLE DE PARTO.

Fecha de hoy (día de exploración) - Semanas de gestación = Fecha de última regla

✓ La ecografía del primer trimestre es la más fiable para cálculo de edad gestacional. Por tanto no debe cambiarse en futuras ecografías.

➤ Programar próximos controles. Programar una segunda ecografía para tercer trimestre a partir de las 34 semanas.

➤ Calcular fecha probable de parto.

- **Sospecha de malformaciones graves.**

✓ Si existe sospecha de malformación fetal es importante la captura de imágenes para consultar con especialistas o si la sospecha es muy alta referir a la paciente para valoración.

ANALISIS:

- **Sangre:**

✓ Hepatitis B, VIH, Sífilis.

➤ Test rápido: NEGATIVO. Se descarta patología.

➤ Test rápido: POSITIVO. Se informa al centro de salud y a la coordinadora del proyecto para realizar el circuito de confirmación del test en laboratorio central.

✓ Hemoglobina:

La OMS y la CDC definen la anemia en la mujer embarazada a los valores de Hb < 11 g/dl y define la anemia severa a valores < 7 g/dL

➤ Hemoglobina igual ó > 11, normal. Suplemento de hierro según pauta habitual.

➤ Hemoglobina < 11, diagnóstico de ANEMIA. Hierro según pauta de TRATAMIENTO (1-2 tabletas de sulfato ferroso 300mg al día).

➤ Hemoglobina < 7, diagnóstico de ANEMIA SEVERA. Referencia a centro de salud para seguimiento.

✓ Glucosa:

Se recomienda realizar la prueba con al menos dos horas de ayuno.

- Glucosa > 200 (independientemente del ayuno) remitir al centro de salud por sospecha de diabetes.
- Glucosa > 140 y 2 horas de ayuno: remitir al centro de salud por sospecha de diabetes.

• **Tira de Orina.**

- Sintomatología de Infección de orina: tratar para infección de orina.
- Nitritos (+) en paciente asintomática: bacteriuria asintomática. Tratamiento de ITU.
- Leucocitos (1+), nitritos (-), paciente asintomática: nada, posible muestra contaminada durante la toma.
- Leucocitos (2++ ó 3+++), bacteriuria asintomática, tratar como ITU.

MANEJO DE LA GESTANTE DE SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTACION (14-28 semanas)

- ❖ Exploración física: Presión arterial, peso y talla.

- * *Presión arterial > 140/90 en embarazos menores de 20 semanas. Repetir toma de PA tras reposo. Si persiste alta es sospecha de **HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA** y precisa seguimiento.*
- * *Presión arterial > 140/90 en embarazos mayores de 20 semanas. Repetir toma de PA tras reposo. Si persiste alta es sospecha de **PREECLAMPSIA**. Realizar tira de orina para valoración de proteinuria y referir urgente por sospecha de preeclampsia. Es una patología obstétrica grave.*

ECOGRAFIA ABDOMINAL:

- **Número de fetos.**
 - ✓ Gestación única: Puede continuar control de embarazo de bajo riesgo.
 - ! **Gemelar:** el embarazo gemelar precisa seguimiento en centro hospitalario.
 - Son embarazos de mayor riesgo de complicaciones y de prematuridad de la gestación, del parto y del puerperio.
 - SIEMPRE ES PARTO HOSPITALARIO.

- **Vitalidad fetal: LCF (latido cardiaco fetal).**
 - ! La AUSENCIA de latido cardiaco hace el diagnóstico de GESTACIÓN INTERRUMPIDA y es motivo de REFERENCIA urgente a centro hospitalario.

- **Dataje de gestación: Medir BIOMETRÍA FETAL.**

- ✓ Medición de Diametro Biparietal, Circunferencia cefálica, circunferencia abdominal y longitud femoral.

- ✓ A partir de la biometria fetal podemos calcular la EDAD GESTACIONAL, y a partir de esta la FECHA DE ULTIMA REGLA (que no siempre coincide con la regla de la gestante) y la FECHA PROBABLE DE PARTO >> La ecografía más fiable es la de primer trimestre.

- Programar próximos controles. Programar una segunda ecografía para tercer trimestre a partir de las 34 semanas.

- **Valoración de LÍQUIDO AMNIÓTICO.**

- Valores normales de ILA (indice de liquido amniotico): 6-25cm

- Columna máxima: Una columna de liquido amniotico de 5cm nos permite descartar oligoamnios sin hacer ILA.

- Indice de liquido amniótico < 6 cm: oligoamnios. Referencia.

- Indice de liquido amniotico > 25cm: polihidramnios. Puede deberse a malformaciones fetales. Referencia.

- **Valoración de inserción de la PLACENTA.**

- ✓ La placenta asciende durante el trascurso de la gestación, el diagnóstico de placenta previa no lo realizamos hasta tercer trimestre. Pero una placenta que no es previa en 2do trimestre “no baja” para convertirse en previa más adelante.

- **Sospecha de malformaciones graves.**

- ! Si existe sospecha de malformación fetal es importante la captura de imágenes para consultar con especialistas ó si la sospecha es muy alta referir a la paciente para valoración.

ANALISIS:

- **Sangre:**

- ✓ Hepatitis B, VIH, Sífilis.

- Test rápido: NEGATIVO. Se descarta patología.
- Test rápido: POSITIVO. Se informa al centro de salud y a la coordinadora del proyecto para realizar el circuito de confirmación del test en laboratorio central.

- ✓ Hemoglobina:

La OMS y la CDC definen la anemia en la mujer embarazada a los valores de Hb < 11 g/dl y define la anemia severa a valores < 7 g/dL

- Hemoglobina igual ó > 11, normal. Suplemento de hierro según pauta habitual.
- Hemoglobina < 11, diagnóstico de ANEMIA. Hierro según pauta de TRATAMIENTO (1-2 tabletas de sulfato ferroso 300mg al día).
- Hemoglobina < 7, diagnóstico de ANEMIA SEVERA. Referencia a centro de salud para seguimiento.

- ✓ Glucosa:

Se recomienda realizar la prueba con al menos dos horas de ayuno.

- Glucosa > 200 (independientemente del ayuno) remitir al centro de salud por sospecha de diabetes.
- Glucosa > 140 y 2 horas de ayuno: remitir al centro de salud por sospecha de diabetes.

- **Tira de Orina.**

- Sintomatología de Infección de orina: tratar para infección de orina.
- Nitritos (+) en paciente asintomática: bacteriuria asintomática. Tratamiento de ITU.

- Leucocitos (1+), nitritos (-), paciente asintomática: nada, posible muestra contaminada durante la toma.
- Leucocitos (2++ ó 3+++), bacteriuria asintomática, tratar como ITU.
- Proteínas (1+) y TA < 140/90 Nada.
- Proteínas 2+ y TA < 140/90, remitir al centro de salud para examen completo de orina.
- Proteína 2+ y TA > 140/90, referir urgente por sospecha de preeclampsia.

MANEJO DE LA GESTANTE DE TERCER TRIMESTRE DE GESTACION (2º control)

❖ Exploración física: Presión arterial.

* *Presión Arterial > 140/90, Repetir toma de PA tras reposo. Si persiste alta es sospecha de **PREECLAMPSIA**. Realizar tira de orina para valoración de proteinuria y referir urgente por sospecha de preeclampsia. Es una patología obstétrica grave.*

ECOGRAFIA ABDOMINAL:

- **Número de fetos.**

- ! **Gemelar:** el embarazo gemelar precisa seguimiento en centro hospitalario. SIEMPRE ES PARTO HOSPITALARIO. Son embarazos de mayor riesgo de complicaciones y de prematuridad de la gestación, del parto y del puerperio.

- **Vitalidad fetal: LCF (latido cardiaco fetal).**

- ! La AUSENCIA de latido cardiaco hace el diagnóstico de **MUERTE FETAL** y es motivo de REFERENCIA urgente a centro hospitalario.

- **ESTATICA FETAL. Valorar a partir de las 32 semanas.**

- ✓ Sonda ecografica a nivel del pubis materno: CABEZA.
 - ✓ Sonda ecográfica a nivel del pubis materno (32 semanas) >> Cualquier otra parte fetal: REFERIR para el parto.

- **Dataje de gestación: Medir BIOMETRIA FETAL.**

- ✓ Medición de Diametro Biparietal, Circunferencia cefálica, circunferencia abdominal y longitud femoral.
- ✓ A partir de la biometria fetal podemos calcular la EDAD GESTACIONAL, y la FECHA PROBABLE DE PARTO.
- ✓ La ecografía más fiable es la de primer trimestre (no debemos cambiar la fecha de parto si disponemos de una ecografía de primer trimestre).

- **Valoración de LÍQUIDO AMNIÓTICO.**

- Valores normales de ILA (índice de líquido amniótico): 6-25cm
- Columna máxima: Una columna de líquido amniótico de 5cm nos permite descartar oligoamnios sin hacer ILA.
- Índice de líquido amniótico < 6 cm: oligoamnios. Referencia. Primera posibilidad: sospecha de rotura de membranas.
- Índice de líquido amniótico > 25cm: polihidramnios. Puede deberse a malformaciones fetales. Referencia.

- **Valoración de inserción de la PLACENTA:**

- ! Sospecha de placenta previa (sonda en el pubis: se ve placenta antes que cabeza), REFERIR para confirmación.
- ! Placenta previa: siempre es cesárea.

- **Sospecha de malformaciones graves.**

- ! Si existe sospecha de malformación fetal es importante la captura de imágenes y referir a la paciente para el parto.

ANALISIS:

• Sangre:

✓ Hepatitis B, VIH, Sífilis.

- Test rápido: NEGATIVO. Se descarta patología.
- Test rápido: POSITIVO. Se informa al centro de salud y a la coordinadora del proyecto para realizar el circuito de confirmación del test en laboratorio central.

✓ ANEMIA DURANTE LA GESTACION

La OMS y la CDC definen la anemia en la mujer embarazada a los valores de Hb < 11 g/dl y define la anemia severa a valores < 7 g/dL

- Hemoglobina igual ó > 11, normal. Suplemento de hierro según pauta habitual para parto y puerperio.
- Hemoglobina < 11, diagnóstico de ANEMIA. Hierro según pauta de TRATAMIENTO (1-2 tabletas de sulfato ferroso 300mg al día).
- Hemoglobina < 7, g/dL diagnóstico de ANEMIA SEVERA. Referencia a centro de salud para seguimiento.
- - Hemoglobina < 8 g/dL se recomienda parto institucionalizado.

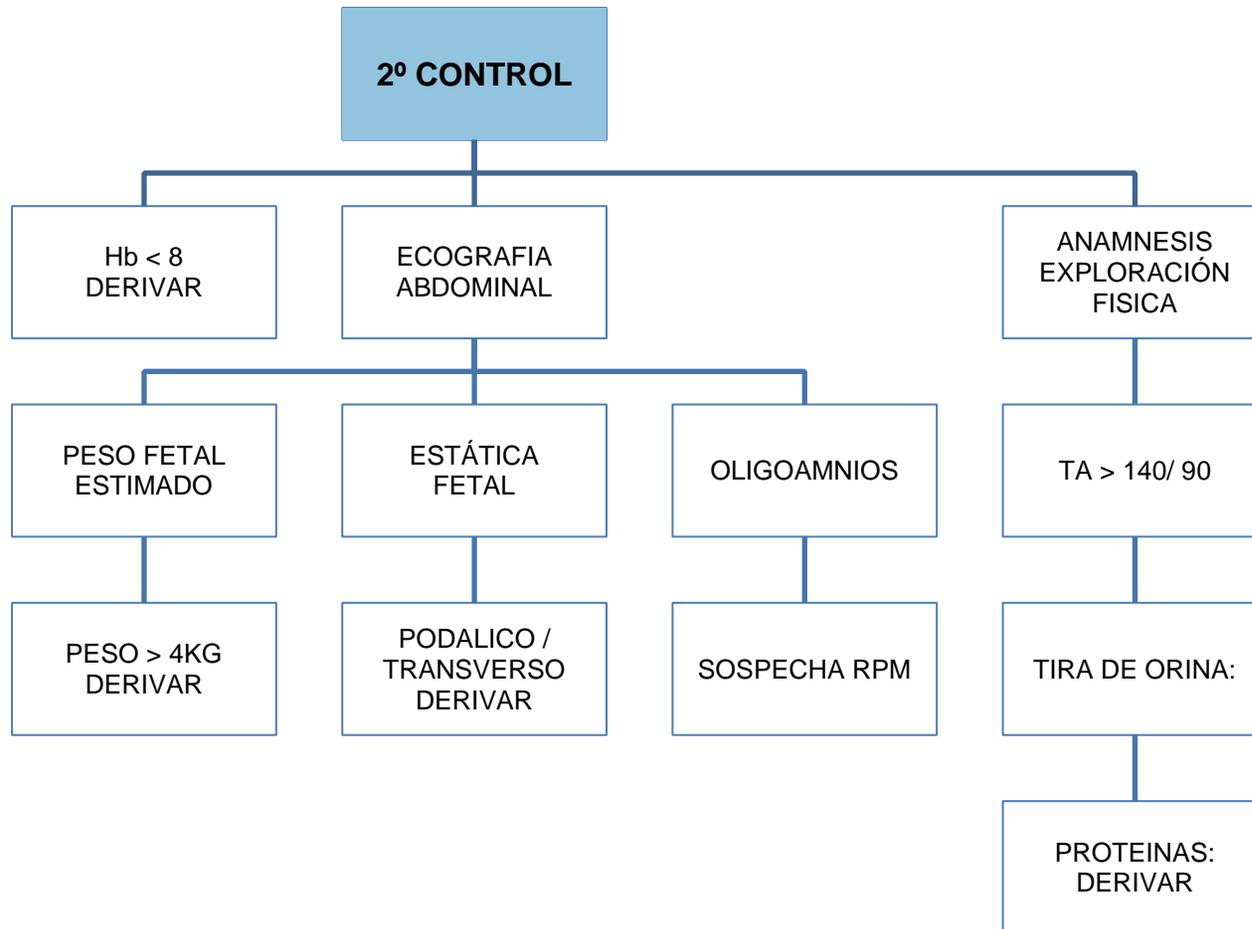
✓ Glucosa:

Se recomienda realizar la prueba con al menos dos horas de ayuno.

- Glucosa > 200 (independientemente del ayuno) remitir al centro de salud por sospecha de diabetes.
- Glucosa > 140 y 2 horas de ayuno: remitir al centro de salud por sospecha de diabetes.

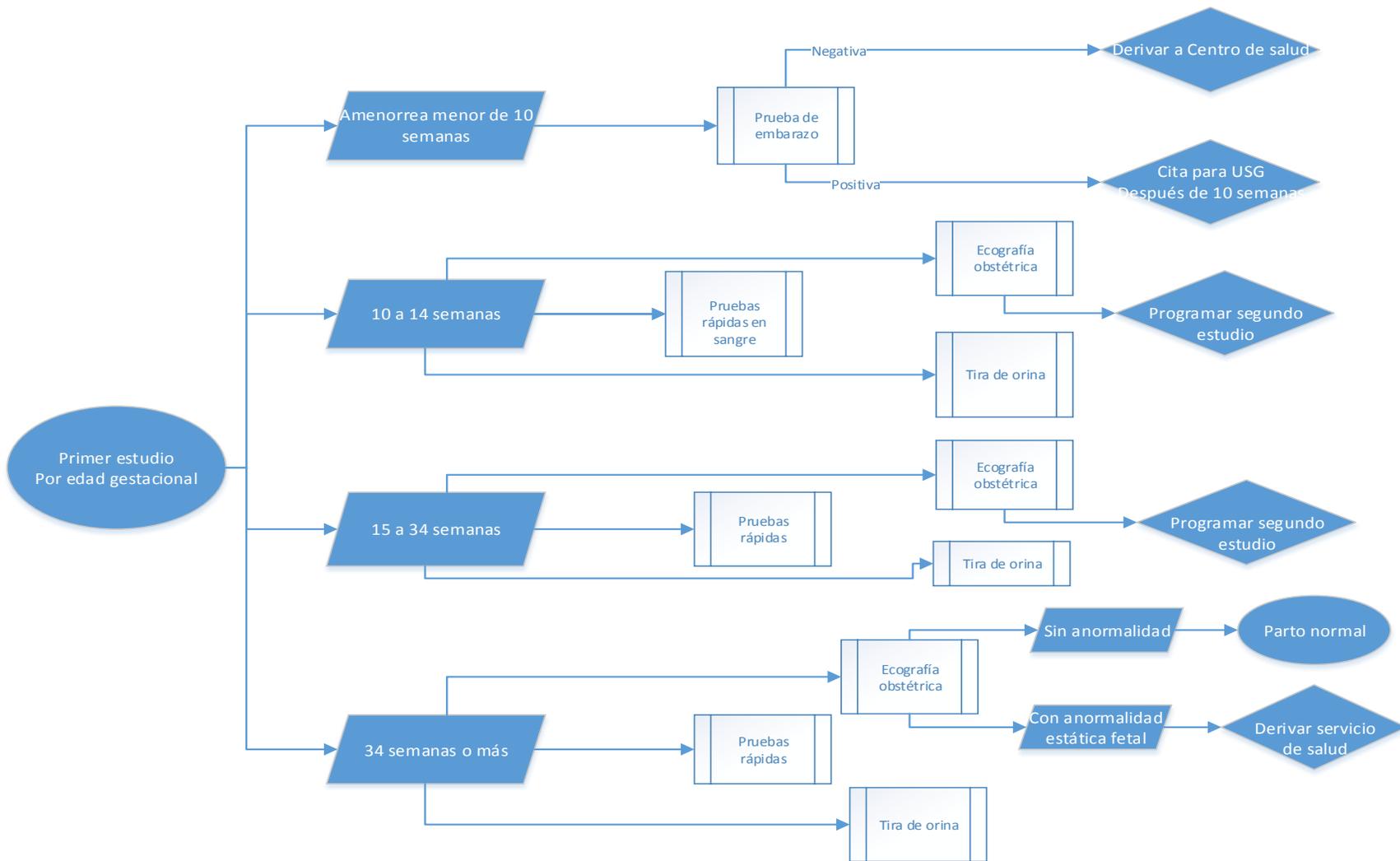
• Orina.

- Sintomatología de Infección de orina: tratar para infección de orina.
- Nitritos (+) en paciente asintomática: bacteriuria asintomática. Tratamiento de ITU.
- Leucocitos (1+), nitritos (-), paciente asintomática: nada, posible muestra contaminada durante la toma.
- Leucocitos (2++ ó 3+++), bacteriuria asintomática, tratar como ITU.
- Proteínas (1+) y TA < 140/90 Nada.
- Proteínas 2+ y TA < 140/90, remitir al centro de salud para examen completo de orina.
- Proteína 2+ y TA > 140/90, referir urgente por sospecha de preeclampsia.

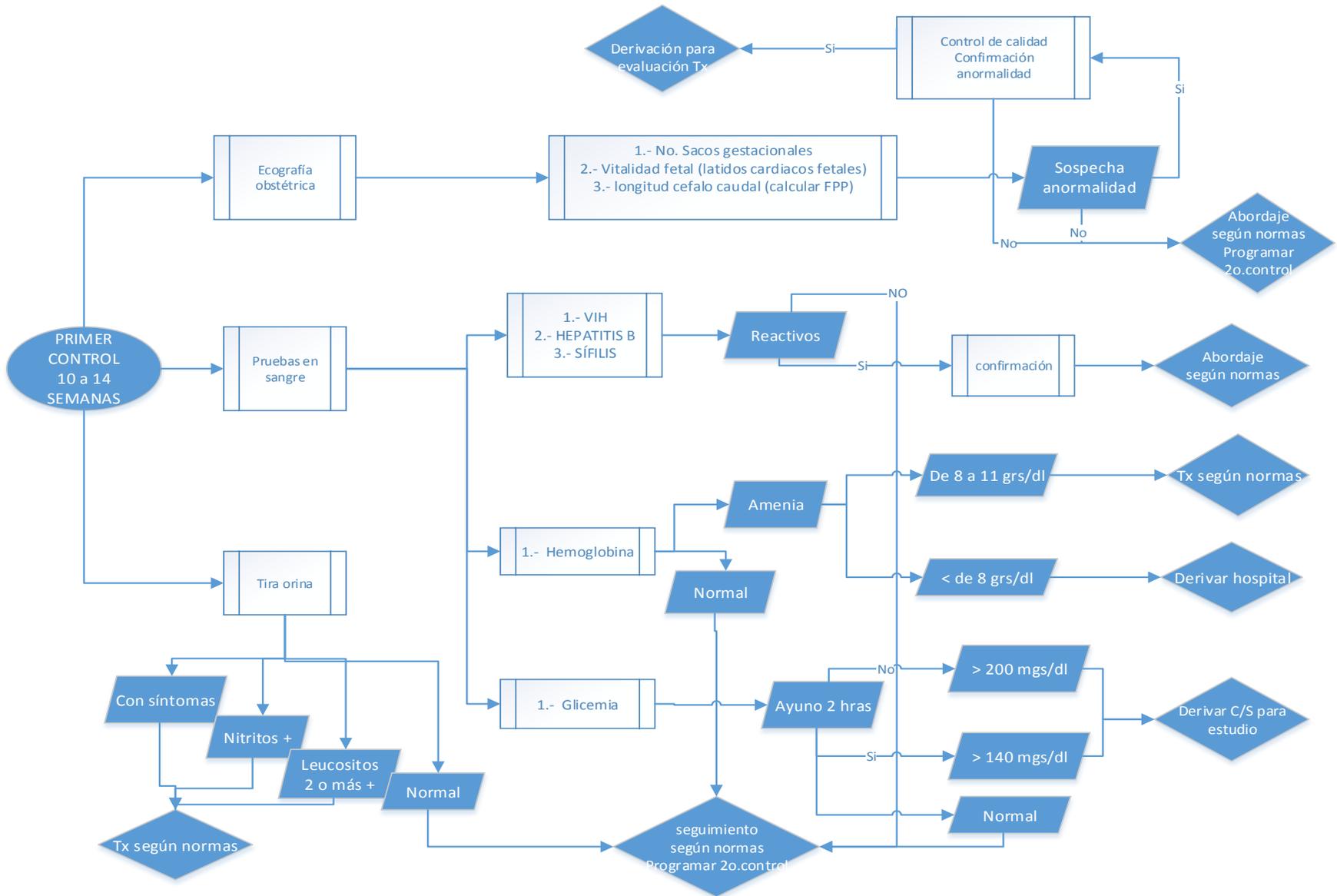


ANEXOS

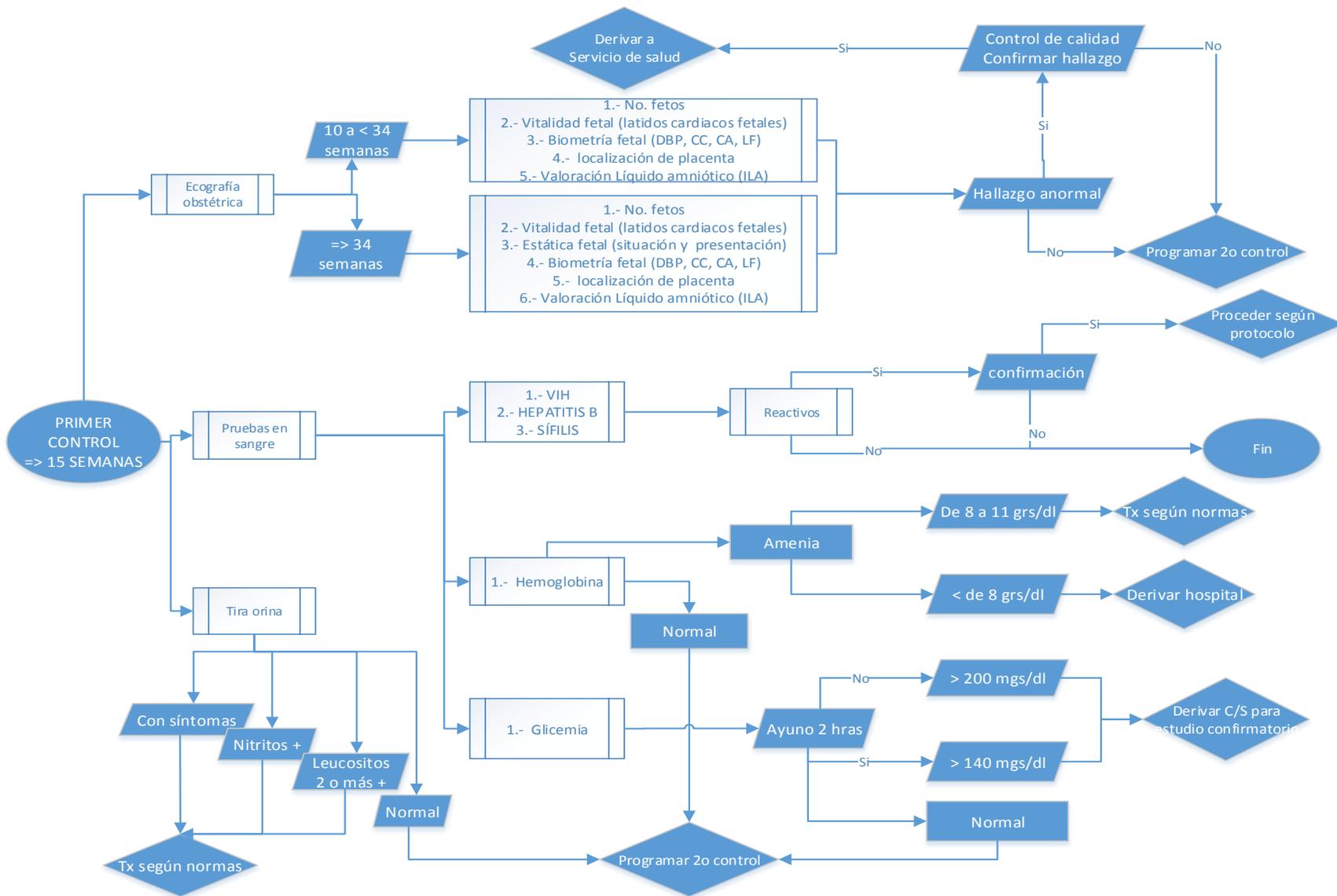
1ER CONTROL USG Y PRUEBAS EN SANGRE SEGÚN EDAD GESTACIONAL



1ER CONTROL USG Y PRUEBAS EN SANGRE 10 A 14 SEMANAS



1ER CONTROL USG Y PRUEBAS EN SANGRE 15 Y MÁS SEMANAS



USG Y PRUEBAS EN SANGRE 34 SEMANAS Y MÁS

