GOBIERNO DE MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

ALGORITMOS DE ATENCIÓN CLÍNICA

Plan Estratégico Sectorial para la Implementación de Guías de Práctica Clínica

PEMEX

IMSS

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

SNDIF

Algoritmos de Atención Clínica

Plan Estratégico Sectorial para la Implementación de Guías de Práctica Clínica

EMBARAZO

Se agradece la colaboración para el desarrollo de este material a:

INPer

Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Embarazo

población general

Población General

Brindar Consejería sobre:

- Planeación del embarazo y uso de métodos anticonceptivos
- Fomentar en la población la consulta preconcepcional tres meses antes del embarazo

Mujer con deseos de embarazarse

- Fomentar consulta pregestacional tres meses antes del embarazo
- Proporcionar educación sobre embarazo, parto, puerperio y lactancia
- Evaluar estado nutricional
- Evaluar riesgo obstétrico (en pacientes con patología establecida, deberán ser valorados por especialista para ajuste del tratamiento y seguimiento)
- Solicitar exámenes de laboratorio básicos
- Solicitar valoración por estomatología
- Indicar ácido fólico

Ácido Fólico:
0.4 mg/24 h o 5 mg /24 h en caso de tener factores de riesgo

Mujer Embarazada

Educación sobre:

- Planificación familiar
- Promoción de beneficios del parto y lactancia
- Cuidados prenatales
- Higiene de manos
- Dieta
- Ejercicio
- Actividad sexual
- Uso y adherencia de medicamentos
- Prevención de accidentes (uso de cinturón de seguridad)
- Suspensión del tabaco, alcohol, mariguana, etc.

Nitrofurantoína: 100 mg / 6 h por 4-7 días (en primer y segundo trimestre)

Amoxicilina: 500 mg / 8 h por 4-7 días (en el tercer trimestre)

Planear mínimo 8 consultas

Consulta	Semana de gestación	Consulta	Semana de gestación
1	6-8	5	28
2	10-14	6	32
3	18-20	7	36
4	22-24	8	38-41

En **todas** las consultas:

1. Registrar

- Peso, estatura e Índice de Masa Corporal (IMC)
- Presión arterial (descartar enfermedades hipertensivas del embarazo) **Anexo A**
- Altura del Fondo Uterino (identificación oportuna de bajo peso al nacer) **Anexo B**
- Frecuencia Cardiaca Fetal

2. Buscar intencionadamente manifestaciones de infección de vías urinarias o cérvicovaginal

3. Educar a la mujer embarazada sobre identificación de signos y síntomas de alarma: sangrado vaginal, cefalea, acúfenos, fosfenos, hipomotilidad fetal, actividad uterina en menores de 36 SDG, pérdidas transvaginales, epigastralgia, edema en extremidades o cara, fiebre y convulsiones

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Embarazo

población general

1° Consulta

Antes de 8 SDG o al primer contacto

1 Identificar Factores de riesgo (Anexo C)
(Realizar Historia Clínica completa)

SÍ — ¿Son modificables? — NO

- Dietéticos
- Exposición laboral a tóxicos, químicos o enfermedades infecciosas
- Automedicación
- Antecedentes de infección congénita por Estreptococo del grupo B (sepsis neonatal temprana)
- Antecedentes de Diabetes Gestacional (macrosomía)
- Abuso de sustancias
- Factores de riesgo para
  - Parto pretérmino (Anexo C)
  - Bajo peso al nacer (Anexo C)
  - Enfermedad hipertensiva del embarazo (Anexo C)
- Antecedentes de colestasis intrahepática del embarazo (prurito en palmas y plantas de los pies en el tercer trimestre, muerte fetal o desenlace neonatal adverso)

- Antecedentes Personales Patológicos (cirugías uterinas previas: cesáreas, conizaciones, miomectomías)
- Antecedentes de anomalías cromosómicas
- Antecedentes de alteraciones estructurales
- Diabetes Mellitus
- Hipertensión Arterial Sistémica
- Enfermedades autoinmunes
- Aloinmunización
- Enfermedades hereditarias
- Muerte fetal previa

NO — ¿Aumenta la probabilidad de resultados adversos? — SÍ

- Elaborar Plan para la Atención de Parto y condiciones de Urgencias
- Tratar padecimientos subyacentes
- Tomar en cuenta los medicamentos según riesgo fetal (Anexo D)

REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN (ANEXO E)

2 Definir aumento ponderal recomendado con base en el IMC

Peso antes del embarazo (IMC)	Intervalos recomendados de ganancia de peso total (Kg)
Peso inferior al normal (<18.5 kg/m²)	12.5 – 18
Normal (18.5 – 24.9 kg/m²)	11.5 – 16
Sobrepeso (25 – 29.9 kg/m²)	7 – 11.5
Obesidad (>30 kg/m²)	5 – 9

3 Vacunación

Influenza	Aplicar en época invernal
Tétanos y difteria	En no vacunadas 1° dosis - durante la primer consulta 2° dosis - 4 semanas después de la anterior 3° dosis - 6-12 meses después de la anterior 4° dosis - 12 meses después de la anterior 5° dosis -12 meses después de la anterior
VHB	Embarazadas con riesgo de infección por VHB

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Embarazo

población general

4 Solicitar exámenes de laboratorio

- Glucosa en ayuno
- Grupo sanguíneo y Factor Rh
  - En pacientes Rh(-) solicitar Coombs indirecto y Anticuerpos Irregulares para identificar aloinmunización
- Biometría hemática (BH) completa
- Examen General de Orina (EGO)
- Urocultivo
- VDRL (de contar con el recurso y/o referencia a segundo nivel)
- Detección de VIH y Hepatitis B (de contar con el recurso y/o referencia a segundo nivel)
- Creatinina
- Ácido Úrico
- Citología cervicovaginal (vigencia menor de un año)

Si la glucosa > 92 mg/dl → Ver algoritmo de DM Gestacional

5 Solicitar USG

6 Calcular fecha probable de parto → Wahl y Naegle: primer día de la FUM + 7 días – 3 meses



2° Consulta

10 - 14 SDG o subsecuente

1 Revisar resultados de los exámenes de laboratorio y USG

- En Hb menor de 11 g/dl considerar suplementación de Hierro
- Confirmar fecha probable de parto con USG

2 Continuar esquema de vacunación

Habiendo disponibilidad de Tdpa, aplicar como refuerzo de Td



3° Consulta

18 - 20 SDG o subsecuente

1 Solicitar USG para detectar anormalidades estructurales

2 Solicitar exámenes de laboratorio (BH, EGO y UROCULTIVO)



4° Consulta

22 - 24 SDG o subsecuente

1 Revisar resultados de los exámenes de laboratorio (BH, EGO y UROCULTIVO) y USG

LAB: En Hb menor de 10.5 g /dl considerar suplementación de Hierro

USG: Si se detecta que la placenta está alrededor del orificio cervical interno → realizar ultrasonido transvaginal a la semana 32

(Si presenta: Placenta Previa, Placenta de Inserción Baja, Acretismo y Vasa Previa) → Referencia a segundo nivel de atención

2 Realizar tamiz para Diabetes Gestacional

Ver algoritmo de atención a la paciente diabética embarazada

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Embarazo

población general

5º Consulta
28 SDG o subsecuente

1 Detectar embarazadas que requieran cuidados especiales

- Placenta previa
- Diabetes Gestacional
- Preeclampsia
- Restricción del Crecimiento Intrauterino

NO → Continuar Consulta

SÍ → Referencia al siguiente nivel de atención

6º Consulta
32 SDG o subsecuente

1 Buscar Intencionadamente Estreptococo del Grupo B
Por medio de cultivo cérvicovaginal o Prueba rápida

2 Solicitar USG estándar básico

3 Solicitar exámenes de laboratorio (preoperatorios)
Biometría hemática
Tiempos decoagulación

7º Consulta
36 SDG o subsecuente

1 Descartar presentación anómala del feto

2 Estimar peso fetal por clínica (método de Johnson)
Anexo F

3 Definir necesidad de profilaxis intraparto para el Estreptococo del Grupo B

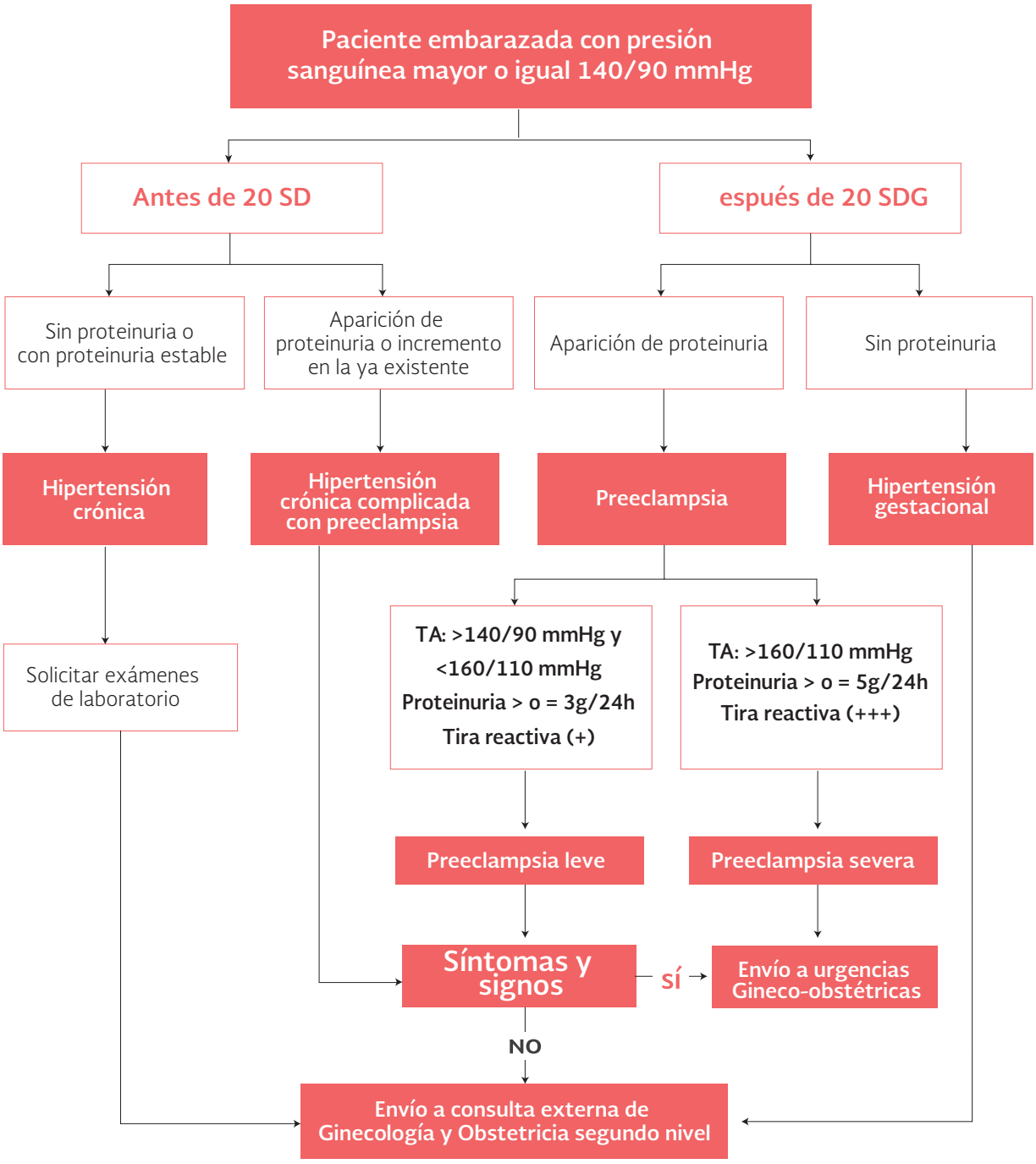
4 Revistar estudios preoperatorios (laboratorio y gabinete)
Establecer peso percentilar por edad gestacional

8º Consulta
38-41 SDG o subsecuente

1 Insistir en medidas preventivas de embarazo posmaduro

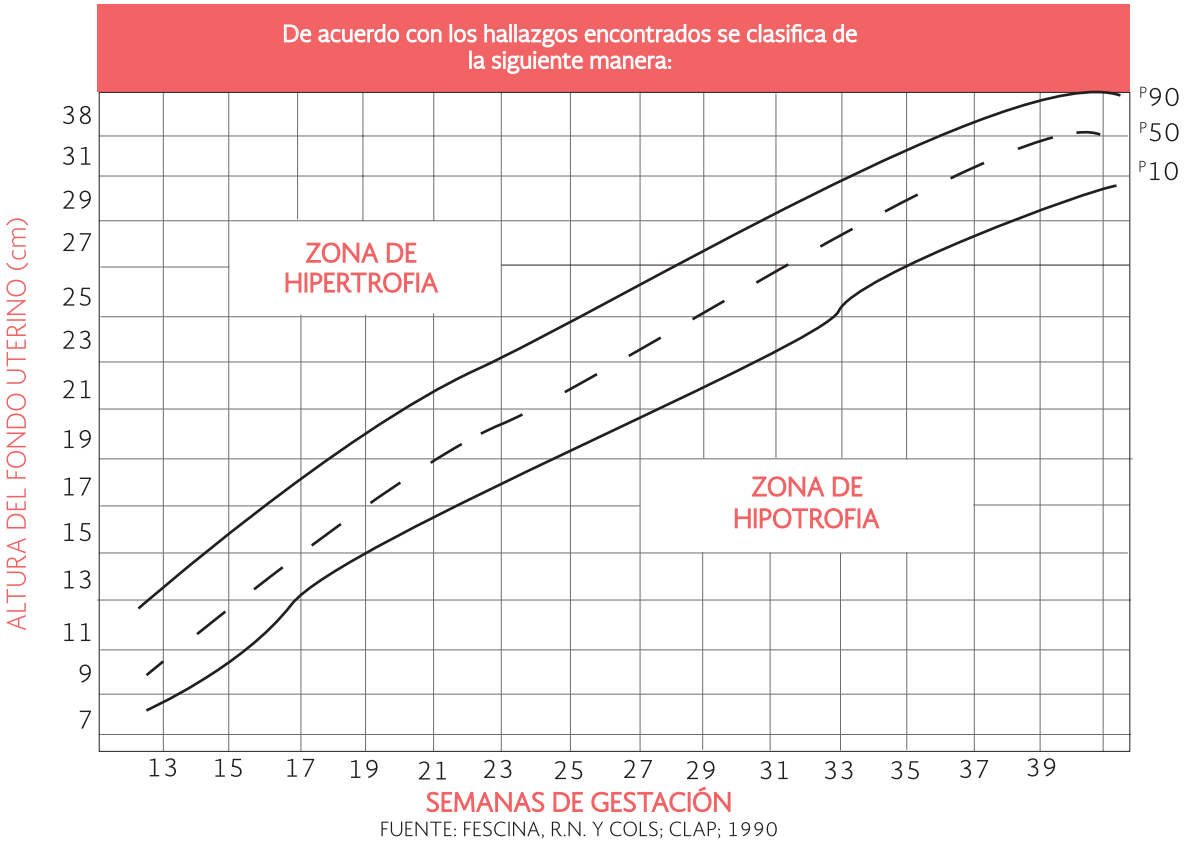
2 Envío a urgencias Gíneco-Obstétricas para evaluar inducción

Anexo A


Paciente embarazada con presión sanguínea mayor o igual 140/90 mmHg
Antes de 20 SD
espués de 20 SDG
Sin proteinuria o con proteinuria estable
Aparición de proteinuria o incremento en la ya existente
Aparición de proteinuria
Sin proteinuria
Hipertensión crónica
Hipertensión crónica complicada con preeclampsia
Preeclampsia
Hipertensión gestacional
Solicitar exámenes de laboratorio
TA: >140/90 mmHg y <160/110 mmHg
Proteinuria > o = 3g/24h
Tira reactiva (+)
TA: >160/110 mmHg
Proteinuria > o = 5g/24h
Tira reactiva (+++)
Preeclampsia leve
Preeclampsia severa
Síntomas y signos
sí
Envío a urgencias Gineco-obstétricas
NO
Envío a consulta externa de Ginecología y Obstetricia segundo nivel

Anexo B
Altura del fondo uterino según edad gestacional

La altura del fondo uterino según la edad gestacional, se debe medir a partir del borde superior de la sínfisis del pubis, hasta alcanzar el fondo uterino.



FUENTE: FESCINA, R.N. Y COLS; CLAP; 1990

De acuerdo con los hallazgos encontrados se clasifica de la siguiente manera:

Normal.- Cuando esté entre los percentiles 10 y 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. Se continuará con los controles normales.

Anormal.- Cuando se encuentre por debajo del percentil 10 o por encima del percentil 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. Amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionantes (hábito de fumar, consumo de alcohol, anemia materna, etc.) y la orientación nutricional correspondiente. Se deberá citar cada 15 días y consultar con especialista.

Anexo C

Intervenciones del Médico en Primer Nivel de Atención

Factores de riesgo para bajo peso al nacer

- Hipertensión/Preeclampsia
- Enfermedades hereditarias de la madre
- Bajo peso de la madre
- Anemia (Hb<10 g/dl)
- Abuso de substancias (alcohol, cocaína etc.)
- Toxoplasmosis
- Cromosomopatías
- Anomalías congénitas
- Anomalías placentarias

Iniciar: 12 SDG
Ácido acetil salicílico
(100-150 mg/24 h)
Suspender 36 SDG

Factores de riesgo de enfermedades hipertensivas del embarazo

- Hipertensión Arterial Sistémica preexistente o presión diastólica de 90 mmHg
- Nefropatía preexistente o proteinuria (1 + en más de una ocasión o cuantificada ≥ 0.3 g/24 h)
- Diabetes Mellitus tipo I o II preexistentes
- Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos
- Trombofilia
- Preeclampsia en cualquier embarazo previo
- Lupus eritematoso sistémico
- Edad reproductiva 40 años o más
- IMC 35

Iniciar: 12 SDG
Ácido acetil salicílico
(100-150 mg/24 h)
Suspender 36 SDG

Referencia a 2° nivel de atención

Iniciar: 12 SDG
Ácido acetil salicílico
(100-150 mg/24 h)
Hidroxicloroquina

Factores de riesgo para parto pretérmino

- Haber tenido parto pretérmino
- Ruptura prematura de membranas
- Pérdidas gestacionales en el segundo trimestre
- Anomalías uterinas
- Embarazo múltiple
- Hemorragia anteparto
- Cirugía intraabdominal
- Infecciones tracto urinario
- Tabaquismo y uso de cocaína
- Infecciones maternas graves
- Trauma físico/emocional

Iniciar: 14 SDG
Progesterona 200 mg vaginales por la noche
Suspender 36 SDG

Referencia a 2° nivel de atención

Infección recurrente o antecedente de pielonefritis profilaxis:
Nitrofurantoína
(1er y 2 do trimestres)
Amoxicilina
(3er trimestre)

Anexo D

Categorías de medicamentos según riesgo fetal

A	No existe riesgo sobre el feto. Aprobado su uso en el embarazo.
B	No existe evidencia de riesgo en fetos humanos. Existe posible evidencia de toxicidad en animales.
C	El riesgo sobre el feto, en humanos, es desconocido. Existe evidencia definitiva de toxicicidad fetal en animales.
D	Existe evidencia de daño sobre el feto. Puede utilizarse, en caso de que se justifique su beneficio y no exista otra alternativa.
X	Está contraindicado su uso durante el embarazo.

*Obstet & Gynecol 2009; 3: 425-432

ANTIBIÓTICOS	
Penicilinas	B
Cefalosporinas	B
MonobactámicosB	
Carbapenemos	C
Tetraciclinas	D
Aminoglucósidos Gentamicina Amikacina Kanamicina Estreptomicina Trobramicina	 C C D D C
Macrólidos Eritromicina Claritromicina Azitromicina	 B C B
Vancomicina	C
Clindamicina	B
Quinolonas	C
Metronidazol	B
Trimetoprim-Sulfametoxazol	C
Sulfonamidas	B
Nitrofurantoína	B
Zidovudina	D

ANTIFÍMICOS	
Etambutol	B
RifampicinaC	
IsoniazidaC	

ANTIPARASITARIOS	
Mebendazol	C
Metronidazol	B
Quinina	X
Cloroquina	C
Primetamina	B
Prazicuantel	C

ANTICONVULSIVANTES	
Difenilhidantoína	D
FenobarbitalD	
Ácido Valproic	
Carbamazepina	C
Etosuximida	C
Primidona	D
Trimetadiona	D
Clonazepam	C
LamotriginaC	
GabapentinaC	

MEDICAMENTOS TERATOGÉNICOS	
Inhibidores de la ECA	C Y D
MetotrexateX	
Andrógenos	X
Cumarina	X
Retinoides	x

ÓVULOS VAGINALES	
Clotrimazo	
Miconazol	B
Butoconazol	C
NistatinaB	

Anexo E
Motivos de referencia a segundo nivel de atención

Edad materna menor o igual a 17 años o mayor o igual a 35 años	VIH
Sangrado transvaginal en segundo o tercer trimestre	Hepatitis B
Presentación pélvica	Hepatitis C
Embarazo gemelar	2 determinaciones de VDRL positivas
Amenaza de parto prematuro	Paciente RH negativo con pareja RH positivo
Aborto en evolución	Sospecha de embarazo ectópico o molar
Comorbilidad como Diabetes Mellitus o Diabetes Gestacional	Óbito
Trastornos hipertensivos del embarazo	Sospecha de malformaciones
ObesidadH	iperemesis gravídica
Insuficiencia renal	Factores de riesgo significativos para preeclampsia
Lupus eritematoso sistémicoE	mbarazo de 41 SDG sin trabajo de parto
Trombofilia	

Anexo F

Cálculo de peso fetal in útero
Método de Johnson y Toshach

El peso fetal puede ser calculado de manera fácil, rápida y aproximada mediante el Método de Johnson y Toshach, aplicando la siguiente regla:

En presentaciones de vértice, por arriba de las espinas ciáticas:

(W-12) X 1.55

Donde: ***W***= Altura del fondo uterino, en centímetros.

En presentaciones de vértice, por debajo de las espinas ciáticas:

(W-11) X 1.55

Donde: ***W***= Altura del fondo uterino, en centímetros.

De conformidad con la institución se puede utilizar cualquiera de las dos opciones anteriores para determinar el peso en relación con la edad gestacional.

Tabla 1

Pesos al nacer sexo masculino

Edad gestacional en semana	Percentiles					
	51	02	55	07	59	0
28,5	825	905	1 135	1 391	2 019	2 834
29	869	979	1 214	1 492	2 138	2 880
29,5	912	1 053	1 293	1 593	2 256	2 926
30	950	1 106	1 370	1 698	2 398	3 058
30,5	988	1 158	1 447	1 803	2 539	3 190
31	1 016	1 203	1 506	1 871	2 592	3 218
31,5	1 045	1 248	1 564	1 939	2 645	3 247
32	1 028	1 342	1 648	2 005	2 688	3 251
32,5	1 212	1 437	1 732	2 071	2 731	3 255
33	1 350	1 563	1 851	2 184	2 803	3 295
33,5	1 488	1 689	1 970	2 297	2 875	3 335
34	1 595	1 792	2 072	2 411	2 940	3 383
34,5	1 702	1 895	2 175	2 524	3 004	3 432
35	1 805	2 006	2 289	2 637	3 077	3 493
35,5	1 908	2 116	2 403	2 750	3 150	3 555
36	2 035	2 244	2 534	2 870	3 244	3 621
36,5	2 161	2 372	2 665	2 990	3 338	3 686
37	2 299	2 499	2 787	3 102	3 435	3 763
37,5	2 437	2 626	2 910	3 214	3 533	3 840
38	2 530	2 715	2 993	3 293	3 604	3 908
38,5	2 622	2 804	3 076	3 372	3 676	3 976
39	2 675	2 860	3 127	3 422	3 727	4 026
39,5	2 727	2 916	3 179	3 473	3 777	4 077
40	2 761	2 949	3 212	3 505	3 814	4 114
40,5	2 795	2 982	3 245	3 537	3 850	4 150
41	2 816	3 000	3 266	3 559	3 878	4 182
41,5	2 838	3 017	3 286	3 582	3 907	4 213
42	2 849	3 024	3 294	3 600	3 932	4 246
42,5	2 860	3 030	3 302	3 618	3 958	4 279

Tabla 2

Pesos al nacer sexo femenino

Edad gestacional en semana	Percentiles					
	51	02	55	07	59	0
28,5	651	922	1 039	1 303	1 805	2 449
29	700	991	1 134	1 402	2 020	2 644
29,5	748	1 060	1 229	1 502	2 234	2 839
30	804	1 104	1 319	1 609	2 410	3 017
30,5	859	1 149	1 410	1 716	2 587	3 196
31	892	1 193	1 485	1 802	2 573	3 202
31,5	924	1 238	1 560	1 888	2 560	3 208
32	989	1 295	1 614	1 944	2 533	3 161
32,5	1 055	1 351	1 668	2 001	2 506	3 115
33	1 160	1 439	1 755	2 104	2 604	3 156
33,5	1 265	1 527	1 842	2 208	2 701	3 197
34	1 368	1 647	1 967	2 329	2 813	3 273
34,5	1 472	1 768	2 093	2 450	2 924	3 349
35	1 566	1 905	2 227	2 574	3 012	3 417
35,5	1 659	2 042	2 361	2 698	3 100	3 485
36	1 781	2 165	2 472	2 803	3 176	3 545
36,5	1 903	2 289	2 582	2 909	3 252	3 604
37	2 039	2 409	2 691	3 004	3 330	3 667
37,5	2 176	2 529	2 800	3 100	3 407	3 731
38	2 266	2 613	2 880	3 171	3 471	3 782
38,5	2 356	2 697	2 960	3 242	3 535	3 833
39	2 407	2 745	3 007	3 290	3 581	3 875
39,5	2 457	2 793	3 053	3 337	3 628	3 917
40	2 490	2 822	3 082	3 371	3 663	3 955
40,5	2 523	2 852	3 110	3 404	3 699	3 992
41	2 546	2 870	3 127	3 429	3 728	4 026
41,5	2 569	2 888	3 144	3 453	3 756	4 059
42	2 580	2 896	3 154	3 470	3 780	4 087
42,5	2 590	2 903	3 164	3 486	3 804	4 115

Elaborado por la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, en colaboración con el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Adaptado de:

- IMSS-028-08 Control prenatal con enfoque de riesgo
- IMSS-580-12 Vacunación en la embarazada
- IMSS-078-08 Diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo, durante el embarazo, en un primer nivel de atención
- IMSS-320-10 Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo
- IMSS-058-08 Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo
- IMSS-500-11 Diagnóstico y tratamiento de la restricción del crecimiento intrauterino

Para mayor información, puede consultar la carta descriptiva en la siguiente liga: *http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/algoritmos_atencion_clinica.html*

Version: Diciembre 2017.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Embarazo

población general

Paciente Diabética

Consejo Preconcepcional

- Educación y consejería
- Metas de control glucémico (HbA1c < 6.5%) y control en cifras de tensión arterial (<130/80 mmHg)
- Automonitoreo
- Consejería nutricional
- Indicar ácido fólico 5mg/24 h tres meses previos al embarazo

No aconsejar embarazo

- HbA1c > 10%
- Cardiopatía isquémicia
- Nefropatía avanzada (depuración de creatinina <50ml/min o creatinina > 1.4 mg/dl o proteinuria >3g/24 h)
- Retinopatía proliferativa activa
- Hipertensión arterial sistémica

Tamizaje

Glucosa plasmática en ayuno

Antes de la 13° SDG

24° - 28° SDG

Diagnóstico

Detección de DM2 pregestacional

Alterada

NO

SÍ

>126 mg/dl

92-126 mg/dl

Diagnóstico de DM pregestacional

Realizar
- CTOG (carga 75g) o
- HbA1c

Diagnóstico de DM2

NO

SÍ

Abordaje terapéutico

Determinación de DM Gestacional

- Glucosa plasmática en ayuno >92 mg/dl o
- Glucosa plasmática 1h poscarga 75g > 180 mg/dl o
- Glucosa plasmática 2h poscarga 75g > 153 mg/dl

Se diagnóstica DMG

NO

Continúa seguimiento de embarazo

SÍ

Referencia a 2° nivel de atención

Embarazo

Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de Guías de Práctica Clínica

Carta Descriptiva

Aplicación
Primer Nivel de Atención

Personal involucrado
Médico / Enfermería

Consejería a la Población en General

A la población en general (hombres y mujeres), se les debe brindar orientación sobre la planeación del embarazo y el uso de métodos anticonceptivos.

Mujeres con deseos de embarazarse

Se deberá identificar al grupo de mujeres que estén en edad reproductiva y que tengan deseos de embarazarse, a ellas se les deberá:

- Fomentar la consulta pregestacional tres meses antes del embarazo.
- Proporcionar educación sobre embarazo, parto, puerperio y lactancia.
- Evaluar el estado nutricional.
- Evaluar el riesgo obstétrico (en paciente con patología establecida deberá valorarse por el especialista para ajustes del tratamiento y seguimiento posterior).
- Solicitar exámenes de laboratorio básico.
- Solicitar valoración por estomatología.
- Indicar ácido fólico 0.4 mg cada 24 horas, o bien si la mujer tiene factores de riesgo 5 mg cada 24 horas.

Mujer embarazada

Parte de la educación a toda mujer embarazada debe incluir temas sobre planificación familiar, promoción de beneficios del parto y lactancia, cuidados prenatales, higiene de manos, dieta, ejercicio, actividad sexual, uso y adherencia de medicamentos y prevención de accidentes. Así mismo se deberá indicar la suspensión del tabaco, alcohol, mariguana, etc.

Idealmente la mujer embarazada debe ser captada en un lapso no mayor de 8 semanas después de la concepción, lo que daría oportunidad de planear al menos 8 consultas:

Consulta	Semana de Gestación
1	6-8
2	10 - 14
3	18 - 20
4	22-24
5	28
6	32
7	36
8	38 - 41

Independientemente de la consulta y del momento de inicio del control prental, en cada consulta se deberá registrar el peso, la estatura, el índice de masa corporal, la presión arterial, altura de fondo uterino, la frecuencia cardíaca fetal y se deberá buscar intencionadamente datos de infección de vías urinarias o cérvicovaginal (en caso de presentar infección se recomienda indicar nitrofurantoína a dosis de 100 mg cada 6 horas por 4 a 7 días en el primer y segundo trimestre o amoxicilina 500 mg cada 8 horas por 4 a 7 días en el tercer trimestre).

Adicionalmente, se deberá educar y reforzar en cada consulta, la identificación de signos y síntomas de alarma, que son: sangrado vaginal, cefalea, acúfenos, fosfenos, hipomotilidad fetal, actividad uterina en menores de 36 semanas de gestación, pérdidas transvaginales, epigastralgia, edema en extremidades o cara, fiebre y convulsiones.

Las acciones particulares a realizar en cada consulta se mencionan a continuación.

Primera consulta:

En la primera consulta se debe realizar una historia clínica completa, con el objetivo de identificar factores de riesgo, los cuales puede ser modificables o no. Entre los factores de riesgo modificables destacan:

- Factores dietéticos
- Exposición laboral a tóxicos, químicos o enfermedades infecciosas
- Automedicación
- Antecedentes de infección congénita por Estreptococo del Grupo B. (presentado como sepsis neontal temprana)
- Antecedentes de Diabetes Gestacional (productos macrosómicos en embarazos previos)
- Abuso de sustancias
- Antecedentes de colestasis intrahepática del embarazo (presencia de prúrito en palmas y plantas de los pies en el tercer trimestre, muerte fetal o desenlace neonatal adverso)

De igual manera, a través de la historia clínica, se deberán identificar los factores de riesgo que no son modificables, a saber:

- Antecedentes personales patológicos (cirugías uterinas previas)
- Antecedentes en anomalías cromosómicas
- Enfermedades autoinmunes
- Antecedentes de alteraciones estructurales
- Diabetes Mellitus
- Hipertensión arterial sistémica
- Enfermedades autoinmunes
- Aloinmunización
- Muerte fetal previa

Independientemente de la posibilidad de modificar o no los factores de riesgo se debe valorar si estos, aumentan la probabilidad de resultados adversos, si es así, será necesario referir a la paciente al siguiente nivel de atención, si no aumenta la probabilidad de tener resultados adversos se podrá seguir el control en el primer nivel de atención. Considerar para el tratamiento de los padecimientos subyacentes los medicamentos que pudieran representar un riesgo para el producto.

Posterior a la idetificación de los factores de riesgo se deberá estimar el aumento ponderal recomendado de acuerdo al IMC de la paciente, considerando un mayor incremento ponderal en aquellas pacientes que tengan IMC inferior al normal o normal que las que presenten sobrepeso u obesidad.

En cuanto a la vacunación, en epoca invernal se deberá aplicar la vacuna de influenza; tetanos y difteria será aplicada en 5 dosis, la primera durante esta consulta, la segunda se aplica 4 semanas después, la tercera de 6 a 12 meses después, la cuarta a los 12 meses y finalmente la quinta 12 meses después que la previa. Vacuna contra VHB se aplica en embarazadas con riesgo de infección por VHB.

En la primer consulta se debe solicitar una batería de exámenes de laboratorio que incluye:

- Glucosa en ayuno
- Grupo sanguíneo y Factor RH, en pacientes RH(-) se debe solicitar, además, Coombs indirecto y anticuerpos irregulares para identificar aloinmunización
- Biometría hemática (BH) completa
- Examen general de orina (EGO)
- Urocultivo
- Creatinina
- Ácido Úrico
- Citología cervicovaginal
- VDRL, detección de VIH y VHB, si se cuenta con el recurso, de lo contrario, se deberá realizar en segundo nivel de atención

También en esta primer consulta se debe solicitar un ultrasonograma (USG) y calcular la fecha probable de parto considerando la fecha de última menstruación.

Segunda consulta

Durante la segunda consulta, además de los registros y acciones comunes al resto, se deberán revisar los resultados de los exámenes de laboratorio y el ultrasonido.

Si en la BH se reporta hemoglobina menor de 11 g/dl se podría considerar la suplementación con Hierro, por otro lado, con el USG se confirmará la fecha probable de parto.

Puesto que ya han transcurrido 4 semanas de la primer consulta, en la que se aplicó la primera dosis de la vacuna contra tétanos y difteria, se deberá aplicar la segunda dosis .

Tercer consulta

Además de lo ya estrablecido para todas las consultas, en la tercera se deberá solicitar nuevamente exámenes de laboratorio (BH, EGO y urocultivo) y USG, este último con el fin de detectar anormalidades estructurales.

Cuarta consulta

Se deberán revisar los estudios de laboratorio y gabinete solicitados en la consulta previa, en caso de que la BH reporte una hemoglobina menor a 10.5 mg/dl se deberá considerar la suplementación con hierro. Por su parte, si en el USG se detecta que la placenta está alrededor del orificio cervical interno se deberá realizar un ultrasonido transvaginal en la semana 32, a fin de descartar placenta previa, placenta de inserción baja, acretismo placentario o ***vasa previa***, que en su caso, se deberá referir al siguiente nivel de atención.

En esta consulta se deberá ralizar el tamiz para Diabetes Gestacional.

Quinta consulta

En esta consulta, se deberá detectar qué embarazada requiere cuidados especiales, es decir, aquellas en las que se haya detectado placenta previa, diabetes gestacional, preeclampsia o restricción del crecimientro intrauterino, estas pacientes deberán ser referidas al siguiente nivel de atención. El resto, podrá seguir con el control prenatal en el primer nivel.

Sexta consulta

Durante esta consulta, se deberá buscar intencionadamente infección por Estreptococo del Grupo B, ya sea mediante un cultivo cervicovaginal o bien por prueba rápida. Además se deberá solicitar USG estándar básico y exámenes de laboratorio: Biometría Hemática y Tiempos de Coagulación.

Séptima consulta

Además de las mediciones y registros cotidianos, se deberá descartar la presentación anómala del producto, se estimará el peso fetal mediante el método de Johnson. Si en la consulta anterior se detectó Estreptococo del Grupo B será necesario la profilaxis intraparto. Finalmente se deberán revisar los estudios de laboratorio y gabinete solicitados en la consulta previa.

Octava consulta

Es la última consulta, en esta se deberá brindar educación a la mujer sobre medidas preventivas de embarazo postmaduro.

A las pacientes que tengan 40 semanas de gestación se deberán enviar a urgencias Gíneco-Obstétricas para la inducción del parto.

ALGORITMOS DE ATENCIÓN CLÍNICA

Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes

Instituto Nacional de Psiquiatría
Ramón de la Fuente Muñiz

Centro de Atención Integral del
Paciente con Diabetes

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas

Plan Estratégico Sectorial para la Implementación de Guías de Práctica Clínica